



Hướng dẫn

Quy trình chăm sóc người bệnh I

XVDomino xin kính tƣng quý b¹n @ăc

www.dieuduongviet.net

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. NỘI KHOA – HỒI SỨC CẤP CỨU

1.	Chăm sóc người bệnh mở khí quản (Với ống Sjoberg)	21
2.	Chăm sóc người bệnh đặt ống nội khí quản	23
3.	Chăm sóc người bệnh mở khí quản(với ống Krisabe)	25
4.	Chăm sóc người bệnh thở máy	27
5.	Nuôi dưỡng người bệnh thở máy	29
6.	Chăm sóc rửa phế quản bằng ống nội soi mềm ở người bệnh thông khí nhân tạo	32
7.	Chăm sóc người bệnh dẫn lưu dịch màng phổi	35
8.	Chăm sóc người bệnh dẫn lưu khí màng phổi	37
9.	Chăm sóc người bệnh cai thở máy	39
10.	Chăm sóc người bệnh thôi thở máy	40
11.	Chăm sóc người bệnh thở ô xy	42
12.	Chăm sóc người bệnh áp xe phổi	44
13.	Chăm sóc người bệnh suy hô hấp cấp	46
14.	Chăm sóc và dinh dưỡng người bệnh phù phổi cấp	48
15.	Chăm sóc người bệnh truy mạch	51
16.	Chăm sóc người bệnh có cơn tăng HA	53
17.	Chăm sóc người bệnh tằm phế mạn	55
18.	Chăm sóc người bệnh phù tim	58
19.	Chăm sóc người bệnh dùng thuốc chống đông	60
20.	Chăm sóc người bệnh làm sốc điện	61
21.	Chăm sóc người bệnh suy tim mạn	63
22.	Chăm sóc người bệnh đặt ống dẫn lưu màng ngoài tim	66
23.	Chăm sóc người bệnh sau ngừng tim	68
24.	Chăm sóc người bệnh viêm tụy cấp	70
25.	Chăm sóc người bệnh áp xe gan trước chọc hút	72
26.	Chăm sóc người bệnh ngộ độc thức ăn	74
27.	Chăm sóc người bệnh viêm đường mật	76
28.	Chăm sóc người bệnh ăn qua ống thông	77
29.	Chăm sóc người bệnh suy thận cấp	79
30.	Chăm sóc người bệnh chạy thận nhân tạo	81
31.	Chăm sóc người bệnh đặt ống thông bàng quang	83
32.	Chăm sóc người bệnh viêm màng não	85

33.	Chăm sóc người bệnh dị ứng thuốc	87
34.	Chăm sóc người bệnh xơ gan	89
35.	Chăm sóc người bệnh chảy máu khi mới nhập viện	91
36.	Chăm sóc người bệnh sốt	94
37.	Chăm sóc người bệnh loét mồm	96
38.	Chăm sóc người bệnh nhiễm HIV/AIDS	98
39.	Chăm sóc người bệnh suy tuỷ	100
40.	Chăm sóc người bệnh chảy máu đường tiêu hoá	102
41.	Chăm sóc người bệnh tai biến mạch máu não	104
42.	Chăm sóc người bệnh co giật	107
43.	Chăm sóc người bệnh hôn mê	109
44.	Chăm sóc người bệnh hội chứng LYELL	112
45.	Chăm sóc người bệnh có hội chứng Stevens Johnson	114
46.	Chăm sóc người bệnh tiểu đường	116
47.	Chăm sóc người bệnh cơn cường giáp cấp	118
48.	Chăm sóc người bệnh Basedow	120
49.	Chăm sóc người bệnh bạch cầu cấp	121
50.	Chăm sóc người bệnh suy thận cấp chạy thận nhân tạo	124
51.	Chăm sóc người bệnh ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa	126

CHƯƠNG II. NGOẠI KHOA

1	Chăm sóc và theo dõi người bệnh trước mổ	131
2	Chăm sóc và theo dõi người bệnh sau mổ	132
3	Chăm sóc người bệnh trước mổ đường tiêu hoá trên	136
4	Chăm sóc người bệnh trước và sau mổ cắt gan	137
5	Chăm sóc người bệnh trước mổ cắt lách	140
6	Chăm sóc người bệnh trước và sau mổ tụy	140
7	Theo dõi và chăm sóc người bệnh viêm tụy	142
8	Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo	143
9	Chăm sóc người bệnh mổ nội soi cắt túi mật	145
10	Chăm sóc người bệnh sau mổ hậu môn vùng tầng sinh môn	147
11	Chăm sóc người bệnh sau nội soi đại tràng cắt polyp	148
12	Chăm sóc người bệnh sau mổ lồng ruột	149
13	Chăm sóc trước và sau mổ hoặc chích dẫn lưu áp xe gan	151
14	Chăm sóc người bệnh có rò đường tiêu hoá	152
15	Chăm sóc người bệnh sau mổ tạo hình thực quản	154
16	Chăm sóc người bệnh sau mổ áp xe- rò hậu môn.	157
17	Chăm sóc người bệnh sau mổ sỏi mật	158
18	Chăm sóc người bệnh sau mổ nội soi lồng ngực	161

19	Chăm sóc người bệnh sau mổ lồng ngực.	162
20	Chăm sóc người bệnh rò mủ màng phổi	163
21	Chăm sóc và theo dõi sau mổ vết thương sọ não hở	165
22	Chăm sóc và theo dõi người bệnh sau mổ sọ não	166
23	Chăm sóc người bệnh sau mổ đường tiết niệu	168
24	Chăm sóc và theo dõi người bệnh sau mổ cắt nội soi u tuyến tiền liệt hay u bàng quang	169
25	Chăm sóc người bệnh sau mổ vết thương phần mềm.	171
26	Chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da chuyển vạt da.	172
27	Chăm sóc người bệnh sau mổ cấp cứu vết thương bàn tay	173
28	Chăm sóc người bệnh sau mổ cấp cứu gãy hở chi trên	174
29	Chăm sóc người bệnh sau mổ gãy trên lồng cầu xương cánh tay	176
30	Chăm sóc người bệnh sau mổ gãy cổ xương đùi	177
31	Chăm sóc người bệnh sau mổ vỡ xương bánh chè	178
32	Chăm sóc người bệnh sau mổ thay khớp háng.	179
33	Chăm sóc người bệnh sau nội soi can thiệp và nội soi chẩn đoán đường mật, tụy.	180
34	Chăm sóc người bệnh nhiễm HIV trong ngoại khoa	180
35	Chăm sóc người bệnh uốn ván trong ngoại khoa	182
36	Chăm sóc người bệnh lao trong ngoại khoa	184

CHƯƠNG III. NHI KHOA

1	Chăm sóc bệnh nhi sốc	189
2	Chăm sóc bệnh nhi suy thở	191
3	Chăm sóc bệnh nhi thở máy	193
4	Chăm sóc bệnh nhi hôn mê và không thức tỉnh	195
5	Chăm sóc bệnh nhi hạ thân nhiệt	198
6	Chăm sóc và theo dõi bệnh nhi tiêm truyền dung dịch	200
7	Chăm sóc bệnh nhi suy tim	201
8	Chăm sóc bệnh nhi uốn ván rốn	205
9	Chăm sóc trẻ sơ sinh thấp cân bị bệnh	207
10	Chăm sóc trẻ sơ sinh nằm lồng ấp	209
11	Chăm sóc trẻ sơ sinh chiếu đèn điều trị vàng da	210
12	Chăm sóc bệnh nhi hen phế quản	212
13	Chăm sóc bệnh nhi viêm phổi	214
14	Chăm sóc bệnh nhi có ống thông dẫn lưu màng phổi	215
15	Chăm sóc bệnh nhi bệnh thấp tim	217
16	Chăm sóc trẻ bị nôn trớ	219
17	Chăm sóc bệnh nhi tiêu chảy cấp	221

18	Chăm sóc bệnh nhi xuất huyết tiêu hoá	223
19	Chăm sóc bệnh nhi suy thận cấp	225
20	Chăm sóc bệnh nhi viêm cầu thận cấp	226
21	Chăm sóc bệnh nhi nuôi dưỡng nhỏ giọt dạ dày	228
22	Chăm sóc bệnh nhi đái tháo đường	229
23	Chăm sóc bệnh nhi bị co giật	231
24	Chăm sóc bệnh nhi viêm não, viêm màng não	232
25	Chăm sóc bệnh nhi liệt tủy	234
26	Chăm sóc bệnh nhi xuất huyết não, màng não	235
27	Chăm sóc bệnh nhi suy dinh dưỡng nặng	237
28	Kĩ thuật tắm cho bệnh nhi tại giường	239
29	Chăm sóc bệnh nhi teo thực quản	240
30	Chăm sóc bệnh nhi có hậu môn nhân tạo	241
31	Chăm sóc sau mổ chữa dị tật lỗ đái lệch thấp	243
32	Chăm sóc bệnh nhi truyền máu	244

CHƯƠNG IV. SẢN PHỤ KHOA

1.	Chăm sóc theo dõi người bệnh chữa ngoài tử cung	249
2.	Chăm sóc người bệnh trước mổ kế hoạch	251
3.	Chăm sóc người bệnh 6 giờ đầu sau mổ(kế hoạch)	253
4.	Chăm sóc người bệnh sau mổ rò bàng quang - âm đạo	255
5.	Chăm sóc người bệnh sau mổ cắt vú	256
6.	Chăm sóc và theo dõi người bệnh sau nạo trứng.	258
7.	Chăm sóc thai phụ sản giật.	260
8.	Chăm sóc sản phụ nhiễm HIV	262
9.	Chăm sóc và theo dõi sản phụ chuyển dạ đẻ.	264
10.	Chăm sóc theo dõi sản phụ trong 6 giờ đầu sau đẻ.	266
11.	Chăm sóc vết khâu tầng sinh môn sau đẻ.	268
12.	Chăm sóc bà mẹ cho con bú sau đẻ.	270
13.	Chăm sóc theo dõi sơ sinh ngay sau đẻ.	271
14.	Chăm sóc hồi sức sơ sinh ngạt sau đẻ.	273
15.	Chăm sóc theo dõi sơ sinh non tháng	274

CHƯƠNG V. LAO VÀ BỆNH PHỔI

1.	Chăm sóc người bệnh lao phổi	279
2.	Chăm sóc người bệnh ho ra máu	281
3.	Chăm sóc người bệnh tràn khí màng phổi	282

4.	Chăm sóc người bệnh tràn dịch màng phổi	284
5.	Chăm sóc người bệnh lao/HIV	286
6.	Chăm sóc người bệnh lao màng bụng - lao ruột	288
7.	Chăm sóc người bệnh lao thanh quản	290
8.	Chăm sóc người bệnh lao màng não	292
9.	Chăm sóc người bệnh lao xương khớp	294
10.	Chăm sóc người bệnh viêm phế quản	296
11.	Chăm sóc người bệnh viêm phổi	298
12.	Chăm sóc người bệnh áp xe phổi	300
13.	Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật phổi	303
14.	Chăm sóc người bệnh lao hạch - da	305
15.	Chăm sóc người bệnh lao tiết niệu - sinh dục	306
16.	Chăm sóc người bệnh hen phế quản - giãn phế quản- giãn phế nang	309
17.	Chăm sóc người bệnh ung thư phế quản phổi - Các khối u phổi	311

CHƯƠNG VI. MẮT

1.	Chăm sóc người bệnh loét giác mạc dọa thủng	317
2.	Chăm sóc bệnh nhi bị bệnh viêm màng bồ đào cấp, mù tiền phòng	318
3.	Chăm sóc người bệnh mắt nặng sau chấn thương	319
4.	Chăm sóc người bệnh ghép giác mạc	321
5.	Chăm sóc người bệnh mắc các bệnh mắt do dị ứng	322
6.	Chăm sóc người bệnh sau mổ thể thủy tinh đặt thể thủy tinh nhân tạo	324
7.	Chăm sóc người bệnh sau mổ glôcôm	325
8.	Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt dịch kính do xuất huyết	326
9.	Chăm sóc người bệnh sau mổ bong võng mạc	327
10.	Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nạo vét tổ chức hốc mắt	328
11.	Theo dõi sản sóc phẫu thuật mắt giai đoạn thoát mê	330
12.	Theo dõi người bệnh phẫu thuật mắt trên người bệnh có bệnh toàn thân	331
13.	Chăm sóc người bệnh bỏng mắt	332
14.	Chăm sóc bệnh nhi phẫu thuật mắt	333
15.	Chăm sóc người bệnh sau mổ nối thông túi lệ mũi	334

CHƯƠNG VII. TAI – MŨI – HỌNG

1.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư thanh quản	339
2.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư mũi xoang	341
3.	Chăm sóc người bệnh mổ rò xoang lê	343
4.	Chăm sóc người bệnh mổ khí quản	344
5.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật nội soi xoang	346

6.	Chăm sóc bệnh nhi dẫn lưu mũi xoang	348
7.	Chăm sóc người bệnh sau mổ áp xe cạnh cổ	350
8.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật VTXC có biến chứng nội sọ	352
9.	Chăm sóc người bệnh áp xe thành sau họng	353
10.	Chăm sóc người bệnh chảy máu mũi	355
11.	Chăm sóc người bệnh sau mổ nạo sàng - hàm	356
12.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật phục hồi chức năng nghe	359
13.	Chăm sóc người bệnh cắt amidan	360
14.	Chăm sóc người bệnh áp xe sụn vành tai	363

CHƯƠNG VIII. TÂM THẦN

1.	Chăm sóc người bệnh có ý tưởng, hành vi tự sát	369
2.	Chăm sóc người bệnh kích động	370
3.	Chăm sóc người bệnh trầm cảm	372
4.	Chăm sóc người bệnh căng trương lực	373
5.	Chăm sóc người bệnh tâm thần uống và tiêm thuốc	375
6.	Chăm sóc người bệnh chống đối không ăn	376
7.	Chăm sóc người bệnh tâm thần có ý tưởng bỏ viện	377
8.	Chăm sóc người bệnh có hoang tưởng	378
9.	Chăm sóc người bệnh động kinh cơn liên tục - cơn lớn	380
10.	Chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần	381
11.	Chăm sóc người bệnh sốc điện	383
12.	Chăm sóc người bệnh tâm thần tuổi già	384
13.	Chăm sóc trẻ em bị bệnh tâm thần	386
14.	Chăm sóc người bệnh chậm phát triển tâm thần	387
15.	Chăm sóc người bệnh bắt buộc chữa bệnh tâm thần	388
16.	Chăm sóc người bệnh sa sút tâm thần	390
17.	Chăm sóc vệ sinh thân thể cho người bệnh tâm thần	391
18.	Tâm lý tiếp xúc người bệnh tâm thần	392
19.	Chăm sóc người bệnh cai nghiện ma túy	394
20.	Chăm sóc người bệnh giám định pháp y tâm thần	395
21.	Chăm sóc nuôi dưỡng người bệnh tâm thần	397

CHƯƠNG IX. BỎNG

1	Chăm sóc người bệnh sốc bỏng	401
2	Chăm sóc người bệnh bỏng đường hô hấp	403

3	Chăm sóc người bệnh bỏng nặng, nhiễm độc, nhiễm khuẩn	405
4	Chăm sóc người bệnh suy mòn do bỏng	406
5	Chăm sóc người bệnh trước mổ cắt hoại tử sớm, mổ cắt cụt chi, tháo khớp ở người bệnh bỏng	407
6	Chăm sóc người bệnh sau mổ cắt hoại tử sớm, mổ cắt cụt chi, tháo khớp ở người bệnh bỏng	409
7	Chuẩn bị người bệnh trước mổ ghép da	410
8	Chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da	411
9	Chăm sóc người bệnh bỏng điện	412
10	Dinh dưỡng người bệnh bị bỏng được nuôi bằng ống thông dạ dày	414
11	Theo dõi chăm sóc bỏng trẻ em	416
12	Chăm sóc, theo dõi người cao tuổi bị bỏng	418
13	Chăm sóc người bệnh bỏng vùng mặt	419
14	Chăm sóc người bệnh bỏng bàn tay	422
15	Chăm sóc người bệnh bỏng tầng sinh môn	423
16	Chuẩn bị người bệnh trước mổ di chứng bỏng và phẫu thuật tạo hình	424
17	Chăm sóc người bệnh sau mổ di chứng bỏng và phẫu thuật tạo hình	425
18	Chuẩn bị người bệnh trước mổ tạo hình di chứng bỏng vùng mặt cổ	426
19	Chăm sóc người bệnh sau mổ tạo hình di chứng bỏng vùng mặt cổ	427
20	Chuẩn bị người bệnh trước mổ di chứng bỏng bàn tay	428
21	Chăm sóc người bệnh sau mổ di chứng bỏng bàn tay	429

CHƯƠNG X. UNG THƯ

1.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư phổi	433
2.	Chăm sóc tâm lý người bệnh ung thư	434
3.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật tử cung	437
4.	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật bộ phận sinh dục ngoài	439
5.	Chăm sóc người bệnh ung thư giai đoạn cuối	441
6.	Chăm sóc người bệnh ung thư hở nhiễm trùng	443
7.	Chăm sóc người bệnh điều trị hoá chất	446
8.	Chăm sóc người bệnh đau do ung thư	449
9.	Chăm sóc người bệnh xạ trị vùng đầu mặt cổ	450
10.	Chăm sóc người bệnh sau xạ trị tại chỗ (radium hoặc sesium)	454

CHƯƠNG XI. DA LIỄU

1	Chăm sóc trẻ giang mai bẩm sinh	459
2	Chăm sóc trẻ đỏ da toàn thân	460
3	Chăm sóc trẻ li thượng bì bong nước bẩm sinh	461
4	Chăm sóc người bệnh lậu mắt	463
5	Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật chỉnh hình phong	464
6	Chăm sóc người bệnh bị cơn phản ứng phong nặng	465
7	Chăm sóc người bệnh Zona (mắt)	466
8	Chăm sóc người bệnh lao da	467
9	Chăm sóc người bệnh nhiễm trùng da nặng	468
10	Chăm sóc người bệnh Lupus đỏ hệ thống	469
11	Chăm sóc người bệnh sau mổ ung thư da	470
12	Chăm sóc bệnh nhi nhiễm trùng da nặng	472
13	Chăm sóc người bệnh nấm sâu	473
14	Chăm sóc người bệnh Aphthose và viêm niêm mạc miệng nặng	474
15	Chăm sóc người bệnh hội chứng Liell và Stevens - Johnson	475
16	Chăm sóc người bệnh nhiễm độc da do thuốc	477
17	Chăm sóc người bệnh Pemphigus vulgaris	478
18	Chăm sóc người bệnh đỏ da toàn thân	480

Chương I

NỘI KHOA

HÔI SỨC CẤP CỨU

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN (VỚI ỐNG SJOBERG)

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì việc khai thông đường dẫn khí.
- Tránh nhiễm khuẩn vết mở.
- Duy trì ống mở khí quản (MKQ) đúng vị trí.
- Bảo đảm cho người bệnh luôn được thở không khí sạch

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Người bệnh nằm ngửa, được giải thích kĩ, buộc tay vừa đủ để tránh động tác bất ngờ rút ống.
- Thở oxy 100% trong 1 phút, qua máy thở hoặc qua bóng Ambu
- Hút đờm (mỗi lần không quá 20 giây)

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, y tá - điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên (KTV) chăm sóc hô hấp, đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ:

- Khăn trải mềm vô khuẩn.
- Bông gòn
- Bơm tiêm 5ml
- Nước muối sinh lí
- Gạc nhỏ, kẹp (2), kéo (1) vô trùng, khay vô trùng, bát vô trùng
- Băng dính trong vô khuẩn
- Nước oxy già 12 thể tích
- Máy hút
- Ống hút vô khuẩn nhiều cỡ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hút đờm
- Chăm sóc lỗ mở

- Chăm sóc bóng chèn
- Kiểm tra vị trí của ống
- Kiểm tra tắc, nghi tắc thay ống MKQ

1. Hút đờm:

- Dùng nhiều ống hút cỡ khác nhau
- Áp lực âm 80 đến âm 120mmHg (100-150cmH₂O)
- Không hút lâu quá 20 giây cho mỗi lần

2. Chăm sóc lỗ MKQ:

- Tháo băng cũ
- Đổ oxy già vào bát
- Tháo dây buộc ống quanh cổ
- Dùng gạc tẩm oxy già để ráo nước, nhẹ tay lau sạch vết mổ và phần ngoài của ống MKQ
- Tiếp tục dùng gạc tẩm nước muối sinh lí lau lại vết mổ và phần ngoài của ống MKQ.
- Lấy kéo cắt nửa phần giữa của miếng gạc mới, cài vào ống. Xếp gạc xen kẽ chừng 2-3 lớp.
- Buộc lại dây ống MKQ quanh cổ cho vừa chặt, tĩnh mạch cổ không nổi
- Tần số thay băng: thay băng ngay khi gạc thấm dịch hoặc máu. Định kì ngày một lần.

3. Chăm sóc bóng chèn:

- Tháo hơi ở bóng chèn
- Bơm lại theo một trong hai phương pháp sau:
 - + Phương pháp dùng áp lực kế: bơm bóng chèn khi áp lực kế chỉ 20-25cm H₂O
 - + Phương pháp dùng ống nghe đặt ở khí quản: bơm dần bóng lên đến khi mất tiếng rít, hạ dần áp lực bóng xuống để nghe thấy một tiếng rít nhỏ.
- Tháo bóng chèn:
 - + Chỉ thực hiện khi có chỉ định thay ống MKQ hoặc trước khi rút ống.
 - + Phải hút đờm rãi phía trên bóng chèn trước khi tháo bóng.

4. Kiểm tra vị trí của ống MKQ sau khi thay băng:

- Nghe tiếng rít nhỏ bằng ống nghe
- Bóp bóng Ambu hoặc nối với máy thở, nghe phổi để kiểm tra xem khí có vào đều 2 bên không.
- Chụp phổi nếu nghi xẹp

5. Kiểm tra tắc:

- Dùng ống thông hút đờm nhiều cỡ
- Dùng ống nhỏ luôn dễ, nhưng ống to vướng: có thể đờm quánh bám quanh ống.
- Nhỏ giọt nước muối sinh lí 5-10ml qua ống rồi hút bằng một áp lực hút lớn hơn bình thường ở đoạn ống nghi tắc, không vào quá sâu.
- Nếu không kết quả, báo bác sĩ thay ống MKQ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ BÁO CÁO

- Ghi chép các điều bất thường, ngày giờ chăm sóc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo. Kí tên điều dưỡng theo dõi chăm sóc.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên an ủi người bệnh
- Giải thích cho gia đình người bệnh yên tâm, nhắc họ không được tự ý đến hút đờm hoặc cho người bệnh ăn, uống.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì việc khai thông đường dẫn khí
- Bảo đảm vô khuẩn, tránh các biến chứng nhiễm khuẩn như viêm xoang, viêm thanh môn
- Duy trì ống nội khí quản đúng vị trí
- Bảo đảm cho người bệnh luôn được thở không khí sạch.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm ngửa, được giải thích kĩ, buộc tay
- Cho người bệnh thở oxy 100% trong 1 phút với bóng Ambu hoặc máy thở trước khi tiến hành chăm sóc.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, y tá - điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên chăm sóc hô hấp: đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường cấp cứu, khoa Hồi sức cấp cứu

4. Dụng cụ:

a- Dụng cụ đặt ống nội khí quản:

- Bơm tiêm 5ml
- Nước muối sinh lý 9‰
- Gạc nhỏ
- Kẹp
- Băng dính

- Ống hút vô khuẩn nhiều cỡ tốt nhất là ống thông hút đờm kín
- Máy hút để ở mức âm 80 đến âm 100mmHg
- Ống nội khí quản lớn hơn 1 số và bé hơn 1 số. Nồng dẫn ống nội khí quản

b- Dụng cụ cấp cứu:

- Bóng Ambu,
- Lọ dịch truyền,
- Thuốc atropin, adrenalin,
- Bơm tiêm, kim tiêm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Việc chăm sóc phải được thực hiện hàng ngày, ít nhất 1 lần /24 giờ. Khi thấy có các dấu hiệu xanh tím, vã mồ hôi, khó thở, cần phải tiến hành chăm sóc ngay.

- Hút đờm.
- Chăm sóc miệng họng, nếu đặt nội khí quản đường miệng.
- Chăm sóc lỗ mũi, nếu đặt nội khí quản đường mũi.
- Kiểm tra vị trí của ống.
- Kiểm tra tắc, nghi tắc thay ống nội khí quản (NKQ)

1. Hút đờm:

Trước khi hút đờm nên hút họng trước, dùng một ống hút cỡ to, nếu không có kết quả dùng một ống hút cỡ nhỏ. Hoặc ngược lại

- Áp lực: âm 80 đến âm 120mmHg (100 — 150cmH₂O)
- Mỗi lần hút không quá 20 giây.
- Bắt mạch: nếu mạch chậm xuống dưới 40 lần/ phút hoặc ngừng tim phải ngừng hút và bóp tim, tiêm atropin 1/2mg tĩnh mạch. Báo cáo bác sĩ xem xét giải quyết (truyền isoprenalin hoặc đặt máy tạo nhịp tạm thời).
- Nếu đờm đặc khó hút: báo bác sĩ để xét chỉ định, rửa phế quản (xem phần rửa phế quản).
- Hút đờm theo nhiều tư thế: nghiêng đầu sang phải, nghiêng đầu sang trái, nằm ngửa, dốc đầu nếu có thể được
- Hút đờm phải nhẹ nhàng, thận trọng tránh gây ho nhất là ở người bệnh tai biến mạch não.

2. Chăm sóc các tổn thương niêm mạc mũi miệng trên đường đi của ống NKQ:

- Hút các dịch viêm, dịch mũi.
- Rửa các vết sây xước loét bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Kiểm tra cổ ống NKQ đang dùng xem có phù hợp hay không. Nếu bé quá hoặc to quá phải báo bác sĩ phụ trách thay cho kịp thời. Chuẩn bị 1 nồng ống để thay ống.

3. Chăm sóc bóng chèn:

- Tháo hơi ở bóng chèn sau khi hút đờm họng.
- Bơm lại theo một trong hai phương pháp sau:
+ Phương pháp dùng áp lực kế: bơm bóng chèn đến khi áp lực kế chỉ 20-25 cmH₂O

- + Phương pháp dùng ống nghe đặt ở khí quản: bơm dần bóng lên đến khi mất tiếng rít, kéo lui dần pittông để nghe thấy một tiếng rít nhỏ.
- Tháo bóng chèn:
 - + Chỉ thực hiện khi có chỉ định thay ống NKQ
 - + Phải hút đờm họng trước

4. Kiểm tra vị trí của ống NKQ:

- Nghe thấy tiếng rít nhỏ bằng ống nghe đặt ở vùng hõm ức
- Bóp bóng Ambu hoặc nối ống NKQ với máy thở, nghe phổi để kiểm tra xem khí có vào đều hai bên không?
- Chụp phổi nếu nghi ống NKQ vào quá sâu gây xẹp một bên phổi.

5. Kiểm tra tắc:

- Dùng ống thông hút đờm (nhiều cỡ) luồn vào ống NKQ
- Nếu ống nhỏ dễ luồn, nhưng ống to vướng khi đi qua ống: có đờm quánh bám quanh ống. Nhỏ giọt nước muối sinh lý 5-10ml qua ống rồi hút bằng một áp lực hút lớn hơn bình thường ở đoạn nghi ngờ có tắc đờm.
- Tắc phế quản phải gây xẹp phổi: để người bệnh ở tư thế đầu nghiêng bên trái rồi mới luồn ống thông hút đờm. Và làm ngược lại nếu tắc bên phải.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép công việc đã làm, thời gian thực hiện.
- Ghi chép và báo ngay bác sĩ các hiện tượng bất thường: chảy máu ở ống nội khí quản, tình trạng tắc, không hút được đờm vì đờm quá đặc hoặc ống thông không đưa vào sâu được (tắc ống nội khí quản do đờm).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho gia đình hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc, mặc dù người bệnh tỏ vẻ khó chịu trong lúc hút (giấy giụa)
- Vừa chăm sóc vừa nói chuyện với người bệnh, giải thích từng động tác phải làm khi người bệnh cảm thấy khó chịu: khi hút đờm, rửa mũi.
- Nhắc nhở gia đình tuyệt đối không tự mình vào hút đờm cho người bệnh

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN (VỚI ỐNG KRISABE)

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ đường thở luôn được thông thoáng.
- Đảm bảo lỗ mở khí quản không bị nhiễm khuẩn và phòng ngừa nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Báo, giải thích động viên người bệnh trước khi chăm sóc.
- Nếu người bệnh hôn mê, nặng cần có người phụ giúp.
- Nhận định mức độ người bệnh trước khi làm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện cho việc chăm sóc.

2. Người thực hiện: Y tá - điều dưỡng.

- Trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ và sau khi chăm sóc.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi chăm sóc người bệnh

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

** Dụng cụ vô khuẩn gồm có:*

- 2 kẹp phẫu tích, 2 pince không máu, 1 kéo, bơm tiêm.
- 1 khay chữ nhật vô khuẩn.
- Gạc miếng, gạc củ ấu.
- Ống trong của canun khí quản (đồng bộ số, cùng chủng loại).
- 3 cốc đựng dung dịch.
- Găng tay.
- Săng (khăn phủ).

** Dụng cụ khác gồm:*

- Ống hút (vô khuẩn) - máy hút.
 - Hệ thống thở oxy (gồm: bình lọc nước, dây thở oxy...)
 - Băng cuộn, dây buộc canun.
 - Thuốc: dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰, dung dịch oxy già 12 thể tích, dung dịch Betadin.
 - Khay chữ nhật sạch
 - 2 khay quả đậu.
 - 1 kéo, băng dính.
 - Quần áo, ga người bệnh sạch, túi đựng đồ bẩn.
- Tất cả dụng cụ được sắp đặt gọn gàng, đúng quy định trên xe chăm sóc.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Luôn luôn thực hiện nghiêm ngặt quy chế vô khuẩn trong khi tiến hành chăm sóc.

- Kiểm tra đối chiếu y lệnh với người bệnh.
- Quan sát vết thương: làm vệ sinh, hút đờm sạch sẽ.
- + Nếu vết thương có nhiễm khuẩn lau bằng gạc tẩm oxy già.

- + Nếu vết thương khô lau bằng gạc tẩm dung dịch Betadin.
 - Thay dây buộc canun khí quản (chú ý: khi tháo phải dùng một tay giữ canun, dặn người bệnh nín ho để tránh bật canun), thay từng bên, lót gạc (phủ 1 lớp gạc mỏng tẩm dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰ để tránh dị vật rơi vào khí quản và làm ẩm không khí trước khi vào phổi, khi gạc khô lại tiếp tục nhỏ dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰ hoặc nước cất, thay gạc khác khi thấm đẫm), luồn dây của canun rồi buộc lại. Trong khi tiến hành chăm sóc luôn luôn phải theo dõi tình trạng thở của người bệnh
 - Nếu có chỉ định thay ống trong canun khí quản:
 - + Mời bác sĩ đứng bên cạnh theo dõi.
 - + Vặn chốt hãm ống trong của canun khí quản.
 - + Rút ống trong ra, rửa sạch, hút sạch đờm dãi, đặt ống trong vô khuẩn vào.
- Chú ý:** trong khi làm phải thật nhẹ nhàng tránh làm di động ống canun khí quản gây kích thích, sây sát.
- Đặt người bệnh trở về tư thế thích hợp.
 - Lau rửa, thay quần áo sạch cho người bệnh
 - Thu dọn dụng cụ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra khi chăm sóc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.
- Viết phiếu theo dõi và kí tên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh cách tập thở, tập vận động nếu người bệnh tự vận động được.
- Thay đổi tư thế cho người bệnh thường xuyên để tránh gây các biến chứng như xẹp phổi, loét.
- Chế độ ăn: hướng dẫn người bệnh và người nhà cho người bệnh ăn đảm bảo đủ calo.
- Khuyến người bệnh và người nhà người bệnh không được tự can thiệp vào các kĩ thuật về chuyên môn y tế (như tự hút đờm, sờ tay vào canun, tự cho ăn....)

4.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm cho người bệnh được thông khí tốt với các thông số đã cài đặt:
 - + Kiểm tra hoạt động của máy thở.
 - + Kiểm tra sự thích ứng của người bệnh đối với máy thở.
- Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ đúng quy cách tránh làm nặng suy hô hấp.

- Duy trì cân bằng nước và điện giải.
- Giúp người bệnh thực hiện vệ sinh cá nhân.
- Chống loét, chống tắc mạch do nằm.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Giúp người bệnh có khả năng cai thở máy.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp
- Giải thích hướng dẫn nếu người bệnh tỉnh.

2. Người thực hiện:

- Nhân viên, KTV chăm sóc hô hấp. Bác sĩ phụ trách người bệnh thở máy, đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Bóng Ambu.
- Ống nội khí quản trên dưới ống đang dùng 1 số
- Nòng dẫn để luồn ống nội khí quản hoặc canun mở khí quản.
- Máy hút.
- Ống thông nhiều lỗ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hoạt động của máy thở: đối chiếu với các thông số cài đặt, đặc biệt là khi có báo động hoặc có đèn cảnh báo. Bóp bóng Ambu qua ống NKQ để kiểm tra xẹp phổi.
- Theo dõi sự thích ứng của người bệnh đối với máy thở, chú ý các dấu hiệu: xanh tím, vã mồ hôi, huyết áp tăng hoặc tụt, mạch nhanh, thở chống máy.
- Tiến hành hút đờm, nếu không đỡ báo bác sĩ phụ trách để xử lý: thay ống, rửa phế quản...
- Nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ theo y lệnh của bác sĩ:
 - + Liệt hô hấp không có nhiễm khuẩn: ngày 30 Kcal/kg.
 - + Suy hô hấp cấp có nhiễm khuẩn: ngày 35 Kcal/kg tăng dần lên 50 Kcal/kg.
 - + Suy hô hấp cấp do đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn: ngày 30Kcal/kg không cho ăn nhiều glucid.
- Bảo đảm người bệnh đi tiểu 1,5 lít nước tiểu/24 giờ
- Cho ăn, uống và truyền dịch khoảng 2 lít đến 2,5 lít dịch (dung dịch đẳng trương NaCl 0,9%) không dùng đường glucose 5%.
- Bảo đảm Na và K máu bình thường: mỗi ngày cho thêm 4 đến 8KCl
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân và chống loét:

- + Cho người bệnh nằm đệm nước nếu có thể.
- + Xoa bóp, vỗ rung ngực ngày 2 lần.
- Chống tắc mạch do nằm:
 - + Bằng heparin, fraxiparin theo chỉ định của bác sĩ (nhắc bác sĩ nếu bác sĩ quên).
 - + Thay đổi tư thế 2 giờ 1 lần.
- Giúp người bệnh có khả năng cai thở máy bằng cách:
 - + Nuôi dưỡng tốt, đúng quy cách.
 - + Đỡ ngồi dậy nếu người bệnh bắt đầu khoẻ.
 - + Xoa bóp.
 - + Động viên.
 - + Dùng các phương thức cai thở máy: SIMV, CPAP, T-tube.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu: xanh tím, hồng hào.
- Mạch, huyết áp, nước tiểu, điện tim, nhịp thở tự nhiên.
- SpO₂, ETCO₂.
- Đo các khí trong máu.
- Kịp thời báo bác sĩ nếu xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thường xuyên giải thích, động viên người bệnh chịu đựng thở máy.
- Hướng dẫn người bệnh thở theo máy có hiệu quả: không chống máy, không giãy giụa, không rút ống nội khí quản.
- Giúp người bệnh có nhiều nỗ lực cai thở máy.
- Tự thở từng đoạn, tăng dần thời gian tự thở.
- Giải thích cho người bệnh biết tác dụng của máy thở:
 - + Chỉ là tạm thời.
 - + Người bệnh có khả năng khỏi.
 - + Bỏ qua thành kiến thở máy là chết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh cho người bệnh ăn đủ dinh dưỡng.

5. NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

Người bệnh nặng đang thở máy có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng. Đảm bảo dinh dưỡng đủ cho người bệnh là rất quan trọng vì suy dinh dưỡng có nguy cơ làm bệnh nặng thêm, kéo dài thời gian điều trị.

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm dinh dưỡng người bệnh tốt khi đang thở máy giúp cho người bệnh chóng cai máy, để phòng loét mục.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nếu người bệnh tỉnh cần giải thích việc phải ăn qua ống thông dạ dày khi đang thở máy để đảm bảo đủ dinh dưỡng giúp nhanh chóng khỏi bệnh.
- Làm vệ sinh lỗ mũi, miệng trước khi đặt ống thông.
- Để người bệnh nằm tư thế 45°.
- Khi người bệnh có phản xạ nôn mạnh hoặc giãy giụa chống máy phải báo ngay bác sĩ cho thuốc an thần... trước khi đặt thông cho ăn.
- Người bệnh tiểu tiện không tự chủ: đặt hệ thống dẫn lưu nước tiểu. Đối với nam giới dùng bao cao su rồi nối với hệ thống túi dẫn lưu nước tiểu. Với nữ giới đặt ống thông bàng quang hoặc đặt băng thấm.

2. Người thực hiện:

- Y tá - điều dưỡng, rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ
- Đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại khoa Cấp cứu hoặc Hồi sức cấp cứu

4. Dụng cụ:

a- Các dụng cụ và thức ăn nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá (cho ăn qua ống thông mũi-dạ dày):

- Ống thông dạ dày cỡ số 16-24 (tùy theo lứa tuổi mà chọn ống cho phù hợp)
- Bơm tiêm 20ml, 50ml, hoặc bơm cho ăn tự động
- Bát đựng thức ăn, thìa, cốc nước chín, khăn mặt bông
- Gạc miếng, tăm bông, nước muối sinh lí để vệ sinh mũi miệng
- Kim Kose, dầu nhờn, kéo, băng dính, khay chữ nhật, khay hạt đậu, hồ sơ
- Thức ăn: súp, nước cháo tự nấu không đem lại đầy đủ calo cần thiết, phải dùng các bột dinh dưỡng như: Ensure, SandoSource, Enalac, Isocal.... 1 bữa hoà với 250ml nước chín

b- Các dụng cụ và dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch:

- Bộ dụng cụ tiêm truyền tĩnh mạch
- Dung dịch nuôi dưỡng thông thường:
 - Glucose 10%, 20% 1g G = 4Kcal
 - A.amin (Nutrisol....) 1g P = 4 Kcal
 - Lipid (intralipide 20%) 1g L = 9 Kcal

Ngoài ra tùy theo chỉ định của bác sĩ có thêm yếu tố vi lượng, vitamin

c- Các dụng cụ khác:

- Máy thở, bóng Ambu
- Máy hút đờm nhớt và các ống thông hút đờm nhớt vô khuẩn
- Dụng cụ phòng chống loét: đệm nước, bộ dụng cụ thông tiểu để thu gom nước tiểu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hoạt động của máy thở:

Xem máy có được khử trùng chưa, hệ thống dây nối có bị hở không, thông số sử dụng có đúng y lệnh không...?

2. Nuôi dưỡng:

a- Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá (đặt thông dạ dày qua mũi hoặc miệng cho ăn).

Khi người bệnh thở máy thường có mở khí quản hoặc đặt nội khí quản hay úp mặt nạ mũi (thông khí nhân tạo xâm nhập)

- Người bệnh đã được chuẩn bị sẵn sàng: vệ sinh, tư thế....
- Đo ống thông và đánh dấu vị trí
- Bôi trơn ống thông
- Nhẹ nhàng đưa ống thông qua mũi hoặc miệng vào dạ dày đến vị trí đánh dấu
- Kiểm tra ống thông xem đã vào đúng dạ dày chưa ?
- Bơm hoặc truyền thức ăn từ từ vào dạ dày, bơm nước uống cho người bệnh
- Nút đầu ống thông, theo dõi sát người bệnh xem có biến cố gì xảy ra sau khi cho ăn không.
- Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

b- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: khi không có chỉ định nuôi dưỡng đường ruột

- Tiến hành: đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên và thời gian nuôi dưỡng đường tĩnh mạch <1 tuần. Sau 48 giờ phải đổi vị trí truyền. Lượng calo cung cấp <2000Kcalo/ngày.

3. Tính toán lượng calo cần thiết:

- Người bệnh đang thở máy: cần phải ăn đủ protein để tránh teo cơ. Nhưng cũng không được cho người bệnh ăn thừa lượng calo, nhất là thừa glucid sẽ gây tăng chuyển hoá và lượng CO_2 sẽ bị thừa làm nặng suy hô hấp.
- Nhu cầu năng lượng cơ bản:
 - + Nam giới: 30Kcalo/kg/ngày
 - + Nữ giới: 25Kcalo/kg/ngày
- Hệ số điều chỉnh:

<i>Khi người bệnh đang thở máy</i>	<i>Hệ số</i>
+ Sốt trên 37°C	1,1
+ Phẫu thuật nhỏ	1,2
+ Đa chấn thương	1,35
+ Nhiễm khuẩn	1,6
+ Bỏng nặng	2,1
- Nhu cầu protein:
 - + Thực tế, ước tính lượng protein cần 200-250mg protein/Kg/24 giờ.
- Nhu cầu glucid: giảm

4. Cách thức nuôi dưỡng:

- Bơm ăn cách quãng từng bữa: thức ăn bơm vào dạ dày phải mới, hợp vệ sinh, ấm (phải kiểm tra nhiệt độ của thức ăn), thức ăn không để ôi thiu.

- Khoảng 6 bữa/24 giờ mỗi bữa bơm thức ăn có lượng calo đã được tính, hoà với 250-300ml nước chín đối với người lớn (Với trẻ em: tùy theo lứa tuổi mà ta bơm số lượng mỗi bữa cho phù hợp theo y lệnh của bác sĩ).
- Nếu dùng bơm cho ăn tự động cần chú ý thức ăn bơm liên tục do vậy phải đảm bảo mới, hợp vệ sinh. Mỗi lần cho ăn không quá 4 giờ.

*** Những điều cần chú ý khi cho người bệnh đang thở máy ăn:**

- Trước khi cho người bệnh đang thở máy ăn, phải bơm cuff (bóng) của ống nội khí quản hoặc canun mở khí quản.
- Theo dõi sự cân bằng dịch vào và ra.
- Sau 48 giờ cần thay ống thông cho ăn. Súp và các thức ăn lỏng tự pha chế lấy thường không đủ chất để nuôi dưỡng qua ống thông.
- Nuôi dưỡng người bệnh qua ống thông dạ dày cần phải theo dõi: viêm loét thực quản, viêm loét dạ dày do stress đầy hơi, tiêu chảy, tắc ống thông, viêm phổi do sặc.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Các thông số thở máy và sự đáp ứng của người bệnh khi đang thở máy.
- Tình trạng đờm
- Tình trạng người bệnh sau mỗi lần cho ăn, sự tiêu hoá
- Lượng thức ăn, nước uống, dịch đưa vào và ra (nước tiểu....)
- Ghi lại các công việc, ngày giờ xử trí, chăm sóc đã làm trong ngày,
- Ghi lại những vấn đề bất thường của người bệnh và báo bác sĩ kịp thời.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo, kí tên

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người nhà đảm bảo cung cấp đủ chất dinh dưỡng cho người bệnh.

**6.CHĂM SÓC RỬA PHẾ QUẢN
BẰNG ỐNG SOI MỀM Ở NGƯỜI BỆNH THÔNG KHÍ NHÂN TẠO**

I. MỤC ĐÍCH

Sử dụng ống soi mềm rửa phế quản ở người bệnh được đặt nội khí quản, thở máy nhằm giải quyết tình trạng tắc đờm, xẹp phổi, đảm bảo hiệu quả của thông khí nhân tạo.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người nhà và người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) sự cần thiết tiến hành thủ thuật, ảnh hưởng của quá trình soi rửa phế quản: đau, ho để người bệnh hợp tác.

- Không cho người bệnh ăn trước soi 6 giờ.
- Gỡ bỏ răng giả.
- Để người bệnh nằm ngửa, kê gối thấp ở vai.
- Hút dịch đờm trong ống nội khí quản, canun mở khí quản, miệng, họng.
- Trải khăn mổ có lỗ lên vùng mặt.
- Để chế độ thở máy với $FiO_2 = 1$ trong quá trình soi.

2. Người thực hiện:

- 1 bác sĩ chuyên khoa
- 1 y tá- điều dưỡng, trang phục vô khuẩn.
- Đảm bảo vô khuẩn trong khi chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại khoa Hồi sức cấp cứu.

4. Dụng cụ:

a- Dụng cụ soi rửa phế quản:

- Bàn soi đặt cạnh giường, trải khăn vô khuẩn.
- Ống soi phế quản mềm được đảm bảo vô khuẩn trước soi.
- Dụng cụ sinh thiết.
- Dụng cụ lấy bệnh phẩm đờm và chất tiết.
- Nguồn sáng.
- Màn hình: đặt đối diện người soi.
- Bơm kim tiêm gây tê loại 5ml
- Bơm tiêm rửa phế quản loại 50ml.

b- Thuốc:

- Atropin 1/4mg: 2 ống.
- Xylocain 2 - 5%: 5 ống.
- Hypnovel 10mg: 2 ống.
- Adrenalin 1mg: 2-5 ống.
- Morphin 1 ctg.
- Dung dịch rửa phế quản: dung dịch đẳng trương NaCl 0,9% 1000ml (loại vô khuẩn).

c- Dụng cụ cấp cứu:

- Oxy
- Bóng Ambu
- Bộ mở khí quản.
- Máy shock điện.
- Máy monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO_2
- Chuẩn bị phim phổi thẳng, nghiêng.
- Làm xét nghiệm khí máu trước soi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây tê:

- Tiêm bắp hoặc dưới da atropin 1/4mg 1 ống

- Phun Xylocain vào mũi (nếu soi đường mũi).
- Tiêm Hypnovel 10mg: 1 ống tĩnh mạch (hoặc Valium 10mg).
- Chuẩn bị Xylocain vào bơm tiêm để bác sĩ gây tê trước và trong quá trình tiến hành thủ thuật.

2. Soi rửa phế quản:

- Nối ống soi vào nguồn sáng.
- Bôi trơn đầu ống bằng thuốc bôi trơn vô khuẩn.
- Giữ đầu người bệnh và giúp bác sĩ thao tác đưa ống soi qua thanh môn vào khí phế quản.
- Lấy dung dịch rửa phế quản (dung dịch đẳng trương NaCl 9‰) vào bơm tiêm 50ml.
- Bơm dung dịch rửa qua ống soi vào phế quản theo yêu cầu của bác sĩ, mỗi lần 20-30ml.
- Lắp ống hút vào ống soi
- Hút dịch rửa và chất tiết, đờm qua ống soi. Kiểm tra lượng dịch hút ra.
- Lấy bệnh phẩm vào lọ vô khuẩn theo yêu cầu của bác sĩ.
- Hút đờm trong ống nội khí quản, canun, miệng, họng người bệnh.
- Thường xuyên quan sát mạch, huyết áp, SpO_2 nếu có thay đổi bất thường ($SpO_2 < 90\text{mmHg}$) báo bác sĩ để quyết định tạm ngừng cuộc soi hay không.

3. Kết thúc cuộc soi:

- Tháo ống soi.
- Hút lại dịch trong ống nội khí quản, canun, miệng, họng người bệnh
- Vệ sinh, thay lại bằng nội khí quản, canun nội khí quản.
- Đặt lại người bệnh ở tư thế cũ.
- Giảm dần FiO_2 về vị trí ban đầu.
- Làm lại xét nghiệm khí máu.
- Theo dõi sát người bệnh 2 giờ sau soi.
- Chuyển bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.
- Chụp lại X quang phổi sau 2 giờ.
- Rửa ống soi:
 - + Hút sạch đờm, dịch trong ống soi.
 - + Rửa ống soi bằng dung dịch xà phòng sát khuẩn.
 - + Rửa sạch bằng nước.
- Ngâm ống vào dung dịch sát khuẩn 15-30 phút.
- Rửa lại nhiều lần bằng nước cất.
- Lau khô ống soi.
- Đặt vào tủ, bật đèn cực tím 1 giờ (chú ý trong quá trình sử dụng ống, rửa ống không để ống soi cong, gập).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh trước soi: ý thức, mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng hô hấp, tình trạng thở máy: FiO_2 , Vt, tần số, áp lực đường thở, SpO_2 ,...
- Ghi chép diễn biến cuộc soi:
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 , các diễn biến bất thường.

- + Lượng dịch bơm vào, lượng dịch hút ra: tính chất, màu sắc đờm, chất tiết, dịch rửa phế quản.
- + Thời gian tiến hành.
- Theo dõi sau soi phế quản: lập bảng theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ (30 phút/lần), tình trạng co thắt thanh môn, phế quản, tràn khí màng phổi, chảy máu thanh môn, khí phế quản.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân biết sự cần thiết phải soi rửa phế quản và những biến cố có thể xảy ra.
- Giải thích cho gia đình biết là chỉ cho người bệnh ăn sau khi soi 1-2 giờ: bắt đầu bằng sữa hoặc súp lạnh, bột dinh dưỡng.
- Giải thích khả năng đau họng, ho, ho ra máu sau soi.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DẪN LƯU DỊCH MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dẫn lưu dịch tốt.
- Tránh bội nhiễm dịch màng phổi.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh trước khi làm.
- Nếu người bệnh nặng, hôn mê cần có người phụ giúp.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi.

2. Người thực hiện:

- Y tá-điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên, bác sĩ làm thủ thuật: trang phục y tế đầy đủ.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Bộ dụng cụ dẫn lưu dịch màng phổi, ống dẫn lưu, thuốc gây tê.
- Oxy, bóng Ambu.
- Máy hút liên tục hoặc bình dẫn lưu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, dễ thở nhất, thường là nằm đầu cao 30° - 40° , nằm nghiêng, phía tràn dịch ở dưới.
- Phải hết sức nhẹ nhàng khi di chuyển hoặc thay đổi tư thế người bệnh. Chú ý để không làm tuột dẫn lưu màng phổi hoặc nội khí quản, canun mở khí quản (nếu người bệnh thở máy).
- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu (thở bụng, thở chụm môi), tập làm giãn nở phổi (thổi bóng), tập ho 2 giờ/lần. Khi hướng dẫn phải giải thích, khuyến khích vì người bệnh sợ đau không dám thở sâu sẽ làm giảm sự trao đổi khí.
- Giữ buồng bệnh yên tĩnh, thoải mái để người bệnh được nghỉ ngơi nhiều.

Theo dõi người bệnh:

- Các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Theo dõi dấu hiệu đau ngực, ho, khó thở.
- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn và đề phòng nhiễm khuẩn: sốt rét run...
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn tại chỗ: vết chọc, chân dẫn lưu, số lượng dịch hút ra, màu sắc, tính chất dịch.
- Theo dõi xem ống dẫn lưu thông hay tắc, khoảng 30 phút - 1 giờ một lần. Kiểm tra tình hình dẫn lưu. Nếu tắc, kẹp đầu xa của ống thông, tuốt ống dẫn lưu từ trong ra ngoài rồi mở kẹp. Đảm bảo áp lực hút liên tục, đường dẫn lưu kín, ống dẫn lưu thông. Cần chụp X-quang phổi kiểm tra.
- Có dấu hiệu bất thường biểu hiện nhiễm khuẩn phổi phải báo ngay cho bác sĩ biết.
- Thực hiện thuốc giảm đau và xét nghiệm theo y lệnh: lấy dịch màng phổi xét nghiệm: tế bào, sinh hoá, soi và nuôi cấy vi khuẩn.

Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

- Người bệnh mất nhiều protein qua dịch màng phổi nên chế độ ăn phải nhiều protein (1g -1,5g/kg/24giờ) vitamin, đảm bảo calo: 2000 - 3000Kcal/ngày.
- Cân người bệnh ít nhất 2 lần/tuần.
- Mỗi ngày bảo đảm cho người bệnh uống một lượng nước để có 1,5 lít nước tiểu trong 24giờ. Số lượng nước uống bằng lượng nước tiểu + lượng dịch mất đi qua ống thông màng phổi + 0,5 - 1 lít (mất nước qua da và hơi thở).

Giúp người bệnh vệ sinh và chống loét, chống tắc mạch:

- Xoa bóp, vật lý trị liệu thích hợp.
- Cho người bệnh nằm đệm nước nếu có thể.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép thủ thuật và công việc đã làm.
- Ghi chép tình trạng người bệnh:
 - + Ý thức: tỉnh táo, hoảng hốt, vật vã, hôn mê....
 - + Màu sắc da: hồng hào, tím...
 - + Nhịp thở, kiểu thở, tình trạng khó thở, đau ngực.
 - + Kết quả xét nghiệm khí máu, SpO_2 .

- + Tình trạng nhiễm khuẩn: sốt, dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ, tình trạng dẫn lưu.
- + Màu sắc, độ trong đục, số lượng dịch mỗi ngày.
- Kịp thời báo bác sĩ nếu có dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết về tình trạng bệnh và hướng điều trị sắp tới, cung cấp những thông tin thực sự cần thiết liên quan tới diễn biến và tiên lượng bệnh của người bệnh
- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, tập làm giãn nở phổi, xây dựng chương trình luyện tập để phục hồi và tăng cường chức năng hô hấp, tránh biến chứng dày dính màng phổi, xẹp phổi.

8.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DẪN LƯU KHÍ MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dẫn lưu khí tốt.
- Tránh bội nhiễm.
- Nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Báo giải thích người bệnh trước khi chăm sóc
- Nếu người bệnh nặng, hôn mê cần có người phụ giúp.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi.

2. Người thực hiện:

- Y tá-điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên, bác sĩ làm thủ thuật: trang phục y tế đầy đủ.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi chăm sóc người bệnh

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Bộ dụng cụ dẫn lưu khí màng phổi (đã vô khuẩn) và thuốc gây tê.
- Catheter hoặc ống dẫn lưu (các cỡ đã vô khuẩn).
- Máy hút liên tục hoặc bình dẫn lưu kín.
- Bóng Ambu.
- Oxy.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế Fowler) - tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao 30° - 40° .
- Phải nhẹ nhàng khi di chuyển và thay đổi tư thế của người bệnh để phòng tuột ống dẫn lưu khí.
- Dùng thuốc giảm đau nếu có chỉ định.
- Giữ yên tĩnh buồng bệnh để người bệnh nghỉ ngơi.

*** Theo dõi:**

- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ và ý thức để báo bác sĩ.
- Theo dõi dẫn lưu với:
 - + Máy hút liên tục để áp lực hút từ 30-40cmH₂O.
 - + Dẫn lưu đơn giản: nối ống dẫn lưu với lọ đựng nước sát khuẩn để ở thấp (treo dưới thành giường hoặc để dưới đất) bằng một dây dẫn dài có van một chiều kiểu Heimlich hoặc tự tạo bằng một ngón tay găng cao su.
- Theo dõi đảm bảo ống dẫn lưu thông liên tục, không tuột, chụp phổi kiểm tra: vị trí đầu ống, độ giãn nở của phổi.
- Theo dõi tình trạng chảy máu ngay sau khi đặt ống dẫn lưu: tắc ống do máu đông, chảy máu ngoài da.
- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn:
 - + Nhiệt độ, rét run....
 - + Viêm tấy xung quanh vết chọc.
- Thực hiện thuốc và xét nghiệm theo y lệnh.
- Dinh dưỡng người bệnh đầy đủ: Chế độ ăn đảm bảo 2000Kcal/ngày, đủ vitamin.
- Cung cấp đủ nước, điện giải.
- Giúp người bệnh vệ sinh, chống loét.
- Thay đổi tư thế, hô hấp trị liệu.
- Nằm đệm nước chống loét.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh (để báo bác sĩ):
 - + Ý thức: tỉnh, hốt hoảng, vật vã, hôn mê.
 - + Hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, đau ngực.
 - + Mạch, huyết áp trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật.
 - + Tình trạng nhiễm khuẩn: sốt, dấu hiệu nhiễm khuẩn tại chỗ, toàn thân.
 - + Tình trạng dẫn lưu: ống có thông hay bị tắc, có dịch hay không? áp lực hút?
- Ghi chép thủ thuật và công việc đã làm.
- Kết quả khí máu, SpO₂
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh, người nhà biết tình trạng bệnh, diễn biến và hướng điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở để giãn nở phổi phục hồi chức năng hô hấp.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CAI THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc người bệnh cai thở máy giúp cho người bệnh mau chóng thoát khỏi phụ thuộc vào máy thở, khi tình trạng hô hấp đã ổn định.
- Phòng ngừa, phát hiện người bệnh suy hô hấp trở lại

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Đã tự thở lại được với VT = 4-5ml/kg (đo bằng cung lượng kế hay phế dung kế)
- Khi hít vào gắng sức, áp lực âm tối thiểu bằng 20cmH₂O trong 20 giây. Sau khi tháo máy 15 phút, pH máu vẫn bình thường, PaO₂ > 60mmHg, SpO₂ trên 80%, NIF > 20cmH₂O
- Tư thế nửa nằm nửa ngồi (Fowler)

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng, KTV chăm sóc hô hấp, bác sĩ chuyên khoa, luôn đứng bên cạnh người bệnh để động viên lúc bắt đầu cai.

3. Nơi thực hiện:

- Tại khoa cấp cứu hồi sức, có Y tá - điều dưỡng thường xuyên theo dõi.

4. Dụng cụ:

- Máy hút đờm
- Ống thông hút đờm (không được to quá nửa tiết diện ống NKQ),
- Oxy, ống thông oxy
- Cung lượng kế hay phế dung kế để đo VT
- Bộ canun MKQ hoặc ống NKQ
- Áp lực kế đo lực thở vào âm NIF (negative inspiratory force)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm và hợp tác với điều dưỡng
- Tháo máy thở khỏi người bệnh. Cho người bệnh thở oxy 6 lít/phút qua ống nội khí quản (hoặc mở khí quản)
- Đo VT tự thở, NIF, ghi lại các giá trị đo được.
- Cho người bệnh tự thở ngắt quãng: 15 phút, 30 phút, 60 phút, 3 giờ, 12 giờ tùy theo sức chịu đựng của người bệnh.
- Thường xuyên hút đờm và dịch theo nhiều tư thế
- Vỗ, rung ngực. Thay đổi tư thế nằm của người bệnh ít nhất 1 giờ một lần, mỗi lần thay đổi lại hút đờm, xoa bóp.

- Nếu có suy hô hấp trở lại: mạch trên 110 lần/phút, huyết áp tăng hoặc hạ, nhịp thở trên 30 lần/phút, trên điện tim có loạn nhịp, cho người bệnh thở máy lại rồi báo bác sĩ.
- Cho người bệnh thở máy lại ban đêm.
- Khi chắc chắn người bệnh đã tự thở lại bình thường NIF > 25cmH₂O, SpO₂ luôn trên 90% mới cho tự thở cả ban đêm. Cần có monitor theo dõi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi ghi chép mạch, huyết áp, nhịp thở, điện tim trên monitor đầu tiên 15 phút/lần, sau đó 30-60 phút/lần tùy theo mức độ ổn định.
- Mạch phải dưới 100 lần / phút.
- Huyết áp ở mức bình thường.
- Nhịp thở không quá 30 lần /phút.
- Điện tim không có loạn nhịp tim hoặc ngoại tâm thu.
- Ngày thứ 2 hoặc ngày thứ 3: chụp phổi để kiểm tra (báo bác sĩ)
- Ghi chép các thông số, theo dõi: huyết áp, mạch, nhịp thở, tình trạng đờm, mô hôi, sắc mặt.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Bắt đầu khi cai thở máy, người bệnh thường có tâm lý sợ hãi nên cần:

- Giải thích cho người bệnh yên tâm, tin tưởng. Yêu cầu người bệnh thở sâu, đều.
- Giải thích cho gia đình: cần tránh nguy cơ bội nhiễm phổi cho người bệnh khi vào thăm.
- Không được tự tiện vào hút đờm: nếu người bệnh ho khạc được đờm ra ngoài là tốt.
- Không được tự tiện lấy ống thông oxy hoặc mở thêm oxy cắm vào ống nội khí quản khi vào thăm người bệnh
- Hạn chế mọi cuộc vào thăm khi người bệnh đang cai thở máy.

10.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÔI THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc người bệnh thôi thở máy sau một thời gian thở máy ngắn, giúp cho người bệnh thở lại tự nhiên một cách an toàn.
- Luôn đề phòng tình trạng suy hô hấp nặng lên đột ngột sau khi rút máy thở khỏi người bệnh, mặc dù thôi thở máy để thực hiện hơn cai thở máy và thời gian chăm sóc cũng ngắn hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Theo y lệnh của bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu hoặc gây mê hồi sức.
- Người bệnh đang thở máy sau gây mê, một bệnh phổi cấp hay ngộ độc cấp nay đã tỉnh, nhịp thở dưới 25 lần/ phút, mạch, huyết áp bình thường.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Cân lượng giá trước khả năng hô hấp tự nhiên, nguyên nhân gây bệnh phải thông khí nhân tạo đã hết hoặc đã cải thiện nhiều về thông khí tự nhiên.
- Vận động hô hấp tốt: nhịp thở dưới 25 lần /phút, lực thở vào âm (NIF) ít ra là 20cm H₂O.
- Ho khạc mạnh qua ống nội khí quản.
- Nếu có bệnh phổi mạn, phải tiến hành như chăm sóc người bệnh cai thở máy.
- Nếu đo được xét nghiệm các khí trong máu: phải bình thường pH 7,35 - 7,40; PaCO₂ 40-45mmHg; PaO₂ trên 90 mmHg.

2. Người thực hiện:

- Điều dưỡng chăm sóc người bệnh thôi thở máy phải luôn có mặt tại buồng bệnh cho đến khi đạt được kết quả.
- Bác sĩ chuyên khoa HSCC hoặc kỹ thuật viên chăm sóc hô hấp.

3. Nơi thực hiện:

- Tại phòng hậu phẫu hoặc khoa HSCC.

4. Dụng cụ:

- Máy hút, ống thông hút đờm.
- Oxy.
- Bộ dụng cụ làm vệ sinh miệng mũi.
- Monitor theo dõi SpO₂, nhịp tim, nhịp thở, điện tim.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thường xuyên hút đờm ở nhiều tư thế.
- Cho người bệnh thở oxy 6 lít/phút qua ống nội khí quản có ống nối hình chữ T.
- Rút máy thở khỏi ống nội khí quản.
- Tiếp tục theo dõi 24 giờ - 48 giờ tiếp theo: mạch, huyết áp, nhịp thở, khả năng khạc đờm, ý thức ở người bệnh bị ngộ độc barbituric, opi, hoặc sau phẫu thuật đặc biệt.
- Chỉ cần theo dõi 1 - 3 giờ sau thở máy, nếu người bệnh hồi tỉnh sau phẫu thuật thường.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở, ý thức. Nếu thấy có dấu hiệu suy hô hấp phải cho người bệnh thở máy lại (hoặc bóp bóng Ambu), kịp thời báo bác sĩ.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên an ủi người bệnh.
- Giải thích cho gia đình người bệnh yên tâm.
- Không cho thân nhân tự tiện đến hút đèn và cho người bệnh thở oxy.
- Không cho người nhà người bệnh đến ghé sát miệng vào mặt người bệnh thì thăm vì có khả năng bội nhiễm cao (từ thân nhân sang người bệnh).
- Tốt nhất là không cho vào thăm (hoặc hạn chế tối đa).

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm lượng oxy cần thiết đưa vào phổi người bệnh bằng các đường khác nhau: mũi, mặt nạ, máy thở.
- Duy trì các đường dẫn oxy an toàn không tuột khỏi người bệnh, không hở.
- Theo dõi các thông số cơ bản SpO_2 , khí trong máu tránh tình trạng thừa hoặc thiếu oxy.
- Hàng ngày thay các ống thông dẫn oxy vào người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích vì sao phải thở oxy cho người bệnh yên tâm và cộng tác với bác sĩ và điều dưỡng.
- Giải thích cho người bệnh chấp nhận một số khó chịu khi luồng oxy vào mũi.
- Tùy theo tình trạng hô hấp đặt người bệnh ở tư thế:
 - + 45° nếu có suy hô hấp.
 - + 90° nếu có phù phổi cấp.
 - + Nằm thẳng nếu có trụy mạch.

2. Người thực hiện:

- Y tá - điều dưỡng: đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Ống dẫn oxy mũi. Người điều dưỡng phải biết các loại dụng cụ thở oxy để thay thế cho người bệnh khi cần thiết. Có thể sử dụng một trong hai loại:
 - + Kiểu đeo kính có 2 ống nhỏ cài vào lỗ mũi trước.
 - + Ống thông đầu có nhiều lỗ để luồn vào gần thanh môn. Có thể dùng ống thông nelaton thay thế tạm thời nhưng hay bị tắc.

- Mặt nạ oxy: có nhiều kích cỡ, nên phải chọn cỡ phù hợp với người bệnh. Chú ý khe sống mũi thường sâu ở mặt nạ Âu châu, dễ gây hở.
- Có nhiều loại mặt nạ:
 - + Mặt nạ mũi chỉ úp vào mũi người bệnh và người bệnh hoàn toàn tỉnh.
 - + Mặt nạ mặt dùng cho người bệnh không tỉnh táo, hôn mê hoặc há mồm để thở.
- Bình oxy hoặc oxy trung tâm:
 - + Nếu là bình oxy phải kiểm tra áp suất của bình bằng áp lực kế (phải đủ lượng oxy cần thiết).
 - + Nếu dùng cho máy thở với phương thức hỗ trợ áp lực, áp lực oxy trong bình oxy nén phải bảo đảm trên 50 psi hoặc 3,5atm.
 - + Nếu dùng máy tạo oxy cá nhân: không thể thay oxy nén nếu không có bình chứa. Khi dùng oxy nén phải dùng máy tạo oxy trung tâm. Máy tạo oxy cá nhân có bình chứa oxy nén cũng chỉ dùng tạm thời cho máy thở áp lực.
- Các dụng cụ khác: gạc, bình phun xylocain hoặc gel xylocain.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Thở oxy mũi:* dùng ống thông mũi vô khuẩn lau qua một gạc có thấm dầu parafin. Đẩy ống thông qua lỗ mũi bằng một đoạn từ lỗ mũi đến thái dương. Nếu người bệnh khó chịu có thể xịt trước xylocain 1-2% vào lỗ mũi. Kiểm tra bình làm ẩm (phải đủ nước đến vạch, mở áp lực kế oxy cho qua bình làm ẩm, điều chỉnh thông số cần thiết). Sau đó mới nối vào ống thông oxy mũi. Dùng băng dính 20cm x 1cm quấn quanh ống thông một vòng vào điểm giữa trước lỗ mũi, rồi cố định bằng hai đầu dính sang hai bên má.
- *Thở mặt nạ oxy:*
 - + Lựa chọn mặt nạ oxy phù hợp với người bệnh.
 - + Nối mặt nạ với ống dẫn oxy và bình làm ẩm.
 - + Điều chỉnh lượng oxy cần thiết.
- Úp mặt nạ vào người bệnh. Cố định mặt nạ bằng các dây buộc chằng sau gáy, bảo đảm vừa khít không quá chặt, quá lỏng.
- *Theo dõi:*
 - + Sắc mặt: sắc mặt đỏ hồng có thể là thừa oxy. Sắc mặt tím: có thể là thiếu oxy, cần thêm lưu lượng oxy.
- Kết quả tốt nếu: mạch dưới 100 lần/phút, huyết áp (HA) bình thường, SpO₂ trên 90%.
- Kết quả không tốt nếu: mạch không thay đổi so với trước hoặc nhanh hơn, HA vẫn không thay đổi hoặc giảm hơn, SpO₂ giảm hơn trước, dưới 90%.
- Phải báo bác sĩ ngay để thay đổi chiến lược thông khí (thở máy, tăng lượng oxy....)
- Duy trì kết quả thở oxy:
 - + Thường xuyên hút đờm nếu thấy người bệnh có cơn ho hoặc muốn khạc.
 - + Hỗ trợ cho người bệnh ho khạc tốt bằng các biện pháp vỗ, rung.
 - + Thay ống thông mũi ngày 1 lần, tốt nhất là 8 giờ/lần.
 - + Luôn ống thông mới vào lỗ mũi bên kia và làm vệ sinh lỗ mũi vừa đặt ống thông, nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng.
 - + Bảo đảm cho người bệnh ăn đầy đủ nhưng chế độ ăn không quá nhiều đường nếu người bệnh đang có suy hô hấp.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc mặt, môi. Báo ngay bác sĩ nếu có thay đổi.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh đảm bảo ăn uống đủ dinh dưỡng.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ, đảm bảo chế độ ăn nhiều protein.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm các biến chứng của áp xe phổi như: ộc mủ gây ngạt thở, tràn khí, tràn mủ màng phổi.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Báo và giải thích cho người bệnh trước khi làm.
- Nếu người bệnh nặng hơn mẹ cần có sự trợ giúp.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, y tá - điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên chăm sóc hô hấp: đầy đủ trang phục y tế.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Nguồn oxy, mặt nạ thở oxy.
- Ống nội khí quản, dây hút đờm, máy hút, bóng Ambu.
- Bộ dụng cụ chọc dò màng phổi và mở màng phổi tối thiểu, máy hút khí, dịch liên tục.
- Cốc đựng đờm, mủ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Làm giảm sự lo lắng cho người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hiểu, yên tâm điều trị, nâng đỡ hỗ trợ người bệnh khi ho, khạc đờm, khó thở.
- Buồng bệnh yên tĩnh, thoải mái, tăng cường thoáng khí.

2. Thực hiện thủ thuật để dẫn lưu mủ:

- Dẫn lưu tư thế: đặt người bệnh ở tư thế nào là phụ thuộc vào phân thủy hay vùng bị áp xe, 2-3 lần/ngày, mỗi lần 30-60 phút. Nếu không dẫn lưu tư thế được thì phải thay đổi tư thế 2 giờ/lần.
- Làm các động tác chăm sóc hô hấp: vỗ, rung, hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, tập ho, rèn luyện làm giãn nở phổi.
- Chuẩn bị người bệnh để tiến hành các thủ thuật soi, hút phế quản, chọc hút ổ áp xe, hoặc can thiệp mổ cắt thủy phổi.
- Theo dõi sát tình trạng hô hấp và giám sát sự luyện tập của người bệnh.
- Khi hướng dẫn phải giải thích, khuyến khích vì người bệnh sợ đau không dám thở sâu.
- Cho người bệnh thở oxy, lượng oxy cho người bệnh thở đảm bảo $SpO_2 \geq 92\%$.

3. Theo dõi người bệnh:

- Các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ, theo dõi liên tục SpO_2 .
- Chú ý các dấu hiệu bất thường: khó thở, tím, vã mồ hôi, mạch nhanh lên đột ngột, có thể tụt huyết áp....
- Theo dõi dấu hiệu đau ngực, ho. Chú ý người bệnh có thể ọc mủ nhiều gây tắc đường thở dẫn đến tử vong.
- Kiểm tra Xquang phổi.
- Có dấu hiệu bất thường, suy hô hấp phải báo cho bác sĩ biết.
- Theo dõi lượng mủ khạc ra hàng ngày. Khạc vào ca (cốc) có nắp đậy.

4. Thực hiện thuốc và xét nghiệm:

- Thuốc kháng sinh: theo chỉ định.
- Thuốc chữa triệu chứng: sốt cao (hạ sốt khi sốt cao trên $40^\circ C$), ho....
- Làm xét nghiệm đờm, mủ: soi và nuôi cấy...
- Cấy máu.
- Điện giải máu.
- Điện tâm đồ.
- Khí máu động mạch.
- X.quang phổi

5. Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

- Người bệnh bị áp xe phổi nên suy kiệt nhanh, cho người bệnh chế độ ăn nhiều protein, vitamin, đảm bảo calo: 3000Kcalo/ngày.
- Cân người bệnh 2 lần/tuần.

6. Duy trì thăng bằng nước- điện giải và toan kiềm:

- Cho người bệnh uống nhiều nước, ăn và uống khoảng 3 lít/ngày, duy trì nước tiểu khoảng 1,5 lít/ngày.
- Duy trì điện giải máu, chất khí trong máu và thăng bằng toan kiềm trong giới hạn bình thường.

7. Giúp người bệnh vệ sinh và chống loét:

- Xoa bóp, vật lý trị liệu thích hợp.
- Cho người bệnh nằm đệm nước.
- Vệ sinh răng miệng thường xuyên vì người bệnh áp xe phổi có hơi thở hôi. Lau rửa và giữ vệ sinh da.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh:
 - + Ý thức: tỉnh táo, hoảng hốt, vật vã,....
 - + Màu sắc da: hồng hào, tím...
 - + Nhịp thở, kiểu thở, tình trạng khó thở, đau ngực.
 - + Kết quả xét nghiệm khí máu SpO_2 .
 - + Tình trạng nhiễm khuẩn.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh biết sự cần thiết phải kéo dài thời gian điều trị để người bệnh yên tâm, kiên trì, tuân thủ chế độ điều trị và luyện tập....
- Hướng dẫn người bệnh tập thở chậm hít vào sâu, thở ra đường miệng như tập khí công.
- Tập thể dục thể thao đều đặn, mức độ từ nhẹ đến nặng, mỗi buổi tập đều không gắng sức quá, khi nào thấy bắt đầu mệt thì ngừng lại.
- Bỏ thuốc lá, tránh khói, bụi.
- Giữ ấm trong mùa lạnh.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY HÔ HẤP CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông thoáng đường thở. Bảo đảm việc oxy hoá máu và đào thải CO_2 bình thường.
- Theo dõi sát các diễn biến của bệnh, phát hiện và xử lý kịp thời các diễn biến xấu.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Người bệnh tỉnh: giải thích cho người bệnh yên tâm, hướng dẫn một số động tác kỹ thuật cho người bệnh tự làm như: tập ho, khạc đờm, thở sâu....

- Người bệnh hôn mê: tùy mức độ và nguyên nhân gây suy hô hấp mà thầy thuốc sẽ quyết định. Cho nằm nghiêng tư thế an toàn (nửa sấp) và đặt canun guedel khi thấy thuốc chưa đến.

2. Người thực hiện:

- Y tá- điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Nguồn oxy (có lưu lượng kế và bộ phận làm ẩm).
- Ống thông hoặc mặt nạ thở oxy.
- Máy hút (để áp lực hút < 120mmHg), ống hút đờm.
- Bộ dụng cụ chọc dò màng phổi.
- Bộ dụng cụ đặt ống nội khí quản kèm các ống nội khí quản có kích cỡ khác nhau.
- Máy theo dõi độ bão hoà oxy SpO_2 và $ETCO_2$

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cho người bệnh nằm đầu cao (trừ trường hợp tụt huyết áp)
- Hút đờm dãi ở họng miệng mũi nếu có.
- Giúp người bệnh ho, khạc đờm.
- Cho thở oxy theo chỉ định: nồng độ oxy đạt 40% đối với ống thông mũi (liều 6lít/phút), 60% qua mặt nạ (với lượng 8 lít/phút) và 80% qua mặt nạ có bóng dự trữ. Nhưng ở người bệnh bị bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính chỉ cần thở 1-2lít/ phút.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh: tiêm, uống, khí dung....

** Khi thấy ở người bệnh suy hô hấp có một trong các dấu hiệu sau:*

- Rối loạn ý thức.
- Nhịp tim nhanh > 120 lần / phút hay chậm < 50 lần / phút hoặc tụt huyết áp.
- Con ngừng thở hoặc thở chậm < 10 lần / phút
- Thở nhanh > 35 lần/phút. Da xanh tím, vã mồ hôi, SpO_2 dưới 90%, co kéo các cơ hô hấp phụ.
- Cần để đầu ngửa, bóp bóng oxy, báo bác sĩ biết và chuẩn bị đặt nội khí quản ngay.
- Luôn để người bệnh suy hô hấp tại nơi có thể theo dõi tốt nhất đảm bảo:
 - + $SpO_2 > 92\%$ đối với suy hô hấp cấp.
 - + $\geq 90\%$ đối với đợt cấp bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính.
 - + Mạch < 120 lần / phút (lúc không dùng salbutamol hay thuốc kích thích β_2)
 - + Huyết áp ổn định.
 - + Nhịp thở < 35 lần/ phút, không co kéo cơ hô hấp.

** Ở người bệnh đặt nội khí quản và thở máy cần theo dõi liên tục:*

- Tình trạng hoạt động của máy thở
- SpO_2 , $ETCO_2$
- Mạch
- Phản xạ ho

- Tình trạng đờm dãi (số lượng, màu sắc).
- * *Khi thấy:*
 - Áp lực đường thở tăng cao đột ngột
 - SpO₂ giảm nhanh
 - Người bệnh chống máy:
 - + Phải nghi ngờ có tắc đờm hoặc tràn khí màng phổi.
 - + Nếu sau khi hút đờm đúng kỹ thuật mà áp lực đường thở vẫn cao, người bệnh chống máy thì có khả năng tràn khí màng phổi phải báo bác sĩ ngay.
 - Cần trấn trở người bệnh và vỗ rung 2giờ/lần, cho ăn liên tục qua ống thông dạ dày, đủ calo 25-30Kcal/kg, tỉ lệ dinh dưỡng thích hợp, bù đủ nước, đảm bảo nước tiểu 1500-2000ml/24giờ, đảm bảo hút đờm vô khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh:
 - + Ý thức: tỉnh táo.
 - + Màu sắc da: hồng hào, tím.
 - + Nhịp thở, kiểu thở.
- Kết quả xét nghiệm khí máu SpO₂, ETCO₂
- Tình trạng nhiễm khuẩn
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị, chấp hành đúng các quy trình kỹ thuật.
- Khi ra viện cần dặn dò các biện pháp phòng ngừa nhằm hạn chế nguy cơ tái phát.

14. CHĂM SÓC VÀ DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH PHÙ PHỔI CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm hô hấp cho người bệnh:
 - + Tránh tình trạng giảm oxy máu-mệt cơ.
 - + Phát hiện sớm các biến chứng, xử trí kịp thời.
 - + Đề phòng phù phổi cấp trở lại.
- Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ, đúng quy cách.
- Duy trì cân bằng nước và điện giải.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Giúp người bệnh thực hiện vệ sinh cá nhân.
- Chống tắc mạch.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh.
- Người bệnh hôn mê cần có người phụ giúp.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, Y tá- điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Dây thở oxy - bình ẩm oxy.
- Bóng mask, bóng Ambu.
- Ống NKQ các cỡ + bộ đèn NKQ + dụng cụ cấp cứu.
- Canun MKQ các cỡ + bộ dụng cụ MKQ cấp cứu.
- Hộp đèn NKQ - dây truyền MKQ cấp cứu.
- Ống thông hút đờm nhiều cỡ.
- Bơm kim tiêm các loại.
- Máy hút.
- Máy thở
- Monitor
- Dây garô: 03 cái
- Thuốc: hộp chống phù phổi cấp gồm:
 - + Morphin
 - + Lasix
 - + Cedilanid 0,4mg (digoxin)
- Một số thuốc khác:*
 - + Aminophylin 0,24
 - + Dobutrex 250mg
 - + Dopamin 200mg
 - + Naloxon
 - + Heparin dự phòng nếu là bệnh van tim.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bảo đảm hô hấp cho người bệnh:

- Đặt người bệnh ở tư thế ngồi thẳng, 2 chân để thẳng.
- Ngừng truyền dịch, truyền máu nếu nghi ngờ là nguyên nhân gây phù phổi cấp.
- Thở oxy liều cao 6-8 lít/phút qua ống thông mũi hoặc 100% qua mặt nạ oxy
- Dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ.

- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện (sau 20 phút nếu SpO_2 vẫn dưới 80%) cần can thiệp thông khí nhân tạo với oxy 100% trong giờ đầu, phải bảo đảm cho người bệnh được thông khí tốt với phương thức thích hợp (theo chỉ định bác sĩ).
- Theo dõi sự thích ứng của người bệnh đối với máy thở chú ý các dấu hiệu: xanh tím, vã mồ hôi, huyết áp tăng hoặc tụt, mạch nhanh, thở chống máy.
- Tiến hành: hút đờm đúng kỹ thuật mỗi lần hút không quá 20 giây. Nếu không đỡ báo bác sĩ điều trị để xử lý.
- Theo dõi liên tục bằng monitor, phát hiện sớm các biến chứng để xử lý kịp thời.

2. Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh tối thiểu:

- Ngày 25calo/kg cân nặng. Tùy thuộc nguyên nhân để có chế độ ăn thích hợp.
- Nguyên nhân tại thận: không ăn nhiều protid, muối.
- Người bệnh có bệnh tim mạch: hạn chế muối.

3. Duy trì cân bằng nước điện giải:

- Duy trì bilan (-)
- Tăng cường bài niệu (tùy thuộc nguyên nhân gây phù phổi cấp).
- Hạn chế dịch truyền: phụ thuộc tình mạch trung tâm (TMTT)
- Thể tích dịch vào (đối với người bệnh có đặt catheter TMTT) = thể tích nước tiểu hôm trước + 500ml (ở người lớn).

4. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân:

- Bảo đảm cho người bệnh luôn luôn được sạch sẽ.

5. Tiêm heparin, fraxiparin theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ xanh tím của da và môi.
- Mạch, huyết áp
- Nước tiểu về số lượng, màu sắc có thể đỏ máu do dùng quá liều heparin.
- Điện tâm đồ.
- Nhịp thở tự nhiên.
- SpO_2
- Đo các khí trong máu để kịp thời báo bác sĩ nếu xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thường xuyên giải thích động viên để người bệnh an tâm điều trị, không mất bình tĩnh. Cho người bệnh uống thuốc an thần theo chỉ định của bác sĩ.
- Thông báo cho người nhà người bệnh biết tình hình bệnh trong phạm vi có thể.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRỤY MẠCH (SỐC)

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm tình trạng huyết động của người bệnh được theo dõi liên tục qua các thông số như: mạch, huyết áp (M - HA), thể tích nước tiểu. Phát hiện và xử lý kịp thời các rối loạn gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.
- Bảo đảm thông khí cho người bệnh.
- Duy trì cân bằng nước và điện giải - kiềm toan.
- Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ đúng quy cách.
- Chống tắc mạch.
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, chống loét.
- Chống nhiễm khuẩn

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh.
- Người bệnh hôn mê cần có người phụ giúp.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, y tá- điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Ống thở oxy - bình ẩm oxy - bóng Ambu
- Ống NKQ - canun MKQ các cỡ.
- Đèn soi thanh quản.
- Máy hút và ống thông hút đờm nhiều cỡ.
- Máy thở
- Máy khử rung tim và monitor
- Ống thông tĩnh mạch trung tâm(TMTT) + cột đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALMTT).
- Bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch.
- Thuốc:
 - + Hộp chống sốc phản vệ.
 - + Hộp chống phù phổi cấp.
 - + Một số thuốc khác: dopamin - dobutamin - heparin
 - + Dung dịch cao phân tử (Ví dụ: Haessteril 6% - Ringer lactat
 - + Các dung dịch đẳng trương.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Đảm bảo theo dõi tình trạng huyết động:**

- Sơ cứu chảy máu nếu có (thường cho người bệnh nằm đầu thấp).
- Đặt ngay một đường truyền ngoại vi với dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ khi chưa có ống thông TMTT.
- Tiến hành truyền dịch hoặc truyền máu theo y lệnh bác sĩ nếu nguyên nhân truy mạch là do giảm thể tích tuần hoàn.
- Chuẩn bị bơm truyền dịch, máy truyền dịch, catheter TMTT và một số thuốc vận mạch (ví dụ: dopamin, dobutamin, noradrenalin, adrenalin...) sẵn sàng truyền dịch cho người bệnh nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Nếu người bệnh truy mạch do sốc phản vệ thì dùng adrenalin theo chỉ định của bác sĩ.
- HA tối đa < 90mmHg hoặc > 130mmHg phải báo bác sĩ để điều chỉnh các thuốc khác như: thuốc trợ tim, corticoid, dung dịch cao phân tử bicarbonat... luôn chuẩn bị sẵn sàng để dùng cho người bệnh nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Theo dõi tình trạng huyết động: mạch, huyết áp, ALTMTT 15 phút/lần. Nếu dùng thuốc vận mạch.

2. Bảo đảm thông khí cho người bệnh:

Đồng thời với việc cải thiện tình trạng huyết động của người bệnh cần:

- Cho người bệnh thở oxy 4-6lít/phút.
- Chuẩn bị phụ bác sĩ đặt ống nội khí quản, hút đờm, hô hấp nhân tạo, tùy theo từng trường hợp để có cách xử lý thích hợp.

3. Duy trì cân bằng nước và điện giải, kiểm toan:

- Theo dõi lượng dịch vào và lượng nước tiểu để báo bác sĩ tính bilan nước-dịch.
- Theo dõi các dấu hiệu thừa thể tích nước (ALTMTT > 15cmH₂O):
 - + Phù kết mạc;
 - + Phù toàn thân;
 - + Phù phổi cấp.
- Theo dõi các dấu hiệu thiếu nước (ALTMTT < 5mH₂O):
 - + Da khô, nhãn nheo
 - + Môi, miệng khô
 - + Lưỡi khô
- Theo dõi thể tích nước tiểu theo giờ < 50ml/giờ là thấp phải báo bác sĩ để xử lý kịp thời tránh suy thận chức năng.
- Đảm bảo cân bằng kiểm toan.
- Truyền dung dịch bicarbonat 1,4% hoặc 0,84% nếu có chỉ định của bác sĩ.

4. Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

- Chế độ ăn đảm bảo đủ calo, tùy thuộc nguyên nhân để có chế độ ăn thích hợp.

5. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân chống loét:

- Tránh cho người bệnh đại, tiểu tiện không tự chủ, đảm bảo người bệnh luôn được sạch sẽ, đủ ấm.
- Cho người bệnh nằm đệm hơi hoặc đệm nước nếu có chỉ định.

- Thay đổi tư thế 1giờ/lần. Nếu không có suy hô hấp, phù phổi cấp phải cho người bệnh nằm đầu dốc.

6. Dùng thuốc chống đông theo chỉ định của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu màu sắc da.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu.
- Điện tim,
- Nhịp thở tự nhiên.
- SpO₂
- Kết quả xét nghiệm các khí trong máu.
- Kết quả điện giải đồ máu.
- Kịp thời báo bác sĩ nếu xét nghiệm bất thường (ví dụ K⁺ máu tăng > 5mmol/l hoặc giảm < 3,5mmol/l).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người nhà người bệnh biết tình trạng bệnh của người bệnh, các tình huống xấu có thể xảy ra. Dặn dò, hướng dẫn họ những điều cần thiết (ví dụ: chấp hành nội quy khoa phòng, giữ vệ sinh chung, chế độ ăn, giúp cho công tác điều trị đạt kết quả khả quan nhất...).
- Thường xuyên an ủi, động viên người bệnh để người bệnh an tâm điều trị (nếu người bệnh tỉnh).

16.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho người bệnh được theo dõi và kiểm soát huyết áp chặt chẽ.
- Đảm bảo duy trì huyết áp ở mức an toàn và ổn định.
- Tránh được các biến chứng của cơn tăng huyết áp trong quá trình điều trị.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nước điện giải đúng quy cách.
- Làm cho người bệnh tin tưởng vào điều trị.
- Giải thích cho người bệnh hiểu và biết cách tự theo dõi huyết áp.
- Tuân thủ chế độ điều trị duy trì.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Ống nghe, huyết áp, nhiệt kế, sổ sách ghi chép theo dõi.
- Máy điện tim
- Máy theo dõi người bệnh tại giường.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định, đánh giá tình trạng chung của người bệnh:

- Tuổi, giới, tinh thần người bệnh: tỉnh, mê, lơ lửng, hốt hoảng....
- Thể trạng người bệnh: gầy, béo, suy kiệt....
- Có liệt? có phù không?
- Có khó thở không? có tím, hồng không ?
- Hỏi tiền sử người bệnh cao huyết áp (HA), các theo dõi và chăm sóc trước đó.

2. Đo và theo dõi các chỉ số huyết động:

- Đo huyết áp 30 phút đến 1 giờ/1 lần để theo dõi cơn tăng huyết áp và hiệu quả điều trị. Phải đo huyết áp tứ chi lúc người bệnh mới vào để tránh bỏ sót tăng HA chi trên do hẹp động mạch chủ.
- Lấy mạch cần xem mạch đều hay không đều, so sánh tần số 2 bên. Nếu mạch không đều, phải đếm nhịp tim bằng ống nghe.
- Ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo để phát hiện các tổn thương tim hoặc loạn nhịp.
- Đặt máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂ tại giường.
- Đếm nhịp thở.

3. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ:

- Thuốc hạ áp: trước khi thực hiện thuốc hạ áp theo y lệnh phải đo huyết áp cho người bệnh và báo cho bác sĩ biết kết quả.
- Các thuốc lợi tiểu nên sử dụng buổi sáng.
- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết cho người bệnh theo y lệnh như:
 - + Điện tâm đồ.
 - + Chụp tim phổi.
 - + Siêu âm tim, siêu âm doppler mạch.
 - + Soi đáy mắt.
 - + Các xét nghiệm sinh hoá, huyết học cơ bản: urê, đường máu, điện giải, cholesterol máu, creatinin, tế bào niệu, protein niệu...

4. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

- Khẩu phần ăn đủ năng lượng, hạn chế muối.
- Nếu béo phì áp dụng chế độ giảm calo.
- Tránh dùng các chất kích thích: rượu, bia, chè, cà phê.

5. Chế độ nghỉ ngơi:

- Nghỉ tại giường bệnh, giúp người bệnh vệ sinh.
- Tránh gắng sức.
- Tránh các thay đổi đột ngột như nóng, lạnh.
- Vận động nhẹ tại giường, đảm bảo giấc ngủ cho người bệnh tránh tiếng ồn.
- Giúp người bệnh tránh những xúc động mạnh, lo lắng, sợ hãi.
- Động viên và giải thích cho người bệnh kịp thời.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi đầy đủ các dấu hiệu, tình trạng ý thức của người bệnh: tỉnh táo, mê, hốt hoảng, sợ hãi
- Huyết áp: đo và ghi theo giờ quy định, ghi mạch, nhiệt độ, nước tiểu, điện tâm đồ hàng ngày.
- Ghi chép các chế độ chăm sóc.
- Báo cáo thường xuyên với bác sĩ chỉ số huyết áp và các dấu hiệu hoặc xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích tình trạng bệnh để người bệnh yên tâm tin tưởng vào điều trị.
- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình hiểu cách tự theo dõi huyết áp tại nhà và biết cách phát hiện một số biến chứng của tăng huyết áp.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, luyện tập vận động, chế độ ăn uống.
- Tuân thủ nghiêm ngặt chế độ điều trị.
- Hướng dẫn chế độ tái khám và theo dõi tại cơ sở y tế.
- Khuyến người bệnh bỏ thói quen không có lợi như hút thuốc lá, thuốc Lào, cà phê, rượu, bia.

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM PHẾ MẠN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho người bệnh được hỗ trợ hô hấp tốt.
- Cải thiện tình trạng suy tim.
- Đảm bảo dinh dưỡng, năng lượng, thăng bằng nước điện giải.
- Chống các biến chứng: tắc mạch, loét, tắc đờm.
- Giúp người bệnh tin tưởng vào điều trị, kỹ thuật chăm sóc và hợp tác điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích động viên cho người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu cao 30° - 45°

2. Người thực hiện:

- Y tá- điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Ống thông, mặt nạ thở oxy.
- Bóng Ambu, ống nội khí quản.
- Máy thở BiPAP, CPAP.
- Ống thông hút đờm, máy hút.
- Máy theo dõi tại giường: nhịp tim, huyết áp SpO_2 , $ETCO_2$.
- Bơm tiêm điện, máy truyền dịch.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá tình trạng chung người bệnh:

- Tuổi, giới, tinh thần người bệnh: tỉnh, lơ mơ, ngủ gà, vật vã...
- Thể trạng người bệnh: suy kiệt, béo phì, phù,....
- Dấu hiệu khó thở: tím môi, đầu chi, toàn thân, vã mồ hôi, thở nhanh? thở chậm? Có kéo cơ hô hấp.

2. Thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ hô hấp:

- Tùy theo mức độ suy hô hấp: nhẹ, trung bình, nặng, nguy kịch mà có các chỉ định phù hợp như thở oxy, BiPAP, hoặc đặt nội khí quản thở máy.
- Đặt máy theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 , $ETCO_2$.
- Làm thông thoáng đường thở:
 - + Để người bệnh nằm đầu cao.
 - + Vỗ rung ngực, lưng; dẫn lưu đờm dãi.
 - + Hướng dẫn người bệnh cách thở, ho, tống đờm ra ngoài.
 - + Hút đờm dãi làm sạch họng miệng, nếu có ống nội khí quản hoặc mở khí quản phải tiến hành hút rửa phế quản.
 - + Nếu có thở máy, phải kiểm tra hoạt động của máy thở, sự hợp tác của người bệnh với máy, chú ý xử trí khi máy có báo động.
 - + Trường hợp người bệnh có tắc đờm, xẹp phổi, phải chuẩn bị để tiến hành nội soi phế quản.
 - + Cải thiện tình trạng suy tim: đảm bảo oxy và hỗ trợ hô hấp.

3. Thực hiện thuốc theo y lệnh.

4. Thực hiện các xét nghiệm theo y lệnh.

5. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

- Đảm bảo 30Kcal/kg, nếu có nhiễm khuẩn, thở máy phải đảm bảo 40-50 Kcal/kg. Giảm glucid, tăng lipid trong khẩu phần ăn.
- Chế độ ăn hạn chế muối nước nếu người bệnh có phù.
- Người bệnh suy kiệt phải tăng protid, acid amin trong khẩu phần ăn.
- Nếu người bệnh ăn kém phải đặt ống thông dạ dày để cho ăn.
- Cân bằng nước ra vào tránh để người bệnh thiếu nước hoặc phù, duy trì nước tiểu khoảng 1,5 lít/24giờ.
- Đảm bảo Na, K máu bình thường. Bù đủ Mg và P máu với sự tham gia của bác sĩ.

6. Vệ sinh người bệnh, chống loét, chống tắc mạch:

- Vệ sinh thân thể người bệnh hàng ngày, mùa đông đủ ấm, mùa hè đủ mát.
- Người bệnh nặng: giúp đỡ người bệnh đại tiểu tiện tại giường, vệ sinh hậu môn, sinh dục.
- Xoa bóp, vỗ rung, thay đổi tư thế chống loét do nằm.
- Thuốc dự phòng tắc mạch phổi: heparin, phân tử thấp theo chỉ định.

7. Chế độ nghỉ ngơi, vận động:

- Giai đoạn bệnh tiến triển người bệnh phải nghỉ tại giường, giúp người bệnh vệ sinh thân thể.
- Giai đoạn bệnh ổn định, giúp người bệnh vận động trở lại.
- Tránh các hoạt động thể lực, gắng sức.

8. Theo dõi sát và sẵn sàng tham gia cấp cứu:

- Luôn chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu và tham gia cấp cứu cùng bác sĩ.
- Theo dõi sát người bệnh, thường xuyên báo cáo tình trạng cho bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi đầy đủ các dấu hiệu:

- Ý thức người bệnh: tỉnh táo hay lơ mơ ngủ gà.
- Khó thở, xanh tím.
- Mạch đều hay không đều, tần số, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu, đờm.
- Điện tâm đồ, SpO₂ ETCO₂
- Lập báo theo dõi, lập kế hoạch chăm sóc.
- Báo cáo thường xuyên với bác sĩ tình trạng hô hấp và các dấu hiệu hoặc xét nghiệm bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Giải thích động viên để người bệnh yên tâm hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn giải thích cho người bệnh hiểu về bệnh và biết cách tự theo dõi tại nhà như: đờm, số lượng, tính chất, tình trạng khó thở, phù, theo dõi nhiệt độ, biết khám lại kịp thời.

- Huấn luyện cho người nhà người bệnh kỹ thuật vỗ rung, dẫn lưu đờm tư thế.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, vận động nhẹ, tránh gắng sức.
- Yêu cầu người bệnh bỏ thuốc lá, thuốc lào, rượu bia. Tránh môi trường nhiều khói bụi.
- Điều trị sớm và tích cực các nhiễm khuẩn hô hấp.

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHỤ TIM

I. MỤC ĐÍCH

- Làm giảm gánh nặng cho tim đang bị suy: giảm gắng sức, giảm lượng nước và muối đưa vào cơ thể từ đó làm giảm thể tích tuần hoàn.
- Bảo đảm tuân thủ nghiêm túc chỉ định điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích đầy đủ cho người bệnh sự cần thiết phải nghỉ ngơi và phải nghiêm túc tuân theo chỉ định điều trị.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Giường bệnh có thể thay đổi tư thế.
- Hệ thống oxy và dụng cụ thở oxy (mặt nạ oxy hoặc kính oxy).
- Bô và chai đựng nước tiểu.
- Máy đo huyết áp (HA), đồng hồ có kim giây để đếm mạch, nhiệt kế.
- Máy monitor theo dõi mạch, HA, điện tim, nhịp thở.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá tình trạng người bệnh:

- Mức độ khó thở: khó thở liên tục, khó thở tăng lên khi nằm, khó thở khi gắng sức nhẹ, khó thở khi gắng sức nhiều (như lên cầu thang....), tần số thở, tím.
- Mức độ phù: nhiều, ít.
- Đếm tần số tim, nhịp tim (đều hay loạn nhịp), đo huyết áp, cặp nhiệt độ.
- Theo dõi lượng nước tiểu người bệnh 24 giờ, ghi bệnh án.

2. Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường, đặt tư thế đầu cao (45° - 60°).

- Người bệnh phải nằm liên tục tại giường nếu khó thở xuất hiện cả khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức nhẹ.
- Nếu khó thở chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều, có thể cho phép người bệnh rời khỏi giường khi cần thiết, nhưng phải theo dõi.

3. Cho người bệnh thở oxy theo chỉ định của bác sĩ (thường cho thở oxy với lưu lượng 4-6 lít/phút).

4. Thực hiện thuốc và xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ.

5. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ cho người bệnh. Chú ý người bệnh phải ăn chế độ ăn giảm muối. Theo dõi lượng nước đưa vào cơ thể mỗi ngày.

6. Với người bệnh suy tim nặng, phải giúp người bệnh thực hiện mọi công việc cần thiết (trở mình, ăn uống, vệ sinh, thay quần áo....), không để người bệnh phải tự làm.

7. Chống tắc mạch do suy tim:

- Hướng dẫn người bệnh tập vận động, nhất là chi dưới.
- Dùng thuốc chống đông theo chỉ định điều trị (chú ý nhắc bác sĩ làm đầy đủ các xét nghiệm đông máu cần thiết để theo dõi).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi nhận xét đều đặn (1 giờ/lần, 3 giờ / lần, 6 giờ /lần,... tùy theo mức độ suy tim của người bệnh và theo chỉ định của bác sĩ): mức độ khó thở, tần số thở, tần số tim, huyết áp.
- Ghi lại nhiệt độ 3 - 6 giờ/lần và nhiệt độ cao nhất trong ngày, ghi lượng nước tiểu mỗi ngày.
- Theo dõi việc đưa xét nghiệm và nhận về đầy đủ các xét nghiệm đã làm trong ngày, đưa bác sĩ đọc.
- Báo cáo ngay cho bác sĩ biết những diễn biến bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thường xuyên giải thích và hướng dẫn cho người bệnh hiểu sự cần thiết phải nghỉ ngơi và vận động thích hợp với mức độ suy tim.
- Hướng dẫn và động viên người bệnh thực hiện đúng chế độ ăn giảm muối.
- Ăn nhiều quả (chuối, hồng xiêm) có chứa nhiều kali nếu người bệnh không suy thận.

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG

I. MỤC ĐÍCH

1. Duy trì tình trạng đông máu theo yêu cầu nếu đang dùng heparin:

- Cần gấp 2 lần bình thường, IRN gấp 2-3 lần bình thường.
- Thời gian Howell nếu đang dùng Warfarin hay Sintrom, tỉ lệ prothrombin $\geq 40\%$ và $< 60\%$

2. Phát hiện sớm các biến chứng chảy máu do dùng thuốc chống đông gây ra để báo bác sĩ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Được giải thích cặn kẽ về những điều có thể xảy ra, các triệu chứng, biến chứng có thể gặp để báo ngay với y tá
- Người bệnh suy tim, suy hô hấp: nằm đầu cao $30-45^\circ$, thở oxy mũi 2-4 lít/ phút
- Người bệnh tai biến mạch não nằm đầu cao 30° , có đệm chống loét.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, Y tá - điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Máy đo huyết áp, đồng hồ đếm mạch
- Dụng cụ để lấy và đựng các chất thải: khay tráng men trắng, ống đựng nước tiểu, xô men trắng
- Kim chích, lam kính
- Protamin sulfat 1mg đối kháng với 500 đơn vị heparin
- Vitamin K đối kháng với Warfarin
- Huyết tương tươi đông lạnh
- Các thuốc băng bó dạ dày
- Giấy ghi xét nghiệm kiểm tra rối loạn đông máu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hỏi người bệnh: về tình trạng sức khỏe, mệt, vã mồ hôi
- Hàng ngày khám phát hiện dấu hiệu chảy máu: ở da (đốm, mảng xuất huyết), chảy máu tại vết tiêm truyền, ống thông, tại vết mổ khí quản, chảy máu chân răng, chảy máu cam, phân đen, nước tiểu hồng, chảy máu âm đạo, loét đờm hồng.

- Làm xét nghiệm thời gian đông máu, thực hiện các xét nghiệm do bác sĩ chỉ định về thời gian Howell, tỉ lệ prothrombin, nếu thấy thay đổi phải báo bác sĩ ngay.
- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ 3 giờ/1 lần, báo cáo cho bác sĩ biết
- Nếu thấy có một dấu hiệu chảy máu phải ngừng ngay thuốc đó và báo cáo bác sĩ ngay.
- Thường xuyên xoa bóp vận động nhẹ nhàng các chi. Không làm các động tác thô bạo.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá:

a. Có dấu hiệu chảy máu nhẹ:

- Chảy máu dưới da, vết tiêm, ống thông, chân răng có dấu hiệu chảy máu kéo dài hoặc nước tiểu hồng.
- Không có dấu hiệu thay đổi về chức năng sống
- Cần báo cáo thầy thuốc, ghi hồ sơ, có thể ngừng thuốc tạm thời cho đến khi người bệnh hết dấu hiệu trên và có chỉ định của thầy thuốc.

b. Dấu hiệu chảy máu nặng:

- Chảy máu nhiều: dưới da, tiểu ra máu, nôn ra máu, đại tiện ra máu, máu cam, chảy máu âm đạo.
- Thay đổi các dấu hiệu sinh tồn: mạch nhanh, huyết áp dao động hay tụt, thở nhanh
- Xét nghiệm:
 - + Thời gian máu chảy > 10 phút
 - + Các xét nghiệm đông máu (Howell, tỉ lệ prothrombin kéo dài quá mức)
 - + Hồng cầu giảm
- Báo bác sĩ cùng hợp tác điều trị cấp cứu.

2. Ghi hồ sơ và báo cáo bác sĩ:

- Ngừng các thuốc chống đông và dùng thuốc đối kháng hay truyền máu.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh cách uống, tiêm thuốc chống đông về mục đích và các biến chứng có thể xảy ra để người bệnh, gia đình người bệnh tự theo dõi và báo thầy thuốc.

20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÀM SỐC ĐIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và phụ giúp bác sĩ làm sốc điện.

- Theo dõi người bệnh để sớm phát hiện các biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm sốc điện.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Trong trường hợp sốc điện cấp cứu: đặt người bệnh nằm ngửa trên 1 nền cứng, cách điện với xung quanh (trên cangk hoặc trên giường có chân bọc cao su khô, đặt trên nền khô; cởi áo người bệnh bộc lộ vùng ngực, lau sạch vùng ngực sẽ đặt điện cực (dưới đòn bên phải và vùng mỏm tim).
- Trong trường hợp sốc điện điều trị có chuẩn bị:
 - + Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu lợi ích của việc sốc điện điều trị, cũng như những rủi ro có thể xảy ra.
 - + Kiểm tra lại việc dùng thuốc chống đông của người bệnh (bao nhiêu ngày, thuốc gì), làm xét nghiệm đông máu theo chỉ định và lấy xét nghiệm đưa bác sĩ xem trước khi tiến hành sốc điện.
 - + Đưa người bệnh vào phòng thủ thuật, làm điện tim trước khi tiến hành sốc điện, bộc lộ rộng vùng ngực, lau sạch vùng da sẽ đặt điện cực.
 - + Cho người bệnh thở oxy. Đếm nhịp thở, nhịp tim, đo huyết áp, lấy nhiệt độ cho người bệnh.
 - + Đặt 1 đường truyền tĩnh mạch

2. Người thực hiện:

- Y tá- điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.
- Nếu người bệnh nặng cần phải có người phụ giúp.

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.
- Cần kiểm tra lại tính cách điện của giường bệnh để tránh tai nạn.

4. Dụng cụ:

- Địa điểm tiến hành: bệnh phòng hoặc phòng cấp cứu (trong trường hợp sốc điện cấp cứu), phòng thủ thuật (trong trường hợp sốc điện điều trị có chuẩn bị).
- Dụng cụ:
 - + Máy sốc điện (thường đồng thời là máy theo dõi điện tim liên tục).
 - + Máy điện tim (để ghi điện tim 12 chuyển đạo), máy đo SpO₂
 - + Kem dẫn điện.
 - + Kiểm tra dây đất của các thiết bị nối vào người bệnh.
 - + Dụng cụ hồi sức hô hấp: ống nội khí quản, bóng Ambu, mặt nạ, nối sẵn bóng Ambu với hệ thống oxy, máy hút đờm và ống thông hút đờm vô khuẩn.
 - + Các thuốc cần thiết trong hồi sức ngừng tuần hoàn: adrenalin, xylocain.
 - + Thuốc gây mê tĩnh mạch (thiopental), thuốc an thần (Hypnovel, Seduxen).
 - + Bơm tiêm và kim tiêm vô khuẩn, dịch truyền, dụng cụ truyền dịch.
 - + Ống nội khí quản, đèn soi thanh quản.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bôi kem dẫn điện vào 2 bản điện cực.
2. Nạp điện máy sốc theo chỉ định của bác sĩ
3. Tiêm thuốc gây mê theo chỉ định của bác sĩ (tiêm chậm, dừng tiêm và rút kim ngay khi bác sĩ ra lệnh chuẩn bị sốc). Sốc điện cấp cứu không phải thực hiện bước này.
4. Thực hiện ngay các động tác hồi sinh tim phổi nếu cần thiết (đấm vùng trước tim, bóp bóng qua mặt nạ với oxy lưu lượng cao hoặc 100%, ép tim ngoài lồng ngực nếu cần thiết). Chuẩn bị cho bác sĩ đặt ống nội khí quản nếu có chỉ định.
5. Nếu sốc điện cấp cứu mà không có kết quả: lặp lại các bước 1-2-4 lần nữa (với liều điện cao hơn).
6. Sau khi sốc điện: người bệnh phải được đặt nằm trong phòng cấp cứu có máy theo dõi liên tục.
 - Theo dõi tình trạng ý thức (điểm Glasgow), tình trạng vận động của người bệnh (có xuất hiện liệt hay không).
 - Cho người bệnh thở oxy 4 lít/phút. Theo dõi tình trạng hô hấp: tần số thở, nhịp thở, môi và đầu chi, SpO₂. Phải bảo đảm hô hấp nhân tạo cho người bệnh nếu có suy hô hấp (bóp bóng hoặc thở máy).
 - Theo dõi tần số tim, nhịp tim (đều hay loạn nhịp) trên máy theo dõi liên tục. Đo huyết áp (HA) 30 phút/lần trong 2 giờ đầu, sau đó đo 1 giờ, 3 giờ/lần.
 - Thực hiện chỉ định điều trị và làm các xét nghiệm.
 - Báo cáo ngay với bác sĩ nếu có diễn biến bất thường.
7. Tùy theo bệnh nguyên nhân của chỉ định sốc điện và tình trạng suy tim, suy hô hấp mà có các biện pháp chăm sóc thích hợp (xem thêm các bài có liên quan).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mạch, HA, nhịp thở, nhiệt độ, nước tiểu.
- Ghi điện tim (bắt buộc).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trước khi tiến hành sốc điện phải giải thích cho người bệnh hiểu sự cần thiết của thủ thuật và kiểm tra xem người bệnh có dùng thuốc chống đông đầy đủ hay không?
- Khi người bệnh chuẩn bị ra viện, giải thích để người bệnh an tâm tuân thủ điều trị, uống thuốc đều đặn, đúng chỉ định, dặn người bệnh cần đến kiểm tra định kỳ khi đã ra viện.

21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN

I. MỤC ĐÍCH

- Ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh, hạn chế tim làm việc gắng sức.
- Làm cho người bệnh bớt lo lắng.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích và động viên người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, Y tá- điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Các dụng cụ chăm sóc người bệnh và thực hiện các y lệnh: tiêm truyền, bocal theo dõi nước tiểu, gối...
- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy: hệ thống oxy trung tâm hoặc bình oxy có lưu lượng kế, các loại ống thông (gong kính hoặc thông có nhiều lỗ).
- Các phương tiện để theo dõi tình trạng người bệnh: monitor tim mạch.
- Các dụng cụ cấp cứu ngừng tim: máy làm sốc điện, máy hút, mặt nạ, bóng Ambu... vì người bệnh tim mạch hay có ngừng tim đột ngột.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sơ bộ xác định mức độ suy tim mạn để đặt người bệnh ở tư thế thích hợp:

Độ 1: khi ngủ cho người bệnh nằm đầu cao 30° , có thể làm việc nhẹ nhàng không gắng sức.

Độ 2: nghỉ ngơi tại giường, đi lại trong bệnh phòng. Thở oxy mũi khi có cơn khó thở.

Độ 3: nằm tại giường kê cao đầu giường 45° , thở oxy mũi liên tục 2-4lít/1phút.

Độ 4: nằm đầu cao 45° thở oxy mũi 4-6lít/1phút,

- Theo dõi chặt chẽ điện tim,
- Nước tiểu,
- Theo dõi tình trạng đông máu, báo bác sĩ khi có bất thường về đông máu.

2. Giảm lo lắng:

- Người bệnh suy tim hay lo lắng, thường khó thở tăng về đêm, cần chăm sóc họ về tinh thần, thường xuyên có người ở bên cạnh.
- Điều dưỡng trực phải luôn theo dõi và phát hiện tình trạng thiếu oxy não (khó thở, vật vã....)

Thực hiện thuốc:

- Các thuốc lợi tiểu phải cho uống ngay khi có y lệnh (vào buổi sáng). Thuốc an thần (nếu có) phải cho uống vào buổi tối, kali phải cho uống sau bữa ăn.
- Sau khi người bệnh đã uống (tiêm) thuốc, điều dưỡng phải liên tục theo dõi để phát hiện sớm các dấu hiệu ngộ độc thuốc như: chán ăn, buồn nôn, rối loạn nhịp, cơn nhịp nhanh kịch phát... hoặc hạ huyết áp (thuốc giãn mạch)

3. Chuẩn bị dụng cụ phụ bác sĩ làm thủ thuật khi có chỉ định như:

- Siêu âm tim, điện tâm đồ.
- Phụ bác sĩ chọc dịch màng tim, màng phổi, màng bụng... (khi tình trạng người bệnh nặng).

4. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở:

- Suy tim ở giai đoạn đầu lấy mạch ngày 2 lần vào sáng, chiều.
- Suy tim nặng phải lấy mạch nhiều lần trong ngày tùy theo yêu cầu của bác sĩ. Khi đếm mạch phải chú ý đến tần số, biên độ, sức căng của mạch, phải đếm mạch trong 1 phút, khi có loạn nhịp tim, phải đếm nhịp tim, không đếm mạch.
- Theo dõi trên monitor tim mạch: theo dõi huyết áp, SpO₂, điện tim, ghi vào phiếu theo dõi, báo bác sĩ: nếu SpO₂ < 60% loạn nhịp tim ngoại tâm thu nhiều trên 10%, huyết áp vọt lên quá cao hoặc đột nhiên hạ thấp, nhịp thở > 25 lần/1 phút hoặc dưới 10 lần/1 phút, nhịp tim < 60 lần /phút hoặc > 120lần/ phút.

5. Thay đổi tư thế:

- Người bệnh suy tim rất mệt do vậy điều dưỡng phải chăm sóc họ, giúp họ thay đổi tư thế khi họ yêu cầu, xoa nhẹ những vùng tê để tuần hoàn được lưu thông.

6. Theo dõi số lượng nước tiểu:

- Lượng dịch đưa vào và lượng dịch ra, phải theo dõi nước tiểu 24 giờ, hứng nước tiểu khi đi đại tiện.

7. Theo dõi phù và vệ sinh:

- Hàng ngày vệ sinh thân thể (rửa mặt, lau người...) hoặc bộ phận sinh dục cho người bệnh (nếu người bệnh không tự làm được).

8. Cân người bệnh hàng ngày:

- Khi người bệnh tiểu quá nhiều và có tình trạng mất nước phải báo bác sĩ để điều chỉnh lại thuốc lợi tiểu. Tốt nhất là giữ cho người bệnh phù nhẹ hai mắt cá chân về chiều, nếu người bệnh có suy tim giai đoạn 3 hoặc 4 (không cho lợi tiểu quá mức).

9. Ăn uống: phục vụ người bệnh theo từng giai đoạn suy tim.

- Phải có chế độ ăn uống đúng tùy theo tình trạng người bệnh hiện tại mà hướng dẫn họ ăn nhạt vừa phải hay ăn nhạt nhiều, ăn đảm bảo đủ lượng calo/ngày, chia nhiều bữa, thức ăn phải mới, tránh ôi thiu, nóng, thức ăn dễ tiêu, vừa ý với sở thích của người bệnh để ăn được ngon miệng. Ăn tăng vitamin: hoa quả nhất là hoa quả có nhiều kali. Suy tim nặng phù nhiều chỉ được ăn 0,5g muối/24 giờ. Các trường hợp khác dùng hạn chế 1-2g/ngày.
- Nước uống: hạn chế nước uống (kể cả nước canh) và dịch đưa vào cơ thể phải cân nhắc:
 - + Không quá 300 ml/24 giờ nếu còn phù to toàn thân khi nằm.
 - + Không quá 500ml/24 giờ nếu còn phù nhẹ 2 chi dưới, sau gối 3 giờ
 - + Không quá 1000ml/24 giờ nếu chỉ còn phù nhẹ 2 mắt cá chân, nên duy trì dấu hiệu này trong suốt quá trình điều trị.
 - + Nhưng cũng tránh người bệnh mất nước, mất muối nhiều do dùng thuốc lợi tiểu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở) trước và sau thở oxy, điện tâm đồ (nếu có).
- Toàn trạng người bệnh: tinh thần, sắc mặt, phù....
- Số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Các điểm cần lưu ý của bác sĩ, chăm sóc sau khi người bệnh làm các thủ thuật (chọc dịch màng tim, thông động mạch...)
- Số lượng dịch đưa vào, cân nặng của người bệnh.
- Ăn uống có ngon miệng không, ăn có đủ lượng calo/ngày?
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích tầm quan trọng của sự nghỉ ngơi, giảm lo lắng để người bệnh nhanh hồi phục, tránh gắng sức.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh thực hiện chế độ ăn uống theo đúng y lệnh.
- Thay đổi tư thế, xoa bóp vận động.
- Khi thấy người bệnh có biểu hiện bất thường một cách đột ngột (khó thở, hồi hộp, trống ngực, chóng mặt, choáng ngất, ngất....) thì báo cho y tá biết ngay.
- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình biết triệu chứng của ngộ độc digoxin: buồn nôn, nhìn vàng, tiêu chảy...

22. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU MÀNG NGOÀI TIM

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dẫn lưu dịch chảy ra ngoài tốt.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát qua ống dẫn lưu.
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân và chống loét.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chăm sóc.
- Bộc lộ chỗ đầu dẫn lưu thông thoáng.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, Y tá- điều dưỡng: đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh hoặc tại phòng thủ thuật.

4. Dụng cụ:

- Bơm tiêm vô khuẩn 5-10ml
- Dung dịch nước muối sinh lý: 9‰.
- Dây truyền vô khuẩn.
- Betadin và cồn 70°
- Bông gạc vô khuẩn.
- Băng dính.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** Đảm bảo dẫn lưu dịch chảy ra tốt:*

- Theo dõi số lượng dịch chảy ra hàng ngày.
- Theo dõi màu sắc dịch chảy ra xem có giống màu sắc dịch ngày hôm trước hoặc dịch lúc chọc không nếu có sự thay đổi phải báo bác sĩ kịp thời. Thông dẫn lưu có bị tụt ra ngoài không (xem số hoặc mốc đánh dấu trên ống thông dẫn lưu).
- Túi đựng dịch dẫn lưu phải đảm bảo thấp hơn vị trí tim của người bệnh.
- Nếu không thấy dịch chảy ra có thể là:
 - + Hết dịch màng ngoài tim: tình trạng người bệnh ổn định, mạch - huyết áp (HA) ổn định, người bệnh thấy dễ chịu.
 - + Tắc ống dẫn lưu: HA kẹt, có khi truy mạch, tĩnh mạch cổ nổi...

** Xử trí:*

- Dùng bơm tiêm vô khuẩn lấp vào đầu ngoài của ống thông rồi hút thử nếu không được báo bác sĩ làm lại điện tim, siêu âm tim...
- Tuột dẫn lưu: đoạn ống thông dẫn lưu ngoài thấy dài ra, ống thông thấy tuột ra ngoài phải báo bác sĩ.

1. Chống nhiễm khuẩn thứ phát:

- Thay băng chân dẫn lưu hàng ngày: trong quá trình thay băng phải đảm bảo vô khuẩn.
- Đánh giá tình trạng chân dẫn lưu: xem có tấy đỏ không, có mủ chảy ra chân dẫn lưu không, nếu có phải báo bác sĩ biết, đồng thời lấy dịch chân dẫn lưu đem cấy hoặc nếu có chỉ định rút ống thông dẫn lưu thì phải cấy đầu ống thông dẫn lưu.
- Không được để cho dụng cụ bẩn, quần áo bẩn chạm vào đầu ống thông dẫn lưu, băng dẫn lưu thấm ướt dịch.
- Theo dõi nhiệt độ của người bệnh hàng ngày, cấy thử bạch cầu nếu bất thường thì báo bác sĩ biết để kịp thời xử trí.

2. Chống loét do nằm tại chỗ và giúp vệ sinh cá nhân:

- Nằm đệm nước khi tiên lượng người bệnh phải nằm dài ngày.
- Thay đổi tư thế người bệnh nhẹ nhàng, tránh tuột thông dẫn lưu đồng thời đảm bảo ống thông không tắc.
- Thay đổi tư thế chân.
- Tránh tì đè một chỗ lâu, nhất là vùng cùi cụt.

3. Đảm bảo dinh dưỡng:

- Nếu người bệnh tỉnh, tự ăn được đường miệng, ăn cháo thịt, súp... (nên ăn chế độ mềm, dễ nuốt).
- Nếu người bệnh phải ăn qua ống thông: ăn bột dinh dưỡng ensure, Sandosource... Nhu cầu dinh dưỡng hàng ngày: 30 - 40 Kcal/kg/ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá:
 - + Công việc đã làm: xem có đảm bảo mục đích đã đề ra hay chưa, nếu còn thì hướng cần phải làm tiếp theo là gì?.
 - + Tình trạng tiến triển của người bệnh: tốt hay xấu đi, nếu xấu đi phải báo bác sĩ để có thái độ xử trí kịp thời.
- Ghi chép hồ sơ:
 - + Các thông số cơ bản: M - HA - Nhịp thở - Nhiệt độ - Nước tiểu.
 - + Màu sắc da, tình trạng chân dẫn lưu.
 - + Số lượng dịch chảy ra hàng ngày, màu sắc.
 - + Điện tâm đồ hàng ngày.
 - + Công thức máu, hematocrit.
 - + Kết quả xét nghiệm dịch màng ngoài tim.
- Nếu có biểu hiện gì bất thường phải báo bác sĩ biết.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm, không được sờ vào ống dẫn lưu, không được tự ý rút ống dẫn lưu ra, không được đè lên ống dẫn lưu.
- Nếu có biểu hiện đau, tấy ở chân ống dẫn lưu thì phải báo cho điều dưỡng hoặc bác sĩ biết ngay

23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU NGỪNG TIM

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo được chức năng sống cho người bệnh.
- Chống loét do nằm, vệ sinh cá nhân cho người bệnh.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát.
- Đảm bảo dinh dưỡng và cân bằng nước điện giải.
- Theo dõi ý thức của người bệnh.
- Đề phòng ngừng tim trở lại.

II. CHUẨN BỊ

2. **Người bệnh:** nằm tại giường.
3. **Người thực hiện:** y tá-điều dưỡng và bác sĩ
4. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh.
5. **Dụng cụ:**
 - Máy truyền dịch, bơm tiêm điện.
 - Máy sốc điện.
 - Máy hút đờm, máy thở.
 - Máy theo dõi tại giường.
 - Ống thông hút, ống thông dẫn lưu, ống thông dạ dày.
 - Thuốc: thuốc vận mạch, thuốc lợi tiểu, dịch truyền đẳng trương NaCl 9‰, glucose 5% và natribicarbonat 1,4%.
 - Ống nội khí quản.
 - Đèn soi thanh quản.
 - Bóng Ambu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo duy trì chức năng sống cho người bệnh:

* Chức năng hô hấp:

- Người bệnh sau ngừng tim phải thở máy ít nhất 24 giờ. Nếu không có máy thở phải bóp bóng Ambu.
- Đảm bảo máy thở hoạt động tốt, hệ thống dẫn khí kín, quan sát thấy lồng ngực người bệnh di động theo nhịp đẩy của máy thở.
- Hút đờm ở 3 tư thế, tránh để tắc NKQ, xẹp phổi. Khi hút đờm phải để oxy 100% trong 2 phút sau khi hút xong phải vận về ngay vị trí cũ.
- Theo dõi độ bão hoà oxy (SaO_2) luôn $> 95\%$, nếu $< 90\%$ phải báo bác sĩ sau khi đã hút đờm.
- Nếu mạch (M), huyết áp (HA), nhịp thở trở lại bình thường, có thể cho người bệnh thở oxy mũi (4-6lít/phút)

* Chức năng tuần hoàn:

- Đảm bảo duy trì đường truyền tĩnh mạch trung tâm (TMTT) được liên tục, không để tắc, truyền gián đoạn, nhất là khi đang dùng thuốc vận mạch.
- Theo dõi M - HA liên tục, nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ.
- Theo dõi sát lượng dịch vào và lượng dịch ra
- Liên tục đặt monitor theo dõi điện tim ít nhất 48 giờ đến khi hoàn toàn ổn định.

2. Chống loét do nằm và vệ sinh cá nhân:

- Người bệnh nằm đệm nước.
- Thay đổi tư thế 3giờ/lần để tránh tì đè lâu một vị trí cố định.

- Khi có loét vệ sinh vết loét hàng ngày, thay quần áo...
- Vệ sinh mắt chống loét giác mạc bằng nhỏ cloroxit 0,4% và băng mắt.

3. Chống nhiễm trùng thứ phát:

- Hút đờm phải đảm bảo đúng quy tắc, tốt nhất là ống thông hút đờm kín, vô khuẩn
- Thay băng hàng ngày vết thương (nếu có), chân ống thông TMTT, dây cố định NKQ...
- Đảm bảo dẫn lưu nước tiểu và các dẫn lưu khác (nếu có) vô khuẩn.

4. Đảm bảo dinh dưỡng, cân bằng nước và điện giải:

- Đảm bảo đủ năng lượng cho người bệnh bằng chế độ ăn qua ống thông dạ dày (30-40Kcal/kg/ngày).
- Theo dõi lượng nước đưa vào và lượng nước thải ra.

5. Theo dõi ý thức của người bệnh dựa vào thang điểm Glasgow.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng người bệnh nhất là ý thức theo thang điểm Glasgow.
- Ghi chép đầy đủ lượng nước vào, ra, nhịp tim, HA, nhiệt độ hàng giờ đầy đủ, liều lượng thuốc đang dùng lúc đó, tình trạng người bệnh....
- Khi có các biểu hiện bất thường như tụt HA, người bệnh tím tái.... báo bác sĩ ngay.
- Ghi chép những diễn biến bất thường và báo ngay bác sĩ.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người nhà người bệnh biết về tình hình bệnh (bệnh nặng, khả năng cứu chữa của bệnh viện...) cần bình tĩnh.
- Hướng dẫn gia đình:
 - + Không được tự ý dùng cho người bệnh bất kì loại thuốc nào đưa từ ngoài vào.
 - + Không tự ý cho người bệnh uống thuốc hoặc ăn súp.
 - + Hướng dẫn gia đình cần hợp tác chặt chẽ với nhân viên y tế để phối hợp cùng chăm sóc người bệnh.

24. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Làm giảm cơn đau cho người bệnh.
- Phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra và xử trí kịp thời:
 - + Truy mạch, sốc chảy máu ổ bụng...
 - + Suy thận cấp.
 - + Suy hô hấp cấp.
- Đảm bảo dinh dưỡng bằng đường truyền dịch.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích động viên để người bệnh yên tâm điều trị.
- Nằm nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái trên giường bệnh.
- Nhịn ăn hoặc cho ăn ít để tránh kích thích tiết dịch tiêu hoá.

2. Người thực hiện: Y tá- điều dưỡng.

- Đầy đủ trang phục y tế, đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ và chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Dụng cụ phải được xếp gọn gàng đầy đủ trên xe tiêm và thực hiện quy chế vô trùng khi thực hiện thuốc.
- Thuốc:
 - + Sandostatin hoặc Stilamin.
 - + Các dung dịch: Plasma, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, Natri bicarbonat 1,4%, Ringerlactat, các thuốc vận mạch (dopamin, dobutamin, noadrenalin).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

- Đếm mạch, nhịp thở, huyết áp 2 lần/ngày hoặc tùy theo tình trạng người bệnh, 1 giờ/1 lần, 2 giờ/1 lần hoặc theo y lệnh.
- Nếu huyết áp tụt, mạch nhanh nhỏ thì phải báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Đo nhiệt độ nếu sốt thì cho chườm lạnh.
- Theo dõi cơn đau, tình trạng bụng, nếu có dấu hiệu bất thường báo ngay cho bác sĩ.
- Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu 24 giờ.
- Theo dõi dịch dạ dày: số lượng, màu sắc.

2. Thực hiện y lệnh:

- Tiêm kháng sinh theo giờ.
- Truyền stilamin theo y lệnh.
- Truyền dịch.
- Thực hiện các xét nghiệm.

3. Chế độ nghỉ ngơi vệ sinh:

- Người bệnh nằm nghỉ ngơi trên giường bệnh, phòng thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.
- Hàng ngày vệ sinh thân thể, quần áo, ga, dùng nước ấm về mùa đông. Nếu người bệnh có nôn phải được chăm sóc và thay quần áo ngay.

4. Chế độ dinh dưỡng:

- Người bệnh nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Theo dõi dịch dạ dày, số lượng dịch hút ra để báo bác sĩ bù lại cho đủ lượng dinh dưỡng.

5. Theo dõi các biến chứng:

- Thể trạng người bệnh mệt hơn hoặc các dấu hiệu sinh tồn không ổn định.
- Đau bụng dữ dội, bụng chướng.
- Khó thở, trụy mạch.
- Số lượng nước tiểu ít, màu sẫm.
- Khi phát hiện các dấu hiệu trên nhất là huyết áp tụt, bụng đau dữ dội phải báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.

** Sau khi thực hiện y lệnh chăm sóc xong:*

- Thu dọn dụng cụ.
- Rửa tay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Người bệnh được chăm sóc tốt khi:

- Các dấu hiệu sinh tồn được ổn định.
- Cơn đau giảm.
- Các y lệnh được thực hiện đầy đủ.
- Người bệnh được theo dõi sát, ghi các diễn biến vào phiếu chăm sóc.
- Khi người bệnh có dấu hiệu bất thường phải báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và kí tên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên giải thích người bệnh yên tâm điều trị.
- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh phù hợp.
- Hướng dẫn: người bệnh ăn uống điều độ tránh các bữa ăn thịnh soạn. Khi có các triệu chứng đau bụng, sốt phải đến cơ sở y tế ngay.

25. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE GAN TRƯỚC CHỌC HÚT

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm bớt cơn đau cho người bệnh.
- Theo dõi diễn biến của bệnh.
- Phát hiện được biến chứng để kịp thời báo bác sĩ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Báo, giải thích động viên người bệnh trước khi chăm sóc và cùng phối hợp.
- Nếu người bệnh hôn mê nặng, cần có người phụ giúp.
- Quan sát và nhận định mức độ đau vùng gan mật của người bệnh trước khi làm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện cho việc chăm sóc và giảm đau nhất.
- Hướng dẫn những điều cần thiết trong khi điều trị.

2. Người thực hiện: Y tá - điều dưỡng.

- Trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ và sau khi chăm sóc.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Xe tiêm (đầy đủ dụng cụ tiêm truyền). Hộp chống choáng.
- Nhiệt kế, ống nghe, máy đo huyết áp, đồng hồ có kim giây.
- Lò sưởi (nếu cần).
- Ga, chăn màn, quần áo sạch.
- Túi đựng đồ bẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra đối chiếu y lệnh với người bệnh.
- Đi gang sạch, vệ sinh cá nhân cho người bệnh nếu người bệnh không được sạch sẽ (như: tắm, gội, rửa mặt...), thay quần áo, chăn, gối..., cân người bệnh và chăm sóc theo y lệnh của bác sĩ.
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu hơi cao cho đỡ đau.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở màu sắc số lượng nước tiểu 24 giờ (tuỳ theo chỉ định của bác sĩ).
- Theo dõi nhịp thở, tình trạng bụng...(chú ý bụng chướng, nhịp thở nhanh.)
- Quan sát, sờ vùng gan xem người bệnh đau nhiều hay ít phát hiện sớm nguy cơ biến chứng để báo bác sĩ và xử lý kịp thời.
- Tiêm và thực hiện thuốc theo y lệnh.
- Tháo bỏ gang băng thu dọn dụng cụ.

Chú ý: cho người bệnh nghỉ ngơi, khi di chuyển phải hết sức nhẹ nhàng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo bác sĩ những biến cố đã xảy ra khi chăm sóc, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Viết phiếu theo dõi.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và kí tên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh cho uống đủ nước (từ 1,5 đến 2 lít nước/24giờ), ăn đủ chất đạm, vitamin và đảm bảo vệ sinh ăn uống, nên ăn dầu thực vật, thức ăn lỏng.
- Tẩy giun theo định kì.
- Khuyến người bệnh có chế độ nghỉ ngơi, lao động thích hợp, khám sức khoẻ định kì.
- Thực hiện theo chế độ thuốc và chỉ dẫn của bác sĩ.

26. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC THỨC ĂN

I. MỤC ĐÍCH

- Loại bỏ nhanh các thức ăn bị nhiễm độc ra ngoài cơ thể
- Tránh cho người bệnh những ảnh hưởng của chất độc gây ra
- Bù dịch nước và điện giải cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm nghiêng bên trái, đầu thấp
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh để hợp tác.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ, Y tá-điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.
- Bông ngoáy họng gây nôn, các dụng cụ lấy bệnh phẩm xét nghiệm độc chất và vi khuẩn trong chất nôn và phân.
- Bộ rửa dạ dày gồm: thông rửa cỡ lớn 36-40Fr (người lớn), 26-30 Fr (trẻ con)
- Dịch rửa dạ dày đẳng trương NaCl 9‰
- Than hoạt 20g- 2 gói, sorbitol (dùng sau khi cho than hoạt)
- Sirô Ipeca 30ml
- Oresol 2 gói x 50g
- Bicarbonat 1,4%
- Nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Than hoạt.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Đo nhiệt độ, lấy mạch**, đo huyết áp, ghi vào phiếu theo dõi và nhận xét, 30 phút hay 1 giờ một lần.
2. **Nếu người bệnh tỉnh**, nôn được ra hầu hết thức ăn, không sốt, mạch, huyết áp bình thường thì ủ ấm, hỗ trợ chăm sóc và theo dõi.
3. **Nếu người bệnh có mạch nhanh** > 100 lần /phút hay truy mạch, hạ huyết áp (<90mmHg), có các dấu hiệu nặng (nôn mửa, tiêu chảy nhiều lần):
 - Truyền dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ 500ml nhỏ giọt tĩnh mạch 60 giọt/phút
 - Uống nước Oresol (1 gói Oresol pha vào 1 lít nước sạch) uống liên tục nếu có tiêu chảy.
4. **Nếu biết chắc chắn thức ăn có nhiễm chất độc** nguy hiểm (thuốc chuột, hoá chất độc, nấm độc...):
 - Gây nôn bằng uống sirô ipeca 30ml hay kích thích họng
 - Rửa dạ dày 3-5lít nước sạch có pha 5g muối trong một lít nước sạch, lấy 200ml dịch đưa đi xét nghiệm độc chất.
 - Uống than hoạt 30g cùng với 30g sorbitol hay magiê sulfate.
5. **Nếu người bệnh đau bụng đi ngoài có máu, sốt:**
 - Đo nhiệt độ 3 giờ/lần, cấy phân, cấy thức ăn ô nhiễm
 - Báo bác sĩ để điều trị.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, đo huyết áp, số lượng phân, lượng chất nôn và lượng nước tiểu 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ....
- Tình trạng người bệnh: mệt, đau bụng, nôn, đi ngoài, sốt, thông báo cho bác sĩ biết.
- Lấy các xét nghiệm, đưa mẫu bệnh phẩm tìm độc chất, vi khuẩn.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh bị ngộ độc cấp thức ăn có thể do thức ăn không được nấu chín, không được làm sạch và để sạch trong quá trình nấu, vì thế cần hướng dẫn cho người bệnh: nên ăn uống sạch và chín, tránh không để thức ăn bị nhiễm bẩn và nhiễm độc.
- Nếu bị ngộ độc thức ăn nên đến bệnh viện hay gọi điện cho trung tâm chống độc để được chỉ dẫn.
- Luôn điều tra kĩ khả năng tự đầu độc hay bị đầu độc (As, photphua kẽm...)

27. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐƯỜNG MẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Làm giảm cơn đau cho người bệnh.
- Phát hiện sớm các biến chứng báo bác sĩ để xử lý kịp thời.
- Đảm bảo chế độ ăn đủ dinh dưỡng, đủ calo phù hợp cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích, hướng dẫn động viên để người bệnh yên tâm.
- Nằm nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái tại giường.
- Nhận định tình trạng người bệnh.
 - + Mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp
 - + Vàng mắt, vàng da.
 - + Rối loạn tiêu hoá.
 - + Nước tiểu.
- Người thực hiện: Y tá - Điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Dụng cụ được sắp xếp đầy đủ gọn gàng trên xe chăm sóc người bệnh.
- Thực hiện đầy đủ quy chế vô trùng khi thực hiện thuốc và chăm sóc cho người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh:

- Người bệnh nằm nghỉ trên giường. Nên xếp giường cạnh cửa sổ để theo dõi vàng da.
- Vệ sinh răng miệng, thân thể. Thay quần áo, ga hàng ngày. Dùng nước ấm về mùa lạnh. Nếu người bệnh có nôn phải xem chất nôn, màu sắc, số lượng kịp thời báo bác sĩ biết.

2. Chế độ ăn uống:

- Hướng dẫn người bệnh ăn nhẹ, dễ tiêu (súp, nước hoa quả).
- Thức ăn đủ dinh dưỡng, đủ calo nhiều glucid, protid và vitamin, ít mỡ.
- Lượng dịch vào (ăn, uống) 1,5lít đến 2,5lít/24 giờ.

3. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

- Đếm mạch, nhịp thở, đo huyết áp 2 lần/ngày và thực hiện chế độ theo dõi theo y lệnh.

- Đo nhiệt độ: nếu sốt chườm lạnh trán, bẹn nhưng không chườm ở vùng gan nếu bất thường báo cho bác sĩ.

4. Theo dõi cơn đau, màu da, niêm mạc mắt:

- Theo dõi nước tiểu, phân (màu sắc, số lượng 24 giờ.)

5. Thực hiện y lệnh:

- Thực hiện thuốc theo y lệnh đầy đủ.
- Chuẩn bị và thực hiện các xét nghiệm phục vụ điều trị và chẩn đoán đầy đủ: Siêu âm đường mật, đường máu, urê máu, CTM, GOT, GPT protein niệu, amylase máu.

*** Theo dõi các biến chứng:**

- Thể trạng xấu hơn hoặc các dấu hiệu sinh tồn - không ổn định.
- Sốt cao, tụt huyết áp, đau bụng, bụng chướng có thể do sốc nhiễm khuẩn, thủng túi mật, viêm màng bụng.
- Số lượng nước tiểu ít, màu sẫm.
- Da mặt, củng mạc mắt vàng.
- Đau bụng nhiều, có chướng bụng thì báo bác sĩ biết ngay khi phát hiện thấy các dấu hiệu trên.
- Sau khi thực hiện y lệnh và chăm sóc xong:
 - + Thu dọn dụng cụ gọn gàng.
 - + Rửa tay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn.
- Thể trạng.
- Cơn đau.
- Tình trạng dinh dưỡng.
- Ghi vào phiếu chăm sóc,
- Khi người bệnh có dấu hiệu bất thường phải báo ngay bác sĩ để xử lý kịp thời.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và kí tên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh ăn uống.
- Hướng dẫn và cùng người nhà đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh.
- Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh phù hợp với tình trạng bệnh.

28. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh tốt.
- Phòng tránh tai biến xảy ra khi cho người bệnh ăn qua ống thông.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm nghiêng bên trái, đầu thấp
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh để hợp tác.

2. Người thực hiện: Y tá - Điều dưỡng.

- Đây đủ trang phục y tế sạch sẽ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Thức ăn lỏng theo y lệnh,
- Bơm tiêm 50 -100ml
- Nước chín.
- Khăn ăn - khăn bông nhỏ.
- Khay đựng thức ăn.
- Ống nghe (nếu cần)
- Băng dính - kéo (nếu cần).
- Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn.
- Kẹp ống thông.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh rõ ràng.
- Đặt người bệnh ở tư thế hơi gập người hoặc nghiêng sang một bên.
- Trải các khăn ăn.
- Kiểm tra việc đặt ống thông (hút dịch dạ dày để xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa?).
- Tiến hành cho ăn chậm (ở tốc độ 1ml/ giây), không để không khí lọt vào ống.
- Quan sát tình trạng người bệnh trong suốt quá trình cho ăn.
- Bơm nước tráng ống sau khi cho ăn.
- Đậy nút ống và cố định chắc chắn (nếu phải lưu ống thông)
- Để người bệnh ở tư thế đầu cao trong khoảng 30 phút - 1 giờ sau khi cho ăn.
- Thu dọn dụng cụ - rửa sạch để vào nơi quy định

IV. ĐÁNH GIÁ - GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại giờ cho ăn, số lượng và thời gian đã cho ăn, đáp ứng của người bệnh đối với thức ăn.
 - + Nôn: tạm ngừng cho ăn, đặt người bệnh nằm nghiêng đầu thấp.
 - + Sặc: hút dịch và thức ăn còn lại ở họng, hút đờm (bằng một ống thông khác) qua ống nội khí quản hay mở khí quản nếu có. Kiểm tra đờm xem có lẫn thức ăn không.

- Báo cáo hoặc ghi lại mọi quan sát khác có liên quan: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nếu có sặc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Dẫn người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người bệnh không tự ý rút ống thông, không tự ý bơm thức ăn.
- Tư vấn cho người nhà người bệnh về chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, vitamin phù hợp với tính chất của người bệnh.
- Luôn bảo đảm dụng cụ cho ăn và thức ăn sạch sẽ, đúng chất lượng.

29. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY THẬN CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi và nhận định các dấu hiệu nặng của suy thận cấp.
- Chuẩn bị người bệnh để lọc máu khi có chỉ định.
- Hướng dẫn, giám sát chế độ ăn uống và sinh hoạt của người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm đầu cao khi có khó thở

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- + Cân.
- + Huyết áp, ống nghe, nhiệt kế, dây chun (băng ép).
- + Bộ đặt thông tiểu và túi đựng nước tiểu, túi nôn.
- + Monitor theo dõi người bệnh tại giường.
- + Máy ghi điện tim.
- + Ống đựng máu làm các xét nghiệm tại giường.
- + Các thuốc cấp cứu: adalat nhanh 10mg, lasix ống 20mg, kayexalat bột, glucose 20%
- + insulin nhanh, bicarbonat 1,4%, 4,2%, 8,4%...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá cân nặng trước và hiện tại của người bệnh và các dấu hiệu sau:

- Nôn mửa, ỉa lỏng, phù, mất nước, thiếu máu, ý thức.

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim.
 - Nước tiểu/giờ, nước tiểu /24giờ.
 - Các dấu hiệu suy hô hấp: tím, mức độ khó thở, nhịp thở, kiểu thở.
2. **Lấy máu và nước tiểu xét nghiệm cấp cứu theo y lệnh** (urê, đường, ĐGD máu, công thức máu), lấy kết quả, sơ bộ đánh giá kết quả, báo bác sĩ.
 3. **Mắc Monitor theo dõi tại giường**, làm ĐTD phát hiện bất thường và báo bác sĩ (rối loạn nhịp tim, sóng T cao, nhọn...)
 4. **Chuẩn bị các thuốc cấp cứu** và thực hiện theo y lệnh của bác sĩ (điều trị tăng K⁺ máu, phù phổi cấp, cơn tăng huyết áp...)
 5. **Vệ sinh cá nhân và chống loét.**

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Cân nặng trước kia và hiện tại.
- Dấu hiệu toàn thân: nôn, ỉa chảy, phù, thiếu máu, ý thức.
- Dấu hiệu mất nước: mức độ mất nước.
- Mạch, nhịp tim, huyết áp, nhịp thở.
- Dấu hiệu khác của suy hô hấp: nêu cụ thể các dấu hiệu.
- Nước tiểu/giờ, nước tiểu /24giờ, màu sắc và số lượng.
- Ghi chép các thông số trên máy: SpO₂, khí máu, ĐTD, làm và lấy các kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hoá (urê, đường, ĐGD máu), nước tiểu, đánh giá bất thường và báo bác sĩ.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ: ghi chép đầy đủ tên thuốc, liều, đường dùng, thời gian dùng và đánh giá kết quả sau dùng thuốc.
- Thực hiện chế độ nước, calo, điện giải, cụ thể/24giờ, số lượng...
- Nước vào/24giờ = số lượng nước tiểu trong 24 giờ cộng với 500ml nước, nếu không có phù.
- Calo: 20 - 30 Kcalo/kg/24giờ (Trong đó 2/3 lipid, 1/3 glucid, protid 0,5g/kg/24giờ).
- Hạn chế thức ăn có nhiều K⁺, P, Mg, cam, chuối, hồng xiêm....
- Ăn nhạt tương đối.
- Đặt ống thông tiểu: thời gian, cỡ số, diễn biến cụ thể của kỹ thuật, có biến chứng gì không.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh suy thận cấp do ngộ độc: giải thích để người bệnh, gia đình người bệnh biết mức độ nguy hiểm và tuyên truyền giáo dục để giảm nguy cơ mắc.
- Giải thích để người bệnh hiểu và an tâm điều trị bệnh.
- Giải thích để người bệnh hợp tác và tuyệt đối tuân thủ chế độ thuốc và ăn uống, chế độ theo dõi lâu dài.
- Giải thích về chế độ ăn uống của người bệnh cho gia đình để hợp tác với điều dưỡng có hiệu quả (chế độ ăn nhạt, ít đạm....)

30. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẠY THẬN NHÂN TẠO (TNT)

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị người bệnh trước chạy TNT (lọc máu).
- Theo dõi những dấu hiệu lâm sàng bất thường trong khi chạy thận nhân tạo.
- Chăm sóc và theo dõi nơi chọc kim hoặc ống thông, tránh chảy máu.
- Chăm sóc và theo dõi các biến chứng sau lọc máu.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích và động viên người bệnh.

2. Người thực hiện:

- Y tá - điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Cân
- Huyết áp, ống nghe, nhiệt kế, dây chun băng ép tĩnh mạch.
- Bộ chăm sóc và thay băng.
- Monitor tại giường người bệnh để theo dõi mạch, nhịp tim, huyết áp SpO₂.
- Máy làm điện tâm đồ.
- Các thuốc cấp cứu tăng K⁺ máu: Kayexalate bột, calciclorua ống 0,5g, glucose 20%, insulin nhanh...
- Các ống nghiệm để lấy máu xét nghiệm.
- Dụng cụ lọc, dẫn lưu nước tiểu, ống thông bàng quang các cỡ 16-18.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước chạy TNT:

- Đánh giá cân nặng, các dấu hiệu sinh tồn, ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, tình trạng phù, tình trạng thiếu máu, số lượng nước tiểu/giờ trước chạy thận nhân tạo.
- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể vùng chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch (tĩnh mạch bên) hoặc cầu nối động tĩnh mạch quay.
- Lấy máu xét nghiệm theo y lệnh.
- Thực hiện các y lệnh thuốc (nếu có chỉ định của bác sĩ).
- Giải thích để người bệnh biết và yên tâm.

2. Trong lúc làm TNT (có quy trình riêng).

3. Sau chạy TNT:

- Cân nặng và đánh giá các dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu/giờ.
- Theo dõi băng ép tại vị trí chọc tĩnh mạch ben, phát hiện biến chứng chảy máu, tắc mạch, hoại tử chỗ nối động tĩnh mạch quay, biến chứng nhiễm khuẩn, tháo băng ép sau 12 giờ.
- Lấy máu xét nghiệm: urê máu, creatinin, ĐGD máu.
- Mặc monitor theo dõi tại giường.
- Chế độ nuôi dưỡng cho người bệnh suy thận:
 - + Hạn chế nước: lượng nước vào cơ thể 24 giờ = số lượng nước tiểu/24 giờ + 500ml-700ml/24 giờ
 - + Đảm bảo nuôi dưỡng calo đầy đủ 30-35Kcalo/24 giờ (2/3 lipid, 1/3 glucid), protid 0,5g/kg/24 giờ, hạn chế thức ăn có nhiều P, K⁺, magiê.
 - + Đảm bảo cân bằng điện giải: xét nghiệm ĐGD hàng ngày, nếu kali máu tăng, dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ: Kayexalate, Resonium A, calciclorua 0,5g tĩnh mạch chậm, hạn chế muối ăn.
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, chăm sóc sạch sẽ tại vị trí chọc tĩnh mạch ben, chỗ nối động tĩnh mạch quay.
- Đặc biệt chú ý phát hiện một số biến chứng hay gặp trên lâm sàng và báo bác sĩ.
 - + Con tăng huyết áp: đo huyết áp, đếm mạch, nhịp tim, ý thức.
 - + Phù phổi cấp: đo huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, môi đầu chi, chất đờm.
 - + Tăng K⁺ máu: nôn, buồn nôn thay đổi ĐTĐ (T nhọn, đối xứng, QRS dẫn rộng).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Cân nặng trước - sau chạy thận.
- Các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, mạch, nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu/giờ, phù, mức độ thiếu máu, môi (tím, hồng, nhợt).
- Các thông số: SpO₂, điện tâm đồ, khí máu, xét nghiệm urê, đường, ĐGD. Báo kịp thời cho bác sĩ những bất thường.
- Theo dõi vị trí chọc tĩnh mạch, tháo băng ép, thay băng sát trùng sau 12 giờ, phát hiện những bất thường khác (thí dụ chảy máu trong hố chậu nếu chọc tĩnh mạch đùi).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh, giải thích để người bệnh hiểu rõ việc cần thiết của chạy thận nhân tạo.
- Giám sát khẩu phần nước, điện giải và dinh dưỡng hàng ngày của người bệnh.
- Giải thích để người bệnh hiểu biết và thực hiện chế độ điều trị (thuốc và ăn uống, sinh hoạt) lâu dài. Nếu là suy thận mãn, chạy thận nhân tạo chu kỳ, giải thích để gia đình và người bệnh hiểu ích lợi và cần thiết của thận nhân tạo, an tâm, tin tưởng vào kết quả của điều trị.

31. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT ống THÔNG BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi số lượng nước tiểu 24 giờ.
- So sánh lượng nước tiểu vào và ra sau 24 giờ.
- Phòng chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Theo dõi màu sắc nước tiểu để phát hiện các trường hợp bất thường.
- Tránh người bệnh đột ngột rút ống thông ra.
- Vệ sinh người bệnh sạch sẽ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

a. Dụng cụ vô khuẩn:

- ống thông bàng quang vô khuẩn cùng cỡ với ống thông đang đặt hoặc nhỏ hơn một số.
- Găng vô khuẩn.
- Gạc miếng, gạc củ ấu, khăn to phủ đùi người bệnh.
- Dầu paraffin đã hấp diệt khuẩn.
- Panh, kìm kẹp khăn, bát kê, khay vô khuẩn.
- Túi dẫn lưu nước tiểu có vạch chia từ 100ml - 1000ml.

b. Dụng cụ sạch:

- Khay chữ nhật, khay quả đậu.
- Tấm nilon lót dưới mông người bệnh.
- Bồn đựng nước sạch để rửa bộ phận sinh dục.
- Nước xà phòng loãng và nước sôi nguội.
- Bô dẹt, cốc treo truyền.
- Chai đựng dung dịch NaCl 9‰.
- Ống cầm panh, panh Kocher, kéo, băng dính.
- Ống đong nước tiểu có chia vạch từ 50 - 100ml hoặc túi đựng nước tiểu vô khuẩn.

* Dụng cụ sát khuẩn:

- Thuốc đỏ 2%, thuốc tím 1%, Betadin.
- Thuốc rửa bàng quang theo chỉ định của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng viên đeo khẩu trang.
- Đo lượng nước tiểu hàng ngày, so sánh với lượng dịch đầu vào để tính cân bằng, nếu lượng nước tiểu thừa hoặc thiếu hơn lượng dịch đưa vào phải báo bác sĩ.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, rửa bằng nước xà phòng loãng, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, khi xong đổ nước bẩn đi, lau khô cho người bệnh, sát khuẩn bằng thuốc đỏ hoặc Betadin xung quanh chỗ đặt ống thông.
- Phát hiện nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục tại chỗ đặt.
- Túi đựng nước tiểu phải kín được thay sau 48 giờ.
- Thay thông bàng quang nếu đặt quá 5 ngày.
- Cáp ống thông bàng quang. Sau 3-6 giờ tháo nước tiểu.
- Quan sát màu sắc nước tiểu để phát hiện các trường hợp bất thường:
 - + Nước tiểu đục: có khả năng đã có nhiễm khuẩn.
 - + Nước tiểu đỏ có cặn: có máu, báo bác sĩ tìm nguyên nhân. Kiểm tra màu sắc nước tiểu do uống thuốc rifampicin, vitamin B₁₂
 - + Nước tiểu màu vàng sẫm: có thể có vàng da hoặc người bệnh đang dùng vitamin B6. Nước tiểu đen ngay khi mới ra: có thể là huyết cầu tố niệu.
- Nếu có nhiễm khuẩn rửa bàng quang theo chỉ định của bác sĩ: có thể rửa bàng quang ngày 1 đến 2 lần.
 - + Rửa bàng quang dịch NaCl 9‰ mỗi lần rửa bàng quang không quá 250ml, sau đó kẹp thông lại lưu trong 10-15 phút tháo nước ra.
- Theo dõi nhiệt độ hàng ngày, phát hiện các trường hợp sốt.
- Rút thông bàng quang càng sớm càng tốt khi có chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Ghi số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Ghi màu sắc nước tiểu: nước tiểu ra ngoài ánh sáng mới đen dần lại, người bệnh đang có perphyric niệu báo ngay bác sĩ.
- Kẻ bảng theo dõi thân nhiệt.
- Ghi tình trạng tại chỗ đặt thông bàng quang.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh nếu tỉnh, hoặc giải thích cho người nhà sự cần thiết phải đặt ống thông bàng quang. Người bệnh không tự ý rút ống thông.
- Hướng dẫn người nhà hợp tác trong việc theo dõi số lượng nước tiểu, quan sát màu sắc nước tiểu và các bất thường khác.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình việc đặt ống thông bàng quang chỉ là tạm thời.
- Nếu người bệnh không tỉnh táo, phải buộc tay để phòng ngừa người bệnh rút ống thông ra.

32. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NẪO

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông khí tốt.
- Hạn chế biến chứng đặc biệt là viêm phổi.
- Hạn chế di chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng và chống loét.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (nếu cần).
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Máy hút đờm, các ống thông hút đờm, các lọ nước chín để hút tráng ống thông vô khuẩn.
- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy, bóng Ambu, bộ canun Mayo nếu có cơn ngừng thở.
- Ống thông dạ dày các cỡ tùy theo lứa tuổi người bệnh (nếu trẻ nhỏ, dùng ống nhỏ...)
- Bơm tiêm 20ml, 50ml, bơm cho ăn tự động.
- Dung dịch dinh dưỡng, bột dinh dưỡng phù hợp.
- Bộ thông tiểu.
- Dụng cụ trợ giúp chọc dò: dịch não tủy.
- Dụng cụ phòng chống loét: đệm nước, đệm luân chuyển....

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo thông khí cho người bệnh:

- Đặt canun Mayo để phòng tụt lưỡi, hút đờm dãi (nếu có)
- Đặt người bệnh nằm nghiêng một bên để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.

- Bóp bóng Ambu báo bác sĩ để đặt ống nội khí quản cho thở máy ngay khi có những cơn ngừng thở.
- Cho người bệnh thở oxy theo y lệnh. Nếu người bệnh hôn mê, có suy hô hấp nặng cần chuẩn bị dụng cụ phụ bác sĩ đặt nội khí quản hoặc thở máy (nếu cần).
- 2. **Đo nhiệt độ, đếm mạch, nhịp thở, huyết áp:** ít nhất 3 lần/ngày, nếu người bệnh có tình trạng thay đổi bất thường phải thực hiện theo y lệnh của bác sĩ yêu cầu.
- 3. **Thực hiện thuốc chính xác và phụ bác sĩ làm các thủ thuật:**
 - Thuốc uống, tiêm, thuốc truyền hoặc phụ bác sĩ đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm (nếu có chỉ định).
 - Phụ bác sĩ chọc dịch não tủy và chăm sóc theo dõi người bệnh sau chọc.
- 4. **Dinh dưỡng:** đặt thông dạ dày cho người bệnh ăn qua ống thông (nếu người bệnh hôn mê) đảm bảo đủ lượng calo/ngày 40 Kcal/kg/24giờ (đủ tỉ lệ Protid - Lipid - Glucid) và chia làm 6 bữa/ngày. Thức ăn phải mới, không bị ôi, đảm bảo hợp vệ sinh. Bảo đảm lượng dịch đưa vào 2 lít-2,5 lít/ngày nếu lượng nước tiểu là 1,5lít.
- 5. **Vệ sinh hàng ngày:**
 - Chăm sóc răng miệng 3-4 lần/ngày để phòng bội nhiễm.
 - Rửa mắt, nhỏ mắt, băng kín mắt để phòng khi người bệnh hôn mê mở mắt tự nhiên để bị loét giác mạc.
 - Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục hàng ngày và mỗi khi người bệnh đại tiện.
 - Vệ sinh thân thể 2 lần/tuần.
 - Phòng chống loét: người bệnh liệt nằm lâu do vậy phải vệ sinh sạch sẽ, xoa bóp vùng tì đè, thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/lần, cho người bệnh nằm đệm nước hoặc vùng chống loét.
 - Đặt thông tiểu bàng quang lưu ống thông để theo dõi lượng nước tiểu đặc biệt khi có cầu bàng quang.
 - Liên tục theo dõi, quan sát toàn trạng người bệnh:
 - Tình trạng tăng tiết, sự tím da, môi và đầu chi.
 - Theo dõi sớm dấu hiệu bội nhiễm và đề phòng để không có thêm các biến chứng (viêm phổi....)

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh.
- Các thông số trên máy (nếu có), các kết quả theo dõi (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở) và sự đáp ứng của người bệnh (ghi vào bảng theo dõi).
- Tình trạng hô hấp, đờm dãi, sự thở, kiểu thở, số lượng oxy cho thở trong một phút.
- Tình trạng nôn, chất nôn.
- Theo dõi rối loạn chi giác để đánh giá mức độ mê và tiến triển của người bệnh.
- Nhiệt độ (vì người bệnh viêm màng não có thể sốt cao co giật).
- Ghi chép số lượng nước tiểu 24 giờ, màu sắc.
- Ghi chép số lượng dịch đưa vào để cân bằng dịch cho người bệnh.
- Ghi chép việc dinh dưỡng cho người bệnh/ngày.

- Những công việc (thực hiện y lệnh, chăm sóc người bệnh như gội đầu, tắm...)
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh viêm màng não mủ thường rất nặng, đa số hay gặp ở trẻ nhỏ, do đó cần hướng dẫn người nhà họ biết cách theo dõi những dấu hiệu bất thường và báo ngay cho bác sĩ.
- Dinh dưỡng: phải đảm bảo đủ lượng calo/ngày hợp vệ sinh, nhất là thức ăn tự nấu cần phải đủ thành phần, đủ số lượng calo để tránh bị suy dinh dưỡng.
- Hướng dẫn giữ gìn vệ sinh phòng bệnh, tránh lây nhiễm (rửa tay trước và sau khi người bệnh ăn, sau khi chăm sóc người bệnh phải rửa tay...).
- Không tự ý tháo bỏ các ống thông, dây truyền trên người bệnh.

33. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DỊ ỨNG THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Làm thuyên giảm các triệu chứng dị ứng thuốc
- Đề phòng và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra để kịp thời xử trí.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh bị dị ứng.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ: tùy theo nhận định người bệnh mà chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.

- Xe thay băng.
- 1 bộ dụng cụ thay băng vô trùng gồm có:
 - + 2 kẹp phẫu tích.
 - + 2 kéo (1 cong, 1 thẳng)
 - + 1 pince có máu.
 - + Bát kén

- + Gạc miếng, gạc củ ấu, bông tròn
- Găng tay vô khuẩn, găng tay sạch.
- Dụng cụ khác gồm:
 - + Ống nghe, nhiệt kế, huyết áp kế.
 - + Khay quả đậu.
 - + Khay chữ nhật.
 - + 1 kéo, 1 kẹp phẫu tích, băng dính.
 - + Cồn 70^o, bột talc, etc.
 - + Thuốc và dung dịch sát khuẩn: Betadin, nước muối 9‰, thuốc theo chỉ định của bác sĩ, dung dịch castellani.
 - + Chậu nước ấm, 1 khăn mặt bông to, 1 khăn mặt bông nhỏ, 1 tấm vải lót, 1 tấm nilon.
 - + Ga, quần, áo sạch.
 - + Túi đựng đồ bẩn.
 - + Lò sưởi.
 - + Đệm chống loét (đệm nước, đệm mút mềm)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Theo dõi tình trạng toàn thân và các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh:

- Quan sát người bệnh: sắc mặt, da tổn thương, mức độ ? Tình trạng tiêu hoá
- Đo mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp, nước tiểu 24 giờ (màu sắc, số lượng)
- Tình trạng tinh thần của người bệnh ?

** Chăm sóc cơ bản và đặc biệt:*

- Tuỳ mức độ nặng của bệnh bao giờ cũng phải chú ý giữ vệ sinh môi trường xung quanh: thay ga hàng ngày, không cho người nhà vào thăm nhiều.
- Chăm sóc: các vết loét, các tổn thương của da, các hốc tự nhiên.
- Tinh thần: ân cần, thông cảm, quan tâm để người bệnh yên tâm tin tưởng điều trị.
- Giúp hoặc làm vệ sinh thân thể, răng miệng, mắt mũi, bộ phận sinh dục, phòng dính, nhiễm khuẩn.
- Chăm sóc các kĩ thuật được áp dụng trên người bệnh nếu có: như chườm lạnh, đặt thông dạ dày, đặt ống thông bàng quang v.v.....
- Nuôi dưỡng:
 - + Uống: nếu người bệnh uống được phải cho uống nhiều nước, uống nước cam, nước chanh đường.
 - + Ăn: tránh các thức ăn có nhiều nguy cơ dị ứng hoặc nghi ngờ gây dị ứng. Ăn nhiều hoa quả, hạn chế muối, nên ăn lỏng, ăn nhẹ.
 - + Nếu người bệnh không tự ăn được phải nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch, qua thông dạ dày (đảm bảo đủ dinh dưỡng).
- Phát hiện sớm các dấu hiệu lâm sàng bất thường của dị ứng thuốc như: phù Quincke, sốc phản vệ, hội chứng Stevens - Johnson, hội chứng Lyell... và báo cáo ngay cho bác sĩ để xử lí kịp thời các biến chứng xảy ra.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra khi chăm sóc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh biết cách phòng tai biến dị ứng do thuốc.
- Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ, đúng liều và cách phát hiện sớm các dấu hiệu dị ứng.
- Tránh ăn, uống những thức ăn, thuốc đã gây dị ứng.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cho người bệnh ăn, uống theo đúng chỉ định của bác sĩ và y tá điều dưỡng.
- Hướng dẫn người bệnh giữ thân thể luôn luôn khô ráo và sạch sẽ.

34. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XƠ GAN

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng tránh hôn mê gan.
- Phòng tránh nguy cơ chảy máu.
- Cải thiện tình trạng dinh dưỡng.
- Phòng tránh các tổn thương da
- Đảm bảo chế độ hoạt động thể lực hợp lý
- Hỗ trợ thực hiện an toàn các thủ thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá- điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: phòng bệnh hoặc buồng thủ thuật.

4. Dụng cụ:

- Máy đo huyết áp, đồng hồ đếm mạch, nhiệt kế.

- Cân, thước dây, chai có vạch đo thể tích.
- Máy monitoring theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ nếu người bệnh nặng hoặc cần làm các thủ thuật.
- Nếu có làm thủ thuật: chuẩn bị dụng cụ tùy theo từng thủ thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A- PHÒNG TRÁNH HÔN MÊ GAN

1. Theo dõi sát tình trạng ý thức, đặc biệt trong các trường hợp có nhiều nguy cơ hôn mê gan: nôn, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hoá, nhiễm khuẩn, dùng thuốc độc gan.
2. Cần thông báo ngay cho bác sĩ khi có các rối loạn ý thức (lẫn lộn, rối loạn hành vi...) hoặc hôn mê, run chân tay.
3. Nếu hôn mê gan:
 - Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn, hút đờm dãi hầu họng, đặt canun tránh tụt lưỡi.
 - Thụt tháo đại tràng nếu có xuất huyết đường tiêu hoá.
 - Thuốc nhuận tràng, kháng sinh đường ruột và các điều trị khác theo y lệnh của bác sĩ.

B- PHÒNG TRÁNH NGUY CƠ CHẢY MÁU

1. Chú ý phát hiện, ghi chép và báo cáo các dấu hiệu chảy máu da, niêm mạc: chấm, mảng xuất huyết dưới da, bầm máu (nhất là xung quanh điểm tiêm, chọc tĩnh mạch), chảy máu cam, chảy máu chân răng....
2. Phát hiện, báo cáo và theo dõi xuất huyết tiêu hoá:
 - Theo dõi số lượng, màu sắc chất nôn và phân.
 - Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, mạch, HA, nhịp thở.
 - Theo dõi công thức máu...
3. Đặt người bệnh tại nơi an toàn, tư thế chắc chắn để phòng ngã, chấn thương.
4. Các động tác chăm sóc, thăm khám, thủ thuật (đo HA, chọc tĩnh mạch...) phải hết sức nhẹ nhàng tránh các sang chấn cho người bệnh.
5. Cân bằng ép mạch lâu hơn sau khi tiêm truyền.

C- CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (gây yếu, suy kiệt, phù dinh dưỡng...) và nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.
2. Nên bổ sung các vitamin nhóm B, vitamin A, vitamin C, vitamin K và tuyệt đối không uống rượu.
3. Động viên và hỗ trợ về ăn uống cho các người bệnh chán ăn, mệt nhiều, suy kiệt:
 - Động viên và giúp cho người bệnh ăn.
 - Chú ý chọn các món ăn hợp với khẩu vị hoặc các món ăn ưa thích của người bệnh.
 - Nên chia nhỏ các bữa ăn.
4. Nếu người bệnh nôn nhiều, ăn uống quá kém: đặt thông dạ dày và bơm ăn qua thông.
5. Nếu người bệnh phù hoặc cổ trướng:
 - Nằm nghỉ trên giường.
 - Hạn chế ăn muối dưới 2g/ngày.

- Hạn chế ăn, uống nước.
- Có thể phải dùng các thuốc lợi tiểu (theo chỉ định của bác sĩ)
- Đo vòng bụng hàng ngày (để theo dõi cổ trướng)
- 6. Theo dõi cân nặng hàng ngày.

D - PHÒNG TRÁNH CÁC TỔN THƯƠNG DA

1. Giúp người bệnh vệ sinh thân thể sạch sẽ.
2. Giúp người bệnh thay đổi tư thế thường xuyên phòng tránh loét.
3. Các động tác chăm sóc trên da phải rất nhẹ nhàng tránh gây các tổn thương da.

E- ĐẢM BẢO CHẾ ĐỘ HOẠT ĐỘNG HỢP LÝ

1. Giai đoạn bệnh đang tiến triển: cho người bệnh nằm nghỉ, giúp người bệnh làm các sinh hoạt tối thiểu, hạn chế người đến thăm hỏi.
2. Động viên người bệnh hoạt động dần trở lại khi bệnh đã ổn định.

F- HỖ TRỢ THỰC HIỆN AN TOÀN CÁC THỦ THUẬT

1. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần cho thủ thuật và các phương tiện theo dõi cần thiết.
2. Theo dõi sát tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi làm thủ thuật.
3. Luôn sẵn sàng hỗ trợ bác sĩ xử trí các tình huống cấp cứu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép hồ sơ và báo bác sĩ các thông số cơ bản: ý thức (thang điểm Glasgow), mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Các triệu chứng và biến chứng cần theo dõi và chăm sóc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Chế độ ăn uống điều độ, kiêng rượu, hạn chế nước và muối nếu có phù.
- Chế độ hoạt động vừa phải tùy theo thể lực, tránh bị quá mệt.
- Hướng dẫn theo dõi các triệu chứng của bệnh và các nguy cơ (chảy máu, nhiễm khuẩn, rối loạn tiêu hoá, hôn mê gan...)

35. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU KHI MỚI NHẬP VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

** Phân biệt 2 loại chảy máu:*

1. Nguyên nhân ngoại khoa:

- Phát hiện và chăm sóc vết thương hở và kín, đặc biệt lưu ý đối với vết thương kín (không có rách da, không bị chảy máu ra ngoài) nhưng có thể gây chảy máu trong nặng.

- Phát hiện các dấu hiệu chảy máu trong qua các dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện thành thạo các biện pháp cầm máu.
- Phòng chống nhiễm khuẩn.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

2. Nguyên nhân nội khoa:

- Phát hiện vị trí chảy máu: da, niêm mạc, xuất huyết nội tạng.
- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Đồng hồ để đếm mạch hoặc monitor.
- Huyết áp, ống nghe.
- Kim, catheter ngoại vi, dây truyền.
- Dịch truyền: NaCl 9‰ hoặc Haemacel 6% Gelafundine, Haes-Steril.
- Bình oxy.
- Băng, gạc để cầm máu.
- Xà phòng để rửa vết thương.
- Nước ấm để rửa vết thương
- Betadin.
- Ống thông tiểu.
- Ống thông dạ dày.
- Dây garô

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. NGUYÊN NHÂN NGOẠI KHOA

1. Đối với chảy máu ra ngoài:

a. Cầm máu:

- * Đối với vết thương mạch máu nhỏ:

- Đặt băng vô khuẩn lên vết thương băng lại và tiếp tục ép trên băng.
- Kiểm tra để phát hiện thêm các vết thương khác.
- Theo dõi mạch, huyết áp, ý thức người bệnh.
- Trước khi băng ép, kiểm tra tuần hoàn của chi ở phần dưới vết thương và so sánh với chi bên kia bằng cách bắt mạch hoặc dùng ngón tay ấn vào móng tay hoặc ngón tay người bệnh cho đến khi trắng rồi bỏ tay ra, móng tay người bệnh hồng trở lại nhanh nghĩa là máu lưu thông tốt, nếu tay vẫn trắng là băng quá chặt.
- Nếu băng bị ngấm máu, không được bỏ băng ra mà cho thêm băng vào và tiếp tục băng ép lại.
- Nâng chi bị thương cao lên trên mức tim để làm giảm dòng máu đến vết thương.

b. Chống nhiễm khuẩn:

- Tất cả các vết thương hở đều có nguy cơ bị nhiễm khuẩn. Vì vậy khi cầm máu phải dùng các dụng cụ vô khuẩn.
- Chăm sóc các vết thương nhỏ:
 - + Rửa tay bằng xà phòng, đi găng.
 - + Tránh sờ và thổi trực tiếp vào vết thương.
 - + Bọc lộ vết thương nhưng không chạm vào vết thương.
 - + Rửa vết thương để lấy đi những dị vật nông, rửa sạch da vùng xung quanh vết thương. Thấm khô vết thương, sát khuẩn xung quanh vết thương và băng vô khuẩn.
 - + Bỏ găng, rửa tay sạch khi tiếp xúc với chất thải hoặc máu.
- Phòng chống uốn ván: Tiêm SAT cho các vết thương sâu, bẩn bị động vật cắn.
- Trong trường hợp chảy máu nặng, băng ép không cầm máu phải dùng garô.

c. Để người bệnh nằm ngửa, 2 chân cao (trừ trong trường hợp người bệnh bị thương ở đầu).

2. Đối với các trường hợp chảy máu trong nặng:

- Nghĩ đến một người bệnh bị chảy máu trong nặng (nếu có vết thương thấu ngực, bụng, cổ hoặc bẹn, gãy xương đùi, xương chậu, chửa ngoài tử cung....)
- Người bệnh có dấu hiệu sốc: da xanh, lạnh, ẩm:
 - + Mạch nhanh nhỏ, huyết áp giảm, thở nhanh nông.
 - + Chóng mặt, khát, buồn nôn
 - + Kích động hoặc lơ lửng, lơ mơ, hôn mê.
- Trước tình trạng trên để người bệnh:
 - + Nằm đầu thấp, 2 chân nâng cao.
 - + Thở oxy qua ống thông mũi mũi 6-8 lít/phút, theo dõi SpO₂ đảm bảo SpO₂ > 96%.
 - + Đặt 1 đến 2 đường truyền tĩnh mạch bằng kim cỡ lớn.
 - + Truyền tĩnh mạch bằng dung dịch NaCl 9‰ hoặc dung dịch keo.
 - + Đặt ống thông tiểu để theo dõi nước tiểu 3giờ/lần.
 - + Đặt ống thông dạ dày kiểm tra có xuất huyết tiêu hoá cao không.
 - + Thăm trực tràng để phát hiện phân đen hoặc có máu.
 - + Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, ý thức.
- Làm xét nghiệm CTM, máu chảy, máu đông, nhóm máu, làm các xét nghiệm về đông máu toàn bộ để phát hiện đông máu trong lòng mạch (CIVD) theo chỉ định của bác sĩ.

- Theo dõi chất nôn, phân, nước tiểu để phát hiện có máu đông.
- Đối với người bệnh bị xuất huyết tiêu hoá: nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong vài ngày đầu.

B. NGUYÊN NHÂN NỘI KHOA

Xem phần chăm sóc người bệnh xuất huyết tiêu hoá.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết thương (độ rộng, độ sâu, có dị vật ở trong hay không, vết thương sạch hay bẩn...)
- Ghi giờ xử trí vết thương.
- Tình trạng người bệnh: ý thức, nước tiểu 1 giờ - 3 giờ - 24 giờ, các dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Khi có huyết động không ổn định, kịp thời báo bác sĩ.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích người bệnh hiểu về tình trạng bệnh để người bệnh an tâm.
- Hướng dẫn để người bệnh phối hợp cùng với y tá trong việc cầm máu và chống nhiễm khuẩn.

36. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm sốt cho người bệnh một cách an toàn.
- Tránh được các tai biến: co giật, sặc, cần phải lười.
- Phát hiện sớm các biến chứng: trụy mạch, mất nước hôn mê do tăng thân nhiệt.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh để họ yên tâm, tin tưởng vào thao tác của người điều dưỡng.
- Để người bệnh ở tư thế thoải mái, nằm nơi thoáng mát (không đắp chăn cho người bệnh mặc dù người bệnh có cảm giác rét).

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Nhiệt kế
 - Gạc sạch, khăn mặt.
 - Túi chườm, vải bọc túi
 - Chén lười.
 - Cồn 90°
 - Đá chườm đập nhỏ.
 - Xô nhựa 3-5 lít.
 - Khay men chữ nhật 2 chiếc.
 - Khay quả đậu 1 chiếc.
 - Ca uống nước.
 - Thuốc hạ sốt theo chỉ định.
 - Bút ghi, phiếu theo dõi.
- * Tất cả dụng cụ được xếp vào xe đẩy.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Phát hiện sốt:

- Đo nhiệt độ cho người bệnh ở miệng hoặc hậu môn.
- Khi lấy nhiệt kế ra phải sát khuẩn.
- Ghi kết quả vào bảng theo dõi.

2. Hạ sốt:

a- *Người bệnh sốt từ 38 - 39°C:*

- Để người bệnh nằm nghỉ thoải mái thoáng mát, nới rộng quần áo, bỏ vải đắp.
- Lấy khăn mặt nhúng nước lạnh đắp lên trán, hố nách, vùng bẹn, vùng gáy... hoặc lau người bằng khăn ướt có thể pha cồn rồi để nước và cồn tự bốc hơi (lau mát).
- Theo dõi nhiệt độ người bệnh 1 giờ/lần ghi vào bảng theo dõi.

b- *Người bệnh sốt > 39°C trở lên:*

- Để người bệnh nằm nơi thoáng mát bỏ vải đắp, nới rộng quần áo, đầu thấp nghiêng 1 bên.
- Cho đá đã đập vào túi chườm, lau khô túi chườm cho vào vải bọc.
- Đặt túi chườm lên vùng có động mạch lớn đi qua (hố nách, vùng bẹn, vùng cổ...)
- Khoảng 10 - 15 phút sau thay đổi vùng chườm.
- Đo nhiệt độ 30 phút/lần ghi bảng theo dõi.
- Khi nhiệt độ hạ tới gần bình thường 37 - 37,5° C thì thôi chườm.
- Theo dõi tình trạng mất nước.

c- *Người bệnh sốt cao có mê sảng:*

- Để người bệnh nằm giường có thành chắn, đầu thấp.
- Đặt canun chén lười.

- Chườm lạnh cho người bệnh.
- Dùng thuốc theo chỉ định.
- Lấy nhiệt độ 15 phút - 30 phút/lần.
- Điều dưỡng luôn có mặt bên cạnh người bệnh để xử lý và phát hiện các biến chứng khác.

3. Dinh dưỡng: bảo đảm nuôi dưỡng đầy đủ calo, đặc biệt là sốt do nhiễm khuẩn (45-50 Kcal/kg).

4. Vệ sinh:

- Vệ sinh thân thể.
- Chăm sóc các vết thương nhiễm khuẩn. Thay băng khi thấy băng ngoài cùng thấm mủ. Rửa vết thương, vết mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi toàn bộ những công việc đã thực hiện đối với người bệnh và các chỉ số sinh tồn.
- Nếu có co giật, hôn mê, trụy mạch, rối loạn nhịp thở phải báo cáo ngay.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự có mặt của y tá - điều dưỡng rất cần thiết cho người bệnh khi sốt cao mê sảng
- Động viên an ủi người bệnh để họ yên tâm, dặn dò người nhà người bệnh không được cho người bệnh uống thuốc hạ nhiệt khi chưa có chỉ định của bác sĩ.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách chăm sóc nuôi dưỡng.
- Giáo dục cho người bệnh và người nhà cách phòng chống lây nhiễm nếu có bệnh truyền nhiễm.

37. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT MỤC

I. MỤC ĐÍCH

- Làm cho loét mục mau lành.
- Chống nhiễm khuẩn bệnh viện qua loét mục.
- Hạn chế loét mục phát triển.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp cho công việc chăm sóc.

2. Người thực hiện: Y tá - điều dưỡng (có người phụ giúp nếu người bệnh hôn mê).

- Trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ: xe thay băng (đầy đủ dụng cụ):

** 1 bộ dụng cụ thay băng vô trùng gồm có:*

- 2 kẹp phẫu tích.
- 2 kéo (1 cong, 1 thẳng).
- 1 pince có máu.
- 1 bát kê.
- Gạc miếng, gạc củ ấu, bông cầu.
- Găng tay.

** Dụng cụ khác gồm:*

- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật.
- 1 kéo, 1 kẹp phẫu tích, băng dính.
- Cồn, bột talc, ête, thuốc và dung dịch sát khuẩn (như oxy già 12 thể tích, Betadin, nước muối đẳng trương 9‰), thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Nhiệt độ, huyết áp, ống nghe.
- Ga, quần áo, chăn màn sạch..., 1 tấm lót nilon, chậu nước ấm, 1 khăn mặt bông to, 1 khăn mặt bông nhỏ, 1 tấm vải.
- Đệm hơi luân chuyển, đệm nước, đệm bọt.
- Túi đựng đồ bẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc vết loét:

- Nhận định mức độ loét mục.
- Tuỳ theo loét mục mà có kế hoạch chăm sóc cụ thể như khi nào thay băng và làm lại chăm sóc.
- Đeo găng, trải tấm lót dưới vùng bị loét (chú ý làm nhẹ nhàng).
- Tháo bỏ găng bẩn, kiểm tra lại vết loét, đổ các dung dịch sát trùng ra bát kê. Mở hộp dụng cụ vô khuẩn, di găng vô khuẩn vào, lấy bơm tiêm hút mủ (đem đi soi tươi, cấy tìm vi khuẩn), đồng thời cấy máu nếu người bệnh sốt.
- Dùng kẹp phẫu tích rửa sạch vết thương lần lượt bằng các dung dịch oxy già 12 thể tích - nước muối 9‰ - Betadin (nếu vết loét có hoại tử phải cắt lọc hết tổ chức hoại tử sau đó rửa sạch), phủ gạc vô khuẩn lên trên vết loét (băng kín, thoáng tuỳ theo tình trạng của vết loét).
- Kết hợp lau rửa sạch vùng ẩm ướt, xoa bóp xung quanh vùng tì đè, vùng bị loét bằng bột talc và cồn 70°
- Thay ga, quần áo cho người bệnh, đặt người bệnh về tư thế phù hợp.

- Nếu người bệnh cần phải nằm đệm chống loét, y tá điều dưỡng đặt người bệnh lên trên cáng, chuẩn bị đệm chống loét xong chuyển người bệnh lên giường (cùng 1-2 người phụ giúp).
 - Thu dọn dụng cụ, khử trùng dụng cụ, rửa tay.
- 2. Nuôi dưỡng:** bảo đảm nuôi dưỡng tốt người bệnh, đủ calo là điều kiện tiên quyết để loét mục chống lành (35-50Kcal/kg)
- 3. Chăm sóc** xoa bóp, nằm đệm nước, thay đổi tư thế luôn (ít nhất 2giờ/lần) tránh cho người bệnh nằm tù đè vào vết loét.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc, tiến triển của vết loét, màu sắc, kích thước của vết loét.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, chăm sóc đệm chống loét.
- Xem các kết quả xét nghiệm: vi khuẩn, mủ, máu.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh không được tự động điều trị bằng các phương pháp không theo chỉ định của bác sĩ.
- Nên phòng loét hơn là trị loét (vì loét rồi điều trị rất tốn kém).
- Nếu người bệnh hôn mê nên cho người bệnh nằm đệm chống loét ngay, đặt ống thông bàng quang (bọc bao cao su đối với người bệnh nam) có ống dẫn lưu.
- Luôn giữ cho người bệnh khô ráo.
- Vận động lí liệu pháp, thay đổi tư thế thường xuyên cho người bệnh.
- Dinh dưỡng: cho người bệnh ăn đủ calo, nhiều vitamin, động viên người bệnh và người nhà người bệnh nuôi dưỡng tốt.

38. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV/AIDS

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm sự đau đớn và sự cô đơn cho người bệnh.
- Giảm được sự lây chéo ra cộng đồng và xã hội.
- Phát hiện các nhiễm trùng cơ hội và biến chứng của bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Động viên, an ủi gần gũi người bệnh để họ yên tâm, tạo cho người bệnh cảm giác không bị xa lánh, khinh rẻ.

- Tư vấn cho người bệnh để họ có trách nhiệm với cuộc sống và thay đổi hành vi gây lan truyền bệnh cho người khác.

2. Người thực hiện:

- Nhân viên y tế.
- Phải có đầy đủ trang phục y tế và bảo hộ lao động.

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.
- Tại gia đình người bệnh.

4. Dụng cụ:

Tuỳ theo từng thủ thuật chăm sóc mà có sự chuẩn bị dụng cụ khác nhau. Nhưng tất cả các dụng cụ phục vụ cho người bệnh HIV/AIDS đều phải riêng biệt.

a/ *Dụng cụ là kim loại*, thuỷ tinh (dao mổ, panh, kéo, ống nhỏ, ống đong...) sau khi sử dụng ta phải ngâm vào dung dịch sát khuẩn Natrihypochlorit 0,5% trong 20-30 phút hoặc Glutaral (Glutaraldehydum) 2% ngâm 30 phút diệt khuẩn và nấm, ngâm 10 giờ diệt nha bào. Sau khi ngâm rửa bằng nước vô khuẩn cho sạch hết Glutaral thấm khô và sấy khô 170⁰ trong 2 giờ.

b/ *Dụng cụ bằng nhựa, cao su*: dùng 1 lần sau đó thu gom túi nilông đưa đốt hoặc xử lí bằng hoá chất.

c/ *Đồ dùng bằng vải*:

- Đồ dùng có dính máu, dịch, đờm dãi... thì huỷ bỏ.
- Đồ dùng không dính bẩn thì giặt bằng thuốc tẩy cloramin T ở nhiệt độ 71⁰C trong 25 phút.

d/ *Dụng cụ máy*: chỉ dùng riêng cho người bệnh HIV/AIDS.

- Các ống nối của máy, bóng hô hấp, các nút điện cực.... sau khi sử dụng lau sạch bằng vải thấm Natrihypochlorit 0,5% rồi cho vào hộp khử khuẩn bằng hoá chất dạng hơi như farmol hay Peroxit hydro 6%.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Luôn thực hiện nghiêm ngặt các quy chế vô khuẩn và khử khuẩn để bảo đảm an toàn trong công tác chăm sóc và điều trị.

1. Thủ thuật không liên quan đến máu, dịch...., cán bộ y tế phải có trang phục riêng khi phục vụ người bệnh HIV/AIDS (như áo quần, mũ, khẩu trang, ủng, dép...).

- Đi găng tay và tiến hành thao tác thủ thuật theo các bước như đối với người bệnh khác.

2. Thủ thuật có liên quan đến máu, dịch, niêm mạc....(như chọc hút dịch, truyền máu, rửa vết thương....)

- Nhân viên y tế mặc trang phục y tế riêng nhưng phải mang bảo hộ lao động.
 - + Đi ủng cao su
 - + Mang tạp dề
 - + Mang kính bảo hộ (mặt nạ)

- + Đi găng và thao tác thủ thuật theo các bước đã quy định.
- Sau khi làm xong các thủ thuật cán bộ y tế phải khử khuẩn môi trường, dụng cụ, cởi bỏ y phục và bảo hộ lao động, rửa tay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá thủ thuật vừa làm, những tiến triển, biến chứng (nếu có).
- Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tiếp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Chăm sóc người bệnh HIV/AIDS mang tính chất xã hội cao. Do vậy cán bộ y tế phải có trình độ chuyên môn biết cách tư vấn cho người bệnh và người thân của họ.
- Tạo cho người bệnh niềm tin, khuyến khích họ để họ nghe và làm theo lời khuyên của mình.
- Động viên thân nhân thăm hỏi chăm sóc.
- Chế độ ăn uống, vệ sinh, sinh hoạt hợp lí.

39. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TUỖ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo vệ sinh cho người bệnh.
- Theo dõi, phát hiện các biến chứng.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Ống nghe, máy đo huyết áp, nhiệt kế.
- Nước ấm.

- Bàn chải đánh răng sợi mềm, khăn mặt.
- Xà phòng trung tính.
- Thức ăn (bột dinh dưỡng).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vệ sinh hàng ngày:

- Vệ sinh răng, miệng, mũi, nhất là các vết loét ở miệng họng để ngăn ngừa vi khuẩn, bội nhiễm và nấm.
- Cho người bệnh súc miệng bằng NaCl đẳng trương 9‰ hoặc oxy già 2%, chấm vết loét bằng glycerin-borat.
- Mắt: rửa bằng khăn mềm, tránh gây xước da, nhỏ mắt 2 lần/1 ngày bằng chloramphenicol 0,4%, rửa từ đuôi mắt đến đầu mắt bằng nước đun sôi để nguội.
- Lau người hàng ngày bằng nước ấm, tránh làm xước da. Rửa sạch và lấy khăn lau khô khi người bệnh đi đại tiểu tiện để tránh nhiễm khuẩn da.
- Cho người bệnh nằm phòng riêng, cách li với các bệnh nhiễm trùng.

2. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và các biến chứng chảy máu:

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ 3 giờ/lần.
- Theo dõi tình trạng chảy máu: da và niêm mạc, nội tạng (đi ngoài phân đen, nôn máu, đi tiểu ra máu...)
- Làm CTM theo chỉ định của bác sĩ để theo dõi hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu ngày 1-2 lần cách 12 giờ.
- Theo dõi khi người bệnh có khó thở: cho người bệnh thở oxy 4-6 lít/phút.
- Khi huyết áp tối đa < 90mmHg, hoặc nhiệt độ > 39°C, nước tiểu < 250ml/12giờ y tá điều dưỡng phải báo ngay bác sĩ.

3. Chế độ ăn uống:

- Tổng số calo cho 1 người bệnh: 2000 - 2500calo/ngày, trong đó glucid chiếm 65-70%, protein 1-1,5g/kg.
- Cho uống vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12, vitamin C, viên sắt.
- Cho người bệnh uống thêm nước cam, chanh.
- Nên cho người bệnh ăn dưới dạng thức ăn lỏng, dễ tiêu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép ngày giờ thực hiện chăm sóc.
- Ngày giờ xảy ra các biến chứng như xuất huyết tiêu hoá, hoặc người bệnh hôn mê do xuất huyết não.
- Kịp thời báo bác sĩ khi có các dấu hiệu sinh tồn bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh ăn uống đúng chế độ, giàu vitamin, giàu calo và protein, ăn ít mỡ.
- Có chế độ lao động, nghỉ ngơi đúng sau khi khỏi bệnh.
- Hướng dẫn cho người bệnh trong khi làm việc phải cẩn thận, tránh gây sây xước da.
- Khi có biểu hiện bất thường nên đi đến khám bác sĩ.

40. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh cầm máu và ổn định huyết áp.
- Phòng và chống choáng khi mất máu nhiều.
- Theo dõi diễn biến của bệnh.
- Tránh cho người bệnh hít phải máu và dịch nôn.
- Phát hiện và phòng ngừa những biến chứng khi chảy máu kéo dài.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm bất động tại giường, tư thế đầu thấp nếu huyết áp tụt, chân kê cao.
- Nếu người bệnh có nôn để tư thế nằm nghiêng an toàn (tránh chất nôn gây tắc đường thở).
- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, tránh lo lắng sợ hãi.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết thực hiện và phối hợp trong công tác chăm sóc.

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Huyết áp, ống nghe.
- Bộ ống thông dạ dày.
- Các ống hút.
- Oxy
- Bộ dụng cụ rửa dạ dày.
- Bộ vệt, ống nôn, chậu, ca.
- Khăn mặt, xà phòng thơm.

- Nước lạnh 0 - 5°
 - Bộ soi dạ dày ống mềm và bộ dụng cụ gây xơ búi mạch chảy máu.
 - Ống thông Blakemore (khi có chỉ định).
 - Ống thông tĩnh mạch và bộ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
 - Dịch truyền đẳng trương 0,9% và các loại khác.
 - Máu cùng nhóm
 - Stilamin v.v...
- (Tất cả sẵn sàng khi có y lệnh).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi tình trạng huyết động, đo mạch, nhịp thở, huyết áp 15 phút, 30 phút, 1 giờ, 3 giờ một lần (theo y lệnh).
- (Nếu huyết áp tụt, mạch nhanh chứng tỏ tình trạng chảy máu vẫn còn. Nếu huyết áp ổn định, nước tiểu nhiều trên 50ml/giờ báo hiệu xuất huyết đã ổn định).
- Theo dõi màu sắc chất nôn và phân xem có còn chảy máu không (nếu chất nôn có máu hoặc phân đen thì báo cáo ngay).
- Làm nhóm máu cấp đêm hồng cầu, đo hematocrit 3 giờ một lần (theo y lệnh gửi huyết học).
- Đặt một kim truyền tĩnh mạch ngoại biên để truyền dịch đẳng trương 9‰ truyền máu.... (theo y lệnh).
- Cho người bệnh thở oxy nếu có khó thở.
- Đặt ống thông dạ dày để rửa dạ dày bằng nước lạnh (khi có y lệnh). Theo dõi màu sắc nước dạ dày cho đến khi nước trong. Sau đó đặt ống thông dẫn lưu ra một chai thủy tinh hoặc túi chất dẻo để theo dõi tình trạng chảy máu cấp do viêm loét dạ dày tá tràng (sau 2-3 tiếng kiểm tra lại bằng cách bơm 50ml nước lạnh vào và hút ra xem có còn chảy máu hay đã cầm).
- Sưởi ấm cho người bệnh
- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, báo bác sĩ nếu áp lực xuống dưới 5cm H₂O hoặc cao hơn 10 cm H₂O
- Theo dõi biến chứng như trụy mạch, tụt huyết áp, dấu hiệu sốc. Phát hiện sớm báo cáo bác sĩ ngay để tiến hành nội soi cầm máu hoặc phẫu thuật.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Những công việc đã làm.
- Những biến cố đã xảy ra khi chăm sóc (ghi cụ thể).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Dẫn dò người bệnh những điều cần thiết trong sinh hoạt và chế độ ăn uống....
- Không ăn thức ăn nóng, các chất kích thích, chua cay....
- Không uống bia rượu.
- Không uống aspirin hoặc vitamin C.

- Nằm nghỉ tại chỗ và theo dõi 24/24 giờ.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết bệnh nặng có thể tiến triển xấu hơn. Không tiên đoán trước được mà phải theo dõi chăm sóc, tuân thủ đúng quy định đã hướng dẫn để giúp người bệnh qua khỏi giai đoạn nguy kịch.

41. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì các chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá, bài tiết.
- Phòng ngừa biến chứng: viêm phổi do sặc nhiễm khuẩn, loét, giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Phục hồi chức năng vận động hạn chế các di chứng.
- Giáo dục cho người bệnh và gia đình các biện pháp tự theo dõi và chăm sóc khi đã xuất viện.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Máy theo dõi nhịp tim, nhịp thở, khí máu, huyết áp.
- Máy hút, ống thông hút đờm, ống thông cho ăn.
- Bột dinh dưỡng, dung dịch dinh dưỡng.
- Giường có thay đổi tư thế và có đệm chống loét.
- Thuốc: heparine, Aspegic, Fraxiparin...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

a- Hô hấp:

- Tình trạng hô hấp thở nhanh hay chậm, có ứ đọng dịch tiết?

- Có rối loạn nhịp thở.
- Kiểu thở (ngáy to)
- Đặt một canun miệng để tránh tụt lưỡi.
- Nếu có hôn mê sâu, rối loạn hô hấp hoặc suy hô hấp báo bác sĩ, để có thể phải đặt ống nội khí quản.

b- Tim mạch:

- Huyết áp: theo dõi nếu huyết áp tối đa lên quá 200mmHg, phải báo ngay bác sĩ.
- Nhịp tim: tần số, nhịp tim nếu có rối loạn nhịp tim phải báo ngay bác sĩ.
- Các dấu hiệu xuất huyết ngoài da: tiểu máu, chảy máu lợi khi đang dùng thuốc chống đông.

c- Tình trạng liệt - thần kinh:

- Quan sát đánh giá người bệnh tỉnh hay mê thông qua bảng điểm Glasgow.
- Có liệt thần kinh: thông qua vẻ mặt, nhân trung, vận động của chi và cách nói.
- Phản xạ ho, nuốt.
- Chức năng bài tiết, tiêu hoá:
- Tiêu hoá: cần đặt ống thông dạ dày để nuôi dưỡng và xem xét có xuất huyết tiêu hoá hay không.
- Bài tiết nước tiểu: đặt túi hoặc ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu 1 giờ hay 24giờ.

2. Phòng ngừa các biến chứng:

- Vệ sinh các hốc tự nhiên ngày 2-3 lần.
- Thay ga, quần áo người bệnh ít nhất ngày một lần.
- Nên để người bệnh ở phòng thoáng chống nóng và rét cho người bệnh.
- Người bệnh bị tai biến mạch máu não bị liệt nên ứ đọng đờm dãi gây viêm phổi cần dẫn lưu tư thế nghiêng phải, trái, đầu nằm thấp kết hợp với vỗ rung vùng ngực, lưng làm long đờm sau đó hút sạch vùng hầu họng.
- Vận động thụ động hay chủ động chi liệt để tăng cường tuần hoàn, giúp nuôi dưỡng tốt, chống tê đờ gây loét.

3. Phòng chống loét:

- Cho người bệnh nằm đệm chống loét: đệm khí bơm liên tục hay đệm nước.
- Giữ cho ga luôn khô, sạch, thay đổi tư thế cho người bệnh 2giờ/1lần.
- Có vết chột: chống tê đè tiếp và gây nhiễm khuẩn.
- Có loét sâu: cần cắt lọc tổ chức hoại tử rửa sạch có thể rắc đường kính khô (saccharose) băng lại. Thay rửa khi băng bị ướt, chăm sóc cho đến khi vết loét đầy lên và kín miệng.
- Chế độ dinh dưỡng: cần cung cấp đủ calo tính bằng 30-50Kcal/1kg/24giờ nếu nhiễm khuẩn, tăng số calo cao dần lên. Protid cần 1-1,5g/kg.

4. Nuôi dưỡng:

- **Nước:** lượng nước đưa vào người bệnh hàng ngày bao gồm:
 - + Nước uống + thể tích dịch truyền.
 - + Thể tích nước đưa vào 24 giờ = lượng nước tiểu 24 giờ + (300 - 500ml).
 - + Nếu người bệnh có sốt, ra nhiều mồ hôi hoặc thông khí cần cho thêm 500ml

- Ăn: cho ăn nhiều bữa trong ngày, phòng chống nôn. Ăn nhạt nếu có tăng huyết áp.
 - + Mỗi lần cho ăn qua ống thông không quá 400ml và cách nhau 3 giờ.
 - + Cần bồi phụ thêm các loại vitamin nhóm A, vitamin B, vitamin C
 - + Chế biến thức ăn đảm bảo vệ sinh cân đối các thành phần theo tỉ lệ protid, lipid, glucid = 1: 1: 4.
 - + Tốt nhất là các loại bột dinh dưỡng có sẵn đóng trong hộp như: ensure, Sandosource.

5. Phục hồi chức năng, hạn chế di chứng:

- Phục hồi chức năng phải tiến hành ngay cùng với công tác hồi sức để phòng các di chứng: teo cơ, cứng khớp.
- Nhân viên điều dưỡng cần tập và hướng dẫn cho người bệnh.

6. Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn chăm sóc và luyện tập:

- Người bệnh bị tai biến mạch não sẽ để lại di chứng nhẹ hoặc nặng, thời gian hồi phục lâu, chăm sóc lâu dài, tốn nhiều công sức cho nên cần:
 - + Chế độ vệ sinh hàng ngày sạch sẽ.
 - + Chế độ ăn uống, thuốc uống đầy đủ, ăn đủ lượng, đủ chất, dùng thuốc theo y lệnh bác sĩ.
 - + Luyện tập hàng ngày: tăng dần mức độ hoạt động.
 - + Tránh những yếu tố có thể tạo điều kiện xuất hiện tai biến lần sau: stress tâm lí, gắng sức, nóng lạnh đột ngột, rượu, thuốc lá.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu chức năng sinh tồn:
 - + Màu sắc da: hồng hào, tím, vã mồ hôi.
 - + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, điện tim bất thường, khí máu, SpO₂.
 - + Lượng dịch vào, ra (nước tiểu 24giờ). Phân: số lượng và tính chất phân.
- Nếu có các dấu hiệu hay xét nghiệm bất thường báo ngay cho bác sĩ.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và kí tên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thường xuyên giải thích, động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện điều trị theo đơn và hiểu biết thêm về tác dụng của việc điều trị. Không tự động bỏ thuốc điều trị, hợp tác điều trị, không rút các ống thông dạ dày, ống thông bàng quang.
- Giải thích cho gia đình hiểu biết cách chăm sóc và phục vụ người bệnh bị tai biến mạch máu não nhằm khích lệ sự tập luyện và giám sát việc điều trị theo đơn của bác sĩ cho người bệnh.
- Nhắc nhở thân nhân không tự động bón cho người bệnh ăn hoặc cho người bệnh uống.

42. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CƠ GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm cho người bệnh được thông khí tốt chống thiếu oxy gây tổn thương não.
- Tránh nôn sặc dịch vị thức ăn, tránh cắn phải lưỡi.
- Cung cấp đủ cho người bệnh về calo và dịch chống sự suy kiệt.
- Phòng ngừa sự co giật trở lại gây nguy hiểm đột ngột cho người bệnh.
- Giúp người bệnh và gia đình hiểu biết về nguyên nhân co giật và cách phòng tránh.

1. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Bóng Ambu.
- Canun đè lưỡi tránh cho người bệnh cắn vào lưỡi.
- Ống nội khí quản, canun mở khí quản, máy hút.
- Ống thông hút đờm ở hầu họng.
- Theo dõi nhiệt độ, điện não tại giường.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

a. Tình trạng liệt-thần kinh:

- Quan sát đánh giá người bệnh trước, trong và sau cơn co giật:
 - + Tình trạng ý thức (dựa vào bảng điểm glasgow).
 - + Có kèm theo liệt hay không ?
- Khi có cơn giật cần cho người bệnh nằm ngửa hay nghiêng đầu ngửa ra sau, để dễ thở. Chỉ nên đặt canun Mayo khi đã hết cơn giật.

b. Hô hấp:

- Tình trạng hô hấp: ngừng thở ? tím tái ? khó thở thanh khí quản có tiếng rít. Khi có tím và khó thở cần:

- + Cho người bệnh thở oxy liên tục 5-10 lít /phút.
- + Hút khai thông đường hô hấp do ứ đọng chất tiết ở đường hô hấp trên.

c. Nhanh chóng cắt cơn co giật:

- Thuốc chống co giật: seduxen, tiêm tĩnh mạch hay truyền.
- Thuốc hạ thân nhiệt: aspirin hoặc truyền hay tiêm tĩnh mạch, khi nhiệt độ > 39°C
- Thuốc chống phù não: manitol 2% truyền nhanh 100ml/30' nếu có phù não; methyl, prednisolon 120-180mg tiêm tĩnh mạch nếu có phù não do u não. Sau khi đã cắt cơn giật cần dùng liều duy trì theo y lệnh của bác sĩ nhằm ngăn chặn cơn tái phát.

d. Tim mạch:

- Huyết áp: đo chỉ số huyết áp.
- Nhịp tim: tần số, có rối loạn nhịp tim kèm theo cơn giật.

e. Chức năng tiêu hoá và bài tiết:

- Bài tiết nước tiểu: cần theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ bằng đặt túi hay ống thông bàng quang nhằm đánh giá chức năng thận.

2. Phòng ngừa các biến chứng:

- Thiếu oxy cấp tính trong cơn giật: cần cho thở trong và sau cơn giật để đảm bảo $SaO_2 > 90\%$.
- Tránh cán phải lưỡi trong cơn giật nên cần có canun Mayo bên cạnh người bệnh hay cố định tốt tránh tuột.
- Cung cấp đủ 2-3 lít nước chống suy thận chức năng.
- Theo dõi sát lượng nước tiểu giờ và ngày nếu thiếu niệu hay vô niệu cần báo cho bác sĩ ngay.
- Một số cơn giật do kích thích bằng yếu tố vật lí hay cơ học cần tránh, cho người bệnh nằm ở phòng yên tĩnh sạch sẽ.
- Khi có cơn giật tránh để người bệnh hít phải dịch nôn cần đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn. Nếu cần thiết có thể tách riêng đường hô hấp và ăn uống bằng cách đặt ống nội khí quản và ống thông dạ dày. Khi bị hít phải dịch nôn cần điều trị chống suy hô hấp và soi rửa hút dịch phế quản.

3. Nuôi dưỡng:

- Nước: nước uống, truyền dịch đủ đảm bảo nước tiểu 24 giờ $\geq 1500\text{ml}$.
- Calo: đối với người bệnh cơn giật cần đủ calo tránh suy kiệt. Nhu cầu cần 50calo/kg/24 giờ.
- Khi cho ăn đảm bảo tốt nhất là truyền hay bơm cho ăn liên tục nhằm chống trong cơn giật người bệnh nôn và hít phải dịch, thức ăn vào phổi.

4. Giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn người bệnh có sự hiểu biết nguyên nhân gây cơn giật

- Người bệnh cơn giật có nhiều nguyên nhân: sốt cao, phù não, động kinh, ngộ độc....
- Tuỳ theo nguyên nhân mà có cách phòng chống cho người bệnh.
- + Ví dụ: trẻ sốt cao cơn giật thì cần theo dõi nhiệt độ tránh sốt cao, khi có sốt cần dùng thêm thuốc chống cơn giật.

- Nếu nguyên nhân do động kinh cần dùng thuốc điều trị liên tục không dùng đột ngột. Tránh những công việc nguy hiểm như: điều khiển ô tô, mô tô, công nhân xây dựng phải leo cao, làm việc nơi sông nước.
- Bảo đảm đủ dịch vào: nước uống, dịch truyền và theo dõi lượng nước ra: nước tiểu, mồ hôi, sốt cao.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ.... trước trong và sau cơn giật.
- Tình trạng hô hấp trước, trong và sau cơn giật: tần số thở, nhịp thở, kiểu thở, xanh tím, SpO_2 , vã mồ hôi.
- Lượng nước vào và ra của người bệnh: nước tiểu giờ và 24 giờ, các xét nghiệm chức năng thận.
- Báo lại cho bác sĩ khi có các dấu hiệu bất thường hay sự không đáp ứng với điều trị bằng thuốc chống cơn co giật.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích cho người bệnh hiểu biết về nguyên nhân gây co giật để họ yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình thực hiện theo đơn và cách thức theo dõi phát hiện hiệu quả việc điều trị như: không bỏ thuốc đột ngột, biết cách sử dụng thuốc hay cách sơ cứu ban đầu khi người bệnh bị co giật.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình cần tìm công việc thích hợp để tránh nguy cơ xảy ra cơn co giật đột ngột

43. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm thông khí
- Bảo đảm tuần hoàn
- Phòng chống nhiễm khuẩn đặc biệt là nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu và da
- Chống loét mục
- Bảo đảm dinh dưỡng: chế độ ăn đủ calo, phù hợp với người bệnh.
- Chống teo cơ, tắc mạch
- Thực hiện nghiêm túc theo y lệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Được thay đổi tư thế 15 phút-30 phút 1 lần nếu suy kiệt, gầy yếu, 1-2 giờ/lần nếu được nằm trên đệm chống loét (đệm nước là tốt nhất).

- Nằm trên đệm chống loét
- Được dùng nhiều gối kê: đầu, 2 vai, gối dài cho nằm nghiêng, gối cứng cho hai bàn chân thẳng góc với cẳng chân.
- Tư thế đầu cao 30° cho các người bệnh tai biến mạch não, người bệnh có nhiều nguy cơ ứ đọng đờm dãi, có biến chứng nhiễm khuẩn hô hấp....

2. Người thực hiện:

- Y tá điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

a. Dụng cụ bảo đảm thông khí:

- Máy thở và các trang bị kèm theo để vận hành máy
- Máy hút đờm và các ống thông hút đờm vô khuẩn
- Bóng Ambu
- Các loại ống nội khí quản, mở khí quản đúng cỡ người bệnh
- Đèn soi thanh quản, găng vô khuẩn
- Hệ thống oxy

b. Dụng cụ duy trì tuần hoàn:

- Ống thông tĩnh mạch:
- Kim tiêm, truyền tĩnh mạch
- Các dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, glucose 5%, Haesteril.
- Các thuốc vận mạch

c. Các dụng cụ chống loét mục:

- Đệm hơi, bột talc
- Đệm nước, gối nhiều cỡ to nhỏ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bảo đảm thông khí:

- Nếu người bệnh có ứ đọng đờm dãi, mất phản xạ nuốt, ho phải báo ngay bác sĩ để đặt ống nội khí quản.
- Chăm sóc ống nội khí quản, mở khí quản.
- Nếu có dấu hiệu tụt lưỡi (ngáy to khi nằm ngửa, khó thở vào...) đặt ngay canun guedel rồi báo bác sĩ.

2. Duy trì tuần hoàn:

- Thường xuyên theo dõi mạch, huyết áp, SpO_2 để kịp thời báo bác sĩ khi có dấu hiệu bất thường.
- Cần nhớ là ở người già có tụt huyết áp quá 5 phút là có thể nguy hiểm. Tuy nhiên tăng huyết áp có thể là do tắc đờm, cần hút đờm ngay khi có tăng huyết áp.

3. Phòng chống nhiễm khuẩn:

- Bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối khi chăm sóc ống nội khí quản, canun mở khí quản
- Hút đờm nhẹ nhàng tránh gây thương tích cho khí phế quản
- Bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối với ống thông bàng quang hoặc bao cao su khi chăm sóc.
- Túi đựng nước tiểu phải kín, tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Chăm sóc da:
 - + Theo dõi các nốt sẩn, mề đay, có thể là triệu chứng của một phản ứng thuốc.
 - + Dùng bột talc thường xuyên xoa bóp vùng tì đè
- Chăm sóc mắt, thường xuyên rửa mắt, nhỏ mắt bằng các thuốc kháng sinh dùng cho mắt như chloramphenicol 4%, trimerosan, gentamicin, rifocin.....
- Băng mắt và dán mi nếu người bệnh không chớp mắt được.

4. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ:

- Chế độ ăn đủ calo phù hợp với người bệnh: 25-30Kcalo/kg /24giờ
 - + Ăn nhạt nếu tăng huyết áp
 - + Bảo đảm đủ nước sao cho có lượng nước tiểu 30-50ml/giờ ở người lớn.

5. Chống teo cơ tắc mạch:

- Thường xuyên xoa bóp, chăm cứu nếu người bệnh có liệt chi.
- Người bệnh hôn mê nên dù không liệt cũng cần phải vận động các chi và các cơ để tránh teo cơ và tắc mạch chi dễ gây tắc mạch phổi.
- Thực hiện heparin hoặc Sintrom, warfarin theo chỉ định của bác sĩ.

6. Thực hiện nghiêm túc y lệnh một cách tự giác: vì người bệnh hôn mê hoàn toàn phó thác tính mạng cho y tá.

7. Theo dõi bảng điểm Glasgow

8. Hàng ngày vệ sinh thân thể cho người bệnh

9. Thụt tháo nếu sau 3 ngày người bệnh không đại tiện.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các thủ thuật, công việc đã thực hiện
- Ghi chép các diễn biến tốt hoặc bất thường, các thông số theo dõi
- Ghi chép điểm glasgow nhiều lần trong ngày tùy theo diễn biến.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho thân nhân không tự động đổ thuốc và thức ăn vào miệng người bệnh
- Giải thích tình hình diễn biến bệnh theo ý kiến của bác sĩ, không nói khác đi
- Hợp tác với nhân viên y tế để bảo đảm dinh dưỡng cho người bệnh.

44. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG LYELL

I. MỤC ĐÍCH

- Chống bội nhiễm tổn thương da lan rộng.
- Phục hồi nước điện giải.
- Bảo đảm dinh dưỡng.
- Bảo đảm vệ sinh buồng bệnh và người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích, động viên, hướng dẫn để người bệnh yên tâm, cố gắng phối hợp với nhân viên y tế.
- Nếu người bệnh đau nhiều có thể cho giảm đau (theo y lệnh của bác sĩ) trước khi chăm sóc.

2. Người thực hiện:

- Y tá - điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Các dụng cụ chăm sóc vệ sinh toàn thân: găng tay vô trùng, bông, băng, gạc.
- Các dụng cụ nuôi dưỡng.
- Giường bột talc vô trùng: ga, bột talc.
- Dung dịch sát khuẩn: Jarich, betadin, dung dịch muối rửa 9‰.
- Dụng cụ tiêm truyền, các dung dịch tiêm truyền (xem thêm bài HC Stevens Johnson).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nằm giường bột talc vô trùng:

- Vệ sinh toàn thân người bệnh, lau rửa tổn thương, bôi các thuốc sát trùng: dung dịch Jarich, betadin.
- Thay ga sạch, sau đó rải bột talc vô trùng đều khắp mặt ga.
- Xoa bột talc phủ kín các tổn thương da, bọc người bệnh trong ga talc. Thay ga talc vệ sinh ít nhất 2 lần/ngày hoặc bất cứ lúc nào talc và ga bị thấm ướt.

2. Chăm sóc ngũ quan:

- Đặc biệt chú ý chăm sóc mắt, nhò mắt, mũi, tai bằng các thuốc chuyên khoa (xem thêm bài HC Stevens Johnson).

3. Đảm bảo cân bằng nước điện giải:

- Do người bệnh bị mất da diện rộng, nên sẽ bị mất huyết tương, nước và điện giải qua các vùng bị tổn thương, có thể dẫn tới giảm thể tích tuần hoàn.
- Nếu có tụt huyết áp cần phải truyền bù nước - điện giải và thuốc vận mạch (dopamin) ngay tại phòng cấp cứu và duy trì đầy đủ trong quá trình điều trị. Tổn thương hoại tử da nhiễm độc nên được điều trị bồi phụ nước điện giải như bỏng độ II. Tốt nhất là người bệnh được điều trị tại khoa bỏng hoặc buồng vô trùng khoa Hồi sức cấp cứu.

4. Dinh dưỡng:

- Ăn lỏng dễ tiêu, bảo đảm đủ Calo: 35 Kcalo/kg cân nặng, nếu có nhiễm khuẩn có thể tăng dần tới 50 Kcalo/kg cân nặng.
- Chú ý tránh các thức ăn gây dị ứng.
- Cung cấp thêm vitamin bổ sung bằng các loại hoa quả hoặc nước hoa quả tươi.

5. Vệ sinh buồng bệnh và cá nhân:

- Tránh mùi hôi, chống ruồi, muỗi.
- Bảo đảm thoáng mát, tránh nóng, lạnh.
- Hạn chế người vào thăm và tiếp xúc với người bệnh.

6. Ngừng các thuốc có thể là nguyên nhân gây dị ứng:

- Ghi rõ các loại thuốc này ở các bảng theo dõi bệnh án.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO** Chú ý:*

- Mô tả tiến triển của tổn thương: khô, ướt, có mủ...
- Tình trạng nhiễm trùng nếu có.
- Ghi rõ cân bằng nước vào, ra: ăn uống, tiểu, nôn, ỉa lỏng...
- Các XN: Protid máu - điện giải máu. Transaminase.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thường xuyên thay đổi tư thế, ngồi dậy sớm.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình giữ vệ sinh cho người bệnh, để phòng nhiễm trùng trong quá trình điều trị.
- Hướng dẫn phòng tránh các thuốc, hoá chất nguy hiểm, ví dụ: sulfamid, biseptol, sulfon, phenylbutazon, thuốc chống động kinh, penicillin.

45. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG STEVENS JOHNSON

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc vệ sinh toàn thân và các hốc tự nhiên, chống nhiễm khuẩn.
- Chăm sóc mắt chống biến chứng viêm loét, dính dẫn tới mất, giảm thị lực.
- Nuôi dưỡng người bệnh đúng, bảo đảm năng lượng bằng cả đường tiêu hoá và truyền tĩnh mạch.
- Giúp duy trì cân bằng nước điện giải.
- Theo dõi phát hiện điều trị kịp thời biến chứng suy hô hấp, suy thận cấp.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Hộp dụng cụ chăm sóc gồm: bông gạc củ ấu, pince có máu và không máu.
- Nước muối sinh lý.
- Dụng cụ vệ sinh toàn thân: chậu, khăn bông, nước sạch ấm.
- Thuốc nhỏ mắt nước và mỡ kháng sinh.
- Các dung dịch sát khuẩn betadin.
- Bột dinh dưỡng, sữa, súp, cháo.
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Dung dịch tiêm truyền: Lipofundine, glucose ưu trương, dung dịch điện giải.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chăm sóc vệ sinh toàn thân: theo thứ tự đầu, mặt, mắt, mũi, răng miệng, thân mình, tứ chi, tăng sinh môn.
- Rửa mặt bằng nước sạch, rửa vùng quanh mắt bằng gạc ẩm vừa đủ tránh nước rửa xung quanh chảy vào mắt.
- Rửa mắt bằng dung dịch nước muối đẳng trương 9‰ hoặc chlorocid 0,4%. Tra mắt bằng các loại thuốc theo chỉ định của bác sĩ, thường dùng nhất là dung dịch

chlorocid 0,4% nhỏ mắt ngày 4-6 lần, băng kín mắt nếu cần tránh nhiễm khuẩn. Nhỏ mũi ngày 3-4 lần bằng thuốc chuyên khoa.

- Chăm sóc vệ sinh toàn thân, nếu có loét trợt da có thể bôi dung dịch Milian hoặc xanh methylen.
- Niêm mạc miệng lưỡi: sau khi vệ sinh răng miệng cần bôi dung dịch glycerin borat chống khô, nứt, loét niêm mạc.

1. Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ: 1500Kcalo/ngày.

- Nếu nhẹ có thể ăn bằng đường miệng bằng thức ăn mềm dễ tiêu: sữa, cháo, súp, phở...
- Nếu đau họng miệng, thực quản, dạ dày có thể giảm đau bằng paracetamol viên sủi, ngày 3-4 viên trước khi ăn, hoặc súc miệng bằng dung dịch lidocain giữ trong miệng 3-5 phút trước khi nhổ ra.
- Nếu tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá nặng không ăn được hoặc ăn không đủ cần nuôi dưỡng thêm bằng đường tĩnh mạch các loại dung dịch dinh dưỡng, dung dịch đạm, dung dịch lipid, dung dịch đường. Cần tính toán để đảm bảo nhu cầu năng lượng và proteine, vitamin.

2. Duy trì cân bằng nước, điện giải:

- Theo dõi nước vào(ăn uống, truyền) và ra (tiểu, nôn, dịch dẫn lưu nếu có...).
- Bổ sung đủ muối NaCl và KCl: truyền dung dịch NaCl 9‰, cho thêm muối ăn vào các loại sữa thiếu muối, bổ sung Kali Clorua vào chế độ ăn và dịch truyền.

3. Theo dõi tình trạng hô hấp:

- Nhịp thở: mức độ xanh tím,
- Đờm dãi, vỗ rung, thay đổi tư thế, kết hợp hút đờm dãi đúng mức, đúng kĩ thuật tránh biến chứng viêm phổi, suy hô hấp

4. Ngừng ngay tất cả thuốc có khả năng gây dị ứng, lấy nhiều mẫu các thuốc người bệnh đã dùng để gửi xét nghiệm xác định nguyên nhân gây dị ứng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại các tình trạng tổn thương da, niêm mạc, đặc biệt tổn thương mắt, báo cáo bác sĩ biết để xử trí kịp thời
- Ghi rõ cân bằng nước: dịch vào, dịch ra.
- Theo dõi tình trạng dinh dưỡng, chú ý cân người bệnh tuần 2 lần để đánh giá cụ thể
- Xét nghiệm điện giải máu, pH máu
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, độ xanh tím để phát hiện kịp thời tình trạng suy hô hấp, viêm phổi
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh cố gắng ăn uống, bảo đảm dinh dưỡng

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết về giữ gìn vệ sinh(mắt, các tổn thương) tránh nhiễm trùng
- Giúp người bệnh yên tâm tin tưởng điều trị: bệnh sẽ khỏi sau 2 tuần
- Hướng dẫn phòng tránh tái phát: phổ biến các loại thuốc có khả năng gây bệnh để người bệnh phòng tránh: Sunfamid (Biseptol, Bactrim...) kháng viêm như phenylbutazon...

46. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh trong xã hội có một cuộc sống càng bình thường càng tốt.
- Đạt được và duy trì cân bằng chuyển hoá và làm nhẹ hoặc chậm tiến triển các biến chứng của bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Nhận định người bệnh trước khi làm.
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp cho công việc chăm sóc.

2. Người thực hiện:

- Y tá - điều dưỡng (có người phụ giúp nếu người bệnh hôn mê).
- Trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ: nhận định người bệnh trước khi chuẩn bị dụng cụ:

- Xe thay băng (đầy đủ dụng cụ).
- Xe tiêm (đầy đủ dụng cụ). Cần có các bơm tiêm và kim tiêm dùng riêng để tiêm insulin.
- Nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
- Máy đo đường máu mao mạch.
- Gạc, quần áo, chăn màn sạch....
- Túi đựng đồ bẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiêm insulin và cho uống thuốc hạ đường máu theo đúng chỉ định của bác sĩ: liều lượng, giờ giấc, đường tiêm.
- Nhanh chóng nhận biết các triệu chứng của hạ đường máu hoặc tăng đường máu. Có biện pháp, hành động thích hợp để cân bằng đường máu hoặc tìm sự cấp cứu hỗ trợ thích hợp. Chẩn đoán của các biến chứng bệnh đái tháo đường có biểu hiện các triệu chứng như sau:
 - + Người bệnh hôn mê đột ngột, vã mồ hôi, mạch nhanh: nghĩ đến hôn mê do hạ đường máu. Lấy máu xét nghiệm đường máu, rồi tiêm ngay 100ml glucose 20% tĩnh mạch, báo bác sĩ ngay.
 - + Người bệnh hôn mê từ từ, thở nhanh và sâu: hôn mê do nhiễm toan ceton.
 - + Người bệnh hôn mê kèm theo dấu hiệu mất nước nặng: nghĩ đến hôn mê tăng thẩm thấu máu.

Để có biện pháp và xử trí kịp thời như:

- Điều trị cơn hạ đường máu bằng cách cho người bệnh uống nước hoa quả, cho ăn kẹo, mật ong hoặc tiêm glucagon, dextrose nếu người bệnh không tỉnh.
- Chăm sóc da cho người bệnh đặc biệt là chân và bàn chân (chăm sóc tốt, thích hợp tất cả các vết thương, vết cắn, vết mọng nước ở chân).
- Theo dõi chính xác, đầy đủ các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

** Chế độ ăn:*

- Đảm bảo chế độ ăn ở người bệnh đái tháo đường để kiểm soát tốt đường máu và duy trì cân nặng của người bệnh.
- Y tá điều dưỡng phải kiểm soát chặt chẽ chế độ ăn của người bệnh theo y lệnh cụ thể: tổng lượng calo, protein, lượng carbohydrat, lượng lipid... dựa vào nhu cầu của người bệnh.

** Tập thể dục cho người bệnh có tác dụng giảm cân ở người bệnh đái tháo đường type II (thể béo).*

- Theo dõi các biến chứng cấp tính: lơ mơ, chập chập, chóng mặt, yếu mệt, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh... hôn mê:
 - + Nhiễm toan ceton: người bệnh thở có mùi ceton, mất nước, mạch nhanh và yếu, thở sâu và chậm.
 - + Triệu chứng của tăng áp lực thẩm thấu: khát nhiều, giảm ý thức và các bất thường về thần kinh.
 - + Quan sát các dấu hiệu nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục... theo dõi protein niệu (là dấu hiệu sớm của bệnh lý thận do đái tháo đường).
- Theo dõi đáp ứng của người bệnh với chế độ điều trị đái tháo đường.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO BÁC SĨ

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, lượng dịch vào, thể tích nước tiểu, tổng lượng calo, đường máu, urê máu, điện giải máu, đường niệu, ceton niệu.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ chế độ điều trị.
- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà người bệnh về chế độ ăn, thể dục, vệ sinh, kỹ thuật theo dõi, nhận biết và cách ngăn chặn hạ đường máu, tăng đường máu... và các biến chứng của bệnh. Dặn dò người bệnh và thân nhân nếu có bất thường phải đến ngay cơ sở y tế.
- Khuyến khích người bệnh thay đổi lối sống đặc biệt là chế độ ăn uống. Nhấn mạnh rằng kiểm soát đường máu hàng ngày là rất quan trọng đối với sức khỏe của người bệnh.

47. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CƠN CƯỜNG GIÁP CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và các triệu chứng đặc hiệu.
- Sử dụng các biện pháp làm giảm chuyển hoá ngăn ngừa hình thành hormon tuyến giáp và ức chế T3, T4.
- Biết cách chăm sóc cơ bản người bệnh cường giáp cấp.

I. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.

2. Người thực hiện:

- Y tá - Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ.

- Oxy và hệ thống ống thông, bình làm ẩm.
- Nhiệt kế
- Máy đo huyết áp, đồng hồ đếm mạch hoặc monitor
- Túi chườm lạnh, đá chườm (phích đá)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi phát hiện các dấu hiệu sinh tồn và các triệu chứng đặc hiệu (báo ngay bác sĩ) nếu:

- Đếm mạch của người bệnh: tăng $\geq 130 - 200$ lần/phút.

- Đo nhiệt độ (cấp miệng): 38 - 41°C phải hạ nhiệt bằng chườm lạnh hoặc cho uống thuốc hạ nhiệt.
- Đo huyết áp 1 giờ/lần nếu huyết áp giảm tiền lượng xấu.
- Dấu hiệu tiêu hoá: nôn, đau bụng, ỉa chảy, vàng da...
- Dấu hiệu tinh thần: lo lắng, kích động, lú lẫn, mê sảng, rối loạn tâm thần, rối loạn tri giác, hôn mê.
- Dấu hiệu truy mạch phải theo dõi mạch, huyết áp, nước tiểu/giờ.

2. Thực hiện y lệnh:

- Các biện pháp và thuốc làm giảm chuyển hoá ngăn ngừa hình thành hormon tuyến giáp và ức chế T3,T4:
- Cho người bệnh uống thuốc đều (uống MTU hoặc PTU).
- Cho người bệnh thở oxy qua thông mũi (3 lít/phút)
- Ăn chế độ giàu protein và calo.

3. Chăm sóc cơ bản:

- Cho người bệnh nằm đệm nước lạnh, đắp chân lạnh, để người bệnh ở nơi mát.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ các dấu hiệu:
 - + Người bệnh đột ngột sốt cao.
 - + Mạch ≥ 130 lần /phút
 - + Rối loạn ý thức.
 - + Các đả kích tố như: nhiễm khuẩn, phẫu thuật, ngừng thuốc kháng giáp tổng hợp đột ngột.
- Thực hiện đầy đủ các y lệnh của bác sĩ.
- Kịp thời báo bác sĩ nếu người bệnh có thêm dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh biết cách tránh những yếu tố thuận lợi làm xuất hiện bệnh:
 - + Chấn thương tinh thần, lo lắng....
 - + Stress (đả kích tố) nặng như nhiễm khuẩn hô hấp, rối loạn tiêu hoá, xúc động mạnh, sờ nắn tuyến giáp nhiều, thai nghén, sinh con, tai biến mạch não, tiểu đường...
 - + Ngừng thuốc kháng giáp đột ngột.
- Hướng dẫn người bệnh luyện tập, chăm sóc sức khoẻ bản thân, ăn uống đủ calo, đúng chế độ bệnh.

48. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BASEDOW

I. MỤC ĐÍCH

- Động viên người bệnh an tâm điều trị vì người bệnh luôn lo âu, bồn chồn, bức bối.
- Duy trì cân nặng bình thường.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp cho công việc chăm sóc.

2. Người thực hiện: Y tá - điều dưỡng (có người phụ giúp nếu người bệnh hôn mê).

- Trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Tùy theo nhận định người bệnh mà chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.
- Xe thay băng (đầy đủ dụng cụ).
- Xe tiêm (đầy đủ dụng cụ)
- Nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
- Ga, quần áo, chăn màn sạch...
- Túi đựng đồ bẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dinh dưỡng:
 - + Do người bệnh có tăng chuyển hoá vì vậy cần đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh để phòng ngừa người bệnh tiếp tục giảm cân.
 - + Hồi phục cân nặng đã mất và tiếp tục duy trì cân nặng trong giới hạn bình thường. Người bệnh không có dấu hiệu suy dinh dưỡng.
- Tâm thần:
 - + Tạo môi trường để người bệnh luôn cảm thấy an tâm và được bảo vệ, che chở.
 - + Người bệnh luôn nhận được sự động viên, giúp đỡ và cảm thông của điều dưỡng, bạn bè và gia đình.
 - + Tiếp tục ổn định tinh thần trong suốt quá trình điều trị.
- Điều trị:
 - + Phát thuốc uống, tiêm... theo đúng y lệnh của bác sĩ điều trị.

- + Nếu người bệnh có bệnh lý ở mắt hoặc có lồi mắt: thường xuyên phải làm ẩm củng mắt-giác mạc bằng các thuốc nhỏ mắt đẳng trương.
- + Hạn chế, tránh sờ, nắn vùng tuyến giáp vì nó có thể gây nên cơn nhiễm độc giáp cấp.
- + Hạn chế hoạt động thể lực và tránh các đả kích tố về tinh thần. Cân bằng giữa nghỉ và vận động.
- + Theo dõi và ghi lại các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh, nếu mạch nhanh phải báo bác sĩ.
- + Theo dõi điện tim, các kết quả xét nghiệm của người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại các dấu hiệu, diễn biến trong khi chăm sóc.
- Phát hiện và báo cáo ngay với bác sĩ các triệu chứng hoặc dấu hiệu nghi ngờ có cơn nhiễm độc giáp cấp (cảm giác nóng bức, sốt, run chân tay, trống ngực...).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi điều trị đều đặn cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Khuyến người bệnh (trong trường hợp suy giáp) phải dùng hormon thay thế suốt đời.
- Chăm sóc hỗ trợ như cung cấp vitamin, dinh dưỡng, dịch, an thần.. nếu cần.
- Khuyến người bệnh và người nhà người bệnh cho người bệnh ăn đủ dinh dưỡng.
- Chăm lo tinh thần cho người bệnh được thoải mái.

49. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẠCH CẦU CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng chống chảy máu
- Phòng chống nhiễm khuẩn
- Nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ
- Đảm bảo sinh hoạt bình thường của người bệnh. Giúp người bệnh chịu đựng tâm trạng tuyệt vọng.
- Theo dõi các tác dụng phụ của việc điều trị bằng: corticoid, các hoá chất, truyền máu, tia xạ, ghép tủy.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.

- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện:

- Y tá - điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc cơ bản:

- Giúp người bệnh chịu đựng tâm trạng tuyệt vọng: động viên, an ủi người bệnh để người bệnh hiểu được bệnh của họ, tránh các tình huống gây chấn thương và nhiễm khuẩn. Động viên người bệnh hợp tác điều trị bệnh.
- Phòng chống chảy máu:
 - + Khi có chảy máu dưới da là tiểu cầu đã giảm nặng (có thể dưới $20.000/mm^3$), tránh dút tay, tiêm, tránh uống những thuốc dễ gây chảy máu dạ dày.
 - + Truyền máu, tiểu cầu
 - + Nếu có chảy máu cam, chảy máu lợi, xuất huyết tiêu hoá, ho ra máu, tiểu ra máu phải báo cho bác sĩ biết ngay.
- Phòng chống nhiễm khuẩn, đặc biệt khi bạch cầu $< 1000/mm^3$ thì nguy cơ nhiễm khuẩn rất lớn.
- Theo dõi nhiệt độ, rét run
- Theo dõi khớp, da
- Khi tiêm truyền phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối (mũ, khẩu trang, găng vô khuẩn, thay kim sau 2 ngày)
- Vệ sinh mắt: lau bằng nước muối sinh lý, nhỏ mắt bằng chloramphenicol 0,4%.
- Vệ sinh da cho người bệnh: lau bằng nước muối loãng, ẩm, khăn mềm tránh làm xước da người bệnh vì nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn.
- Theo dõi miệng, lợi xem có loét họng miệng hay không? Xúc miệng 2 lần/ngày bằng nước muối sinh lý hoặc o xy già.
- Không lấy nhiệt độ tại hậu môn, không thông tiểu hay thụt tháo khi không thật cần thiết.

2. Đảm bảo sinh hoạt bình thường:

- Giữ buồng bệnh yên tĩnh, thoải mái
- Nâng, đỡ người bệnh khi nằm và ngồi, có gối mềm gối đầu và kê lưng
- Nhẹ nhàng khi di chuyển hoặc thay đổi tư thế người bệnh
- Dùng hoá chất gây rụng tóc, cân động viên người bệnh dùng tóc giả.

3. Theo dõi người bệnh:

- Các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ

* *Theo dõi các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh:*

- Chảy máu: chảy máu mũi, lợi, dưới da, tiêu hoá, tiểu máu, đặc biệt là chảy máu não - màng não.
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn và đề phòng nhiễm khuẩn: nhiệt độ, rét run, mạch nhanh, loét miệng họng, nước tiểu,... (người bệnh dùng corticoid có thể không sốt).
- Xét nghiệm: huyết đồ
- Theo dõi chặt chẽ việc dùng hoá chất chống ung thư và tia xạ, kịp thời phát hiện tác dụng phụ của hoá chất và tia xạ.
- Có dấu hiệu bất thường phải báo ngay cho bác sĩ biết.

4. Thực hiện thuốc theo y lệnh:

- Thuốc uống, thuốc tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp (hạn chế tiêm)
- Truyền máu, tiểu cầu, trước khi truyền máu phải làm đầy đủ các xét nghiệm liên quan đến truyền máu. Theo dõi chặt người bệnh trong và sau truyền máu.
- Nếu sốt cao thì dùng paracetamol, không dùng aspirin.

5. Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

- Cho người bệnh ăn nhiều bữa, đảm bảo calo: 2000 Kcalo/ngày, nhiều protein và vitamin: thịt, cá, lòng đỏ trứng. Thức ăn nấu nhừ, nhiều sợi tơ, nghiền nhỏ, loãng, dễ tiêu.
- Không dùng các chất kích thích (rượu, bia) và gia vị (ớt, tỏi, hạt tiêu,...). Người bệnh dùng hoá chất làm vỡ nhân tế bào, giải phóng nhiều acid uric, dễ gây sỏi thận do lắng đọng tại thận: cho người bệnh uống nhiều nước và allopurinol theo chỉ định của bác sĩ.
- Cân người bệnh ít nhất 2 lần/tuần.

6. Giúp người bệnh vệ sinh và chống loét, chống nhiễm khuẩn, chống tổn thương da và niêm mạc

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh hàng ngày, lập bảng theo dõi
- Ghi chép tình trạng người bệnh:
 - + Các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, mạch, thở, huyết áp, nhiệt độ 3 giờ/lần
 - + Tình trạng chảy máu: dưới da, tiêu hoá, tiết niệu,...
 - + Tình trạng nhiễm khuẩn
- Kịp thời báo bác sĩ nếu có dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và kí tên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích về tình trạng bệnh và tiên lượng của bệnh với gia đình để người bệnh có chế độ nghỉ ngơi nhiều, chịu đựng điều trị hoá chất và tia xạ.
- Cung cấp những thông tin thật sự cần thiết liên quan tới diễn biến và tiên lượng cho gia đình người bệnh.
- Chế độ ăn uống đúng, nhiều protein, vitamin.

50. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY THẬN CẤP CHẠY THẬN NHÂN TẠO (TNT)

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi tình trạng huyết động của người bệnh, khi chạy TNT.
- Phối hợp với bác sĩ thực hiện các bước khi làm thủ thuật.
- Phát hiện các biến chứng và biến cố trong quá trình lọc.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh sự cần thiết phải lọc máu, quá trình lọc máu.
- Cân người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm thẳng trên giường.
- Vệ sinh và sát khuẩn vùng bẹn.
- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở, bedsid monitor.

2. Người thực hiện:

- Bác sĩ chính. Y tá phụ thủ thuật trang phục y tế đầy đủ.
- Sát trùng tay, đi găng.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

- Máy bơm
- Phin lọc máu.
- Dây nối phin - ống thông.
- Chuẩn bị bàn thủ thuật:
 - + Ống thông có nòng dẫn: 2 chiếc.
 - + Dụng cụ tiểu phẫu.
 - + Dụng cụ gây tê.
 - + Dụng cụ sát khuẩn.
- Xylocain
- Heparin nhanh.
- Thuốc chống sốc.
- Dịch lọc: 80 - 100ml
- Dịch truyền.
- Calciclorua.
- Kaliclorua.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giúp bác sĩ đặt ống thông vào tĩnh mạch bên bằng phương pháp Seldinger.
- Khi ống thông đã đặt vào mạch máu, lấy mẫu máu đưa đi làm xét nghiệm: urê, creatinin, điện giải, khí máu, nhóm máu.
- Tiêm heparin tĩnh mạch: 1000-3000UI
- Lắp đầu ống thông vào dây nối với hệ thống lọc, bắt đầu lọc với tốc độ 90-120ml/phút.
- Kiểm tra lại mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.
- Sau khi ổn định, duy trì tốc độ lọc máu 300ml/phút, thời gian lọc 3-5 giờ.
- Trong thời gian lọc truyền dịch, truyền máu, sử dụng thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi trong quá trình lọc: tình trạng người bệnh, hoạt động máy. Đảm bảo an toàn đường dây dẫn, đảm bảo an toàn đường truyền.
- Kết thúc lọc:
- Lấy máu xét nghiệm lại.
- Giúp bác sĩ rút ống thông
- Sát khuẩn lại vùng chọc, băng ép cầm máu.
- Kiểm tra lại: mạch, huyết áp, nhịp thở, ý thức.
- Cân lại người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Lập bảng theo dõi quá trình lọc, ghi chép 15-30 phút/lần.
- Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Lượng nước tiểu.
- Các dấu hiệu lâm sàng bất thường: rét run, co cứng cơ, chảy máu ngoài, chảy máu trong
- Tốc độ lọc, tổng số dịch lọc.
- Tốc độ truyền dịch vào, tổng số dịch truyền, loại dịch.
- Các thuốc sử dụng trong quá trình lọc máu:
 - + Heparin.
 - + Calciclorua.
 - + Kaliclorua.
- Kết quả xét nghiệm.
- Cân nặng người bệnh: trước - sau lọc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nằm nghỉ ngơi tại giường, vận động nhẹ.
- Thực hiện ăn và uống nước theo chế độ người bệnh suy thận. Theo dõi chảy máu vết chọc, theo dõi lượng nước 24 giờ.
- Giải thích cho người nhà yên tâm.

51. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC CẤP QUA ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

I. MỤC ĐÍCH

Giúp cho người bệnh:

- Loại bỏ nhanh chất độc ra khỏi cơ thể
- Tránh cho chất độc không vào lại cơ thể, không gây tác hại nặng thêm cho cơ thể như sặc vào phổi.
- Giải thích và động viên người bệnh hợp tác điều trị và tránh tái phát.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm nghiêng bên trái, đầu thấp
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh để hợp tác.

2. Người thực hiện:

- Y tá- điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh

3. Nơi thực hiện:

- Khoa cấp cứu
- Khoa hồi sức cấp cứu
- Khoa chống độc

4. Dụng cụ:

- Tăm bông ngoáy họng gây nôn
- Bộ rửa dạ dày gồm: thông rửa cỡ lớn 36 - 40 Fr (người lớn), 26 - 30 Fr (trẻ em)
- Dịch rửa dạ dày NaCl đẳng trương 9‰ (nếu không có dùng nước sạch pha muối 5g/lít)
- Than hoạt 20g - 5 gói.
- Thuốc giải độc đặc hiệu cho ngộ độc thuốc.
- Sorbitol 5g - 10 gói.
- Sirô Ipeca 30 ml
- Nhiệt kế, máy đo huyết áp, máy điện tim
- Bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản khi có chỉ định của bác sĩ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây nôn (chỉ gây nôn nếu người bệnh tỉnh, mới uống chất độc)

- Cho uống 30 ml Sirô Ipeca (trẻ nhỏ 15 ml), 5 - 10 phút sẽ nôn

- Hoặc dùng một tấm bông kích thích họng gây nôn. Khi người bệnh nôn nên để đầu người bệnh thấp, tránh sặc chất nôn vào phổi.

2. Rửa dạ dày:

- Rửa dạ dày khi có chỉ định của thầy thuốc, người bệnh còn tỉnh mới uống chất độc dưới 3 giờ, nếu người bệnh rối loạn ý thức, co giật phải đặt nội khí quản trước khi rửa do bác sĩ thực hiện.
- Để người bệnh nằm nghiêng bên trái đầu thấp, đưa thông rửa (Faucher) cỡ 36 - 40 Fr với người lớn và cỡ 26 - 30 FG với trẻ nhỏ qua mũi (hoặc mồm) vào dạ dày, nhốt búi dầu paraffin bên ngoài ống thông tránh sây sát niêm mạc mũi. Đưa nước rửa (NaCl 0,9%) 200 ml vào dạ dày qua thông, sau đó để đầu thông xuống thấp 50 - 60 cm cho nước chảy ra, lấy 100 ml dịch đầu làm xét nghiệm độc chất, làm nhiều lần như vậy để rửa sạch dạ dày (hết mùi, dịch trong) thì cho vào dạ dày 30 gam than hoạt + 30 gam Sorbitol. Sau 2 giờ có thể rửa lần 2 theo lệnh của bác sĩ.

3. Than hoạt: nếu chưa rửa được dạ dày, có thể cho than hoạt trước khi rửa và cả sau khi rửa. Nếu là chất độc nguy hiểm có thể cho than hoạt nhiều lần trong 1 ngày (120 - 150g/24 giờ mỗi lần 20 gam).

4. Cho uống Sorbitol 30 gam sau mỗi lần cho than hoạt.

5. Truyền dịch NaCl đẳng trương 9‰, Glucose 5% hay bicarbonat khi người bệnh có dấu hiệu hạ huyết áp theo chỉ định của bác sĩ.

6. Nếu người bệnh có suy hô hấp phải thở ô xy, bóp bóng Ambu, nếu sặc cần hút đờm ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá người bệnh: tỉnh hay hôn mê, tím, nhịp thở, mạch, huyết áp, lượng nước tiểu, đồng tử co, giãn.
- Ghi hồ sơ:
 - + Tỉnh thần.
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, đồng tử, lượng nước tiểu, nhiệt độ.
- Báo cáo: tình trạng người bệnh, nghi ngờ độc chất, kết quả điều trị cho bác sĩ và tua trực sau.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn: chế độ ăn kiêng, uống nước, giữ ấm
- Hướng dẫn cho gia đình và người bệnh cách để phòng ngộ độc tái phát.

Chương II

NGOẠI KHOA

1. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh yên tâm đón nhận cuộc mổ.
- Tạo ra sự tin tưởng góp phần vào sự thành công của cuộc mổ.
- Chăm sóc, theo dõi và chuẩn bị trước mổ thật tốt, an toàn cho ca mổ sẽ cao hơn.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị phương tiện dụng cụ cho việc chăm sóc người bệnh (bơm kim tiêm, thuốc, bốc thụt, bô vệt, ca, cốc) đủ dùng cho người bệnh.
- Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ chi tiết đảm bảo cho cuộc mổ.
- Chuẩn bị trước mổ cho người bệnh đúng y lệnh, quy trình.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tìm hiểu tâm sinh lí, hoàn cảnh gia đình, kinh tế, một cách tỉ mỉ kĩ lưỡng.
- Tùy từng trường hợp bệnh tật khác nhau mà người thầy thuốc có thể cho người bệnh nhập viện vào những thời gian thích hợp (hàng tuần hoặc 1, 2 ngày trước mổ). Càng ít ngày nằm trước mổ càng tốt.
- Điều dưỡng chăm sóc phải có mặt để tiếp đón người bệnh, giới thiệu với người bệnh về bệnh viện, khoa phòng, giải thích về bệnh của họ. Giới thiệu tên, tuổi, chức danh của mình là người trực tiếp chăm sóc để người bệnh yên tâm bớt đi nỗi lo lắng.
- Đưa người bệnh về giường nằm, thay quần áo, chăn, màn, ga, gối.
- Theo dõi và ghi vào phiếu theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp các thông số sinh tồn hàng ngày 2 lần, 3 lần hay hơn nữa (tùy theo y lệnh của bác sĩ).
- Tế nhị, khéo léo khai thác tiền sử, bệnh sử của người bệnh và gia đình họ để tiện cho việc theo dõi và giúp đỡ người bệnh.
- Người điều dưỡng cần hiểu được hoàn cảnh, tâm trạng lo lắng hoặc nguyện vọng của người bệnh để kịp thời tìm cách giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Những người bệnh do có nhiều bệnh khác nhau cần phải điều trị một thời gian rồi mới mổ, trong suốt thời gian điều trị chờ mổ họ cần phải được chăm sóc thật tốt.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án của người bệnh:

** Hồ sơ bệnh án phải có đủ tất cả các loại giấy tờ có tính pháp lí, đầy đủ nhận xét quá trình diễn biến bệnh tật. Địa chỉ của người bệnh phải được ghi rõ ràng, cụ thể.*

- Kiểm tra chiều cao, cân nặng của người bệnh trước mổ.
- Người bệnh có các vấn đề đặc biệt như hen phế quản, dị ứng thuốc, cao huyết áp, nhiễm HIV, mắc các bệnh truyền nhiễm không?

- Người bệnh có trong diện chính sách của nhà nước (vùng sâu, biên giới, hải đảo...).
- Lưu ý chế độ ưu đãi sẽ được thực hiện đầy đủ.
- Sáng ngày trước mổ: Y tá chuẩn bị người bệnh mổ theo đúng y lệnh cho ngày hôm sau

** Sáng ngày đi mổ:*

- Kiểm tra lại lần cuối cùng công việc chuẩn bị mổ của ngày hôm trước.
- Kiểm tra lại giấy chấp nhận phẫu thuật và ý kiến của bác sĩ gây mê về tình trạng của người bệnh trước mổ.
- Thực hiện y lệnh: tiền mê, kháng sinh dự phòng (nếu có).
- Sát khuẩn vùng mổ (bằng lại) thay quần áo sạch cho người bệnh.
- Người bệnh được nằm trên cáng hoặc xe đẩy có nhân viên y tế đưa lên phòng mổ.
- Nhân viên y tế chuyển người bệnh lên phòng mổ bàn giao lại toàn bộ hồ sơ bệnh án, tình trạng người bệnh và những lưu ý đặc biệt về người bệnh cho điều dưỡng viên khu mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá được tâm tư, nguyện vọng của người bệnh.
- Ghi vào hồ sơ bệnh án toàn bộ diễn biến của người bệnh, những công việc theo dõi chăm sóc người bệnh, những vấn đề đặc biệt cần lưu ý vào phiếu chăm sóc.
- Báo cáo cho bác sĩ biết những vấn đề bất thường của người bệnh để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

2. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo hiệu quả và sự an toàn cao nhất cho người bệnh (NB) sau mổ.
- Theo dõi chặt chẽ những diễn biến của người bệnh, phát hiện và báo cáo kịp thời những bất thường cho bác sĩ để kịp thời xử trí ngay.
- Tôn trọng các nguyên tắc vô trùng trong chăm sóc, rút ngắn thời gian điều trị, người bệnh sớm được ra viện.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh thông thoáng, sạch sẽ, không có bụi, mạng nhện.
- Chuẩn bị giường, chăn, ga, đệm, quần áo sạch.
- Phương tiện cần thiết như ca, cốc, xô vớt, cốc đựng nước tiểu, thuốc hãm nước tiểu để giữ nước tiểu 24 giờ (nếu cần).
- Dụng cụ cho công việc chăm sóc người bệnh sau mổ phải luôn luôn được kiểm tra và đặt ở tư thế sẵn sàng sử dụng, sạch, đảm bảo vô trùng phù hợp với từng loại mổ khác nhau.
- Chuẩn bị dụng cụ sẵn sàng cho người bệnh mổ đặc biệt như thay van tim, đa chấn thương, người bệnh có suy hô hấp, trụy tim mạch... ví dụ như máy thở, máy theo dõi điện tim, máy theo dõi huyết áp, bão hoà oxy (SaO_2), bơm tiêm điện, phương tiện đo huyết áp tĩnh mạch trung ương.
- Chuẩn bị sẵn sàng dụng cụ cấp cứu như máy chống rung tim, hộp dụng cụ cấp cứu, Ambu cấp cứu.
- Chuẩn bị dụng cụ thông thường: máy đo huyết áp, nhiệt kế, thông hút các loại, máy hút, ống thông oxy, mặt nạ oxy, chai dẫn lưu, túi đựng nước tiểu, bơm kim tiêm...
- Chuẩn bị thuốc đủ dùng cho từng loại mổ.
- Chuẩn bị các loại giấy tờ cần thiết cho việc theo dõi và chăm sóc người bệnh sau mổ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Khi đón người bệnh từ phòng mổ về:**

- Ngay sau khi đón người bệnh từ phòng mổ về, người điều dưỡng lấy đầy đủ các chỉ số sinh tồn, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Kiểm tra lại đường truyền, dẫn lưu, thông tiểu, đặc biệt là các dẫn lưu ngực, dẫn lưu tim...
- Lắp dẫn lưu, thông tiểu nếu có (theo đúng kỹ thuật).
- Lắp máy thở kiểm tra sự hoạt động của máy (nếu có.)
- Ghi toàn bộ các thông số, tình trạng người bệnh, giờ đón người bệnh vào phiếu chăm sóc, kí tên người nhận người bệnh.
- Kiểm tra hồ sơ, giấy tờ cần thiết, số phim của người bệnh có.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ khi đón nhận người bệnh.

2. Theo dõi và chăm sóc người bệnh sau mổ:

a) *Theo dõi và chăm sóc người bệnh ngay sau mổ trong 24 giờ đầu theo y lệnh:*

- Theo dõi về huyết động học:
 - + Tình trạng huyết áp động mạch: điều dưỡng viên theo dõi huyết áp để phát hiện kịp thời những bất thường về huyết động của người bệnh, việc theo dõi có thể là 15 phút, 30 phút, 1 giờ tùy theo tình trạng nặng nhẹ của người bệnh.
 - + Nếu người bệnh có ống dẫn đo huyết áp tĩnh mạch trung ương thì phải được theo dõi và ghi vào phiếu theo dõi tùy theo từng loại mổ mà ghi 15 phút, 30 phút hoặc 1 giờ... 1 lần.

- + Theo dõi mạch để phát hiện những bất thường của tim, tùy tình trạng người bệnh mà theo dõi 15-30 phút hoặc 1 giờ 1 lần.
- + Những người bệnh có sử dụng adrenalin, dopamin hoặc các thuốc trợ tim khác phải được theo dõi chặt chẽ, có đường biểu diễn sử dụng thuốc để thể hiện rõ ràng giờ bắt đầu, kết thúc, hàm lượng thuốc và liều lượng, tốc độ sử dụng.
- Theo dõi nhiệt độ tùy tình trạng người bệnh sốt hay không sốt mà điều dưỡng có thể lấy nhiệt độ 30 phút, 1 giờ... 1 lần, kịp thời phát hiện những bất thường về thân nhiệt của người bệnh và báo cho bác sĩ biết.
- Theo dõi hô hấp:
 - + Theo dõi nhịp thở phụ thuộc vào tình trạng hô hấp của người bệnh có thể 10 phút, 30 phút, hoặc 1 giờ 1 lần nhưng điều quan trọng nhất là phát hiện kịp thời những bất thường như thở chậm, thở nhanh nông hay khó thở để kịp thời xử trí.
 - + Những người bệnh cần có sự hỗ trợ như thở oxy qua mặt nạ hoặc qua thông thì phải lưu ý lưu lượng oxy và lượng nước trong bình làm ẩm phải luôn đủ hoặc nếu người bệnh thở máy người điều dưỡng phải biết theo dõi và vận hành máy thở đảm bảo an toàn cho người bệnh, phát hiện kịp thời những hoạt động không bình thường của máy thở.
 - + Biết kỹ thuật hút và nguyên tắc hút đờm dãi trên người bệnh có máy thở.
 - + Biết sử dụng máy và theo dõi bão hoà oxy (SaO_2) máu, tùy theo tình trạng hô hấp của người bệnh mà theo dõi lượng oxy trong máu 30 phút hoặc 1 giờ 1 lần.
- Theo dõi các ống dẫn lưu:
 - + Tùy theo từng loại mổ mà người bệnh có thể có một hay nhiều ống dẫn lưu do vậy, người điều dưỡng phải theo dõi cụ thể từng loại dẫn lưu:
 - + Số lượng dịch dẫn lưu mỗi giờ.
 - + Màu sắc của từng loại dịch dẫn lưu.
 - Qua đó để phát hiện sớm các biến chứng sau mổ đặc biệt là chảy máu sau mổ để xử lý kịp thời.
 - + Đặc biệt chú ý tới dẫn lưu kín như dẫn lưu màng phổi, màng tim... luôn kiểm tra độ kín của dây dẫn lưu, chỗ nối giữa ống dẫn lưu và dây nối dẫn lưu vào chai, nút chai.
 - + Dẫn lưu luôn được đặt thấp hơn so với giường người bệnh.
 - + Khi thay đổi tư thế người bệnh hoặc khi vận chuyển người bệnh dẫn lưu phải được cập lại (dùng panh không máu).
 - + Không được đặt chai dẫn lưu xuống mặt đất.
- * Theo dõi thông foley nước tiểu:
 - Nếu người bệnh có thông foley nước tiểu thì phải theo dõi màu sắc và lượng nước tiểu bài tiết ít nhất 1 giờ 1 lần trong 24 giờ đầu.
 - Thông tiểu phải được theo dõi và chăm sóc trong điều kiện vô trùng để tránh nhiễm trùng ngược dòng, không để tụt thông tiểu, hệ thống dẫn lưu nước tiểu phải là hệ thống kín, không tháo hoặc để tụt chỗ nối giữa túi nước tiểu và thông tiểu.
 - Túi nước tiểu phải được đặt thấp hơn so với mặt giường bệnh và không để chạm đất.
- * Theo dõi và chăm sóc thông dạ dày:
 - Luôn theo dõi thông dạ dày có được nằm đúng vị trí trong dạ dày hay không, theo dõi lượng dịch ra hàng giờ và màu sắc, tính chất của dịch.

- Theo dõi tình trạng vết mổ xem vết mổ khô hay thấm dịch, thấm máu, để báo cáo kịp thời cho bác sĩ.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh và thực hiện đầy đủ các y lệnh khác của bác sĩ trong việc theo dõi người bệnh.
- Khi qua 24 giờ đầu người điều dưỡng phải:
 - + Đánh giá tiến triển của người bệnh.
 - + Đánh giá cân bằng dịch vào ra cho người bệnh để dựa trên cơ sở đó bác sĩ có hướng điều trị cụ thể.

b. Theo dõi người bệnh từ giờ thứ 25 trở đi:

- Theo dõi huyết động: tùy theo tình trạng người bệnh mà có thể theo dõi các chỉ số mạch, huyết áp, huyết áp tĩnh mạch trung ương 3 giờ/lần... trong 2 ngày sau đó có thể theo dõi 3 lần/ngày cho tới khi người bệnh ra viện.
- Nhiệt độ, nhịp thở theo dõi 3 lần/ngày trong 2 ngày đầu tùy theo tình trạng của người bệnh và sau đó có thể theo dõi 2 lần 1 ngày cho đến khi người bệnh ra viện.
- Theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc của dịch dẫn lưu ra cho đến khi có y lệnh của thầy thuốc rút dẫn lưu.
- Nếu người bệnh có thông tiểu chú ý chăm sóc và theo dõi màu sắc và số lượng nước tiểu trong 24 giờ cho đến khi có y lệnh rút thông (chú ý đối với người bệnh có đặt thông tiểu phải vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày đặc biệt đối với phụ nữ).
- Đánh răng miệng cho người bệnh tối thiểu 1 ngày 1 lần cho đến khi người bệnh tự làm lấy được. Đối với người bệnh mổ nhẹ như viêm ruột thừa thì có thể để người bệnh tự đánh răng miệng.
- Tiếp tục theo dõi đường truyền tĩnh mạch, chú ý nơi chọc kim xem có tấy đỏ hoặc phồng ven để xử lý sớm. Đặc biệt với đường truyền tĩnh mạch trung ương nếu người bệnh có sốt báo bác sĩ biết để có quyết định xử lý.
- Thay đổi tư thế người bệnh thường xuyên để tránh khi người bệnh nằm lâu tù đè gây loét.
- Người bệnh được thay quần áo, chăn ga hàng ngày.
- Tùy theo tình trạng người bệnh mà giúp người bệnh dậy tập vận động sớm.
- Những người bệnh mổ đường tiêu hóa chú ý trung tiện của người bệnh và hướng dẫn cho người bệnh chế độ tập luyện, ăn uống cho đến khi ra viện.
- Theo dõi vết mổ, thay băng theo y lệnh, đánh giá vết mổ, vết mổ khô, ướt, có mủ... khi thay băng phải tuyệt đối tôn trọng nguyên tắc vô trùng. Cắt chỉ vết mổ cho người bệnh khi có chỉ định.

** Chú ý:* ở những người bệnh nặng từ giờ thứ 25 trở đi vẫn ở trong trạng thái nặng thì việc theo dõi vẫn được tiến hành chặt chẽ như người bệnh sau mổ 24 giờ đầu hoặc có những theo dõi chăm sóc đặc biệt theo y lệnh của bác sĩ.

- Đánh giá tiến triển vết mổ cũng như trạng thái tâm lý của người bệnh để có kế hoạch phù hợp giúp cho người bệnh mau lành bệnh cho tới khi ra viện.
- Trong suốt quá trình chăm sóc và theo dõi sau mổ người điều dưỡng phải tuyệt đối chấp hành và thực hiện y lệnh theo đúng quy trình chăm sóc người bệnh, thao tác kỹ thuật phải tuân theo nguyên tắc vô trùng, hiểu được tâm tư, tình cảm của người bệnh, thực sự là người nâng đỡ về mặt tinh thần làm cho người bệnh an tâm điều trị.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu theo dõi người bệnh của điều dưỡng về mạch, nhiệt độ, huyết áp toàn bộ quá trình theo dõi người bệnh từ lúc mổ về đến khi ra viện.
- Đánh giá và ghi chép toàn bộ những tiến triển của người bệnh và những công việc của điều dưỡng thực hiện vào phiếu chăm sóc người bệnh của điều dưỡng.
- Báo cáo những bất thường cho bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi người bệnh ra viện hướng dẫn cho họ đầy đủ về bệnh tật và những điều cần làm sau khi ra viện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống, tập luyện, nghỉ ngơi và lao động phù hợp với bệnh tật của họ.
- Hướng dẫn người bệnh khi cần đến khám lại ở đâu hoặc có thể liên hệ với bác sĩ khi cần thiết (Chú ý mang theo giấy ra viện, giấy mổ khi đến khám lại).

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TRÊN**I. MỤC ĐÍCH**

- Chuẩn bị cho cuộc mổ tiến hành an toàn và thuận lợi.
- Tránh nhiễm trùng vết mổ và bội nhiễm sau mổ.
- Giảm nhiễm trùng trong phạm vi của khoa và bệnh viện.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, phim.
- Làm thủ tục hành chính, kí giấy mổ. Nếu người bệnh (NB) dưới 18 tuổi hoặc bị tâm thần thì gia đình kí thay.
- Giải thích cho người nhà người bệnh về cuộc mổ: khó khăn và các biến chứng có thể xảy ra.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH*** Chiều hôm trước khi mổ:**

- Đề nghị người bệnh tắm, gội đầu, cắt tóc, cạo râu, cắt móng chân, tay nếu cần thiết. Nếu người bệnh đã đánh phấn, bôi son hoặc móng chân, móng tay có bôi màu phải đánh sạch. Không nhất thiết phải cạo lông bộ phận sinh dục.
- Nếu người bệnh không tự làm vệ sinh thân thể được thì y tá phối hợp với người nhà người bệnh cùng làm.

- Kiểm tra toàn thân người bệnh đặc biệt chú ý vùng mổ, nếu thấy mụn nhọt, ghẻ hoặc vết mổ cũ nhiễm trùng thì báo cho bác sĩ (BS).
- Nhịn ăn uống hoàn toàn trước mổ từ 10 giờ, 12 giờ
- Đo chiều cao, cân nặng, mạch, nhiệt độ, huyết áp. Nếu người bệnh có sốt hoặc cao huyết áp thì báo cho bác sĩ và theo dõi theo y lệnh.
- Đề nghị người bệnh tháo hết răng giả, mắt giả, đồ trang sức, tiền bạc giao cho người nhà. Nếu không có người nhà thì giữ lại lập giấy biên nhận có chữ ký của người bệnh và bàn giao cho y tá trưởng.
- Nếu hẹp môn vị phải rửa dạ dày bằng ống Faucher cho đến khi nước ra sạch không còn thức ăn, sau đó đặt thông dạ dày qua đường mũi.
- Thực hiện y lệnh chuẩn bị mổ của bác sĩ: cho uống thuốc an thần, chuẩn bị thuốc kháng sinh dự phòng. Thụt tháo phân hoặc thực hiện thuốc khác nếu có theo y lệnh.

** Sáng hôm sau:*

- Rửa vùng ngực - bụng bằng xà phòng rồi băng lại bằng gạc lớn che kín vùng sẽ mổ.
- Nếu người bệnh có:
 - + Vết mổ cũ chưa cắt chỉ hoặc bị nhiễm trùng thì thực hiện như thao tác thay băng, rồi rửa sạch bằng xà phòng vùng xung quanh và băng lại.
 - + Có các ống dẫn lưu ở thành bụng, phải lau bằng xà phòng, chân ống dẫn lưu băng riêng.
 - + Vết băng dính phải lau sạch bằng ête.
- Thay quần áo mới, cởi bỏ tất cả quần áo lót. Nếu trời lạnh người bệnh có thể đội mũ và đi tất sạch.
- Nhắc người bệnh đi đại tiểu tiện lần cuối trước khi đi mổ.
- Kiểm tra lại toàn bộ các việc đã nêu ở trên, đặc biệt lưu ý hỏi người bệnh có ăn uống gì thêm không?

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Y tá- điều dưỡng ghi vào phiếu theo dõi những công việc đã thực hiện, những chỉ số: mạch, huyết áp, số lượng màu sắc dịch dẫn lưu v.v... và tình trạng của người bệnh.
- Báo cho bác sĩ toàn bộ diễn biến của người bệnh và những khó khăn khi tiến hành công việc (nếu có).

4. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ CẮT GAN

Cắt gan là một phẫu thuật lớn, cuộc mổ có thể kéo dài, có thể mất nhiều máu, rối loạn đông máu.

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi và đánh giá tình trạng người bệnh trước và sau mổ cắt gan.
- Góp phần cho phẫu thuật đạt kết quả tốt.
- Biết đánh giá và tiên lượng người bệnh bình thường và không bình thường.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh trước mổ: cũng giống như chuẩn bị người bệnh trước mổ mắt. Nhưng lưu ý về vấn đề hồ sơ bệnh án (xét nghiệm cơ bản, yếu tố đông máu, các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh CT, siêu âm).

2. Chuẩn bị đón người bệnh sau mổ:

- Huyết áp kế
- Nhiệt kế
- Các chai dẫn lưu
- Các loại thuốc, huyết thanh cần thiết cho người bệnh sau mổ
- Chuẩn bị một đường truyền tĩnh mạch trung ương (kim luồn nhiều cỡ).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đón người bệnh từ cáng xuống giường bệnh giống như đón các người bệnh thông thường khác nhưng lưu ý vì người bệnh có nhiều ống dẫn lưu ở cả hai bên bụng, tránh làm tụt dẫn lưu.

- Đọc và vẽ ảnh công nhân
- Đọc nhạc thề
- Đo nhiệt độ
- Truyền huyết thanh và thực hiện thuốc
- Kiểm tra bằng vết mổ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá:

a. Dấu hiệu bình thường sau mổ:

- * Tình trạng người bệnh ngày đầu sau mổ:
 - Mạch nhiệt độ huyết: ổn định bình thường.
 - Các chảy dẫn lưu không chảy hoặc ra ít không có mủ (trừ ống Kehr)
 - Bụng khô, vết mổ không chảy máu, chườm.
 - Tiêm thuốc giảm đau khi có chỉ định.
- * Tình trạng người bệnh sau 48h đầu:
 - Không sốt, đau nhẹ, vết mổ khô.
 - Có trung tiện.
 - Các dẫn lưu ổ bụng không chảy (trừ theo y lệnh)

b. Những biểu hiện bất thường sau mổ:

- * Chảy máu sau mổ (chảy máu đường mắt,
 - Người bệnh nhợt nhạt, huyết áp tụt, mạch yếu.
 - Các dấu lưu ra máu đỏ tươi và đông.
 - trong chảy máu đường mắt, có thể các

t dịch hồng, không có máu đông thành dây,

y dich,

ông Kehr ra mặt), rút dần lưu sau 48-72 giờ

chảy máu trong ổ bụng):

ích nhanh; thở nhanh; nông,

thành dây (có thể ống Kehr ra mặt lẫn máu)

ống dẫn lưu trong ổ bụng chảy máu) có thể

các dẫn lưu không ra máu khi bị tắc. Khi đó cần phải thông, bơm rửa ống Kehr, vượt ống... hoặc thay ống dẫn lưu khác (Do bác sĩ thực hiện).

- Các xét nghiệm huyết học thay đổi đáng kể: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, yếu tố đông máu.
- Bụng chướng, đau, cảm ứng phúc mạc.
- * Rò mật sau mổ:
 - Rò ra ngoài qua ống dẫn lưu (trừ ống Kehr).
 - Viêm phúc mạc sau mổ: người bệnh sốt cao, mạch nhanh (tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc), môi khô lưỡi bẩn, thông dạ dày ra nhiều dịch tiêu hoá nâu đen.
 - Khám bụng: chướng, cảm ứng phúc mạc, thăm túi cùng Douglas phồng và đau.
- * Áp xe dưới cơ hoành:
 - Người bệnh sau mổ có sốt cao dao động.
 - Các ống dẫn lưu không chảy (hoặc đã rút ống dẫn lưu).
 - Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy hình ảnh mức nước hơi ở dưới hoành.
 - Xét nghiệm: bạch cầu tăng, VSS tăng
 - Siêu âm ổ bụng thấy hình ảnh ổ dịch tồn dư dưới vòm hoành.
 - Chụp phổi có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi.
- * Tràn dịch:
 - Người bệnh khó thở, có thể sốt hoặc không.
 - Khám phổi thấy hội chứng 3 giảm, chụp phổi có hình ảnh tràn dịch màng phổi.
- * Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa cấp tính:
 - Nguyên nhân là do mất một hoặc hai đường trở về chính (tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch trên gan) sau phẫu thuật cắt gan.
 - Lâm sàng: Vàng da tăng dần, lách to, cổ trướng tăng, đi đại tiện ra máu, tụt huyết áp.
- * Hôn mê gan sau phẫu thuật cắt gan:
 - Người bệnh sau mổ cắt gan, cổ trướng, khó thở, lơ mơ rồi đi vào hôn mê.
 - Urê máu, đường máu, transaminase, amoniac tăng cao.
 - Hôn mê gan rất khó hồi phục, đây là một biến chứng rất nặng, nguy cơ tử vong rất cao.

2. Ghi hồ sơ và báo cáo bác sĩ:

- Những diễn biến trong ngày đầu sau mổ: bình thường 1-3 giờ ghi hồ sơ một lần những chỉ số và chăm sóc đã làm vào phiếu săn sóc và bảng mạch nhiệt độ huyết áp.
- Nếu có những bất thường, ghi hồ sơ đều đặn hàng giờ hoặc 30 phút/lần.
- Những vấn đề cần ghi vào phiếu theo dõi:
 - + Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - + Tình trạng ống dẫn lưu ổ bụng, thông dạ dày nếu có.
- Diễn biến sau 48 giờ:
 - + Chủ yếu theo dõi tình trạng các ống dẫn lưu, huyết áp và nhiệt độ.
 - + Tình trạng bất thường phải đặt ống thông bàng quang để theo dõi nước tiểu.
- Nếu có bất thường phải báo ngay cho bác sĩ có trách nhiệm.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nhịn ăn uống khi có ống thông dạ dày và khi chưa trung tiện.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho, khi có chỉ định của bác sĩ nhất là những người bệnh già yếu.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ CẮT LÁCH**I. MỤC ĐÍCH**

Chuẩn bị cho cuộc mổ tiến hành thuận lợi, an toàn.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm, thực hiện thuốc theo ý lệnh của bác sĩ điều trị.
- Hàng ngày lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp theo giờ quy định; ghi vào bảng.
- * *Ngày trước mổ:*
 - Kiểm tra hồ sơ bệnh án xem có đủ thủ tục: chỉ định mổ, dấu thông qua mổ.
 - Mời người bệnh và gia đình kí giấy cam đoan mổ.
 - Đo huyết áp, lấy mạch, nhiệt độ, đo chiều cao, cân nặng của người bệnh, ghi vào hồ sơ bệnh án.
 - Thử phản ứng kháng sinh nếu chưa làm.
 - Làm vệ sinh: thụt tháo phân, tắm gội, thay quần áo sạch.
 - Sát trùng vùng bụng, băng vô trùng.
 - Dẫn người bệnh nhịn ăn từ tối ngày trước mổ.
 - Thực hiện ý lệnh của bác sĩ: tiêm thuốc, cho uống thuốc vào giờ đã chỉ định.
 - Động viên người bệnh an tâm tin tưởng.

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép những điều đã thực hiện vào bệnh án, phiếu theo dõi theo quy định.
- Báo cáo bác sĩ nếu có những bất thường.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ TUY**I. MỤC ĐÍCH**

- Nắm được việc chuẩn bị cho các phẫu thuật về tụy như: viêm tụy hoại tử, viêm tụy chảy máu, u tụy.

- Nắm được nguyên tắc theo dõi sau mổ tụy.
- Cuộc mổ được tiến hành an toàn, có hiệu quả

II. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

1. Vệ sinh người bệnh:

- Cạo lông bụng (nếu có lông)
- Lau rửa vùng bụng bằng xà phòng, betadin, băng sạch vùng mổ.

2. Thụt tháo:

- Thụt tháo sạch bằng nước ấm theo kỹ thuật thường quy.
- Hoặc cho người bệnh uống Fortrans 3 gói, mỗi gói uống với 1000ml nước, uống vào chiều và đêm trước mổ (đối với trẻ em xin tham khảo phần chăm sóc bệnh nhi).

3. Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án: các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm bệnh lý tụy, xét nghiệm yếu tố đông máu, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh. Hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục hành chính trước mổ và giải thích, ký giấy cam đoan mổ v.v.

III. CHUẨN BỊ SAU MỔ

- Lập bảng theo dõi người bệnh.
- Ghi tên người bệnh, cách thức phẫu thuật, ngày phẫu thuật, phẫu thuật viên vào bảng mạch, nhiệt độ tại giường người bệnh.
- Chuẩn bị các ống, bình dẫn lưu, máy hút nếu cần.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tùy thuộc từng loại phẫu thuật, có những sản sóc đặc biệt khác nhau:

1. Viêm tụy cấp hoại tử, chảy máu: đây là biến chứng nặng của viêm tụy cấp.

- Đặt bảng và chế độ theo dõi hộ lý cấp I.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, lượng nước tiểu, nôn, đại tiện...
- Theo dõi số lượng, màu sắc dịch qua các dẫn lưu ổ bụng và ống thông dạ dày, nước tiểu để giúp bác sĩ điều trị cân bằng lượng dịch vào ra.
- Làm các xét nghiệm về viêm tụy để theo dõi diễn biến của viêm tụy (xin xem thêm phần sản sóc người bệnh viêm tụy cấp), các xét nghiệm hồng cầu; huyết sắc tố; hematocrit khi có viêm tụy chảy máu...(Theo chỉ định của bác sĩ điều trị).
- Phát hiện kịp thời các dấu hiệu có thể xảy ra: sốc, suy thở, thiếu niệu, chảy máu tiêu hoá v.v...

2. U tụy: Bệnh lý u tụy thường hay được can thiệp ngoại khoa với các phương pháp chính:

- Cắt một phần tụy có u và nối tụy với ống tiêu hoá (cắt khối tá tụy, cắt thân và đuôi tụy).
- Phẫu thuật dẫn lưu mật bằng nối mật ruột (xem phần sản sóc người bệnh nối mật ruột).

- Phẫu thuật nối nang tụy - ống tiêu hoá.
- a. Đặt ống thông dạ dày, hút dịch dạ dày.
- b. Nối các ống dẫn lưu vào bình dẫn lưu, theo dõi số lượng dịch qua dẫn lưu hàng ngày.
- c. Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp 1 giờ/lần trong 6 giờ đầu. 3 giờ/lần trong 6 giờ tiếp theo (theo chỉ định của bác sĩ mổ).
- d. Lấy máu, nước tiểu để làm các xét nghiệm về tụy (xem phần viêm tụy)

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại quá trình theo dõi vào phiếu theo dõi người bệnh, ngày, giờ và người theo dõi.
- Báo cáo bác sĩ điều trị, bác sĩ trực khi có các biến cố bất thường như: chảy máu qua dẫn lưu, tụt huyết áp, suy thở v.v...

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Dặn dò người bệnh nhịn ăn uống khi còn đặt ống thông dạ dày.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho khi có chỉ định, nhất là ở những người bệnh già yếu.

7. THEO DÕI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi tình trạng người bệnh: giúp bác sĩ phát hiện các biến chứng của viêm tụy cấp như viêm tụy cấp hoại tử - viêm tụy cấp chảy máu.
- Dựa trên các dấu hiệu lâm sàng đã theo dõi, các xét nghiệm máu, nước tiểu và các chẩn đoán hình ảnh để giúp phát hiện mức độ viêm tụy cấp, chỉ định điều trị nội khoa, ngoại khoa.

II. CHUẨN BỊ

- Ống thông dạ dày.
- Bơm tiêm 50ml để hút dịch dạ dày.
- Ống đựng xét nghiệm máu, nước tiểu.
- Dụng cụ thường quy để lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Lập bảng theo dõi tình trạng người bệnh ghi rõ ngày giờ và tên người theo dõi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt ống thông dạ dày theo kỹ thuật thường quy. Phải đảm bảo chắc chắn là đã đặt vào dạ dày và không bị gấp. Tốt nhất là hút dịch dạ dày nhẹ nhàng với bơm tiêm 50 ml, sau đó nối ống thông dạ dày với bình hoặc chai dẫn lưu kiểu xi-phông.

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, điện tim và kiểm tra tri giác người bệnh: tỉnh, lơ mơ, mê. Với người bệnh nặng theo dõi điện tim hoặc monitoring nếu có điều kiện.
- Lấy máu, nước tiểu đi làm xét nghiệm thường quy và các xét nghiệm bất buộc đối với người bệnh viêm tụy cấp như: chảy máu, niệu, đường máu, điện giải (calci máu), amylase máu, transaminase máu, ure, creatinin, bạch cầu. Có điều kiện có thể thử lipase máu thay cho amylase máu (đặc hiệu hơn).
- Xem hồ sơ bệnh án để thực hiện các chỉ định của bác sĩ: thuốc, dịch truyền và các thủ thuật khác.
- Treo bảng theo dõi "hộ lý cấp I" tại giường cho những người bệnh nặng.
- Theo dõi tình trạng bụng của người bệnh: chướng, đau, gõ đục

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi rõ ngày giờ, tên Y tá-điều dưỡng nhận người bệnh và tình trạng người bệnh vào phiếu theo dõi và săn sóc toàn diện.
- Báo cáo với bác sĩ điều trị tình trạng người bệnh và việc thực hiện y lệnh hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các chỉ định của thầy thuốc, dặn nhin ăn, giữ nước tiểu v.v... và các quy định hành chính của khoa phòng điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh có chế ăn phù hợp khi đã được phép ăn (tránh mỡ, rượu, bia) và hẹn khám lại sau mổ nhằm phát hiện các biến chứng xa.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO (HMNT)

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh sớm hồi phục
- Vết mổ chóng khỏi, không bị nhiễm bẩn do HMNT
- HMNT phải luôn được giữ kín, không hôi, không loét da.
- Phát hiện những biến chứng xảy ra như sa lồi HMNT, tụt HMNT... để bác sĩ xử trí kịp thời.

II. CHUẨN BỊ

- Xem lại các y lệnh điều trị của bác sĩ.
- Bộ dụng cụ riêng dùng thay băng cho các thì bẩn, sạch để chăm sóc người bệnh: bơm tiêm một lần, hộp panh, kéo... một gói gạc vừa đủ dùng cho mỗi lần thay băng chăm sóc, găng khám bệnh.
- Các thuốc sát trùng như cồn 70⁰, Betadin, nước muối sinh lí, mỡ kháng sinh...
- Máy hút.
- Ống nghe tim phổi - đo huyết áp, nhiệt độ.

- Nhân viên y tế đội mũ, khẩu trang.
- Túi để các đồ thải, đồ huỷ của người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra chung:

- Thuốc men, dụng cụ máy móc, y lệnh điều trị
- Nhân viên y tế có mũ, khẩu trang
- Buồng điều trị người bệnh cần sạch sẽ thoáng mát, yên tĩnh

2. Kiểm tra toàn trạng người bệnh:

- Đầu tóc, cơ thể, móng chân, móng tay phải gọn sạch.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông tiểu, các dẫn lưu nếu có (số lượng màu sắc, mùi...), các đường truyền...
- Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, tình trạng thở - nhịp thở.
- Thời gian hậu phẫu xem người bệnh có đau không và mức độ đau, có ngủ được không?
- HMNT xem có kín không, có mùi hôi không, dịch ra nhiều hay ít. Đầu ruột có hồng không, có bị tụt hay sa lồi ra ngoài không?...?
- Cần đánh giá bilan dịch vào ra để bù lại nhất là trong các trường hợp đưa đầu ruột cao.

3. Tiến hành chăm sóc - thay băng:

- Giải thích cho người bệnh việc sẽ làm.
- Tiến hành các thủ thuật, thay băng... nhanh, chính xác và nhẹ nhàng, đúng quy trình.
- Sau khi thay băng sẽ tiến hành thay chai dẫn lưu, nước tiểu, dịch dạ dày...
- Cuối cùng là thay túi HMNT. Nhân viên y tế đi găng khám. Nếu loại túi có chỗ tháo phân dịch chỉ cần tháo phân dịch vào xô, khay quả đậu và đem đổ.
- Loại túi này có thể giữ lâu mới phải thay. Với loại phải thay mỗi khi đầy thì sau khi tháo túi ra cần lau sạch xung quanh đầu ruột, sau đó thấm khô xung quanh và dán túi mới.
- Sau khi thay băng, làm thủ thuật dọn những đồ huỷ để vào nơi theo đúng quy định để huỷ.
- Nhân viên y tế sau khi thay băng, săn sóc HMNT cần rửa tay sạch sẽ trước khi chuyển sang người bệnh khác.
- Cuối buổi làm thay khẩu trang, mũ. Nếu có điều kiện nên dùng khẩu trang, mũ giấy.
- Người bệnh cần được vận động sớm sau phẫu thuật.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi chăm sóc người bệnh phải đánh giá toàn bộ: người bệnh có sốt hay không, tình trạng mạch - huyết áp, nhịp thở, nước tiểu trong hay đục, số lượng? Các dịch

dẫn lưu về số lượng, màu sắc, tiến triển của vết thương... Đặc biệt là HMNT: cần đánh giá xem màu sắc đầu ruột hồng hay tím, có bị sa lồi hay tụt vào không, phân dịch ra thế nào về màu sắc, số lượng, mùi...

- Sau khi đánh giá xong phải ghi vào tờ chăm sóc người bệnh:
 - Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ - mạch - huyết áp thở. Tình trạng chung của người bệnh: tỉnh táo hay không, đau nhiều hay ít?
 - Giờ thăm làm thủ thuật, chăm sóc, thay băng...
 - Tình trạng vết thương, các ống dẫn lưu, ống thông dạ dày, ống thông tiểu□ và cuối cùng là những báo cáo về tình trạng HMNT: đầu ruột, dịch phân, tình trạng da xung quanh.
- Báo cáo cho các bác sĩ điều trị những diễn biến đã ghi nhận như trên để bác sĩ có hướng xử trí kịp thời.
- Bàn giao lại tỉ mỉ cho người chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Căn dặn người bệnh tuân thủ theo sự hướng dẫn điều trị và các chế độ thuốc men, ăn uống do thầy thuốc chỉ định.
- Hướng dẫn người nhà người bệnh tuân theo nội quy bệnh viện, phối hợp với cán bộ y tế để cho người bệnh ăn uống đúng chỉ định, đủ dinh dưỡng (khoảng 1000 đến 1500 calo/ngày), cần bù vào số lượng dịch bị mất qua HMNT. Có thể hướng dẫn người nhà người bệnh thay túi HMNT. Chú ý vệ sinh thân thể: đầu tóc, chân tay□

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

A. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Nhằm chuẩn bị tốt cho người bệnh trước mổ nội soi để đảm bảo an toàn cho cuộc mổ và hạn chế đến mức tối đa các tai biến có thể xảy ra trong cuộc mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Như trường hợp mổ mật thông thường cần làm các xét nghiệm máu, Xquang, siêu âm.. Đảm bảo người bệnh không bị tắc mật và tình trạng đường mật trong ngoài gan bình thường.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại toàn bộ hồ sơ bệnh án, giấy chấp nhận phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm cơ bản như: CTM (HC, BC), máu chảy, máu đông, urê máu, nhóm máu... Cần làm: bilirubin máu, phosphatase kiềm, transaminase, chụp phổi,

ghi điện tim, làm siêu âm gan mật (ngoài túi mật cần xem kĩ tình trạng đường mật trong ngoài gan)... Chiều hôm trước mổ: cho người bệnh ăn nhẹ, thực tháo, vệ sinh (cạo lông mu, lau rửa vùng bụng bằng betadin), cân nặng, đo huyết áp. Đến 20 giờ cho người bệnh uống thuốc an thần theo y lệnh của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tất cả điều trị và chăm sóc trên cần phải được ghi chính xác và đầy đủ trong hồ sơ, chuẩn bị các tờ xét nghiệm vi trùng, kí sinh trùng, giấy làm giải phẫu bệnh lí.
- Nếu có điều gì bất thường về nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở cần báo cáo bác sĩ phẫu thuật ngay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh: từ 20 giờ tối hôm trước mổ không được ăn gì,
- Tránh thức khuya và động viên người bệnh yên tâm bước vào cuộc mổ.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi và phát hiện kịp thời các tai biến sau cuộc mổ (do gây mê, do mổ xẻ) nếu có.
- Giúp người bệnh có thể phục hồi sức khỏe một cách nhanh nhất sau cuộc mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Máy đo huyết áp,
- Ống nghe, đồng hồ,
- Nhiệt kế, giấy xét nghiệm máu (HC, HST, điện giải đồ),
- Thuốc, dụng cụ tiêm truyền, dẫn lưu, ga sạch, bông vệt, chai (túi) đựng dịch dẫn lưu□

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trong 6 giờ đầu theo dõi sát nhịp thở, mạch, huyết áp 30 phút/lần (theo y lệnh).
- Theo dõi nước tiểu trong 24 giờ đầu.
- Xét nghiệm lại CTM (HC, HST, hematocrit và điện giải đồ)... nếu có y lệnh
- Kiểm tra băng vết mổ (khô hay rỉ máu).
- Theo dõi tình trạng bụng và các ống dẫn lưu nếu có.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá các theo dõi và chăm sóc trên,
- Ghi đầy đủ, chính xác vào hồ sơ, giờ, ngày theo dõi,
- Báo cáo cho bác sĩ kịp thời các diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh ngồi dậy sớm 24 giờ sau mổ, có thể cho người bệnh ăn nhẹ, ngồi dậy, đi lại.
- Sau 3 ngày cắt chỉ và cho người bệnh xuất viện nếu không có bất thường

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ HẬU MÔN, VÙNG TĂNG SINH MÔN

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ gìn sạch sẽ hạn chế vấy bẩn của phân, nước tiểu vào vết mổ.
- Giảm đau.
- Xử lý các biến chứng sau mổ: choáng, tụt huyết áp, chảy máu, bí tiểu, táo bón (tắc phân) hoại tử da - niêm mạc, hẹp hậu môn...

II. CHUẨN BỊ

- Để tiện lợi cho việc săn sóc sau mổ tốt, công tác chuẩn bị trước mổ là rất cần thiết: thật tháo sạch phân, cạo lông quanh hậu môn (nếu cần), tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ da vùng tăng sinh môn.
- Thuốc giảm đau loại paracetamol, piroxicam... thuốc mỡ bôi tại chỗ và hậu môn, kháng sinh, dịch truyền.
- Bộ dụng cụ thay băng: băng gạc, dung dịch sát trùng bằng betadin, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰...
- Bộ đặt thông tiểu.
- Chậu ngâm hậu môn, nước ấm.
- Đề nghị người bệnh đi tiểu ngay trước khi vào phòng mổ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH*** 24 giờ đầu sau mổ:**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 3 giờ/lần.
- Theo dõi chảy máu sau mổ (băng có thấm máu đỏ nếu máu chảy ra ngoài), nếu máu chảy nhiều báo ngay bác sĩ và chuẩn bị dụng cụ thay băng.
- Truyền dịch, không cần thiết truyền nhiều dịch, người bệnh có thể ăn nhẹ ngay 12 giờ sau mổ (trừ một số chỉ định đặc biệt như phẫu thuật tạo hình cơ thắt, đóng rò trực tràng - âm đạo không có hậu môn nhân tạo bảo vệ hoặc phẫu thuật vùng hậu môn - tăng sinh môn có phối hợp với phẫu thuật ở các tạng khác như trong đa chấn thương...)
- Thực hiện thuốc giảm đau theo đường uống hoặc đường tiêm: lưu ý liều lượng và thời gian cho thuốc, buổi tối cho thuốc ngủ loại Diazepam theo y lệnh.

- Xử trí trường hợp bí tiểu sau mổ: trước tiên cố gắng cho người bệnh tự đi tiểu là tốt nhất với các biện pháp như đứng hoặc ngồi dậy xoa kết hợp với chườm ấm vùng trên xương mu. Nếu không tự đi tiểu được mới đặt ống thông bàng quang (tôn trọng các nguyên tắc vô khuẩn).
- Nếu có hậu môn nhân tạo (săn sóc như ở phần HMNT).

** Những ngày sau:*

- Ăn uống bình thường.
- Không truyền dịch (trừ một số trường hợp đã nêu trên).
- Dùng kháng sinh, thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, ngâm rửa hậu môn trong chậu nước ấm sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ (có thể pha ít muối hoặc dung dịch betadin).
- Dùng thuốc nhuận tràng, tránh táo bón, vì nếu người bệnh không đi ngoài, phân táo nằm lại trong lòng trực tràng sẽ kích thích gây những cơn co thắt tổng đẩy phân từ đại tràng xích ma xuống trực tràng làm người bệnh đau đớn. Trong một số trường hợp cần thiết phải bơm thuốc mỡ (Macrogol, dầu parafin...) thụt tháo.
- Nong hậu môn sau một số mổ cần thiết như mổ cắt trĩ, hẹp hậu môn...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Diễn biến sau mổ 24 giờ đầu phải ghi chép: mạch, huyết áp, nhiệt độ, vết mổ có chảy máu hay không ?
- Người bệnh có đi ngoài không ? Tình hình ăn uống, tiểu tiện.
- Mức độ đau sau mổ, thuốc giảm đau có tác dụng hay không ? Nếu cần báo lại bác sĩ cho thay thuốc.
- Tình trạng vết mổ: chảy dịch, mủ, máu... Bác sĩ mổ hay bác sĩ thuộc kíp mổ phải trực tiếp xem vết mổ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh sạch vùng hậu môn và tăng sinh môn.
- Ăn uống bình thường, hạn chế ăn gia vị như ớt, hạt tiêu...
- Ngâm rửa hậu môn hàng ngày với nước đun sôi để ấm: sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ.
- Đặt thuốc hậu môn, dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Đến khám lại định kỳ sau khi ra viện

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU NỘI SOI ĐẠI TRÀNG CẮT POLYP

I. MỤC ĐÍCH

- Soi đại tràng cắt Polyp là một thủ thuật nội soi có tính chất can thiệp, có thể có các biến chứng như: thủng, chảy máu, hội chứng sau cắt polyp, biến chứng gây mê.

- Mục đích của việc chăm sóc, theo dõi sau thủ thuật là phát hiện kịp thời các dấu hiệu bất thường, đảm bảo an toàn xử trí kịp thời các biến chứng xảy ra.

II. CHUẨN BỊ

- Sắp xếp giường đón người bệnh gọn, sạch. Chống rét bằng túi chườm, lò sưởi hoặc chống nóng bằng quạt nếu cần thiết.
- Chuẩn bị sẵn dịch truyền theo y lệnh, cột treo dịch truyền.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** 24 giờ đầu:*

- Phải bàn giao của nhân viên Nội soi về tình trạng người bệnh: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác.
- Lập bảng theo dõi: mạch, huyết áp, thở, tri giác theo quy định, nếu thấy bất thường báo bác sĩ ngay.
 - Khi người bệnh còn chưa tỉnh: đặt người bệnh ở tư thế an toàn, chưa cho ăn uống, sưởi ấm và chống rét cho người bệnh.
 - Thực hiện thuốc theo y lệnh.
 - Theo dõi chảy máu: bằng tình trạng da, niêm mạc, mạch, huyết áp, đại tiện ra máu hoặc máu chảy qua hậu môn; báo cho bác sĩ các kết quả xét nghiệm huyết học: số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit.
 - Theo dõi thủng đại tràng: đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng chướng bụng, đau bụng. Ghi phiếu theo dõi và báo cho bác sĩ khi có bất thường.

** Những ngày sau:* đưa người bệnh đi chụp Xquang nếu có chỉ định của bác sĩ.

- Người bệnh có thể ra viện nếu không có biến chứng (theo y lệnh)
- Người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn mềm trong 3-5 ngày đầu, chống táo bón.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi phiếu theo dõi đầy đủ các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ theo y lệnh của bác sĩ và các diễn biến bất thường.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời các diễn biến bất thường của người bệnh và những khó khăn khi thực hiện công việc.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ LỒNG RUỘT

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời các biến chứng sau mổ
- Giúp người bệnh mau chóng bình phục, góp phần vào kết quả điều trị

II. CHUẨN BỊ

- Sắp xếp giường bệnh: gọn, sạch, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông
- Chuẩn bị hệ thống thở oxy.
- Chuẩn bị dịch truyền theo y lệnh, cột treo dịch truyền, chai dẫn lưu, máy hút
- Chuẩn bị các phương tiện chống rét (lò sưởi, túi chườm), chống nóng (quạt) nếu không có máy điều hoà nhiệt độ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Trong 24 giờ đầu:**

- Nhận người bệnh: bàn giao với nhân viên nhà mổ hồ sơ, phim, tình trạng người bệnh (tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở).
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng một bên tránh trào ngược vào phổi.
- Lập bảng theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/1 lần, nếu thấy không bình thường báo bác sĩ ngay.
- Đặc biệt theo dõi hội chứng sốt cao, xanh tím ở trẻ em: đo nhiệt độ 2 giờ/1 lần, nếu nhiệt độ 38^o5 trở lên báo bác sĩ. Theo dõi da, niêm mạc, môi, tình trạng hô hấp, phát hiện khó thở, tím tái...
- Thực hiện thuốc theo y lệnh
- Hút đờm dãi, thở oxy khi có chỉ định
- Lắp ráp và theo dõi các ống dẫn lưu (số lượng, tính chất dịch)
- Theo dõi băng vết mổ có thấm máu không ?

2. Những ngày sau:

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ ít nhất 2 lần / ngày
- Thực hiện thuốc theo y lệnh
- Vệ sinh thân thể, thay quần áo và ga trải giường hàng ngày
- Cho người bệnh ăn (bú với trẻ nhỏ) sau khi có trung tiện, chế độ ăn từ lỏng đến đặc
- Rút các ống dẫn lưu theo chỉ định của bác sĩ.
- Thay băng, theo dõi vết mổ: nếu thấy tấy đỏ báo bác sĩ cho cắt chỉ cách quãng. Theo dõi màu sắc, số lượng phân.
- Nếu có hậu môn nhân tạo: chú ý cách chăm sóc HMNT (thay băng, đặt túi...)
- Cắt chỉ sau mổ theo chỉ định (thường sau 7-10 ngày)

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi đầy đủ các chỉ số (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, số lượng dịch bài tiết ra, dịch dẫn lưu), tình trạng người bệnh, các công việc đã thực hiện vào phiếu theo dõi.
- Báo bác sĩ điều trị toàn bộ diễn biến của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có hậu môn nhân tạo: hướng dẫn gia đình người bệnh cách thay túi đựng phân. Hẹn 3-6 tháng đến đóng hậu môn nhân tạo.
- Nếu thấy những dấu hiệu bất thường (đau bụng, nôn...) cần đến khám lại ngay.

13. CHĂM SÓC TRƯỚC VÀ SAU MỔ HOẶC CHÍCH DẪN LƯU ÁP XE GAN

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị tốt người bệnh chích hoặc mổ dẫn lưu áp xe gan
- Chăm sóc sau chích hoặc mổ dẫn lưu áp xe gan đúng
- Phát hiện được các biến chứng để xử lý kịp thời.

II. CHUẨN BỊ

1. Đối với người bệnh:

- Giải thích mục đích, ý nghĩa của thủ thuật. Tránh lo lắng, nhịn ăn uống trước thủ thuật 6 giờ.
- Làm vệ sinh sạch sẽ vùng phẫu thuật, thật tháo phân. Nếu người bệnh đã được chọc dò có lưu kim: băng sạch vùng bụng, tránh tụt kim.
- Vận chuyển người bệnh tới phòng mổ.

2. Đối với hồ sơ bệnh án:

- Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, đảm bảo có đầy đủ các xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.
- Báo cáo cho bác sĩ biết các xét nghiệm còn thiếu hoặc đã có nhưng giá trị ở ngoài giới hạn bình thường.
- Thực hiện thuốc đầy đủ theo y lệnh của bác sĩ (kháng sinh dự phòng...)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi và chăm sóc trước chích hoặc mổ dẫn lưu áp xe:

- Làm các xét nghiệm, thăm dò theo chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi làm thủ thuật: giải thích tư tưởng, dặn nhịn ăn uống trước khi làm thủ thuật 6 giờ, thật tháo phân, vệ sinh vùng mổ.
- Báo cho bác sĩ biết những xét nghiệm, thăm dò còn thiếu hay bất thường.

2. Chăm sóc sau mổ:

- Thực hiện các chăm sóc sau mổ thường quy của mổ bụng
- Tiến hành các chăm sóc đặc biệt sau mổ chích hoặc mổ dẫn lưu áp xe gan:
 - + Thường sau mổ chích hoặc mổ dẫn lưu áp xe gan, ổ áp xe được đặt dẫn lưu để mủ, tổ chức hoại tử tiếp tục ra sau mổ.
- Có thể là một hay nhiều ống để bơm rửa nếu cần
- Các dẫn lưu được đánh số theo các vị trí khác nhau để theo dõi thuận tiện
- Các ống được nối ra lọ kín vô trùng thấp hơn vị trí ổ áp xe tránh nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng. Hút liên tục bằng áp lực âm 20 cm nước nếu có chỉ định.
- Theo dõi và ghi đầy đủ số lượng, màu sắc tính chất dịch chảy ra hàng ngày. Nếu có máu đỏ tươi hoặc dịch không ra cần báo bác sĩ ngay.

- Kiểm tra sự cố tắc ống bằng các cách sau: vuốt ống, bơm thông ống bằng bơm tiêm 5 ml dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vô trùng, khi thấy nặng tay thì hút ngược ra bằng bơm tiêm.
- Khi có chỉ định rút dẫn lưu:
 - + Đảm bảo nguyên tắc vô trùng, yêu cầu người bệnh thở đều tránh gây kẹt ống do các cơ thành bụng co kéo theo các hướng khác nhau và sẽ đỡ đau hơn khi rút.
 - + Mèche: chèn cách li ổ mủ với phần còn lại của ổ bụng hay cầm máu. Mèche còn có tác dụng mao dẫn.
 - + Do vậy mèche phải rút muộn sau 24-48 giờ và phải rút dần. Tránh để lại ổ rỗng gây đọng dịch, mủ... hay gây viêm phúc mạc do mủ chảy vào ổ bụng.
 - + Khi rút mèche: thấy mèche ướt đậm dịch và có dịch chảy ra ngừng rút và kiểm tra lại các dẫn lưu, đảm bảo phải dẫn lưu dịch ra tốt. Báo cho bác sĩ biết và thực hiện tiếp y lệnh nếu có.
- Theo dõi phát hiện các biến chứng chảy máu hoặc viêm phúc mạc.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi sát tình trạng người bệnh sau mổ.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/lần trong 6 giờ đầu. 1 giờ/ lần từ 7-24 giờ đầu sau mổ. Theo dõi nhiệt độ, tình trạng đau hàng ngày, phát hiện chảy máu viêm phúc mạc hay ổ mủ tồn dư...
- Báo cho bác sĩ khi có diễn biến bất thường.
- Ghi diễn biến đầy đủ trong hồ sơ theo dõi và bàn giao cho người theo dõi kế tiếp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giáo dục sức khỏe: vệ sinh ăn uống
- Hướng dẫn cho người bệnh biết các triệu chứng sớm của bệnh để khám ngay khi có dấu hiệu tái phát.

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ RÒ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh sớm phục hồi.
- Vết thương chóng khỏi, không bị nhiễm trùng do dịch tiêu hoá.
- Chỗ rò phải luôn được sạch sẽ, không hôi, không loét.
- Phát hiện các biến chứng (nếu có) để xử trí kịp thời

II. CHUẨN BỊ

- Xem lại các y lệnh điều trị của bác sĩ.

- Bộ dụng cụ riêng dùng thay băng, dùng cho các thì bẩn, sạch để chăm sóc người bệnh: bơm tiêm dùng một lần, hộp panh, kéo... một gói gạc đủ dùng cho mỗi lần thay băng chăm sóc, găng khám bệnh.
- Các thuốc sát trùng như cồn 70⁰, betadin, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, thuốc mỡ...
- Máy hút.
- Ống nghe tim phổi, đo huyết áp, nhiệt độ.
- Nhân viên y tế đội mũ, đeo khẩu trang.
- Túi để các đồ thải, đồ huỷ của người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra chung:

- Thuốc men dụng cụ máy móc, y lệnh điều trị.
- Nhân viên Y tế có mũ, khẩu trang.
- Buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát, yên tĩnh.

1. Kiểm tra toàn trạng người bệnh:

- Đầu tóc, cơ thể, móng chân tay phải gọn gàng.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông tiểu, các ống dẫn lưu (Nếu có dịch cần xem số lượng, màu sắc, mùi...), các đường truyền.
- Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, nhịp tim, huyết áp, tình trạng thở, nhịp thở.
- Hỏi xem người bệnh có đau không và mức độ đau, có ngủ được không?

2. Tiến hành chăm sóc, thay băng:

- Giải thích cho người bệnh biết việc sẽ làm.
- Tiến hành các thủ thuật thay băng nhanh, chính xác và nhẹ nhàng.
- Sau khi thay băng sẽ thay chai dẫn lưu, nước tiểu, dịch dạ dày...
- Cuối cùng là chăm sóc chỗ rò ruột, nhân viên y tế đi găng khám, xem lại các dây hút đặt đúng chỗ, ống thông, máy hút chạy tốt đảm bảo hút dịch sạch, da xung quanh lỗ rò khô, không bị loét do dịch tiêu hoá gây ra.
- Chỗ rò ruột có mùi hôi không, dịch ra nhiều hay ít, da loét không, mức độ nhiều hay ít, đánh giá cân bằng dịch ra để bù lại nhất là trong các trường hợp rò ruột cao.
- Sau khi thay băng làm thủ thuật dọn những đồ huỷ để vào đúng nơi quy định chờ huỷ. Chai hút dịch tiêu hoá đầy cần phải thay chai mới.
- Nhân viên y tế sau khi thay băng, chăm sóc rò ruột rửa tay sạch sẽ để có thể chuyển sang người bệnh khác.
- Cuối buổi làm việc thay khẩu trang, mũ. Nếu có điều kiện nên dùng khẩu trang giấy, mũ giấy.
- Người bệnh cần được ngồi dậy, đi lại tập luyện sớm sau phẫu thuật.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi chăm sóc, khám bệnh, nhân viên y tế phải xem người bệnh có sốt không, tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu trong hay đục, các dẫn lưu ra số lượng, màu sắc, tình trạng vết thương... đặc biệt là rò ruột, cần đánh giá xem màu sắc, số lượng, mùi, tình trạng da xung quanh lỗ rò.
- Sau khi đánh giá, xem xét xong phải ghi vào phiếu chăm sóc người bệnh:
 - Giờ thăm làm các thủ thuật, chăm sóc, thay băng...
 - Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, thở.... Tình trạng chung của người bệnh: tỉnh táo, mệt hay không, đau nhiều hay ít, ăn được hay không...
 - Tình trạng vết thương, các ống dẫn lưu, ống thông dạ dày, ống thông tiểu, và cuối cùng là những báo cáo về tình trạng của rò ruột: số lượng, màu sắc, màu da, mùi da xung quanh lỗ rò.
- Lập bảng đánh giá cân bằng dịch vào và ra để hồi phục nước và điện giải.
- Báo cáo cho các bác sĩ điều trị những diễn biến đã ghi nhận như trên để bác sĩ có hướng xử trí và điều trị kịp thời.
- Bàn giao lại tỉ mỉ cho người chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh cần tuân thủ theo sự hướng dẫn chăm sóc và các chế độ thuốc men, ăn uống do thầy thuốc chỉ định.
- Người nhà người bệnh tuân theo nội quy bệnh viện, phối hợp với cán bộ y tế để cho người bệnh ăn uống đúng chỉ định, đủ dinh dưỡng (khoảng 1000 đến 15000 calo/ngày), cần bù vào số lượng dịch bị mất qua lỗ rò ruột, Nếu thay chai hút đầy báo lại nhân viên y tế để thay. Chú ý vệ sinh thân thể đầu tóc, chân tay...

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TẠO HÌNH THỰC QUẢN**I. MỤC ĐÍCH**

- Tạo hình thực quản (THTQ) là phẫu thuật thay thế một phần hoặc toàn bộ thực quản bằng một đoạn khác của ống tiêu hoá như dạ dày, đại tràng, hồng tràng. Phẫu thuật có thể kèm cắt thực quản hoặc không cắt thực quản.
- Mục đích của chăm sóc sau mổ nhằm giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục sức khoẻ, phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng sau mổ để xử lí kịp thời.

II. CHUẨN BỊ

* Sau mổ THTQ, người bệnh được điều trị và chăm sóc tại phòng hồi sức tích cực. Để tiếp nhận người bệnh, cần phải chuẩn bị

- Phòng bệnh cần được điều hoà không khí ở 30°C, nếu không có điều hoà nhiệt độ thì cần phải chuẩn bị các phương tiện sưởi ấm cho người bệnh về mùa đông (lò sưởi, túi chườm ấm...) hoặc chống nóng về mùa hè.
- Chuẩn bị giường bệnh, máy thở, monitor theo dõi, hệ thống hút hoặc máy hút, chai dẫn lưu, dịch truyền theo y lệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong 24 giờ đầu:

- Mục đích của việc theo dõi và chăm sóc người bệnh trong giai đoạn này nhằm phát hiện và xử lý kịp thời các biến chứng của giai đoạn hồi tỉnh.
- Tiếp nhận người bệnh: chuyển nhẹ nhàng người bệnh từ cáng sang giường bệnh, giúp bác sĩ hồi sức lắp đặt máy thở và monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở SpO_2 , điện tim, lắp đặt các ống dẫn lưu ra chai dẫn lưu theo chỉ dẫn, sưởi ấm người bệnh nếu cần, lập bảng theo dõi và săn sóc của điều dưỡng, bàn giao tình trạng người bệnh và hồ sơ bệnh án với nhân viên nhà mổ.
- Kế hoạch chăm sóc:
 - + Theo dõi và chăm sóc người bệnh thở máy (xem phần chăm sóc người bệnh thở máy). Sau THTQ, người bệnh thường phải thở máy hỗ trợ qua ống nội khí quản từ 6-24 giờ. Việc rút nội khí quản do bác sĩ hồi sức tích cực chỉ định.
 - + Theo dõi mạch, huyết áp, SpO_2 qua monitor và ghi hồ sơ theo dõi điều dưỡng 1 giờ/lần. Nếu có bất thường phải báo bác sĩ hồi sức ngay.
- Theo dõi và săn sóc các ống dẫn lưu: dẫn lưu ở cổ để cạnh miệng nối dẫn lưu kiểu Redon. Dẫn lưu màng phổi (nếu có) hút liên tục với áp lực 20 cm nước. Ống thông dạ dày được hút liên tục với áp lực 30-50 cm nước hoặc hút cách quãng bằng bơm tiêm to. Dẫn lưu ổ bụng đưa ra qua mạng sườn trái được dẫn lưu ra chai. Cần theo dõi số lượng và màu sắc dịch chảy ra qua dẫn lưu từng giờ trong những giờ đầu. Nếu dịch chảy ra là máu đỏ tươi với số lượng nhiều phải báo với bác sĩ ngay. Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ qua ống thông bàng quang.
- Chăm sóc vết mổ: nếu có chảy máu thì thay băng hoặc kẹp bằng agraff, nếu chảy máu nhiều phải báo cho bác sĩ.
- Thực hiện các y lệnh về thuốc điều trị, dịch truyền, giảm đau theo chỉ định bác sĩ.
- Khi người bệnh tỉnh, cần giải thích để người bệnh yên tâm và có thể cho người bệnh cử động tay chân. Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ qua ống thông bàng quang.

Trong giai đoạn này cần theo dõi chặt chẽ để phát hiện sớm các biến chứng và phải báo ngay cho bác sĩ:

- Sốc sau mổ: mạch nhanh, huyết áp hạ, vật vã, toát mồ hôi, nhiệt độ hạ.
- Chảy máu sau mổ: Nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, ống dẫn lưu chảy nhiều máu đỏ tươi.
- Thiếu dưỡng khí: vật vã, toát mồ hôi, môi và đầu chi tím, SpO_2 giảm.
- Trào ngược dạ dày - khí, phế quản: tốt nhất là đề phòng bằng cách hút dịch dạ dày.

2. Trong những ngày sau:

a. Kế hoạch chăm sóc:

- Tiếp tục theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở của người bệnh, tùy tình trạng cụ thể mà cho chế độ theo dõi thích hợp.
- Theo dõi tình trạng toàn thân, tình trạng bụng, vết mổ hàng ngày.
- Vật lý liệu pháp: là biện pháp tốt nhất để tránh các biến chứng hô hấp. Nhờ tác dụng của giảm đau có hiệu quả, có thể cho người bệnh tập thở sâu, ho, khạc đờm sớm và kéo dài trong những ngày sau mổ với sự trợ giúp của điều dưỡng viên hoặc chuyên gia vật lý liệu pháp và liệu pháp khí dung, các thuốc long đờm.
- Chăm sóc các ống dẫn lưu: ống dẫn lưu cạnh miệng nối ở cổ và ổ bụng thường rút sau 48-72 giờ khi hết chảy dịch. Dẫn lưu lồng ngực rút sau 48-72 giờ hoặc lâu hơn khi hết chảy dịch, phổi nở tốt trên phim X quang. Ống thông dạ dày rút khi người bệnh có trung tiện (theo đúng y lệnh).
- Nuôi dưỡng: trong những ngày đầu khi người bệnh chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch và phải đạt 2000-2500 calo/ ngày. Khi người bệnh có trung tiện thì bắt đầu cho ăn nhỏ giọt dung dịch nuôi dưỡng qua ống mở thông hồng tràng hoặc mở thông dạ dày với khối lượng 500 ml trong ngày đầu; 1000 ml chứa 500 calo trong ngày thứ 2; 1500 ml chứa 1000 calo trong ngày thứ 3 và sau đó là 2000 ml chứa 1500 calo trong những ngày sau. Với các dung dịch nuôi dưỡng dạng acid amin thì có thể cho ăn qua thông hồng tràng sớm hơn. Bắt đầu cho ăn qua miệng vào ngày thứ 12 nếu không có rò miệng nối trên lâm sàng và X quang chụp kiểm tra miệng nối với thuốc cản quang hoà tan.
- Kháng sinh: điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trong 7 ngày sau mổ, cũng có thể dùng kháng sinh dự phòng trong mổ.
- Cho người bệnh đánh răng, rửa mặt, lau rửa thân thể hàng ngày, ngồi dậy và đi lại nếu tình trạng người bệnh cho phép.
- Cắt chỉ vết mổ vào ngày thứ 7, nếu vết mổ nhiễm trùng cần cắt chỉ sớm để tách vết mổ (lấy mũ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ theo y lệnh).

b. Phát hiện các biến chứng sau mổ:

- Các biến chứng phổi và màng phổi: tắc phế quản, xẹp phổi, viêm phổi, hội chứng suy hô hấp cấp, tràn khí màng phổi thường chỉ gặp khi có kèm mở ngực để cắt thực quản.
- Rò miệng nối thực quản cổ: thường xuất hiện vào ngày thứ 7-8 sau mổ, được biểu hiện là viêm tấy đỏ vết mổ, rò nước bọt qua vết mổ. Tách vết mổ và thay băng nhiều lần trong ngày. Các rò nhỏ thường tự liền.
- Hoại tử đoạn tạo hình thực quản: biểu hiện viêm tấy và rò miệng nối sớm ngay trong những ngày đầu, toàn thân là tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, cần mổ lại sớm để lấy bỏ đoạn THTQ.
- Các biến chứng khác: viêm phúc mạc, áp xe dưới cơ hoành, tắc ruột, biến chứng của mở thông hồng tràng... như các phẫu thuật bụng khác.

3. Chăm sóc tại phòng điều trị:

- Người bệnh được chuyển về phòng điều trị vào ngày thứ 5-7 sau mổ nếu không có biến chứng hô hấp và huyết động ổn định.

- Người bệnh bắt đầu ăn qua miệng với chế độ ăn lỏng sau đó ăn đặc dần và số lượng tăng dần, ống mở thông hồng tràng được rút vào ngày thứ 10-15 sau mổ khi người bệnh có thể ăn hoàn toàn qua miệng và không có rò miệng nối trên X quang.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu theo dõi và hồ sơ điều dưỡng các số liệu về tình trạng người bệnh, các công việc chăm sóc người bệnh và các y lệnh điều trị của bác sĩ.
- Báo cáo cho bác sĩ toàn bộ diễn biến của người bệnh đặc biệt là các diễn biến bất thường và các khó khăn khi thực hiện công việc.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đảm bảo đủ chất dinh dưỡng, lúc đầu ăn loãng số lượng ít, ăn nhiều bữa, sau đó ăn đặc dần với số lượng nhiều lên. Đặc biệt đối với người bệnh được tạo hình thực quản bằng dạ dày, không nên ăn quá no, không nằm ngay sau khi ăn và nên nằm đầu cao để đề phòng viêm thực quản trào ngược, không ăn thức ăn nhiều chất xơ để tránh tắc ruột.
- Nên đi khám bệnh định kì, khi có các dấu hiệu bất thường như nuốt nghẹn trở lại, đau nóng rát sau xương ức, đau bụng cơn, nôn bí trung tiện phải đến viện khám ngay

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ ÁP XE - RÒ HẬU MÔN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện choáng, tụt huyết áp (do gây tê tuỷ sống, phản xạ...)
- Giảm đau.
- Xử lí các biến chứng sau mổ: chảy máu, bí tiểu, nhiễm khuẩn.

II. CHUẨN BỊ

Như trong trường hợp mổ vùng hậu môn và tăng sinh môn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** 24 giờ đầu sau mổ:*

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 1 giờ/lần.
- Theo dõi chảy máu sau mổ (băng có thấm máu đỏ không), nếu máu chảy nhiều báo ngay bác sĩ và chuẩn bị dụng cụ thay băng.
- Truyền dịch, không cần thiết truyền nhiều dịch, người bệnh có thể ăn nhẹ ngay 12 giờ sau mổ.

- Cho thuốc giảm đau đường uống hoặc đường tiêm: lưu ý liều lượng và thời gian cho thuốc, buổi tối cho thuốc ngủ loại diazepam 1 viên 5mg.
- Xử trí trường hợp bí tiểu sau mổ: trước tiên cố gắng cho người bệnh tự tiểu là tốt nhất với các biện pháp như đứng hoặc ngồi dậy, xoa kết hợp với chườm ấm vùng trên xương mu. Nếu không tự đi tiểu được mới đặt ống thông bàng quang, tôn trọng các nguyên tắc vô khuẩn.

** Những ngày sau:*

- Ăn uống bình thường.
- Không truyền dịch.
- Dùng kháng sinh, thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Sát sóc vết mổ: thay băng hàng ngày chú ý lượng dịch mủ chảy ra và tránh vết mổ liên phía ngoài trước, cần lấy hết mủ, giả mạc ở đáy vết mổ và rửa sạch, nhẹ nhàng, ngâm rửa hậu môn trong chậu nước ấm sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ (có thể pha ít muối hoặc dung dịch betadin). Rút ống dẫn lưu cao su (nếu có y lệnh). Nếu có đặt dây dẫn lưu (Seton) chú ý chăm sóc theo đúng chỉ dẫn của phẫu thuật viên.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO:

- Diễn biến sau mổ 24 giờ đầu phải ghi chép: mạch, huyết áp, nhiệt độ, vết mổ có chảy máu hay không?
- Người bệnh có đi ngoài không? Tình hình ăn uống sau mổ, tiểu tiện.
- Mức độ đau sau mổ, thuốc giảm đau cho có tác dụng hay không? Nếu cần báo lại bác sĩ cho thay thuốc.
- Tình trạng vết mổ: chảy dịch, mủ, máu, liên vết thương...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh sạch vùng hậu môn và tầng sinh môn, tránh vấy bẩn phân, nước tiểu vào vết mổ.
- Ăn uống bình thường, hạn chế ăn gia vị như ớt, hạt tiêu...
- Ngâm rửa hậu môn hàng ngày với nước đun sôi để ấm: sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ (trung bình ngày 2 lần).
- Dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Đến khám lại định kì sau khi ra viện.

17.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ SỎI MẬT

(Mở OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr)

ĐẠI CƯƠNG

Mở OMC lấy sỏi dẫn lưu kehr là phẫu thuật mở đường mật ngoài gan để lấy sỏi ở đường mật ngoài gan, trong gan sau đó đặt vào đường mật một ống dẫn lưu ngoài bằng cao su hình chữ T (kehr), để mật vừa chảy xuống tá tràng theo đường tự nhiên vừa

chảy ra ngoài theo kehr nhằm: giảm bớt áp lực đường mật sau mổ, chụp kiểm tra đường mật sau mổ và điều trị sỏi sỏi sau mổ qua kehr hoặc đường hầm của kehr. Đây là phẫu thuật rất thường gặp trong ngoại khoa và sau mổ có nhiều diễn biến bất thường. Vì vậy công việc chăm sóc hậu phẫu hết sức quan trọng.

I. MỤC ĐÍCH

Người Y tá - điều dưỡng viên phải biết cách:

- Chăm sóc toàn diện sau mổ để đảm bảo phẫu thuật đạt kết quả tốt
- Ngăn ngừa phát hiện các dấu hiệu bất thường
- Theo dõi biến chuyển sau phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

Ngay sau khi người bệnh được chuyển về buồng, người y tá bệnh phòng phải chuẩn bị sẵn:

- Giường người bệnh đã được trải gọn sạch.
- 1 gối kê vai mềm, mỏng.
- Các phương tiện theo dõi sau mổ: ống nghe, máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ để đếm mạch, nhịp thở.
- Các phương tiện để hồi sức tuần hoàn sau mổ: dịch truyền, ống truyền, thuốc, máu theo y lệnh.
- Chai đựng chất dẫn lưu hoặc túi đựng chất dẫn lưu.
- Phương tiện giữ nước tiểu (nếu cần).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuyển người bệnh từ cang sang giường:

- Thường thì cần từ 3 - 4 người đứng cùng một phía của người bệnh: một người đỡ đầu và vai, một người đỡ thắt lưng và mông, một người đỡ chân, người còn lại phụ trách các lọ dịch truyền và các lọ dẫn lưu. Sau khi cả bốn người đều đã luồn tay qua người bệnh thì cùng đỡ người bệnh sang giường.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa thẳng trên giường phẳng, dùng một gối mềm kê vai người bệnh để cổ hơi ngửa ra làm cho đường thở không bị gấp, đầu người bệnh có thể nghiêng sang một bên để phòng tránh sặc khi nôn.

2. Đánh giá dấu hiệu sinh tồn:

- Tri giác: xem người bệnh đã thực sự tỉnh chưa, gọi hoặc kích thích nhẹ (cấu, véo) người bệnh thấy mở mắt hoặc hiểu mệnh lệnh là tỉnh.
- Hô hấp: người bệnh khi về giường phải đảm bảo thở tốt, nhịp thở sâu êm từ 16-25 lần/phút, nếu người bệnh thở nhanh, nông, tím tái thì phải báo bác sĩ ngay và chuẩn bị các phương tiện cấp cứu hô hấp như hút đờm dãi, dụng cụ đặt lại nội khí quản, bóp bóng và thở oxy...

- Tuần hoàn: phải đo huyết áp, lấy mạch ngay, nếu mạch nhanh, huyết áp tụt có thể do chảy máu sau mổ hay thiếu dịch trong quá trình mổ, phải báo bác sĩ ngay và chuẩn bị các phương tiện hồi sức tuần hoàn: đo huyết áp tĩnh mạch trung tâm, các loại dịch truyền và thuốc nâng huyết áp.
- Nhiệt độ: đôi khi sau khi mổ người bệnh bị tụt nhiệt độ, phải ủ ấm cho người bệnh hoặc các phương tiện sưởi ấm cho người bệnh. Nhiệt độ cao, suy hô hấp tím tái hay gặp ở bệnh nhi, phải báo bác sĩ ngay và chuẩn bị các phương tiện hạ nhiệt độ.

3. Nối và đánh giá dịch chảy từ các ống dẫn lưu:

- Thông thường sau mổ lấy sỏi đường mật dẫn lưu kehr, người bệnh có 1 ống dẫn lưu kehr, 1 theo ống dẫn lưu dưới gan, 1 ống thông dạ dày và 1 ống thông bàng quang.
- Người y tá di găng sạch rồi lần lượt nối các ống dẫn lưu vào từng bộ chai đã chuẩn bị, đôi khi các chai dẫn lưu đã được nối ngay từ nhà mổ.

4. Chăm sóc người bệnh trong 6 giờ đầu:

- Đọc kỹ bệnh án để thực hiện thuốc và dịch truyền theo y lệnh của bác sĩ
- Theo dõi: nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu và dịch chảy ra từ các dẫn lưu 1 giờ/lần, ghi đầy đủ lại những chỉ số trên vào bảng mạch nhiệt độ và bảng săn sóc. Với một số người bệnh đặc biệt cần theo dõi sát hơn theo y lệnh của bác sĩ có thể 15-30 phút/lần. Nếu thấy các chỉ số bất thường phải báo bác sĩ ngay.

** Phát hiện kịp thời một số biến chứng sớm có thể xảy ra:*

- Suy hô hấp: người bệnh khó thở tím tái, khô khè, cánh mũi phập phồng co kéo cơ liên sườn và tần số thở tăng, phải báo ngay bác sĩ, đồng thời kiểm tra xem người bệnh có trào ngược không, có tụt lưỡi, gập cổ, bí tắc đờm dãi không, để xử trí kịp thời đồng thời chuẩn bị các phương tiện hồi sức hô hấp như dụng cụ hút đờm dãi, bóp bóng, thở oxy, các phương tiện để đặt nội khí quản.
- Chảy máu sau mổ: biểu hiện toàn thân bằng các triệu chứng mất máu; mạch nhanh, huyết áp hạ, người bệnh nhợt nhạt, thở nhanh. Máu chảy ra có thể chảy vào ổ bụng biểu hiện bụng chướng, gõ đục vùng thấp, sờ nắn vùng bụng đau, dẫn lưu dưới gan ra máu, thực hiện y lệnh truyền dịch, các thuốc cầm máu, báo bác sĩ.
- Chảy máu đường mật: toàn thân biểu hiện bằng hội chứng mất máu, dẫn lưu kehr ra mật lẫn máu hoặc kehr không chảy ra gì do máu cục bí tắc kehr. Có thể nôn ra máu và ỉa phân đen, phải chuẩn bị các phương tiện hồi sức tuần hoàn và các phương tiện để bơm thông kehr và báo bác sĩ ngay.
- Xì mật vào ổ bụng: toàn thân biểu hiện bằng hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc: sốt cao, khó thở nhẹ, bụng chướng, gõ đục vùng thấp, đau khi sờ nắn, dẫn lưu dưới gan ra mật và băng vết mổ thấm mật, cho người bệnh nằm đầu thấp, báo bác sĩ ngay

5. Chăm sóc người bệnh trong những ngày giờ tiếp theo:

- Theo dõi các chỉ số sinh tồn: những giờ còn lại của ngày đầu cứ 3 giờ lấy một lần. Từ ngày thứ 2 trở đi: ngày 2 lần sáng và chiều. Nếu người bệnh đặc biệt, phải theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ
- Chăm sóc và theo dõi các ống dẫn lưu: ghi lại số lượng, màu sắc chất dịch dẫn lưu, thay chai dẫn lưu hàng ngày, vuốt ống dẫn lưu để tránh tắc, kiểm tra ống dẫn lưu

kehr xem có bị gấp, các chỉ số cố định có quá chặt không, đôi khi kehr để lâu xem chỉ số cố định còn hay đã bị đứt, phải báo bác sĩ ngay.

- Chụp đường mật qua dẫn lưu kehr theo y lệnh của bác sĩ, khi bơm thuốc chụp không được để khí trong bơm tiêm để tránh bơm hơi vào đường mật gây hình ảnh giả sỏi. Khi chụp xong phải nối dẫn lưu kehr vào chai dẫn lưu để đào thải nhanh thuốc lưu trong đường mật. Khi bơm thuốc chụp phải theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp vì thuốc chụp đường mật có thể gây dị ứng. Nếu người bệnh khó thở, nổi mẩn trên da phải báo bác sĩ và chuẩn bị các thuốc kháng histamin.
- Rút kehr theo y lệnh của bác sĩ.
- Động viên nhắc nhở người bệnh vận động nhẹ nhàng từ ngày thứ 2 sau mổ để ngồi dậy tập đi, vỗ ho...
- Giúp người bệnh ăn súp, cháo sau khi đã trung tiện.
- Các công việc tiếp theo: như trong chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật bụng khác

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO: như trong phẫu thuật bụng khác

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH: như trong phẫu thuật bụng khác

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NỘI SOI LỒNG NGỰC

I. MỤC ĐÍCH

Mổ nội soi lồng ngực bao gồm các phẫu thuật như cắt, khâu kén khí, cắt thân kinh giao cảm ngực, cắt phổi không điển hình, lấy máu cục màng phổi... Nhờ có dụng cụ chuyên dùng, các phẫu thuật này tránh được mở ngực, giảm đau và giảm thời gian nằm viện cho người bệnh. Chăm sóc người bệnh tốt nhằm hạn chế nhiễm khuẩn, đem lại hiệu quả cho cuộc mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Ga trải giường, tư thế giường bệnh
- Bảng theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp...
- Chai dẫn lưu hút liên tục, máy hút.
- Túi đựng nước tiểu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ngay sau khi người bệnh về buồng bệnh:

Sau mổ nội soi lồng ngực, thông thường người bệnh được rút nội khí quản và chuyển về phòng bệnh. Các bước chăm sóc bao gồm:

- Đặt người bệnh tư thế nằm đầu cao: 25-30°
- Theo dõi toàn thân: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hoà oxy
- Dẫn lưu ngực: số lượng, màu sắc - ghi bảng 1 giờ/1 lần
- Chụp ngực kiểm tra ngay sau khi về buồng bệnh theo y lệnh
- Vô ho, hướng dẫn người bệnh tập thở.

2. Những ngày tiếp theo:

- Rút dẫn lưu ngực sau 24-48 giờ, sau khi đã chụp ngực kiểm tra theo y lệnh thấy người bệnh không khó thở, dẫn lưu không ra thêm dịch, X quang ngực phổi nở tốt
- Khí dung: kháng sinh - long đờm ngày 2 lần
- Cho người bệnh vận động, đi lại sớm
- Phục vụ ăn uống theo nhu cầu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Hô hấp: tần số thở, bão hoà oxy.
- Số lượng và màu sắc dịch dẫn lưu (nếu còn dẫn lưu ngực).
- Tình trạng vết mổ thành ngực.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập thở và theo dõi sau mổ
- Hẹn khám lại kiểm tra.

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ LỒNG NGỰC

I. MỤC ĐÍCH

Vấn đề chính của mọi người bệnh sau mổ là duy trì sự ổn định của tuần hoàn và hô hấp. Sau mổ lồng ngực, biến chứng chảy máu, xẹp phổi, viêm phổi, tràn dịch màng phổi... liên quan đến kết quả điều trị. Mọi chăm sóc sau mổ nhằm tránh những biến chứng này.

II. CHUẨN BỊ

- Giường bệnh, máy thở (nếu người bệnh còn thở máy), Monitoring (nếu có)
- Theo dõi về hô hấp: tần số hô hấp, bão hoà oxy (monitoring)
- Bảng theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, dẫn lưu, nước tiểu.
- Chai dẫn lưu, máy hút liên tục
- Máy khí dung.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong phòng hồi sức: theo dõi liên tục 1 giờ/1 lần, ghi hồ sơ:

- Tần số hô hấp, màu sắc của môi, đầu chi... hồng hay tím.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Số lượng, màu sắc dịch dẫn lưu màng phổi phải được hút liên tục.
- Số lượng nước tiểu.
- Theo dõi độ bão hoà oxy...
- Hút nội khí quản, thử khí máu nếu cần theo y lệnh
- Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh.
- Đưa người bệnh đi chụp X-quang lồng ngực hoặc chụp X-quang tại giường theo y lệnh.
- Oxy liệu pháp (bằng mặt nạ hoặc vòli...)
- Khí dung sau khi rút nội khí quản 2 giờ.

2. Trong phòng bệnh:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp. nhịp thở: 2 lần/ngày
- Dẫn lưu ngực: số lượng, màu sắc (24 giờ)
- Số lượng nước tiểu: 24 giờ
- Tập thở/ và lí liệu pháp
- Thay băng vết mổ: 24-48 giờ/1 lần, nhận xét vết mổ (vết mổ khô, tấy đỏ, rỉ nước...)
- Chụp X-quang lồng ngực trước khi rút dẫn lưu.
- Khí dung ngày 2 lần.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Hô hấp: tần số thở, bão hoà oxy, khả năng tập thở, ho
- Dẫn lưu ngực
- Số lượng nước tiểu.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập thở.
- Hẹn khám lại kiểm tra.
- Điều trị thuốc theo đơn.

20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RÒ MỦ MÀNG PHỔI

- Rò mủ màng phổi thường gặp ở người bệnh dày dính màng phổi, tạo ổ cận màng phổi. Khoang màng phổi có thể thông trực tiếp hoặc không thông với không khí bên ngoài.

- Người bệnh có rò mủ màng phổi thường phải mổ (bóc vỏ màng phổi hoặc đánh xẹp thành ngực nhằm loại bỏ ổ cặn màng phổi) nên chăm sóc bước đầu chỉ là bước chuẩn bị cho phẫu thuật.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc người bệnh có rò mủ màng phổi, giúp người bệnh chóng hồi phục.

II. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ thay băng thường quy.
- Máy hút có điều chỉnh áp lực.
- Bộ bơm rửa: bơm tiêm 50 ml, khay quả đậu, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Các dung dịch sát khuẩn thông thường.

III. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Xem lại y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Đo nhiệt độ, huyết áp, mạch, nhịp thở.
- Tiến hành thay băng thường quy.
- * *Nếu người bệnh đã có dẫn lưu vào ổ cặn khoang màng phổi:*
 - Dùng bơm tiêm tiến hành bơm rửa qua dẫn lưu bằng nước muối rửa. Trong trường hợp mủ đặc có thể tiến hành đặt qua lỗ rò vào khoang màng phổi một dẫn lưu thứ hai rồi nhỏ giọt nước muối rửa liên tục nhằm làm loãng bớt mủ, ống thông kia được hút liên tục (theo y lệnh của bác sĩ với áp lực thông thường là âm 20cm nước)
- * *Nếu khoang màng phổi đã được thông trực tiếp với không khí bên ngoài:*
 - Bơm rửa trực tiếp qua lỗ rò màng phổi, khi bơm vào cho người bệnh nằm nghiêng, khi thay đổi tư thế cho người bệnh nằm ngửa dịch sẽ chảy ra, tiến hành bơm rửa nhiều lần.
 - Cũng có thể qua lỗ rò đặt vào ổ cặn khoang màng phổi một dẫn lưu to rồi tiến hành bơm rửa như trên.
 - Sau khi bơm rửa vô khuẩn hoặc rửa liên tục khi thấy dịch dẫn lưu trong dẫn và hết mủ, thay dẫn lưu cũ bằng một dẫn lưu nhỏ hơn để quá trình lấp đầy đường rò được tốt.
 - Rút dẫn lưu khi phổi nở, dẫn lưu không ra dịch
- * *Bao giờ cũng phải kiểm tra chỉ cố định dẫn lưu.*
 - Kết thúc thay băng: đắp gạc thấm nước vào lỗ rò

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng chung toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở có tình trạng khó thở hay không.
- Tình trạng lỗ rò.
- Tính chất, số lượng dịch ổ cặn.
- Số lượng dịch bơm rửa vào và ra.

- Nếu có gì bất thường phải báo cáo cho bác sĩ điều trị (dịch bơm vào nhiều nhưng ra ít)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho người bệnh tập ho, tập thở, tập thổi khí dung kế.
- Làm vệ sinh toàn thân, nhất là vùng ngực, nách.
- Hướng dẫn người bệnh nếu có gì bất thường báo ngay cho nhân viên trực: đau ngực, khó thở, chảy máu, sốt cao....

21. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO HỞ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo chế độ vô khuẩn, tránh các biến chứng nhiễm trùng
- Đảm bảo vệ sinh và dinh dưỡng cho người bệnh
- Phát hiện sớm các biến chứng: gây mê, chảy máu sau mổ, nhiễm trùng, động kinh, suy thở.

II. CHUẨN BỊ

- Mũ, khẩu trang, găng tay vô khuẩn
- Xe thay băng với các dụng cụ vô khuẩn, thuốc sát trùng.
- Các dụng cụ để theo dõi: nhiệt độ, máy đo huyết áp, ống nghe, đèn soi đồng tử.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc:

- Đặt người bệnh ở tư thế đầu cao 20 -30°
- Dẫn lưu để ngang đầu
- Thay băng vết thương hàng ngày, khi thay băng phải đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn, đảm bảo chế độ vô khuẩn tuyệt đối. Khi thay băng cũng cần phát hiện sớm: vết mổ sưng tấy đỏ, chảy dịch vàng, dịch mủ.
- Dẫn lưu rút sau mổ 24-48 giờ tùy theo chỉ định, khi rút dẫn lưu phải cặp Agrap hoặc khâu lại chân dẫn lưu.
- Hướng dẫn và giúp đỡ cho người bệnh vệ sinh răng miệng, thân thể nếu người bệnh tỉnh
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng sớm và đầy đủ. Cho ăn ngay ngày đầu sau mổ, ăn qua miệng (nếu người bệnh tỉnh) hoặc ăn qua ống thông (nếu người bệnh mê).
- Cắt chỉ vết mổ thường sau 7 ngày.

2. Theo dõi:

- Ngày đầu sau mổ (24 giờ đầu) theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, các dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt nửa người, giãn đồng tử, nói khó, theo dõi 1 giờ/1 lần.
- Từ ngày thứ 2 sau mổ: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, nhiệt độ, cơn động kinh, theo dõi 3-4 giờ/1 lần.
- Theo dõi lượng máu dịch chảy qua dẫn lưu.
- Các dấu hiệu nhiễm trùng: sốt, bạch cầu cao...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá nhịp thở: tần số, kiểu thở
- Nếu người bệnh thở chậm, ngừng thở có thể phổi hợp có huyết áp tụt hoặc không, là có liên quan đến gây mê, hoặc các thương tổn toàn thân khác phổi hợp (phát hiện không để sót tổn thương)
- Đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow. Nếu tri giác giảm đi 2 điểm tức là có suy giảm tri giác có thể có liên quan với vấn đề phù não, chảy máu sau mổ.
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt nửa người, giãn đồng tử một bên, nói khó) nếu mới xuất hiện là rất có giá trị chẩn đoán chảy máu sau mổ, nhất là đi kèm với suy giảm tri giác.
- Theo dõi sát nhiệt độ, nhất là từ ngày thứ 3 trở đi, nếu sốt dao động có thể liên quan đến nhiễm trùng.
- Tất cả những lần đánh giá đều được ghi lại đầy đủ vào hồ sơ: giờ, dấu hiệu, khi có thay đổi bất thường phải báo ngay cho bác sĩ điều trị

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trong ngày đầu sau mổ biến chứng chính: là biến chứng sau gây mê và các biến chứng chảy máu: chảy máu vết mổ, chảy máu trong sọ.
- Ngày thứ 3 trở đi biến chứng chủ yếu là biến chứng nhiễm trùng, viêm màng não, nhiễm trùng vết mổ.
- Các biến chứng xa (sau 3-4 tuần): viêm xương, áp xe não động kinh.

22. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ SỌ NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm các biến chứng sau mổ để xử lý kịp thời.
- Tránh các biến chứng do chăm sóc không đúng kỹ thuật.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh: nằm tại giường bệnh

*** Dụng cụ:**

- Đèn soi đồng tử
- Máy đo huyết áp, ống nghe
- Nhiệt kế
- Đồng hồ để đếm mạch
- Lọ dẫn lưu sạch
- Dụng cụ thay băng vô khuẩn
- Găng vô khuẩn
- Dụng cụ sát khuẩn

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Theo dõi:**

- Đánh giá tri giác của người bệnh cho điểm theo bảng điểm Glasgow.
- Theo dõi người bệnh có liệt mới xuất hiện hoặc liệt tăng lên không.
- So sánh đồng tử hai bên
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Theo dõi vết mổ.
- Dẫn lưu: số lượng, màu sắc.
- Phát hiện các dấu hiệu của viêm màng não: sốt, nôn, cổ cứng...

2. Chăm sóc:

- Thay lọ dẫn lưu hàng ngày, khi thay phải đi găng, sát khuẩn miệng lọ. Lưu ý vị trí để chai dẫn lưu
- Dẫn lưu ngoài màng cứng, dưới da đầu để lọ dẫn lưu thấp hơn so với đầu người bệnh.
- Dẫn lưu dưới màng cứng hoặc trong não để lọ ngang với đầu người bệnh.
- Dẫn lưu não thất: để lọ dẫn lưu cao hơn đầu người bệnh từ 8-10 cm khi rút dẫn lưu phải khâu hoặc khép kín chân dẫn lưu bằng kẹp sát. (Agrap)
- Nếu vết mổ khô, người bệnh không sốt không cần thay băng hàng ngày.
- Nếu vết mổ đỏ, người bệnh sốt xử lý theo chỉ định của bác sĩ.
- Chỉ cho người bệnh ăn, uống bằng miệng khi người bệnh đã tỉnh hoàn toàn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại những dấu hiệu đã được theo dõi vào bảng theo dõi ghi rõ giờ, ngày, người theo dõi.
- Báo lại cho bác sĩ tất cả những thay đổi, tiến triển xấu đi của người bệnh.
- Đánh giá: người bệnh có biến chứng chảy máu sau mổ hoặc nhiễm trùng không.

23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc người bệnh sau mổ đường tiết niệu cũng giống như những người bệnh sau mổ các bệnh khác - nhưng có những điểm khác với những bệnh khác là phẫu thuật ở đây thường là ngoài phúc mạc và phẫu thuật ở bộ máy tiết niệu.
- Việc chăm sóc nhằm nâng cao kết quả phẫu thuật, rút ngắn ngày điều trị, tránh các biến chứng nhiễm trùng, tắc ống thông, tắc ống thông, chảy máu... v.v.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh sau mổ được theo dõi chu đáo, được lập bảng theo dõi về mạch, nhiệt độ, huyết áp, lập bảng theo dõi nước tiểu, các ống dẫn lưu tình trạng nước tiểu (màu sắc, số lượng, sinh hoá).
- Làm các xét nghiệm bổ sung như công thức máu, Hb, sinh hoá máu, nước tiểu, kháng sinh đồ nước tiểu.
- Lập bảng theo dõi về thuốc cho trong ngày (kháng sinh, dịch truyền).
- Đối với người già cần có chế độ cụ thể như theo dõi về huyết áp, điện tâm đồ, về hô hấp, tiêu hoá, tránh táo bón.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Sau khi người bệnh mổ về được xem xét cụ thể: người bệnh già hay trẻ mổ loại gì, phương pháp nào, mổ ở đâu để chuẩn bị tư thế cho người bệnh.

- Lập bảng theo dõi, ghi cách thức mổ.
- Đo mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ghi vào bảng theo dõi.
- Kiểm tra các ống dẫn lưu, ghi bảng theo dõi cân bằng dịch vào và ra cụ thể.
- Thực hiện y lệnh dịch truyền, thuốc kháng sinh.
- Kiểm tra lại vết mổ.
- Lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm (máu, sinh hoá) theo chỉ định của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân sau mổ: tỉnh táo ? Mạch, nhiệt độ, HA, nước tiểu.
- Tình trạng ổ bụng: đã trung tiện chưa? đã ăn được chưa?
- Tình trạng vết mổ.
- Số lượng nước tiểu, màu sắc.
- Tình trạng vận động, đi lại của người bệnh, ăn uống, có di chứng của gây mê hay không: đau đầu, táo bón, liệt (do gây tê tuỷ sống).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tuỳ theo phẫu thuật mà có cách hướng dẫn cụ thể: ví dụ mổ cắt thận bán phần thì nên cho nằm bất động sau mổ. Mổ nội soi u phì đại tuyến tiền liệt thì tránh táo bón v.v...
- Mổ tiết niệu ở ngoài phúc mạc nên có thể cho người bệnh ăn uống sớm.
- Đối với người già nên kiểm tra về huyết áp, về các bệnh hô hấp, tim phổi, khớp, dạ dày để điều trị kết hợp.

24. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NỘI SOI CẮT U TUYẾN TIỀN LIỆT HAY U BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

- Biết cách chăm sóc một người bệnh sau mổ cắt nội soi u tuyến tiền liệt hay u bàng quang.
- Theo dõi để phát hiện các biến chứng có thể gặp sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Các dụng cụ để đón người bệnh từ nhà mổ về như những trường hợp sau mổ thông thường khác bao gồm:
 - + Nhiệt kế
 - + Đồng hồ (để đếm mạch và nhịp thở)
 - + Huyết áp kế, ống nghe
 - + Các dung dịch mặn, ngọt theo y lệnh
 - + Túi đựng nước tiểu
 - + 03 bơm tiêm và các ống đựng bệnh phẩm thông thường.
 - + Thuốc cầm máu, thuốc hạ huyết áp theo y lệnh của bác sĩ
 - + Huyết thanh mặn ưu trương 10 - 20 ống
 - + Hệ thống truyền dịch tưới rửa bàng quang.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc:**

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Truyền đường tĩnh mạch các dung dịch mặn ngọt trong 24h đầu sau mổ theo chỉ định.
- Rửa bàng quang liên tục bằng nhỏ giọt dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ qua ống thông niệu đạo vào bàng quang.
- Kháng sinh đường toàn thân từ 3 đến 5 ngày sau mổ theo y lệnh.

- Lập bảng tổng kết dịch vào và dịch ra để biết số lượng nước tiểu trong 01 ngày đêm (24 giờ).
- Người bệnh ăn nhẹ vào buổi chiều cùng ngày mổ và ăn uống bình thường từ ngày thứ 2 sau mổ.
- Rút ống thông niệu đạo khi dịch rửa bàng quang chảy ra trong (thường vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 sau mổ theo y lệnh).

2. Theo dõi để phát hiện các biến chứng có thể gặp sau mổ:

2.1. Hội chứng chảy máu:

a) Triệu chứng:

- Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ (khi chảy máu nặng). Lưu ý người già có tiền sử cao huyết áp
- Dịch rửa bàng quang chảy ra đỏ, có máu cục, ống thông niệu đạo bị tắc.
- Xét nghiệm máu: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm.

b) Xử trí:

- Bơm rửa lấy máu cục trong bàng quang theo y lệnh.
- Báo bác sĩ.

2.2. Hội chứng nội soi:

a) Triệu chứng:

- Tri giác: lơ mơ, lẫn lộn.
- Co giật.
- Nhìn mờ, đồng tử giãn.
- Mạch và nhịp tim chậm.
- Hội chứng sốc, huyết áp hạ.
- Bụng chướng.
- Xét nghiệm máu: Natri, Clo giảm.

b) Xử trí:

- Báo bác sĩ.

2.3. Hội chứng nhiễm khuẩn:

a) Các triệu chứng:

- Da, niêm mạc tái.
- Sốt cao, rét run.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ (khi có nhiễm khuẩn máu).

b) Xử trí:

- Cấy máu, nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa bàng quang chảy ra.
- Rửa bàng quang bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ pha Betadin
- Báo bác sĩ.

2.4. Hội chứng rối loạn đường tiểu sau khi rút ống thông tiểu.

a) Tiểu máu:

- Đi tiểu được, nước tiểu đỏ.
- Xử trí: đặt lại ống thông niệu đạo, nếu cần nhỏ giọt rửa bàng quang bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰

b) Bí tiểu:

- Người bệnh không đi tiểu được, khám có cầu bàng quang.

- Đặt lại ống thông niệu đạo.

c) Tiểu rỉ:

- Tiểu vội, hoặc nước tiểu rỉ liên tục không thành bãi.
- Hướng dẫn người bệnh đeo bao cao su.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Số lượng, màu sắc nước tiểu 24 giờ.
- Tình trạng vết mổ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được tự ý rút ống thông niệu đạo
- Chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng.
- Nếu có bất thường báo ngay nhân viên y tế.

25. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Vết thương phần mềm là vết thương làm tổn thương tới cấu trúc của da, tổ chức dưới da, gân, cơ, đôi khi có những vết thương vào sâu bên trong làm tổn thương tới mạch máu và thần kinh quan trọng.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc, theo dõi toàn thân và tình trạng của vết thương sau khi đã được xử trí.
- Đánh giá và phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng.
- Với những vết thương ở gần ngay vùng vận động của khớp cần biết được để hướng dẫn người bệnh tập luyện (đặc biệt lưu ý các vết thương phần mềm của bàn tay).

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản: kéo, pince, kẹp phẫu tích và gạc hấp vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn như Betadin, cồn iode 0,25%
- Toan (khăn sạch), băng cuộn, băng chun...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** Với người bệnh:* động viên và giải thích rõ và kỹ cho người bệnh về công việc sắp làm của nhân viên y tế.

** Với nhân viên y tế:*

- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp để phát hiện các biến chứng nếu có
- Thay băng vết thương thật nhẹ nhàng bằng dụng cụ đã được vô khuẩn.

- Nếu gạc dính nhiều vào vết thương thì cần thấm ướt gạc bằng dung dịch nước muối vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý 9‰ để thuận lợi khi gỡ để kiểm tra.
- Sát khuẩn xung quanh vết thương, chân dẫn lưu nếu có.
- Lau sạch máu và dịch thấm xung quanh vết mổ.
- Quan sát tình trạng vết mổ, quá trình liền sẹo.
- Đắp lên vết thương gạc sạch đã vô trùng hoặc gạc mỡ kháng sinh với vết thương có lộ tổ chức hạt, cố định lại bằng băng cuộn hoặc băng dính.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh.
- Nhiệt độ, mạch và huyết áp
- Tình trạng của vết thương và phần mềm xung quanh của vết thương
- Với vết thương phần mềm lớn ở chi: cần kiểm tra thương tổn, chèn ép thần kinh, mạch máu đi qua vùng đó....(cảm giác, vận động...)
- Tình trạng chân ống dẫn lưu và dịch chảy qua dẫn lưu.
- Sự vận động và cảm giác của chi

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hiểu được tình trạng vết thương của người bệnh để chăm sóc giữ vệ sinh
- Hướng dẫn tập vận động thụ động và chủ động với những vết thương phần mềm ở gần vùng khớp, hoặc vết thương phần mềm ở bàn tay.

26. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GHÉP DA, CHUYỂN VẬT DA

Phẫu thuật ghép da hoặc chuyển vật da nhằm che phủ những khuyết tổn phần mềm của cơ thể, tùy theo tổn thương và vị trí của tổn thương mà có thể dùng phẫu thuật ghép da mỏng, ghép da nửa dày, ghép da dày toàn bộ hoặc chuyển vật che phủ có cuống mạch liên hoặc cuống mạch tự do bằng kỹ thuật vi phẫu.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi nơi nhận da ghép, vật được ghép, tình trạng của nơi lấy da để ghép cũng như nơi lấy vật ghép.
- Luôn đảm bảo cho vết thương được sạch sẽ và khô ráo.
- Theo dõi sát về màu sắc, nhiệt độ, tình trạng của vật được cấy ghép đặc biệt là về sức sống của vật.
- Theo dõi tình trạng băng hoặc bột bất động sau khi được cấy ghép da hoặc chuyển vật, lưu ý tới những người bệnh là trẻ nhỏ.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản

- Dụng cụ cần thiết để mở bột, cắt bột
- Gạc và băng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn.
- Huyết áp kế, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chào hỏi, động viên và giải thích rõ cho người bệnh về công việc sắp được tiến hành.
- Vệ sinh sạch sẽ tay, đi găng vô trùng
- Dùng toan (vải) sạch che phủ xung quanh nơi vết thương
- Thay băng hết sức nhẹ nhàng và theo thứ tự bóc băng từng lớp tuyệt đối tránh làm những động tác mạnh và thô bạo.
- Luôn làm ẩm ướt gạc nơi vết thương để bóc băng dễ dàng tránh làm bong mảnh ghép.
- Vệ sinh sạch và kĩ vùng được vá da, chuyển vật cũng như nơi lấy da và lấy vật.
- Đắp lên vết thương gạc có tẩm mỡ kháng sinh hoặc có tẩm mỡ Betadin.
- Băng bất động bằng băng cuộn hoặc dụng cụ bất động như nẹp bột hoặc bột.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch và huyết áp
- Tình trạng của diện được ghép da và nhận vật ghép (lưu ý ghi rõ: màu sắc, nhiệt độ, dịch thấm xung quanh...)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích kĩ cho người bệnh hiểu và nắm được sơ bộ kĩ thuật của thầy thuốc đã làm qua đó có biện pháp giữ gìn vệ sinh cũng như chấp hành tuyệt đối việc bất động sau mổ.
- Hướng dẫn tập vận động thụ động và chủ động cho người bệnh.

27. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẤP CỨU VẾT THƯƠNG BÀN TAY

Vết thương bàn tay là thương tổn phối hợp, thường xảy ra trong cuộc sống hàng ngày, tổn thương thường gặp là tổn thương da, gân, gân, mạch máu, thần kinh và thương tổn về xương.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng chung sau phẫu thuật.
- Kiểm tra và đánh giá xem kĩ thuật băng và bất động có đúng quy cách hay không.

- Hạn chế tới mức tối đa sự teo cơ, cứng khớp và thoái hoá do bất động không đúng quy cách hoặc bất động lâu ngày.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động vốn có của bàn tay.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản
- Dụng cụ để mở và cắt bột
- Bông và gạc hấp vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn theo chỉ định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Với người bệnh: cần động viên và giải thích kĩ cho người bệnh về công việc mà nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Cắt băng, mở bột bằng dụng cụ
- Thay băng hết sức nhẹ nhàng sau khi gạc đã được tắm ướm bằng nước muối sinh lí 9‰.
- Lau sạch dịch và máu xung quanh vết thương
- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch Betadin
- Đắp gạc mỡ kháng sinh hoặc gạc đã được thấm ướm bằng nước muối sinh lí lên vết thương.
- Khi đắp gạc phải lưu ý để gạc giữa các khoang của kẽ ngón tay.
- Bất động bằng băng cuộn hoặc nẹp theo tư thế chức năng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng của vết mổ cũng như sự sưng nề của phần mềm xung quanh.
- Tình trạng tuần hoàn của các đầu ngón tay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho người bệnh biết tình trạng của bệnh và phương thức bất động.
- Luôn treo tay cao để tránh sưng, nề
- Hướng dẫn tập vận động thụ động và chủ động theo kế hoạch.

28. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẤP CỨU GỠY HỠ CHI TRÊN

Gãy xương hỏ là loại gãy thường gặp trong cấp cứu gãy xương nói chung, gãy xương hỏ nguy cơ nhiễm trùng cao, do vậy việc chăm sóc và theo dõi sau mổ là công việc hết sức quan trọng và cần thiết.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc tình trạng của vết mổ và toàn thân của người bệnh sau phẫu thuật.
- Kiểm tra sự bất động của bột có đúng quy cách và có đủ vững hay không.
- Đánh giá xem tình trạng dịch và máu của vết thương có thấm ra bột nhiều hay không, nếu cần phải thay bột khác để bất động.
- Nếu gãy xương được kết hợp xương bằng các phương tiện kết xương bên trong cũng như cố định bên ngoài thì sự theo dõi và chăm sóc sau mổ sẽ thuận lợi hơn.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ để tháo và cắt bột
- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản
- Gạc, bông vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn Betadin
- Cần có 2 kĩ thuật viên cùng làm để nâng đỡ phần chi bị gãy xương giúp công việc thay băng thuận tiện.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh biết về công việc của nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Mổ, cắt bột nhẹ nhàng, tránh lôi kéo, giằng giật
- Cần có người trợ giúp để nâng đỡ chi bị gãy xương
- Thay băng vết thương theo đúng quy trình.
- Sát khuẩn vết mổ và phần mềm xung quanh, vệ sinh sạch sẽ chân của ống dẫn lưu và chân đinh của dụng cụ cố định ngoài (nếu có).
- Lau sạch máu và dịch nơi vết thương và ở phần mềm xung quanh, lau sạch sẽ khung cố định ngoài.
- Đắp gạc mỡ kháng sinh nơi lộ tổ chức phần mềm, đắp gạc sạch lên vết thương.
- Giữ trục của chi cho thẳng, tránh để gấp góc hoặc xoắn vặn sau khi thay băng.
- Băng ép hoặc băng chun cố định.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Tình trạng của vết mổ và các thương tích phần mềm kèm theo.
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng chân ống dẫn lưu, dịch chảy qua ống cũng như tình trạng chân đinh của dụng cụ cố định ngoài vì.
- Tình trạng bột (chặt, lỏng), tình trạng vận động về cảm giác đầu chi.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự quan trọng của công việc thay băng hàng ngày
- Sự cần thiết phải bất động sau mổ

- Tuỳ theo phương pháp bất động mà đề xuất phương án luyện tập cho phù hợp.
- Cần luyện tập thụ động và chủ động sau mổ để tránh thoái hoá, teo cơ và cứng khớp

29. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GỠ TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy trên lõi cầu xương cánh tay là loại gãy thường gặp nhất trong loại gãy xương chi trên ở trẻ em, rất hiếm khi gặp ở người trưởng thành. Là loại gãy được điều trị bảo tồn là chính, điều trị phẫu thuật được đặt ra khi gãy có kèm theo biến chứng mạch máu và thần kinh, hoặc gãy di lệch nhiều mà nắn bó bột khó đạt kết quả như mong muốn.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng của người bệnh sau phẫu thuật.
- Hạn chế tới mức tối đa của sự thoái hoá, teo cơ, cứng khớp.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động của khuỷu.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ cắt và tháo bột.
- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản
- Gạc, băng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin, cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh biết về công việc của nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Mở cắt bột nhẹ nhàng, tránh co kéo giằng giật.
- Thay băng vết thương nhẹ nhàng bằng dụng cụ đã được tiệt khuẩn
- Lau sạch máu và dịch ở xung quanh vết mổ.
- Đắp gạc sạch lên vùng mổ, cố định bằng băng cuộn và đặt lại nẹp bột khi cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng chung của vết mổ và phần mềm xung quanh
- Nhận xét về tình trạng sưng nề, sự vận động của cổ tay và các ngón tay.
- Tình trạng của động mạch quay (số lần, rõ hay không...)
- Tình trạng của ống dẫn lưu và số lượng dịch chảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự cần thiết phải bất động ở tư thế cơ năng trong khoảng thời gian quy định.
- Luyện tập vận động thụ động và chủ động sau phẫu thuật.

30. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GỖ CỔ XƯƠNG ĐÙI

- Gãy cổ xương đùi thường gặp ở người cao tuổi sau chấn thương đôi khi có thể gặp ở người trưởng thành hoặc trẻ nhỏ sau những chấn thương mạnh.
- Ngày nay với những phương tiện thay thế hoặc kết hợp xương một cách vững chắc đã mang lại nhiều kết quả tốt.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng sau phẫu thuật.
- Hạn chế tới mức tối đa sự teo cơ, cứng khớp.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động của khớp háng và khớp gối.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản (kéo, pince, kẹp phẫu tích) và gạc vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin hoặc cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên và giải thích rõ cho người bệnh về công việc của nhân viên y tế.
- Thay băng nhẹ nhàng bằng dụng cụ đã vô khuẩn
- Sát khuẩn vết mổ và chân dẫn lưu
- Lau sạch máu và phần xung quanh vùng mổ
- Đắp lên vết mổ gạc vô khuẩn và cố định lại bằng băng dính hoặc băng cuộn.
- Tránh các biến chứng của phổi: vỗ, ho, tập thở.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng của vết mổ và phần mềm xung quanh vết mổ
- Tình trạng chân ống dẫn lưu, dịch truyền qua dẫn lưu

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Tập vận động khớp háng và khớp gối (lưu ý động tác gấp, duỗi, khép và giạng).

31. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

Vỡ xương bánh chè là loại hay gặp trong chấn thương vùng khớp gối, là loại vỡ thường gây biến chứng teo cơ, cứng khớp sau phẫu thuật. Do vậy theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn sau mổ là một công việc hết sức quan trọng.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc tình trạng vết mổ và toàn thân của người bệnh sau phẫu thuật.
- Kiểm tra bột bất động có đúng quy cách hay không
- Hạn chế tối đa sự thoái hoá, teo cơ và cứng khớp.
- Phục hồi chức năng sớm để trả lại sự vận động của khớp gối.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ để cắt và tháo bột cần thiết.
- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản.
- Gạc, băng vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn Betadin, hoặc cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh biết về công việc của nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Mở, cắt bột nhẹ nhàng, tránh co kéo giằng giật.
- Thay băng vết thương theo đúng quy trình bằng dụng cụ vô khuẩn.
- Sát khuẩn vết mổ và phần mềm xung quanh vết mổ, vệ sinh sạch sẽ chân của ống dẫn lưu.
- Lau sạch máu và dịch ở xung quanh vết mổ.
- Đắp gạc lên vùng mổ, cố định bằng băng cuộn, băng chun hoặc bột khi cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Toàn trạng chung của người bệnh
- Tình trạng của vết mổ và phần mềm xung quanh
- Tình trạng của chân ống dẫn lưu và số lượng dịch chảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự cần thiết phải bất động sau mổ
- Tuỳ theo phương pháp kết hợp xương mà đề xuất phương án luyện tập cho phù hợp.
- Cần tập vận động thụ động và vận động sớm sau mổ nhằm tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp.

32. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THAY KHỚP HÁNG

Phẫu thuật thay khớp háng ngày càng được phát triển và hoàn thiện về kĩ thuật, tùy theo lứa tuổi và tổn thương bệnh lí mà có thể tiến hành thay khớp háng toàn phần hoặc bán phần.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng của người bệnh sau phẫu thuật.
- Hạn chế tới mức tối đa sự thoái hoá, teo cơ và cứng khớp.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động của khớp háng cũng như các khớp lân cận như khớp gối và khớp cổ chân.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản (pince, kẹp phẫu tích, kéo...)
- Gạc và băng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin hoặc cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh về công việc của nhân viên y tế.
- Thay băng nhẹ nhàng bằng dụng cụ vô khuẩn
- Sát khuẩn vết mổ và chân ống dẫn lưu
- Lau sạch máu và dịch xung quanh vùng mổ
- Đắp gạc vô khuẩn lên vùng mổ và cố định bằng băng cuộn hoặc băng dính.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng của vết mổ và phần mềm xung quanh vùng mổ
- Tình trạng chân ống dẫn lưu, dịch chảy qua dẫn lưu.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tập vận động và phục hồi chức năng sau phẫu thuật
- Tập vận động thụ động và chủ động theo kế hoạch

33. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU NỘI SOI CAN THIỆP VÀ NỘI SOI CHẨN ĐOÁN

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi và phát hiện kịp thời các tai biến sau nội soi can thiệp (Thí dụ: mở cơ vòng Oddi nội soi: SE) hoặc nội soi chẩn đoán (Thí dụ: chụp mật tụy ngược dòng nội soi: CPRE) nếu có.
- Giúp người bệnh có thể phục hồi sức khỏe một cách nhanh chóng nhất sau nội soi.

II. CHUẨN BỊ

Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ, nhiệt kế, ống thông dạ dày.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trong 6 giờ đầu cần theo dõi sát nhịp thở, mạch, nhiệt độ 1 giờ/lần.
- Đặt ống thông dạ dày cho người bệnh và theo dõi dịch dạ dày. Nếu người bệnh đã được đặt ống thông vào đường mật (Naso - Biliaire) thì theo dõi dịch mật qua ống thông này.
- Xét nghiệm amylase máu, amylase niệu vào sáng hôm sau (24 giờ sau nội soi), và HC, HST, hematocrit.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Tất cả các dữ kiện theo dõi cần ghi đầy đủ và chính xác vào hồ sơ, ngày giờ cụ thể và báo cáo bác sĩ kịp thời trường hợp có bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với người bệnh làm nội soi chẩn đoán (CPRE) nếu không có gì bất thường, có thể cho ăn nhẹ sau 6 giờ và ngồi dậy đi lại.
- Đối với người bệnh làm nội soi can thiệp (SE) cần dặn người bệnh nhịn ăn uống trong vòng 12 giờ, nếu không có gì bất thường, người bệnh có thể ăn nhẹ được và ngồi dậy đi lại.

34. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV TRONG NGOẠI KHOA

I. MỤC ĐÍCH

1. Phát hiện HIV trước mổ để làm tốt tất cả các khâu tiết trùng trong bệnh viện từ phòng khám tới phòng mổ đến phòng giặt là, hấp và phòng xét nghiệm.

2. Biết chăm sóc người bệnh HIV trong phẫu thuật, tránh lây nhiễm chéo, bảo đảm an toàn cho nhân viên Y tế và những người bệnh khác.
3. Phát hiện sớm các biến chứng sau mổ: chảy máu, rò tiêu hoá, giúp người bệnh chống hồi phục sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh nằm giường cách li.
- Bộ dụng cụ riêng thay băng cho người bệnh nhiễm HIV: Pince, kéo sau mỗi lần sử dụng phải tiệt trùng, bơm tiêm dùng một lần, một gói gạc riêng dùng cho mỗi lần thay băng, găng khám bệnh.
- Túi đựng đồ thải riêng cho người bệnh nhiễm HIV.
- Các thuốc sát trùng: cồn 70°, ether, betadin, nước muối sinh lí...
- Máy hút, ống nghe, máy đo huyết áp, nhiệt kế riêng.
- Nhân viên y tế phải có mũ khẩu trang, áo quần công tác, kính bảo vệ mắt, găng tay.
- Có dụng cụ đốt đầu kim để tại bộ phận tiêm truyền và bộ phận lấy máu làm xét nghiệm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra y lệnh của bác sĩ, các dụng cụ cần thiết.
- Khi thay băng phải đội mũ, đeo khẩu trang, mặc quần áo công tác, đeo kính bảo vệ, đi găng tay.
- Các bước tiến hành chăm sóc, thay băng giống như đối với những người bệnh phẫu thuật khác. Điều đáng lưu ý là động tác phải rất nhẹ nhàng, tránh làm lây nhiễm ra xung quanh: dịch máu, mủ, chất thải.
- Nhân viên y tế có tổn thương sây sát rỉ nước, rỉ máu ngoài da ở những chỗ dễ tiếp xúc không được trực tiếp chăm sóc người bệnh khi tổn thương chưa lành.
- Khi bị vật sắc nhọn đâm vào tay gây chảy máu: nặn máu ở vết thương, sát khuẩn ngay vết thương bằng cồn 70°, hoặc betadin. Phải báo cáo tại y tế cơ quan, tiến hành thử HIV ngay sau khi bị sự cố sau đó 3 tháng kiểm tra lại, đồng thời liên hệ với trung tâm y tế dự phòng bệnh lây để được tư vấn và phòng bệnh tiếp tục.
- Nếu bị dịch máu bắn vào tay phải rửa tay sạch bằng Betadin.
- Quần áo nhân viên sau thời gian chăm sóc người bệnh cần được xử lí theo quy định
- Áo quần dính máu, dịch sau khi thay băng phải được xử lí theo quy định về đồ vải đối với người bệnh bị nhiễm HIV.
- Dụng cụ sau khi thay băng tiến hành thủ thuật phải được ngâm rửa riêng, xử lí theo quy định hiện hành của Bộ Y Tế đối với người bệnh nhiễm HIV.
- Bông, băng, gạc... sau khi thay băng xong phải được đựng trong túi riêng để xử lí riêng.
- Đối với phân, nước tiểu của người bệnh, xử lí như người bệnh khác (chú ý phải có xô riêng của người bệnh).
- Đối với các dẫn lưu: chăm sóc dẫn lưu như các người bệnh khác, riêng xử lí các chất dịch dẫn lưu: dịch ổ bụng, màng phổi, màng tim, ổ chảy máu... phải xử lí như các

bệnh phẩm có nguy cơ cao, phải xử lý riêng theo quy định về HIV. Khi rút dẫn lưu đông tác phải thật nhẹ nhàng, tránh lây nhiễm xung quanh.

- Sử dụng dụng cụ đốt đầu kim hoặc được thu gom vào dụng cụ bằng nhựa sau đó đốt.
- Tất cả các dụng cụ trong mổ đều được rửa riêng và ngâm vào dung dịch khử khuẩn trước khi rửa và sau đó mới gửi đi hấp sấy tiệt trùng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Như các người bệnh thông thường khác.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Bác sĩ ngoài việc điều trị cho người bệnh còn phải biết tư vấn cho việc chăm sóc và tiếp tục quản lý HIV (+).
- Nhân viên chăm sóc người bệnh HIV phải được tập huấn riêng, luôn luôn được học tập, đào tạo biết cách tư vấn cho người bệnh và người nhà.
- Đối với người bệnh phải ân cần khuyên giải những nguy cơ, cách phòng ngừa, cách lây lan, động viên an ủi họ, đảm bảo giữ bí mật cho người bệnh.
- Đối với người nhà: hướng dẫn cách tiếp xúc, chăm sóc người bệnh, nguy cơ lây nhiễm..., giúp cho người bệnh sống hoà nhập với cộng đồng.
- Giới thiệu người bệnh đến với trung tâm tư vấn HIV ở địa phương.

35. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN TRONG NGOẠI KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho vết thương chóng khỏi, người bệnh sớm hồi phục.
- Phát hiện các biến chứng có thể xảy ra do bệnh như sặc đờm dãi, ngạt thở... để xử lý kịp thời.
- Hạn chế tối đa mức độ lây lan của vi khuẩn, tránh lây nhiễm chéo trong bệnh phòng và lây nhiễm cho nhân viên Y tế.
- Phòng các biến chứng do nằm lâu như loét, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, suy kiệt...

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Chuẩn bị đầy đủ các thuốc phòng tránh cơn giật có thể dùng: Seduxen 10mg/ống hay dùng hỗn hợp thuốc đông miên Cocktailitique M1 gồm:
 - Dolargan 100 mg.
 - Aminagin 50 mg.
 - Pipolphen 50 mg.

- Bộ dụng cụ riêng dùng thay băng chăm sóc người bệnh: bơm tiêm dùng một lần, hộp pince, kéo... riêng, một gói gạc đủ dùng cho mỗi lần thay băng chăm sóc, găng khám bệnh.
- Các thuốc sát khuẩn cồn 70°, betadin, oxy già, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Chuẩn bị sẵn máy hút, oxy, bóng Ambu.
- Ống nghe tim phổi, đo huyết áp, nhiệt kế.
- Nhân viên y tế đội mũ, đeo khẩu trang.
- Túi để đồ thải của người bệnh sau thủ thuật, thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra thuốc, dụng cụ máy móc, buồng bệnh, các y lệnh điều trị:

- Nhân viên Y tế mang mũ, khẩu trang, đi găng.
- Buồng bệnh: tốt nhất là cho người bệnh nằm phòng cách li. Nếu phòng chung phải đảm bảo yên tĩnh giảm tiếng động tối đa. Buồng bệnh đạt yêu cầu sạch sẽ, thoáng mát mùa hè, ấm áp về mùa đông.

2. Kiểm tra toàn trạng người bệnh:

- Tư thế nằm ngửa đầu hơi uốn sau.
- Đầu tóc, cơ thể, móng chân tay phải gọn, sạch.
- Đang dùng đông miên, thở máy qua mở khí quản hay qua ống nội khí quản.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông tiểu, ống nội khí quản, các dẫn lưu. Nếu có (số lượng, màu sắc, mùi...), đường truyền...
- Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, tình trạng thở.

3. Tiến hành chăm sóc thay băng:

- Nếu người bệnh nằm yên thì có thể tiến hành, nếu không phải tiêm một liều đông miên hoặc seduxen trước khi tiến hành chăm sóc hay mỗi khi tiến hành các thủ thuật (theo y lệnh của bác sĩ).
- Hút ống nội khí quản, xả nước tiểu, thay các chai dẫn lưu...
- Tiến hành các thủ thuật, thay băng... nhanh, chính xác và nhẹ nhàng, tránh mọi kích thích về ánh sáng, tiếng động mạnh xảy ra là nguyên nhân gây cơn giật. Lưu ý là vết thương luôn để hở da.
- Ngoài việc thay băng thì người bệnh uốn ván có thở cần theo dõi sát những ngày đầu từ 15 đến 30 phút một lần về cơn giật, tần số giật, cường độ, đặc biệt chú ý theo dõi hoạt động của máy thở.
- Sau khi thay băng, làm các thủ thuật cần dọn những đồ huỷ theo đúng quy định, để riêng vào những túi đã chuẩn bị sẵn.
- Sau khi thay băng, làm các thủ thuật cần rửa tay. Cuối buổi cần thay mũ, khẩu trang. Nếu có mũ, khẩu trang giấy dùng một lần là tốt nhất.
- Nuôi dưỡng người bệnh qua ống thông dạ dày với lượng calo tối thiểu 1500 calo/ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi chăm sóc người bệnh phải xem người bệnh có sốt không, mạch, huyết áp, nhịp thở, có khò khè đờm rãi không, nước tiểu trong hay đục, số lượng, màu sắc... đặc biệt theo dõi có cơn giạt không: tần số cường độ mạnh, ít kéo dài bao nhiêu lâu... so sánh với lần trước có tiến triển không. Tình trạng vết thương.
- Sau khi đánh giá xem xét xong phải ghi vào tờ phiếu chăm sóc người bệnh:
 - Giờ thăm, làm thủ thuật
 - Các chỉ số sống của người bệnh: nhiệt độ, huyết áp, mạch, nhịp thở.
 - Con co, giờ bắt đầu, giờ kết thúc: tần số, cường độ.
- Các ống (NKQ, dẫn lưu, ống thông dạ dày, ống thông tiểu...) tình trạng tiến triển vết thương: đỏ, sạch hay còn mủ, có tổ chức hoại tử... tình trạng thở, cơn co giạt để bác sĩ có hướng xử trí điều trị tiếp theo.
- Bàn giao tỉ mỉ cho người chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh hộ lí cấp 1, dùng thuốc đông miễn nên vai trò chủ yếu là của nhân viên y tế chăm sóc toàn diện cho người bệnh chứ không giao phó cho người nhà. Tuy nhiên giải thích cho gia đình người bệnh biết tình trạng người bệnh để phối hợp cùng gia đình chăm sóc tốt nhất cho người bệnh như ăn đúng quy cách (qua ống thông dạ dày) đủ dinh dưỡng (khoảng 1000 đến 1500 calo/ngày, cho các thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng như vivonex, ensure..., nước hoa quả nghiền) vệ sinh thân thể: đầu tóc, răng miệng, chân tay, chống loét do nằm lâu...
- Chất thải (phân, nước tiểu, đờm...) phải tập trung để đúng nơi quy định.

36. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO TRONG NGOẠI KHOA**I. MỤC ĐÍCH**

- Giúp cho các thương tổn về lao cần can thiệp ngoại khoa hoặc các bệnh ngoại khoa trên người bệnh lao chóng ổn định, người bệnh sớm hồi phục.
- Hạn chế tối đa mức độ lây nhiễm chéo của bệnh trong bệnh viện và lây nhiễm cho nhân viên y tế.
- Phòng các biến chứng của bệnh lao gây ra như: nhiễm trùng bội nhiễm, suy kiệt, rò...

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh nằm buồng riêng cách li.
- Chuẩn bị y lệnh của bác sĩ.

- Bộ dụng cụ riêng dành cho thay băng chăm sóc người bệnh: bơm tiêm một lần, hộp dụng cụ có pince, kéo... một gói gạc đủ dùng cho mỗi lần thay băng, làm thủ thuật. Găng khám bệnh.
- Các loại thuốc thay băng, sát trùng như cồn 70°, Betadin, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Máy hút, máy thở, oxy... với người bệnh có lao phổi.
- Bóng Ambu, màng lọc nếu người bệnh có thở máy.
- Ống nghe tim phổi, đo huyết áp, nhiệt kế.
- Nhân viên y tế có mũ, khẩu trang.
- Túi để các đồ thải của người bệnh sau thủ thuật, chăm sóc.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra lại toàn bộ thuốc, dụng cụ, máy móc, buồng bệnh, y lệnh điều trị:

- Nhân viên y tế mang mũ, khẩu trang, đi găng.
- Phòng bệnh cần thoáng mát, yên tĩnh. Nên xếp buồng riêng hoặc khu vực cách li ở cơ sở ngoại khoa chung.

2. Kiểm tra toàn trạng người bệnh:

- Đầu tóc, móng, chân tay.
- Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch huyết áp, tình trạng thở, nhất là người bệnh có lao phổi. Tình trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông tiểu, các dẫn lưu nếu có (ngực, bụng)... các đường truyền.
- Các chất thải: đờm máu (trong lao phổi) chất nôn dịch dạ dày, phân (lao đường tiêu hoá), nước tiểu (lao đường tiết niệu).

3. Tiến hành chăm sóc thay băng:

- Giải thích cho người bệnh trước khi làm.
- Thay băng, các thủ thuật như đặt đường truyền, ống thông tiểu... nhanh chính xác, nhưng phải nhẹ nhàng.
- Nhân viên y tế cần thay mũ, khẩu trang sau mỗi buổi, có điều kiện thì có thể dùng khẩu trang mũ giấy dùng một lần.
- Sau mỗi lần thay băng, làm thủ thuật cần rửa tay.
- Sau khi thay băng, thủ thuật, thu dọn đồ huỷ để vào nơi quy định để huỷ.
- Đối với người bệnh lao vấn đề dinh dưỡng là rất quan trọng, cung cấp cho người bệnh đảm bảo mỗi ngày 1000-1500 calo bằng chế độ ăn uống giàu dinh dưỡng, nhiều hoa quả, dễ tiêu, nếu nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch hay qua ống thông dạ dày hồng tràng cũng phải đảm bảo cung cấp đủ số lượng calo cần thiết cho người bệnh.
- Người bệnh cần được tập lí liệu pháp ngồi và vận động sớm sau các phẫu thuật.
- Người bệnh được uống thuốc đủ và đúng liều theo đúng phác đồ, (nhân viên y tế kiểm tra).

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng bệnh và thể trạng chung có tiến triển không so với trước đó: tình trạng sốt, ho khạc đờm, có máu mủ không, vết thương khô sạch, hoặc nhiễm trùng (có mủ), các ống dẫn lưu (tình trạng, số lượng, màu sắc dịch chảy ra...)
- Những xem xét đánh giá này được ghi chép đầy đủ vào sổ chăm sóc người bệnh:
 - Giờ thăm, làm thủ thuật, những bất thường.
 - Ghi các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, thở nếu lao phổi.

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với người nhà: giúp người bệnh vận động sớm, ăn uống đủ dinh dưỡng, cho người bệnh uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Các đồ dùng riêng giữ sạch sẽ. Chất thải, đờm, mủ, dịch... để tập trung vào nơi quy định để hủy.
- Đối với người bệnh: phải tập vận động sớm, ăn uống đủ chất dinh dưỡng, tôn trọng quy định về nội quy vệ sinh của bệnh viện như: khạc nhổ đờm, vứt đồ thải... đúng nơi quy định.

Chương III

NHI KHOA

1. CHĂM SÓC BỆNH NHI SỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm việc tưới máu tối ưu cho các cơ quan.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng.
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Phòng chống nhiễm khuẩn.

II. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

1. Các dụng cụ phục vụ cho hô hấp hỗ trợ:

- Bóng Ambu.
- Oxy nối với bóng Ambu.
- Ống thông hút đờm vô khuẩn, các cỡ khác nhau phù hợp với tuổi: sơ sinh cỡ ống 6, trẻ lớn đường kính ống $< 1/2$ đường kính ống nội khí quản (NKQ).
- Sử dụng ống hút một lần.

2. Các dụng cụ phục vụ cho giám sát tuần hoàn:

- Máy đo huyết áp.
- Ống đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (TMTT).
- Máy ghi điện tim, máy theo dõi nhịp tim (Monitor).

3. Các dụng cụ truyền dịch, thuốc:

Qua tĩnh mạch ngoại biên, TMTT hoặc truyền trong xương.

4. Các dụng cụ cho ăn qua ống thông mũi - dạ dày:

- Ống thông dạ dày với các cỡ phù hợp theo tuổi: sơ sinh cỡ ống số 6.
- Bơm tiêm 20 - 50ml, chai dịch chứa thức ăn khi cần nhỏ giọt dạ dày.
- Dịch dinh dưỡng: sữa mẹ, sữa năng lượng cao, súp...
- Ống thông bàng quang để theo dõi nước tiểu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bệnh nhi:

* Tư thế:

- Đầu thấp (khi HA hạ), kê gối vai làm thẳng đường thở.
- Đầu cao: khi HA bình thường, đặc biệt trong phù phổi cấp huyết động, phù phổi cấp tổn thương.

- Giường đệm chống loét.

2. Theo dõi truyền dịch: loại dịch, lượng dịch, tốc độ truyền theo đúng y lệnh.

3. Đo huyết áp, mạch, nhịp thở, vân tím da (reill), nước tiểu

Đo áp lực TMTT (C.V.P)... 1 giờ/1 lần tùy theo tình trạng sốc.

Phát hiện, ghi điện tim khi có biểu hiện rối loạn nhịp.

4. Theo dõi tình trạng hô hấp hỗ trợ:

- Hoạt động của máy thở, các thông số thở máy có đúng theo y lệnh không.
- Bóp bóng qua NKQ đúng kỹ thuật (nếu có chỉ định)
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi: di động lồng ngực, sắc môi, nhịp tim 1 giờ/1 lần.
- Hút dịch NKQ, hút đờm dãi: 1 giờ/1 lần, theo mức độ xuất tiết.

5. Tiến hành các xét nghiệm đầy đủ, kịp thời:

Bao gồm xét nghiệm: huyết học, sinh hoá, X-quang, khí máu, các dịch cấy máu... theo chỉ định.

6. Đặt ống thông dạ dày qua mũi hoặc miệng (sau khi đặt canun Mayo)

- Đo chiều dài ống thông đúng quy trình kỹ thuật, kiểm tra vị trí đúng ống thông ở trong dạ dày.
- Cho ăn:
 - + Kiểm tra dịch dạ dày: màu, thức ăn cũ?
 - + Bơm thức ăn (sữa mẹ, sữa bò, súp...) với lượng ăn theo chỉ định.
- Cho ăn nhỏ giọt dạ dày nếu trẻ trướng bụng, nôn.
- Dịch dạ dày nâu đen; rửa bằng dung dịch NaCl 9‰ cho đến khi trong, cho ăn lại và theo dõi theo y lệnh bác sĩ chỉ định.
- Bơm thuốc bao niêm mạc dạ dày và thuốc kháng H2 như cimetidin theo y lệnh.
- Kiểm tra phân, cân bệnh nhi (nếu có thể).

7. Theo dõi nhiệt độ: đo nhiệt độ 2 lần/ngày theo cấp chăm sóc I, II, III.

- Trẻ sốt cho cởi bớt quần áo.
- Trẻ hạ thân nhiệt (<36°C): ủ ấm, sưởi.

8. Thay đổi tư thế 3 - 4 lần/ngày, xoa bóp, vỗ rung

9. Vệ sinh lau rửa hàng ngày:

- Mắt, mũi, miệng,
- Hậu môn sinh dục, các nếp gấp nách, bẹn, cổ.

10. Thay băng, vệ sinh: chấm cồn iod chân ống thông dẫn lưu, ống thông TMTT. Thay ống NKQ 2 lần/tuần. Ống thông ăn, thông bàng quang tối đa 2 ngày/ lần.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sốc: mạch, HA, nhịp thở, tím, nước tiểu theo bảng.
- Các thông số thở máy, tình trạng bệnh nhi theo bảng.

- Tình trạng đờm: lượng, màu sắc.
- Tình trạng tiêu hoá: lượng ăn, nôn, phân.
- Nhiệt độ.
- Nếu có các dấu hiệu bất thường báo bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích tình trạng bệnh, giúp bà mẹ và gia đình yên tâm hợp tác.
- Giải thích tầm quan trọng vệ sinh cá nhân và giúp bà mẹ cách vệ sinh đúng cho trẻ.
- Không tự ý thay đổi tốc độ truyền dịch, tháo bỏ ống thông, dây dẫn lưu, sờ mó vào máy.
- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn: mặc áo của viện, rửa tay vô khuẩn.
- Duy trì: nguồn sữa mẹ hoặc thức ăn bổ sung đầy đủ.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY THỞ

I. MỤC ĐÍCH

- Cải thiện tình trạng thiếu oxy và tăng CO_2 trong máu.
- Bảo đảm cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhi.
- Bảo đảm vệ sinh, tránh nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

II. CHUẨN BỊ

1. Buồng bệnh:

- Thoáng khí.
- Nhiệt độ từ 20 - 25°C
- Giường đệm sạch sẽ.

2. Dụng cụ:

a. Dụng cụ cung cấp oxy

- Nguồn oxy đã qua hệ thống làm ấm và làm ẩm được gắn với đồng hồ đo lưu lượng.
- Ống thông, mặt nạ, bóng bóp, chụp đầu để thở oxy, lồng ấp, lều thở oxy các cỡ.
- Máy thở đã tiệt trùng và bảo đảm hoạt động tốt.
- Ống thông thở oxy qua nội khí quản các cỡ.

b. Dụng cụ để theo dõi bệnh nhi

- Đồng hồ bấm giây.
- Nhiệt kế.
- Máy đo huyết áp có các cỡ băng.
- Máy đo độ bão hoà oxy máu động mạch qua da nếu có.

c. Dụng cụ để tiến hành chăm sóc và nuôi dưỡng

- Máy hút đã được tiệt trùng.
- Găng tay vô khuẩn.
- Ống thông hút miệng họng
- Hai chai nước vô khuẩn (tráng ống thông hút sau mỗi lần hút miệng họng, nội khí quản).
- Ống thông dạ dày các cỡ.
- Bơm tiêm 50ml, dây truyền.
- Băng dính.
- Sữa mẹ, sữa phù hợp với lứa tuổi hoặc sữa có năng lượng cao.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Làm thông đường thở:**

- Đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng trước khi chăm sóc bệnh nhi.
- Đặt bệnh nhi đầu cao từ 15 - 30°, kê một gối mỏng ở dưới hai vai.
- Cởi bớt quần áo.
- Hút sạch chất tiết ở miệng, mũi, họng.
- Nếu bụng trương gây khó thở nên đặt một ống thông dạ dày hút hết khí.

2. Cung cấp oxy:

Tuỳ theo tình trạng, tuổi của bệnh nhi mà lựa chọn phương pháp cũng như liều lượng thở oxy cho thích hợp.

- Thở oxy qua ống thông mũi: độ dài của ống thông đưa vào mũi bằng độ dài từ cánh mũi đến da tai cùng bên. Liều lượng từ 1 - 4 lít/1 phút.
- Thở oxy qua mặt nạ: liều lượng 4-8 lít/1 phút.
- Thở oxy qua ống thở oxy 2 mũi). Liều lượng từ 0,5 - 6 lít/1 phút.
- Thở oxy qua chụp đầu. Liều lượng từ 10 - 14 lít/phút.
- Thở oxy qua lều: liều lượng từ 7 - 10 lít/phút.
- Nếu bệnh nhi nặng có chỉ định thở máy, mọi chăm sóc và theo dõi phải tuân thủ theo bài “chăm sóc bệnh nhi thở máy”

3. Chăm sóc và theo dõi:*a. Chăm sóc:*

- Hút dịch mũi họng 30 phút - 1 giờ/1 lần, thời gian hút mỗi lần không quá 20 giây, trước và sau khi hút phải tăng nồng độ oxy trong thời gian 5-10 phút. Ống thông hút chỉ dùng 1 lần (nếu muốn sử dụng lại phải cho hấp sấy vô khuẩn).
- Bệnh nhi có ứ đọng đờm dãi cần phải vỗ rung dẫn lưu tư thế.
- Thay đổi tư thế bệnh nhi 3 giờ /1 lần.
- Lau sạch mồ hôi bằng khăn mềm, ấm.
- Cho ăn: bảo đảm đủ số lượng và calo cần thiết có thể cho bệnh nhi bú mẹ, ăn bằng thìa hay qua ống thông dạ dày. Dụng cụ sau mỗi lần cho ăn phải được thay.

b. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng suy hô hấp.

- Nếu bệnh nhi tốt lên cần giảm nồng độ oxy, không nên cho bệnh nhi thở oxy nồng độ cao, kéo dài.
- Phát hiện sớm cơn ngừng thở để kịp thời hỗ trợ hô hấp bằng bóp bóng, máy thở...
- Đếm nhịp thở, mạch, huyết áp 1 giờ/1 lần.
- Cập nhật độ ngày 2 lần.
- Cân hàng ngày.
- Theo dõi phân, nước tiểu, các dịch qua ống dẫn lưu...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào bảng theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, huyết áp, tri giác, cân nặng.
- Màu sắc của da và niêm mạc.
- Tính chất, màu sắc của dịch hút.
- Giờ thay đổi tư thế.
- Giờ chuyển đổi chế độ xử lý.
- Giờ cho ăn, số lượng ăn mỗi bữa.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích tình trạng bệnh của bệnh nhi để bà mẹ yên tâm, cùng hợp tác chăm sóc và điều trị.
- Hướng dẫn cho bà mẹ thấy rõ tầm quan trọng của vệ sinh, vô khuẩn để tránh lây nhiễm.
- Bảo đảm chế độ ăn, nghỉ ngơi cho bà mẹ để duy trì nguồn sữa.
- Khi ra viện: hướng dẫn bà mẹ nhận biết được dấu hiệu sớm của suy hô hấp để đưa trẻ đến cơ sở y tế kịp thời.

3. CHĂM SÓC BỆNH NHI THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho bệnh nhi luôn được thông khí tốt.
- Đảm bảo cho máy thở luôn hoạt động tốt trong suốt thời gian thở máy.
- Bảo đảm cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhi khi đang được thở máy.
- Đảm bảo vệ sinh cho bệnh nhi, cho máy thở. Tránh nhiễm khuẩn chéo khi bệnh nhi đang được thở máy.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Máy thở: đã được tiệt trùng và được kiểm tra, đảm bảo máy hoạt động tốt trước khi cho bệnh nhi thở máy.

- Bóng Ambu (vô trùng và đúng cỡ với tuổi), nguồn oxy.
- Ống thông vô khuẩn dùng để hút ống nội khí quản (tốt nhất là có hệ thống hút kín). Kích thước của ống thông phải phù hợp với kích thước ống nội khí quản (đường kính ngoài của ống thông không lớn hơn 1/2 đường kính trong của ống nội khí quản).
- Máy hút.
- Bơm kim tiêm vô khuẩn (10 - 20ml) và dung dịch (NaCl 9 ‰). Chai đựng nước vô khuẩn.

2. Các dụng cụ dùng để theo dõi các chỉ số sinh học của bệnh nhi và hoạt động của máy:

- Dụng cụ lấy máu để đo khí máu.
- Máy đo độ bão hoà oxy máu động mạch qua da.
- Đồng hồ đo lưu lượng khí thở ra (khi bệnh nhi tự thở).

3. Các dụng cụ để săn sóc và nuôi dưỡng bệnh nhi

- Ống thông dạ dày (phù hợp với từng lứa tuổi).
- Bơm tiêm (20ml - 50ml) và bơm cho ăn tự động (nếu có).
- Sữa mẹ, sữa phù hợp với tuổi hoặc dung dịch dinh dưỡng và năng lượng cao.

4. Bệnh nhi

- Nếu là trẻ lớn, bệnh nhi tỉnh phải giải thích cho bệnh nhi việc cần phải thở máy và cho ăn bằng ống thông để bệnh nhi phối hợp với máy và y tá - điều dưỡng viên.
- Hút đờm dãi ở mũi họng, rửa mũi, miệng bằng nước muối sinh lí trước khi đặt ống thông cho ăn.
- Khi đặt ống thông mũi - dạ dày, nên đặt bệnh nhi nằm nghiêng. Phải chắc chắn đầu ống thông đã nằm trong dạ dày (thử bằng cách hút ra dịch vị, bơm hơi vào dạ dày...) trước khi bơm rửa cho bệnh nhi.
- Trong khi thở máy nếu bệnh nhi chống máy, kích thích sợ hãi phải dỗ dành, vỗ về bệnh nhi. Nếu cần báo bác sĩ để cho chỉ định thuốc an thần.
- Theo dõi nước tiểu (số lượng, màu sắc). Đặt ống thông tiểu khi có chỉ định của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hoạt động của máy thở và đáp ứng của bệnh nhi

- Các thông số của máy thở đúng như chỉ định của bác sĩ.
- Kiểm tra nội khí quản, phải chắc chắn đầu ống nội khí quản ở đúng vị trí.
- Kiểm tra bệnh nhi có được nối với máy hay không. Các đường ống dẫn khí của máy có quá nhiều nước tích tụ lại hoặc bị tắc không. Các đầu nối của hệ thống dẫn khí có được nối chắc chắn với nhau không.
- Kiểm tra hệ thống làm ẩm và làm ấm khi thở vào có hoạt động tốt không (thường khi thở vào được làm ẩm từ 32 - 36°C).
- Theo dõi thường xuyên áp lực trong đường thở. Khi áp lực tăng, cần kiểm tra ống nội khí quản, có thể là do đờm dãi tích lũy trong ống nội khí quản.

Phải luôn luôn đánh giá tình trạng hô hấp của bệnh nhi bao gồm nhịp thở, di động lồng ngực có tốt không, khí vào hai phổi có tốt không, bệnh nhi hồng hào hay tím tái.

- Thay đổi tư thế bệnh nhi từ 30 - 60 phút/lần.
- Luôn theo dõi các thông số của máy thở - phải chắc chắn rằng nút báo động của máy ở vị trí bật (on). Theo dõi 1 giờ/1 lần.
- Theo dõi các tai biến có thể xảy ra: tím tái, tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi. Báo ngay bác sĩ nếu có nghi ngờ.
- Nếu có điều kiện theo dõi bệnh nhi dựa vào SaO_2 , PaO_2 , PaCO_2 của bệnh nhi (khí máu).

2. Chăm sóc bệnh nhi và phòng nhiễm khuẩn

- Đặt ống thông mũi - dạ dày.
- Cho bệnh nhi ăn theo chỉ định của bác sĩ (Đúng số lượng, chất lượng, đúng giờ).
- Vệ sinh thân thể hàng ngày.
- Hút đờm dãi ở mũi, họng và nội khí quản khi cần. Đánh giá tình trạng đờm, tiết dịch, màu sắc, số lượng.
- Theo dõi nhiệt độ hàng ngày, báo bác sĩ nếu thấy bất thường.
- Thay ống hút, các ống dẫn khí, màng lọc, giấy lọc, nước làm ẩm hàng ngày.
- Tuyệt đối tuân thủ các nguyên tắc vô trùng nếu không cần thiết tránh tiếp xúc với bệnh nhi để tránh lây chéo (kể cả bệnh nhi và thầy thuốc).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào bảng theo dõi (có mẫu kèm theo)
- Ngày, giờ, bệnh nhi được cho thở máy.
- Tên bác sĩ chỉ định - kích thước ống nội khí quản.
- Các thông số thở máy: kiểu thở, tần số, I V_2 , dòng chảy, tỉ lệ I: E, thời gian thở vào, P E E P...
- Tính chất đờm (khi hút nội khí quản): quánh; lỏng; trắng; vàng, xanh, có máu.
- Thông khí phổi hai bên.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Tầm quan trọng của vệ sinh, phòng tránh lây nhiễm.
- Không tự ý thay đổi các dụng cụ, máy móc, dây truyền.
- Phối hợp với y tá - điều dưỡng viên chăm sóc bệnh nhi.

4. CHĂM SÓC BỆNH NHI HÔN MÊ VÀ KHÔNG THỨC TỈNH

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông khí tốt
- Đảm bảo vệ sinh, chống loét mục

- Hỗ trợ bài tiết phân
- Hỗ trợ vận động cơ xương
- Đảm bảo dinh dưỡng tốt
- Kích thích cảm giác, giác quan.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

Bệnh nhi được nằm ở phòng cấp cứu với nhiệt độ thích hợp 28°C, phòng thoáng, đủ ánh sáng, dễ quan sát...

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ oxy, bóng bóp, ống thông hút các cỡ số, máy hút, nguồn oxy...
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản.
- Bộ dụng cụ bóc lột tĩnh mạch.
- Các thuốc cấp cứu theo quy định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bệnh nhi được đặt trong phòng cấp cứu.

1. Đảm bảo thông khí tốt:

- Đặt trẻ nằm nghiêng một bên hoặc nửa sấp, đầu quay cùng bên để tránh trào ngược.
- Hút dịch tiết mũi họng.
- Hút dịch dạ dày nếu bụng căng trướng.
- Cho thở oxy theo y lệnh.
- Thay đổi tư thế từ 2 đến 4 giờ một lần để tránh ứ đọng hô hấp và tuần hoàn (trừ trường hợp hôn mê có tăng áp lực nội sọ).
- Chú ý: trẻ hôn mê có tăng áp lực nội sọ phải đặt trẻ đầu cao 30 độ, đầu ở vị trí trung gian, không gấp, ngửa cổ quá mức để hạn chế tăng áp lực nội sọ.
- Theo dõi tiếng thở bất thường, nhịp thở, tần số thở, co rút lồng ngực.

2. Theo dõi các chức năng sống:

- Theo dõi nhiệt độ nếu sốt cao phải hạ nhiệt độ, kết hợp với chườm lạnh...
- Theo dõi nhịp thở, những cơn ngừng thở.
- Theo dõi huyết áp và tần số mạch, tim.
- Theo dõi cơn co giật nếu có và chăm sóc trẻ bị co giật (Xem bài chăm sóc trẻ co giật).

3. Vệ sinh da, đề phòng loét mục:

- Đặt trẻ trên đệm hơi chống loét, hoặc trên một đệm mềm để tránh cọ sát.
- Nếu trẻ không có tăng áp lực nội sọ, thay đổi tư thế 2 giờ 1 lần.
- Xoa bóp vùng da ở xương nhô lên và tiếp xúc nền giường 4 giờ một lần.
- Vùng da có nguy cơ loét sẽ phù nề đỏ, phải rửa bằng dung dịch rửa vết thương hàng ngày.

- Tắm rửa bệnh nhi hàng ngày.

4. Hỗ trợ bài tiết phân:

- Cung cấp đủ dịch hàng ngày để tránh táo bón.
- Cho uống thuốc nhuận tràng nhẹ để làm mềm phân hoặc đặt viên đạn glycerin ở hậu môn theo y lệnh.

5. Hỗ trợ vận động cơ xương:

- Xoa bóp và vận động từng phần cơ thể thụ động
- Trẻ được đặt nằm tư thế ngay ngắn.
- Tay trẻ được nắm vật mềm tròn để điều chỉnh tư thế ngón tay. Bàn chân trẻ nếu bị ruối đổ thì phải cố định ở tư thế cơ năng 2 giờ một lần, nghỉ 2 giờ.

6. Cung cấp đủ dinh dưỡng:

- Cung cấp đủ dịch và Calo trong những ngày đầu bằng truyền dịch và cho ăn qua ống thông dạ dày.
- Đánh giá tình trạng mất nước và quá tải nước.

* Cho ăn bằng ống thông mũi (miệng) dạ dày:

- Trước khi cho ăn, kiểm tra đầu dưới của ống thông nằm trong dạ dày: hút dịch dạ dày bằng bơm tiêm 20 ml hoặc bơm hơi vào trong dạ dày. Ống đặt đúng, nếu hút được dịch dạ dày hoặc nghe thấy khí cọ sát trong dạ dày.
- Kiểm tra thức ăn có được tiêu hóa trong dạ dày qua dịch hút ở dạ dày.
- Sữa hoặc dịch nuôi dưỡng phải được hâm nóng để dễ hấp thu. Số lượng theo y lệnh.
- Thức ăn được cho vào ống thông bằng bơm tiêm 20 ml hoặc được truyền nhỏ giọt dạ dày qua túi đựng thức ăn và dây truyền.
- Bơm vào ống thông 10 ml nước sạch để làm sạch ống thông sau bữa ăn.
- Ống thông cho ăn phải thay hàng ngày, túi thức ăn và dây truyền phải bỏ sau mỗi bữa ăn.
- Đặt trẻ nằm nghiêng để nguyên tối thiểu 1 giờ.
- Ghi khối lượng thức ăn đã cho.

7. Gây kích thích cảm giác, giác quan:

- Gây kích thích cảm giác, đặc biệt cảm giác nghe là quan trọng đối trẻ không thức tỉnh. Nếu trẻ có thể nghe, y tá - điều dưỡng viên gọi, chào tên, giải thích về thủ thuật, cho uống thuốc với giọng nói dịu dàng. Kích thích này có thể tạo ra kích thích khác.
- Kích thích thị giác được khơi gợi bằng tiếng động âm thanh hoặc hình ảnh như xem ti vi tùy theo tuổi bệnh nhi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số cơ bản như nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Ghi lượng dịch cho ăn, uống, số lần cho ăn; Lượng dịch bài tiết như phân, nước tiểu, (có bảng theo dõi).
- Ghi các diễn biến bất thường như cơn co giật, số lần co giật... cơn ngừng thở, tình trạng thức tỉnh....

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giữ gìn nguồn sữa mẹ trong những ngày đầu trẻ không bú, bằng cách vắt sữa theo đúng phương pháp. Tận dụng nguồn sữa để nuôi trẻ qua ống thông dạ dày.
- Giải thích cho bà mẹ và gia đình bệnh nhi về căn nguyên để an tâm điều trị, và tuân theo các y lệnh chăm sóc.
- Hướng dẫn chăm sóc phục hồi chức năng cho trẻ sau khi ra viện

5. CHĂM SÓC BỆNH NHI HẠ THÂN NHIỆT**I. MỤC ĐÍCH**

- Đưa thân nhiệt của bệnh nhi trở lại bình thường.
- Phòng chống trụy tim mạch nhiễm khuẩn.
- Bảo đảm dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ**1. Phòng nằm của bệnh nhi:**

- Bảo đảm ấm, duy trì nhiệt độ từ 21 - 24°C
- Không có gió lùa.
- Giường đệm ấm.

2. Dụng cụ:

- Nhiệt kế đo được nhiệt độ từ 20°C
- Nguồn oxy đã được làm ấm và ẩm.
- Mặt nạ thở oxy, bóng bóp, ống thông hút, máy hút.
- Khăn to, ẩm (nhiệt độ từ 38 - 42°C)
- Chai và túi chườm.
- Dung dịch đường glucose và muối đẳng trương.
- Chậu nước ấm.
- Ống thông dạ dày, bơm tiêm.
- Sữa ấm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Trước khi đến viện:**

- Đưa bệnh nhi vào nơi ấm, kín gió.
- Cởi hết quần áo ướt.
- Lau khô toàn thân.
- Dùng khăn ẩm quấn lên đầu và toàn thân bệnh nhi.
- Chuyển bệnh nhi đến cơ sở y tế gần nhất. Trên đường chuyển phải có nhân viên y tế đi kèm, phải đầy đủ dụng cụ cấp cứu.

2. Tại bệnh viện:

Rửa tay trước khi chăm sóc bệnh nhi.

** Nếu bệnh nhi hạ thân nhiệt từ 32 - 35,5°C:*

- Đặt bệnh nhi nằm trên giường có đệm ấm.
- Bảo đảm nhiệt độ phòng 21 - 24°C
- Tiếp tục đắp chăn ấm, có thể dùng tia hồng ngoại để sưởi.
- Ủ ấm bằng túi chườm hay chai nước ấm.

** Chú ý:* Túi chườm và chai phải bọc vào khăn, không chườm trực tiếp vào da bệnh nhi tránh gây bỏng.

- Hút sạch dịch tiết ở miệng, mũi họng.
- Thở oxy đã được làm ấm và ẩm ở nhiệt độ 42 - 44°C qua mặt nạ hay ống thông mũi.
- Dịch truyền cho bệnh nhi phải ấm từ 37 - 41°C.
- Hạn chế các thủ thuật không thật cần thiết khi đang cấp cứu.
- *Kiểm tra nhiệt độ trung tâm, mạch, HA, nhịp thở, tri giác 15 - 30 phút/1 lần.*
- Theo dõi trên diện tâm đồ, phát hiện kịp thời những rối loạn như: mạch chậm, rung nhĩ, rung thất...
- Cho ăn sữa ấm qua ống thông dạ dày: số lượng theo y lệnh.

** Nếu bệnh nhi hạ thân nhiệt dưới 32°C:* những biện pháp làm ấm lại như trên và thêm: Bơm rửa dạ dày, thụt hậu môn, rửa bằng quang bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ ấm ở nhiệt độ 40 - 42°C.

** Những biện pháp trên không có hiệu quả báo bác sĩ trực, tiến hành rửa màng bụng với dung dịch nước muối đẳng trương hãm ấm 37 - 43°C.*

** Nếu chân tay bệnh nhi bị cứng lạnh:*

- Ngâm vào chậu nước ấm 39 - 40°C trong khoảng thời gian 20 - 30 phút hoặc cho đến khi màu sắc của chi trở lại bình thường.
- Bệnh nhi bị hạ nhiệt độ phải được chăm sóc và cấp cứu tích cực trong thời gian dài mặc dù các dấu hiệu thần kinh rất nặng như: hôn mê, đông tử giãn mất phản xạ, ngừng thở... vì trẻ vẫn có khả năng hồi phục.
- Đối với trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ đẻ non khi bị hạ thân nhiệt, nên dùng phương pháp chuột túi (Kangaroo Care) để ủ ấm cho trẻ. Đây là một biện pháp dễ làm, mang lại kết quả tốt.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, mạch, huyết áp nhịp thở 1 giờ/1 lần.
- Nhiệt độ hậu môn 30 phút/1 lần.
- Dịch tiết.
- Phát hiện những dấu hiệu nhiễm trùng, đặc biệt là viêm phổi.
- Số lượng và số bữa ăn hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích để bà mẹ yên tâm và cùng hợp tác chăm sóc.

- Phổ biến cho bà mẹ kiến thức biết chăm sóc con khi thời tiết lạnh cũng như những sơ cứu ban đầu khi bị hạ thân nhiệt.
- Tuyên truyền cho bà mẹ biết cách ủ ấm cho con bằng phương pháp chuột túi, đặc biệt là trẻ đẻ non, thấp cân.

6. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI BỆNH NHI TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn khi trẻ bị mất nước, mất máu.
- Nuôi dưỡng bệnh nhi.
- Giải độc, lợi tiểu.
- Đưa thuốc vào cơ thể để điều trị bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị bệnh nhi

- Giải thích cho bệnh nhi và người nhà hiểu và yên tâm cộng tác với y tá - điều dưỡng.
- Cho bệnh nhi đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi truyền dịch.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dịch truyền, thuốc số lượng theo y lệnh của bác sĩ.
- Dây truyền dịch, bơm tiêm, kim tiêm, kim cánh bướm các cỡ vô khuẩn.
- Băng băng gạc, băng cuộn, băng dính, nẹp.
- Panh, kéo, dây garô, đồng hồ đếm giọt, quang treo chai dịch, xe đẩy.
- Hộp bọc lọ tĩnh mạch.
- Thuốc cấp cứu chống sốc.
- 01 khay quả đậu đựng bông gạc bẩn,
01 khay quả đậu đựng dung dịch sát khuẩn.
- Huyết áp kế, ống nghe, phiếu truyền dịch

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra dụng cụ, thuốc, dịch truyền, đẩy xe tới giường bệnh nhi - thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.
- Điều dưỡng rửa tay, đeo khẩu trang.
- Pha thuốc vào dịch truyền (nếu có), cắm dây truyền vào chai, đuổi khí.
- Chọn vị trí tiêm, sát khuẩn chỗ tiêm.
- Đâm kim vào tĩnh mạch, có máu chảy ra, lắp dây truyền vào kim.

- Dùng băng dính cố định kim, cố định nếp vào tay hoặc chân bệnh nhi.
- Điều chỉnh số giọt, theo chỉ định của bác sĩ.
- Cho bệnh nhi nằm thoải mái, theo dõi sát trong 15 phút đầu sau truyền để phòng có phản ứng và trong suốt quá trình truyền.
- Dung dịch còn khoảng 5 ml trong chai, khoá dây truyền, rút kim, sát khuẩn nơi tiêm. Nếu có chảy máu, cầm máu bằng bông vô khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi hồ sơ dịch truyền, thuốc, giờ truyền, số giọt, giờ hết truyền, người truyền.
- Ghi chép tình trạng bệnh nhi trong quá trình truyền dịch, phản ứng nếu có.
- Ghi kết quả đo huyết áp, đếm mạch, nhiệt độ của bệnh nhi trước truyền.
- Nếu bệnh nhi có phản ứng, ngừng truyền, ủ ấm, báo bác sĩ xử trí.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giữ bệnh nhi cẩn thận, tránh giãy giụa làm chệch ven.
- Không tự ý điều chỉnh số giọt truyền.
- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình phát hiện những phản ứng của trẻ: sốt cao, nổi ban, tím tái, khó thở phải báo ngay để xử trí.

7. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY TIM

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế các yếu tố làm suy tim nặng hơn.
- Theo dõi, phát hiện và xử trí bước đầu các triệu chứng, biến chứng do suy tim gây ra.
- Phát hiện sớm các biểu hiện độc và tác dụng phụ của thuốc điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Buồng bệnh:

- Yên tĩnh, sạch sẽ, thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông.
- Có loại giường riêng cho bệnh nhi suy tim, khi cần có thể nâng cao đầu được.
- Có một số phương tiện cấp cứu tối thiểu, hoặc bố trí gần phòng cấp cứu. Các trường hợp suy tim nặng cấp tính nên nằm tại phòng cấp cứu.

2. Dụng cụ, trang thiết bị:

- Đồng hồ bấm giây, nhiệt kế, máy đo huyết áp, máy ghi điện tim, bình (hoặc nguồn) oxy, máy hút, bộ đặt nội khí quản.
- Ở các cơ sở chuyên khoa, cần chuẩn bị thêm: bộ kim chọc dò

3. Bệnh nhi:

Giải thích cho bệnh nhi và gia đình về tình hình bệnh tật, các diễn biến có thể xảy ra, tiên lượng của bệnh và sự cần thiết của các phương pháp điều trị (dùng thuốc, thủ thuật, phẫu thuật, shock điện...) cần tạo ra sự tin tưởng cần thiết để bệnh nhi yên tâm điều trị.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc chung:

a. Ăn, uống:

- Ăn chế độ hạn chế muối là một nguyên tắc trong điều trị suy tim.
- Ăn nhạt tuyệt đối (lượng muối $<0,5\text{g}/24\text{h}$): đối với các trẻ lớn đang trong giai đoạn suy tim nặng, cấp tính (khó thở, phù, đái ít).
- Ăn nhạt tương đối (lượng muối tối đa $1-2\text{g}/24\text{h}$): với các trường hợp suy tim nhẹ và trẻ nhỏ.
- Nên cho ăn chế độ lỏng, dễ tiêu, giàu calo, ăn làm nhiều bữa, không nên ăn quá no. Ở trẻ nhỏ suy tim nặng kèm suy hô hấp, nên hướng dẫn mẹ vắt sữa và cho ăn bằng thìa (lúc này bú mẹ cũng là động tác gắng sức).
- Cho ăn thêm các loại quả có chứa nhiều kali như: chuối tiêu, hồng xiêm, cam, nho v.v...
- Hạn chế lượng nước (uống, truyền) đưa vào cơ thể trong giai đoạn phù nhiều. Nên đo lượng nước do ăn uống cung cấp.

b. Nghỉ ngơi:

- Nghỉ tại giường trong quá trình điều trị, tránh các hoạt động gắng sức (cả về thể lực và tâm thần).
- Suy tim cấp tính, suy tim nặng (độ III, độ IV) phải được thực hiện chế độ phục vụ tại giường (chăm sóc cấp I) và nằm nghỉ ở tư thế Fowler (nửa nằm nửa ngồi.).

c. Vệ sinh thân thể:

- Vệ sinh cá nhân và thân thể hàng ngày. Chú ý nơi tắm cần ấm, tránh gió lùa.
- Các trường hợp suy tim giai đoạn nặng hoặc có biến chứng liệt (do tắc mạch máu não) cần chú ý xoa bóp, thay đổi tư thế cho nằm đệm chống loét...

2. Các theo dõi cần thiết:

a. Nhiệt độ:

- Ngày lấy nhiệt độ 2 lần, cách nhau 8 giờ. Trừ những trường hợp có y lệnh đặc biệt phải lấy nhiệt độ nhiều lần trong ngày.
- Sốt cao trên 39°C : lau mồ hôi, có thể lau khăn tắm cổn, nói rộng quần áo, bỏ bớt tã lót, chườm mát, cho thuốc hạ sốt theo y lệnh.
- Hạ nhiệt độ ($<36^{\circ}\text{C}$) phải ủ ấm, cho uống nước đường ấm và báo bác sĩ khám lại.

b. Mạch:

- Ngày lấy mạch 2 lần trùng với thời điểm cặp nhiệt độ. Trừ các trường hợp đặc biệt (bệnh nhi có rối loạn nhịp tim, dùng thuốc ảnh hưởng tới nhịp tim...) phải lấy mạch theo chỉ định đặc biệt.

- Cần chú ý: tần số mạch (đếm mạch trong 1 phút) mạch rất nhanh (>200 lần/phút) mạch rất chậm $<$ dưới 50l/phút; mạch không đều, mạch yếu hoặc không bắt được, hiện tượng nghịch mạch; không bắt được mạch phải báo ngay cho bác sĩ để xử trí.

c. Nhịp thở và tình trạng suy hô hấp:

- Đếm nhịp thở cùng lúc với lấy mạch, đo nhiệt độ và bất kì lúc nào phát hiện thấy bệnh nhi có khó thở.
- Đếm nhịp thở trong một phút, kết hợp với các biểu hiện khác như: tím, sự co rút các cơ hô hấp, kiểu thở... để đánh giá tình trạng suy hô hấp.
- Cần nắm vững tính chất cơn khó thở:

Khó thở đột ngột thường do suy tim nặng cấp tính hoặc có biến chứng như phù phổi cấp, chèn ép tim cấp... Khó thở từ từ thường thấy ở các bệnh nhi suy tim mạn tính. Khó thở về đêm gặp trong các bệnh tim bẩm sinh tăng lưu lượng phổi hoặc có kèm bệnh ở phổi. Cơn khó thở vào sáng sớm kèm theo tím tái nặng là biểu hiện của cơn thiếu oxy não trong các bệnh tim bẩm sinh tím v.v...

Xử trí: cần giải thích cho bệnh nhi yên tâm, nói bớt quần áo, khăn quàng cổ, nằm tư thế dễ thở, hút đờm dãi, cho thở oxy, báo bác sĩ xử trí và chuẩn bị sẵn các phương tiện cấp cứu, điều trị... sẵn sàng thực hiện y lệnh.

d. Huyết áp:

- Đo huyết áp động mạch ngày 2 lần, hoặc khi bệnh nhi có các triệu chứng cơ năng của cơn cao huyết áp (nhức đầu, đỏ bừng mặt).
- Những bệnh nhi có chỉ định đo áp lực tĩnh mạch trung tâm cần được theo dõi sát theo quy trình chăm sóc tích cực.
- Khi phát hiện những thay đổi huyết áp bất thường phải báo ngay cho bác sĩ xử trí và giải thích để bệnh nhi yên tâm.
- Để có kết quả đo chính xác, phải nắm vững kĩ thuật đo và chọn băng đo phù hợp với lứa tuổi.

e. Nước tiểu:

Đo lượng nước tiểu 24 giờ, để có số lượng chính xác, ở trẻ nhỏ đặc biệt ở trẻ nữ, cần phải thu gom nước tiểu bằng túi nilon dính ở bộ phận sinh dục. Tập xi trẻ đái trước khi đi ỉa, đi tắm.

g. Cân nặng:

Cân bệnh nhi hàng ngày vào một giờ nhất định, cân vào lúc đói, để đánh giá tình trạng phù trong giai đoạn bệnh nặng.

3. Phát hiện biểu hiện độc hoặc tác dụng phụ của các thuốc điều trị:

- Bệnh nhi thấy mệt, nhức đầu, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, đau bụng, loạn sắc, mạch chậm hoặc loạn nhịp... có thể do ngộ độc digitalis (thuốc trợ tim).
- Bệnh nhi thấy ho nhiều trong khi đang dùng thuốc ức chế men chuyển, nếu không có viêm nhiễm ở phổi có thể do tác dụng phụ của thuốc.
- Bệnh nhi mệt lả, môi khô, mắt trũng, đàn hồi da giảm có thể bị mất nước do dùng thuốc lợi tiểu.
- Trẻ nôn máu, ỉa phân đen, xuất huyết dưới da có thể liên quan tới thuốc corticoid, salicylat, thuốc chống đông...

Khi thấy các biểu hiện bất thường phải báo bác sĩ xử trí và giám sát việc thực hiện chế độ điều trị của bệnh nhi (ví dụ: bệnh nhi tự uống thuốc quá liều, không uống kali khi dùng thuốc lợi tiểu, trợ tim... uống aspirin lúc đói v.v...)

4. Phát hiện các triệu chứng hoặc biến chứng trong điều trị:

Khó thở dữ dội, hoảng hốt, ho ra bọt màu hồng. Con khó thở hỗn hển vào sáng sớm, kích thích vật vã, tím toàn thân, da tái nhợt, thở ngáp hoặc ngừng thở, không bắt được mạch ở bẹn, cổ, phải kịp thời báo bác sĩ và xử trí bước đầu như giải thích cho bệnh nhi yên tâm, cho thở oxy, bóp bóng, ép bóp tim ngoài lồng ngực... đồng thời chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu và nhanh chóng thực hiện y lệnh.

5. Theo dõi hoạt động của máy móc, trang thiết bị và phát hiện các thông số, các hoạt động bất thường của các phương tiện báo cho bác sĩ biết để xử lý.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Hàng ngày cần ghi vào hồ sơ:

- Việc thực hiện chế độ ăn, uống, chế độ chăm sóc.
- Các thông số: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp, cân nặng, số lượng nước tiểu 24h.
- Các triệu chứng, diễn biến bất thường phát hiện được.
- Những trường hợp chăm sóc đặc biệt, ghi thêm các thông số như: áp lực tĩnh mạch trung tâm, kết quả phân tích khí máu, các thông số máy thở, Monitoring...

V. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH

1. Tại bệnh viện:

- Yên tâm điều trị.
- Nghỉ tại giường, hạn chế hoạt động nặng.
- Ăn nhạt theo chỉ định của bác sĩ.
- Uống thuốc và thực hiện các quy định về điều trị và chăm sóc của bệnh viện.
- Không tự ý uống thêm thuốc hoặc tự tháo bỏ các dụng cụ, phương tiện theo dõi và cấp cứu (như ống thông thở oxy, dây truyền, ống dẫn lưu, máy móc...)
- Báo cho nhân viên y tế các triệu chứng hoặc các diễn biến bất thường (đau ngực, cơn khó thở, cơn tím, ho máu, nôn, ỉa máu, ngất...)

2. Sau khi xuất viện:

- Tránh các hoạt động gắng sức.
- Ăn nhạt khi thấy mệt, phù, đái ít.
- Giữ ấm về mùa đông.
- Uống thuốc theo đơn.
- Đi khám, tiêm phòng, uống thuốc phòng theo đúng lịch quy định.
- Đi khám ngay nếu có các dấu hiệu bất thường trong quá trình theo dõi: mệt, phù, cơn khó thở, đau ngực, tím tái, ngất...

8. CHĂM SÓC BỆNH NHI UỐN VẤN RỒN

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế cơn co giật.
- Phát hiện và xử trí kịp thời cơn ngừng thở.
- Phòng suy dinh dưỡng, viêm phổi.
- Hạ thấp tử vong.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

Nhiệt độ ổn định 26 - 28°C

Phòng phải yên tĩnh tránh tiếng động mạnh, ồn ào.

Phòng thoáng, ánh sáng vừa đủ để có thể quan sát bệnh nhi, không sáng quá.

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ, bóng bóp, nguồn oxy, ống thông hút, máy hút... luôn có sẵn tại buồng bệnh và tiện lợi khi sử dụng.
- Ống thông cho ăn, bơm để bơm sữa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt bệnh nhi trong phòng riêng, tránh động chạm vào người khi không cần thiết.
- Rửa rốn bằng oxy già 3đv thể tích, hoặc nước muối sinh lí 9‰. Dùng betadin 1% chấm vào chân rốn, không băng để rốn nhanh khô và sạch.
- Vệ sinh tắm rửa hàng ngày: đặc biệt những nếp gấp như bẹn, nách, cổ, lòng bàn tay phải được rửa, lau khô và lót một ít bông hút ẩm ở những vị trí đó để tránh ẩm ướt tại chỗ.
- Phân và nước tiểu ra tả phải được thay ngay.
- Thay đổi tư thế: 3-4 lần/ngày. Đặt bệnh nhi nghiêng trái rồi nghiêng phải để tránh ứ đọng ở phổi.
- Hút dịch xuất tiết ở mũi, miệng 30 phút - 1 giờ/1 lần tùy theo mức độ xuất tiết nhiều hay ít.
- Đo nhiệt độ 2 lần/ngày. Nếu bệnh nhi có sốt cởi bớt tã lót.
- Cân hàng ngày.
- Theo dõi cơn giật và khoảng cách giữa các cơn giật
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi sau cơn giật xem có nhịp thở trở lại hay không, phát hiện kịp thời cơn ngừng thở để hỗ trợ hô hấp bằng thổi ngạt, bóp bóng, thở máy v.v...
- Nếu bệnh nhi có thở máy phải theo dõi các thông số theo quy định.
- Cho ăn:
- *Thức ăn:* sữa mẹ hoặc sữa bột (nếu mẹ không có sữa)

- **Ăn nhỏ giọt dạ dày:** nhỏ giọt dạ dày để tránh ứ đọng và trào ngược sữa sau mỗi cơn giật trong 10 - 15 ngày đầu phải dùng phương pháp nhỏ giọt dạ dày 7-8 lần một ngày với số lượng bảo đảm theo nhu cầu trên 1kg/24 giờ. Cụ thể là:
 - + Trẻ đẻ non:

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	30ml/kg/24h
Ngày thứ hai sau đẻ	:	50ml/kg/24h
Ngày thứ ba sau đẻ	:	80ml/kg/24h
Ngày thứ tư sau đẻ	:	100ml/kg/24h
Ngày thứ năm sau đẻ	:	120ml/kg/24h
Ngày thứ sáu, bảy sau đẻ	:	140-150ml/kg/24h
Từ ngày thứ 8 trở đi cho	:	180 - 200 ml/kg/24h.
 - + Trẻ đủ tháng:

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	60ml/kg/24h
Ngày thứ hai sau đẻ	:	90ml/kg/24h
Ngày thứ ba sau đẻ	:	110ml/kg/24h
Ngày thứ tư sau đẻ	:	140ml/kg/24h
Ngày thứ năm → bảy	:	150ml/kg/24h
Từ tuần thứ hai trở đi	:	180 - 200 ml/kg/24h.
- Ống thông đặt dạ dày phải thay hàng ngày.
- Chai đựng sữa và dây truyền phải được thay từng bữa.
- * **Ăn bằng ống thông:**
 - Khi bệnh nhi hết giật chỉ còn co cứng, bơm sữa từ từ qua ống thông trong vòng 15 phút.
 - Khi trẻ khóc miệng há còn hạn chế có thể cho trẻ ăn bằng thìa. Chỉ bú mẹ khi trẻ há miệng và khóc to. Lưu ý vệ sinh các dụng cụ cho ăn sau từng bữa.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sống như: mạch, nhịp thở 1-2h/lần.
- Tình trạng bệnh nhi sau mỗi cơn giật: tím tái, ngừng thở v.v...
- Số cơn giật, thời gian kéo dài mỗi cơn giật.
- Giờ hút, tính chất dịch hút.
- Giờ thay đổi tư thế.
- Nhiệt độ, cân nặng hàng ngày.
- Tình trạng tiêu hoá: bệnh nhi có nôn, trướng bụng.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Duy trì nguồn sữa mẹ trong những ngày trẻ không bú được bằng cách hướng dẫn mẹ vắt sữa theo đúng phương pháp.
- Giải thích cho bà mẹ: căn nguyên và dấu hiệu đơn giản về bệnh của trẻ để mẹ yên tâm trong điều trị.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vệ sinh da, rốn cho con, và tránh động chạm vào trẻ khi không cần thiết.
- Hướng dẫn cách phòng bệnh:

- + Phải tiêm phòng đủ hai mũi vaccin phòng uốn ván khi có thai.
- + Để tại cơ sở y tế có đủ điều kiện để sạch và an toàn.

9. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH THẤP CÂN BỊ BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ ($36 - 37^{\circ}\text{C}$)
- Tránh nhiễm khuẩn bội phụ
- Nuôi dưỡng đầy đủ
- Phát hiện và xử trí kịp thời các biểu hiện bệnh lí
- Bảo đảm các yêu cầu chăm sóc đặc biệt theo từng loại bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của trẻ:

- Kín gió, sạch sẽ, nhiệt độ ổn định ($28 - 30^{\circ}\text{C}$)
- Lồng ấp bảo đảm vô khuẩn (xem bài “Chăm sóc trẻ nằm lồng ấp”)
- Nếu không có lồng ấp phải có bà mẹ hoặc người nhà để sẵn sàng ủ ấm cho trẻ theo phương pháp Kangaroo

2. Dụng cụ:

- Ống thông cho ăn, thìa, cốc, bơm cho ăn vô trùng.
- Nước ấm, khăn lót khô, sạch để tắm cho trẻ hàng ngày.
- Dụng cụ cấp cứu: bóng bóp, nguồn oxy, máy hút, ống thông hút

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ:

- Nếu có lồng ấp: xem bài “Chăm sóc trẻ nằm lồng ấp”.
- Nếu không có lồng ấp, trẻ không suy hô hấp: thực hiện phương pháp Kangaroo:
 - + Bà mẹ cởi áo, đặt trẻ lên ngực mẹ, da trẻ kề sát da mẹ.
 - + Đầu trẻ gối giữa hai vú mẹ.
 - + Mẹ mặc áo, trùm lên trẻ và đắp chăn bên ngoài
- Nếu không có lồng ấp, trẻ đang suy thở:
 - + Quấn khăn lót, chân cho trẻ đủ ấm.
 - + Sử dụng lò sưởi để sưởi ấm phòng.
 - + Ủ ấm bằng túi hoặc chai nước nóng: dùng hai chai nước nóng, vặn nút chặt, quấn vải ra ngoài chai nước nóng để tránh chai nước nóng áp trực tiếp vào da trẻ gây bỏng. Thay nước trong chai khi chai nước nguội.

2. Đảm bảo vô khuẩn, vệ sinh cho trẻ:

- Giường, lồng ấp, phòng ở, cửa phải được lau, vệ sinh hàng ngày.
- Dụng cụ chăm sóc: ống thông ăn, bơm ăn, cốc, thìa phải được luộc sôi, để nơi sạch sẽ, trong hộp có nắp đậy.
- Nhân viên phục vụ phải rửa tay trước khi chăm sóc, thăm khám từng trẻ.
- Hàng ngày tắm hoặc lau rửa cho trẻ tại giường (xem bài “Tắm trẻ”).
- Giữ cho trẻ khô, ấm. Khi trẻ dãi, ỉa phải lau sạch thay tã ngay.

3. Nuôi dưỡng:

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ để thấp cân. Khi trẻ chưa bú được phải cho ăn qua ống thông dạ dày. Lượng sữa được tính như sau:

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	30 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ hai sau đẻ	:	50 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ ba sau đẻ	:	80 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ tư sau đẻ	:	100 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ năm sau đẻ	:	120 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ sáu, bảy sau đẻ	:	140-150 ml/kg cân nặng/24h.

Từ ngày thứ tám trở đi cho 180 đến 200 ml/kg cân nặng/24 giờ.

Vì dạ dày của trẻ còn nhỏ: nên càng nhỏ và càng ít ngày tuổi thì càng phải cho ăn nhiều bữa trong ngày (12 - 14 bữa trong ngày).

4. Cho thở oxy, truyền dịch, tùy từng bệnh theo y lệnh**IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Theo dõi các dấu hiệu sống: mạch, nhịp thở, màu sắc da 2 giờ 1 lần;
- Theo dõi nhiệt độ, cân nặng hàng ngày.
- Ghi lượng sữa ăn từng bữa, số lần nôn, tính chất dịch nôn.
- Số lượng và màu sắc phân, nước tiểu

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích tình hình bệnh của trẻ.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa khi trẻ chưa bú được, cách đổ thìa, cách cho trẻ bú đúng khi trẻ bắt đầu bú được.
- Phòng tránh đẻ thấp cân khi mang thai:
 - + Mẹ được ăn uống đầy đủ.
 - + Không lo lắng, không làm việc nặng.
 - + Khám thai đầy đủ để được hướng dẫn

10. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NẰM LỒNG ẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ.
- Bảo đảm vô khuẩn trong chăm sóc trẻ.
- Bảo đảm nuôi dưỡng đầy đủ cho trẻ
- Phát hiện và xử trí kịp thời các diễn biến bất thường của trẻ

II. CHUẨN BỊ

1. Lồng ấp:

- Làm vệ sinh sạch sẽ, chiếu đèn tử ngoại để tiệt trùng trước khi dùng.
- Kiểm tra xem hệ thống điều chỉnh nhiệt độ, độ ẩm, oxy có hoạt động tốt không.
- Kiểm tra xem hệ thống báo động có hoạt động không.

2. Các dụng cụ chăm sóc:

- Tã lót, bơm cho ăn, ống thông, thìa, cốc, đều được tiệt trùng.
- Nước ấm, xà phòng cho trẻ nhỏ, để tắm tại giường hàng ngày.

3. Các dụng cụ cấp cứu:

Mặt nạ, bóng bóp, nguồn oxy, máy hút, ống thông hút

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Cắm điện cho lồng ấp, bật công tắc, điều chỉnh các thông số của lồng ấp:

- **Nhiệt độ:** tùy theo cân nặng và tuổi của trẻ mà đặt nhiệt độ thích hợp:

Cân nặng	Tuổi		
	1 ngày	4 ngày	8 ngày
≤ 1500g	36°C	35°C	34°C
1501 - 2000g	35°C	34°C	34°C
2001 - 2500g	34°C	33°C	33°C
>2500g	33°C	32°C	32°C

- **Độ ẩm:** thường để độ ẩm 60%
- **Oxy:** tùy theo y lệnh cho các trường hợp cụ thể
- Đặt bệnh nhi vào lồng ấp:
 - + Chờ cho nhiệt kế trong lồng ấp chỉ đúng nhiệt độ theo yêu cầu
 - + Đặt bệnh nhi vào lồng ấp, cởi áo, không quấn tã, chỉ quấn khố để không dái ỉa ra lồng ấp.
- Theo dõi mạch, nhịp thở, nhiệt độ, cân nặng
- Hàng ngày tắm cho trẻ ở trong lồng ấp (xem bài tắm trẻ)

- Mọi động tác chăm sóc đều thực hiện ở trong lồng ấp, người chăm sóc chỉ cho tay vào trong lồng ấp qua cửa sổ của lồng ấp.
- Trước khi tiến hành các động tác chăm sóc, thăm khám, điều trị, nhân viên y tế phải rửa và lau khô tay cẩn thận.
- Cho trẻ ăn đầy đủ theo y lệnh.
- Khi lồng ấp bẩn phải thay lồng ấp sạch cho bệnh nhi.
- Nếu có tín hiệu báo động ở lồng ấp phải điều chỉnh ngay thông số có rối loạn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sống như mạch, nhịp thở, 2 giờ một lần.
- Cân bệnh nhi hàng ngày.
- Ghi nhiệt độ bệnh nhi ngày 2 lần.
- Ghi chép số lượng và tính chất phân, nước tiểu hàng ngày.
- Ghi chép và xử lý ngay các dấu hiệu bất thường như: khó thở, tím tái, nôn, trướng bụng.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

Giải thích tình hình bệnh và các diễn biến có thể xảy ra.

- Hướng dẫn bà mẹ cách duy trì nguồn sữa (cách vắt sữa, cách cho con bú có hiệu quả khi trẻ bú được).
- Hướng dẫn phòng bệnh: tùy theo từng bệnh cụ thể của từng bệnh nhi.

11. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho trẻ được chiếu đèn đúng phương pháp, đạt hiệu quả cao.
- Phát hiện các dấu hiệu vàng da nặng để xử lý kịp thời.
- Đảm bảo nuôi dưỡng, vệ sinh tốt cho trẻ.

II. CHUẨN BỊ

1. Chiếu đèn:

- Đèn ánh sáng xanh chuyên dùng, đủ số lượng, công suất, bóng đèn còn thời gian sử dụng.
- Điều chỉnh cho khoảng cách từ đèn đến trẻ là 50 cm.

2. Lồng ấp:

- Sạch sẽ, vô khuẩn, đảm bảo tiêu chuẩn chuyên môn (xem bài chăm sóc trẻ sơ sinh nằm lồng ấp).
- Dùng băng nâu hoặc đen để che mắt trẻ trong khi chiếu đèn, tránh hại mắt cho trẻ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bật lồng ấp, đặt các thông số thích hợp (xem bài “ Chăm sóc trẻ sơ sinh nằm lồng ấp”).
- Chờ cho lồng ấp nóng đạt mức yêu cầu mới đặt bệnh nhi vào.

Bệnh nhi:

- + Cởi trần, không quấn tã, chỉ quấn khố để tránh dãi ỉa ra lồng ấp. Cố gắng bộc lộ được càng nhiều phần da để chiếu đèn càng tốt.
- + Dùng gạc che kín 2 mắt của trẻ.
- Bật đèn chiếu, kiểm tra và sửa lại cho cả dàn đèn đều sáng rõ.
- Thay đổi tư thế của bệnh nhi 2 giờ 1 lần để cho tất cả các phần da đều được đèn chiếu.

*** Nuôi dưỡng:**

- Trẻ chiếu đèn vẫn được bú sữa mẹ. Khi đưa trẻ ra ngoài lồng ấp để bú mẹ phải quấn ấm cho trẻ.
- Nếu trẻ không bú được phải cho trẻ ăn qua ống thông theo đúng y lệnh. Lượng sữa cần cho trẻ được tính như sau:
- *Trẻ đẻ non và thấp cân dưới 2.500g:*

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	25 - 30 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ hai sau đẻ	:	50 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ ba sau đẻ	:	80 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ tư sau đẻ	:	100 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ năm sau đẻ	:	120 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ sáu, bảy sau đẻ	:	140 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ tám trở đi	:	180 ml/kg/24 giờ.
- *Trẻ đủ tháng:*

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	60 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ hai sau đẻ	:	90 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ ba sau đẻ	:	110 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ tư sau đẻ	:	140 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ năm - bảy sau đẻ	:	150 ml/kg/24 giờ.
Từ tuần thứ hai trở đi	:	Cho 180 đến 200 ml/kg/ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi nhiệt độ: ghi ngày hai lần. Đề phòng trẻ bị sốt do chiếu đèn hoặc nhiệt độ lồng ấp quá cao.
- Theo dõi trương lực cơ: nếu tăng là có nguy cơ vàng nhân não.
- Các dấu hiệu suy hô hấp: nhịp thở, tím tái, rút lõm lồng ngực.
- Ghi hàng ngày:
 - + Mức độ vàng da tăng hay giảm.
 - + Lượng ăn của trẻ, cân nặng
 - + Màu sắc phân, nước tiểu

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Hướng dẫn bà mẹ duy trì nguồn sữa mẹ.
- Giải thích tình hình bệnh và các diễn biến có thể xảy ra.

*** Hướng dẫn cách phòng bệnh vàng da:**

- Cho bú mẹ càng sớm càng tốt ngay sau đẻ. Đặc biệt cần chú ý tận dụng sữa non vì có tác dụng nhuận tràng nhẹ làm cho trẻ ỉa phân su sớm để đào thải sớm chất gây vàng da ra ngoài.
- Hàng ngày bà mẹ phải bế con ra nơi có ánh sáng mặt trời để quan sát da của trẻ xem có bị vàng da không.
- Khi trẻ mới sinh bị vàng da và có 1 trong những dấu hiệu nguy hiểm sau cần đưa đến ngay cơ sở y tế:
 - + Anh hoặc chị cháu bé bị vàng da nặng thời kỳ sơ sinh
 - + Vàng da xuất hiện ngay trong 2 ngày đầu sau đẻ
 - + Trẻ nôn hoặc lì bì
 - + Trẻ bú kém
 - + Trẻ sốt
 - + Trẻ ỉa phân bạc màu.

12. CHĂM SÓC BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN**I. MỤC ĐÍCH**

- Phát hiện và đánh giá được mức độ khó thở.
- Xử trí kịp thời cơn khó thở.
- Phòng bội nhiễm viêm phổi
- Chống kiệt sức do gắng sức co kéo cơ hô hấp.
- Hướng dẫn cách kiểm soát bệnh ngoài cơn hen

II. CHUẨN BỊ**1. Phòng chăm sóc, theo dõi:**

- Thoáng, sáng, ấm (26 - 28°C).
- Phòng có hệ thống oxy dự trữ càng tốt.

2. Dụng cụ:

- Hệ thống thở oxy đầy đủ: nguồn oxy, dây dẫn, bình ẩm, masque, ống thông thở oxy.
- Dụng cụ cấp cứu hỗ trợ hô hấp: bóng bóp, bộ đèn và ống đặt nội khí quản.
- Máy hút, ống thông hút cỡ số phù hợp với bệnh nhi.
- Máy khí dung (aerosol)
- Dụng cụ dùng kèm bình xịt thuốc giãn phế quản như bình thở trẻ em: Ventolin Inhaler, Bricanyl Inhaler

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chú ý tâm lý tiếp xúc bệnh nhi, cần vỗ về an ủi động viên và giải thích (nếu trẻ hiểu) giúp trẻ tránh lo lắng sợ hãi, tránh gắng sức, thở đều và hợp tác với bác sĩ, điều dưỡng.
- Khi bệnh nhi có biểu hiện khó thở phải để ở tư thế đầu cao, gắn hệ thống oxy, nới rộng áo vùng cổ, ngực.
- Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng của cơn khó thở như đếm nhịp thở, dấu hiệu co kéo cơ hô hấp, tím tái, 1h/lần. Đánh giá mức độ nặng cơn hen, báo bác sĩ để cho y lệnh kịp thời.
- Hút dịch xuất tiết ở mũi họng nếu có.
- Thở khí dung các loại thuốc giãn phế quản theo y lệnh hoặc dùng các dụng cụ như bình trợ giúp hít thở cho trẻ em để sử dụng các thuốc điều trị đặc hiệu.
- Sau khi khí dung cần vỗ rung với tần số vỗ nhanh, nhưng biên độ thấp lí liệu pháp hô hấp, hút kĩ đờm dãi thông thoáng đường thở, dẫn lưu tư thế v.v...
- Nếu có chỉ định thở oxy phải khẩn trương cho thở oxy đúng phương pháp (qua ống thông mũi, qua mặt nạ v.v...) đủ lưu lượng, nồng độ oxy.
- Cặp nhiệt độ 2 lần/ngày.
- Cân hàng ngày.
- Vệ sinh cơ thể.
- Đảm bảo chế độ ăn đủ calo: nếu trẻ không ăn được phải đổ thìa hay cho ăn bằng ống thông dạ dày theo định lượng và thời gian, chủ yếu là sữa và thức ăn lỏng

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các dấu hiệu toàn thân: nhiệt độ, cân nặng, tinh thần.
- Theo dõi: nhịp thở, nhịp tim, 1 giờ/lần.
- Đánh giá mức độ nặng cơn khó thở dựa vào: tím tái, thở gắng sức, thời gian kéo dài cơn khó thở.
- Lượng và tính chất dịch tiết đờm dãi hút được.
- Các thông số thực hiện y lệnh nếu có tiến hành biện pháp oxy: lưu lượng, nồng độ v.v...
- Tình trạng ăn uống

V. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH

** Các biện pháp phòng ngừa bệnh hen và không làm cho các cơn hen xuất hiện:*

- Tránh xa các nguyên nhân khởi phát cơn hen như: lông thú, bụi nhà, hay gắng sức....
- Dùng thuốc điều trị dự phòng theo đúng đơn của bác sĩ.
- Kiểm tra định kì, liệu pháp tâm lí cho trẻ hàng ngày.
- Đảm bảo nuôi dưỡng trẻ đầy đủ.
- Hạn chế gắng sức.
- Cần cho khám và điều trị dứt điểm các đợt ho sốt, viêm nhiễm đường hô hấp.

13. CHĂM SÓC BỆNH NHI VIÊM PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Phát hiện và xử trí kịp thời tình trạng suy hô hấp.
- Đề phòng kiệt sức do khó thở gây ra.
- Hạ thấp tỉ lệ tử vong do viêm phổi nặng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

Phòng điều trị phải rộng rãi, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông. Tránh gió lùa.

2. Các phương tiện để chăm sóc:

- Đồng hồ để đếm nhịp thở, mạch.
- Hệ thống thở oxy: bình oxy, dây dẫn, lọ nước làm ẩm, ống thông, mặt nạ...
- Máy hút, ống thông vô khuẩn có các cỡ số phù hợp.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nới rộng quần áo, tã lót.
- Làm thông thoáng đường hô hấp bằng cách hút đờm dãi và các chất xuất tiết ở mũi họng. Cỡ ống thông số 6 - 8 cho trẻ nhỏ, số 8 - 10 cho trẻ lớn. Chú ý hút đúng phương pháp.
- Khi có suy hô hấp cho bệnh nhi thở oxy qua ống thông mũi. Liều lượng: trẻ sơ sinh: 0,5 l/phút, trẻ nhỏ 1,5 l/phút, trẻ lớn 3 l/phút. Nếu thở oxy qua ống thông mũi bị kích thích nhiều cho trẻ thở oxy qua mặt nạ.

Chú ý: Oxy phải được làm ẩm qua bình nước; thường xuyên kiểm tra ống thông để phòng tắc.

- Vỗ rung nhiều lần trong ngày khi trẻ khò khè, ứ đọng đờm dãi, sau đó hút cho trẻ
- Đếm nhịp thở. Trường hợp nặng 3 h/lần.
- Đo mạch và nhiệt độ hàng ngày.
- Cân theo định kì 3 ngày/lần
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu nặng của bệnh: bú kém, bỏ bú, không uống được, thở nhanh hơn, thở khó hơn, tím tái, các tiếng thở bất thường: tiếng rít, tiếng khò khè...

* Chế độ ăn:

- Đảm bảo cho trẻ bú sữa mẹ. Khi trẻ khó thở nhiều vắt sữa đổ bằng thìa. Nếu trẻ không nuốt được cho trẻ ăn qua ống thông dạ dày.
- Trẻ lớn cho ăn lỏng, dễ tiêu, chia nhiều bữa, đủ calo.
- Cho uống nhiều nước để bù lại lượng nước đã mất do sốt, thở nhanh, tiêu chảy.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhịp thở, nhịp tim, nhiệt độ.
- Tình trạng khó thở, rút lõm lồng ngực, tím tái, tiếng thở bất thường.
- Tình trạng xuất tiết, các chất dịch hút được.
- Nếu phải thở oxy: ghi tình trạng trước và sau khi thở oxy.
- Tình trạng dinh dưỡng và tiêu hóa: ăn, uống, nôn, bỏ bú, bỏ uống, tiêu chảy

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Giải thích cho bà mẹ tình trạng bệnh của trẻ để gia đình hiểu và cộng tác chăm sóc.
- Giải thích bà mẹ cho bú nhiều lần hơn khi trẻ ốm. Nếu trẻ không bú được hướng dẫn vắt sữa và cho uống bằng thìa đúng phương pháp.
- Hướng dẫn bà mẹ báo ngay cho thấy thuốc khi trẻ có các biểu hiện: không bú được, trẻ mệt hơn, trẻ thở nhanh hơn, thở khó hơn.

*** Hướng dẫn cách phòng bệnh:**

- Giữ ấm cho trẻ, tránh nhiễm lạnh.
- Tiêm phòng đầy đủ.
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Phát hiện và điều trị sớm các nhiễm khuẩn của mũi, họng.

14. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÓ ỐNG THÔNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI**I. MỤC ĐÍCH**

- Bảo đảm dẫn lưu màng phổi tốt.
- Theo dõi dịch chảy ra, hiệu quả của dẫn lưu.
- Chăm sóc vết thương mở thông màng phổi

II. CHUẨN BỊ**1. Bệnh nhân:**

- Nằm phòng riêng có hệ thống dẫn lưu kín liên tục bằng khí nén (nếu có) hoặc hệ thống chai dẫn lưu kín, vô khuẩn.
- Nằm tư thế Fowler

2. Dụng cụ:

Máy hút liên tục hoạt động bằng khí nén hoặc chai dùng để dẫn lưu, nguồn oxy, ống thông hút vô khuẩn, máy hút, mặt nạ, bóp bóng... luôn có sẵn tại buồng để tiện lợi khi sử dụng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Dẫn lưu bằng máy hút liên tục hoạt động bằng khí nén:**

- Kiểm tra hệ thống khí nén xem có đủ áp lực hoạt động. Đổ nước sát khuẩn vào bình đựng dịch, có đánh dấu mức dịch.
- Đổ nước mềm vào bình tạo áp lực. Điều chỉnh áp lực hút tính theo cm nước theo y lệnh.
- Lắp đặt hệ thống dây hút, tiếp nối vào hệ thống khí nén.
- Kiểm tra lại các nơi tiếp giáp: các bình - dây dẫn - các nắp... xem có bị hở không.
- Mở hệ thống khí nén kiểm tra hoạt động của máy trước khi tiếp nối với bệnh nhi.
- Nối hệ thống máy hút với ống thông dẫn lưu ở phổi của bệnh nhi.
- Cố định ống dẫn để phòng tuột ống thông khi bệnh nhi thay đổi tư thế.
- Hướng dẫn người nhà cách giữ bệnh nhi, cách cho ăn, không thay đổi tư thế khi đang dẫn lưu.

2. Dẫn lưu kín bằng chai:

- Đổ dịch sát khuẩn vào chai, có đánh dấu mức dịch.
- Đậy nắp cao su đã có ống dẫn lưu đi qua, đầu ống dẫn có buộc ngón tay găng thun, nhúng sâu 3 - 5 cm vào dịch sát khuẩn.
- Kiểm tra ống thông khí ở nút chai, kiểm tra độ khít của nút chai.
- Đặt chai ở nơi ít va chạm, chai dẫn lưu phải luôn ở thấp hơn chân ống dẫn lưu 50 - 60 cm nhưng không được để tiếp giáp với mặt đất.
- Nối ống dẫn lưu với bệnh nhi, sau đó mở kẹp ống dẫn lưu màng phổi.
- Kiểm tra lại các ống dẫn để đảm bảo không có hiện tượng bị gấp, bị xoắn vặn.

3. Chăm sóc hàng ngày:*a. Thay băng:*

- Vén áo bộc lộ rõ vùng dẫn lưu
- Tháo băng cũ, thận trọng, nhẹ nhàng tránh làm tuột ống.
- Rửa sạch xung quanh chân ống thông bằng oxy già, nếu chân ống thông nhiễm trùng sát khuẩn quanh chân ống thông bằng betadin, sát khuẩn rộng ra vùng xung quanh 5 cm
- Thấm khô, đặt băng gạc vô khuẩn có cắt rãnh bao quanh chân ống thông.
- Dán băng dính cố định.

b. Thay chai dịch đã dẫn lưu:

- Dùng kẹp kẹp ống dẫn lưu.
- Ghi lại lượng dịch trước khi đổ.
- Làm vệ sinh chai (bình) đổ dịch sát khuẩn bằng mức cũ để tiện việc theo dõi.
- Kiểm tra các nút để đảm bảo kín, nối với bệnh nhi sau đó mở kẹp.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số lượng, dịch hút ra, màu sắc, tính chất (đặc hay loãng, có máu hay có lẫn bọt khí).
- Tình trạng vết thương.
- Tình trạng hô hấp và tình trạng chung của bệnh nhi.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích cho bà mẹ và gia đình về tình trạng bệnh của trẻ để gia đình biết và cùng hợp tác trong chăm sóc, điều trị.
- Hướng dẫn bà mẹ khuyến khích trẻ thở sâu, ho.
- Hướng dẫn cho bà mẹ và gia đình cách nuôi dưỡng trẻ: ăn đủ chất, ăn sữa mẹ (nếu trẻ nhỏ), ăn nhiều bữa.
- Hướng dẫn bà mẹ cần báo ngay cho bác sĩ hoặc điều dưỡng nếu trẻ có dấu hiệu bất thường như thở nhanh, khó thở, bỏ bú.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vệ sinh răng, miệng, mũi và cơ thể cho trẻ.

Chú ý:

* Nếu ống dẫn lưu bị tuột, ngay lập tức dùng băng gạc đắp ngay vào vết chân ống thông, giữ tay mình áp chặt vào đó, sau đó dán cố định bằng băng dính to bản, tránh khí ulla vào khoang màng phổi qua lỗ chân ống dẫn lưu.

15. CHĂM SÓC BỆNH NHI THẤP TIM**I. MỤC ĐÍCH**

- Theo dõi và chăm sóc bệnh nhi theo từng thể bệnh: viêm tim, viêm đa khớp, múa giật.
- Theo dõi tai biến và tác dụng phụ của thuốc.
- Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn bệnh nhi và gia đình hợp tác chăm sóc phòng bệnh thấp tim.

II. NỘI DUNG CHĂM SÓC BỆNH NHI THẤP TIM**1. Đối với thể viêm đa khớp:**

- Trẻ nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn viêm khớp, chỉ để tư thế gấp nhẹ.
- Hướng dẫn trẻ vận động gấp duỗi khớp khi giảm viêm và đau.

2. Đối với thể viêm tim:

- Thực hiện đúng, đầy đủ, kịp thời y lệnh của bác sĩ.
 - Đo huyết áp, đếm mạch, đếm nhịp tim, ít nhất 1 lần trong ngày. Đếm nhịp thở trong trường hợp cần thiết.
 - Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ. Hướng dẫn gia đình cách thu thập và đo số lượng nước tiểu.
 - Cân nặng ít nhất 2 lần/tuần hoặc nhiều hơn nếu bệnh nhi có suy tim nặng.
 - Chế độ ăn và nghỉ ngơi có tầm quan trọng như thuốc điều trị, đặc biệt khi có suy tim nặng.
- + Ăn nhạt: tùy mức độ suy tim: nhạt tuyệt đối (không có muối) hoặc nhạt tương đối (từ 2 đến 4 gam muối/ngày). Động viên gia đình tự nấu ăn cho trẻ (luộc hoặc rán

không có muối) hoặc ăn theo chế độ ăn nhạt của bệnh viện. Lưu ý trẻ và gia đình một số thức ăn “nhạt” mà vẫn có muối: bánh mì, xôi, cháo, phở.... Giải thích sao cho trẻ vui vẻ, tự giác chấp nhận chế độ ăn “không ngon miệng” này, tránh ăn vụng muối.
 + Đối với các thức ăn khác: không hạn chế, không kiêng nên ăn nhiều rau, hoa quả, thức ăn giàu đạm. Khi trẻ đang được điều trị trợ tim và lợi tiểu: khuyến khích ăn hoa quả có nhiều kali: hồng xiêm, chuối tiêu, nho....

Không nên uống nhiều nước khi có phù, suy tim nặng.

+ Thực hiện nghiêm túc chế độ chăm sóc cấp 1. Trẻ suy tim nặng cần nghỉ ngơi, ăn uống vệ sinh mỗi ngày tại giường, thay đổi tư thế nhẹ nhàng, trẻ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi khi khó thở nhiều. Đánh giá chi tiết chế độ ăn, lượng nước uống và nước tiểu bệnh nhi hàng ngày.
 + Đối với các trường hợp không suy tim hoặc suy tim nhẹ cũng cần chế độ nghỉ ngơi để tránh các biến chứng dẫn tới suy tim hoặc suy tim nặng thêm. Trong thời gian ở bệnh viện trẻ sinh hoạt tại khoa phòng, không tự ý rời khỏi khoa. Chế độ nghỉ ngơi còn phải thực hiện trong nhiều tuần ở nhà để viêm tim hồi phục hoàn toàn, tránh di chứng van.

3. Đối với thể mùa giạt:

- Tùy thuộc mức độ nặng, trẻ cần được phục vụ hoàn toàn (vệ sinh thân thể, ăn uống), theo dõi sát, tránh để trẻ ngã, sảy sứt.
- Khích lệ, động viên trẻ, tránh lo âu quá mức.

4. Chăm sóc tâm lý:

- Thấp tim không phải là bệnh cấp tính, thời gian nằm viện trung bình 2 - 3 tuần, cần phải theo dõi và phòng bệnh lâu dài. Người y tá - Điều dưỡng cần cởi mở, thân thiện với trẻ và gia đình trẻ.
- Để tránh những lo âu không cần thiết, trước khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, điều trị. Nên giải thích cho trẻ: mục đích, sự cần thiết của công việc để trẻ biết và hợp tác.
- Tạo ra khung cảnh vui vẻ, trẻ có những trò chơi giải trí nhẹ nhàng phù hợp với sức khỏe: đọc báo, đồ vui... Khi bệnh đỡ, khuyến khích trẻ đem sách vào học ở bệnh viện để khi ra viện trẻ không bị lỡ học

III. THEO DÕI VÀ PHÁT HIỆN CÁC TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC

Để điều trị bệnh thấp tim trẻ phải dùng nhiều thuốc: kháng sinh, kháng viêm (aspirin, prednison), trợ tim (digoxin), lợi tiểu và một số thuốc khác.

1. Phát hiện các tai biến, tác dụng phụ của thuốc:

- Digoxin: nhịp chậm, nhịp nhanh bất thường, loạn nhịp, trẻ kêu nhìn màu vàng, đau bụng, buồn nôn....
- Thuốc kháng viêm: đau thượng vị, nôn, ợ chua, nôn máu, phân đen...
- Thuốc lợi tiểu: bệnh nhi đái quá nhiều, mất nước, hạ kali làm tăng nguy cơ ngộ độc digoxin.
- Các biểu hiện dị ứng thuốc: như nổi mề đay, ngứa.

2. Chăm sóc:

Để tránh các tác hại này cần thực hiện theo y lệnh của bác sĩ đồng thời giám sát bệnh nhi để đảm bảo thuốc được dùng đúng và đầy đủ.

- Thuốc kháng viêm được uống khi đã ăn no, prednison được dùng toàn bộ liều (nếu liều nhỏ) hoặc 2/3 liều vào buổi sáng.
- Digoxin uống đúng giờ theo y lệnh, luôn luôn kiểm tra mạch trước khi cho bệnh nhi dùng thuốc, nếu mạch chậm (dưới 60 lần/phút) hoặc có các biểu hiện bất thường, ngừng thuốc, báo bác sĩ.

IV. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH PHÒNG THẤP THỨ PHÁT

- Nói rõ cho gia đình biết phòng thấp thứ phát là điều kiện để khỏi bệnh, nhằm giảm tỉ lệ tái phát, tỉ lệ bệnh van tim.
- Thời gian phòng bệnh phụ thuộc vào tình trạng bệnh, ít nhất trong 5 năm,
- Bệnh nhi cần được tiêm mông Retarpen 4 tuần/1 lần.
- Tìm hiểu những khó khăn khi bệnh nhi tiêm phòng thấp ở địa phương, từ đó đề xuất với bác sĩ, thuyết phục gia đình đảm bảo sao cho mọi trẻ thấp tim đều được phòng thấp đầy đủ.

16. CHĂM SÓC TRẺ BỊ NÔN TRỞ**I. MỤC ĐÍCH**

- Phòng và xử trí kịp thời chất nôn trở sặc vào đường thở của trẻ.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các dấu hiệu mất nước và điện giải do hậu quả của nôn để xử trí kịp thời các dấu hiệu mất nước - điện giải.
- Theo dõi và phát hiện các triệu chứng biểu hiện nguyên nhân gây nôn: các biểu hiện cấp cứu ngoại khoa, để kịp thời chẩn đoán và xử trí (tắc ruột - lồng ruột).

II. CHUẨN BỊ

- Tất cả bệnh nhi nôn nhiều cần lưu tại phòng cấp cứu, theo dõi 24 - 48 giờ
- Chuẩn bị sẵn sàng bộ sạch cho trẻ nôn, theo dõi chất nôn.
- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn phòng khi trẻ nôn và sặc chất nôn, nếu không có máy hút có thể dùng bơm tiêm 20 ml hoặc dụng cụ hút miệng đối với sơ sinh.
- Ống thông nhỏ giọt dạ dày, dung dịch Oresol hoặc dụng cụ truyền tĩnh mạch và dịch truyền khi trẻ mất nước.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc khi trẻ nôn:**

- Để trẻ nằm đầu cao nghiêng về một bên.
- Dùng khăn lau sạch chất nôn ở miệng.

- Dùng máy hút hoặc miệng hút sạch chất nôn trào qua mũi trẻ tránh trẻ sặc.
- Khi trẻ bị nôn cho trẻ ăn uống cần phải cẩn thận, cho ít một, đổ nghiêng vào một bên má.

2. Theo dõi các biểu hiện của triệu chứng nôn và các biểu hiện của dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải.

- Theo dõi số lần nôn và chất nôn, số lượng mỗi lần nôn, có thức ăn lâu tiêu hoặc có máu trong chất nôn không.
- Trẻ khát nước, da niêm mạc khô, mạch quay nhanh nhỏ, tiểu ít khi mất nước nhiều, cân hàng ngày để đánh giá sự sụt cân do mất nước.

3. Theo dõi các triệu chứng đi kèm theo với triệu chứng nôn:

- Đau bụng: khóc thét từng cơn, đi ngoài ra máu: khi lồng ruột, tắc ruột, bán tắc ruột, cấp cứu ngoại khoa.
- Sốt, co giật nhưc đầu kèm nôn khi trẻ bị các bệnh viêm màng não, u não.
- Kèm theo với tiêu chảy, đau bụng khi trẻ bị tiêu chảy, ngộ độc thức ăn.

4. Nếu trẻ nôn nhiều không ăn uống được có thể:

- Đặt ống thông dạ dày - tá tràng, nhỏ giọt dung dịch Oresol hoặc sữa (kỹ thuật và theo dõi như phân đặt ống thông dạ dày tá tràng).
- Nếu trẻ mất nước nặng, báo bác sĩ để truyền tĩnh mạch để bù nước, điện giải (kỹ thuật, chăm sóc, theo dõi như phân truyền tĩnh mạch).

5. Các xét nghiệm cần làm để theo dõi trẻ nôn:

- Xét nghiệm công thức máu, điện giải đồ, hemotocrit để đánh giá tình trạng mất nước.
- Các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân nôn như: chụp bụng không chuẩn bị, xét nghiệm nước não tủy... theo y lệnh của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá sự diễn biến của triệu chứng nôn: số lần nôn ngày càng tăng, nôn kéo dài, số lượng chất nôn, chất nôn có nước mật và máu là có diễn biến xấu cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.
- Đánh giá diễn biến của các triệu chứng mất nước: khát nước, mắt trũng, nếp véo da. Triệu chứng mất nước nặng có nghĩa là: nôn nhiều gây rối loạn điện giải.
- Cập nhật hồ sơ và báo cáo ngay bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NẾU CÓ XUẤT HIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG ĐẶC BIỆT KÈM THEO NÔN NHƯ NHÚC ĐẦU, SỐT, TIÊU CHẢY...

- Hướng dẫn gia đình bình tĩnh xử trí khi trẻ nôn: đỡ đầu cho trẻ, hoặc đặt trẻ nằm nghiêng để tránh cho chất nôn sặc vào đường hô hấp.
- Hướng dẫn gia đình có thể cho trẻ uống nước từ từ từng thìa nhỏ một giữa các đợt nôn để tránh sự mất nước do nôn.

- Hướng dẫn gia đình cách cho trẻ ăn để phòng tránh nôn trớ ở trẻ nhỏ.
- Khi cho trẻ ăn sữa bình, sữa phải ngập cổ bình, không để trẻ bú phải hơi.
- Sau khi cho trẻ ăn bế trẻ ở tư thế đứng vỗ nhẹ vào sau lưng hoặc nghiêng chếch để trẻ dễ ợ hơi.
- Nếu đặt nằm: cần đợi sau khi trẻ đã ợ hơi, đặt trẻ nằm nghiêng trái cho hơi qua hết tá tràng rồi mới đặt trẻ nằm ngửa.

17. CHĂM SÓC BỆNH NHI TIÊU CHẢY CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi diễn biến của bệnh tiêu chảy.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các triệu chứng mất nước, mất điện giải.
- Bù nước đúng theo tình trạng mất nước.
- Đảm bảo tiếp tục nuôi dưỡng trẻ.

II. CHUẨN BỊ

- Nếu bệnh nhi bù nước bằng đường uống, cần chuẩn bị chỗ ngồi để mẹ có thể cho con uống Oresol dễ dàng trong 3 - 4 giờ.
- Nếu trẻ cần truyền dịch tĩnh mạch, nên truyền tại phòng cấp cứu để có thể theo dõi trong quá trình truyền.
- * *Chuẩn bị*
- Oresol 1 gói, nước pha Oresol 1 lít, bình định lượng Oresol uống trong 4 giờ - thìa, cốc sạch.
- Dịch truyền: Ringerlactat, dung dịch muối sinh lý 9‰.
Dung dịch bicarbonat 14‰, kim bướm, dây truyền,
- Ống thông dạ dày nhỏ giọt Oresol khi trẻ nôn nhiều không truyền tĩnh mạch ngay.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nội dung theo dõi diễn biến của tiêu chảy: 2 giờ - 4 giờ - 6 giờ /1 lần

- Phân: số lần tiêu chảy 24 giờ, tính chất phân, số lượng.
- Nôn: số lần, khối lượng, chất nôn.
- Đau bụng: khóc, quằn quại khi đi ngoài, mót rặn, phân nhày mũi máu.
- Bụng trướng: bụng trướng căng khi hạ kali.
- Biếng ăn, sốt, đại ít.

2. Nội dung theo dõi dấu hiệu mất nước: 2 giờ - 4 giờ/1 lần.

- Toàn trạng: tỉnh táo, kích thích vật vã.
- Khát nước: uống bình thường, khát nước uống háo hức, li bì không uống được.
- Nếp véo da.
- Mạch, huyết áp, lượng nước tiểu ml/giờ.

3. Khối lượng Oresol uống, khối lượng dịch truyền trong từng giai đoạn:

2giờ - 4 giờ, khối lượng nước uống, thức ăn.

Diễn biến các triệu chứng mất nước được chẩn đoán theo mức độ. Mất nước A - B - C (xem bảng chẩn đoán các dấu hiệu mất nước trong phác đồ điều trị)

4. Khi bù nước bằng đường uống:

- Giải thích cho bà mẹ yên tâm: bù dịch bằng cách cho trẻ uống Oresol
- Hướng dẫn mẹ cho con uống đúng cách: cho trẻ uống từng ngụm hoặc từng thìa một.
- Theo dõi số lượng dung dịch Oresol đã uống trong 4 giờ.
- Sau 4 giờ hướng dẫn mẹ cho trẻ bú hoặc ăn lại bình thường.

5. Khi bù nước bằng đường tĩnh mạch:

- Sau khi truyền tĩnh mạch: theo dõi tốc độ, khối lượng dịch truyền, phát hiện sớm các triệu chứng sốc huyết thanh để ngừng truyền và xử trí kịp thời.
- Nếu trẻ uống được vẫn cho trẻ uống Oresol 5ml/kg.
- Sau khi truyền 2 giờ nếu trẻ đòi ăn, vẫn cho trẻ bú hoặc ăn như thường.

6. Tiếp tục nuôi dưỡng trẻ:

- Giải thích bà mẹ cho trẻ bú, ăn tiếp tục như thường, không để trẻ nhịn ăn.
- Thức ăn cho trẻ ăn là loại thức ăn dễ tiêu, giàu năng lượng: sữa mẹ, bột, cháo.
- Nếu trẻ biếng ăn cho ăn nhiều bữa, mỗi bữa ăn ít một.

7. Rửa vùng hậu môn - sinh dục cho trẻ bằng nước ấm, thấm khô thay tã lót sau mỗi lần đi ngoài.**IV. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI****1. Hướng dẫn mẹ khi bù nước:**

- Cách pha Oresol, dung dịch bù nước tại nhà, nước cháo muối, sau mỗi lần ỉa cho uống 50 - 100ml.
- Cách cho uống Oresol: cho uống từ từ từng thìa, nếu trẻ nôn cho uống chậm lại 1-2 phút một thìa.
- Tiếp tục cho trẻ ăn, cho bú khi trẻ bị tiêu chảy.

2. Hướng dẫn mẹ cách phòng bệnh tiêu chảy cấp cho trẻ:

- Nuôi con bằng sữa mẹ, cho trẻ ăn bổ sung đầy đủ.
- Vệ sinh ăn uống: rửa tay sạch trước khi chuẩn bị thức ăn, hoặc cho trẻ ăn và chăm sóc trẻ.
- Vệ sinh môi trường: quản lý phân, dùng nước ăn uống sạch.
- Tiêm chủng đầy đủ, tiêm phòng sởi.

18. CHĂM SÓC BỆNH NHI XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi diễn biến các triệu chứng xuất huyết tiêu hóa còn tiếp tục hay đã ngừng chảy.
- Phát hiện kịp thời tình trạng chảy máu nặng, sốc do mất máu đường tiêu hóa.
- Điều trị cấp cứu những bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa nặng.
- Theo dõi các triệu chứng kèm theo với xuất huyết tiêu hóa như sốt, vàng da, đau bụng giúp cho chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

II. CHUẨN BỊ

- Bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa nặng, nhiều, ô ạt cần theo dõi tại phòng cấp cứu, thuộc bệnh chăm sóc cấp I

Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

- Ống thông dạ dày phù hợp.
- Huyết áp kế phù hợp với lứa tuổi.
- Đồng hồ giây đếm mạch.
- Dịch truyền Lactat ringer, dung dịch muối sinh lí 9‰, huyết tương
- Máu cùng nhóm
- Các dụng cụ kim bướm, bộ dây truyền dịch.
- Dụng cụ đo áp lực tĩnh mạch khi cần thiết.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhi cần nằm yên tĩnh tại giường trong phòng thoáng, ấm có chăn đắp có oxy, tránh cử động nhiều, nếu huyết áp dưới 80mmHg (tối đa) cần để bệnh nhi nằm đầu thấp.
- Đo mạch và huyết áp 1 giờ/lần, nếu máu chảy ô ạt đo theo y lệnh bác sĩ: đo 30 phút/lần, đánh giá màu sắc niêm mạc.
- Nếu mất máu nặng, huyết sắc tố dưới 8 g/lít, chuẩn bị truyền máu cho bệnh nhi.
- Đặt ống thông dạ dày hút dịch để xác định có xuất huyết dạ dày không ? và sau 1 - 2 giờ hút lại xem máu có tiếp tục chảy không ? ống thông dạ dày còn sử dụng để bơm rửa dạ dày bằng các dung dịch lạnh, kiểm để góp phần cầm máu tại chỗ.
- Theo dõi các biểu hiện xuất huyết tiêu hóa như màu sắc chất nôn (có kèm máu tươi, máu loãng), màu sắc phân (màu đen, bã cà phê, hoặc đỏ tươi, đỏ sẫm).
- Trẻ bị xuất huyết tiêu hoá cần nằm yên tại giường không để trẻ tự động đi lại khi còn đang theo dõi xuất huyết tiêu hóa. Nếu cần di chuyển để chụp phim, làm xét nghiệm phải chuyển bằng giường, cang.
- Theo dõi tình trạng tinh thần của trẻ: tỉnh táo, lơ mơ, lú lẫn hoặc hôn mê. Vì khi mất máu nhiều, trẻ có thể có các biểu hiện thiếu máu não gây các biểu hiện li bì, hôn mê.

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM ĐỂ THEO DÕI XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở TRẺ EM**1. Xét nghiệm đánh giá diễn biến mức độ xuất huyết tiêu hóa:**

- Thực hiện các xét nghiệm theo y lệnh.
- Công thức máu - Hemoglobin hàng ngày, từng giờ.
- Hematocrit.
- Thời gian máu chảy máu đông
- Nhóm máu (để chuẩn bị truyền khi cần)
- Máu trong phân: nếu nghi ngờ Benzidin

2. Thăm dò cận lâm sàng chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa:

* Chuẩn bị bệnh nhi theo y lệnh của bác sĩ để thực hiện các thăm dò sau:

- Nội soi dạ dày tá tràng hoặc đại tràng cấp cứu.
- Siêu âm gan mật tìm nguyên nhân chảy máu đường mật.
- Chụp X quang đường tiêu hóa có chuẩn bị.
- Chụp nhấp nháy phóng xạ bụng.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá diễn biến của xuất huyết tiêu hóa dựa vào chất nôn và phân có máu tiếp tục ngày càng tăng không?
- Huyết áp, mạch, lượng nước tiểu, tinh thần bệnh nhi có tiến triển tốt hay xấu so với trước khi điều trị: tốt lên hay xấu đi, xấu nhanh hơn chứng tỏ lượng máu mất nhiều. Theo dõi còn xuất huyết hay đã ngừng
- Cần ghi rõ trong hồ sơ các triệu chứng nôn máu, ỉa máu, mạch, huyết áp, tình trạng tinh thần, lượng nước tiểu, lượng dịch, lượng máu đã truyền theo y lệnh của bác sĩ tùy theo mức độ và tình trạng xuất huyết tiêu hóa 30 phút/lần, 1 giờ 1 lần, hoặc 3 giờ 1 lần....
- Trong quá trình theo dõi bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa cần báo cáo ngay những diễn biến cấp tính đột xuất biểu hiện tình trạng chảy máu cấp cần phải xử trí báo ngay cho bác sĩ.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI THEO DÕI VÀ PHÒNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

- Giải thích cho gia đình bệnh nhi về tình trạng bệnh để gia đình hiểu và cùng hợp tác trong chăm sóc, điều trị.
- Theo dõi và giữ chất nôn và phân khi nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa, khi chất nôn và phân có máu phải đưa trẻ tới bệnh viện khám.
- Để phòng xuất huyết tiêu hóa: uống thuốc theo đúng chỉ định của thầy thuốc, hạn chế dùng thuốc aspirin, analgin, các loại cortison.
- Hướng dẫn chế độ vệ sinh và ăn uống cho bệnh nhi: cho trẻ ăn thức ăn nguội, mềm, dễ tiêu hoá.

19. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY THẬN CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện các diễn biến, đặc biệt các diễn biến xấu đi của bệnh.
- Bảo đảm nước điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Bảo đảm dinh dưỡng thích hợp.

II. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhi:

- Trao đổi giải thích cho người nhà và trẻ lớn hiểu bệnh của trẻ.
- Yêu cầu người nhà bệnh nhi hợp tác với nhân viên y tế trong chăm sóc trẻ
- Nằm ở phòng ấm, thoáng, ít ồn ào.

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ hoặc ống thông thở oxy, máy đo huyết áp.
- Dụng cụ đè lưỡi.
- Ống thông và bơm tiêm 50 ml để cho ăn.
- Khăn lau sạch phòng khi trẻ nôn, trớ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhi nằm phòng thoáng mát, ấm.
- Nới rộng quần áo chặt, bó.
- Vệ sinh răng, miệng, da.
- Hút dịch xuất tiết miệng nếu có.
- Cặp nhiệt độ.
- Đếm nhịp thở, nhịp tim 1 giờ/lần.
- Cân bệnh nhi mỗi ngày.
- Đo thể tích nước tiểu/24 giờ trẻ gái và trẻ trai bằng dùng túi hứng nước tiểu chuyên dụng.
- Theo dõi màu sắc da, cơn giật, kích thích, nôn, li bì hoặc hôn mê, chảy máu mũi, vết tím dưới da: xuất hiện mới, xấu hơn hoặc đỡ đi.
- Đếm nhịp thở và nhận xét kiểu thở: nhanh, nhanh sâu hoặc rối loạn nhịp thở khác.
- Cho ăn: trẻ tỉnh ăn thức ăn khô, trẻ tiền mê hoặc hôn mê phải cho ăn bằng ống thông dạ dày (thay ống thông hàng ngày). Thức ăn theo chế độ ăn của trẻ suy thận.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu cơ bản: mạch, nhịp thở 1 - 2 giờ/lần.
- Theo dõi số lượng nước tiểu bằng túi đo hoặc bình đo có vạch ml.
- Theo dõi tình trạng kích thích, vật vã, nôn, chảy máu mũi, chân răng, lưỡi, da.

- Nếu xuất tiết dịch, đờm dãi ở miệng ở đường hô hấp phải hút.
- Thay đổi tư thế cho trẻ 2 - 3 giờ/lần.
- Ăn: thức ăn lỏng hoặc khô mỗi bữa đủ lượng (ml, Kcal), mỗi ngày ăn đủ số bữa bác sĩ chỉ định

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Bình tĩnh, chăm sóc cháu theo hướng dẫn của y tá - điều dưỡng viên.
- Không tự động cho uống thuốc (viên, nước) khác chỉ định của thầy thuốc.
- Không tự động cho ăn, uống ngoài hướng dẫn.
- Hướng dẫn cho người nhà biết vệ sinh da, răng, miệng, thoáng, ấm cho bệnh nhi.

Hướng dẫn cách phòng bệnh:

- Phòng tái phát sau đợt này bằng penicillin, vệ sinh tai, mũi, họng, da, tránh nhiễm lạnh.
- Nếu bị viêm họng, nhiễm trùng da, phát ban phải điều trị đến nơi, đến chốn.

20. CHĂM SÓC BỆNH NHI VIÊM CẦU THẬN CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế vận động, đi lại.
- Phát hiện và xử lý cao huyết áp có thể dẫn đến co giật, suy tim.
- Theo dõi chế độ ăn chặt chẽ.
- Hạ thấp mức độ nguy hiểm các biến chứng của bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Gia đình và trẻ lớn:

- Giải thích về bệnh tật (bệnh gì, mức độ nặng nhẹ, có biến chứng gì...)
- Yêu cầu gia đình hợp tác tốt với nhân viên y tế trong chăm sóc, theo dõi và nội quy bệnh phòng.

2. Phòng nằm của bệnh nhi:

Ấm, thoáng, không có gió lùa, ánh sáng vừa đủ để bác sĩ và nhân viên y tế dễ quan sát, theo dõi và chăm sóc bệnh nhi.

3. Dụng cụ cấp cứu:

- Máy đo huyết áp.
- Đèn pin nhỏ soi đủ sáng.
- Gân phòng cấp cứu: có hệ thống oxy mặt nạ, ống thông thở oxy và hút dịch xuất tiết, dụng cụ dè lưỡi khi cần.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Viêm cầu thận cấp thể não: (Viêm cầu thận cao HA -> phù não co giật)**

- Đặt nằm phòng thoáng, ẩm, đầu cao.
- Bảo đảm sự yên tĩnh, chăm sóc động tác vừa phải.
- Đặt dụng cụ đè lưỡi để tránh cắn vào lưỡi.
- Đặt ống thông dạ dày qua mũi.
- Thở oxy.
- Thực hiện nhanh y lệnh thuốc tiêm, thuốc uống cần phải nghiền nhỏ bơm qua ống thông vào dạ dày.
- Theo dõi chặt chẽ cơn giật, nôn và khoảng cách giữa các lần.
- 1 giờ đo huyết áp 1 lần.
- Bảo đảm dinh dưỡng bằng thức ăn lỏng qua ống thông hoặc qua miệng (nếu điều kiện cho phép) không để lạnh.

2. Viêm cầu thận cấp cao HA có suy tim cấp:

- Bảo đảm thông thoáng đường thở.
- Đặt nằm đầu cao, thoáng, ẩm.
- Bảo đảm sự yên tĩnh.
- Thở oxy qua mặt nạ.
- Thực hiện nhanh y lệnh
- Theo dõi nhịp tim, tím tái.
- Theo dõi ho và cơn ho và chất nôn.
- Theo dõi bọt hồng do ho hoặc tự trào ra miệng.
- Đo huyết áp một giờ/lần.
- Theo dõi nước tiểu: màu sắc, số lượng
- Bảo đảm dinh dưỡng một cách thích hợp.
- Không để lạnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số lượng nước tiểu.
- Huyết áp 1 giờ/lần.
- Mạch và nhịp thở 1 giờ/1 lần.
- Số lần co giật, kéo dài bao lâu, khoảng cách giữa các cơn giật?
- Có xuất hiện dấu hiệu tím tái không? Nếu có tím tái thì tím tái tăng lên, hay giảm đi?
- Chế độ ăn có bảo đảm nhạt tuyệt đối không?
- Tình trạng dinh dưỡng và cân nặng hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Giải thích về bệnh tật, mức độ nặng, nhẹ của bệnh và yên tâm điều trị cho trẻ.
- Tuyệt đối nghe theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ và y tá - điều dưỡng trong việc chăm sóc theo dõi trẻ.
- Hướng dẫn bố (mẹ) vệ sinh thân thể cho trẻ (răng, miệng, mặt, da, hậu môn, sinh dục).

Hướng dẫn cách phòng bệnh:

- Vệ sinh thân thể.
- Vệ sinh tai, mũi, họng, da không để mụn nhọt, ghẻ lở ngoài da, viêm họng.
- Uống thuốc phòng viêm cầu thận cấp tái phát gần.
- Biết phòng nhiễm liên cầu khuẩn tiên phát.

21. CHĂM SÓC BỆNH NHI NUÔI DƯỠNG NHỎ GIỌT DẠ DÀY**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhi.
- Duy trì sự cân đối lượng thức ăn hàng ngày.
- Duy trì đường thở thông thoáng.
- Tránh các tai biến có thể xảy ra do tụt ống, xoắn ống, luồng trào ngược dạ dày - thực quản vào đường thở.
- Đề phòng nhiễm khuẩn qua đường nhỏ giọt

II. CHUẨN BỊ**1. Bệnh nhi:**

- Nằm đầu cao 30 - 45°, mặt quay về bên.
- Nếu tỉnh, giải thích kỹ cho bệnh nhi (trẻ lớn) và người nhà bệnh nhi về ý nghĩa việc nuôi dưỡng trẻ bằng nhỏ giọt dạ dày.
- Hướng dẫn bệnh nhi (trẻ lớn) và người nhà bệnh nhi phối hợp chăm sóc và phát hiện những biến chứng để xử trí kịp thời.

2. Dụng cụ:

- Dụng cụ cấp cứu: máy hút, ống thông hút các cỡ thích hợp với lứa tuổi của trẻ; mặt nạ, bóng bóp và nguồn oxy.
- Dụng cụ chăm sóc: hộp đựng bông gạc sạch, nước muối sinh lý 9‰ glycerin...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra xác định ống thông: bằng cách dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày, nếu có dịch dạ dày là chắc chắn ống thông đã nằm trong dạ dày
- Đánh dấu vào ống thông và cố định tốt ống thông cho ăn để đảm bảo ống không bị kéo căng xoắn lại hoặc lạc chỗ khi bệnh nhi cử động, ho...
- Theo dõi sát tốc độ nhỏ giọt của dung dịch dinh dưỡng.
- Trước khi cho ăn lần tiếp theo phải kiểm tra ống thông đã chắc chắn ở trong dạ dày, nếu dung dịch dạ dày hút ra quá 150 ml phải báo cho bác sĩ biết để quyết định cho ăn tiếp hay không ?.
- Sau mỗi bữa ăn qua ống thông bơm 10 ml nước chín để đảm bảo sự thông suốt của

- ống và giảm khả năng phát triển vi khuẩn.
- Ghi rõ ngày, giờ cho ăn bữa đầu tiên và những bữa tiếp theo.
- Theo dõi tình thần sắc thái, mạch, tình trạng tiêu hóa của bệnh nhi như: (đầy bụng, buồn nôn, nôn...) và các dấu hiệu mất nước, biểu hiện niêm mạc khô, khát, giảm bài tiết nước tiểu và những biến chứng khác có thể xảy ra để báo cho bác sĩ xử trí kịp thời. Theo dõi triệu chứng buồn nôn, nôn, trướng bụng tránh sự trào ngược thức ăn vào đường thở.
- Vệ sinh răng miệng và mũi thường xuyên trong suốt quá trình đặt ống thông cho ăn. Nếu bệnh nhi tỉnh, cho bệnh nhi súc miệng bằng nước muối sinh lí, bệnh nhi mê man dùng gạc ướt để rửa răng miệng bệnh nhi, dùng gạc thấm khô, lấy tăm bông thấm glycerin đánh lưỡi, phía trong má, môi.
- Mỗi lần thay ống thông cho ăn thì đổi luôn bên mũi để đặt ống, tùy từng trường hợp mà ống thông có thể lưu từ 24 - 48h.
- Chai đựng dung dịch dinh dưỡng và dây truyền thay từng bữa.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Có bảng theo dõi ghi ngày giờ, số lượng loại dinh dưỡng cho bệnh nhi ăn.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tiêu hóa của bệnh nhi sau mỗi lần ăn.
- Cân nặng hàng ngày.
- Các biến chứng và cách xử trí.
- Tên, người làm thủ thuật và theo dõi.

V. HƯỚNG DẪN MẸ CỦA BỆNH NHI

- Không tự tháo bỏ và di chuyển ống thông hoặc điều chỉnh khóa truyền dịch.
- Duy trì nguồn sữa mẹ trong những ngày bệnh nhi không bú được bằng cách hướng dẫn mẹ vắt sữa theo đúng phương pháp. Chuẩn bị sẵn sàng cho trẻ ăn lại sau khi có chỉ định thời không cho ăn phương pháp nhỏ giọt dạ dày nữa.
- Hướng dẫn mẹ về vệ sinh thân thể và răng miệng cho bệnh nhi.
- Tuân thủ sự hướng dẫn của nhân viên y tế.

22. CHĂM SÓC BỆNH NHI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm bệnh nhi và gia đình yên tâm, thực hiện nghiêm túc chế độ điều trị.
- Phát hiện các biểu hiện nặng của bệnh và tai biến hạ đường máu do điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ để đựng, đo lượng nước tiểu.
- Dụng cụ tiêm insulin, bộ dây truyền dịch.
- Thuốc: insulin, glucose 5%, 10%, 30%.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đái tháo đường là một bệnh phải điều trị suốt đời. Do đó người nhà và bệnh nhi thường có tư tưởng bi quan, cho là bệnh không bao giờ khỏi, nên rất chán nản, sống qua ngày, không quan tâm đến chế độ điều trị.
- Vì vậy, việc chăm sóc người bệnh đái tháo đường, trước hết phải quan tâm đến tâm tư tình cảm, tư tưởng của bệnh nhi, cần chú ý mấy điểm sau đây:

1. Chăm sóc về mặt tinh thần cho bệnh nhi và gia đình*a. Đối với bố mẹ bệnh nhi:*

- Cần cho gia đình bệnh nhi biết đái tháo đường là một bệnh hoàn toàn có khả năng điều trị được nếu gia đình chấp hành nghiêm túc chế độ tiêm Insulin đều đặn cho con, ăn uống đúng chế độ theo lời khuyên bác sĩ.
- Giữ gìn vệ sinh, tập luyện sức khỏe, thì cháu bé lớn lên sẽ khỏe mạnh, lấy vợ chồng, sinh con cái, tuổi thọ kéo dài đến già như người bình thường.

b. Đối với bệnh nhi:

- Cần khuyến trẻ lạc quan, tin tưởng,
- Không nên bỏ học, vui chơi giải trí, rèn luyện sức khỏe, biết kiên trì, bền bỉ chữa bệnh.

2. Nghiêm túc chấp hành chế độ điều trị

- Cần tiêm đủ liều lượng thuốc và Insulin theo chỉ dẫn của bác sĩ. Nếu không thì kết quả điều trị sẽ không tốt, sẽ có nhiều biến chứng như hôn mê, mờ mắt, rụng răng, không lớn v.v...
- Tốt nhất là hướng dẫn cho trẻ có thể tự tiêm cho mình khi đã lớn, tự thử lấy nước tiểu.
- Chế độ ăn uống cần phải giữ gìn như chỉ dẫn của bác sĩ, không nên ăn nhiều cơm, ngô khoai, sắn, kẹo bánh đồ ngọt. Nhưng thịt, cá, trứng, bưởi, cam thì nên ăn cho có đủ chất để chống lại bệnh tật.
- Giữ gìn vệ sinh thân thể, tắm gội thường xuyên, không để da bị sây xước ghẻ lở. Súc miệng đánh răng sau khi ăn, trước khi đi ngủ. Giữ ấm khi mùa đông rét, không để bị lạnh cổ, lạnh chân, cần giữ gìn bàn chân ấm, sạch không đi chân đất.
- Khi bị cảm, sốt, hay có các tai nạn bất thường, hoặc ngày lễ ngày tết ăn uống nhiều hơn bình thường cần nhớ tăng thêm liều Insulin.
- Khi thấy đái nhiều tăng lên, khát nhiều hơn bình thường, mệt mỏi, đau đầu, cần đến bệnh viện kiểm tra ngay đường niệu, đường huyết, và ceton niệu để cấp cứu kịp thời, để phòng hôn mê đái tháo đường.
- Khi bệnh nhi bị hôn mê đái tháo đường, cần nhanh chóng truyền dịch, tiêm Insulin theo y lệnh bác sĩ.
- Theo dõi nhịp thở, nhịp tim, huyết áp của bệnh nhi.
- Cần ủ ấm cho bệnh nhi để phòng suy tuần hoàn, trụy tim mạch.
- Khi bệnh nhi tỉnh lại cần cho uống ngay một cốc chè gừng nóng, hay sữa, cháo nóng, không được để bệnh nhi đói khi đang tiêm Insulin liều cao.
- Hôn mê đái tháo đường là một thể nặng, dễ tử vong nên y tá - điều dưỡng phải có mặt thường xuyên bên giường bệnh nhi.

- Sau khi cấp cứu bệnh nhi tỉnh lại, nhưng có thể xuất hiện vã mồ hôi, chân tay lạnh..., đó là triệu chứng hạ đường huyết. Cần cho bệnh nhi uống ngay một cốc nước đường, hoặc tiêm glucose 30% 20ml vào tĩnh mạch, nếu không trẻ sẽ rất dễ tử vong.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng tinh thần, tim mạch.
- Số lượng ăn vào, uống vào.
- Số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Số lượng và giờ tiêm insulin.
- Cân nặng 2 tuần/lần.
- Các biểu hiện bất thường khác.

V. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn bố mẹ biết chế độ ăn cho trẻ bị đái tháo đường.
- Hướng dẫn gia đình và trẻ theo dõi, đánh giá nước tiểu, tự thử lấy nước tiểu.
- Giải thích rõ những nguy hiểm có thể xảy ra khi dùng insulin quá liều.
- Với trẻ lớn tập tiêm lấy insulin.
- Hướng dẫn cách phát hiện các biểu hiện của quá liều insulin, và triệu chứng sớm của hôn mê do đái tháo đường.

23. CHĂM SÓC BỆNH NHI BỊ CO GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện và xử trí kịp thời cơn co giật.
- Phòng cơn co giật tiếp theo.
- Phòng tác dụng phụ của thuốc chống co giật.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóp bóng,
- Nguồn oxy, ống thông hút, máy hút,
- Bơm tiêm, kim tiêm,
- Vật nhựa mềm để đè lưỡi,
- Nhiệt kế.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Xử trí khi trẻ bị co giật:

- Đặt bệnh nhi nằm nghiêng trái.

- Giữ cho bệnh nhi không tự mình làm bị thương, để các vật cứng hay sắc nhọn tránh xa trẻ.
- Đặt vật nhựa, dè lưới giữa hai hàm răng nếu trẻ có răng.
- Quan sát kiểu giật, giật nửa người hay giật toàn thân. Thời gian kéo dài cơn co giật.
- Khó thở: thở oxy.

2. Ngoài cơn co giật:

- Cặp nhiệt độ.
- Nếu sốt cởi bớt quần, áo, mũ, khăn chườm nước mát lên trán, lên hai bẹn...
- Báo với bác sĩ về nhiệt độ, để có chỉ định dùng hạ sốt và thuốc an thần chống giật.
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi sau cơn giật xem có nhịp thở trở lại không? Trẻ tỉnh không? có liệt không ?.
- Phát hiện tác dụng phụ của thuốc an thần ở trẻ bị động kinh. Như nổi ban dị ứng, nôn, ngủ li bì....

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Số cơn giật trong ngày, thời gian kéo dài mỗi cơn giật.
- Tình trạng bệnh nhi sau mỗi cơn giật (ngủ, nôn)
- Đo nhiệt độ 2 lần/ngày

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Hướng dẫn bố mẹ quan sát các hành vi vận động khi trẻ lên cơn giật.
- Cách xử trí khi trẻ lên cơn giật.
- Hướng dẫn cách nhận biết các tác dụng phụ của thuốc.
- Tránh các tình huống có thể gây thương tích trẻ, khi trẻ có thể lên cơn co giật (lúc trèo cây, đi xe đạp, trên lớp học).

24. CHĂM SÓC BỆNH NHI VIÊM NÃO, VIÊM MÀNG NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng phù não nặng lên.
- Phòng thiếu oxy não.
- Phòng biến chứng hô hấp.
- Bảo đảm vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng và nước.
- Hạn chế di chứng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi

- Nhiệt độ ổn định 24 - 25°C

- Phòng thoáng, ánh sáng vừa đủ, tránh tiếng ồn.

2. Dụng cụ cấp cứu

- Mặt nạ, bóp bóng, nguồn oxy, ống thông hút cỡ số thích hợp, máy hút, bơm kim tiêm, dịch truyền, dịch mannitol.
- Ống thông cho ăn, bơm để bơm sữa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi nhiệt độ: cặp nhiệt độ ngày từ 2 - 4 lần trong giai đoạn nặng.
- Tránh làm tăng áp lực sọ não; đặt bệnh nhi nằm đầu cao 15 - 45 độ. Không nên gập cổ hay ngửa cổ, quay đầu mạnh, hoặc ấn vào ven cổ. Phòng táo bón bằng cách cho bệnh nhi ăn uống đủ nước.
- Đếm mạch, nhịp thở. Nếu nhịp thở chậm 15- 20 lần/phút hoặc nhanh trên 60lần/phút nên cho thở oxy.
- Theo dõi diễn biến các dấu hiệu: co, giãn đồng tử, liệt các chi, phát hiện kịp thời giai đoạn bệnh nhi đi vào hôn mê để cho thở oxy.
- Kiểm soát số lượng dịch đưa vào bằng đường miệng, dịch truyền và lượng nước tiểu thải ra.
- Hút dịch xuất tiết ở mũi, miệng.
- Thay đổi tư thế 2 giờ/1 lần để tránh loét.
- Vỗ, rung lồng ngực, để tránh ứ đọng đờm dãi và xoa bóp tứ chi để tăng lưu thông tuần hoàn.
- Dinh dưỡng đảm bảo đủ calo và dễ tiêu, đủ nước chống táo bón.
- Vệ sinh bệnh nhi hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi mạch, nhịp thở, nhiệt độ 2 giờ/1 lần.
- Ghi tình trạng ý thức và vận động: li bì, lơ mơ, hôn mê, co giật, liệt.
- Tình trạng tiêu hoá: rối loạn cơ tròn, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
- Giờ hút dịch, tính chất dịch hút.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Duy trì sữa mẹ nếu có.
- Hướng dẫn cách vệ sinh thân thể, tránh kích thích đầu mạnh, gập cổ hay ngửa cổ, quay đầu để không gây tăng áp lực sọ não.
- Hướng dẫn phòng bệnh: tiêm vaccin phòng viêm não Nhật Bản B và viêm màng não do Haemophilus influenza.

25. CHĂM SÓC BỆNH NHI LIỆT TỦY

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm vệ sinh cá nhân, chống loét.
- Đặt thông bàng quang, thụt hậu môn khi có rối loạn cơ tròn.
- Bảo đảm dinh dưỡng bệnh nhi.
- Phòng nhiễm khuẩn.

II. CHUẨN BỊ

Dụng cụ:

- Ống thông Nelaton hoặc Foley để thông tiểu số 6, 8, 10, 12 phù hợp với lứa tuổi trẻ
- Bông, gạc, kẹp, dung dịch sát khuẩn, nước muối sinh lý NaCl 9 ‰, 1 khăn có lỗ, 1 đôi găng cao su, dầu paraffin, ống xét nghiệm (nếu cần), bơm kim tiêm.
- Một bịch thụt có gắn ống cao su, 1 canun thụt, hoặc ống thông hậu môn, một bình đựng nước thụt, nước đun sôi để nguội, lượng nước thụt tùy theo tuổi không quá 500ml.
- Ống thông hút dịch, ống thông cho ăn, bơm cho ăn.
- Đệm chống loét, túi chườm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vệ sinh tắm, rửa cho trẻ hàng ngày.
- Tư thế nằm đệm chống loét có gối kê ở hai gót chân.
- Thay đổi tư thế hai giờ/1 lần, đặt bệnh nhi nghiêng trái, rồi nghiêng phải để tránh ứ đọng phổi và loét vùng cùng cụt.
- Xoa bóp trị liệu nhất là các chỗ bị liệt.
- Cặp nhiệt độ 2 lần/ngày. Nếu bệnh nhi có sốt cởi bớt quần áo, chườm mát ở trán và bẹn, báo bác sĩ chỉ định thuốc hạ sốt theo cân nặng.
- Khi bệnh nhi có cầu bàng quang (bí đái): đầu tiên xoa đều trên bề mặt bàng quang, xoa theo chiều kim đồng hồ. Dùng túi cao su nước ấm chườm ở khu vực bàng quang 10 phút. Tiếp theo dùng bàn tay đẩy từ rốn đến mu xương chậu. Nếu nước tiểu không chảy ra, tiến hành thông bàng quang theo đúng quy trình kỹ thuật đối với bệnh nhi nữ, nam.
- Để phòng táo bón: hướng dẫn bệnh nhi ăn đầy đủ (theo 4 ô vuông thức ăn) uống nhiều nước. Thụt tháo cho bệnh nhi đúng quy trình kỹ thuật nếu bệnh nhi bị táo bón.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các công việc chăm sóc và thực hiện.
- Các điểm cần báo cáo bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân và tuân thủ theo hướng dẫn của thầy thuốc.
- Thường xuyên nhắc nhở thay đổi tư thế, xoa bóp tích cực.
- Hướng dẫn cho bệnh nhi ăn đầy đủ (theo 4 ô vuông thức ăn), giàu đạm, dễ tiêu.

26. CHĂM SÓC BỆNH NHI XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO**I. MỤC ĐÍCH**

- Biết dự phòng và làm giảm áp lực nội sọ.
- Làm ngừng chảy máu và chống thiếu máu.
- Theo dõi và làm giảm cơn co giật.
- Theo dõi các chức năng sống.
- Giúp cho bài tiết phân.
- Cung cấp đủ dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ**1. Bệnh nhi được đặt trong phòng cấp cứu**

Nhiệt độ phòng thích hợp 26-28°C

Phòng đủ rộng, đủ ánh sáng thuận lợi cho theo dõi và quan sát bệnh nhi.

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ oxy, bóng bóp oxy, ống thông hút cỡ 5-6.
- Hộp dụng cụ đặt nội khí quản, máy hô hấp nhân tạo (nếu được trang bị).
- Hộp kim chọc dò tuỷ sống.
- Ống thông cho ăn cỡ 5-6, bơm 20ml để bơm sữa...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Giám sát và làm giảm áp lực sọ não, đảm bảo tưới máu não**

- Nâng đầu giường cao 30 độ, giữ đầu trẻ ở vị trí cân đối. Cổ trẻ không bị gập và không ruỗi ngửa quá mức, cổ ở vị trí thẳng giữa.
- Cho trẻ thở oxy qua mặt nạ với lưu lượng 5 lít/phút. Thở oxy qua ống thông mũi.
- Tiêm cho trẻ lasix và prednisolon 1 mg/kg) hoặc dexamethazol 0,4 mg/kg. theo y lệnh để làm giảm phù não.
- Đo vòng đầu hàng ngày.

2. Làm ngừng chảy máu và chống thiếu máu

Tiêm vitamin K và truyền máu theo y lệnh.

3. Dự phòng và làm giảm cơn co giật

- Ghi số cơn, kiểu cơn giật và thời gian kéo dài cơn giật.
- Cho thuốc chống co giật như Gardenal theo y lệnh.

4. Theo dõi các dấu hiệu sống:

- Theo dõi nhiệt độ cơ thể. Nếu nhiệt độ tăng cho chườm lạnh và cho thuốc hạ nhiệt theo y lệnh. Nếu nhiệt độ hạ cho ủ ấm.
- Theo dõi sát nhịp thở: nếu trẻ ngừng thở cần báo bác sĩ để đặt nội khí quản, bóp bóng oxy hoặc thở máy thông khí nhân tạo (nếu có điều kiện).
- Tránh bít tắc đường thở. Nếu đờm dãi nhiều phải hút. Thao tác phải rất nhẹ nhàng, vì gây cho trẻ kích thích, có thể gây tăng áp lực nội sọ.

5. Giúp cho bài tiết phân:

- Cung cấp đủ nước cho nhu cầu cơ thể qua thức ăn và nước uống.
- Cho thụt hậu môn glycerin theo y lệnh.

6. Cung cấp đủ dinh dưỡng cho bệnh nhi:

- Trẻ được truyền dịch và cho ăn qua ống thông mũi dạ dày trong những ngày đầu.
- Cho ăn qua ống thông mũi - dạ dày: kích thước ống thông số 4 hoặc số 5.
- Bơm sữa qua ống thông bằng bơm có dung tích 20ml.
- Kiểm tra đầu dưới của ống thông có ở trong dạ dày bằng hút dịch dạ dày.
- Kiểm tra thức ăn có được tiêu hoá bằng chất dịch hút từ dạ dày.
- Sữa được hâm nóng trước khi cho ăn.
- Sau lần bơm sữa cuối cùng, bơm 5-10ml nước để làm sạch ống thông.
- Phải thay ống thông cho ăn hàng ngày.
- Ghi số lượng thức ăn sau mỗi bữa ăn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi mạch, nhịp thở 2 giờ/1 lần.
- Theo dõi nhiệt độ 2 lần/1 ngày.
- Ghi số cơn giật, kiểu cơn giật, thời gian kéo dài của cơn giật, mức độ tỉnh - mê.
- Ghi độ căng của thóp và vòng đầu hàng ngày.
- Số bữa ăn, số lượng thức ăn.
- Tình trạng căng trướng bụng, tình trạng bài tiết phân.
- Ghi số lượng dịch cho vào cơ thể và số lượng dịch ra qua phân, nước tiểu...

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Duy trì nguồn sữa mẹ do trẻ không bú trong những ngày đầu bằng hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa và chế độ ăn của bà mẹ.
- Giải thích cho bà mẹ và gia đình về căn nguyên gây bệnh và cách điều trị để cho họ an tâm, hợp tác chăm sóc trẻ đúng phương pháp.

- Giải thích các di chứng thần kinh và tinh thần trẻ có thể mắc sau khi ra viện và hướng dẫn cách chăm sóc ở nhà.
- Hợp tác khám xét trẻ định kỳ ở bệnh viện để tư vấn kịp thời chữa các biến chứng.
- Hướng dẫn bà mẹ cách phòng bệnh bằng tiêm hoặc uống vitamin K cho bà mẹ 15 ngày trước khi sinh con và trẻ sau khi sinh.

27. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY DINH DƯỠNG NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dinh dưỡng để phòng hạ đường huyết.
- Phòng hạ nhiệt độ.
- Phòng, chống các bệnh nhiễm trùng.
- Phòng các biến chứng ở mắt do thiếu vitamin A.
- Phát hiện và điều trị kịp thời rối loạn nước và điện giải.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng bệnh thoáng mát và đủ ẩm
- Tắm sưởi điện, đệm sưởi hoặc túi chườm.
- Ống thông, bơm để bơm sữa vô trùng.
- Cặp nhiệt độ.
- Dụng cụ cấp cứu: oxy, bóp bóng, máy hút đờm dãi.
- Dịch truyền: glucose 10%, 20%, Ringerlactat.
- Cân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nuôi dưỡng:

- Tốt nhất cho trẻ em ăn sữa mẹ, nếu đã cai sữa thì sử dụng sữa năng lượng cao (1000ml có 1000 Kcalo).
- Cho trẻ ăn nhiều bữa 10-12 lần trong ngày và đêm.
- Trẻ cần được ăn tăng dần cả về calo và số lượng sữa.

Cụ thể:

- Trong 1-2 ngày đầu cho trẻ ăn sữa pha loãng 1/2 với số lượng 75 ml/kg/ngày.
- Ngày thứ 3-4 cho trẻ ăn pha sữa pha loãng 3/4 với số lượng 100ml/kg/ngày.
- Từ tuần thứ hai cho trẻ ăn sữa năng lượng cao với số lượng 150ml/kg/ngày.
- Nếu trẻ ăn kém hay bị nôn, thì cho trẻ ăn qua ống thông.

Cho trẻ ăn qua ống thông khi trẻ không tự ăn được:

- Đặt trẻ ở tư thế đầu hơi cao và nghiêng sang một bên.
- Đặt ống thông qua mũi hoặc miệng vào dạ dày.

- Trước khi bơm sữa cần phải kiểm tra ống thông có ở trong dạ dày không, bằng cách dùng bơm hút xem có dịch dạ dày không, hoặc đặt đầu ngoài của ống thông vào cốc nước để xem có sủi bọt không. Nếu không sủi bọt thì chắc chắn ống thông nằm trong dạ dày
- Bơm sữa từ từ trong khoảng 15 phút.
- Sau 24 giờ phải thay ống thông.

2. Ủ ấm cho trẻ:

- Cho trẻ nằm cạnh mẹ trong phòng ấm.
- Cặp nhiệt độ 3 giờ một lần, nếu nhiệt độ dưới 35°C tiến hành ủ ấm bằng cách đắp nhiều chăn hoặc đặt nằm trên đệm sưởi hoặc dùng túi, chai nước ấm 40-45°C vào nách, mạng sườn trẻ.

Chú ý:

- Trước khi đặt chai hoặc túi nước, phải quấn lớp vải vào chai, túi để phòng bị bỏng.
- Cho trẻ ăn sữa nóng.

3. Phòng và phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng:

- Vệ sinh da: tắm cho trẻ hàng ngày bằng nước ấm, lau kỹ vùng cổ, nách, bẹn. Khi có lở loét ngoài da thì lau khô và chấm xanh methylen. Thay tã lót thường xuyên cho trẻ.
- Vệ sinh răng miệng: rửa miệng hàng ngày bằng nước muối sinh lý 9‰
- Theo dõi sát nhiệt độ, nhịp thở, tím tái, mạch, tính chất phân.
- Nhỏ mắt bằng chloramphenicol 0,4%, 2-3 lần/ngày

4. Cho trẻ uống đủ liều vitamin A theo y lệnh

5. Khi trẻ bị tiêu chảy:

- Đánh giá mức độ mất nước
- Cho trẻ uống Oresol: 50-100ml/kg/4 giờ.
- Sau 4 giờ đánh giá tình trạng mất nước lại.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số lượng ăn hàng ngày.
- Cân trẻ 1 tuần 1 lần, theo dõi mức độ tăng cân.
- Tình trạng tiêu hoá, số lần đi ngoài, nôn, bụng trướng...
- Nhiệt độ.
- Nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Cho trẻ ăn đủ số lượng: nếu mẹ có sữa, khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú, nếu không bú được thì vắt sữa, đồ thìa.
- Hướng dẫn bà mẹ làm vệ sinh cho con.
- Hướng dẫn cách ủ ấm.
- Khi trẻ hồi phục: hướng dẫn cho bà mẹ những kiến thức nuôi dưỡng trẻ. Khuyến khích bà mẹ cho trẻ tiêm chủng đầy đủ.

28. KỸ THUẬT TẮM CHO BỆNH NHI TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ cho da sạch sẽ và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.
- Đem lại sự thoải mái cho bệnh nhi.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị bệnh nhi:

- Giải thích cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi biết việc mình sắp làm.
- Hướng dẫn bệnh nhi những điều cần thiết, giúp bệnh nhi đi đại, tiểu tiện.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chậu, xô nước ấm
- Khăn bông to 2 cái.
- Khăn bông nhỏ 2 cái
- Quần áo sạch
- Ga trải giường, vỏ gối sạch
- Khăn đắp
- Xà phòng tắm
- Bình phong
- Thùng đựng đồ bẩn
- Bô dẹt.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa dụng cụ đến cạnh giường bệnh nhi.
- Dùng bình phong che kín giường bệnh nhi nếu là trẻ lớn.
- Đóng cửa, tắt quạt (nếu có).
- Phủ khăn đắp lên người bệnh nhi
- Cởi quần áo bệnh nhi cho vào thùng đồ bẩn.
- Dùng khăn bông nhỏ, vắt sạch nước lau mắt cho bệnh nhi, lau sạch từ trong ra ngoài không dùng xà phòng.
- Lau mặt, tai, cổ bằng nước và xà phòng cho sạch sau đó lau khô.
- Kéo khăn đắp để lộ tay.
- Trải khăn bông to dưới tay đến nách, dùng khăn bông nhỏ lau sạch bằng nước xà phòng, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô. Tắm hai tay như nhau.
- Tắm tiếp phần ngực, bụng cho sạch rồi lau khô.
- Đặt khăn bông to từ cẳng chân đến bẹn, tắm sạch và lau khô.
- Lau rửa vùng hậu môn và sinh dục.
- Thay nước mỗi khi nước bẩn.
- Cho bệnh nhi nằm nghiêng hoặc sắp lót khăn bông dài theo lưng. Tắm từ lưng trở

- lên. Tắm từ mông trở xuống, sau đó lau khô.
- Mặc quần áo cho bệnh nhi
- Thay ga trải giường
- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường cho ngay ngắn sạch sẽ
- Thu dọn dụng cụ để vào nơi quy định.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày và giờ tắm
- Tình trạng bệnh nhi
- Họ và tên y tá - điều dưỡng thực hiện.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhi cách giữ gìn vệ sinh cá nhân và tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân.

29. CHĂM SÓC BỆNH NHI TEO THỰC QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng biến chứng viêm phế quản phổi do nước bọt trào ngược từ đầu trên thực quản vào khí quản hoặc từ dạ dày vào khí phế quản.
- Chống hạ thân nhiệt.
- Phát hiện các biến chứng sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng nằm của bệnh nhi: thoáng đủ ấm, nhiệt độ từ 26 - 28°C.
- Dụng cụ: ống thông hút cỡ số phù hợp, máy hút, ống thông thở oxy.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đối với bệnh nhi trước khi phẫu thuật:

- Đặt bệnh nhi nằm đầu cao, đầu và cổ tạo với mặt giường một góc khoảng 30 độ.
- Dùng ống thông hút kích thước nhỏ và mềm đặt vào đầu trên thực quản, hút bằng máy hút hoặc bơm tiêm cứ 1 giờ/1 lần, mỗi lần hút trong khoảng từ 3 - 5 phút.
- Ủ ấm cho bệnh nhi bằng mọi phương tiện có thể có: đặt trong lồng ấp, dùng tấm sưởi điện, dùng túi chườm nóng... Bảo đảm sao cho nhiệt độ của bệnh nhi từ 36,5 - 37°.
- Đặt ống thông cho bệnh nhi thở oxy qua mũi (theo y lệnh) nếu bệnh nhi có khó thở.

- Cặp nhiệt độ 3 giờ/lần.
- Theo dõi và ghi chép các thông số: nhịp thở, mạch theo quy định.

Đối với bệnh nhi sau phẫu thuật:

- Tư thế bệnh nhi nằm đầu cao, đầu và cổ tạo với mặt giường một góc khoảng 30 độ
- Các biện pháp chống hạ thân nhiệt thực hiện giống như trước khi phẫu thuật.
- Theo dõi ống thông dẫn lưu lồng ngực: số lượng và tính chất dịch chảy qua ống thông.
- Hút vùng hầu họng khoảng 2 giờ/1 lần cho đến khi không còn thấy dịch xuất tiết ở khoang miệng.
- Theo dõi và ghi chép các thông số về nhịp thở, mạch, nhiệt độ theo quy định.
- Cho ăn sữa qua ống thông dạ dày với số lượng tăng dần từ ngày thứ hai sau mổ.
- Thay băng lần đầu ngày thứ ba sau mổ.
- Nếu vết mổ nhỏ, thay lần cuối cùng trước khi ra viện. Nếu vết mổ nhiễm trùng thay băng hàng ngày.
- Rút dẫn lưu theo chỉ định của phẫu thuật viên.

IV. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Sau mổ hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế bệnh nhi 3 giờ/lần, tránh không làm tuột các ống dẫn lưu.
- Sau khi ra viện cho trẻ đến khám lại nếu thấy trẻ nôn hoặc khó nuốt.

30. CHĂM SÓC BỆNH NHI CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc trẻ có hậu môn nhân tạo đúng phương pháp
- Phát hiện kịp thời những biến chứng sau mổ làm hậu môn nhân tạo.
- Hướng dẫn cho người nhà hoặc chính bệnh nhi tự làm các túi đựng phân bằng những nguyên liệu dễ kiếm, rẻ tiền và tự sẵn sóc ở gia đình.

II. CHUẨN BỊ

- Một bộ dụng cụ thay băng thông thường.
- Một túi dùng cho hậu môn nhân tạo (HMNT) có nhiều loại:
 - + Loại túi bằng nylon dùng một lần rồi bỏ có khoét lỗ sẵn, kích thước to nhỏ thích hợp với từng trường hợp. Xung quanh lỗ có băng dính sẵn, khi sử dụng chỉ cần bóc lớp băng mỏng bảo vệ lớp băng dính, sau đó dính miệng lỗ của túi vào thành bụng quanh hậu môn nhân tạo. Loại túi này rất tiện lợi nhưng đắt tiền.
 - + Đơn giản và tiết kiệm hơn có thể dùng loại túi tự tạo vật liệu cần thiết gồm có
- Một túi nylon
- Một vòng nhựa (kích thước thích hợp với HMNT).

- Dải dây chun để cố định vòng nhựa ép sát vào thành bụng quanh HMNT. Nên chọn dải dây chun to bản một chút vừa để cố định vòng nhựa chắc chắn hơn mà không gây vết lằn trên da bụng bệnh nhi.
 Khi sử dụng chỉ cần chụp hai mép túi nylon (nên dùng loại túi nylon mỏng và mềm) lên HMNT sau đó dùng vòng nhựa ép lên mép túi vừa đủ để dịch phân không rỉ được ra xung quanh rồi dùng dải dây chun cố định vòng nhựa vào thành bụng.
 Có thể dùng một dải gạc mềm (hoặc giấy vệ sinh) đệm vào xung quanh HMNT trước khi đặt vòng sẽ ngăn cản được tốt hơn phân rỉ ra xung quanh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Theo dõi toàn thân:

- Lấy mạch, nhiệt độ hàng ngày như những trường hợp phẫu thuật khác (chú ý diễn biến sau mổ của phẫu thuật chính nếu có).
- Thường thì trung bình từ 48 - 72 giờ phân mới ra qua HMNT tuy nhiên ngay sau khi mổ cũng phải băng HMNT dùng một miếng gạc có mỡ kháng sinh xẻ ở giữa, đặt hai mép của đường xẻ giữa miếng gạc quanh HMNT vừa để bảo vệ hai đầu ruột đưa ra ngoài làm HMNT nhưng chính là để không dây bẩn ra xung quanh, có nguy cơ gây nhiễm trùng vết mổ cạnh HMNT. Cũng vì thế không bao giờ được băng chung HMNT với đường mổ kế cận.
- Nếu hai đầu ruột của HMNT có dẫn lưu tạm thời bằng hai ống chất dẻo sau 48 giờ có thể cắt đường chỉ khâu túi quanh chân ống dẫn lưu rút bỏ ống dẫn lưu cho hơi và phân thoát ra.
- Theo dõi biến chứng:
 - + Hai đầu ruột của HMNT tụt dần vào ổ bụng có thể xảy ra ngay sau những giờ đầu hoặc những ngày đầu sau mổ hoặc muộn hơn đây là một biến chứng nặng hai đầu HMNT tụt vào trong làm dây bẩn trong ổ bụng gây viêm phúc mạc.
 - + Chảy máu ở vết mổ hoặc ở mép HMNT do trong khi mổ cầm máu chưa tốt có thể giải quyết đơn giản bằng băng ép hoặc khâu cầm máu tại chỗ.
- Toác vết mổ thường là do nhiễm khuẩn mạc nối lớn hoặc quai ruột có thể phôi ra ngoài thành bụng cần phục hồi lại thành bụng.
- Lộn niêm mạc ruột ra ngoài qua HMNT (lộn vôi voi) là một biến chứng hay gặp, dùng găng có bôi dầu nhờn paraffin đẩy vào trong lòng ruột nếu không được hoặc tái diễn thường xuyên phải can thiệp phẫu thuật.
- Nhiễm trùng da hay xảy ra nhất là trong những trường hợp dẫn lưu hồi tràng tác động kích thích của dịch ruột cộng với nhiễm khuẩn làm cho da quanh HMNT viêm đỏ cần thay túi nhiều lần, giữ cho da khô sạch có thể dùng thêm các loại mỡ có kháng sinh, phải theo dõi lượng dịch mất đi hàng ngày qua mở thông hồi tràng nhất là trong trường hợp có tiêu chảy, cần thiết phải làm điện giải đồ để bồi phụ nước và điện giải kịp thời.
- Hẹp HMNT thứ phát thường ít nhiều có kèm theo HMNT tụt vào trong ở một mức độ nhất định vùng da quanh HMNT hẹp dần gây cản trở sự lưu thông của ruột đòi hỏi phải sửa lại.
- Thời gian đóng HMNT tùy theo loại bệnh và ngay trong một loại bệnh còn tùy thuộc vào vị trí của HMNT, nói chung vị trí càng cao càng nên đóng sớm.

- Chế độ ăn:
Trên trẻ có HMNT việc tái hấp thu nước ở đại tràng không đầy đủ nên phân thường lỏng hoặc sền sệt, nên cho bệnh nhi ăn đủ chất dinh dưỡng, ít chất bã, một chế độ ăn thích hợp và một vài loại thuốc có thể làm cho phân đặc hơn hạn chế số lần thay tã hàng ngày giúp cho bệnh nhi thoải mái hơn trong sinh hoạt hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng bệnh nhi sau mổ hậu môn nhân tạo
- Sự lưu thông phân qua hậu môn nhân tạo.
- Chảy máu hoặc nhiễm khuẩn tại vết mổ.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời nếu có dấu hiệu bất thường

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Cách thay tã hậu môn nhân tạo và tự vệ sinh chăm sóc HMNT
- Cách nhận biết sớm các dấu hiệu bất thường của HMNT và hướng giải quyết
- Chế độ ăn cho trẻ.
- Thời gian khám lại

31. CHĂM SÓC SAU MỔ CHỮA DỊ TẬT LỖ ĐÁI LỆCH THẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện và xử trí kịp thời những biến chứng sau mổ (đặc biệt trong 6 giờ đầu).
- Hạn chế tình trạng nhiễm trùng sau mổ, tắc hoặc tụt ống dẫn lưu...
- Hạ thấp tỉ lệ rò hoặc hẹp niệu đạo sau mổ, hạn chế dùng kháng sinh, rút ngắn ngày điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Buồng bệnh:

Buồng bệnh phải sạch, vô trùng, thoáng, yên tĩnh. Mùa hè mát, mùa đông ấm. Tránh người nhà ra vào nhiều để hạn chế nhiễm trùng.

2. Dụng cụ chăm sóc:

- Hệ thống dẫn lưu vô trùng (dây dẫn, chai lọ hoặc túi chuyên dụng).
- Bộ thay băng vô trùng, thuốc sát trùng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt bệnh nhi sau mổ lên giường sạch, thoải mái, kê vai cao.
- Cho thở oxy (nếu cần).

- Lắp ống dẫn lưu niệu đạo vào hệ thống dẫn lưu kín, vô trùng, kiểm tra xem ống thông có bị tắc không? phải đảm bảo sự thông suốt của ống thông.
- 6 giờ đầu sau mổ phải theo dõi: nhịp thở, mạch, nhiệt độ, ghi hồ sơ 1 giờ/1 lần.
- Chú ý: tình trạng vết mổ, số lượng nước tiểu dẫn lưu ra.
- Khi trẻ tỉnh hoàn toàn cho uống nước hoặc sữa.
- Những ngày tiếp theo cho trẻ ăn uống trở lại bình thường nên cho ăn các thức ăn mát, dễ tiêu, uống nhiều nước để tránh táo bón.
- Mỗi ngày phải thay hệ thống dẫn lưu một lần. Phải kiểm tra ống dẫn lưu có tắc hoặc tụt không? để xử trí kịp thời
- Thay băng: Sau mổ 4-5 ngày, thay băng để hở vết mổ cho thoáng. Nếu có máu tụ hoặc nhiễm trùng nên nặn, vuốt sạch máu tụ hoặc dịch, có thể dùng betadin 1% sát trùng.
- Rút dẫn lưu niệu đạo:
 - + Thông thường các trường hợp tạo niệu đạo bằng van có cương mạch, rút ống dẫn lưu sau mổ 7-8 ngày.
 - + Nếu tạo niệu đạo bằng van tự do rút ống dẫn lưu sau mổ 9-10 ngày. Sau rút cho trẻ đái ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- 6 giờ đầu sau mổ: phải ghi chép 1 giờ/1 lần (nhịp thở, mạch, nhiệt độ) và tình trạng chung.
- Những ngày tiếp: phải theo dõi ghi bảng mạch, nhiệt độ, phiếu chăm sóc: tình trạng chung, tại chỗ mổ, nước tiểu...

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Chế độ ăn uống: thích hợp tránh táo bón.
- Giữ vệ sinh, tại chỗ mổ, các ống dẫn lưu, giữ vệ sinh trong buồng bệnh tránh lây chéo.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau khi ra viện

32. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRUYỀN MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa một lượng máu vào cơ thể bệnh nhân để bù lại lượng máu đã mất do xuất huyết, thiếu máu nặng đối với bệnh nhân:
 - + Bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.
 - + Các bệnh về máu
- Đảm bảo an toàn trong quá trình truyền máu

II. CHUẨN BỊ**1. Chuẩn bị bệnh nhi:**

- Giải thích cho bệnh nhi và người nhà yên tâm, cộng tác với y tá - điều dưỡng.
- Cho bệnh nhi đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền máu.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi truyền máu.
- Kiểm tra xem bệnh nhi có tiền sử dị ứng hay phản ứng với máu không.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Dây truyền máu, bơm kim tiêm, kim cánh bướm các cỡ vô khuẩn.
- Chai máu đã lấy ra khỏi tủ lạnh không quá 30 phút.
- Bông cotton, gạc, băng dính, băng cuộn, kéo, kẹp dây garô, đồng hồ đếm giọt, quang treo chai máu.
- Hộp bọc lọ tĩnh mạch.
- Hộp thuốc cấp cứu chống sốc.
- Lam kính làm phản ứng tin cây trước khi truyền.
- Huyết áp kế, ống nghe, phiếu truyền máu
- Hai khay quả đậu đựng dung dịch sát khuẩn và đựng bông băng bẩn
- Xe đẩy

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra chai máu, dụng cụ, đẩy xe tới giường bệnh nhi. Thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.
- Rửa tay, đeo khẩu trang, mang găng.
- Kiểm tra lại chai máu, nhóm máu, số lượng và chất lượng máu, màu sắc, ngày trữ máu.
- Đo huyết áp, đếm mạch, đo nhiệt độ cho bệnh nhi.
- Lắc nhẹ chai máu để hoà tan hồng cầu và huyết thanh.
- Sát khuẩn nút chai, cắm chai truyền máu và chai máu, khoá hoặc kẹp dây truyền, treo chai máu lên cọc truyền.
- Mở kẹp cho máu chảy từ từ vào ống lọc máu và đuổi hết khí. Lấy một giọt máu ra lam kính, khoá kẹp lại.
- Trích một giọt máu của bệnh nhi để làm phản ứng tin cây. Bác sĩ đọc kết quả, nếu truyền được thì truyền máu cho bệnh nhi.
- Chọn vị trí truyền, sát khuẩn vùng truyền.
- Đâm kim vào tĩnh mạch thấy máu chảy ra chắc chắn kim vào tĩnh mạch.
- Cố định kim truyền bằng băng dính.
- Điều chỉnh số giọt truyền theo y lệnh.

*** Làm phản ứng sinh vật:**

- Sau khi truyền theo y lệnh được từ 5 đến 15 ml thì cho chảy chậm lại 5 đến 8 giọt/phút trong 5 phút:
Nếu không có phản ứng gì xảy ra, tiếp tục cho chảy theo y lệnh từ 5 đến 15 ml, rồi lại cho chảy chậm từ 5 - 8 giọt/phút trong 5 phút nữa. Nếu không có phản ứng gì thì mới cho chảy bình thường theo y lệnh.

* Theo dõi sát sắc mặt và phản ứng của bệnh nhi trong suốt thời gian truyền máu:

- Nếu có dấu hiệu phản ứng, ngừng truyền, ủ ấm, báo bác sĩ xử trí
- Khi chai máu còn 5ml máu thì kẹp dây lại, rút kim và giữ lại chai máu.
- Cho bệnh nhi nằm thoải mái, nghỉ ngơi sau 15 phút

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi kết quả đo huyết áp, đếm mạch, nhiệt độ của bệnh nhi trước khi truyền máu
- Ghi ngày giờ truyền máu, tốc độ truyền, số lượng truyền, nhóm máu, phản ứng của bệnh nhi (nếu có), giờ truyền hết, tên người truyền vào phiếu truyền máu.
- Ghi chép tình trạng bệnh nhi trong quá trình truyền máu, phản ứng nếu có.
- Báo cáo bác sĩ ngay khi có dấu hiệu bất thường trong quá trình truyền máu.

V. HƯỚNG DẪN CHO GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giữ bệnh nhi cẩn thận, tránh giãy giụa làm chệch ven.
- Không tự ý điều chỉnh số giọt truyền
- Theo dõi và phát hiện những phản ứng của trẻ: khó thở, tím tái, sốt cao, nổi ban... phải báo bác sĩ ngay để xử trí.
- Không cho trẻ ăn trong suốt thời gian truyền máu

Chương IV

SẢN PHỤ KHOA

1. CHĂM SÓC THEO DÕI NGƯỜI BỆNH CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm chữa ngoài tử cung
- Tránh chảy máu trong dẫn đến tử vong

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (trang phục đầy đủ)

2. Người bệnh:

- Theo dõi tại khoa Phụ
- Được thông báo và giải thích tình trạng và tầm quan trọng của bệnh

3. Hồ sơ - dụng cụ:

- Hồ sơ:
 - + Hồ sơ của người bệnh được làm hoàn thiện đầy đủ về tiền sử bệnh và tình trạng bệnh hiện tại
 - + Làm đầy đủ các thủ tục hành chính
- Dụng cụ:
 - + Nhệt kế, huyết áp kế, ống nghe tim phổi
 - + Dụng cụ để làm vệ sinh khi mổ cấp cứu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chữa ngoài dạ con chưa vỡ:

- Nhận người bệnh vào khoa Phụ, xếp buồng, giường.
- Hướng dẫn nội quy khoa phòng và giải thích cho người bệnh biết những điều cần thiết
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 3 lần/ ngày và khi cần thiết
- Theo dõi những dấu hiệu lâm sàng: đau bụng hay không ? ra huyết không?
- Khám lâm sàng hàng ngày
- Hướng dẫn và giúp người bệnh làm các xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ
- Chế độ ăn: ăn uống bình thường
- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh:
 - + Nghỉ ngơi thư giãn
 - + Vệ sinh cá nhân sạch sẽ

2. Chữa ngoài dạ con vỡ: khi có dấu hiệu chẩn đoán là chữa ngoài dạ con vỡ:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp ngay lập tức
- Quan sát toàn trạng người bệnh: da, niêm mạc
- Mời bác sĩ khám ngay
- Truyền dịch hồi sức nếu cần thiết

** Khi có chỉ định mổ cấp cứu:*

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và cách giải quyết
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án và cho người bệnh kí giấy mổ
- Vệ sinh vùng sinh dục và vùng bụng
- Chuyển người bệnh đến bàn mổ bằng xe nằm
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho y tá điều dưỡng phòng Mổ (ghi rõ ngày giờ)

3. Sau mổ:

- Theo dõi toàn trạng sau mổ: 1h/1lần trong 6 giờ đầu
 - + Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp 3 giờ/lần (những giờ tiếp theo của ngày đầu sau mổ)
 - + Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 lần/ngày và khi cần thiết (cho những ngày sau)
- Thực hiện thuốc: tiêm, truyền dung dịch hoặc truyền máu theo chỉ định của bác sĩ
- Giúp đỡ nâng người bệnh ngồi dậy từ ngày thứ 2 sau mổ
- Nếu người bệnh không thể dậy do quá yếu hoặc do bệnh lý có chỉ định của bác sĩ phải nằm tại chỗ thì giúp người bệnh trở mình (1-2 giờ/lần) và mỗi ngày 2-3 lần xoa bóp các chi, vỗ rung lồng ngực để lưu thông khí
- Giúp người bệnh giải quyết các nhu cầu sinh hoạt: ăn, uống, tiểu đại tiện và giúp cho bệnh nhân tập đi lại trong buồng bệnh
- Chế độ dinh dưỡng: những ngày đầu sau mổ ăn nước cháo và các thức ăn lỏng sau khi trung tiện ăn bình thường
- Chăm sóc vết mổ:
 - + Thay băng vết mổ theo quy định, nếu vết mổ có dấu hiệu nhiễm khuẩn thì thay băng hàng ngày
 - + Cắt chỉ vào ngày thứ 5 hoặc theo y lệnh của bác sĩ
- Làm vệ sinh âm hộ và vùng tầng sinh môn hàng ngày

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước và sau mổ
- Ghi chép các thông số, dấu hiệu và các chăm sóc đã thực hiện
- Bàn giao tình trạng người bệnh và những yêu cầu chăm sóc tiếp theo.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời khi người bệnh có dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Trong thời gian nằm viện

- Thực hiện nội quy khoa phòng
- Hướng dẫn những yêu cầu thực hiện trong chuyên môn

- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân

2. Khi ra viện hướng dẫn:

Vệ sinh cá nhân sạch sẽ (nhất là vùng mổ)

- Chế độ nghỉ ngơi
- Đến khám lại theo hẹn của bác sĩ
- Thực hiện sinh đẻ kế hoạch.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ KẾ HOẠCH

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ cho người bệnh trước mổ
- Phòng tránh nhiễm khuẩn
- Chuẩn bị tâm lí tốt cho người bệnh

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (Áo choàng, mũ, khẩu trang)

- Hỏi người bệnh tiền sử dị ứng thuốc.
- Rửa tay theo quy định

2. **Người bệnh:**

- Được thông báo, giải thích, hướng dẫn làm các thủ tục hành chính và những việc cần chuẩn bị trước mổ.

3. **Dụng cụ:**

- Thủ tục hành chính: hồ sơ bệnh án, kết quả các xét nghiệm, giấy cam kết đồng ý mổ
- Thuốc an thần
- Huyết áp kế, nhiệt kế, ống nghe
- Găng vô khuẩn, dung dịch betadin, dao cạo, xà phòng, nước sạch, bốc thụt
- Váy áo sạch

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

.. **Kiểm tra các thủ tục hành chính:**

Hồ sơ bệnh án, đóng dấu duyệt mổ

Đủ các kết quả xét nghiệm cơ bản (máu toàn phần, nước tiểu toàn phần, chiếu tim phổi, siêu âm v.v...) và các xét nghiệm đặc biệt khác

Phiếu khám gây mê trước mổ

Giấy cam kết đồng ý mổ (đã kí)

Phiếu đăng kí dự trữ máu đối với bệnh nhân thiếu máu (ghi rõ nhóm máu)

2. Ngày trước mổ:

- Người bệnh nằm nghỉ tại giường
- Người bệnh ăn nhẹ bữa chiều (cháo, súp, sữa...)
- Vệ sinh vùng sinh dục:
 - + Cạo lông
 - + Rửa và lau vùng (âm hộ, tầng sinh môn)
 - + Lau sạch âm đạo bằng gạc và betadin

* Buổi tối:

- Thụt tháo đúng kỹ thuật (lần 1)
- Cho người bệnh uống thuốc an thần theo chỉ định của bác sĩ
- Động viên người bệnh

3. Ngày mổ:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp ghi hồ sơ, bệnh án.
- Thụt tháo phân đúng kỹ thuật (lần hai)
- Rửa vùng mổ bằng xà phòng betadin, băng bằng băng vô khuẩn
- Vệ sinh đầu tóc gọn gàng
- Thay váy áo sạch
- Chuyển người bệnh đến khoa Mổ
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho y tá - điều dưỡng khoa Mổ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước mổ bình thường hay bất thường, nếu bất thường báo bác sĩ
- Ghi các thông số và các chăm sóc vào phiếu theo dõi - chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Vệ sinh:
 - + Tắm gội, đầu tóc tết gọn gàng
 - + Vệ sinh răng miệng (chú ý tháo bỏ răng giả nếu có)
- Ăn uống:
 - Ăn nhẹ vào chiều hôm trước
- Hướng dẫn:
 - + Người bệnh không nên đi lại nhiều, nên nằm nghỉ ngơi tại giường
 - + Bàn giao tư trang cho thân nhân (nếu không có người nhà, y tá - điều dưỡng nhận đồ tư trang, ghi biên bản nhận, ký tên và dán vào hồ sơ).

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH 6 GIỜ ĐẦU SAU MỔ (KẾ HOẠCH)

I. MỤC ĐÍCH

Đề phòng tai biến cho người bệnh ngay sau mổ:

- Suy hô hấp sau mổ, tụt lưỡi, tắc đờm dãi
- Chảy máu (trong ổ bụng, ngoài vết mổ)
- Sốc
- Thoát mê chậm, kéo dài

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (áo choàng, mũ, khẩu trang)

2. **Nơi thực hiện:** phòng hậu phẫu

3. **Người bệnh:**

- Tư thế nằm: đầu ngửa và nghiêng sang một bên
- Ủ ấm (vào mùa đông)

4. **Dụng cụ:**

- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn cỡ số phù hợp.
- Huyết áp kế, đồng hồ bấm giây
- Găng vô khuẩn
- Ống thông tiểu vô khuẩn, bô dẹt

5. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh phòng hậu phẫu khoa Mổ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng rửa tay theo quy định

1. **Theo dõi toàn thân:**

- Tình trạng người bệnh mê hay tỉnh
- Nằm yên, hay vật vã giấy giụa
- Có nôn hay không
- Quan sát da: hồng hào, tím tái, ẩm, nóng hay lạnh
- Phù hay không
- Nhiệt độ

2. **Theo dõi hô hấp:**

- Người bệnh còn nội khí quản hay không. Nếu còn ống nội khí quản phải đề phòng người bệnh cắn ống nội khí quản.
- Đo nhịp thở: 15 phút / lần- 20 phút/ lần (trong 2 giờ đầu)

- 1 giờ/lần sau 2 giờ đầu
- Thở oxy theo chỉ định của bác sĩ

3. Theo dõi tuần hoàn:

- Đo huyết áp, mạch: 15 phút/lần hoặc 20 phút/lần (trong 2 giờ đầu); 1 giờ/lần sau 2 giờ đầu

4. Theo dõi truyền dịch và truyền máu:

- Trường hợp truyền máu phải kiểm tra nhóm máu của bệnh nhân và của người cho. Làm phản ứng chéo ngay tại giường trên lam kính
- Luôn kiểm tra vị trí truyền
- Tốc độ truyền (giọt/phút) theo chỉ định
- Thay chai huyết thanh hoặc chai máu khi gần hết
- Theo dõi phát hiện kịp thời những phản ứng trong khi truyền

5. Theo dõi về tiết niệu:

- Người bệnh tự đái hay đặt ống thông
- Nước tiểu: số lượng, màu sắc

6. Theo dõi chảy máu và vết mổ:

- Vết mổ khô hay rỉ máu
- Có ra máu âm đạo hay không ?
- Nếu có ra máu theo dõi: số lượng, màu sắc
- Xác định sự co hồi tử cung (mổ đẻ): chiều cao tử cung, mật độ tử cung cứng, mềm, máu chảy qua đường âm đạo ?
- Theo dõi phát hiện sớm dấu hiệu choáng do chảy máu trong (sắc mặt nhợt nhạt, chân tay lạnh, HA hạ, mạch nhanh)

7. Dinh dưỡng:

- Mổ sản phụ khoa không có liên quan đến đường tiêu hoá nên có thể cho người bệnh uống nước (sau 2 giờ đầu sau mổ) nhưng chỉ uống ít một (15-20 ml/lần) cách nhau 1-2 giờ/lần

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các chỉ số theo dõi và tình trạng người bệnh vào bảng gây mê hồi sức (đặc biệt chú ý, nhịp thở, mạch, huyết áp, thời điểm bệnh nhân tỉnh)
- Báo ngay với bác sĩ trực khi bệnh nhân có biểu hiện sau: huyết áp hạ dần, mạch nhanh dần, mê kéo dài sau mổ, khó thở, nhịp thở nhanh, sắc mặt tím tái hoặc bệnh nhân có biểu hiện khác thường
- Khi bệnh nhân tỉnh hẳn có thể cho người bệnh tự súc miệng

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, sản phụ cách vận động và chế độ ăn, uống sau mổ nhất là những ngày đầu sau mổ

- Chế độ vệ sinh hàng ngày.
- Hướng dẫn phương pháp tự chăm sóc người bệnh sau mổ rò.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ RÒ BÀNG QUANG - ÂM ĐẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng tránh nhiễm khuẩn và bục vết mổ bàng quang
- Giúp cho vết rò chóng liền

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** y tá-điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh (áo choàng, mũ, khẩu trang) rửa tay theo quy định

2. **Nơi thực hiện:** giường hậu phẫu khoa Phụ

3. Dụng cụ:

- Huyết áp kế, nhiệt kế
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Ống thông tiểu vô khuẩn, túi đựng nước tiểu
- Panh làm thuốc
- Găng vô khuẩn
- Dung dịch betadin, dung dịch muối sinh lí 9 ‰

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi toàn trạng:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 lần/ngày và khi cần thiết theo chỉ định của bác sĩ
- Quan sát toàn trạng người bệnh:
 - + Da: hồng hào hay tím tái, ấm hay lạnh
 - + Người bệnh mệt, yếu

2. Theo dõi nước tiểu:

- Kiểm tra ống thông nước tiểu: có tắc không (nếu tắc phải thay hay bơm thông)
- Khối lượng và màu sắc nước tiểu 24 giờ:

3. Chế độ vệ sinh:

- Thay ống dẫn lưu và túi đựng nước tiểu hàng ngày (nếu là chai sạch phải có dịch sát khuẩn)
- Rửa bàng quang những ngày đầu 1 lần / ngày (theo chỉ định) bằng dung dịch muối sinh lí 9‰ và rửa đến khi nước tiểu trong thì thôi (nếu nước tiểu có máu phải dùng

huyết thanh ấm)

- Lau âm hộ- âm đạo 1 lần / ngày bằng betadin

** Chăm sóc ống thông:*

- Ống thông đặt từ 10-12 ngày (theo chỉ định của phẫu thuật viên)
- Trước khi rút ống thông: dùng panh cặp ống thông từ 1-2 giờ, theo dõi nước tiểu có tự chảy ra qua đường âm đạo không. Nếu không mới được rút ống thông
- Hướng dẫn người bệnh nhịn tiểu từ 1-2 giờ mới đi tiểu một lần và quan sát xem người bệnh có nhịn được và đi tiểu thành bãi không

4. Thực hiện thuốc theo y lệnh và những chăm sóc khác:

- Người bệnh sau mổ ngày đầu nếu truyền dịch phải theo dõi sát đảm bảo tốc độ truyền và số lượng dịch
- Tiêm kháng sinh và các loại thuốc khác (theo y lệnh)
- Giúp người bệnh trở mình ngồi dậy đi lại sớm trong phòng và thực hiện những nhu cầu khác

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá thể trạng và tình trạng vết mổ của người bệnh nếu bất thường báo bác sĩ
- Ghi những thông số, diễn biến và các chăm sóc đã thực hiện vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Chế độ ăn:*

- Ngày đầu người bệnh chưa trung tiện, ăn nước cháo, súp loãng, nước hoa quả
- Sau khi người bệnh đã trung tiện, hướng dẫn cho người bệnh ăn uống bình thường tăng chế độ đậm (thịt, cá, sữa, trứng v.v...)

** Chế độ vệ sinh:*

- Làm vệ sinh âm hộ- âm đạo hàng ngày
- Thay váy, áo, chăn, ga thường xuyên
- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẮT VÚ

I. MỤC ĐÍCH

Tránh những tai biến sau mổ vú:

- Chảy máu vết mổ
- Nhiễm trùng vết mổ

II. CHUẨN BỊ**1. Nữ hộ sinh- y tá:**

- Trang phục đầy đủ
- Rửa tay theo quy định

2. Người bệnh: nữ hộ sinh - y tá thông báo và giải thích cho người bệnh biết việc mình sẽ làm với họ

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh, phòng hậu phẫu khoa Phụ

4. Chuẩn bị dụng cụ:

- Xe thay băng
- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn cỡ số thích hợp.
- Hộp dụng cụ thay băng (2 panh, 1 kéo vô trùng)
- Găng vô trùng
- Gạc và băng vô trùng
- Dung dịch betadin, dung dịch nước muối sinh lí 9‰
- Băng dính, kéo
- Khay để đồ bẩn, túi nilon, tấm nilon

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Trong 2 ngày đầu sau mổ:**

- Nữ hộ sinh, y tá rửa tay theo quy định
- Theo dõi toàn trạng
 - + Đo mạch, huyết áp 2 giờ / lần trong ngày đầu, 4 giờ /lần trong ngày thứ 2 và đo khi cần thiết
 - + Đo nhiệt độ 2 lần /ngày và khi cần trong những ngày sau.
- Truyền dịch, tiêm thuốc, cho uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ
- Đặt người bệnh theo tư thế thoải mái thuận tiện với ống dẫn lưu
- Kiểm tra tình trạng băng ép của người bệnh
- Kiểm tra máy hút, bình hút
- Tiến hành hút dịch qua ống dẫn lưu: 1 giờ/lần (mỗi lần trong 5 phút với áp lực 0,3-0,4 atm)
- Kiểm tra dịch hút: số lượng và màu sắc dịch
- Thay và làm vệ sinh bình hút hàng ngày (có dung dịch sát khuẩn Presept 2% hay Cloramin T)
- Đánh giá và ghi vào phiếu chăm sóc những thông số

2. Sau 2 ngày:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 lần/ngày và khi cần
- Chuẩn bị xe thay băng
- Đặt bệnh nhân tư thế thuận tiện
- Tháo băng ép

- Rửa vết thương theo quy trình thay băng
- Rút dẫn lưu theo y lệnh
- Thu dọn vệ sinh dụng cụ thay băng
- Rửa tay
- Đánh giá tình trạng vết mổ, ghi phiếu chăm sóc

3. Các chăm sóc khác:

- Giúp đỡ người bệnh, nâng họ ngồi dậy từ ngày thứ 2 sau mổ
- Hướng dẫn người bệnh thở sâu
- Giúp đỡ người bệnh giải quyết các nhu cầu sinh hoạt: ăn, uống, đại, tiểu tiện...
nâng đỡ người bệnh cho tập đi lại trong phòng
- Nếu người bệnh không thể dậy được do quá yếu hoặc do bệnh lý và có chỉ định của bác sĩ phải cho người bệnh nằm tại chỗ thì phải giúp người bệnh trở mình thường xuyên 2 giờ/lần và xoa bóp các chi

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau mỗi lần chăm sóc đánh giá tình trạng bệnh nhân, tình trạng vết mổ xem có bình thường hay không (có gì bất thường báo bác sĩ)
- Ghi các thông số và tình trạng người bệnh, vết mổ vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Vệ sinh toàn thân (đặc biệt là vết mổ và vùng quanh vết mổ)
- Chế độ dinh dưỡng: ăn các thức ăn giàu chất dinh dưỡng
- Đến khám lại theo lịch hẹn của bác sĩ.

6. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU NẠO TRÚNG

I. MỤC ĐÍCH

Tránh các tai biến: chảy máu và nhiễm khuẩn sau nạo

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (mũ, khẩu trang, áo choàng theo quy định); Rửa tay theo quy định

2. **Nơi thực hiện:** tại phòng hậu phẫu khoa Phụ

3. Dụng cụ:

- Huyết áp kế, ống nghe, nhiệt kế
- Thuốc và các phương tiện cấp cứu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Ba giờ đầu sau nạo:**

- Theo dõi toàn trạng
 - + Đo mạch, huyết áp 1 giờ / lần và theo y lệnh
 - + Quan sát da: hồng hào, tái, vã mồ hôi ?
 - + Người bệnh nôn hay không, bình thường hay mệt ? có ra máu âm đạo ?
- Tiếp tục theo dõi truyền dịch
- Thực hiện y lệnh (thuốc)
- Theo dõi co hồi tử cung
- Theo dõi nước tiểu (tự đái, hay đặt ống dẫn lưu.): lượng nước tiểu, màu sắc
- Giúp đỡ người bệnh thực hiện những nhu cầu (ăn, uống, đại tiểu tiện)

2. Sau 3 giờ:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Quan sát tình trạng của người bệnh
- Đánh giá tình trạng người bệnh
- Báo cáo bác sĩ cho chỉ định

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau nạo và ghi vào hồ sơ bệnh án.
- Ghi những thông số và tình trạng người bệnh vào phiếu chăm sóc
- Ghi những chăm sóc đã thực hiện

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Chế độ ăn: ăn các thức ăn giàu chất dinh dưỡng (cơm, thịt, cá, sữa, hoa quả...).
- Chế độ vệ sinh: vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày và sau mỗi lần đại tiểu tiện
- Hướng dẫn trước khi ra viện:
 - + Sử dụng thuốc theo đơn bác sĩ
 - + Đến khám lại theo hẹn và đến khám ngay khi thấy có bất thường (sốt, ra máu v.v..)
- Hướng dẫn người bệnh:
 - + Làm các xét nghiệm HCG, siêu âm, chiếu phổi (đã được ghi phiếu)... trước khi đến khám lại
 - + Không nên có thai trong hai năm đầu sau nạo
 - + Tư vấn cho người bệnh thực hiện sinh đẻ kế hoạch (dùng bao cao su, thuốc tránh thai v.v...)

7. CHĂM SÓC THAI PHỤ SẢN GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

Phòng tránh được những tai biến cho mẹ và con

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh: áo choàng, mũ, khẩu trang

2. Người bệnh:

- Thai phụ nằm tại giường bệnh có thành cao,
- Nơi yên tĩnh: tránh tiếng động ồn ào, ánh sáng mạnh

3. Dụng cụ:

- Hộp đựng dụng cụ để ngáng miệng cần sạch (que quần vải hoặc canun), dây băng buộc chân tay khi cần.
- Oxy (cần kiểm tra đồng hồ chỉ lưu lượng oxy qua bình làm ẩm)
- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn cỡ số phù hợp, ống thông nước tiểu và túi đựng nước tiểu
- Huyết áp kế
- Ống nghe tim thai, máy Monitor
- Thuốc cấp cứu: an thần, hạ huyết áp, chống phù, chống bội nhiễm
- Bơm tiêm- dây ga rõ.
- Khay quả đậu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong con sản giật:

- Ngáng miệng
- Đặt thai phụ đầu nghiêng sang một bên, giường có thành cao tránh thai phụ ngã xuống đất
- Buồng nằm yên tĩnh tránh mọi kích thích: ánh sáng, tiếng động, đặc biệt chú ý ủ ấm vào mùa đông
- Nữ hộ sinh luôn luôn ở bên cạnh thai phụ để theo dõi sát và xử trí khi cần thiết
- Báo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ khẩn trương, chính xác
- Đặt ống thông theo dõi nước tiểu
- Thở oxy theo y lệnh.
- Hút đờm dãi (nếu cần)
- Theo dõi liên tục toàn trạng: theo chỉ định của bác sĩ:
+ Đo mạch, huyết áp: 15-20 phút/ lần

- + Theo dõi nước tiểu: màu sắc, số lượng
- + Tri giác
- + Số cơn giật
- + Các dấu hiệu hôn mê
- Nếu truyền tĩnh mạch: đo mạch, huyết áp liên tục 10-15 phút/ lần để điều chỉnh liều lượng thuốc theo chỉ định
- Theo dõi thai: nghe tim thai, tốt nhất theo dõi tim thai bằng máy Monitor
- Nếu có gì bất thường báo ngay bác sĩ

2. Sau cơn sản giật:

- Theo dõi toàn trạng theo chỉ định của bác sĩ:
 - + Đo mạch, huyết áp
 - + Số lượng và màu sắc nước tiểu
 - + Mức độ phù
- Thực hiện y lệnh: thuốc và chế độ chăm sóc và theo dõi

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

** Đánh giá:*

- Tình trạng của người bệnh
- Diễn biến của bệnh
- Ghi chép vào phiếu chăm sóc:
- Các thông số của thai phụ và tim thai
- Tình trạng diễn biến của bệnh
- Các công việc thực hiện chăm sóc
- Chế độ dinh dưỡng

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình không tự ý tháo bỏ hoặc sờ mó vào các ống thông và dây truyền dịch vv...
- Giải thích tầm quan trọng vệ sinh cá nhân.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng, miệng, thân thể.
- Hướng dẫn thay đổi tư thế 2 giờ/lần (người bệnh hôn mê)
- Chế độ dinh dưỡng:
 - + Ăn nhạt
 - + Nếu chưa ăn được phải cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày.

8. CHĂM SÓC SẢN PHỤ NHIỄM HIV

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho sản phụ và thai nhi
- Tránh lây nhiễm HIV cho nhân viên y tế

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh (mũ, găng, khẩu trang, kính, áo choàng)

2. **Nơi thực hiện:** sản phụ theo dõi tại khoa Truyền nhiễm có bàn để

3. Dụng cụ:

- Găng tay: găng phẫu thuật
- Găng dài che lên đến khuỷu tay
- Áo choàng và bột không thấm nước
- Khẩu trang, kính
- Mỏ vịt (loại dùng 1 lần)
- Dung dịch sát khuẩn: dakin, betadin, clorua benzakonium 0,1%, Javel, dung dịch nước muối sinh lý 9‰
- Thuốc AZT
- 1 bộ dụng cụ làm rốn vô trùng
- Gạc vô trùng

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong lúc chuyển dạ:

- Cho uống AZT 300mg cứ 3 giờ cho uống 1 lần đến lúc cặp và cắt dây rốn thì ngừng uống.
- Đảm bảo vô khuẩn khi đỡ đẻ
- Không cạo lông mu
- Lau âm đạo:
 - + Cứ 4 giờ / lần
 - + Qua mỏ vịt (loại mỏ vịt dùng 1 lần) bằng dung dịch betadin, dakin hoặc clorua benzalkonium 0,1%
- Hạn chế thăm âm đạo
- Bảo vệ đầu ối
- Không đặt điện cực ở đầu thai nhi
- Không lấy máu da đầu thai nhi đo pH

2. Khi đẻ:

- Sát khuẩn đường sinh dục
- Cắt và sát khuẩn dây rốn trước khi cắt
- Bỏ các dụng cụ đã dùng vào hộp kín
- Cách li bánh rau vào hộp kín có thể thiêu đốt được

3. Chăm sóc trẻ sơ sinh:

- Hút nhẹ nhàng nếu cần thiết phải hút hầu họng
- Tắm ngay cho trẻ sau đẻ (pha 250ml dung dịch clorua benzakonium vào 2,5 lít nước ấm) lau kỹ cho trẻ và tắm lại bằng xà phòng
- Lau kỹ mắt cho trẻ bằng nước muối sinh lý
- Ngay sau khi đẻ thông báo cho khoa sơ sinh để trẻ được chăm sóc riêng biệt
- Không nên cho bú mẹ, nên cho ăn sữa thay thế
- Cho trẻ uống AZT si rô trong 6 tuần đầu liều lượng 2mg/ cân nặng /6 giờ 1 lần

4. Hậu sản:

- Bệnh nhân nằm theo dõi tại buồng riêng
 - Nhân viên y tế mang găng khi khám băng vệ sinh của sản phụ, khi lấy máu, rút dịch truyền và các dịch thải
 - Đồ vải bẩn, băng vệ sinh cho vào túi nilon đặc biệt
 - Kim tiêm bỏ vào hộp riêng đóng kín có thể đốt được
- * *Chú ý:* sau khi thực hiện các chăm sóc nữ hộ sinh phải rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng sản phụ sau đẻ
- Ghi chỉ số theo dõi của mẹ và con vào hồ sơ, phiếu chăm sóc
- Ghi các diễn biến và tình trạng sản phụ, thai nhi sau đẻ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH.*** Chế độ dinh dưỡng:**

- Cho sản phụ: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng (cơm,thịt, trứng, hoa quả, sữa v.v.)
- Cho trẻ: cho trẻ ăn sữa thay thế, không nên cho bú mẹ, cho ăn sữa đủ lượng và chia thành nhiều bữa

*** Chế độ vệ sinh:**

- Cho sản phụ: vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày 3-4 lần và sau khi đại tiểu tiện bằng nước sạch và xà phòng. Băng vệ sinh và đồ vải có dính máu phải được để riêng vào túi nilon
- Cho trẻ: tắm và làm vệ sinh hàng ngày cho trẻ

9. CHĂM SÓC THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẸ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho mẹ và con
- Phát hiện sớm những bất thường trong cuộc chuyển dạ đẻ

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh (mũ, khẩu trang, áo choàng theo quy định)

2. Nơi thực hiện: tại khoa Đẻ

3. Dụng cụ:

- Nhiệt kế, huyết áp kế,
- Ống nghe tim phổi, đồng hồ bấm dây,
- Ống nghe tim thai hoặc máy Monitoring,
- Các loại thuốc cần thiết, găng khám, dầu paraffin, dung dịch betadin.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định

1. Theo dõi toàn trạng:

- Khám phụ
- Đo nhiệt độ, đếm mạch, đo huyết áp 4 giờ / lần và đo khi cần thiết
- Da, niêm mạc

2. Theo dõi cơn co tử cung (tần số, khoảng cách, độ dài, cơn co): trong cuộc chuyển dạ được chia thành 2 giai đoạn:

a. Giai đoạn tiềm tàng:

Khi cổ tử cung mở 0-3cm đo cơn co 2 giờ/lần hoặc 1 giờ/lần theo chỉ định của bác sĩ

b. Giai đoạn tích cực:

Khi cổ tử cung mở từ > 3cm đo cơn co 1 giờ / lần hoặc 30 phút / lần tùy theo chỉ định của bác sĩ.

3. Theo dõi tim thai:

a. *Giai đoạn tiềm tàng:* 2 giờ / lần - 1 giờ / lần

b. *Giai đoạn tích cực:* 30 phút / lần - 15 phút / lần

- Tần số 120 lần / phút - 140 lần / phút (bình thường)
- Nhịp điệu đều hay không
- Âm sắc mạnh hay yếu
- Nếu tim thai suy:
 - + Tim thai > 160 lần / phút → suy nhanh

- + Tim thai < 120 lần / phút → suy chậm
- + Cho thở oxy hướng dẫn sản phụ nằm nghiêng trái
- + Báo bác sĩ

* **Chú ý:** nghe tim thai kết hợp với đo cơn co tử cung và phải nghe tim thai khi ối vỡ hoặc sau khi bấm ối, khi sản phụ rặn đẻ và sau mỗi cơn co.

4. Sự tiến triển của ngôi thai: 2 giờ / lần

- Nắn đầu thai để đánh giá độ lọt của ngôi:
 - + Độ cao: thăm âm đạo thấy đầu di động có thể đẩy lên rất dễ dàng, đồng thời có thể đẩy sang phải sang trái
 - + Độ chúc: khám thấy đầu không di động sang phải và trái nhưng còn có thể đẩy lên, thấy thóp sau ở một bên khung chậu của người mẹ.
 - + Độ chặt: khám thấy đầu không di động nhưng chưa xuống sâu trong âm đạo. Nếu ngôi chỏm cúi tốt, sẽ thấy thóp sau ở chính giữa cổ tử cung.
 - + Độ lọt: lọt cao; lọt trung bình; lọt thấp
- Xác định mức độ tiến triển của ngôi thai

5. Theo dõi độ xoá mở cổ tử cung: 4 giờ/lần và khi có chỉ định của bác sĩ

- Rửa tay theo quy định
- Vệ sinh âm hộ- tầng sinh môn
- Đi găng vô khuẩn
- Thăm khám nhẹ nhàng để đánh giá độ xoá mở cổ tử cung và tình trạng cổ tử cung (mềm, mỏng, phù, cứng)

* **Đối với con so:**

- Độ mở cổ tử cung kéo dài khoảng từ 6-8 giờ
- Thời gian sổ thai 30 phút - 1 giờ

* **Đối với con dạ:**

Độ mở cổ tử cung kéo dài khoảng từ 3- 6 giờ

* **Bất thường:**

- Cổ tử cung mở chậm từ 0-3cm kéo dài 10 giờ
- Cổ tử cung mở chậm ít 1 giờ và không mở thêm
- Cổ tử cung mở hết 1 giờ đầu không lọt
- Sau sổ thai 1 giờ rau không sổ

6. Theo dõi đầu ối: 4 giờ / lần và cùng thăm khám cổ tử cung

- Kết quả tình trạng đầu ối:
 - + Còn hay vỡ
 - + Thời gian vỡ
- Tình trạng nước ối (số lượng, màu sắc, mùi)
- Rửa tay

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số và kết quả sau mỗi lần khám vào hồ sơ chăm sóc và biểu đồ chuyển dạ

- Đánh giá cuộc chuyển dạ bình thường hay có nguy cơ. Nếu có nguy cơ cần:
 - + Báo bác sĩ
 - + Thông báo và giải thích cho sản phụ và gia đình sản phụ biết tình trạng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho sản phụ những điều cần thiết như phương pháp thở, rặn khi chuyển dạ.
- Chế độ ăn: ăn, uống khi sản phụ có nhu cầu (đặc biệt chú ý hướng dẫn chế độ ăn cho sản phụ có nguy cơ cao).
- Chế độ vệ sinh: vệ sinh vùng sinh dục.

10. CHĂM SÓC THEO DÕI SẢN PHỤ TRONG 6 GIỜ ĐẦU SAU ĐẸ

I. MỤC ĐÍCH

Tránh các tai biến sau đẻ: chảy máu, choáng sau đẻ

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh (Mũ, áo choàng đầy đủ)
- Rửa tay đúng quy định.

2. Nơi thực hiện: tại giường phòng hậu sản khoa Đẻ.

3. Sản phụ: nữ hộ sinh thông báo và giải thích cho sản phụ biết việc mình làm đối với họ.

4. Dụng cụ:

- Máy đo huyết áp
- Ống nghe tim phổi
- Nhiệt kế
- Đồng hồ bấm giây

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Quan sát toàn trạng:

- Quan sát da sản phụ có xanh hay không
- Hỏi sản phụ có mệt hay không
- Sờ trán sản phụ đánh giá độ lạnh và mồ hôi
- Kiểm tra niêm mạc mắt

2. Đo mạch (đếm cả phút)

- Đo ngay sau khi đẻ
- Đo 15 phút / lần trong 2 giờ đầu
- Đo 1 giờ / lần trong 4 giờ sau
- Đo khi cần thiết theo chỉ định của bác sĩ

3. Đo huyết áp:

- Đo ngay sau khi đẻ
- Đo khi mạch nhanh 90 lần / phút trở lên
- Đo khi chảy máu nhiều hoặc khi sản phụ mệt, xanh xao, vã mồ hôi

4. Đo nhiệt độ:

- Đo ngay sau khi đẻ
- Đo trước khi chuyển khoa hậu sản

5. Theo dõi sự co hồi tử cung:

- 15 phút / lần trong 1 giờ đầu
- 30 phút / lần trong 2 giờ tiếp theo
- 1 giờ / lần trong 3 giờ tiếp theo
- Tư thế sản phụ: nằm ngửa, chân nửa co, nửa duỗi hơi dẹt
- Nữ hộ sinh đứng bên giường đối diện với sản phụ. Đặt cả bàn tay và ngón tay lên vùng hạ vị của sản phụ, tìm “cầu an toàn”
- Xoa, day nhẹ cho cầu an toàn co lại rõ hơn
- Hướng dẫn sản phụ xoa, day bụng để tử cung co hồi tốt
- Đánh giá mức độ co tử cung

6. Theo dõi tình trạng ra máu:

- Thông báo cho sản phụ biết khi nữ hộ sinh cần kiểm tra băng vệ sinh
- Quan sát mức độ thấm máu ở băng vệ sinh
- Một tay ấn trên bụng sản phụ xem máu có rỉ ra đường âm đạo không
- Đánh giá tình trạng ra máu

7. Hướng dẫn và giúp sản phụ cho con bú:

- Nữ hộ sinh giải thích cho sản phụ biết tác dụng và lợi ích của việc cho con bú sau đẻ
- Lau đầu vú sản phụ bằng khăn ẩm, mềm, sạch
- Giúp cho tư thế sản phụ nằm cho con bú
- Hướng dẫn cách đặt vú vào miệng trẻ
- Sau khi cho trẻ bú: lau miệng trẻ, lau vú mẹ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá xem sản phụ sau đẻ bình thường hay có nguy cơ. Nếu có nguy cơ báo bác sĩ
- Ghi các thông số và tình trạng của sản phụ vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH*** Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng:**

- Cho sản phụ:
 - + Cần phải nhận đủ lượng protein, chất khoáng và vitamin (thịt, trứng và các loại rau hoa quả, không kiêng quá mức)
 - + Cho con bú cần phải tiếp tục chế độ ăn uống như thời kỳ mang thai
 - + Uống viên sắt để bổ sung chế độ ăn uống ít nhất là trong 40 ngày sau đẻ
 - + Động viên sản phụ uống nước hoặc uống sữa trước khi cho con bú (trung bình 2 lít mỗi ngày)
- Cho trẻ:
 - + Bú sữa mẹ là tốt nhất
 - + Cho trẻ bú khi trẻ có nhu cầu

*** Hướng dẫn chế độ vệ sinh:**

- Cho sản phụ:
 - + Giữ vệ sinh sạch sẽ thân thể và bộ phận sinh dục
 - + Hướng dẫn sản phụ cách rửa bộ phận sinh dục bằng xà phòng và nước chín 3 đến 4 lần mỗi ngày, sau khi đi đại, tiểu tiện
- Cho trẻ:
 - Giữ vệ sinh, tắm rửa hàng ngày và khi cần thiết (chú ý vệ sinh rốn cho trẻ)
- Khi hướng dẫn và giúp sản phụ, nữ hộ sinh cần nhẹ nhàng, thân mật, lời lẽ giải thích cụ thể, dễ hiểu

11. CHĂM SÓC VẾT KHÂU TẮNG SINH MÔN SAU ĐẸ**I. MỤC ĐÍCH**

- Làm sạch và bảo vệ tầng sinh môn
- Tránh nhiễm trùng tầng sinh môn

II. CHUẨN BỊ**Người thực hiện:**

- Nữ hộ sinh hoặc y tá - điều dưỡng (mũ, khẩu trang, áo choàng đầy đủ)
- Rửa tay đúng kĩ thuật

2. Nơi thực hiện:

- Tại giường sản phụ sau đẻ (đối với những bệnh nhân nặng, bệnh nhân huyết áp cao, bệnh tim v.v.. tránh đi lại)
- Tại phòng làm vệ sinh khoa hậu sản

3. Sản phụ:

- Nữ hộ sinh, y tá thông báo và giải thích cho sản phụ biết công việc mình sẽ làm với họ
- Hướng dẫn sản phụ đi đại, tiểu tiện trước khi chăm sóc

4. Dụng cụ:

- Xe để dụng cụ
- Kẹp dài làm thuốc vô khuẩn
- Bông gòn hoặc gạc củ ấu vô khuẩn
- Nước chín (ấm mùa đông)
- Bốc hay ấm chứa nước
- Bô dẹt, tấm nilon (nếu làm vệ sinh tại giường)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh, y tá- điều dưỡng rửa tay
- Hướng dẫn cho sản phụ nằm tư thế sản khoa (nếu làm vệ sinh tại giường sản phụ nằm đầu cao và lưng cao)
- Kiểm tra băng vệ sinh để đánh giá sản dịch
- Dùng bông hoặc gạc củ ấu lau bộ phận sinh dục đi từ vết khâu lan dần ra xung quanh và đồng thời xả nước
- Thấm khô vết khâu từ vết khâu thấm ra ngoài kiểm tra vết khâu xem có gì bất thường. Nếu có báo bác sĩ xem lại.
- Lau khô vùng rửa và xung quanh
- Dùng băng vệ sinh vô khuẩn
- Làm vệ sinh 3-4 lần trong ngày và sau khi đại, tiểu tiện
- Cắt chỉ vết khâu theo chỉ định của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết khâu tầng sinh môn sưng nề? Màu đỏ có mũ?
- Có liền tốt hay không?
- Ghi kết quả vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho sản phụ làm vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn hàng ngày và sau khi đại, tiểu tiện.
- Đi lại nhẹ nhàng khi chưa cắt và mới cắt chỉ
- Dặn người bệnh đến khám lại nếu thấy có bất thường.

12. CHĂM SÓC BÀ MẸ CHO CON BÚ SAU ĐẼ

I. MỤC ĐÍCH

** Đối với mẹ:*

- Giúp tử cung co hồi tốt, tránh băng huyết
- Giúp sữa xuống sớm, không đau tức vú, không mất sữa

** Đối với trẻ:* đảm bảo trẻ được bú sữa non vì:

- Thích hợp với tiêu hoá của trẻ
- Đầy đủ mọi chất dinh dưỡng cần thiết và các kháng thể của mẹ có thể truyền cho con qua sữa

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh (trang phục theo quy định)

2. Nơi thực hiện: phòng hậu sản

- Nữ hộ sinh giải thích cho sản phụ biết tầm quan trọng của sữa mẹ và lợi ích của việc cho con bú sớm
- Thông báo cho sản phụ biết việc mình sẽ làm đối với họ
- Trẻ sơ sinh được nằm cạnh mẹ

3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Khăn sạch mềm
- Nước chín ấm
- Gối

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định
- Hướng dẫn cho bà mẹ lau đầu vú bằng khăn sạch và ấm (nếu sản phụ mệt thì người nữ hộ sinh giúp sản phụ)
- Đặt một khăn sạch khô vào cổ trẻ
- Nữ hộ sinh hướng dẫn cho bà mẹ cách nằm cho con bú (đối với bà mẹ ngay sau khi đẻ)
 - + Mẹ nằm nghiêng
 - + Lưng kê gối cao
 - + Mẹ ôm con cho con gối lên một cánh tay
- Cách ngồi cho con bú (đối với bà mẹ sau đẻ 1-2 ngày)

- + Mẹ ngồi tư thế thoải mái
- + Mẹ ôm con bằng một tay và nâng đầu trẻ cho miệng trẻ ngang tầm vú mẹ, người đỡ trẻ áp sát vào ngực mẹ
- + Tay kia nâng giữ đầu vú
- + Miệng trẻ ngậm kín quầng vú mẹ khi bú
- + Có thể nhìn thấy trẻ bú từng ngụm sữa sâu và chậm rãi
- Nếu trẻ ngủ, vỗ nhẹ vào mông, gãi vào gan bàn chân hoặc động nhẹ vào môi cho trẻ tiếp tục bú
- Sau khi cho trẻ bú:
 - + Lau miệng trẻ bằng khăn ướt, ấm
 - + Lau vú mẹ
 - + Bế trẻ giữ đầu cao 5-10 phút, sau đó đặt trẻ nằm nghiêng
- Nữ hộ sinh rửa tay

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá đứa trẻ ngậm vú và bú tốt hay không
- Trẻ trông thư giãn và vui vẻ
- Mẹ không thấy núm vú bị đau
- Thời gian bú của trẻ, một vú hay hai vú
- Ghi vào phiếu chăm sóc theo dõi

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Hướng dẫn các bà mẹ:*

- Cho trẻ bú càng sớm càng sớm càng tốt ngay sau khi đẻ.
- Không chờ xuống sữa vì trong vú mẹ có sẵn sữa non
- Không cho trẻ uống nước lọc, nước đường, nước cam thảo sau khi bú
- Lau sạch đầu vú trước và sau khi cho con bú bằng khăn sạch, ấm
- Ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước
- Sau mỗi lần cho trẻ bú bế trẻ đầu cao khoảng từ 5-10 phút
- Cho trẻ ăn theo nhu cầu khi trẻ đói, tôn trọng giấc ngủ của trẻ.

13. CHĂM SÓC THEO DÕI SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh ngay sau đẻ
- Phát hiện những dị tật, bất thường của trẻ sơ sinh

II. CHUẨN BỊ**1. Người thực hiện:** nữ hộ sinh- Y tá (mũ, áo, khẩu trang theo quy định)**2. Nơi thực hiện:** phòng Đẻ**3. Người bệnh:** trẻ sơ sinh đã được cắt rốn 1 lần**4. Dụng cụ:**

- Một bộ dụng cụ làm rốn vô khuẩn gồm 2 panh, 1 kéo, 1 kẹp rốn hay buộc rốn.
- Gạc, băng, bông vô khuẩn
- Bàn làm rốn (đệm, đèn đảm bảo độ ấm)
- Găng tay
- 2 sàng vô khuẩn
- Một bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh
- Cân sơ sinh, thước đo chiều dài sơ sinh, thước dây.
- Mũ, áo, tã, chăn cho sơ sinh (sạch)
- Sổ, bút để ghi tên và đánh dấu sơ sinh
- Cồn 70°C
- Thuốc: thuốc nhỏ mắt; vitamin K (tiêm hoặc uống)
- Nhiệt độ trong phòng để đủ ấm từ 28 - 30°C

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định:*

- Đón trẻ và đánh giá tình trạng trẻ (dựa vào chỉ số Apgar)
- Dùng gạc vô khuẩn lau miệng trẻ
- Dùng sàng vô khuẩn lau khô nước ối trên da của trẻ (ngăn chặn sự mất nhiệt của trẻ do nước ối dính trên người trẻ bốc hơi và có tác dụng kích thích hô hấp sơ sinh)
- Lau mặt, má, gáy.
- Dùng gạc vô khuẩn lau miệng trẻ, lấy hết dịch và nước ối
- Xoa lưng, xoa bụng, xoa hai tay, xoa hai chân bắt đầu từ mu bàn chân và kết thúc ở gan bàn chân
- Hút nhót miệng, mũi sơ sinh nếu cần
- Làm rốn đúng kỹ thuật
- Kiểm tra dị tật của trẻ: đầu, môi, hàm ếch, sống lưng, tay và chân
- (bàn và ngón, bụng, hậu môn và bộ phận sinh dục)
- Đo vòng đầu- ngực - chiều dài - cân nặng
- Mặc áo, đội mũ, mặc áo, quấn tã cho trẻ
- Đeo sổ ghi tên sơ sinh (số mẹ và con cùng một số)
- Quấn chân ủ ấm
- Nhỏ thuốc mắt cho sơ sinh (tránh không cho thuốc chảy xuống má và tai)
- Bế sơ sinh ra mẹ hoặc chuyển sang phòng sơ sinh (nếu cần)
- Thu dọn dụng cụ (khử khuẩn và để đúng nơi quy định)
- Rửa tay

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá trẻ bình thường hay có dị tật bất thường hoặc có các nguy cơ khác.
- Ghi các thông số và các tình trạng của trẻ vào hồ sơ và phiếu theo dõi sơ sinh

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

** Theo dõi trẻ sơ sinh:*

- Màu sắc da
- Nhịp thở (trung bình 40-50 lần / phút)
- Nhịp tim 120-160 lần/ phút
- Băng rốn có thấm dịch và máu không? (để phòng chảy máu rốn)
- Tiếng khóc của trẻ khoẻ hay yếu- sự bú của trẻ
- Nhiệt độ: $36^{\circ}5\text{ C}$ - $37^{\circ}2\text{ C}$
- Hướng dẫn: sản phụ cho con bú và giữ ấm cho trẻ.

14. CHĂM SÓC HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU ĐẼ**I. MỤC ĐÍCH**

- Làm thông đường thở
- Hỗ trợ hô hấp
- Hỗ trợ tuần hoàn

II. CHUẨN BỊ**1. Người thực hiện:**

- Nữ hộ sinh (mũ, áo choàng, khẩu trang đúng quy định)

2. Nơi thực hiện: phòng Đẻ**3. Dụng cụ:**

- Bàn hồi sức sơ sinh
- Lò sưởi
- Máy hút đạp chân hay cầm điện
- Ống hút vô khuẩn
- Bóng bóp hồi sức
- Oxy, mặt nạ thở oxy - ống nghe tim phổi - ống nội khí quản và đèn soi đặt nội khí quản

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay, đi găng vô khuẩn
- Trẻ sơ sinh bị ngạt được ủ ấm, đặt lên bàn hồi sức
- Đặt trẻ ở tư thế đầu thấp, ngửa cổ, tiến hành hút dịch thông đường hô hấp
 - + Dùng ống hút vô khuẩn hút họng, hầu
 - + Hút mũi sau

* *Chú ý:*

- Khi đưa ống hút vào họng cần nhẹ nhàng (khi rút ra và hút để có áp lực không quá 100cm H₂O). Mỗi lần hút không kéo dài quá 20 giây
- Phải hút sạch cho hết dịch và nước ối.
- Kích thích hô hấp qua da trẻ: lau khô kích thích toàn thân trẻ, xoa hai má, cọ sát da lưng, gãi gan bàn chân
- Quan sát trẻ: nếu trẻ không tốt lên tiến hành bóp bóng oxy:
 - + Kiểm tra van an toàn trước khi nối nguồn oxy
 - + Mặt nạ đặt kín, khít trùm lên mũi, miệng (bóp bóng nhịp 40 lần/phút)
 - + Quan sát lồng ngực theo nhịp bóp
- Nếu trẻ tốt lên hồng hào tiếp tục cho thở oxy qua lều
- Nếu thấy không tốt lên, báo bác sĩ để đặt ống nội khí quản
- Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ
- Theo dõi màu da, sắc mặt, nhịp thở của trẻ. Nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng trẻ trước và sau hồi sức dựa vào chỉ số Apgar
- Ghi những thông số (sắc da, nhịp thở vv...) vào phiếu chăm sóc sơ sinh
- Ghi những chỉ số cần theo dõi tiếp sau khi hồi sức xong.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn sản phụ giữ ấm cho trẻ và cho con bú sớm nếu trẻ được trả về với mẹ.
- Nếu trẻ cần phải theo dõi thêm ở khoa Sơ sinh thì tiếp tục theo dõi tình trạng hô hấp và tuần hoàn của trẻ những giờ sau đẻ.

15. CHĂM SÓC THEO DÕI SƠ SINH NON THÁNG

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế tử vong sơ sinh
- Tránh bội nhiễm thứ phát
- Bảo vệ và nuôi dưỡng đứa trẻ như trong tử cung mẹ

II. CHUẨN BỊ**1. Người thực hiện:**

- Nữ hộ sinh (mũ, áo, khẩu trang theo quy định)
- Rửa tay theo quy định

2. Nơi thực hiện:

Tại phòng Sơ sinh, trẻ nằm trong lồng ấp

3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Lồng ấp đảm bảo độ ẩm 28°C - 35°C (tùy theo cân nặng, tuổi thai và ngày tuổi)
- Ống thông cho ăn- thìa cà phê và bát đựng sữa
- Sữa mẹ hoặc sữa dành cho trẻ non tháng đối với bà mẹ không có sữa hoặc bệnh lý
- Xà phòng tắm
- Gạc, bông, băng rốn vô khuẩn
- Cồn 70°
- Thuốc: thuốc nhỏ mắt; vitamin K

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Nuôi dưỡng (chế độ ăn) thực hiện theo các quy tắc chung:**

- Ưu tiên ăn sữa mẹ
- Ăn sớm sau đẻ
- Ăn nhiều lần (từ 8-24 lần /ngày) tùy theo chỉ định của bác sĩ
- Lượng sữa lúc đầu ít sau tăng từ từ
- Nếu trẻ không bú được, cho ăn bằng thìa hoặc qua ống thông dạ dày

2. Theo dõi:

** Theo dõi trẻ:*

- Đo nhiệt độ 2 lần/ ngày hoặc khi cần thiết
- Cân nặng hàng ngày
- Quan sát tình trạng trẻ: màu da, nôn trớ, phân, nước tiểu

3. Vệ sinh:

** Với trẻ:*

- Tắm cháu hàng ngày trong lồng ấp, tắm nước ấm
- Đảm bảo giữ độ ẩm cho trẻ
- Thay tã, lau vùng sinh dục cho trẻ mỗi khi trẻ đại, tiểu
- Thay ống thông cho ăn hàng ngày.

** Vệ sinh chung:*

- Giữ gìn vệ sinh chung sạch sẽ (tường, trần, sàn nhà)
- Nước sạch
- Dụng cụ cho ăn phải được tiệt trùng (hấp hoặc luộc)

- Giữ gìn vệ sinh lồng ấp và có kế hoạch tổng vệ sinh lồng ấp
- Bác sĩ, nhân viên chăm sóc phải sạch sẽ (rửa tay trước và sau mỗi lần chăm sóc, đeo khẩu trang khi khám và chăm sóc cho trẻ).
- Đồ vải sạch đủ để thay nhiều lần trong ngày
- Đồ vải thải phải cho vào túi nilon để trong thùng có nắp và thay túi nhiều lần trong ngày

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Hàng ngày sau mỗi lần chăm sóc ghi các thông số, chế độ ăn, cách cho ăn vào phiếu chăm sóc
- Đánh giá tình trạng cháu hàng ngày qua cân nặng
- Theo dõi và thực hiện y lệnh của bác sĩ
- Ghi chế độ ăn vào sổ của phòng tiết chế
- Bàn giao cẩn thận cho người thay ca

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu trẻ không bú được hướng dẫn cho bà mẹ vắt sữa để cho con ăn bằng thìa
- Nếu trẻ bú được, hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú
- Theo dõi sức khỏe chung, sự lên cân của trẻ để giúp bác sĩ quyết định ngày có thể đưa cháu ra khỏi lồng ấp và trả về với mẹ.

Chương V

LAO VÀ BỆNH PHỔI

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Người bệnh được điều trị theo đúng phác đồ điều trị lao.
- Được theo dõi tới khi hoàn thành thời gian điều trị.
- Được đánh giá kết quả điều trị
- Phát hiện kịp thời và theo dõi các biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

- Kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm chức năng gan.
- Kết quả xét nghiệm đờm: âm tính hay dương tính.
- Phim chụp X-quang 2 phổi
- Cân nặng người bệnh
- Y lệnh về phác đồ điều trị lao
- Các lọ để lấy đờm, giấy xét nghiệm của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

- Tùy tình trạng từng người bệnh, để người bệnh nằm các tư thế cho phù hợp.
- Người bệnh nặng, xuất tiết nhiều đặt người bệnh nằm ngửa đầu nghiêng sang một bên để tránh hít phải chất xuất tiết, chất nôn
- Người bệnh khó thở cho nằm đầu cao.

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở:

- Theo thường quy ngày 2 lần sáng, chiều hoặc theo chỉ định của bác sĩ
- Nếu thấy bất thường báo cáo bác sĩ.
- Khó thở cho thở oxy (theo y lệnh)

3. Thực hiện thuốc, y lệnh:

- Thuốc dùng đúng liều lượng.
- Dùng thuốc lao cùng một lúc tốt nhất là sau ăn sáng 2 giờ.
- Tiêm truyền theo y lệnh.
- Lấy mẫu xét nghiệm đờm (vào buổi sáng 3 ngày liên để xét nghiệm tìm vi khuẩn lao)

4. Giảm đau, ho:

- Động viên người bệnh.
- Giúp đỡ người bệnh khi ho.

- Đắp khăn ấm lên ngực nếu có đau tức ngực.
- Nếu ho ra máu (chăm sóc người bệnh ho ra máu)

5. Chế độ ăn uống:

- Động viên người bệnh ăn uống.
- Nấu thức ăn hợp khẩu vị.
- Cho người bệnh ăn giàu đạm, calo, rau quả.
- Cho người bệnh uống nhiều nước hoa quả.

6. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh:

- Thời gian bệnh tiến triển cần nghỉ ngơi tối đa.
- Động viên người bệnh ngủ nhiều.
- Vệ sinh răng miệng, thân thể.
- Thay quần áo thường xuyên.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Ho khạc đúng nơi quy định

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng hô hấp
- Mức độ ho, sốt, đau ngực
- Số lượng, màu sắc đờm, máu
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc: nếu có các dấu hiệu sau đây thì ngừng thuốc và báo cáo bác sĩ:
 - + Chán ăn.
 - + Nôn, buồn nôn.
 - + Giảm thính lực.
 - + Sốc.
 - + Xuất huyết.
 - + Suy thận cấp.
- Theo dõi các biến chứng khác:
 - + Xẹp phổi.
 - + Tràn khí.
 - + Tràn dịch.
- Báo bác sĩ để xử lý kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh để người bệnh phối hợp điều trị.
- Thực hiện chế độ thuốc đủ liều đúng thời gian theo y lệnh của bác sĩ
- Đảm bảo chế độ vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, giữ gìn để phòng lây nhiễm cho người thân trong gia đình và những người xung quanh.
- Cách phát hiện những biến chứng và dấu hiệu bất thường
- Thực hiện chế độ ăn uống và nghỉ ngơi.
- Khi ra viện khám lại theo quy định.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HO RA MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Cầm máu kịp thời bằng mọi biện pháp
- Phòng ho ra máu tiếp tục và tái phát
- Làm thông thoáng đường hô hấp nếu có tắc nghẽn
- Chống nhiễm trùng (loét, viêm nhiễm đường hô hấp do đọng đờm dãi) khi nằm lâu.
- Bồi phụ đủ điện giải và đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ

1. **Người bệnh:** được nằm bất động tại giường bệnh, tùy từng mức độ ho ra máu có y lệnh riêng.
2. **Cán bộ y tế:** đứng bên giường bệnh, mặc áo công tác, mũ, khẩu trang và đi găng.
3. **Dụng cụ:**
 - Ca đựng đờm, máu để cho người bệnh ho, khạc.
 - Máy hút đờm dãi.
 - Máy thở oxy.
 - Các dụng cụ y tế khác theo y lệnh của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi và xử trí thuốc cầm máu, dịch truyền kịp thời theo y lệnh của bác sĩ.
- Hút máu cục, đờm dãi bằng máy hút nếu có hiện tượng bít tắc để làm thông thoáng đường hô hấp.
- Cho thở oxy qua ống thông mũi ngắt quãng nếu người bệnh khó thở.
- Người bệnh được nằm nghỉ ngơi yên tĩnh tại giường bệnh theo tư thế Fowler, đầu nghiêng về một bên khi ho ra máu, (để phòng máu tràn vào phổi gây suy hô hấp vì bị ngạt), kể cả khi người bệnh nôn, thức ăn cũng không thể trào vào đường hô hấp gây ngạt thở.
 - + Ho ra máu thể nhẹ: hạn chế vận động
 - + Ho ra máu thể vừa: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
 - + Ho ra máu thể nặng: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường - chế độ chăm sóc cấp I
- Theo dõi lượng máu ho ra hàng ngày, cả màu sắc và tính chất. Nếu máu ho ra màu đỏ tươi tức là máu còn đang chảy, cần phải xử trí thuốc cầm máu. Nếu máu ho ra màu nâu, đen thì hướng dẫn người bệnh khạc hết ra ngoài để tránh bội nhiễm ở đường hô hấp.
- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhiệt độ và nhịp thở nếu khó thở cho bệnh nhân thở oxy qua ống thông mũi ngắt quãng. Nếu sốt cao cho người bệnh thuốc hạ nhiệt và đắp

khăn lạnh vùng trán, thường xuyên thay khăn. Báo cho bác sĩ những thông số bất thường.

- Hướng dẫn người bệnh yên tâm, tin tưởng vào sự chăm sóc và điều trị của chuyên môn. Giải thích cho người bệnh hiểu về ho ra máu để cùng phối hợp điều trị.
- Cho người bệnh ăn chế độ lỏng, nhẹ, dễ tiêu, thức ăn nguội, mỗi lần ăn ít một, ăn nhiều lần trong ngày và đảm bảo đầy đủ chất.
- Vệ sinh cá nhân hàng ngày: lau chùi sạch máu dầy ở mặt, cổ, miệng và vệ sinh thân thể, lau rửa bằng nước ấm.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các thông số mạch, huyết áp, nhiệt độ và nhịp thở.
- Lượng máu ho ra hàng ngày, tính chất, màu sắc.
- Thuốc, dịch truyền đã thực hiện theo y lệnh của bác sĩ
- Chế độ ăn uống hàng ngày và tình trạng tinh thần của người bệnh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh ho ra máu thường hay tái phát vì vậy phải bình tĩnh, nếu người bệnh hốt hoảng, lo lắng, sợ hãi thì những yếu tố đó sẽ kích thích gây ho ra máu tiếp.
- Hướng dẫn người bệnh cách uống thuốc, sinh hoạt, ngủ, nghỉ đúng giờ, hạn chế vận động mạnh gắng sức và thực hiện theo hướng dẫn của thầy thuốc.
- Hướng dẫn cách xử lý đờm, máu để phòng lây nhiễm cho người xung quanh
- Phòng chống lây nhiễm nếu ho ra máu do lao.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện chế độ điều trị (do bác sĩ chỉ định)
- Chống sốc, giảm đau, chống khó thở.
- Trợ giúp người bệnh khi được chọc hút dẫn lưu khí
- Chăm sóc dẫn lưu khí
- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị phương tiện chọc hút dẫn lưu khí (theo chỉ định của bác sĩ)
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch
- Chuẩn bị người bệnh tại buồng làm thủ thuật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Thực hiện chế độ điều trị theo chỉ định của thầy thuốc****2. Chống sốc, giảm đau, giảm khó thở**

- Giải thích cho người bệnh hiểu đau sẽ giảm dần sau hút khí, có thể hết đau sau một vài ngày.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên bị bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mỗi khi ho áp chặt tay vào gian sườn bên tràn khí để giảm đau.
- Cho người bệnh nằm đầu cao nếu có khó thở.

3. Trợ giúp người bệnh khi được chọc hút dẫn lưu khí

- Giải thích cho người bệnh thủ thuật hút dẫn lưu khí là cần thiết và có tác dụng chống khó thở và xẹp phổi. Thủ thuật không gây đau nhiều chỉ đau khi chọc kim qua thành ngực.
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơi nghiêng về bên lành.
- Hướng dẫn người bệnh giữ tư thế bất động, kiềm chế ho khi chọc dò.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm, thủ thuật không gây đau nhiều, chỉ đau khi chọc kim qua thành ngực.
- Trợ giúp thầy thuốc tiến hành thủ thuật
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và các dấu hiệu sốc khi chọc hút dẫn lưu khí.
- Theo dõi khi hút ra, xem có kèm theo dịch hay không, đặc biệt là dịch máu

4. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi:

- Theo dõi áp lực hút: thông thường áp lực hút từ 15 đến 40cm H₂O hoặc 10 đến 30cmHg.
- Không để tắc ống dẫn lưu, đảm bảo hệ thống hút kín tuyệt đối và vô khuẩn,
- Thay rửa lọ và hệ thống dây dẫn hàng ngày.
- Thay băng vùng mở màng phổi hàng ngày.
- Nếu có tràn dịch, tràn máu phải dẫn lưu dịch máu.
- Nếu có tràn máu phải theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/lần, đo lượng máu chảy ra.
- Nếu lượng máu không giảm cần thông báo bác sĩ để có chỉ định mổ cầm máu.

5. Vệ sinh cho người bệnh:

- Răng miệng, lồng ngực.
- Cho người bệnh ăn chế độ nhiều nước và muối khoáng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng sốc: mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi v.v...
- Nếu chọc hút dẫn lưu khí và có máy đo áp lực màng phổi, ghi áp lực màng phổi.
- Ghi hồ sơ theo dõi hàng ngày: nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp, mức độ đau, khó thở và các dấu hiệu giảm oxy máu theo giờ tùy thuộc vào tình trạng bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Hướng dẫn người bệnh kỹ thuật thở hoành
- Khuyến người bệnh bỏ thuốc lá (nếu người bệnh nghiện thuốc) và vận động những người khác bỏ thuốc.
- Hướng dẫn người bệnh để phòng một số bệnh có thể gây tràn khí

4.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện chế độ điều trị (theo chỉ định của bác sĩ)
- Giảm đau, chống khó thở
- Trợ giúp người bệnh khi được tiến hành chọc hút dịch, dẫn lưu màng phổi.
- Chăm sóc dẫn lưu màng phổi, đảm bảo không tắc ống dẫn lưu, không bị bội nhiễm
- Giáo dục người bệnh tự chăm sóc phục hồi chức năng

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị phương tiện chọc dò dẫn lưu màng phổi(theo chỉ định của bác sĩ)
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch.
- Chuẩn bị người bệnh tại buồng làm thủ thuật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thực hiện chế độ điều trị (theo chỉ định của bác sĩ)

2. Giảm đau, chống khó thở

- Khi người bệnh đau nhiều đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi (nghiêng về bên bệnh), khi người bệnh đỡ đau để người bệnh nằm nghiêng về bên lành và thay đổi tư thế, nằm đầu cao nếu có khó thở.
- Hướng dẫn người bệnh mỗi khi ho áp chặt bàn tay của mình vào gian sườn bên tràn dịch để giảm đau

3. Trợ giúp người bệnh khi tiến hành chọc dò màng phổi

- Xác định người bệnh có dị ứng thuốc tê hay không.
- Giải thích cho người bệnh những điểm sau:
- Mục đích làm thủ thuật để chẩn đoán và điều trị, để người bệnh chấp thuận làm thủ thuật.
- Khi chọc dò phải cố gắng ở tư thế bất động, kiềm chế ho.
- Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thuận tiện (theo chỉ định của bác sĩ)
- Trợ giúp thầy thuốc tiến hành thủ thuật

- Sau khi rút kim khỏi thành ngực điều dưỡng viên đề lên vị trí chọc kim bằng đầu ngón tay cái (mang găng vô khuẩn) và sau đó bằng băng vô khuẩn.
- Theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp, cảm giác căng trong lồng ngực, ho có đờm mầu hồng, các dấu hiệu giảm oxy máu.
- Đánh giá số lượng dịch rút ra, tính chất, màu sắc, chuẩn bị mẫu dịch cho xét nghiệm.

4. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi (nếu có)

- Theo dõi số lượng dịch dẫn lưu trong ngày: tính chất, màu sắc, báo bác sĩ điều trị khi số lượng dịch $\leq 10 - 20$ ml/ngày để rút ống dẫn lưu.
- Không để tắc gấp ống dẫn lưu,
- Thay băng chân ống dẫn lưu và thay rửa lọ chứa dịch dẫn lưu hàng ngày.

5. Vệ sinh, dinh dưỡng cho người bệnh:

- Đặc biệt chú ý giữ vệ sinh răng miệng và lồng ngực.
- Cho người bệnh ăn chế độ giàu đạm, vitamin và chất khoáng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá và ghi vào phiếu chăm sóc số lượng, tính chất, màu sắc dịch rút ra.
- Nếu có dẫn lưu màng phổi đánh giá và ghi vào phiếu chăm sóc số lượng, tính chất, màu sắc dịch dẫn ra trong ngày.
- Ghi theo dõi hàng ngày nhiệt độ, nhịp thở mạch huyết áp, mức độ đau, cảm giác khó thở, tính chất ho, các dấu hiệu giảm oxy máu

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Giai đoạn còn dịch:

- Hướng dẫn người bệnh tập thay đổi tư thế (tránh lắng đọng fibrin):
 - + Nằm ngửa hít sâu thở ra đều trong 15-20 phút.
 - + Nằm nửa sấp, tay gấp trước ngực để dồn dịch ra trước trong 30 phút.
 - + Quay sau: gối kê dưới vai lưng thời gian 30 phút
- Hướng dẫn người bệnh thở hoành, kĩ thuật như sau:
 - + Đặt một tay vào bụng và tay kia vào giữa lồng ngực.
 - + Hít vào chậm và sâu qua mũi, bụng phình ra càng nhiều càng tốt.
 - + Thở ra qua miệng môi mím (để luồng hơi thở bật qua môi), trong khi đó bụng thít lại, bàn tay để lên bụng đè nhẹ vào phía trong và lên trên.

2. Giai đoạn hết dịch:

- Hướng dẫn người bệnh thở hoành thường xuyên để thành thói quen.
- Tập vận động khớp vai
- Chấp hành chế độ điều trị ngoại trú, khám lại theo hẹn

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO/HIV

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo người bệnh được điều trị lao theo đúng quy định của chương trình chống lao; điều trị đánh giá kết quả, quản lý điều trị.
- Kết hợp việc điều trị HIV-AIDS
- Tư vấn thông tin về điều trị và dự phòng bệnh lao, HIV-AIDS.
- Thực hiện tốt việc phòng chống lây nhiễm và an toàn trong tiếp xúc với người bệnh.
- Đảm bảo thông khí tốt cho người bệnh hô hấp
- Phát hiện kịp thời và theo dõi các tác dụng phụ của thuốc
- Thực hiện tốt các y lệnh

II. CHUẨN BỊ

- Toàn bộ hồ sơ bệnh án được xác định lao phổi cần được điều trị lao và HIV(+)
- Các loại thuốc chữa lao và HIV-AIDS
- Các phương tiện vô trùng và cách li cho người bệnh và cán bộ y tế như khẩu trang, áo mũ và găng tay khi phải làm các thủ thuật
- Để người bệnh nằm trong phòng bệnh cách li

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Xét nghiệm đờm và theo dõi xét nghiệm đờm trong quá trình điều trị như trong quy định của chương trình chống lao quốc gia.
- Điều trị lao theo các nguyên tắc điều trị của chương trình chống lao quốc gia phối hợp các loại thuốc, sử dụng một lần, dùng đều đặn, đảm bảo đủ thời gian, đảm bảo 2 giai đoạn: tấn công và duy trì.
- Phối hợp điều trị HIV
- Chưa có thuốc đặc trị HIV.
- Theo dõi các phản ứng phụ của thuốc lao (như trong phần chăm sóc người bệnh lao)
- Theo dõi các phản ứng phụ của các thuốc điều trị HIV:
Phản ứng do sử dụng cho bà mẹ đang cho con bú, thiếu máu, giảm bạch cầu đa nhân, nôn, buồn nôn, chán ăn, đau bụng, nhức đầu, ban đỏ ngoài da, sốt, đau cơ, mất ngủ, mệt mỏi và khó tiêu, tiêu chảy, chóng mặt, khó thở, đau toàn thân rùng mình, các dấu hiệu cảm cúm.
- Theo dõi các bệnh cơ hội thường gặp:
 - + Viêm phổi do *Pneumocystis carini*
 - + Viêm phổi và não do *Toxoplasma*
 - + Các bệnh do nấm
 - + Các bệnh do virus

- + Tiêu chảy
- Điều trị triệu chứng và chăm sóc:
 - + Sốt - Hạ sốt và cho uống nhiều nước
 - + Tiêu chảy - Bồi phụ điện giải, hướng dẫn dự phòng bằng ăn uống sạch....
 - + Ho, đau ngực, khó thở: người bệnh nằm đầu cao; Dùng thuốc giảm đau
- Tổn thương ngoài da: rửa sạch bằng nước muối sinh lý 9‰, thấm khô, và băng vô khuẩn.
- Cho uống đủ nước, vỗ rung ở lưng giúp người bệnh vận động thay đổi tư thế.
- Áo quần, đồ vải bẩn... để vào túi riêng ngâm trong dung dịch sát khuẩn Javel 1‰ trong 20 phút trước khi giặt, người giặt phải dùng găng tay, khi huỷ bỏ đồ vải thì phải đốt hoặc ngâm dung dịch sát khuẩn Javel 1‰ trong 20 phút trước khi bỏ vào thùng rác.
- Vệ sinh răng miệng:
 - + Dùng bàn chải mềm, chải thường xuyên,
 - + Súc miệng với dung dịch thuốc tím loãng
- Thức ăn: Cho ăn thêm tỏi, sữa chua và các chất giàu vitamin
- Nôn và buồn nôn:

Thường hay gặp ở người người bệnh AIDS nhẹ có thể tự khỏi hoặc dùng thuốc chống nôn
- Đau đớn thể xác:
 - + Do bất động lâu,
 - + Rối loạn thần kinh gặm giác, biểu hiện rất bỏng chân tay, cần tập thở sâu, thư giãn, giảm đau bằng paracetamon hay aspirin, xoa bóp, nằm chăn đệm êm
- Lo âu buồn rầu chán nản, thường biểu hiện bên ngoài nhẹ:
 - + Chán ăn, thở nhanh, thở dài,
 - + Run sợ, hồi hộp, cảm giác tê dại cánh tay,
 - + Mất ngủ, dễ cáu kỉnh, hoảng hốt, bi quan, mệt mỏi kiệt sức, mất khả năng tập trung, tạo điều kiện yên tĩnh. Cần động viên gia đình giúp đỡ về vật chất, nâng đỡ tinh thần và dùng thuốc an thần khi cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá kết quả điều trị lao theo hướng của chương trình chống lao với kết quả: Khỏi, hoàn thành điều trị, thất bại, chuyển, bỏ điều trị, chết.
- Theo dõi diễn biến các triệu chứng lâm sàng về lao/HIV-AIDS
- Theo dõi ghi các tác dụng phụ của thuốc lao và HIV

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện nghiêm chỉnh việc điều trị lao và HIV đều đặn và liên tục.
- Có ý thức phòng bệnh lao và HIV - AIDS với môi trường xung quanh và cộng đồng.
- Xác định tư tưởng cho người bệnh có thể sinh hoạt bình thường trong cộng đồng trên cơ sở thực hiện nghiêm chỉnh việc điều trị và phòng bệnh cho những người xung quanh.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO MÀNG BỤNG - LAO RUỘT

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh giảm bớt khó khăn về bệnh: đau, rối loạn tiêu hoá...
- Phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để phòng biến chứng: tắc ruột, lồng ruột, tràn dịch màng phổi...
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng theo quy định

2. **Người bệnh:** giải thích cho người bệnh rõ những việc cần làm, và lợi ích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc:

- Nhiệt kế
- Huyết áp kế
- Túi chườm
- Khăn lạnh
- Bốc thụt
- Nước chín
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Chăm sóc về tinh thần:** người y tá- điều dưỡng cần thiết lập mối quan hệ của mình với người bệnh:

- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh
- Giải thích những điều thắc mắc của người bệnh
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị để giảm bớt lo lắng

2. **Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp:** theo quy định thường quy hoặc theo y lệnh của bác sĩ. Báo cáo bác sĩ những chỉ số bất thường.

* *Nếu người bệnh sốt cao:*

- Đắp khăn lạnh lên trán, thay khăn thường xuyên
- Dùng thuốc hạ sốt (theo chỉ định)

3. Thực hiện thuốc, y lệnh:

- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc, theo dõi người bệnh

- Phụ giúp bác sĩ chọc hút (nếu cần)

4. Giảm đau:

- Chườm nóng hoặc lạnh vùng bụng bị đau
- Thay đổi tư thế làm cho người bệnh dễ chịu
- Cho người bệnh tắm nước nóng
- Dùng thuốc giảm đau, giảm co thắt (nếu có chỉ định)

5. Chăm sóc về tiêu hoá:

- Táo bón (thường gặp ở người bệnh lao màng bụng)
 - + Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước, uống nước ấm, uống nhiều nước hoa quả
 - + Khuyến người bệnh không nhịn đi đại tiện
 - + Dùng thuốc nhuận tràng, thụt tháo (theo chỉ định)
- Tiêu chảy:
 - + Dùng thuốc chống tiêu chảy (theo chỉ định)
 - + Theo dõi phân: số lượng, màu sắc, tính chất, số lần
- Nôn:
 - + Động viên người bệnh: giải thích cho người bệnh hiểu triệu chứng của nôn và sẽ giảm sau một thời gian điều trị để người bệnh yên tâm.
 - + Chăm sóc người bệnh khi nôn

6. Chế độ ăn uống:

- Thời gian đầu người bệnh kém ăn cần làm cho người bệnh cảm thấy dễ chịu
- Nếu người bệnh đau cần cho dùng thuốc giảm đau trước ăn 30 phút
- Nếu người bệnh sốt cần hạ sốt trước khi ăn, để tránh ảnh hưởng đến sự ngon miệng
- Cho người bệnh ăn ít một, giải thích cho người bệnh hiểu: tầm quan trọng của việc thực hiện chế độ ăn để chữa bệnh.
- Nói cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu thức ăn được ăn và những thức ăn không nên ăn như: những chất có nhiều bột vì dễ lên men tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, hoặc không nên ăn thức ăn quá nóng, quá lạnh, kiêng rượu và các chất kích thích
- Nên cho người bệnh ăn uống theo chế độ cung cấp nhiều calo, không hạn chế protit: thịt, cá, đỗ, đậu..

7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh:

- Thời gian đầu cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường đến khi tình trạng toàn thân khá lên, sau đó nghỉ vài giờ sau mỗi bữa ăn
- Tránh cho người bệnh những suy nghĩ lo lắng ảnh hưởng đến sức khoẻ
- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể (nếu người bệnh không tự làm được)

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ tức ngực, khó thở do: dịch màng bụng nhiều, tràn dịch màng phổi
- Mức độ trương bụng, đau bụng, theo dõi trung tiện để phát hiện biến chứng tắc ruột, lồng ruột

- Dịch màng bụng
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Tình trạng kinh nguyệt (nếu là phụ nữ)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức giúp họ giữ gìn sức khỏe
- Dùng thuốc theo chỉ dẫn
- Thực hiện chế độ ăn uống đủ chất dinh dưỡng
- Đảm bảo chế độ nghỉ ngơi
- Thực hiện chế độ vệ sinh cá nhân.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO THANH QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Làm thông thoáng đường hô hấp
- Phát hiện những dấu hiệu bất thường
- Giúp cho người bệnh an tâm điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng theo quy định

2. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh rõ những việc cần làm, lợi ích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp kế
- Ống nghe
- Máy hút
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần

- Người bệnh vào nằm viện thay đổi về môi trường, lối sống, lo lắng về bệnh tật, lo lắng về gia đình... nên có những diễn biến về tâm lý,

- Người y tá - điều dưỡng cần:

- + Quan tâm động viên người bệnh yên tâm điều trị
- + Giúp đỡ người bệnh những điều cần thiết

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp:

- Theo thường quy sáng, chiều và theo y lệnh của bác sĩ
- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo bác sĩ

3. Thực hiện y lệnh thuốc

- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc
- Phụ giúp bác sĩ khi mở khí quản (nếu cần)

4. Giảm khó thở

- Khó thở là do tắc nghẽn, viêm phù nề:
- Dùng thuốc chống phù nề (theo chỉ định)
- Cho thở oxy (theo chỉ định)
- Nói với người bệnh hạn chế phát âm cho dây thanh âm được nghỉ
- Chú ý tránh kích thích (sinh thiết, chấm thuốc...) có thể gây khó thở đột ngột

5. Giảm đau

- Người bệnh đau họng, đau niêm mạc, miệng khô, dễ bị ảnh hưởng các điều kiện bên ngoài (thay đổi nhiệt độ, hút thuốc, nhiễm khuẩn mũi họng...)
- Cho người bệnh ngậm nước muối ấm
- Tránh sờ nắn nhiều vùng thanh quản gây kích thích

6. Giảm ho

- Có thể ho kèm theo nôn ra chất tiết ở họng hoặc thức ăn
- Tránh kích thích thanh quản
- Dùng thuốc giảm ho (theo chỉ định)

7. Theo dõi chăm sóc người bệnh mở khí quản

- Nghe rì rào phế nang để kiểm tra sự đối xứng hai bên của giãn nở lồng ngực
- (Kiểm tra ngay sau khi đặt ống mở khí quản và sau đó 1 giờ 1 lần)
- Kiểm tra nồng độ oxy theo chỉ định
- Kiểm tra độ ẩm của oxy (quan sát ống chữ T)
- Hút dịch khi cần
- Kỹ thuật hút phải đảm bảo vô khuẩn và luôn chăm sóc đường thở để tránh bội nhiễm
- Theo dõi tần số thở và sự di động của lồng ngực, màu sắc da

8. Chế độ ăn uống

- Người bệnh nuốt đau, ăn uống khó cơ thể có thể suy sụp cần cho người bệnh ăn thức ăn phù hợp thức ăn mềm, dễ tiêu hoá như: súp, cháo, sữa...
- Uống nước hoa quả, nước dừa, cháo loãng để cung cấp nước và một số chất
- Carbonhydrat. Những thức ăn này không cung cấp đủ protein, các chất béo, sắt, vitamin và không đảm bảo calo nên cần bổ sung thêm các thức ăn khác.

9. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Người bệnh cần được nghỉ ngơi trong buồng thoáng mát
- Tránh những yếu tố gây kích thích, khói thuốc, nhiệt độ thay đổi đột ngột
- Khuyến người bệnh không nên lo lắng nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng khó thở
- Mức độ đau, khàn tiếng
- Tình trạng ho
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Chế độ ăn uống, vệ sinh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh cần hạn chế phát âm để dây thanh âm được nghỉ
- Bỏ rượu, thuốc lá, tránh tiếp xúc với khí độc hại gây kích thích đường hô hấp
- Chấp hành chế độ điều trị
- Thực hiện chế độ ăn uống
- Đảm bảo vệ sinh cá nhân, khi ho che miệng, đeo khẩu trang tránh lây nhiễm

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO MÀNG NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh nhanh chóng ra khỏi tình trạng hôn mê
- Giúp người bệnh không ứ đọng đờm dãi, chống suy hô hấp, nhiễm khuẩn, loét mục...
- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng chống suy kiệt

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng: mang mũ, khẩu trang, đi găng

2. Người bệnh: nằm tại giường bệnh

3. Dụng cụ:

- Oxy
- Máy hút
- Bơm tiêm 50-100 ml
- Dệm chống loét

- Một số dụng cụ khác: nhiệt kế, huyết áp, ống nghe, panh, bơm kim tiêm, bông cotton, ống thông dẫn lưu nước tiểu...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hút đờm rãi nếu có tăng tiết nhiều
- Thay đổi tư thế người bệnh 2 giờ/lần kết hợp với vỗ rung tránh ứ đọng ở phổi gây nhiễm khuẩn phổi, phục hồi chức năng cho người bệnh nếu có liệt
- Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở... 3-6 giờ/lần
- Nếu người bệnh khó thở cho người bệnh thở oxy ngắt quãng để phòng suy hô hấp
- Nếu người bệnh sốt: cho người bệnh uống thuốc hạ nhiệt theo y lệnh, đắp khăn lạnh lên trán và thay khăn thường xuyên
- Nếu người bệnh đau đầu: động viên người bệnh, cho người bệnh uống thuốc giảm đau theo y lệnh
- Mạch, huyết áp không bình thường báo cáo bác sĩ
- Người bệnh co giật: hạn chế cử động.
- Thực hiện thuốc:
 - + Theo dõi khi người bệnh truyền dịch, lập bảng cân bằng dịch
 - + Thực hiện đầy đủ thuốc cho người bệnh
 - + Chú ý khi người bệnh sử dụng thuốc an thần
- Cho người bệnh ăn chế độ ăn đảm bảo đủ dinh dưỡng, ăn lỏng, dễ tiêu cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày theo y lệnh. Chăm sóc người bệnh có ống thông dạ dày
- Vệ sinh cho người bệnh hàng ngày (nếu người bệnh liệt), lau rửa sạch sẽ bằng nước ấm, đặc biệt vùng bẹn, tăng sinh môn, bộ phận sinh dục và vùng xương cụt...
- Cho người bệnh nằm đệm chống loét, nếu có loét rửa và thay băng hàng ngày
- Nếu người bệnh có ống thông tiểu, thay ống thông theo quy định
- Chăm sóc răng, miệng, mắt... đặc biệt là người bệnh hôn mê
- Chăm sóc người bệnh khi nôn

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các thông số: mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở
- Tình trạng tinh thần kinh và toàn trạng
- Số lượng dịch truyền, lượng nước tiểu, theo dõi lượng nước vào ra..
- Chế độ ăn uống, vệ sinh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Nếu người bệnh tỉnh

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị, tin tưởng vào chuyên môn làm cho người bệnh bớt lo lắng
- Giải thích những điều người bệnh chưa rõ để họ hiểu
- Thực hiện thuốc theo y lệnh
- Đảm bảo chế độ vệ sinh, thực hiện công tác phòng chống lao

- Thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt thích hợp

2. Nếu người bệnh hôn mê:

- Giải thích cho người nhà người bệnh xác định hôn mê trong lao màng não thường kéo dài.
- Động viên người nhà cần phối hợp với bác sĩ y tá- điều dưỡng trong chăm sóc

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO XƯƠNG KHỚP

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế những di lệch của khớp, giảm đau
- Phục hồi chức năng khớp, chống teo cơ
- Chống loét trong trường hợp lao cột sống bị liệt
- Phát hiện các dấu hiệu phát sinh của bệnh: bí đại tiểu tiện
- Ổn định tinh thần người bệnh để họ hợp tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Giải thích rõ mục đích chăm sóc để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác tốt

3. Dụng cụ, thuốc

- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Cồn 70 độ
- Oxy già
- Bông, gạc vô khuẩn
- Băng dính
- Bột tan
- Bốc thụt
- Nước ấm
- Ống thông tiểu
- Kẹp, kéo

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh và tập vận động khớp

- Người bệnh nằm ngửa trên giường đặc biệt hoặc giường cứng, tư thế duỗi khớp, thay đổi tư thế 3- 4 lần/ ngày

- Sau khi điều trị đặc hiệu được 1 tháng, hướng dẫn cho người bệnh tự tập hoặc có sự hỗ trợ của gia đình.
- Động tác tập: co duỗi, xoa bóp cơ vùng liên quan, thời gian 20-30 phút/lần, ngày 2-3 lần

2. Thực hiện y lệnh

- Cho người bệnh uống thuốc
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

3. Rửa bằng vô khuẩn những chỗ rò, loét

- Rửa sạch chỗ rò ổ loét bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9 ‰
- Dùng bông tẩm oxy già rửa sạch mủ ở lỗ rò, ổ loét
- Rửa lại bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9 ‰
- Dùng gạc khô thấm sạch
- Sát khuẩn da xung quanh bằng cồn 70 độ
- Băng vô khuẩn

4. Chế độ vệ sinh

Người bệnh lao cột sống liệt cần được quan tâm, đặc biệt chú ý đến vệ sinh vùng sinh dục, bẹn, sau đó lau khô, xoa bóp vùng bị tê đè nhiều: vùng cùi cụt, lưng, vùng khớp sung...bằng bột tan. Không làm ướt chỗ loét khi làm vệ sinh cho người bệnh.

5. Theo dõi, phát hiện biến chứng

- Bí tiểu tiện: mót tiểu nhưng không đi được, đau tức vùng bụng dưới, sờ có cầu bàng quang
- Bí đại tiện: ăn uống bình thường nhưng không đại tiện.
- Nếu có các triệu chứng trên: thụt tháo, thông tiểu nếu có chỉ định, chăm sóc người bệnh thông tiểu liên tục.

6. Chăm sóc tinh thần

Giải thích rõ bệnh lao là một bệnh chữa được. Các biện pháp chữa trị: uống thuốc, tập luyện... rất ích lợi, không nên bi quan, chán nản, phải kiên trì điều trị theo chỉ định của bác sĩ thì bệnh sẽ giảm và sức khỏe sẽ hồi phục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Tình trạng sung, biến dạng của khớp, vận động khớp
- Lỗ rò, chất rò, loét
- Tình trạng liệt
- Bí đại tiểu tiện và những bất thường khác

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Vệ sinh tắm rửa hàng ngày
- Ăn chế độ ăn giàu dinh dưỡng: thịt, cá... để loét chóng lành, ăn nhiều rau, hoa quả, uống đủ nước để hạn chế táo bón
- Tập vận động khớp, xoa bóp vùng tê đè

- Phòng chống loét, nhiễm khuẩn
- Thực hiện chế độ điều trị thuốc, nghỉ ngơi giữ gìn sức khỏe

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo sự lưu thông đường thở
- Phát hiện và làm giảm các biến chứng: viêm phổi, áp xe phổi
- Hỗ trợ cho người bệnh giảm bớt khó khăn về bệnh tật: sốt, nhức đầu, đau mình, giảm ho, long đờm...

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp
- Ống nghe
- Máy khí dung
- Khăn lạnh
- Nước muối
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn
- Kim Kocher
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về hô hấp

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái nhất (thường ở tư thế đầu cao) để đảm bảo cho sự thông thoáng đường hô hấp
- Làm ẩm không khí thở làm cho người bệnh dễ khạc đờm (khi trời hanh, khô)

- Vận động liệu pháp cơ hoành (xem bài chăm sóc người bệnh viêm phổi) giúp cho việc ho khạc bài tiết đờm làm đường thở thông thoáng hơn và cải thiện việc tiếp xúc giữa oxy và mao mạch
 - Khí dung dung dịch bicarbonat 14‰, nước khoáng ấm, các chất này có tác dụng làm loãng đờm giúp người bệnh dễ khạc đờm
 - Vỗ rung làm long đờm ra khỏi thành phế quản để người bệnh dễ khạc
 - Cho người bệnh ở tư thế dẫn lưu phế quản: người bệnh nằm sấp 30 độ ngày một lần, mỗi lần không quá 40 phút vào buổi sáng, nếu tình trạng tiết đờm quá nhiều có thể làm thêm một lần vào buổi tối trước ngủ 1-2 giờ
- * *Chú ý:* người bệnh bị bệnh tim, cao huyết áp, người già, cần phải chú ý khi áp dụng tư thế này.

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Nếu người bệnh sốt cao
- Chườm khăn lạnh lên trán
- Dùng thuốc hạ nhiệt (theo y lệnh)

3. Thực hiện thuốc

Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc theo y lệnh

4. Giảm đau chóng co thắt

- Đau ngực: đắp khăn ấm lên ngực và thay khăn thường xuyên.
- Đau họng: ngâm nước muối ấm
- Dùng thuốc chống co thắt theo y lệnh

5. Giảm ho

- Động viên người bệnh khi ho hướng dẫn người bệnh ho có hiệu quả
- Dùng thuốc giảm ho (theo chỉ định)

6. Chế độ ăn uống

- Cho người bệnh ăn những chất dễ tiêu đảm bảo lượng calo, không hạn chế protid: Cháo thịt, súp, sữa, đồ, đậu...
- Cho người bệnh uống nhiều nước nóng, nước trà pha với mật ong và chanh hoặc nước khoáng ấm

7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Thời gian đầu cho người bệnh nghỉ tại giường cho đến khi nhiệt độ trở lại bình thường
- Thay đổi tư thế thường xuyên
- Buồng bệnh đảm bảo yên tĩnh, tránh gió lùa
- Giúp người bệnh vệ sinh răng miệng, cơ thể

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ khó thở
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Tình trạng ho, đau ngực
- Trạng thái tinh thần
- Chế độ ăn uống

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh biết một số kiến thức để người bệnh biết được cách phòng bệnh
- Thực hiện chế độ điều trị
- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, hạn chế vận động.
- Không hút thuốc, không uống rượu gây kích thích trực tiếp vào niêm mạc phế quản
- Không tiếp xúc với than bụi, nấm mốc
- Tránh nhiễm lạnh đột ngột
- Khi ho khạc cần lấy khăn che miệng.
- Thường xuyên vệ sinh răng miệng, thân thể..

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Làm lưu thông đường thở
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường có nguy cơ biến chứng: áp xe phổi...
- Nghỉ ngơi thích hợp.
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc:

- Nhiệt kế
- Huyết áp
- Ống nghe
- Oxy
- Khăn lạnh
- Dung dịch NaCl 9‰
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn

- Kim Kocher
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Làm lưu thông đường thở

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái nhất để lưu thông đường thở
- Làm ẩm không khí trong phòng
- Cho người bệnh thở oxy nếu có tím tái
- Dẫn lưu tư thế kết hợp với vỗ rung (xem bài áp xe phổi)
- Hướng dẫn người bệnh thở cơ hoành có trợ giúp:
- Giải thích cho người bệnh bớt lo sợ, giúp họ hiểu được sự thư giãn trong hô hấp, chỉ ra cho họ không nên thở gắng sức sẽ không có hiệu quả mà còn làm mệt thêm (thở co rút lồng ngực, gồng cơ)
- Đặt tư thế thích hợp cho người bệnh để tạo thuận lợi cho hô hấp cơ hoành: người bệnh ngồi ôm ghế có tựa ở phía trước hoặc ngồi trên ghế đầu gục trên một bàn cao hơn
- Duy trì đều đặn và có hệ thống các kiểu thở mới có thể cải thiện được hô hấp cho người bệnh

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Chườm lạnh cho người bệnh (nếu người bệnh sốt cao)
- Dùng thuốc hạ sốt, an thần (theo chỉ định)
- Báo cáo bác sĩ những dấu hiệu bất thường

3. Thực hiện thuốc

- Lập bảng cân bằng dịch hàng ngày
- Cho người bệnh dùng thuốc theo chỉ định

4. Giảm đau

- Đau đầu: cho uống thuốc giảm đau
- Đau ngực: đắp khăn ấm lên ngực, thay khăn thường xuyên, khi ho áp tay vào gian sườn tránh lồng ngực di chuyển mạnh
- Động viên người bệnh

5. Giảm ho

- Cho người bệnh uống thuốc giảm ho (theo chỉ định) tránh thiếu oxy máu khi người bệnh ho dữ dội
- Hướng dẫn người bệnh ho có hiệu quả:
 - + Tư thế ngồi hơi cúi về phía trước vì tư thế thẳng vuông góc cho phép ho mạnh hơn
 - + Đầu gối và hông ở tư thế gấp để các cơ bụng mềm và giảm căng cơ bụng khi ho
 - + Ho hai lần trong mỗi lần thở ra, đồng thời co cơ bụng đúng lúc ho

6. Chế độ ăn uống

- Người bệnh chán ăn nên chia thành nhiều bữa trong ngày, cho người bệnh ăn những thức ăn hợp khẩu vị, ăn thức ăn giàu đạm, vitamin: thịt, cá, rau, đậu...
- Cho người bệnh uống nhiều nước như: sữa, nước cháo, nước hoa quả: cam, chanh, chuối, đu đủ...

7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Người bệnh nghỉ tại giường cho đến khi tình trạng toàn thân khá lên
- Thay đổi tư thế thường xuyên
- Hạn chế khách vào thăm, hạn chế tiếp xúc
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị, tránh suy nghĩ nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe
- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ khó thở
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Trạng thái tinh thần
- Số lượng nước tiểu: Nước tiểu ít có thể bị nhiễm độc
- Quan sát da (đôi khi có nốt phỏng Herpès)
- Tình trạng tiêu hoá: Nôn, bụng trướng, tiêu chảy

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập ho, tập thở, việc tập thở cần duy trì đều đặn mới có thể cải thiện được tình trạng hô hấp
- Khuyến người bệnh bỏ rượu, bỏ thuốc lá...
- Thực hiện chế độ vệ sinh: mũi, miệng, da...
- Đảm bảo chế độ ăn uống, tránh kiêng khem, uống 2-3 lít nước/ngày để bù lại nước do sốt, thở
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ nghỉ ngơi, hạn chế vận động mạnh.
- Phòng nhiễm lạnh khi thay đổi thời tiết đột ngột, tránh nằm thẳng dưới quạt khi trời nóng.
- Tùy tình trạng cụ thể mà giải thích cho người bệnh những điều cần thiết

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho việc lưu thông hô hấp
- Giảm bớt khó khăn cho người bệnh: ho, khạc đờm, đau ngực...

- Phát hiện kịp thời những biến chứng và dấu hiệu bất thường: áp xe mạn, mũ màng phổi

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp
- Ống nghe
- Oxy
- Khăn lạnh
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn
- Kim kocher
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Cho người bệnh nằm tư thế đầu cao để đảm bảo cho việc thông khí, thay đổi tư thế, xoa bóp thường xuyên chống ứ trệ tuần hoàn
- Dẫn lưu tư thế áp dụng trong trường hợp: ổ áp xe phải ở trên cao để dịch chảy ra dễ dàng để người bệnh khác ra được, dẫn lưu ngày 2 lần, mỗi lần 10- 15 phút,
- * Dựa vào hình ảnh X-quang để quyết định dẫn lưu cho đúng:
- Thùy phải trên phân thùy sau: người bệnh nằm sấp hơi nghiêng về bên trái, mặt quay về bên phải
- Thùy giữa phải: người bệnh nằm ngửa hơi nghiêng về bên trái, đầu dốc 30-40°
- Thùy dưới phải:
 - + Phân thùy bên: người bệnh nằm nghiêng về bên trái, mặt quay về bên trái, đầu dốc 45 độ
 - + Phân thùy sau: người bệnh nằm nghiêng trái hơi sấp
 - + Phân thùy trái trên:
 - + Phân thùy trước: người bệnh nằm ngửa, gối kê cao 30°
 - + Phân thùy sau: người bệnh nằm sấp
- Thùy dưới trái phân thùy bên: người bệnh nằm nghiêng về bên trái, giường kê dốc 45°

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp: theo y lệnh tùy thuộc tình trạng bệnh

- Chườm lạnh nếu người bệnh sốt cao hoặc dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh
- Ủ ấm nếu người bệnh rét run

3. Thực hiện thuốc

Tiêm thuốc, cho người bệnh uống thuốc theo y lệnh

4. Giảm đau, ho

- Động viên người bệnh
- Đắp khăn ấm lên ngực, thay khăn thường xuyên
- Giúp đỡ người bệnh khi ho
- Quan sát đờm, nếu người bệnh ho ra máu (chăm sóc người bệnh ho ra máu)

5. Chế độ ăn uống

- Cho người bệnh ăn chế độ ăn giàu đạm, tăng calo, nhiều vitamin: thịt, cá, đỗ đậu, hoa quả...
- Cho người bệnh uống nhiều nước 2-3 lít/ ngày, đảm bảo cân bằng dịch

6. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường
- Động viên người bệnh an tâm điều trị, tránh lo lắng nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe
- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng hô hấp
- Tình thần (phát hiện biến chứng áp xe não)
- Mức độ đau, sốt
- Ho: số lượng, màu sắc, tính chất đờm
- Số lượng, tính chất nước tiểu (phát hiện biến chứng thoái hoá thận)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về chế độ điều trị có thể kéo dài
- Khuyến người bệnh cùng hợp tác trong chăm sóc và điều trị để bệnh mau khỏi, sức khỏe mau hồi phục.
- Thực hiện chế độ ăn uống nghỉ ngơi
- Đảm bảo chế độ vệ sinh: vệ sinh răng miệng, súc miệng bằng nước lá thơm, dung dịch thơm, vệ sinh da, lau mồ hôi

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì đường thở và chức năng hô hấp
- Phát hiện và đề phòng biến chứng
- Giảm bớt những khó khăn của người bệnh: đau, khó vận động
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Nằm trong buồng hậu phẫu đạt tiêu chuẩn về vệ sinh, vô khuẩn

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp kế
- Đồng hồ
- Máy hút
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng hậu phẫu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Tư thế người bệnh tùy thuộc vào phương pháp vô cảm và tình trạng người bệnh
- Nằm đầu ngửa tối đa trong trường hợp: gây mê nội khí quản, gây mê tĩnh mạch
- Nằm đầu thấp trong trường hợp bị mất máu nhiều
- Nếu có khó thở: nằm đầu cao

* Chú ý:

- Đặt người bệnh nằm đầu nghiêng tránh tụt lưỡi và đề phòng chất nôn trào ngược, đầu ở tư thế trung gian
- Kê gối vùng thắt lưng và hai vai ngang đều

2. Thực hiện thuốc

- Giữ đường truyền tốt, duy trì tốc độ dịch truyền theo y lệnh.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh

3. Chăm sóc 24 giờ đầu

- Bảo đảm sự lưu thông bình thường của các đường hô hấp
- Hút đờm dãi khi người bệnh thở khó khè, khi có đờm và dịch tiết
Làm sạch ống hút, đảm bảo vô khuẩn đường hô hấp
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở:
 - + 6 giờ đầu: 30 phút 1 lần
 - + 6-12 giờ tiếp theo: 1 giờ 1 lần
 - + Sau 12 giờ: 2 giờ 1 lần đến hết 12 giờ tiếp theo
- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ
- Theo dõi vết mổ

Chăm sóc ống dẫn lưu màng phổi:

- Dẫn lưu kín một chiều, đảm bảo sự lưu thông của ống dẫn lưu
- Đo lượng dịch và máu chảy xuống bình dẫn lưu 30 phút/1 lần.

Khi người bệnh tỉnh

- Động viên người bệnh cử động các ngón tay, bàn tay, ngón chân, bàn chân, các khớp...
- Vận động nhẹ đầu, cổ, xoa bóp vùng hai vai, lưng... 6 giờ một lần mục đích chống co cứng và tăng cường tuần hoàn tại chỗ

4. Chăm sóc sau 24 giờ

- Cho người bệnh thở o xy bổ xung 2-4 lít/ phút
- Sau 36 giờ nếu người bệnh thở tốt có thể giảm hoặc cắt oxy, cho thở ngắt quãng 2 giờ thở 1 lần mỗi lần 1 giờ
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 3 giờ 1 lần
- Nếu sức khỏe tốt: ngừng truyền dịch, ngừng thở oxy (theo y lệnh), đỡ người bệnh ngồi dậy trên giường, bỏ thống chi dưới, tập đi dần

5. Chăm sóc sau 36 giờ

- Cho người bệnh thở cơ hoành một cách tích cực: tránh gắng sức, tập tăng dần cường độ và thời gian
- Cho thở vùng làm giãn sườn ở trên vùng phẫu thuật để huy động khả năng thở tối đa của các phần còn lại của phổi: đặt một hoặc hai tay chống lên nhau lên vùng ngực có chỉ định đề nghị người bệnh hít thở nhẹ nhàng, yêu cầu người bệnh ở thì hít vào thì hít vào hết sức trong khi đó điều dưỡng viên ấn mạnh tay, lực ép này kéo dài cho đến bắt đầu thì thở ra sẽ huy động sự thông khí ở các vùng phổi không được thông khí, đồng thời đẩy các chất đờm, dịch ứ đọng ra ngoài theo phản xạ ho
- Vận động cột sống tránh vẹo lệch và sơ cứng

6. Chăm sóc sau 48 giờ

- Cho người bệnh ngồi dậy đi quanh giường, trong buồng bệnh, hành lang
- Hỗ trợ bác sĩ rút ống dẫn lưu nếu phổi nở tốt và ống dẫn lưu khô, khâu kín lỗ dẫn lưu

7. Chế độ ăn uống

- Sau khi người bệnh trung tiện có thể cho ăn: lỏng, nước súp, nước phở, sữa bò, sữa đậu nành...

- Sau 48 giờ cho người bệnh ăn uống theo nhu cầu, đảm bảo đủ calo, vitamin

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Tình trạng vết mổ
- Dịch, máu chảy qua ống dẫn lưu: số lượng, tính chất
- Số lượng nước tiểu 24 giờ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho, tập vận động để phục hồi sức khỏe
- Khuyến người bệnh chấp hành chế độ điều trị
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ vệ sinh

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO HẠCH - DA

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh chấp hành đúng nguyên tắc điều trị
- Giúp cho người bệnh yên tâm, bớt lo lắng
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát sau khi chích hoặc hạch vỡ

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay di găng theo quy định

2. Dụng cụ, thuốc

- Cồn 70°
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Oxy già
- Bông, gạc vô khuẩn
- Băng dính
- Kẹp, kéo

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh rõ việc cần thiết và lợi ích của việc chăm sóc

4. Nơi thực hiện

Buồng bệnh hoặc buồng thủ thuật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Đánh giá vùng tổn thương**

- Quan sát đánh giá mức độ, tính chất vết thương.
- Hỏi người bệnh mức độ đau tại vùng thương tổn

2. Chăm sóc đặc biệt sau khi chích hoặc chọc dò

- Rửa sạch bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Dùng bông tẩm oxy già ngoáy sâu vào chỗ rò, loét
- Rửa lại bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Thấm khô bằng gạc vô khuẩn
- Sát khuẩn vùng da xung quanh bằng cồn 70°
- Băng vô khuẩn

3. Chăm sóc tinh thần

Động viên người bệnh yên tâm điều trị tránh lo lắng nhiều ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

4. Thực hiện thuốc và y lệnh

- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc
- Đo chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Trạng thái tinh thần
- Tính chất tổn thương: chất rò, sự lên sẹo
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Nếu có bất thường báo bác sĩ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Chấp hành đúng chỉ dẫn điều trị của bác sĩ
- Giữ sạch vùng tổn thương
- Chăm sóc sau khi có chích, vỡ:
 - + Không tự tháo bỏ băng
 - + Không làm ướt vùng tổn thương
- Đảm bảo chế độ ăn uống đủ chất: thịt, cá rau, hoa quả

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO TIẾT NIỆU - SINH DỤC**I. MỤC ĐÍCH**

- Phát hiện những dấu hiệu bất thường: bí tiểu, cao huyết áp, hôn mê...
- Giảm đau
- Chống nhiễm khuẩn, chống loét ở những người bệnh hôn mê

- Giúp đỡ người bệnh giảm bớt rối loạn đường tiểu tiện
- Giúp người bệnh an tâm điều trị
- Hỗ trợ công tác điều trị lao

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay

2. Người bệnh:

Mặc quần áo của bệnh viện, đeo khẩu trang, được giải thích rõ mục đích chăm sóc, để yên tâm, tin tưởng và hợp tác tốt

3. Dụng cụ:

- Nhiệt kế, đồng hồ bấm giây,
- Ống nghe, máy đo huyết áp và các dụng cụ khác theo y lệnh như ống thông để thông tiểu, dầu paraffin...

4. Nơi thực hiện:

Người bệnh được nằm tại giường trong buồng bệnh yên tĩnh, thoáng, đủ ánh sáng

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần:

- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh để phát hiện có gì bất thường về tâm lý, báo cáo bác sĩ
- Giải thích những thắc mắc của người bệnh
- Thăm hỏi, động viên người bệnh an tâm điều trị, không quá lo lắng

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, hàng ngày: đo thường quy ngày 2 lần và theo y lệnh bác sĩ

- Nếu người bệnh sốt cao:
 - + Chườm khăn lạnh lên trán
 - + Dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh
- Nếu huyết áp cao báo bác sĩ

3. Thực hiện thuốc theo y lệnh hàng ngày

4. Giảm đau (nếu có):

- Thay đổi tư thế làm cho người bệnh dễ chịu
- Chườm nóng vùng thắt lưng bị đau
- Tắm nước nóng
- Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh

5. Giảm khó khăn khi tiểu tiện

- Nếu người bệnh không có cầu bàng quang, vô niệu báo bác sĩ
- Nếu có cầu bàng quang: chườm nóng hoặc thông tiểu

6. Chăm sóc người bệnh bị hôn mê (theo chế độ chăm sóc đặc biệt)

- Cho người bệnh ăn qua ống thông
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng, nước, điện giải
- Vệ sinh chống loét
- Hút đờm nếu cần

7. Chăm sóc vết loét ở người bệnh lao mào tinh hoàn, lao âm hộ (như trong bài chăm sóc lao da)

8. Chế độ ăn uống

- Đảm bảo đủ dinh dưỡng và sinh tố như:
 - + Cho người bệnh ăn chất dễ tiêu đảm bảo đủ số lượng calo như: cháo thịt, súp, sữa, đồ, đậu....
 - + Ăn nhiều rau và hoa quả
- Uống nhiều nước nóng, nước khoáng
- Người bệnh phù, cao huyết áp phải ăn chế độ hạn chế muối

9. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Người bệnh được nghỉ ngơi tại giường
- Thay đổi tư thế thường xuyên
- Buồng bệnh phải được bảo đảm yên tĩnh, không có gió lùa
- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh răng miệng, thân thể
- Khuyến khích người bệnh vận động và thể dục một cách hợp lý

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Tình trạng phù (nếu có)
- Tình trạng tiểu tiện: số lượng nước tiểu, màu sắc...
- Tình trạng đau
- Tình trạng dinh dưỡng
- Các công việc chăm sóc và việc thực hiện
- Báo cáo bác sĩ nếu có diễn biến bất thường

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh biết một số kiến thức để biết cách phòng bệnh lao:
 - + Phải ăn ở cách ly đúng mức,
 - + Không dùng chung bát đĩa,
 - + Không dùng chung quần áo, khăn, chậu tắm
- Tránh nhiễm lạnh đột ngột
- Thường xuyên vệ sinh thân thể

- Phải đảm bảo đúng chế độ điều trị
- Hướng dẫn người bệnh cách dùng thuốc
- Giải thích tầm quan trọng của chế độ ăn uống

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN, GIÃN PHẾ QUẢN, GIÃN PHẾ NANG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện những dấu hiệu bất thường: khó thở, ho ra máu
- Giúp người bệnh thông thoáng đường thở, cầm máu
- Giúp người bệnh an tâm điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng:

Mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay

2. Người bệnh:

- Mặc quần áo bệnh viện được giải thích rõ mục đích chăm sóc để yên tâm, tin tưởng và hợp tác tốt
- Người bệnh được nằm tại buồng bệnh yên tĩnh, không ồn, thoáng, đủ ánh sáng

3. Dụng cụ:

Nhiệt kế, ống nghe, máy đo huyết áp, băng vải để tập thở, máy khí dung, máy hút, mặt nạ, buồng đệm trợ giúp hô hấp...

4. Địa điểm: tại buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần:

- Thường xuyên thăm hỏi, động viên người bệnh an tâm điều trị không quá lo lắng
- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh để phát hiện những điều bất thường
- Giải thích những thắc mắc của người bệnh

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở: thường quy và theo y lệnh

- Nếu có bất thường báo cáo bác sĩ để có y lệnh xử trí kịp thời
- Nếu người bệnh có sốt phải xử trí:
 - + Chườm khăn lạnh
 - + Dùng thuốc theo y lệnh

3. Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ

4. Chăm sóc hô hấp khi có khó thở:

- Để người bệnh ở tư thế Fowler (nửa nằm nửa ngồi) thật thoải mái để giúp cho thông thoáng đường thở
- Thở oxy theo chỉ định
- Thực hiện thuốc theo y lệnh như:
 - + Cho người bệnh khí dung
 - + Cho người bệnh hít thuốc qua mặt nạ hoặc buồng đệm
 - + Hướng dẫn tập thở cơ hoành
- Vỗ rung và dẫn lưu tư thế nếu người bệnh có nhiều đờm đặc và không ho ra máu

5. Giảm ho:

- Nếu ho kích thích, mà không có đờm thì dùng thuốc giảm ho
- Nếu ho do nhiều đờm, dùng thuốc tiêu đờm và vỗ rung
- Hướng dẫn người bệnh biết cách khạc đờm, dẫn lưu tư thế

6. Cầm máu (theo quy trình chăm sóc người bệnh ho ra máu)

7. Chăm sóc người bệnh mở khí quản (chăm sóc đặc biệt):

- Hút đờm, dịch phế quản
- Thay băng chỗ mở khí quản.
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Bồi phụ đủ nước điện giải theo y lệnh.

8. Chế độ ăn uống:

- Cho người bệnh ăn chất dễ tiêu đảm bảo đủ dinh dưỡng như: cháo thịt, súp, sữa, đậu, đỗ, các loại rau và hoa quả...
- Cho người bệnh uống nước 2-3 lít/ngày để làm loãng đờm, giúp người bệnh dễ khạc. Tốt nhất là nước chanh pha mật ong
- Không cho người bệnh ho ra máu ăn các loại thức ăn, cứng, nóng

9. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh răng miệng, thân thể
- Khuyến khích người bệnh vận động và thể dục một cách hợp lí

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng khó thở
- Tình trạng ho ra máu: số lượng máu
- Số lượng đờm, đặc điểm màu sắc
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Chế độ ăn uống vệ sinh
- Trạng thái tinh thần
- Các công việc chăm sóc và thực hiện
- Báo cáo bác sĩ nếu có diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức phòng bệnh:*

- Không hút thuốc, không uống rượu, tránh gây kích thích trực tiếp vào niêm mạc phế quản
- Không tiếp xúc với khói, bụi, nấm mốc, các dị nguyên như: phấn hoa, bụi nhà...
- Giữ ấm, tránh nhiễm lạnh đột ngột, thường xuyên vệ sinh răng miệng
- Ăn nhiều rau và hoa quả tươi, thường xuyên uống nhiều nước, tránh những chất gây dị ứng như: tôm, cua, cá, ốc...
- Tập thở bụng và tập thể dục thường xuyên

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHẾ QUẢN PHỔI, CÁC KHỐI U PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau
- Giúp người bệnh dễ thở
- An tâm điều trị
- Phát hiện các biến chứng: ho ra máu, nhiễm trùng, tràn khí, tràn dịch

II. CHUẨN BỊ**1. Y tá - điều dưỡng:**

Mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay

2. Người bệnh:

- Mặc quần áo bệnh viện, được giải thích rõ mục đích chăm sóc để yên tâm, tin tưởng và hợp tác.
- Người bệnh nằm tại buồng bệnh yên tĩnh, không ồn, thoáng, mát

3. Dụng cụ:

Nhiệt kế, ống nghe, máy đo huyết áp và các dụng cụ khác theo y lệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc về tinh thần là rất quan trọng vì người bệnh ung thư rất bi quan**

- Thường xuyên thăm hỏi, động viên, an ủi người bệnh an tâm điều trị
- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh để phát hiện những bất thường
- Giải thích những thắc mắc của người bệnh để người bệnh không lo lắng

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp: theo thường quy và theo y lệnh (tuỳ tình trạng bệnh)

Nếu người bệnh có sốt:

- + Chườm khăn lạnh trên trán
- + Dùng thuốc hạ sốt

3. Giảm đau

- Hướng dẫn người bệnh lựa chọn tư thế thoải mái nằm giảm đau:
 - + Đau ngực: đắp khăn tẩm nước ấm lên ngực
 - + Đau ở tay, các khớp: xoa bóp, chườm nóng
- Hướng dẫn người bệnh đặt tay ôm ngực khi ho để giảm đau
- Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh của bác sĩ
- Liệu pháp tâm lí: động viên, an ủi, nâng đỡ tinh thần người bệnh

4. Giảm khó thở

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, để người bệnh cảm giác dễ thở nhất
- Thở oxy theo chỉ định.
- Dùng thuốc theo y lệnh

5 Giảm ho

- Nếu là ho kích thích, ho khan dùng thuốc giảm ho
- Nếu ho ra nhiều đờm
 - + Hướng dẫn người bệnh cách khạc đờm
 - + Dùng thuốc làm loãng đờm

6. Nếu người bệnh ho ra máu (theo quy trình chăm sóc người bệnh ho ra máu)

7. Chế độ ăn uống

- Đảm bảo chế độ ăn giàu đạm, tăng calo, nhiều vitamin
- Người bệnh rất chán ăn, cho người bệnh ăn nhiều bữa, thức ăn lỏng, dễ tiêu như: cháo thịt, súp, sữa, đậu, đỗ, rau, hoa quả...
- Cho người bệnh ăn bằng ống thông theo chỉ định.
- Đảm bảo uống đủ nước ngày 2 -3 lít

8. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Cho người bệnh nghỉ ngơi trong buồng thoáng mát, yên tĩnh
- Động viên người bệnh an tâm điều trị
- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân
- Vận động, thể dục hợp lí

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Tình trạng đau
- Tình trạng khó thở, ho ra máu
- Trạng thái tinh thần
- Tình trạng tiêu hoá

- Chế độ ăn uống, vệ sinh
- Các công việc chăm sóc và thực hiện
- Báo bác sĩ nếu có diễn biến bất thường

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm chế độ điều trị có thể kéo dài
- Hướng dẫn người bệnh không được hút thuốc láo, thuốc lá, không được uống rượu, không tiếp xúc khói bụi...
- Dùng thuốc theo chỉ dẫn, chấp hành chế độ điều trị
- Chế độ ăn uống vệ sinh cá nhân
- Vận động, xoa bóp thân thể

Chương VI

MẮT

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT GIÁC MẠC DỌA THỦNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo giữ gìn không để tổn thương loét giác mạc rộng hơn và sâu hơn sẽ gây nguy cơ thủng giác mạc.
- Bảo đảm giữ mắt yên, không để tăng nhãn áp, để gây nguy cơ thủng giác mạc.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ – thuốc:

- Bông ướt vô khuẩn để lau rửa mắt
- Bông gạc vô khuẩn và băng dính để che mắt
- Thuốc nhỏ:
 - + Kháng sinh
 - + Giãn đồng tử
 - + Nuôi dưỡng giác mạc
- Thuốc uống:
 - + Kháng sinh chống vi khuẩn hoặc nấm theo y lệnh (tùy theo tác nhân gây bệnh)
 - + Hạ nhãn áp
 - + Nuôi dưỡng giác mạc bằng vitamin A, vitamin B, vitamin C.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hiểu mắt bị loét giác mạc rộng có nguy cơ thủng giác mạc.
- Cần có người khác giúp đỡ tra nhỏ thuốc, không tự ý tra nhỏ thuốc.
- Người bệnh nằm hoặc ngồi ghế có tựa để được chăm sóc mắt.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Lau rửa mắt:** dùng bông ướt, vô khuẩn lau dọc hai bờ mi từ góc ngoài vào góc trong. Sau đó lau sạch vùng da mi mắt quanh mắt.
2. **Nhỏ thuốc:** nhỏ thuốc vào góc trong mắt, tránh đụng chạm đầu ống thuốc mắt vào mắt. Trong trường hợp phải tra nhiều loại thuốc mỗi loại nên tra cách nhau 10-15 phút.
3. **Băng mắt:**
 - Đặt miếng gạc bông (gạc có bông ở trong) lên mắt và băng bằng một dải băng dính (băng chéo) hoặc băng kín bằng hai dải băng dính. Ta có thể lật băng lên để nhỏ thuốc trong ngày.
 - Băng cuộn ép chặt để giữ yên nhãn cầu ở lần nhỏ cuối cùng trong ngày.

4. Uống thuốc theo y lệnh:

- Kháng sinh
- Hạ nhãn áp
- Nuôi dưỡng giác mạc.

5. Theo dõi mạch, nhiệt độ thường quy hàng ngày ghi vào bảng theo dõi.**VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Lưu ý các dấu hiệu bất thường ở người bệnh như: đau đầu nhiều, nôn, đại tiểu tiện khó để báo bác sĩ kịp thời xử trí, tránh tình trạng không bình thường nhãn cầu ở người có loét giác mạc rộng, có nguy cơ thủng giác mạc.
- Khi tra nhỏ thuốc mắt hàng ngày cần lưu ý theo dõi các dấu hiệu bất thường để báo bác sĩ như: đau nhức tại mắt hoặc nhức đầu, sau đó thấy có nước mắt chảy ra, mắt mờ đi.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giữ gìn mắt được yên, không va đập tay lên mắt. Người nhà không được nằm chung giường, tránh va đập tay vào mắt người bệnh.
- Không tự ý tháo băng hoặc sờ tay lên mắt khi không được phép.
- Giữ vệ sinh giường nằm, chăn gối, đệm và khu vực quanh giường bệnh để tránh yếu tố nhiễm trùng nặng thêm, loét càng rộng.
- Dặn người bệnh và người nhà phải báo ngay cho y tá hoặc bác sĩ những dấu hiệu bất thường của người bệnh, báo hiệu nguy cơ thủng giác mạc.
- Ăn uống không kiêng theo quan niệm cũ, cần ăn thức ăn đủ dinh dưỡng.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO CẤP, MỦ TIỀN PHÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng bồ đào cấp mủ tiền phòng ở trẻ em nước ta hay xảy ra vào mùa xuân hè. Bệnh thường khởi phát đột ngột, diễn biến nhanh, có thể dẫn đến viêm nội nhãn. Nếu không được điều trị và chăm sóc kịp thời có thể mất chức năng, teo nhãn cầu dẫn tới mù lòa ở trẻ em.

II. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thực hiện đúng y lệnh.
- Chăm sóc toàn diện người bệnh tránh teo nhãn cầu dẫn tới mù lòa ở trẻ em.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn bố mẹ trẻ về chế độ ăn uống phù hợp với lứa tuổi, đảm bảo chế độ ăn đủ chất, cân đối giữa các thành phần dinh dưỡng.
- Theo dõi các chỉ số toàn thân như quy định (đo mạch, nhiệt độ), ở những trẻ lớn tuổi hơn cần đo thị lực, nhãn áp 1 - 2 lần/tuần để đánh giá kết quả điều trị.
- Thực hiện nghiêm túc y lệnh của bác sĩ, đặc biệt là tra thuốc vào mắt cho người bệnh:
 - + Trước khi tra thuốc cần giải thích cho trẻ (nếu đã lớn) và người nhà để có sự phối hợp cần thiết.
 - + Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa là tốt nhất.
 - + Vệ sinh mắt bằng bông vô trùng trước khi tra thuốc.
 - + Lần lượt tra các thuốc như đã chỉ định
 - + Lưu ý đặc biệt khi tra atropin: dạng thuốc hay dùng là atropin 0.5% - 1% có tác dụng làm giãn đồng tử và liệt điều tiết. Kéo nhẹ mí dưới, tra thuốc vào kết mạc cùng đồ dưới, dùng bông vô khuẩn ấn nhẹ vào góc trong mắt vùng điểm lệ dưới trong thời gian 5 phút sau khi tra, để tránh atropin thừa xuống mũi gây ngộ độc.
 - + Trẻ em quấy khóc, khi tra thuốc cần có sự giúp đỡ thêm của người nhà để giữ trẻ. Tốt nhất nên tra vào lúc trẻ ngủ, sẽ tránh được sự pha loãng thuốc bởi nước mắt.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Hàng ngày ghi vào bệnh án tình trạng toàn thân của trẻ.
- Tình hình thực hiện y lệnh, báo cáo với bác sĩ điều trị và phụ trách khoa các diễn biến bất thường của trẻ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn vệ sinh mắt và toàn thân, đặc biệt lưu ý tới trẻ em có bố mẹ còn trẻ, người dân tộc.
- Thường xuyên tiếp xúc, để hiểu thêm tâm tư trẻ và giải thích cho trẻ yên tâm, tin tưởng vào điều trị bệnh.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MẮT NẶNG SAU CHẤN THƯƠNG**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

- **Quan niệm người bệnh nặng:**
 - Những người bệnh bị chấn thương nặng ở mắt và toàn thân; đa chấn thương, kèm theo chấn thương sọ não, các phủ tạng, các xoang...
 - Những người già yếu có bệnh toàn thân như cao huyết áp, đái tháo đường, trẻ em quá nhỏ tuổi, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.

- Những trường hợp bị bệnh nặng cả hai mắt, những bệnh lý nặng đau đớn nhiều: nhiễm trùng toàn thân, viêm tổ chức hồ mắt, sau một số mổ nặng như sau nạo vét tổ chức hồ mắt, mổ kết hợp cắt dịch kính và bong võng mạc.
- **Việc chăm sóc những người bệnh** này đòi hỏi những yêu cầu đặc biệt nhằm giúp cho quá trình điều trị đạt kết quả tốt. Chăm sóc bao gồm hàng loạt những khâu liên hoàn từ ăn uống sinh hoạt, thay băng, thuốc, đến các mặt khác của cá nhân người bệnh. Tất cả các thông tin đều phải được theo dõi, ghi chép và thông báo cho bác sĩ điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ: xe thay băng có đủ gác, bông ướt, băng dính, băng cuộn, panh các loại, vành mi, máy đo huyết áp, nhiệt kế, ống nghe
- Thuốc: các loại thuốc sát trùng như thuốc đỏ, cồn 70^o, nước muối sinh lý, các loại thuốc tra mắt. Một số thuốc cấp cứu thông thường.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra xem người bệnh có tỉnh táo không? Gọi hỏi trả lời có đúng không, có đi lại được không, có đau chỗ nào không? Ăn uống, đi đại tiểu tiện ra sao?
- Thay băng tại giường bệnh. Nếu người bệnh đi lại được thay băng tại buồng thay băng.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Thay băng vết thương mắt đồng thời hỏi xem người bệnh có đau, chảy nước mắt hay không, đánh giá sơ bộ tình trạng thị lực, sờ tay xem nhãn áp có cao không?
- Quan sát thay băng vết thương quanh mắt: có khô sạch hay máu thấm băng, nhiễm trùng có mủ, đã đến thời hạn cắt chỉ hay chưa.
- Khi có vết thương toàn thân cần cho đi khám chuyên khoa, kiểm tra xem có hiện tượng loét do nằm bất động không?
- Ghi chép đầy đủ tình trạng mắt và toàn thân vào hồ sơ bệnh án.
- Thực hiện y lệnh đúng và đầy đủ.
- Theo dõi tốc độ truyền có đúng với y lệnh không, người bệnh có biểu hiện đặc biệt như sốt, rét run, lạnh chân tay, lo lắng hồi hộp, rối loạn mạch, huyết áp, phản ứng mẫn ngứa...nếu có truyền dịch
- Quan tâm tìm hiểu những đặc điểm, hoàn cảnh riêng của người bệnh: những người có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn, người già cô đơn không người thân, dân tộc thiểu số, những người thuộc diện chính sách như gia đình liệt sĩ, thương bệnh binh, những người có công với nước, bà mẹ Việt Nam anh hùng, những cán bộ cao cấp nhà nước... nhằm thực hiện tốt sự chăm sóc toàn diện.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GHÉP GIÁC MẠC

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm vệ sinh mắt, chống nhiễm trùng mắt sau mổ.
- Bảo đảm cung cấp thuốc duy trì sự sống cho mảnh ghép.

II. CHUẨN BỊ

1. Trước mổ:

Chuẩn bị các dụng cụ cần thiết để xét nghiệm và làm vệ sinh mắt trước khi mổ như bảng đo thị lực, dụng cụ đo nhãn áp, kéo cắt lông mi, lông mày.

2. Sau mổ:

- Dụng cụ:* chuẩn bị khay hoặc xe thay băng gồm:
 - Bông ướt để lau mắt
 - Bông gạc và băng dính
 - Thuốc tra mắt và thuốc uống, tiêm theo y lệnh
 - Bơm tiêm
- Người bệnh:*
 - Người bệnh: được báo trước khi thay băng hoặc tra thuốc hàng ngày. Được giải thích trước khi tiến hành làm xét nghiệm (thị lực, nhãn áp) hay vệ sinh (cắt lông mi, lông mày).
 - Sau mổ người bệnh phải được nằm bất động trong 24 giờ đầu: ăn uống các thức ăn mềm loãng, vệ sinh cá nhân tại chỗ, tránh nói chuyện cười đùa nhiều.
 - Trong trường hợp người bệnh già yếu: có thể nằm nghiêng về bên mắt không mổ để tránh ứ đọng dịch trong phổi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Tại mắt:

- Tra dung dịch kháng sinh nhẹ vào góc trong mắt (chloramphenicol 0,4%, gentamicin 0,3%...)
- Lau rửa mắt cho người bệnh: dùng bông ướt vô khuẩn lau dọc 2 bờ mi từ góc ngoài vào trong, sau đó lau sạch vùng da mi quanh mắt mổ.
- Tra thuốc vào góc trong mắt, tránh đụng chạm đầu ống thuốc vào mắt.
- Trong trường hợp phải tra nhiều loại thuốc: mỗi loại phải tra cách nhau 10-15 phút.
- Băng: đặt miếng gạc có bông ở trong lên mắt và băng kín bằng 2 dải băng dính hoặc băng cuộn ép chặt tùy theo y lệnh.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ hàng ngày và ghi vào bảng theo dõi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO*** Tình trạng toàn thân:**

Lưu ý các dấu hiệu bất thường ở người bệnh như: nôn, đại tiểu tiện khó (do nằm bất động), mệt nhiều... để báo bác sĩ xử lý kịp thời.

*** Tại mắt:**

Khi lau rửa mắt hàng ngày cần lưu ý theo dõi các dấu hiệu bất thường ở mắt để báo bác sĩ như: đau nhức tại mắt hoặc nhức đầu tăng lên, mí và kết mạc sưng mọng, đỏ bất thường, nhìn mờ đi...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giữ yên tĩnh cho người bệnh mới được ghép giác mạc, tránh nói chuyện nhiều, bất động trong 24 giờ đầu.
- Chế độ ăn uống: trong những ngày đầu nên ăn thức ăn mềm lỏng song phải đủ chất dinh dưỡng, không kiêng khem theo quan niệm cổ hủ.
- Không tự ý tháo băng hoặc sờ tay lên mắt mổ nếu không được y tá hoặc bác sĩ cho phép và hướng dẫn. Giữ vệ sinh giường nằm, chân gối và khu vực quanh giường bệnh để tránh gây nhiễm trùng hậu phẫu.
- Người nhà không được nằm chung giường, tránh va đập tay vào mắt người bệnh gây chảy máu nội nhãn.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà phải báo ngay cho y tá hoặc bác sĩ những dấu hiệu bất thường của người bệnh.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MẮC CÁC BỆNH MẮT DO DỊ ỨNG**I. MỤC ĐÍCH**

- Phòng chống nhiễm khuẩn
- Giảm nhanh các tổn thương tại chỗ do dị ứng (đối với dị ứng tại chỗ)
- Chống dính mí cầu (đối với những dị ứng mí cầu trong hội chứng Steven- Jonhson)

II. CHUẨN BỊ**1. Phương tiện:**

- Dicain 1% (đã được xác định là không gây dị ứng)
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Mỡ corticoid, mỡ kháng sinh (đã được xác định là không gây dị ứng)
- Que thủy tinh
- Khuôn mắt bằng nhựa
- Bông sạch

2. Người bệnh:

- Được giải thích là không được tự động bôi tra hoặc dùng thuốc và phải thường xuyên cố gắng liếc mắt và chớp mắt.
- Người bệnh nằm tại giường hoặc sang phòng thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa người bệnh đi khám thử các test dị ứng đối với các thuốc sẽ dùng theo y lệnh của bác sĩ.
- Kiểm tra lại dụng cụ và thuốc đảm bảo vô khuẩn, thuốc đúng tên, đúng liều.
- Nhỏ dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vào mắt người bệnh.
- Dùng bông ướt lau sạch tiết tố ở mi và bờ mi.
- Tra dicain 1% vào mắt 2 lần, mỗi lần cách nhau 2 phút.
- Dùng ngón trỏ và ngón cái của một tay vành mi, tay kia dùng bông cuốn nhẹ nhàng lấy sạch tiết tố trong mắt (chú ý không quệt bông lên nhãn cầu).
- Nếu là dị ứng tại chỗ có phù mi: bôi thuốc mỡ corticoid lên da mi và dùng bông xoa đều toàn bộ da vùng mi
- Nếu dị ứng trong hội chứng Steven - Jonhson:
- Vành mi và nhỏ dầu A vào cùng đồ dưới góc trong, sau đó khép 2 mi của người bệnh lại và dùng tay day nhẹ trên da mi cho thuốc dần đều.
- Vành mi và tra thuốc mỡ kháng sinh hoặc corticoid (theo y lệnh của bác sĩ) vào cùng đồ dưới, sau đó dùng tay khép 2 mi mắt của người bệnh lại và day nhẹ vào vùng da mi trên cho thuốc dần đều.
- Theo y lệnh của bác sĩ: lấy máu của người bệnh vào buổi sáng lúc chưa ăn sáng. Sau đó đem máu ngay xuống khoa được xử lý làm huyết thanh đông ống. (Để làm các phản ứng tìm dị nguyên).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các công việc chăm sóc và thực hiện hàng ngày.
- Các dấu hiệu bất thường ở mắt và toàn thân.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý dùng thuốc.
- Giải thích tầm quan trọng của việc giữ vệ sinh tại mắt và tuân thủ hướng dẫn của thầy thuốc và nhân viên y tế. Không được tự động bôi tra hoặc dùng thuốc và phải thường xuyên cố gắng liếc mắt và chớp mắt.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THỂ THỦY TINH ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn
- Chống chảy máu
- Chống đứt chỉ

II. CHUẨN BỊ

Phương tiện dụng cụ:

- khay thuốc tra gồm:
 - + Atropin 1% - 4%
 - + Pilocarpin 1%
 - + Thuốc kháng sinh tra mắt.
 - + Thuốc chống viêm tra mắt.
 - + Mỡ kháng sinh - mỡ corticoid
- Băng gấp bông vô khuẩn
- Hộp bông ướt,
- Gạc vô khuẩn
- Cồn 70°
- Găng tay

2. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh biết họ sắp được thay băng, người bệnh cần giữ đầu yên tĩnh, không lắc đầu.
- Hướng dẫn người bệnh liếc nhìn lên trên xuống dưới, phải mở mắt không được nhắm nhử mắt khi thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người thay băng phải rửa tay xà phòng, sát khuẩn tay bằng cồn, nếu có điều kiện nên đeo găng.
- Bóc băng cũ, khi bóc băng phải quan sát gạc có máu tươi không, khô hay bẩn, mi mắt có phù nề không, đỏ mọng không, khe mi có máu mủ không, (nếu có phải báo bác sĩ xem và xử lí.)
- Dùng ngón cái kéo nhẹ mi trên dưới dùng bông ướt vô khuẩn lau sạch, nhẹ bờ mi từ ngoài vào trong, không ấn vào nhãn cầu.
- Dùng ngón trỏ kéo nhẹ mi dưới, dùng bông ướt lau nhẹ, sạch mi dưới.
- Tra thuốc kháng sinh góc trong mắt.
- Tra thuốc kháng viêm.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh hoặc corticoid.

- Trước khi tra thuốc quan sát nhãn cầu - mép mống có sạch không, có máu mủ tiền phòng không, mống mắt có phôi kẹt không, nếu có phải báo bác sĩ đến xem.
- Đặt gạc vô khuẩn và băng bằng băng dính.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng vết mổ
- Tình trạng toàn thân
- Báo cáo bác sĩ nếu có bất thường

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không gác tay lên trán
- Không được sờ tay lên mắt
- Không nói to, hạn chế ho, hắt hơi.
- Không cúi mặt, đứng lên, ngồi xuống đột ngột
- Chống táo bón
- Phải nghiêm chỉnh tuân theo lời dặn của nhân viên y tế phục vụ.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GLÔCÔM

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn
- Chống chảy máu
- Chống đứt chỉ
- Chống xẹp tiền phòng

II. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện dụng cụ:

* *Khay nhỏ thuốc gồm:*

- + Atropin 1% - 4%
- + Pilocarpin 1%
- + Thuốc kháng sinh tra mắt.
- + Thuốc chống viêm tra mắt.
- + Mỡ corticoid.
- + Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Panh gấp bông vô khuẩn
- Hộp bông ướt - gạc vô khuẩn
- Cồn 70°

2. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo cho người bệnh biết là thay băng để người bệnh không giật mình (vì băng hai mắt)
- Hướng dẫn người bệnh để đầu yên tĩnh không lắc đầu qua trái qua phải, liếc mắt lên xuống theo hướng dẫn

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người thay băng phải rửa tay xà phòng, sát trùng tay bằng cồn sát khuẩn (đội cồn vào tay)
- Đội mũ, che khẩu trang
- Tháo băng cũ đồng thời quan sát băng có khô hay bẩn - có máu không? Mi sạch hay bẩn, có phù nề, đỏ không, kết mạc có phù đỏ không?
- Dùng ngón cái nhẹ nhàng vén mi trên nói người bệnh nhìn xuống, lau sạch bờ mi bằng bông ướt vô khuẩn. Quan sát nhãn cầu có máu, mủ, xẹp tiền phòng, đứt chỉ phải báo cho bác sĩ ngay
- Tra thuốc kháng sinh góc trong mắt
- Tra thuốc chống viêm
- Tra thuốc mỡ. Nhẹ nhàng khép mi lại không ấn vào nhãn cầu, đặt gạc vô khuẩn và băng dính chéo

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng vết mổ khi thay băng
- Tình trạng toàn thân

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được gác tay lên trán tránh đè vào nhãn cầu
- Không nói to, không hút thuốc, hạn chế ho, hắt hơi.
- Không được cúi mặt xuống
- Không được đứng lên ngồi xuống quá mạnh, và đột ngột
- Chống táo bón
- Dặn người bệnh phải giữ gìn vệ sinh theo lời thầy thuốc

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH DO XUẤT HUYẾT

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo sự bất động để không chảy máu tái phát.

II. CHUẨN BỊ

- Giường bệnh trong hậu phẫu có thể nâng cao hoặc hạ thấp đầu.
- Người bệnh được giải thích cần phải bất động để tránh chảy máu tái phát.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sau mổ về nằm tại chỗ, băng kín hai mắt để tránh vận động
- Tiêm và thay băng tại giường
- Tra kháng sinh và thuốc giãn đồng tử cho mắt được nghỉ
- Lấy mạch nhiệt độ, huyết áp hàng ngày
- Chế độ ăn không ăn thức ăn cứng, ngày đầu tiên ăn cháo, từ ngày thứ hai trở đi có thể ăn cơm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi toàn trạng bằng đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.
- Hàng ngày thay băng kiểm tra xem mắt sưng nhiều hay ít, cương tụ hay không, đau giảm hay không?
- Theo dõi thị lực người bệnh có tốt hơn không.?
- Báo cáo bác sĩ kịp thời khi người bệnh có dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý bỏ băng để nhìn
- Nằm tại chỗ
- Vệ sinh cá nhân tại chỗ trong những ngày đầu cho đến khi bác sĩ cho phép đi lại được
- Chế độ ăn uống tránh táo bón.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ BONG VỠNG MẠC**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo cho người bệnh bất động tốt.
- Đảm bảo tư thế phù hợp cho võng mạc áp lại tốt.

II. CHUẨN BỊ

- Giường có thể nâng cao đầu hoặc hạ thấp. Có thể cần gối rời để kê trán khi ngồi cúi đầu
- Người bệnh:

- + Được giải thích về sự cần thiết phải bất động sau mổ
- + Cần thiết phải có các tư thế nằm đặc biệt để võng mạc không bị bong lại.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm tại chỗ băng kín hai mắt để tránh vận động khi liếc nhìn.
- Nếu chỉ mổ ấn độn củng mạc thì cho người bệnh nằm ngửa đầu cao, khi mỏi có thể nghiêng về phía có điểm tháo dịch.
- Nếu phẫu thuật có cắt dịch kính và trao đổi khí thì phải cho người bệnh nằm sấp.
- Khi quá mỏi có thể cho người bệnh ngồi cúi đầu tựa trên gối rồi kê lại sao cho mặt phải song song với mặt giường.
- Phục vụ tiêm và thay băng tại chỗ, tra kháng sinh nước và mỡ
- Tra thuốc giãn đồng tử để mắt ở tư thế nghỉ.
- Chế độ ăn:
 - + Ngày đầu sau mổ ăn cháo
 - + Những ngày sau có thể ăn cơm với thức ăn mềm
 - + Tránh táo bón
- 5 - 6 ngày sau có thể mở băng mắt lành cho người bệnh, mang kính lỗ đường kính 2mm và lỗ phải đúng tâm kính.
- Theo dõi toàn trạng bằng đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Hàng ngày thay băng quan sát xem mắt sưng nhiều hay ít, đau giảm đi không.
- Tình trạng phù mi và kết mạc có giảm dần đi sau mỗi ngày hay tăng lên.
- Ước lượng thị trường người bệnh có tốt hơn không.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý lật băng lên nhìn
- Phải đúng tư thế mà bác sĩ yêu cầu dù có mỏi
- Chế độ ăn: cho người bệnh ăn các thức ăn tránh táo bón
- Vì băng kín hai mắt nên vệ sinh cá nhân phải thực hiện tại chỗ.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NẠO VẾT TỔ CHỨC HỐC MẮT

I. MỤC ĐÍCH

Phẫu thuật tạo vết tổ chức hốc mắt là một phẫu thuật hay chảy máu có gây mê toàn thân và truyền máu trong khi phẫu thuật. Vì vậy sau mổ người bệnh cần theo dõi:

- + Chảy máu tại vết mổ
- + Biến chứng toàn thân sau gây mê về mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại giường bệnh
- Dụng cụ:
 - + Máy đo huyết áp
 - + Ống nghe tim phổi
 - + Đồng hồ bấm giây
- Người thực hiện: điều dưỡng viên.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** Quan sát toàn trạng người bệnh:*

- Tư thế nằm người bệnh sau mổ gây mê: kê vai cao, mặt nghiêng về phía mắt lành
- Quan sát màu sắc da mặt niêm mạc môi
- Theo dõi nhịp thở
- Sờ da trán xem có sốt hoặc da lạnh toát mồ hôi
- Thời gian người bệnh tỉnh

** Đo mạch nhiệt độ huyết áp, nhịp thở:*

- Khi người bệnh về giường điều trị: 1 giờ 1 lần trong 4 giờ đầu
- Sau đó theo dõi theo chỉ định của bác sĩ

** Theo dõi tình trạng vết mổ:*

- Khi người bệnh về giường nằm và trong 24 giờ đầu sau mổ
- Quan sát băng mắt có thấm máu nhiều hay ít, màu sắc của máu

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tình trạng người bệnh và các hoạt động chăm sóc vào phiếu theo dõi và chăm sóc.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời khi người bệnh có những dấu hiệu không bình thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH** Hướng dẫn người nhà người bệnh:*

- Giữ đầu người bệnh theo tư thế nghiêng về phía mắt không đau để phòng chất nôn thấm vào băng.
- Khi người bệnh có những thay đổi bất thường phải báo bác sĩ, y tá-điều dưỡng biết ngay.

** Chế độ vệ sinh:*

- Giữ băng mắt sạch, nếu máu thấm ướt phải báo y tá bác sĩ thay băng và kiểm tra tìm nguyên nhân chảy máu để xử lý
- Hướng dẫn người nhà người bệnh giữ vệ sinh thân thể gội đầu sạch
- Hướng dẫn người bệnh sau mổ vận động nhẹ, tránh nằm bất động

** Chế độ dinh dưỡng:*

- Khuyến người bệnh sau mổ 1 -2 ngày đầu ăn nhẹ dễ tiêu hoá
- Ăn đủ chất đạm, hoa quả.

11. THEO DÕI CHĂM SÓC PHẪU THUẬT MẮT GIAI ĐOẠN THOÁT MÊ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc theo dõi người bệnh sau gây mê phải phẫu thuật mắt là 1 kỹ thuật quan trọng nhằm tránh được những tai biến sau gây mê ở giai đoạn hồi tỉnh:
- Phòng tai biến giảm oxy trong máu: do giảm thở, giảm thông khí
- Phòng tai biến nhiệt độ: hạ nhiệt độ sau mổ, sốt cao sau mổ
- Phòng tai biến hô hấp: tụt lưỡi, tắc dịch, trào ngược vào đường hô hấp, co thắt thanh quản, khí quản, suy thở
- Phòng biến chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, chậm, loạn nhịp, suy tim, ngừng tim.
- Phòng biến chứng thần kinh: hồi tỉnh chậm, co giật, đau hoặc cơn rét run sau mổ
- Tiêu hoá: nôn, giãn dạ dày cấp
- Giai đoạn hồi tỉnh có tỉ lệ tử vong rất cao, nên việc chăm sóc, theo dõi đòi hỏi người kỹ thuật viên gây mê hồi sức phải có trách nhiệm cao và phải được làm tại phòng hồi tỉnh

II. CHUẨN BỊ

- Kỹ thuật viên nhà mổ: mũ áo choàng, khẩu trang theo đúng quy định, rửa tay theo đúng quy trình.
- Nơi thực hiện:
 - + Phòng hồi tỉnh: có nhiệt độ ổn định 26 - 28°C, yên tĩnh, đủ ánh sáng, thông thoáng
 - + Giường bệnh có phủ ga sạch
- Dụng cụ hồi sức:
 - + Nguồn oxy
 - + Máy hút, thông hút, bóng Ambu, máy Monitoring

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh nằm ngửa, có gối kê dưới vai nhằm làm cho đường thở thẳng tránh tụt lưỡi, hoặc đặt người bệnh nằm nghiêng tư thế chân co chân duỗi cho các chất dịch ở mồm chảy ra ngoài, tránh trào ngược vào đường thở.
- Hút dịch xuất tiết từ mũi miệng họng, thường xuyên 10 - 15 phút/lần
- Đo mạch - huyết áp 10 - 15 phút/lần
- Đo nhiệt độ 10 - 15 phút/lần
- Thở oxy qua masque hoặc ống sonde qua mũi
- Truyền tĩnh mạch theo y lệnh.
- Đặt máy Monitoring theo dõi các chỉ số trong máy: mạch, nhiệt độ, huyết áp nhịp thở và độ bão hoà oxy

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi tình trạng, các thông số theo dõi vào bảng theo dõi

- Nếu có nguy cơ tai biến báo hàng ngày cho bác sĩ gây mê hồi sức và cùng bác sĩ hồi sức kịp thời cho người bệnh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý tháo bỏ hoặc sờ mó vào các ống thông, dây truyền
- Giải thích cho gia đình người bệnh hạn chế tiếp xúc với người bệnh để đảm bảo khâu vệ sinh vô khuẩn vết mổ

12. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT MẮT TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TOÀN THÂN

I. MỤC ĐÍCH

- Kỹ thuật theo dõi người bệnh gây tê mổ mắt trên những người bệnh có bệnh lý toàn thân là kỹ thuật có tầm quan trọng nhằm xử lý được những tai biến về toàn thân trong giai đoạn phẫu thuật đảm bảo phẫu thuật mắt an toàn.
- Các bệnh lý toàn thân trên người bệnh mắt rất phức tạp có ảnh hưởng lớn tới phẫu thuật mắt, đòi hỏi người kỹ thuật viên phải tôn trọng những quy trình chuyên môn để phát hiện kịp thời những biến cố sớm nhất và phòng tránh những tai biến có thể xảy ra để có biện pháp xử lý kịp thời và toàn diện.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại phòng mổ mắt nơi có đầy đủ phương tiện cấp cứu người bệnh.
- Người bệnh nằm trên bàn mổ, đắp ga sạch theo quy định vô khuẩn.
- Chuẩn bị phương tiện:
 - + Nguồn oxy, bóng Ambu, máy thở, máy Monitoring, máy hút.
 - + Huyết thanh truyền các loại.
 - + Bơm tiêm, kim tiêm truyền tĩnh mạch.
- Nhân viên y tế: mũ, áo choàng, khẩu trang đúng quy định vô khuẩn

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích rõ ràng với người bệnh về tình trạng toàn thân và phẫu thuật để có sự phối hợp tốt giữa người bệnh và thầy thuốc. Người bệnh yên tâm trong cuộc mổ.
- Truyền tĩnh mạch: huyết thanh mặn 0.9%.
- Lắp máy Monitoring: kiểm tra hoạt động của máy.
- Dùng thuốc đúng liều lượng, đúng theo y lệnh của bác sĩ.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, điện tim: 5 phút/lần
- Trong cấp cứu: thao tác và sử dụng thuốc đúng với y lệnh của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số vào bảng theo dõi 10 phút/lần.
- Nếu có nguy cơ tai biến báo ngay cho bác sĩ phụ trách.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG MẮT

I. MỤC ĐÍCH

- Bỏng mắt là một trong những dạng tổn thương nặng về nhãn cầu, thường bỏng 2 mắt và thường kết hợp với bỏng mặt và bỏng toàn thân. Bệnh thường có những biến chứng nặng nề như hoại tử giác mạc, củng mạc nhiễm trùng, đục thể thủy tinh, tăng nhãn áp... Nếu không được xử lý đúng và kịp thời sẽ gây giảm thị lực và mù.
- Chăm sóc người bệnh sau bỏng nhằm loại trừ nhanh chóng các tác nhân gây bỏng, hạn chế và làm nhẹ các biến chứng do bỏng.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh được giải thích trước khi rửa vết bỏng.
- Dụng cụ và thuốc rửa vết bỏng:
 - + Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, dung dịch đệm, dung dịch Ringer hoặc nước sạch.
 - + Ống tiêm 20ml, kim đầu tù.
 - + Khay quả đậu, vành mi.
 - + Bông ướt hoặc gạc

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm
- Nhúng giấy quỳ đánh giá độ pH của túi cùng đồ.
- Lấy sạch vôi ở kết mạc nhãn cầu, kết mạc mi và cùng đồ trong trường hợp bỏng vôi.
- Rửa cùng đồ bằng nước muối sinh lý, dung dịch đệm, dung dịch Ringer hoặc bằng nước sạch. Rửa cùng đồ trên và cùng đồ dưới liên tục trong vòng 15 - 30 phút (tùy mức độ ngấm hoá chất). Cho đến khi pH của túi cùng đồ bằng 7 - 7.5.
- Rửa lệ đạo trên dưới.
- Đo pH sau khi rửa, tra CB₂, dầu A, dung dịch và mỡ kháng sinh.
- Làm sạch tổn thương ở mi và da mặt.
- Quy trình rửa mắt phải được tiến hành ngay trong những ngày đầu sau bỏng cho đến khi pH túi cùng đồ trở lại bình thường (7 - 7.5).
- Không băng mắt bỏng.
- Đo huyết áp, lấy mạch, nhiệt độ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: nhiệt độ, huyết áp, rét run...
- Tại mắt: đau nhức mắt (nhiễm trùng, tăng nhãn áp...)
- Ghi vào hồ sơ hàng ngày các công việc chăm sóc và cần lưu ý bác sĩ khi có diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tra liên tục: dung dịch glucose 30% (bỏ vôi), dung dịch đẳng trương NaCl 0,9%, dung dịch kháng sinh, CB₂, dầu A và mỡ kháng sinh.
- Tập vận động nhãn cầu chống dính.
- Giữ vệ sinh tránh bội nhiễm mắt và toàn thân.
- Ăn uống: tăng cường dinh dưỡng, các thức ăn giàu vitamin A, vitamin C

14. CHĂM SÓC BỆNH NHI PHẪU THUẬT MẮT**I. MỤC ĐÍCH**

- Chuẩn bị tốt vùng phẫu thuật (mắt) và toàn thân
- Phát hiện sớm những biến chứng để xử lý kịp thời

II. CHUẨN BỊ

- Phòng điều trị đảm bảo sạch sẽ thoáng về mùa hè, ấm về mùa đông
- Có các tranh tuyên truyền các bệnh về mắt, có các bảng nội quy, bảng hướng dẫn.
- Dụng cụ
- Các dụng cụ làm vệ sinh mắt trước mổ
- Các dụng cụ theo dõi sau mổ, ống nghe, nhiệt kế, túi chườm, ống thông hút đờm dãi
- Bông gạc thuốc để thay băng, tra thuốc
- Nhân lực: bác sĩ, y sĩ và y tá-điều dưỡng chuyên khoa mắt

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Trước mổ:**

- Giải thích, hướng dẫn cho gia đình và người bệnh hiểu được những điều cần thiết để cùng hợp tác chuẩn bị phẫu thuật
- Làm công tác tư tưởng cho người bệnh và gia đình về những khả năng tai biến có thể xảy ra trong và sau mổ
- Làm các thủ thuật cần thiết chuẩn bị trước khi mổ như: bơm thông lệ đạo, nhãn áp, thị lực, thị trường
- Vệ sinh mắt cắt lông mi lông mày, rửa mắt
- Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính cần thiết
- Dẫn người bệnh nhịn ăn uống sáng ngày được phẫu thuật
- Thực hiện tốt và đầy đủ theo y lệnh.

2. Sau mổ:

- Theo dõi tình trạng tại mắt phát hiện những biến chứng chảy máu, tuột băng.... để có biện pháp xử lý kịp thời.

- Theo dõi toàn trạng mạch, nhiệt độ, nhịp thở
- Hướng dẫn gia đình kết hợp theo dõi sau mổ gây mê, chỉ cho trẻ ăn khi trẻ tỉnh, (gọi, hỏi trả lời đúng)
- Thực hiện chế độ tra thuốc, uống thuốc, tiêm thuốc và thay băng hàng ngày

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi diễn biến hàng ngày tình trạng mắt mổ, mắt chưa mổ và toàn thân
- Ghi thuốc, chế độ ăn, hộ lí hàng ngày
- Báo cáo thầy thuốc hoặc phẫu thuật viên khi có những bất thường tại mắt hay toàn thân

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn gia đình và người bệnh thực hiện tốt những nội quy trước và sau mổ
- Cách giữ gìn vệ sinh và bất động mắt mổ nếu cần
- Cách tra thuốc khi ra viện
- Lịch đến khám và theo dõi định kì

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NỐI THÔNG TÚI LỆ MŨI

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch mắt và vết mổ.
- Làm thông thoáng mũi và đường thông lệ mũi.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng xảy ra sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Băng gạc vô khuẩn
- Băng dính, băng cuộn
- Thuốc đỏ, dung dịch kháng sinh có pha corticoid như chlorocid - H.
- Bơm tiêm 05 ml và kim lệ đạo
- Dung dịch nước muối sinh lí.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh.
- Người bệnh nằm trên bàn.

3. Các bước tiến hành

- Tháo băng mắt.

- Lau rửa sạch mắt, mi mắt, vết mổ.
- Đánh giá mức độ phù nề của mi mắt, mép mổ.
- Sát trùng vết mổ bằng thuốc đỏ 2 %, hoặc betadin.
- Nhỏ dung dịch kháng sinh có pha corticoid như chlorocid - H vào mắt.
- Băng che mắt và mép mổ. Nếu mi mắt, mép mổ còn nề nhiều cần băng ép thêm bằng băng cuộn theo y lệnh.
- Hàng ngày nhỏ thuốc mắt, phát thuốc uống theo y lệnh.
- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng phù nề của mi mắt, vết mổ.
- Mũi có chảy máu hay không.
- Các dấu hiệu bất thường khác

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu thấy chảy máu mũi hoặc máu chảy xuống miệng cần báo ngay cho cán bộ y tế.
- Không tự ý rút bấc mũi.
- Khi còn đặt bấc mũi, người bệnh có thể phải thở bằng miệng.
- Hướng dẫn cách nhỏ thuốc mắt.

Chương VII

TAI MŨI HỌNG

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ THANH QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì ống thở (canun Krisaberg) thông thoáng, sạch.
- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường ăn qua ống thông dạ dày.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt, vết mổ liền tốt.
- Đảm bảo vô khuẩn, tránh nhiễm trùng vết mổ và nhiễm khuẩn đường hô hấp.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

Khi thay băng: tại phòng băng.

2. Dụng cụ:

* *Thuốc:* theo chỉ định của bác sĩ.

* *Dụng cụ chăm sóc tại giường:*

- Máy hút và ống hút mềm + canun (cùng cỡ với canun đã đặt).
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Ca nhỏ.
- Bơm ăn 50ml + ống thông mũi - dạ dày.
- Kẹp Kocher.

* *Dụng cụ thay băng:*

- Hai kẹp Kocher
- Bông, gạc, băng cuộn 10cm x 2 cuộn.
- Canun Krisaberg nhựa cỡ số 8 hoặc số thích hợp để thay.
- Kéo.
- Bơm xylocain 6%.

3. Người bệnh:

- Người bệnh ngồi ghế, mở rộng cúc áo cổ, tay cầm một khăn rộng khi thay băng.
- Người bệnh có thể ngồi hoặc nằm tại giường khi hút đờm.
- Khi ăn người bệnh ngồi tại ghế cạnh giường.

4. Nhân viên:

- Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc tại giường 100%

- Vỗ lưng cho người bệnh (để tránh ứ đọng) mỗi sáng.

- Cho người bệnh sinh hoạt sớm tại giường, ngồi dậy, tập đi quanh đầu giường sau 2 đến 3 ngày.

*** Hút đờm:**

- Thời gian hút mỗi lần không quá 20 giây.
- Dùng ống hút mềm hút qua canun, người bệnh có thể nằm hoặc ngồi. Số lần hút tùy thuộc vào từng người bệnh xuất tiết nhiều hay ít. Áp lực máy hút 120 đến 150cm H₂O.
- Nếu đờm đặc phải nhỏ α chymotrypsin trước 5-10'.
- Khi người bệnh ho có thể làm đờm bắn ra phải lau sạch ngay.
- Hàng ngày phải tháo nòng canun ra để rửa từ 1-2 lần, sau đó lại lắp vào.

2. Nuôi dưỡng người bệnh:

Cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày bằng các chất dinh dưỡng như: sữa ensure hoặc dung dịch xúp được lọc kỹ từ 6-8 bữa/1 ngày, mỗi bữa từ 300-500ml (nếu bệnh nhân tỉnh táo đi lại được), nếu bệnh nhân nằm tại chỗ mỗi lần bơm cho ăn không nên quá 300ml vì dễ phồng trào ngược.

*** Chú ý:**

- Không được để tắc tuột ống thông, nhất là trong 1 tuần đầu
- Chỉ bơm ăn khi người bệnh ngồi. Ăn bằng ống thông dạ dày từ 10-14 ngày tùy thuộc chỉ định của bác sĩ.

3. Chăm sóc dẫn lưu: dẫn lưu kín vào chai áp lực thấp.

- Cố định dẫn lưu từ 24 - 48h, không được để tuột dẫn lưu sớm hơn chỉ định.
- Không để tắc dẫn lưu (vì gấp khúc hoặc máu đông đặc) cần hút thông dẫn lưu ngày 1-2 lần. Chú ý khi rút dẫn lưu khỏi chai để hút phải khóa chốt trước để tránh khí tràn vào dây lên vết mổ.

4. Thay băng: y tá phụ với bác sĩ thay băng.

- Cắt băng cũ.
- Chuẩn bị ống hút.
- Bơm xylocain 6% vào lỗ mở khí quản.
- Chuẩn bị sát trùng vết mổ bằng betadin.
- Chuẩn bị canun mới để thay.
- Băng vết mổ bằng 2 cuộn băng 10cm nối vào nhau (thay hàng ngày hay 2-3 ngày/1 lần tùy bác sĩ chỉ định).

5. Chăm sóc họng, mũi, miệng:

- Nhắc người bệnh phải nhổ hết nước bọt ra ca nhỏ trong thời gian ăn bằng ống thông.
- Vệ sinh cá nhân: hút dịch mũi, nhỏ thuốc mũi, thuốc chống viêm khi đặt ống thông dạ dày, giữ gìn vệ sinh răng miệng.

6. Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ

Tiêm thuốc, bơm thuốc uống qua ống thông (để chống viêm, chống phù nề, giảm đau, giảm xuất tiết nếu cần).

7. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh:

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tiếng thở, dấu hiệu chảy máu theo y lệnh của bác sĩ.
- Nếu có gì bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Hàng ngày ghi lại các diễn biến của quá trình chăm sóc về mọi mặt. Nếu có dấu hiệu bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đây là một căn bệnh diễn biến phức tạp cần có sự chăm sóc thật chu đáo của điều dưỡng kết hợp với sự hợp tác tốt của người bệnh. Do đó cần giải thích rõ cho người bệnh hiểu rõ bản chất của vấn đề thì mới có kết quả điều trị. Cụ thể:
 - + Vì cắt thanh quản nên người bệnh phải thở qua lỗ mở khí quản.
 - + Vì khâu lại ống họng mới nên người bệnh không được ăn đường miệng và thậm chí không được nuốt nước bọt, mà phải ăn qua ống thông đặt từ mũi vào dạ dày.
- Người bệnh phải được ăn đủ lượng, đủ chất mới đủ khả năng phục hồi vết mổ (theo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật).
- Người nhà người bệnh phải tâm lý khi tiếp xúc với người bệnh vì họ không còn nói được.

Lưu ý:

- Không tự rút ống.
- Không ăn đường miệng.
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Đảm bảo vấn đề tâm lý tiếp xúc.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ MŨI XOANG

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng và phát hiện chảy máu sau mổ.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: giường bệnh và phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

- Thuốc: kháng sinh, cầm máu, giảm đau (theo chỉ định của bác sĩ).
- Dụng cụ: ca nhỏ, nhiệt kế, máy đo huyết áp, các dụng cụ để thay băng: soi mũi, đèn lưỡi, kẹp Kocher, cặp khuỷu, bông gạc, băng, mèche, máy hút...

3. Người bệnh:

- Người bệnh nằm tại giường 24h đầu sau phẫu thuật.
- Người bệnh nằm tại phòng thay băng khi thấy băng rút bắc và rửa vết mổ.

4. Nhân viên:

- Bác sĩ, y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng vô trùng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Người bệnh nằm trên giường bệnh 24 giờ, sau phẫu thuật được theo dõi sát:**

- Dấu hiệu chảy máu: băng có thấm máu không? Ca nhỏ có máu không?
- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ 1giờ/1 lần trong 6 giờ đầu, sau đó 3giờ/1 lần/ngày đầu. Từ ngày thứ hai: 2 lần / ngày.

2. Thay băng: y tá phụ với bác sĩ thay băng.

- Chuẩn bị dụng cụ thay băng: soi mũi, đèn lưỡi, kẹp Kocher, cặp khuỷu, kéo bay, bắc, gạc, bông, băng.
- Chuẩn bị máy hút cùng ống hút thẳng.
- Cắt băng cũ.
- Băng lại vết mổ sau thay băng theo y lệnh của bác sĩ.

3. Chăm sóc họng miệng: súc họng ngày nhiều lần bằng nước muối 5%.**4. Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ:**

Tiêm thuốc, uống thuốc: kháng sinh, giảm đau, chống viêm, chống phù nề, an thần và các vitamin.

5. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

- Năm ngày đầu người bệnh uống sữa và cháo, xúp. Những ngày sau có thể ăn cơm.
- Truyền dịch, truyền máu theo y lệnh (nếu thể trạng người bệnh kém, suy yếu).

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo ngay với bác sĩ khi xuất hiện các diễn biến bất thường như: chảy máu, thay đổi huyết áp, sốt cao.
- Báo cáo ngày 2 lần khi diễn biến bình thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình của họ biết rõ những diễn biến tất yếu sau mổ như: có vết mổ cạnh mũi, có đau, có thể có chảy máu sau mổ phải đặt mèche chèn thêm, cần phải ăn uống tốt.
- Sau mổ có thể còn phải điều trị tia xạ hoặc hóa chất phối hợp.
- Ung thư mũi xoang là một bệnh nặng, có thể xâm lấn vào nhiều cơ quan vùng sọ mặt, có thể ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ thậm chí đến tính mạng. Do vậy người bệnh cần phối hợp tốt với chuyên môn mới nâng được kết quả điều trị.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ RÒ XOANG LÊ**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.
- Phòng chống nhiễm trùng.
- Phòng chống chảy máu.
- Đảm bảo vệ sinh cá nhân.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Ống thông đặt dạ dày, bơm cho ăn.
- Ống hút dịch.
- Máy hút dịch.
- Dụng cụ thay băng.

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh, hoặc người nhà người bệnh về tình trạng bệnh và các biến chứng có thể xảy ra.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Trước mổ:**

- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.

2. Theo dõi sau mổ:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi chảy máu sau mổ: vùng mổ có máu không?
- Theo dõi có tràn khí dưới da, kiểm tra vùng da mặt, cổ.

- Theo dõi mặt có sung, da mặt có tím không. Nếu sung, tím do băng quá chặt, phải băng lại.
- Theo dõi vết mổ và thay băng hàng ngày theo quy định.
- Theo dõi có nhiễm trùng không.
- Cho người bệnh ăn qua ống thông hàng ngày đúng và đủ lượng calo.
- Thực hiện y lệnh đặc biệt của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi vào hồ sơ hàng ngày:

- Các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết mổ khi thay băng.
- Công việc chăm sóc và thực hiện y lệnh.
- Ghi các điểm lưu ý của bác sĩ.
- Báo cáo bác sĩ những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc.
- Giải thích từng động tác khi tiến hành chăm sóc.
- Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc mình.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm cho người bệnh được thông khí tốt.
- Phòng chống nhiễm khuẩn tại chỗ và đường hô hấp.
- Phòng chống chảy máu.
- Bảo đảm cho vệ sinh cá nhân.
- Rút ống sớm, đúng thời hạn.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- * Các dụng cụ phục vụ thông khí:
 - Bóng Ambu.
 - Oxy nối với bóng Ambu.
 - Ống hút dịch.
 - Máy hút đờm và các ống hút vô khuẩn các cỡ.
 - Các dụng cụ thay băng.
 - Bộ canun cùng cỡ, ống nội khí quản.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh, hoặc người nhà người bệnh (nếu người bệnh là trẻ em) về tình trạng bệnh và diễn biến.
- Cởi bỏ áo chui đầu, khăn quàng cổ, trang sức đeo.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Trước mổ:**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, nhiệt độ, HA.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi sắc mặt, da và niêm mạc.
- Thực hiện các quy định chung đối với người bệnh trước mổ.

2. Trong mổ:

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

3. Theo dõi sau mổ:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, HA, nhiệt độ theo y lệnh.
- Theo dõi tắc ống canun: hàng ngày hút đờm, dịch và rửa nòng trong canun.
- Theo dõi tránh tuột ống canun: kiểm tra dây cố định canun, không để lỏng quá hoặc chặt quá.
- Theo dõi giọng nói và tiếng khóc (nếu có thay đổi: có khả năng tuột ống hay tắc ống).
- Theo dõi hội chứng sốt cao, xanh tái nếu trẻ em nhỏ.
- Theo dõi chảy máu: dịch hút ra và dịch thấm ở miếng gạc dưới canun.
- Theo dõi, thay băng vết mổ khi quần hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh đặc biệt của bác sĩ.
- Chăm sóc chế độ ăn uống đủ calo.
- Tạo môi trường thích hợp, thoáng, đủ không khí, nhiệt độ thích hợp, không bụi, không lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi vào hồ sơ hàng ngày:

- Các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng da và niêm mạc.
- Công việc chăm sóc và thực hiện y lệnh.
- Báo cáo bác sĩ các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được tự tháo dây buộc cố định ống canun
- Giải thích tầm quan trọng vệ sinh cá nhân và tuân thủ hướng dẫn của thầy thuốc và nhân viên y tế.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi hút dịch qua canun.
- Giữ vệ sinh môi trường, hạn chế người thăm, tránh lây nhiễm.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT NỘI SOI XOANG

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng tránh cho người bệnh bị chảy máu, mất máu.
- Bảo đảm người bệnh thở thông theo đường mũi sau khi bỏ bác mũi.
- Bảo đảm dẫn lưu và thông khí ổ xoang được mở sau khi bỏ bác mũi.
- Phòng tránh nhiễm khuẩn.
- Phát hiện sớm các tai biến (nếu có).

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Đèn Clar, máy hút và ống hút.
- khay dụng cụ vô khuẩn: 2 kẹp khuỷu, 1 kẹp kocher, 1 kéo con, 1 dè lưỡi, 2 chén con, 1 bác nhỏ, gạc, bông.
- Oxy già 6 đv thể tích, xylocain 3%, ephedrin hay naphthazolin 1‰
- Một bơm tiêm 10 - 20ml
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ x 1 cốc 100ml.
- Khay quả đậu.

2. Người bệnh:

- Tư thế: nhìn nghiêng, đầu có gối cao.
- Nếu có phản xạ nôn nhiều khi mới tỉnh: để nằm nghiêng, có khay quả đậu, khi cần cho thuốc chống nôn theo y lệnh.
- Nếu có máu chảy (rỉ ra khỏi mũi, hay khạc nhổ ra máu) phải để nằm yên, báo bác sĩ, giải thích cho người bệnh và người nhà yên tâm.
- Nếu nôn ra dịch, thức ăn và máu đen: theo dõi đi ngoài phân đen, xem bụng có chướng, đau bụng co cứng?
- Nếu đau đầu, buồn nôn, nôn: báo bác sĩ, theo dõi viêm màng não.
- Nếu có nhìn mờ, nhìn đôi, chấm, quầng đen: báo thầy thuốc (xem bản phần ngoài ở mắt).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ngày đầu đến ngày thứ 3:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, HA hàng ngày theo giờ, tùy theo tình trạng người bệnh và thực hiện đầy đủ các y lệnh.

- Sau khi rút bấc nằm tại chỗ 1 đến 2 giờ (tránh cử động) nếu ngồi dậy, đi lại sẽ gây chảy máu.
- Không tự ý tháo, rút, bỏ mèche trong mũi.
- Không tự nút bông, giấy thấm nhét vào mũi vì dễ gây nhiễm khuẩn.
- Không dùng khăn, giấy, bông thấm vào hốc mũi để làm thấm vì chảy máu thêm.
- Thực hiện chế độ săn sóc tại giường.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm có chảy máu nhất là sau rút bấc.
- Sau rút bấc nhỏ mũi bằng naptezolin 1% 3 đến 6 giờ 1 lần.

2. Ngày thứ 3 trở đi:

- Đảm bảo thông thoáng mũi, da.
- Thực hiện dẫn lưu và thông khí xoang mũi.
- Phòng chống bội nhiễm.

a. Thực hiện nhỏ mũi hàng ngày:

Nếu ngạt tắc, ứ dịch, mủ ở mũi:

- Đặt bông / bấc thấm xylocain 3% từ 2 đến 3 phút trong mũi.
- Bỏ bông / bấc để người bệnh xì nhẹ vài lần.
- Dùng ống hút, hút sạch dịch máu ứ đọng ở mũi.

b. Thực hiện rửa mũi xoang cho người bệnh:

- Giải thích người bệnh tiến trình làm để họ cùng cộng tác.
- Người bệnh cầm khay quả đậu hứng dưới cằm.
- Để người bệnh nghiêng đầu, bịt lỗ mũi bên kia bằng ngón tay.
- Dùng bơm tiêm bơm 10 - 20 ml dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vào hốc mũi bên mỗ.
- Người bệnh cúi đầu, thở mạnh cho nước trong hốc mũi ra hết.
- Làm như trên liên tục 3 lần, ngày rửa 2 lần.

c. Thực hiện khí dung ngày 1-2 lần:

- Mỗi lần 2-3 ml dung dịch kháng sinh + corticoid
- Penicillin 50 - 100.000 đv + hydrocortison 0,025mg

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

* Ghi vào hồ sơ hàng ngày trong 3 ngày đầu

- Tình trạng chảy máu (nếu có).
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Tình trạng đau đầu, nhìn.

* Ngày giờ bỏ bấc

* Sau khi đã bỏ bấc:

- Tình trạng thông thoáng của mũi.
- Tình trạng dịch, mủ, máu xuất tiết chảy ra (nếu có).
- Thực hiện hút mủ, rửa xoang, khí dung theo y lệnh của bác sĩ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thực hiện tốt chế độ săn sóc tại giường, hạn chế cử động mạnh, đi lại hoặc ra khỏi phòng.
 - Phát hiện chảy máu.
 - Không gây chảy máu: tự rút bấc, thấm bông, giấy, khăn.
 - Không gây bội nhiễm: tự nhét giấy, bông, vải vào hốc mũi.
- * Khi đã rút bấc, không chảy máu:*
- Tránh bội nhiễm tại chỗ (mũi), tránh tiếp xúc với nhiều người (vào thăm).
 - Đảm bảo thông thoáng mũi: nhỏ mũi thường xuyên, làm thuốc, khí dung hàng ngày.
 - Hướng dẫn tự rửa mũi - xoang.

6. CHĂM SÓC BỆNH NHI DẪN LƯU MŨI XOANG**I. MỤC ĐÍCH**

- Bảo đảm mũi và ống dẫn lưu thông thoáng.
- Hút hết dịch ở mũi và xoang.
- Bảo đảm vô khuẩn tránh biến chứng bội nhiễm.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

- Đèn Clar.
- Máy hút áp lực ở mức 80-100mmHg.
- Ống hút các cỡ, các dây hút nhỏ.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Bơm tiêm 10ml hoặc 20ml.
- Thuốc để bơm vào xoang (do thầy thuốc chỉ định thường là cloramphenicol 0,4% hoặc cortiphenicol).
- Kẹp khuỷu.
- Bông gạc, khăn ni lông hoặc khăn vải.
- Khay quả đậu.

3. Người bệnh:

- Tư thế ngồi, trẻ nhỏ cần có hộ lí hoặc điều dưỡng bế.
- Khi ngồi tựa đầu vào ghế để cố định.
- Giải thích cho trẻ, thái độ nhẹ nhàng để trẻ không sợ.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo găng, khẩu trang, mũ, áo choàng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hút dịch ở mũi.
- Hút dịch ở xoang qua ống dẫn lưu.
- Bơm thuốc vào xoang.
- Chăm sóc hốc mũi.

1. Hút dịch ở mũi:

- Đặt mảnh bông nhỏ tẩm thuốc co mạch: naphthazolin, xylocain (nếu không thật thông thoáng) lưu ý ở trẻ nhỏ dưới 7 tuổi.
- Dùng banh mũi có cán nhỏ để banh hốc mũi đồng thời dùng ống hút nhỏ hút hết dịch từ cửa mũi trước đi dọc theo sàn mũi rồi toàn bộ mũi để hút hết dịch nhày.
- Phải hút nhiều lần, mỗi lần không quá 20 giây. Sau mỗi lần cần hút nước để không bị tắc ống.
- Hút hết hốc mũi bên này thì chuyển sang bên kia.

2. Hút dịch ở xoang qua ống dẫn lưu:

- Dùng ống hút nhỏ hoặc dây hút luồn vào ống dẫn lưu để đưa vào xoang hàm.
- Vừa hút vừa kéo dây hút ra ngoài để hút hết dịch, nhầy, mủ trong xoang hàm.
- Cần hút nhiều lần, sau mỗi lần phải hút nước vô trùng tránh tắc ống.
- Hút hết xoang này thì tiếp tục hút xoang bên kia.

Chú ý:

- Ở trẻ em ít rửa xoang qua ống dẫn lưu, nhưng nếu có rửa xoang thì dùng bơm tiêm 20 ml hút dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ ấm ở 37°C rồi gắn vào đầu ống dẫn lưu trong xoang hàm bơm rửa từ từ, trong khi đó người phụ giúp hút nước trong hốc mũi để tránh trẻ bị sặc.
- Khi bơm nước trẻ cần cúi đầu và có khay quả đậu hứng dưới. Có thể bơm rửa vài lần.
- Cuối cùng bơm không khí qua ống dẫn lưu để đẩy nước rửa còn lại trong xoang.

3. Bơm thuốc vào xoang hàm:

- Dùng bơm tiêm 5 ml lấy thuốc theo y lệnh.
- Bơm thuốc vào xoang hàm qua ống dẫn lưu.
- Khi bơm thuốc để trẻ ngồi thẳng đầu nghiêng sang bên dẫn lưu.

4. Chăm sóc hốc mũi:

- Dùng banh mũi kiểm tra lại hốc mũi, hút sạch dịch, nước, nhầy, mủ.
- Đặt một củ ấu nhỏ cửa lỗ mũi trước (sau 15 - 30 phút thì bỏ).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào hồ sơ:
 - + Tình trạng người bệnh.
 - + Tình trạng ống dẫn lưu xoang.
 - + Tình trạng dịch hoặc mủ trong xoang qua hút hoặc rửa xoang.
 - + Tình trạng dinh dưỡng và hô hấp.

- + Các điểm cần lưu ý.
- Báo cáo bác sĩ hiện tượng bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho trẻ và gia đình hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc hút dịch ở mũi xoang vì trẻ có thể khó chịu trong lúc hút dịch.
- Giải thích cho gia đình vệ sinh mũi bằng cách nhỏ thuốc sát trùng mũi hàng ngày và hướng dẫn cách nhỏ mũi.
- Vừa chăm sóc vừa nói chuyện với trẻ, giải thích từng động tác phải làm để trẻ phối hợp và yên tâm trong quá trình chăm sóc.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ ÁP XE CẠNH CỔ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo duy trì việc nuôi dưỡng người bệnh.
- Đảm bảo, dẫn lưu tốt ổ áp xe, tránh sự lan rộng của mủ, tạo điều kiện cho quá trình lành vết mổ.
- Đảm bảo đường thở (trường hợp phải mở khí quản).

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: phòng thay băng.

Đối với những người bệnh quá nặng có thể thay băng tại giường.

2. Dụng cụ:

- Ống thông Nelaton (ống thông thực quản cao su hoặc nhựa, cỡ số tùy theo tuổi người bệnh).
- Khay thay băng gồm có:
 - + Bông, băng, gạc.
 - + Oxy già 12 thể tích.
 - + Betadin dùng ngoài da (lọ màu vàng), hoặc cồn iod 1-2%, cồn 70^o, nước dakin...
 - + Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
 - + Bột kháng sinh (clorocid...).
 - + Dụng cụ thay băng: panh, kéo, bay.
 - + Máy hút + ống hút vô khuẩn.
 - + Đèn chiếu sáng.
 - + Đối với người bệnh có mở khí quản, phải chuẩn bị thêm dụng cụ chăm sóc canun (xem bài Chăm sóc người bệnh sau mở khí quản).

3. Người bệnh:

- Nếu nhẹ: có thể ngồi trên ghế có tựa đầu.
- Nếu nặng: nằm đầu thấp, mặt quay về đối diện với bên mổ.

4. Nhân viên:

Bác sĩ, y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, mũ, đeo găng vô khuẩn, khẩu trang.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt ống thông dạ dày: bước này có thể đã được tiến hành từ trong phòng mổ (xem bài đặt ống thông cho ăn).
- Thay băng vết mổ cạnh cổ:
 - + Sát trùng vùng quanh vết mổ bằng cồn iod 1% hoặc betadin.
 - + Lau, hút sạch mủ trong hốc mổ.
 - + Dùng nước oxy già 12 thể tích lau rửa sạch hốc mổ, chú ý các góc ngách của ổ áp xe.
 - + Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch betadin (nếu có) pha loãng với nước muối sinh lí.
 - + Lau khô vết mổ bằng gạc vô khuẩn.
 - + Rắc bột kháng sinh vào vết mổ theo y lệnh.
 - + Đặt mèche (nếu có mèche vàng - mèche iodoforme thì rất tốt) hoặc mảnh dẫn lưu.
 - + Băng vô khuẩn.
- Trường hợp nặng hoặc do vi khuẩn yếm khí thì thay băng 2 lần một ngày hoặc rửa liên tục bằng dd sát trùng (nước dakin, betadin...).
- Chăm sóc canun mở khí quản (nếu có)
- Cho ăn qua ống thông dạ dày.
- Theo dõi tình trạng người bệnh và vết mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết mổ, mức độ nhiễm trùng, lượng mủ... ghi vào hồ sơ.
- Báo cáo bác sĩ những diễn biến bất thường (nếu có).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trường hợp nặng, nhiều mủ: người bệnh phải nằm đầu thấp.
- Ăn qua ống thông dạ dày, chú ý cách chế biến thức ăn để tránh bị tắc ống thông.
- Những điều cần tránh:
 - + Không tự rút ống thông dạ dày.
 - + Không ăn hoặc nuốt nước miếng qua đường miệng.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CÓ BIẾN CHỨNG NỘI SỌ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc theo dõi toàn diện đối với người bệnh.
- Kiểm soát ống dẫn lưu đặt từ não.
- Thực hiện thay băng đúng kỹ thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: người bệnh nằm tại giường cấp cứu hoặc trên bàn mổ.

2. Dụng cụ:

- Thuốc sát trùng dùng dung dịch betadin.
- Máy hút.
- Nước oxy già 12 đơn vị thể tích.
- Dụng cụ thay băng:
 - + Đèn Clar 1 cái.
 - + Cặp khuỷu 2 cái.
 - + Bay thăm dò 1 cái.
 - + Đầu ống hút và ống thông hút vô khuẩn.
 - + Ống dẫn lưu có cát cửa sổ, có khâu dây đen để chỉ điểm.
 - + Bấc và băng vô trùng, băng tam giác, khăn trải bàn và hồ mớ, khi thay băng.

3. Người bệnh:

- Thông báo và giải thích để người bệnh yên tâm và hợp tác.
- Nằm trên giường, phần tai mổ để lên trên.

4. Nhân viên:

Bác sĩ CK, y tá - điều dưỡng: mũ, áo, khẩu trang và găng tay vô trùng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Y tá - điều dưỡng:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch (đếm cả phút), HA, nhịp thở, nhiệt độ.
- Theo dõi phân, nước tiểu của người bệnh hàng ngày.
- Phối hợp với bác sĩ thay băng hàng ngày cho người bệnh, giữ đầu người bệnh khi thay băng.

2. Bác sĩ thay băng trực tiếp:

a. Tháo băng cũ ngoài, rút bấc chèn vết mổ:

- Quan sát vết mổ và vị trí ống dẫn lưu.

- Hút sạch mủ và chất tiết ở vết mổ.
- Lau và sát trùng lại vết mổ bằng dung dịch betadin.
- b. Rút ống dẫn lưu từ não ra:*
 - Hút sạch mủ trào ra từ ổ dẫn lưu.
 - Dùng bay nhẹ nhàng thăm dò tổ chức não ở phía sâu, nếu có mủ trào ra phải hút tiếp cho đến hết.
- c. Đặt hai ống dẫn lưu vô trùng vào ổ áp xe:*
 - Dùng cặp khuỷu cặp dọc theo chiều dài ống dẫn lưu mới.
 - Nhẹ nhàng đặt ống vào đường dẫn lưu cũ.
 - Đặt ống thứ 2 đi song song với ống dẫn lưu đầu.
 - Sát trùng lại vết mổ bằng betadin.
- d. Đặt bắc chèn*
Đặt bắc chèn xung quanh ống dẫn lưu, cho đến khi đầy vết mổ xương chũm.
- e. Băng vết mổ*
 - Đặt 3 miếng gạc bông vô trùng lên trên vết mổ vừa thay băng.
 - Dùng băng treo hình tam giác băng ngoài.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi mạch, nhịp thở, HA, nhiệt độ 3 giờ/1 lần trong những ngày đầu, những ngày sau ngày 2 lần, báo cáo với bác sĩ điều trị hàng ngày.
- Bác sĩ và y tá - điều dưỡng ghi chép những việc đã làm một cách tỉ mỉ vào hồ sơ, nhận xét, đánh giá thay băng.
- Báo cáo bác sĩ những bất thường khi thay băng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Giải thích rõ cho gia đình người bệnh, đây là bệnh nặng, cần được chăm sóc chu đáo về ăn, uống cho người bệnh và thực hiện chế độ điều trị.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Hút hết dịch ở mồm, ở họng.
- Bảo đảm vô khuẩn, tránh biến chứng như viêm thanh quản, viêm phổi.
- Phát hiện sớm, tránh tái phát.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh hoặc phòng băng.

2. Dụng cụ:

- Đèn Clar.
- Máy hút áp lực ở mức 80 - 100 cm H₂O.
- Ống hút vô khuẩn nhiều cỡ.
- Đèn lưới cong.
- Gạc.
- Kẹp.
- Mở miệng.

3. Người bệnh:

- Nhân viên y tế bế bệnh nhi.
- Giải thích kỹ cho gia đình người bệnh.

4. Nhân viên:

Y tá- điều dưỡng: rửa tay vô khuẩn, có găng vô trùng, khẩu trang, mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng đèn lưới ấn lưỡi người bệnh xuống, dùng mở miệng (nếu cần), có người giữ đầu.

Chú ý: không nên đèn lưới sâu quá, trong khi đèn lưới dùng đèn Clar dọi vào thành sau họng.

- Hút hết dịch ở mồm và họng, chú ý hút ở đường chích áp xe sau họng với áp lực 60 - 100 mmHg, mỗi lần hút không quá 20 giây.
+ Hút phải nhẹ nhàng thận trọng tránh tổn thương phần lành xung quanh.
+ Có thể luồn ống hút vào đường chích rạch áp xe sau họng để hút.
- Chăm sóc tổn thương ở niêm mạc họng:
+ Trước hết phải hút hết mủ, quan sát niêm mạc.
+ Nếu có xước thì chấm betadin (chú ý không dùng cồn hoặc cồn iod chấm vào niêm mạc).
- Kiểm tra đường chích rạch áp xe: nếu thành sau họng còn phồng mà mủ không chảy ra theo đường chích rạch phải báo ngay cho bác sĩ điều trị biết để xử trí.
- Từ ngày thứ 4:
+ Theo dõi: nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tiếng khóc.
+ Theo dõi: lúc bú, ăn, nuốt.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo bác sĩ có những hiện tượng bất thường của bệnh nhi như: khó nuốt, khó thở, thay đổi tiếng khóc, tình trạng nhiễm trùng.
- Ghi vào hồ sơ:
+ Tình trạng chung của người bệnh.
+ Tình trạng đường chích rạch ở ổ áp xe.
+ Tình trạng mủ còn hay hết ở đường rạch.
+ Tình trạng dinh dưỡng, tiêu hoá của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho gia đình hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc.
- Hướng dẫn cho gia đình những dấu hiệu bất thường để kịp phản ánh cho bác sĩ.
- Hướng dẫn gia đình chế độ ăn uống cho bệnh nhi.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU MŨI**I. MỤC ĐÍCH**

- Theo dõi người bệnh có chảy máu lại không.
- Xử trí làm vệ sinh hốc mũi sau rút bắc.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng thay băng hoặc trên giường bệnh.

2. Dụng cụ:

- Thuốc tê tại chỗ xylocain 3 - 6%, nước rửa sạch.
- Máy hút.

** Dụng cụ thay băng:*

- Đèn Clar
- Soi mũi
- Cặp khuỷu và một pince cocher dài 20cm
- Tăm bông
- Ống hút dài vô khuẩn.
- Một cuộn bắc để nhét bắc mũi trước và mũi sau.
- Ống thông nelaton.

3. Người bệnh: nằm ngửa trên giường hoặc bàn mổ.

4. Nhân viên:

Bác sĩ CK, y tá - điều dưỡng: có mũ, áo choàng, khẩu trang và găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người phụ đứng giữ đầu người bệnh, y tá- điều dưỡng theo dõi mạch, HA, nhiệt độ của người bệnh.
- Rút bắc mũi sau (nếu có) nếu đã để đủ 24 - 48 giờ.
- Rút bắc mũi trước.
- Thấy thuốc rút từ từ bắc mũi trước, cho đến khi có máu thấm đỏ, ngừng lại chờ đợi 4-5 phút rút tiếp. Nếu thấy không chảy máu rút hết. Nếu chảy máu phải dừng lại ngày hôm sau rút tiếp.

- Sau khi rút hết kiểm tra hốc mũi không chảy máu, kiểm tra họng không chảy máu là được.
- Thuốc nhỏ: dung dịch NaCl 9‰ để rửa argyrol 1 - 3% để sát trùng, dùng thuốc co mạch hàng ngày.

Lưu ý: không được dùng thuốc co mạch khi người bệnh chảy máu mũi do cao huyết áp.

- Theo dõi có chảy máu lại không? Nếu chảy máu phải đặt lại bấc.
- Ngày thứ 3 trở đi bôi thuốc mỡ vào mũi để vẩy mềm và tự bong ra.
- Nếu dính cuộn vào vách ngăn phải tách dính hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi tỉ mỉ những nhận định khi làm vào hồ sơ và báo cáo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Theo dõi chế độ ăn hàng ngày của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không xì mạnh sợ chảy máu lại.
- Máu chảy xuống họng không được nuốt mà nhổ ra bỏ để bác sĩ kiểm tra.
- Nằm nghỉ tại giường 1 giờ sau khi rút bấc.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NẠO SÀNG - HÀM

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời chảy máu sau phẫu thuật.
- Chăm sóc tốt, phòng tránh chảy máu sau phẫu thuật.
- Phòng tránh viêm, bội nhiễm vết mổ và đường hô hấp.
- Thực hiện rút bấc và rửa xoang đúng quy trình.
- Đảm bảo rút bấc, dẫn lưu tốt vết mổ.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ, phương tiện:

Khăn ni lông, khay quả đậu.

2. Dụng cụ rút bấc:

- Đèn Clar
- Khay
- Hai săng có lỗ vô khuẩn.
- Hai kẹp khuỷu, 1 kẹp Kocher, 1 kéo con, 1 dè lưỡi, 1 banh mũi.
- Hai chén con, 2 cuộn bấc nhỏ, gạc, bông.
- Oxy già 6 đv thể tích, xylocain 3%, naptazolin 1‰.

3. Dụng cụ rửa xoang:

- Đèn Clar, máy hút, ống hút.
- Hai kẹp khuỷu, 1 banh mũi, 1 ống thông Itard,
- Một bơm tiêm 50ml, 1 bơm tiêm 5ml.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vô khuẩn.
- Một khay quả đậu, 1 khăn quàng ni lông.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Hai ngày đầu:**

* Ngày thứ hai sau mổ: người bệnh nằm nghiêng đầu có gối cao.

- Nếu có phản xạ nôn nhiều khi mới tỉnh: phải có khay quả đậu, khăn ướt.
- Nếu có máu chảy, rỉ ra khỏi mũi; khạc, nhổ ra máu để nằm yên xem lại bác nhét mũi xoang, nếu chảy nhiều báo bác sĩ.
- Nếu nôn ra dịch và thức ăn lẫn máu đen: theo dõi đi ngoài phân đen, kiểm tra có đau họng, co cứng hay chướng họng?
- Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ ngày 2 lần, thực hiện y lệnh.
- Tránh chảy máu, mất máu (như trong chăm sóc sau phẫu thuật nội soi xoang).
- Theo dõi, phát hiện sớm chảy máu: ra mũi trước, xuống họng.

2. Các ngày sau:

- Nếu nhức đầu, sốt, nôn: theo dõi viêm màng não.
- Nếu chảy mũi hôi, ngạt tắc nhiều: theo dõi bội nhiễm, sốt bác.
- Nếu có nhìn đôi, quáng, chấm đen, nhìn mờ: báo bác sĩ theo dõi tai biến mắt.
- Thực hiện chăm sóc như trong chăm sóc sau phẫu thuật nội soi xoang.

3. Rút bác mũi, xoang:

- Trước khi rút 30 phút tiêm 1 ống adrenoxyl theo y lệnh.
- Rút bác xoang (theo đường mổ Cadwell - Lue):
 - + Dùng 1 panh Farabauf kéo nhẹ môi lợi bên mổ.
 - + Đặt 1 gạc nhỏ thấm oxy già trên vết mổ 1 phút.
 - + Bỏ gạc, tìm đầu bác dùng kẹp kéo nhẹ ra khỏi xoang mỗi lần 1 đoạn 3 - 5 cm, dùng kéo cắt bỏ đoạn bác kéo ra.
 - + Thực hiện tiếp cho đến khi rút hết bác trong xoang.
 - + Nếu thấy rỉ máu nên dừng lại một vài phút, có thể đặt gạc oxy già.
 - + Khi đã rút hết, lau sạch vết mổ ở lợi môi. Đợi sau 5 phút kiểm tra lại xem có chảy máu không? Nếu chảy máu nhiều sau khi đã đợi vài phút có thể để lại, rút tiếp sau, lưu ý đầu bác để ngoài vết mổ.
- Rút bác mũi: cũng thực hiện như rút bác xoang.

4. Rửa xoang:

- Sau khi đã rút bác mũi xong từ 3 - 5 ngày, không chảy máu.
- Người bệnh ngồi, quấn khăn ni lông trước ngực, cầm khay quả đậu hứng dưới cằm.
- Đặt mảnh bông hay que bông thấm xylocain 3% ở cuốn dưới, khe dưới 1 phút.
- Hút sạch dịch ổ mũi: lưu ý sần, khe dưới.

- Đeo đèn Clar, banh mũi để xác định vị trí.
- Đưa ống thông Itard vào khe dưới, tìm lỗ thông mũi, xoang.
- Khi đưa lọt qua lỗ thông mũi, xoang:
 - + Lắp ống nối với bơm tiêm 50ml.
 - + Bơm nhẹ rửa xoang: khi bơm bảo người bệnh cúi đầu, há mồm để khỏi bị sặc.
 - + Khi thấy nước rửa đã sạch, sau 3 - 4 lần bơm rửa, bơm khí đẩy hết nước còn lại trong xoang.
- Rút ống thông Itard, đặt 1 bấc, gạc đủ dài vào khe dưới, lưu ý không để lọt vào lỗ thông xoang.

5. Theo dõi rút bấc:

Nếu sau rửa xoang vài lần vẫn thấy sung, đau bên vết mổ chảy mủ, dịch hôi, ngạt tắc mũi, vết mổ không liền phải báo cáo bác sĩ kiểm tra lại vết mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi vào hồ sơ hàng ngày trong 3 ngày đầu:

- Tình trạng chảy máu nếu có.
- Nhiệt độ, mạch.
- Tình trạng đau đầu, nhìn.

2. Ngày giờ bỏ bấc

3. Sau khi đã bỏ bấc:

- Tình trạng thông thoáng của mũi.
- Tình trạng dịch, mủ, máu xuất tiết/ chảy ra (nếu có).
- Thực hiện hút mủ, rửa xoang, khí dung.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thực hiện tốt chế độ săn sóc tại giường, hạn chế cử động mạnh, đi lại khỏi phòng.
- Phát hiện chảy máu.
- Không gây chảy máu: tự rút bấc, thấm bông, giấy, khăn.
- Không gây bội nhiễm: tự nhét giấy, bông, vải vào hốc mũi.

** Khi đã rút bấc, không chảy máu:*

- Tránh bội nhiễm tại chỗ (mũi), tránh tiếp xúc với nhiều người (vào thăm).
- Đảm bảo thông thoáng mũi: nhỏ mũi thường xuyên, làm thuốc, khí dung hàng ngày.
- Hướng dẫn tự rửa mũi - xoang.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGHE

Phẫu thuật phục hồi chức năng nghe gồm có: mở chỉnh hình tai giữa và mở xương bàn đạp.

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ.
- Chăm sóc sau mổ.
- Theo dõi phát hiện những tai biến của người bệnh sau mổ.
- Bảo đảm vô khuẩn sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

1. Trước mổ:

- Cho người bệnh gội đầu, tắm trước ngày mổ.
- Cắt tóc bên tai mổ: cắt cao lên trên và ra sau cách rãnh sau tai 3 cm cho người bệnh mổ chỉnh hình tai giữa.
- Làm vệ sinh ống tai, viêm tai, xung quanh tai nơi tóc đã cạo, băng vô trùng sau khi làm sạch.
- Nên để người bệnh đeo một dây có các chỉ dẫn, ghi bên sẽ được mổ để khi vào phòng mổ tránh nhầm lẫn.

2. Sau mổ:

- Chuẩn bị bông băng gạc vô trùng để thay băng trong phòng thay băng.
- Chuẩn bị dụng cụ hấp vô khuẩn để bác sĩ thay băng, gồm có: cặp khuỷu, kéo cắt chỉ, que tăm bông nhỏ, khay để dụng cụ, máy ảnh ống hình nhỏ.
- Thuốc: mỡ kháng sinh, dung dịch oxy già, dung dịch kháng sinh pha loãng, betadin (theo y lệnh).
- Ghế khám.
- Khăn vô trùng phủ qua vai bên tai đã được mổ của người bệnh.

3. Người bệnh:

Ngồi trên ghế khám.

4. Nhân viên:

- Y tá - điều dưỡng, bác sĩ: mặc trang phục làm việc, đội mũ, đeo khẩu trang vô trùng.
- Tay người thay băng được rửa sạch, sát khuẩn bằng cồn 90⁰ và mang găng vô khuẩn trước khi thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Trong 7 ngày đầu, thay băng ngoài đơn thuần phẫu thuật. Thay băng chăm sóc từ ngày thứ 8 trở đi.

1. Thay băng ngoài:

- Y tá - điều dưỡng viên: chuẩn bị đủ khay, dụng cụ, bông băng, thuốc. Dùng kéo cắt băng, gỡ băng bỏ vào thùng rác.
- Sát trùng xung quanh vết mổ bằng betadin.
- Cho mỡ kháng sinh vào đường khâu.
- Đặt gạc mới phủ lên đường mổ sau tai (hoặc trước tai) và băng. Băng cuộn trong 2 ngày đầu và dùng băng chuyên dụng cho các ngày sau.
- Nếu có diễn biến xấu như nhiễm trùng vết mổ phải báo ngay cho bác sĩ biết để xử trí kịp thời..

2. Thay băng bên trong tai:

Mời các bác sĩ thay băng bên trong ống tai.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Thông thường đường mổ có rớm máu nhẹ trong ngày đầu, khô vào ngày thứ hai sau mổ.
- Nếu thấy khác thường: vết mổ chảy máu, phù nề, viêm nhiễm báo cho bác sĩ biết.
- Hỏi người bệnh để theo dõi các dấu hiệu như chóng mặt, buồn nôn, hay nhức đầu, nghe kém. Nếu có báo cho bác sĩ để cùng xem xét, đề phòng các tai biến của kỹ thuật gây viêm nhiễm hoặc có biểu hiện có viêm nhiễm ngẫu nhiên phối hợp cùng lúc với phẫu thuật.
- Ghi chép tình trạng thay băng và diễn biến sau mổ vào phiếu điều dưỡng.
- Báo cáo cho bác sĩ những diễn biến bất thường đã nêu trên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trước mổ hướng dẫn cho người bệnh sự cần thiết phải làm vệ sinh toàn thân, gội đầu.
- Hướng dẫn chế độ ăn mềm trong 7 - 10 ngày đầu tiên sau mổ.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CẮT AMIĐAN**I. MỤC ĐÍCH**

- Theo dõi phát hiện chảy máu.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau.
- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân.

II. CHUẨN BỊ

- 1. Nơi thực hiện:** tại giường bệnh hoặc phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

- Các dụng cụ để chăm sóc theo dõi người bệnh:
 - + Khay quả đậu.
 - + Nhiệt độ, huyết áp, đồng hồ đếm mạch.
 - + Nước đá đập thành viên nhỏ.
 - + Khăn vải, túi chườm lạnh.
 - Các dụng cụ cấp cứu:
 - + Bộ cầm máu amidan.
 - + Thuốc (cầm máu, giảm đau, dịch truyền).
- * *Chú ý:* không dùng thuốc giảm đau aspirin hoặc cùng họ của nó vì gây chảy máu.

a) Người bệnh**Trước khi mổ:**

- + Giải thích về thủ thuật, để người bệnh yên tâm, tránh stress bất lợi.
- + Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân, răng miệng.
- + An thần, nghỉ ngơi yên tĩnh tối hôm trước khi cắt amidan.

b) Nhân viên y tế:

Y tá - điều dưỡng: mang trang phục y tế gọn gàng, thái độ ân cần niềm nở

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1.Theo dõi, phát hiện, xử trí khi người bệnh bị chảy máu và tránh gây chảy máu cho người bệnh:***** Tư thế người bệnh:**

- Để người bệnh nằm nghiêng sang một bên trên giường bệnh, tư thế thoải mái.
- Đầu người bệnh được gối thoải mái, không gối cao, dùng một khay quả đậu hứng sát miệng, hướng dẫn người bệnh hé miệng cho dịch trong miệng tự do chảy vào khay quả đậu, dặn người bệnh không được nuốt trong thời gian 3 giờ đầu sau cắt amidan.

*** Theo dõi:**

- Theo dõi dịch trong khay quả đậu.
- Nếu chỉ có nước dãi trong là tại vết mổ không chảy máu.
- Nếu trong khay quả đậu có máu tươi lẫn nước dãi: chảy máu sau cắt A (chảy máu với những rỉ máu do mao mạch).

*** Xử trí máu chảy:**

- Lấy nước đá cho người bệnh ngậm, bảo người bệnh nhẹ nhàng dầm nước đá tan và chất xuất tiết ra khay.
- Đồng thời dùng túi chườm lạnh chườm vào vùng cạnh cổ sát góc hàm trong thời gian 5 - 10 phút không cầm máu báo cáo bác sĩ để tiêm thuốc cầm máu.
- Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, quan sát tình trạng người bệnh (da, niêm mạc) 1 giờ 1 lần trong 3 giờ đầu, sau đó 3 giờ 1 lần trong 24 giờ.

*** Chú ý đối với trẻ em:**

- Nếu mạch nhanh nhỏ, thờ ơ với ngoại cảnh, biểu hiện của mất máu cấp, báo cáo bác sĩ ngay để xử trí. Đặt đường truyền tĩnh mạch bù lại khối lượng tuần hoàn (theo y lệnh). Nguyên nhân do trẻ nuốt máu vào dạ dày không đùn ra được, trẻ có thể chướng bụng và nôn ra máu màu nâu hoặc màu đỏ tươi, cần theo dõi sát để phát hiện sớm, tránh để xảy ra tình trạng này.

2. Chống nhiễm khuẩn, giảm đau:

- Thực hiện kháng sinh dự phòng, nếu không có điều kiện nên thực hiện y lệnh kháng sinh trước 2 giờ sau cắt amidan.
- Hướng dẫn người bệnh dùng nước muối 5% để súc miệng sau mỗi lần ăn: chuẩn bị nước muối 5% vừa đủ cho 2 - 3 lần tráng miệng, cho người bệnh ngậm một lượng nước muối vừa đủ bảo người bệnh từ từ ngửa cổ để nước muối xuống được vùng hốc amidan rồi làm động tác ngược lại là há miệng cho nước chảy ra khay quả đậu (tránh súc mạnh gây chảy máu). Người bệnh làm như thế từ 2 - 3 lần sau mỗi lần ăn.
- Sau khi cắt amidan (đã thoát mê) người bệnh sẽ thấy đau, đau có thể kéo dài từ 1 đến 2 tuần đầu nhưng giảm dần và hết hẳn. Nếu người bệnh đau quá có thể chườm lạnh cạnh cổ, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau (paracetamol uống với người lớn, viên đặt nifuzin (hậu môn với trẻ em).
- Trường hợp đau tăng lên và sốt phải đến bệnh viện khám lại.

3. Chế độ dinh dưỡng:

- Sau cắt amidan 3 giờ không chảy máu, y tá - điều dưỡng hướng dẫn người nhà cách pha sữa hoặc nước cháo có đường cho người bệnh uống.
- Sữa đặc có đường pha thành sữa bò tươi: 250 ml sữa đặc + 750 ml nước = 1000ml sữa bò tươi.
- Sữa bột: 125g sữa + 55g đường + 1000ml nước = 1000ml sữa tươi.
- Phương pháp cho người bệnh uống sữa (nước cháo đường):
 - + Cho uống sữa lạnh trong 3 ngày đầu: lấy khoảng 150 - 200ml sữa pha trên vào cốc.
 - + Đỡ người bệnh ngồi dậy cho uống từ từ, liên tục từ 2 - 3 hơi dài hết lượng sữa, tránh uống từng ngụm ngắt quãng sẽ gây đau (vì mỗi lần nuốt các cơ vùng họng sẽ co kéo gây cho người bệnh đau).
 - + Từ hai giờ rưỡi đến 3 giờ cho người bệnh uống một lần.

*** Chú ý:**

- Không cho người bệnh ăn chua (nước chanh, cam) vì dung dịch ối toan làm tan nút máu đông gây chảy máu.
- Không cho người bệnh ăn uống các chất kích thích như: bia rượu, cà phê, thuốc lá, sâm và các thức ăn nóng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Số lượng sữa người bệnh đã uống trong 24 giờ.
- Ghi đầy đủ các diễn biến của người bệnh và thực hiện y lệnh
- Nếu có dấu hiệu bất thường (chảy máu) báo bác sĩ kịp thời để xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh phòng tránh chảy máu: không ăn các đồ cứng, không khạc nhổ trong 10 ngày đầu, khi đánh răng nên chải nhẹ nhàng tránh gây tổn thương vết mổ. Ngày thứ 6 - 10 người bệnh có thể có cảm giác ngứa họng, ho và muốn khạc nhổ vì giả mạc (vẩy) trong vết mổ bắt đầu bong, nếu bong quá nhanh và mạnh sẽ gây chảy máu.
- Trường hợp chảy máu do bong giả mạc phải xử trí: để người bệnh nằm nghỉ trên giường, tránh gây sợ hãi, cho người bệnh ngậm nước đá 5 - 10 phút, nếu không cầm chảy máu phải đưa người bệnh đến bệnh viện.

*** Hướng dẫn người bệnh phòng chống nhiễm khuẩn:**

- Chế độ vệ sinh cá nhân: không kiêng tắm rửa, 3 ngày đầu lau rửa, các ngày sau tắm bằng nước ấm 37 - 40°C, tắm nhanh lau khô người, thay quần áo.
- Vệ sinh răng miệng: sau các bữa ăn phải súc miệng bằng nước muối 5%, đánh răng hàng ngày.
- Nếu xuất hiện một trong các triệu chứng: đau, sưng các hạch vùng cổ, sốt cao; ở trẻ em sốt và đau tai phải đến bệnh viện khám ngay.
- Hướng dẫn về dinh dưỡng: phải đảm bảo về dinh dưỡng, không kiêng khem thiếu cơ sở khoa học. Sau 3 ngày đầu ăn chất mềm như cháo, xúp nghiền nhuyễn đủ chất, ngày thứ 7 - 8 ăn cơm mềm (hơi nát) sang ngày thứ 10 ăn bình thường.

*** Chú ý:** không ăn các chất kích thích và nóng.

Hướng dẫn về phát âm: cắt amidan không gây ảnh hưởng cho cơ quan phát âm cho nên sau cắt A 24 giờ động viên người bệnh nói sớm (tránh gào thét hoặc khóc ở trẻ em gây chảy máu).

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE SỤN VÀNH TAI**I. MỤC ĐÍCH**

- Dẫn lưu ổ áp xe.
- Phòng chống hoại tử sụn vành tai.
- Đảm bảo vệ sinh, chống nhiễm khuẩn.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

*** Các dụng cụ thay băng:**

- Kẹp khuỷu 2 cái (1 có máu, 1 không máu).
- Kéo Sin nhỏ, bơm tiêm 10ml, 1 cốc kền, mèche, gạc, bông vô trùng, băng cuộn.

- Tăm bông.
- Khay quả đậu.
- Khăn vuông nhỏ.

** Thuốc phục vụ thay băng:*

- Cồn iod 1%,
- Dung dịch betadin,
- Oxy già 12 dv thể tích,
- Bột clorocid, tinh thể boric,
- Dung dịch đẳng trương 9‰,
- Dầu paraffin.

3. Người bệnh: (trước khi nạo vết)

- Làm các xét nghiệm cấp (xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm HIV, kháng sinh đồ).
- Cắt tóc cao bên tai bệnh, cạo sạch, sát trùng và băng vô khuẩn.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân (tắm rửa, gội đầu).
- Giải thích về tính chất bệnh, động viên để người bệnh yên tâm điều trị.

4. Nhân viên y tế:

- Y tá - điều dưỡng: mang mũ, mặc áo choàng, khẩu trang, găng tay vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi hậu phẫu:

- Sau khi phẫu thuật người bệnh nằm trên giường bệnh, nơi yên tĩnh.
- Theo dõi toàn thân: mạch, huyết áp, nhịp thở 1 giờ 1 lần trong 3 giờ đầu, sau đó 2 lần/ngày.
- Theo dõi vết mổ: phát hiện máu thấm băng và kiểm tra nếu do băng lỏng phải băng ép lại.

Chú ý: bệnh nhân đau đầu, khó chịu do băng quá chặt, nới bớt băng).

- Theo dõi tiến triển của vết mổ, tùy thuộc vào tính chất vết mổ để thay băng: bán, xuất tiết nhiều thay băng ngày 1 lần; vết thương sạch, khô 2 ngày 1 lần.

2. Tiến hành thay băng:

- Y tá - điều dưỡng rửa tay, đi găng, người phụ cắt băng cho người bệnh, trải khăn vuông che lên vai và cổ người bệnh, vệ sinh vành tai bằng cồn iod 1% thấm khô.
- Dùng kẹp khuỷu rút hết mèche, lấy tăm bông thấm oxy già lách rửa sạch các góc ngách của ổ áp xe rồi thấm khô, sát trùng lại bằng betadin.
- Nhét mèche được thấm kháng sinh và dầu paraffin, chú ý dặt mèche sát đáy theo nguyên tắc chặt phía trong và lỏng dần phía ngoài, dùng gạc miếng phủ lên vết mổ.
- Đệm gạc bông trước sau vành tai rồi băng ép lại.
- Dụng cụ thay băng xong cho bệnh nhân phải được ngâm rửa riêng, không ngâm chung với dụng cụ thay băng của các người bệnh khác. Khử khuẩn dụng cụ đúng quy trình đảm bảo vô khuẩn.
- Nếu vết mổ sạch mủ, tổ chức hạt mọc thì không rửa vết thương bằng oxy già mà rửa bằng dung dịch đẳng trương 9‰ ấm, thời không cần băng ép.

- Nếu tiến triển của vết mổ xấu đi: mủ nhiều, xuất hiện hoại tử sụn phải báo cáo bác sĩ để xử trí.

3. Thực hiện y lệnh thuốc:

Bệnh có tính chất viêm tự miễn, cộng nhiễm khuẩn chủ yếu vi khuẩn yếm khí (trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn kháng kháng sinh mạnh) người bệnh phải dùng thuốc kháng sinh, kháng histamin, corticoid và metronidazol kéo dài do đó phải theo dõi tác dụng phụ của thuốc như viêm, xuất huyết dạ dày, suy giảm chức năng gan. Nếu phát hiện các triệu chứng của các bệnh trên phải ngừng thuốc và báo cáo bác sĩ ngay để xử trí.

4. Dinh dưỡng:

- Giải thích để người bệnh tuân thủ phác đồ điều trị lí liệu pháp nhằm tăng cường dinh dưỡng tại chỗ.
- Dinh dưỡng toàn thân: ăn các chất giàu dinh dưỡng, vitamin như hoa quả, rau tươi, trứng, thịt, cá... tránh các chất kích thích, rượu, bia, thuốc lá v.v...

5. Vệ sinh:

Tăng cường vệ sinh cá nhân, răng miệng, phòng chống các bệnh ngoài da, niêm mạc, sinh dục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ diễn biến toàn trạng, vết mổ qua theo dõi thay băng hàng ngày và các biến chứng bất thường (tác dụng phụ của thuốc, hoại tử sụn vành).
- Thực hiện y lệnh và báo cáo với bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh: là một bệnh nhiễm trùng cơ hội sau các chấn thương hoặc côn trùng đốt vùng vành tai.
- Bệnh rất dễ lây lan qua các vật trung gian như chăn gối, khăn mặt, chậu rửa của người bệnh khi dùng chung. Vì vậy đồ dùng cá nhân phải dùng riêng; khăn mặt, chăn gối, quần áo khi thay phải được giặt bằng xà phòng và phơi khô (tốt nhất là hấp sấy).
- Do bệnh có tính chất suy giảm miễn dịch nên phải phòng chống các nhiễm trùng, tăng cường vệ sinh cá nhân, vệ sinh răng miệng.
- Phòng bệnh: khi vành tai bị chấn thương hoặc côn trùng đốt tuyệt đối không gãi hoặc nặn chích:
 - + Nếu ngứa do côn trùng đốt phải rửa bằng xà phòng, thấm khô, sát trùng bằng cồn iod 1% hoặc dung dịch betadin.
 - + Nếu sưng nóng, nổi nốt phỏng phải đến cơ sở y tế khám, không tự ý chích nặn.

Chương VIII

TÂM THẦN

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ Ý TƯỞNG, HÀNH VI TỰ SÁT

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời ý tưởng và hành vi tự sát.
- Biết diễn biến tâm lí nhất là nằm viện lâu ngày, vào viện nhiều lần, gia đình không đến thăm, bị quan chán nản về bệnh tật.
- Biết diễn biến bệnh lí như ảo thanh, bảo người bệnh phải chết, hoang tưởng bị tội lỗi, bị áp đặt, trạng thái trầm cảm.
- Phòng ngừa phản ứng tâm lí bất thường dẫn đến hành vi tự sát.
- Ngăn chặn hành vi xung động đột ngột.
- Phòng ngừa ý tưởng tự sát thành hành vi tự sát thực sự.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại khoa điều trị, hàng ngày theo dõi người bệnh. Tại phòng cấp cứu hoặc gần vị trí tự sát.
- Dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, bông băng, gạc, panh, kéo.
- Thuốc: vitamin B1 ống, vitamin C ống, heptamyl ống, dịch truyền, adrenalin và noradrenalin.
- Máy hỗ trợ thở oxy.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc người bệnh có ý tưởng tự sát:

- Thường xuyên gần gũi tiếp xúc với người bệnh.
- Làm tốt công tác tâm lí về giải thích, khuyên giải, động viên người bệnh yên tâm chữa bệnh, tin tưởng điều trị, tạo môi trường điều trị tốt, loại bỏ những ý nghĩ xấu như không muốn sống, muốn chết cho xong, hoặc những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
- Loại bỏ những vật dùng nguy hại đến tính mạng người bệnh (dao, kéo, dây, vật nhọn...)
- Thường xuyên theo dõi giám sát người bệnh nhất là khi giao trực, lúc giao thời và đêm khuya.
- Phải đi tua kiểm tra 15 phút/1 lần.
- Thông báo cho mọi nhân viên trong khoa về diễn biến của người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ để kịp thời xử trí.

2. Chăm sóc người bệnh có hành vi tự sát:

- Nhanh chóng loại trừ yếu tố gây tự sát: cắt nới dây thắt cổ, cắt nguồn điện, đưa lên bờ, cầm máu, gậy nôn...
- Thực hiện các quy trình cấp cứu, hô hấp nhân tạo, ép tim ngoài lồng ngực...
- Báo bác sĩ để xử trí thuốc như: adrenalin, noradrenalin, tiêm truyền...
- Sử dụng máy hỗ trợ hô hấp.
- Nếu ngoài khả năng chuyên môn, phải báo bác sĩ để chuyển theo tuyến chuyên khoa sau khi đã sơ cứu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Trạng thái tâm lý, tâm thần đặc biệt.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* Người bệnh:

- Uống thuốc đều theo đơn, tin tưởng bác sĩ điều trị.
- Không uống rượu, bia, nước chè đặc, các chất kích thích khác.

* Gia đình:

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Theo dõi sát và đề phòng hành vi tự sát.
- Quản lý thuốc chặt chẽ và bảo quản thuốc ở nơi khô ráo.
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hoà, tránh gây sang chấn tâm lý.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÍCH ĐỘNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm dịu hoặc chấm dứt cơn kích động tâm thần do người bệnh rối loạn hành vi, tác phong gây nguy hiểm cho bản thân, cho người xung quanh như đánh người, đập phá, đốt nhà... ảnh hưởng đến sự an toàn, trật tự của khoa.
- Hiểu được nguyên nhân kích động như:
 - + Kích động do phản ứng tâm lý.
 - + Kích động do diễn biến bệnh lý trong bệnh tâm thần phân liệt, loạn tâm thần hưng trầm cảm, trầm cảm kích động.
 - + Trạng thái hoang hôn trong động kinh tâm thần, các rối loạn tâm thần thực tổn não, nhiễm trùng, nhiễm độc, chậm phát triển tâm thần v.v..

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại khoa điều trị tâm thần cấp tính, có phòng riêng để cố định tạm thời người bệnh khi cần.
- Dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, bông, băng, cùn gạc, dây cố định to bản.
- Thuốc: an thần kinh thiết yếu aminazin, haloperidol, thuốc trợ tim mạch, thuốc chống dị ứng, các loại vitamin.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tìm hiểu nguyên nhân và hoàn cảnh phát sinh kích động: hỏi gia đình, người đi theo hoặc cơ quan.

- Dùng lời lẽ điềm đạm nói chuyện với người bệnh, giải thích, thuyết phục.
- Bình tĩnh lắng nghe ý kiến của người bệnh.

2. Trường hợp người bệnh kích động dữ dội: chống đối, đập phá phải cố định người bệnh thì cần 3-4 người, khống chế người bệnh đưa vào giường cố định.

- Không đi trước người bệnh, đi hai bên và sau người bệnh.
- Giữ người bệnh tại giường bằng cách cố định hai cổ tay và hai cổ chân. Nếu người bệnh chống đối mãnh liệt có thể cố định thêm hai bả vai người bệnh, thường xuyên kiểm tra theo dõi sát.

Chú ý: kiểm tra người bệnh, thu giữ đồ vật nguy hiểm (nếu có).

- Phòng cố định người bệnh không để dụng cụ đồ vật để đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- Không cố định người bệnh chặt quá làm tổn thương vùng cố định, cản trở lưu thông máu và chèn ép dây thần kinh; không lỏng quá tránh người bệnh tụt được tay ra ngoài.
- Không cố định người bệnh quá 24 giờ.

3. Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp: trước và sau tiêm từ 10-15 phút. Nếu có bất thường báo bác sĩ khám và làm xét nghiệm cần thiết để loại trừ bệnh thực thể.

4. Chế độ ăn uống:

- Trong trạng thái kích động người bệnh thường mệt mỏi suy kiệt, cần chú ý bồi dưỡng cơ thể bằng chế độ ăn uống đầy đủ calo, vitamin và nguyên tố vi lượng.
- Người bệnh chống đối không ăn, phải cho ăn bằng ống thông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Các diễn biến bất thường.
- Trạng thái tâm thần đặc biệt.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH*** Người bệnh:**

- Sau vài ngày tiêm, người bệnh đỡ kích động, có khả năng tiếp xúc, động viên người bệnh uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ, tin tưởng điều trị.
- Không uống rượu, bia, nước chè đặc và các chất kích thích.

*** Gia đình:**

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Tránh gây sang chấn tâm lý cho người bệnh vì dễ bị kích động lại.
- Khi người bệnh đã ổn định giải thích cho gia đình tạo mọi điều kiện giúp người bệnh hoà nhập trở lại gia đình và cộng đồng.
- Gia đình quản lý thuốc chặt chẽ, cho người bệnh uống thuốc đều theo đơn.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRÂM CẢM**I. MỤC ĐÍCH**

- Làm cho người bệnh hết buồn phiền, lo âu, căng thẳng nhanh chóng trở lại trạng thái khí sắc bình thường.
- Từng bước đưa người bệnh tham gia các hình thức hoạt động, hoà nhập với cộng đồng: lao động, sinh hoạt vui chơi giải trí.
- Đề phòng ý tưởng, hành vi tự sát.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát, màu sắc êm dịu, dễ quan sát.
- Thuốc cấp cứu và máy hỗ trợ thở oxy, máy sốc điện.
- Y tá - điều dưỡng: được trang bị kỹ năng tâm lý tiếp xúc, hiểu biết xã hội và phải tận tụy với người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Người bệnh trầm cảm nhẹ và vừa:**

- Y tá - điều dưỡng thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh.
- Điều dưỡng viên thực hiện tốt công tác tâm lý, giải thích, khuyên giải, động viên người bệnh yên tâm chữa bệnh, tin tưởng vào điều trị, tạo môi trường tâm lý xã hội lành mạnh.
- Tăng cường vui chơi giải trí cho người bệnh để loại bỏ những ý nghĩ xấu, không muốn sống, những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
- Y tá - điều dưỡng thường xuyên động viên người bệnh tham gia lao động liệu pháp và các hoạt động liệu pháp khác.
- Tìm hiểu tâm lý người bệnh, biết nguyên nhân trầm cảm.
- Sắp xếp người bệnh trầm cảm vào buồng bệnh cùng với người bệnh ổn định để theo dõi.

2. Người bệnh trầm cảm nặng có ý tưởng, hành vi tự sát:

- Y tá - điều dưỡng làm tốt như các phần việc trên.
- Loại bỏ vật dụng nguy hại đến tính mạng (dao kéo, dây, vật nhọn...)
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, vệ sinh thân thể người bệnh.
- Thường xuyên theo dõi giám sát người bệnh khi giao trực, lúc giao thời và đêm khuya, đặt biệt giai đoạn người bệnh tỉnh táo đủ sức khoẻ để thực hiện ý tưởng tự sát.
- Phải đi tua kiểm tra 15 phút/lần.
- Thông báo cho nhân viên trong toàn khoa về diễn biến của người bệnh để cùng phối hợp.
- Trường hợp người bệnh có loạn thần như ảo giác, hoang tưởng phải báo cáo bác sĩ để kịp thời xử trí.
- Nếu người bệnh phải dùng liệu pháp sốc điện, y tá- điều dưỡng phải chăm sóc theo mục làm sốc điện.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Thể trạng chung, cân nặng.
- Mức độ ăn uống của người bệnh.
- Trạng thái tâm lí, tâm thần đặc biệt.
- Các diễn biến bất thường đã xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH*** Người bệnh:**

- Uống thuốc đều theo đơn để phòng cơn tái phát.
- Tin tưởng bác sĩ điều trị.
- Không nước chè, rượu, cà phê và các chất kích thích.

*** Gia đình:**

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hoà, tránh gây sang chấn tâm lí.
- Quản lí thuốc chặt chẽ và bảo quản thuốc nơi khô ráo, để phòng người bệnh lấy thuốc để thực hiện hành vi tự sát.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CĂNG TRƯƠNG LỰC**I. MỤC ĐÍCH**

- Phân biệt hội chứng căng trương lực do nhiều bệnh lí gây nên.
Ví dụ: bệnh tâm thần phân liệt, phản ứng stress cấp (sững sờ tâm sinh), bệnh gây tổn thương thực thể não (nhiễm trùng, nhiễm độc, u não...)
- Đưa người bệnh ra khỏi trạng thái căng trương lực và phòng ngừa biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại khoa điều trị.
- Dụng cụ y tế trang bị đầy đủ của khoa điều trị người bệnh tâm thần.
- Thuốc: thuốc an thần kinh thiết yếu, thuốc giải ức chế, thuốc bình thần, dịch truyền, thuốc chống dị ứng dimedron, thuốc trợ tim mạch vitamin B1, vitamin C, máy sốc điện.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Làm công tác tâm lý gần gũi tiếp xúc với người bệnh.
- Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Loại bỏ vật dụng có thể gây nguy hại đến tính mạng người bệnh và người xung quanh.
- Điều trị thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

1. Người bệnh kích động căng trương lực:

Chăm sóc như người bệnh kích động. Khi người bệnh kích động dữ dội có hành vi tấn công phá hoại có thể tạm thời cố định người bệnh tại giường trong phòng riêng.

2. Sững sờ căng trương lực:

- Ngoài chăm sóc điều trị thuốc men, phải đảm bảo chế độ ăn đủ calo, vitamin và khoáng chất cho người bệnh, có thể cho ăn bằng ống thông, truyền dung dịch.
- Vệ sinh thân thể người bệnh.
- Thực hiện sốc điện theo chỉ định của bác sĩ.
- Chăm sóc người bệnh sốc điện nếu có.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Các diễn biến về trạng thái căng trương lực, tình trạng ăn uống của người bệnh.
- Diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH*** Người bệnh:**

- Sau khi đưa được người bệnh ra khỏi trạng thái căng trương lực phải thường xuyên gần gũi tiếp xúc động viên người bệnh, tin tưởng điều trị.
- Không uống rượu, bia, các chất kích thích.

*** Gia đình:** bảo quản thuốc nơi thông thoáng, khô ráo, quản lý thuốc chặt chẽ.

- Cho người bệnh uống thuốc đều theo đơn, không tự ý bỏ thuốc.
- Tạo thuận lợi cho người bệnh hoà nhập vào cuộc sống gia đình và xã hội.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN UỐNG VÀ TIÊM THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Biết được thuốc hướng thần đều có khả năng gây độc, gây nghiện, được xếp vào danh mục thuốc độc bảng A, bảng B.
- Đảm bảo thuốc vào cơ thể người bệnh đầy đủ và an toàn theo y lệnh.
- Phòng ngừa tai biến, theo dõi tác dụng phụ của thuốc, nếu có báo bác sĩ.

II. CHUẨN BỊ

Nơi thực hiện: tại phòng điều trị.

- Thuốc theo y lệnh.
- Giải thích cho người bệnh cần thiết phải dùng thuốc.
- Nước uống đun sôi để nguội.
- Chuẩn bị dụng cụ: tiêm đường nào thì chuẩn bị dụng cụ theo đường tiêm đó (bơm tiêm, kim tiêm, panh, côn 70⁰, hộp chống choáng).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Uống thuốc:

- Cho người bệnh uống thuốc cân 2 y tá- điều dưỡng.
- Đưa thuốc và nước cho từng người bệnh uống.
- Quan sát, kiểm tra chặt chẽ kẽ tay, dưới lưỡi xem người bệnh có giấu thuốc không. Vì người bệnh tâm thần thường không muốn uống thuốc do phủ định bệnh, có người bệnh lại tích thuốc để thực hiện hành vi tự sát.

2. Tiêm thuốc:

- Thường để người bệnh ngồi, nằm ngửa, hoặc nằm sấp.
- Cần có người phụ giúp đỡ, giữ người bệnh.
- Trường hợp kích động mạnh thì phải cố định người bệnh tại giường bằng dây vải to bản.
- Đo huyết áp, mạch trước và sau khi tiêm 10 đến 15 phút.
- Y tá điều dưỡng ở tư thế thoải mái, để tiêm, để phòng người bệnh chống đối, đánh lại làm gãy kim, vỡ bơm tiêm.
- Tiêm xong để người bệnh nằm 10-15 phút tại giường. Nếu tiêm đường tĩnh mạch thì nằm lâu hơn, để phòng tụt huyết áp.
- Quan sát nét mặt người bệnh để phòng tai biến xảy ra.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp trước và sau khi tiêm thuốc.
- Trạng thái tâm thần.
- Các diễn biến bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh uống thuốc đều hàng ngày theo đơn.
- Không uống rượu, nước chè, cà phê và các chất kích thích khác.
- Ăn ngủ đúng giờ, không thức khuya dậy sớm.
- Tham gia lao động giản đơn.
- Gia đình và cơ quan quản lí thuốc chặt chẽ, đề phòng người bệnh uống thuốc liều cao tự sát.
- Bảo quản thuốc, nơi khô ráo.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHỐNG ĐỐI KHÔNG ĂN

I. MỤC ĐÍCH

- Chống đối không ăn là một trình trạng cấp cứu trong tâm thần do nhiều nguyên nhân.
- Đưa đủ lượng calo, chất khoáng, vitamin cần thiết hàng ngày cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng điều trị thoáng mát, sạch sẽ.
- Thức ăn ẩm đã được pha sẵn như súp loãng, sữa...
- Huyết áp kế, ống nghe.
- Bơm tiêm 50ml - 100ml.
- Cốc nước sôi để nguội.
- Tấm vải nilông.
- Dầu nhờn paraffin.
- Kim mở miệng.
- Chậu nước.
- Ống thông
- Thuốc theo y lệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** Có nhiều phương pháp cho người bệnh ăn:*

- Làm công tác tâm lí, giải thích, thuyết phục để người bệnh tự ăn.
- Vừa giải thích vừa bón cho người bệnh ăn.
- Có người bệnh phải ép và bắt buộc hoặc để suất ăn ở cạnh người bệnh đứng xa quan sát một lúc thấy người bệnh tự ăn.

** Nếu những phương pháp trên không kết quả thì ta cho:*

- Người bệnh ăn bằng ống thông, tiến hành như kĩ thuật ăn bằng ống thông.
- Truyền dung dịch theo y lệnh của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi nhận xét vào phiếu chăm sóc: người bệnh ăn uống có hết suất không, người bệnh tự ăn hay phải ép buộc hoặc ăn qua ống thông, truyền dịch.
- Trạng thái tâm thần.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp và các diễn biến bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* *Hướng dẫn gia đình*: động viên an ủi người bệnh, cho người bệnh ăn uống điều độ, đảm bảo calo, chất khoáng, vitamin...

- Quản lý thuốc và cho người bệnh uống đều hàng ngày.

* *Người bệnh*: khuyên người bệnh không được uống rượu, nước chè đặc, cà phê và các chất kích thích.

- Uống thuốc đều đặn hàng ngày.
- Không thức khuya dậy sớm.
- Tích cực tham gia lao động.
- Ăn uống điều độ hàng ngày.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN CÓ Ý TƯỞNG BỎ VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện, ngăn chặn kịp thời ý tưởng hành vi bỏ viện của người bệnh.
- Biết những diễn biến tâm lý của người bệnh là những người bệnh không ý thức được bệnh của bản thân mình, những người bệnh nằm viện lâu ngày không có gia đình thăm hỏi.

II. CHUẨN BỊ

- Khi bệnh nhân vào viện phải ghi địa chỉ cụ thể của gia đình, cơ quan, số điện thoại (nếu có).
- Người bệnh phải mặc quần áo bệnh viện.
- Giám sát khi người bệnh đi chơi, đi lao động liệu pháp hay đi làm xét nghiệm...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Người bệnh có ý tưởng bỏ viện:**

- Thông báo cho nhân viên trong khoa biết để đề phòng.
- Giải thích hợp lý để người bệnh hiểu được bệnh mà yên tâm điều trị bệnh.
- Tạo điều kiện sinh hoạt giải trí trong khoa cho người bệnh.
- Những trường hợp kích động mới vào viện cần báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Giám sát chặt chẽ những người bệnh có ý tưởng bỏ viện.
- Trong giờ hành chính cũng như giờ trực, thường xuyên đi tua ít nhất 15 phút / lần.
- Tăng cường chú ý những giờ người bệnh hay bỏ viện như chập tối, khi uống thuốc, sáng dậy vệ sinh cá nhân và ăn sáng, đêm khuya.

Chú ý: những người bệnh tham gia lao động liệu pháp, các hoạt động vui chơi giải trí, thường lợi dụng cơ hội bỏ viện.

2. Người bệnh đã bỏ viện:

- Khi người bệnh đã bỏ viện cần báo ngay cho lãnh đạo bệnh viện hoặc trực cấp trên và tổ chức đi tìm.
- Khi đi tìm bệnh nhân ít nhất phải có 2 người để phòng hành vi chống đối nguy hiểm.
- Tìm theo hướng người bệnh đi về nhà và các ga tàu, bến xe. Những bệnh nhân chưa ổn định cần tìm tới nhà và báo tin cho gia đình biết người bệnh trốn viện để đưa đến viện điều trị tiếp.
- Báo tin cho công an nơi gần nhất nếu sau 24 giờ không tìm thấy, cần thông báo trên đài, vô tuyến.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào hồ sơ bệnh án, sổ giao ban giờ người bệnh bỏ viện, đường đi của người bệnh, tài sản mang theo.
- Đã đi tìm những đâu kết quả ra sao.
- Tình trạng người bệnh khi đưa về khoa. Nếu không thấy bệnh nhân phải báo cáo y tá trưởng, bác sĩ trưởng khoa và trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh phải yên tâm điều trị, giải thích cho người bệnh biết bệnh viện không phải là nơi giam giữ.
- Gia đình: thăm hỏi, động viên để người bệnh an tâm, không cho người bệnh giữ tiền khi đang nằm viện.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HOANG TƯỚNG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi diễn biến các loại hoang tưởng đã có.
- Phát hiện kịp thời các hoang tưởng mới xuất hiện.
- Phòng ngừa các hành vi nguy hiểm do hoang tưởng gây ra như: ý tưởng và hành vi tự sát, tấn công người xung quanh.
- Tạo môi trường tâm lý trong lành để người bệnh tin tưởng vào phương pháp điều trị của thầy thuốc.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại buồng bệnh và khoa phòng,
- Dụng cụ: dụng cụ tiêm truyền (panh, gạc, kéo, bơm tiêm), phương tiện cách li và cố định người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nắm bắt được một cách cụ thể các loại hoang tưởng ngay từ khi người bệnh mới vào viện.
- Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh, tạo sự tin tưởng để người bệnh sẵn sàng thổ lộ những ý nghĩ vô lí nảy sinh trong suy nghĩ của mình nhằm phát hiện các hoang tưởng mới phát sinh.
- Tổ chức các hoạt động văn nghệ, thể thao, vui chơi giải trí cho người bệnh để họ không bị chìm đắm vào các hoang tưởng, góp phần làm cho các hoang tưởng mờ nhạt dần.
- Theo dõi chặt chẽ hành vi của người bệnh, phát hiện những hành vi bất thường do hoang tưởng chi phối, thông báo kịp thời cho bác sĩ điều trị và các nhân viên trong khoa để có kế hoạch theo dõi điều trị.
- Với những người bệnh có nhiều loại hoang tưởng đặc biệt là các hoang tưởng tự buộc tội hay hoang tưởng bị chi phối, phải đi tua kiểm tra liên tục 15 phút một lần.
- Loại bỏ những vật dụng nguy hiểm đến tính mạng người bệnh (dao, kéo, vật nhọn, các loại dây buộc...).
- Nếu xảy ra các hành vi bất thường, phải can thiệp kịp thời đồng thời báo cáo bác sĩ để có biện pháp xử trí.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Diễn biến của hoang tưởng, đặc biệt là những diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Ghi chép đầy đủ những ý nghĩ lệch lạc hay các hoang tưởng mới xuất hiện.
- Ghi chép tình trạng ăn uống, sinh hoạt, tác phong của người bệnh và các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

** Với người bệnh:*

Chấp hành việc tiêm uống thuốc đầy đủ theo y lệnh của bác sĩ. Tránh sử dụng các chất kích thích.

** Với gia đình:*

- Kết hợp cùng nhân viên y tế theo dõi, giám sát chặt chẽ người bệnh, phát hiện kịp thời những diễn biến bất thường trong suy nghĩ hay hành vi tác phong của người bệnh, thông báo kịp thời cho bác sĩ điều trị biết.
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị và tin tưởng vào kết quả điều trị.
- Giám sát việc uống thuốc của người bệnh, không để tình trạng người bệnh bỏ thuốc nhất là những người bệnh có hoang tưởng bị hại.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÊN CƠN ĐỘNG KINH LIÊN TỤC, CƠN LỚN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời cơn động kinh liên tục, báo cáo bác sĩ để áp dụng các biện pháp điều trị thích hợp.
- Hạn chế các thương tích do cơn động kinh gây ra như ngã vào lửa, vào vật sắc, nhọn hoặc xuống ao hồ.
- Không để xảy ra nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại phòng cấp cứu.
- Dụng cụ: đồng hồ đếm mạch, nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe, panh, kéo, kìm kéo lưỡi.
- Gối kê đầu người bệnh.
- Một cuộn băng hay một miếng đệm dày kê giữa hai hàm răng.
- Gạc, khăn mặt.
- Máy thở oxy.
- Thuốc: seduxen ống, dịch truyền, novocain, uabain, các loại vitamin, phenobarbital ống.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khi người bệnh chuẩn bị lên cơn:

- Y tá - điều dưỡng thường xuyên gần gũi người bệnh.
- Làm tốt công tác tiếp xúc, động viên an ủi người bệnh.
- Chuyển người bệnh về buồng riêng hoặc buồng cấp cứu.
- Nới lỏng quần áo, loại bỏ các vật cứng trên người có thể nguy hại đến tính mạng người bệnh.
- Thường xuyên túc trực bên người bệnh.
- Theo dõi các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Thông báo cho mọi nhân viên biết về tình trạng động kinh của người bệnh.
- Báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

2. Khi người bệnh lên cơn:

- Để người bệnh nằm trên giường cấp cứu có đệm, đầu nghiêng đặt dưới đầu một gối mỏng.
- Kê giữa hai hàm răng một cuộn băng hoặc một miếng đệm dày tránh cắn vào lưỡi.
- Giữ nhẹ đầu, thân thể, tứ chi tránh sai khớp hoặc gãy xương người bệnh.
- Lúc lên cơn có thể gây tụt lưỡi, cần phải dùng kìm kéo lưỡi hoặc dùng miếng gạc lót tay kéo lưỡi ra.

- Theo dõi các chỉ số: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Thực hiện các quy trình cấp cứu như: hô hấp nhân tạo khi người bệnh tím tái hoặc ngừng thở.
- Báo cáo bác sĩ để xử trí thuốc kịp thời.
- Sau cơn động kinh người bệnh có thể có cơn hoảng hốt. Vì vậy cần phải quản lý chặt người bệnh để tránh những điều bất trắc xảy ra đối với chính người bệnh, với người bệnh khác hoặc ngay với cả nhân viên.
- Nếu người bệnh quá nặng, ngoài khả năng điều trị của mình thì phải chuyển tuyến trên.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Trạng thái tâm lý của người bệnh trước khi xảy ra cơn động kinh.
- Miêu tả cơn động kinh cơn lớn, khoảng cách giữa các cơn.
- Trạng thái ý thức.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* Đối với người bệnh:

- Uống thuốc theo đơn, tin tưởng bác sĩ, yên tâm điều trị.
- Không uống rượu, bia hoặc các chất kích thích khác.
- Không điều khiển máy, phương tiện có động cơ.
- Không làm việc gần nước, lửa hoặc trên cao, các nơi nguy hiểm khác.

* Đối với gia đình:

- Thường xuyên gần gũi, động viên an ủi người bệnh.
- Tránh gây sang chấn tâm lý cho người bệnh.
- Theo dõi sát để phòng khi người bệnh lên cơn, không để ngã vào nơi nguy hiểm.
- Cho uống thuốc theo đơn và quản lý thuốc chặt chẽ.
- Bảo quản thuốc: để nơi khô ráo.

10. CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Nhằm hỗ trợ và củng cố cho phương pháp hoá trị liệu.
- Nhằm phục hồi lại những năng lực tâm thần, những thói quen sinh hoạt trong cộng đồng vì khả năng lao động của người bệnh bị suy giảm.
- Hướng sự chú ý của người bệnh vào công việc, làm giảm sự khó chịu do các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác cho người bệnh.
- Nâng cao lòng tự tin của người bệnh, gắn người bệnh với tập thể.

- Nâng cao thể lực, ý thức tổ chức kỉ luật cho người bệnh trước khi ra viện về cộng đồng.

II. CHUẨN BỊ

* Nhân viên:

Phải có nghiệp vụ chuyên môn thành thạo.

* Phương tiện:

- Phải có đủ dụng cụ phương tiện:
- Dụng cụ lao động (máy may, khung dệt chiếu, cối...)
- Dụng cụ để tập thể lực.
- Dụng cụ cho lao động nông nghiệp: cuốc...
- Dụng cụ cho vui chơi giải trí: loa, đài, ti vi, đàn, sáo, báo, tam cúc, tú lơ khơ...
- Tuỳ từng người bệnh để bố trí vào các mặt hoạt động cho thích hợp.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thể dục:

- Thường xuyên cho người bệnh luyện tập vào buổi sáng.
- Có bài tập cụ thể.
- Hướng dẫn tận tình chu đáo.

2. Lao động thủ công:

Dệt chiếu: kĩ thuật viên phải hướng dẫn tỉ mỉ và cụ thể cho người bệnh...

3. Lao động sản xuất nông nghiệp:

Phải hướng dẫn người bệnh cách vun, xới, tưới cây và quản lí nhắc nhở người bệnh để phòng tai nạn lao động xảy ra.

4. Vui chơi giải trí:

- Hướng cho người bệnh xem ti vi chương trình phù hợp. Tổ chức những trò chơi đơn giản, ít phải suy nghĩ căng thẳng như: tam cúc, tú lơ khơ, chơi ô ăn quan...
- Cho người bệnh đi tham quan du lịch những danh lam thắng cảnh, di tích lịch sử gần nhất.
- Cho người bệnh tập thể dục liệu pháp những bài tập giản đơn để đề phòng tai nạn xảy ra.
- Vai trò của người y tá - điều dưỡng trong việc phục hồi chức năng tâm thần là rất quan trọng góp phần phục hồi sức khoẻ cho người bệnh. Nên phải hiểu đặc tính của từng người bệnh, không luyện tập quá thời gian, làm việc quá sức hoặc làm việc cho cá nhân.
- Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp sau tập.
- Theo dõi sức khoẻ sau một thời gian tham gia phục hồi chức năng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhận xét trong buổi luyện tập: có làm đúng động tác không, thành thạo không, có hiểu biết không ?
- Tình trạng mạch, nhiệt độ, huyết áp trước và sau tập.
- Tình trạng sức khỏe trước và sau khi tham gia phục hồi chức năng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với gia đình: cho người bệnh lao động có thời gian nhất định. Không làm việc quá sức.
- Quản lý thuốc chặt chẽ và cho người bệnh uống đều hàng ngày.
- Đối với người bệnh: phải tích cực, năng động trong các hoạt động hàng ngày.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC ĐIỆN**I. MỤC ĐÍCH**

- Hạn chế nguy cơ ngừng thở kéo dài trên 3 phút sẽ gây nguy hiểm tới tính mạng người bệnh.
- Không để người bệnh gãy răng, cắn vào lưỡi khi lên cơn co giật.
- Không để xảy ra gãy xương, trật khớp.
- Không để người bệnh sợ hãi trong quá trình điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Làm công tác tâm lý giải thích để người bệnh yên tâm.
- Người bệnh được tiến hành sốc điện vào lúc đói.
- Cho người bệnh đại tiểu tiện trước khi sốc điện.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi sốc.
- Để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, nới dây lưng, mở khuy áo, tháo răng giả (nếu có), phụ nữ có cặp tóc phải lấy ra.
- Hai gối cuộn được đặt dưới gáy người bệnh và khuỷu chân. Một chăn mỏng đặt dưới thắt lưng người bệnh.
- Que đè lưỡi và cuộn gạc.
- Nếu có thuốc dẫn cơ thì tiêm tĩnh mạch người bệnh trước khi sốc 15' để tránh co giật quá mạnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Người phụ thứ nhất:* đặt hai điện cực lên hai bên thái dương người bệnh (điện cực đã được nhúng dung dịch natriclorua 9%).
- *Người phụ thứ 2:* đặt que đè lưỡi có cuộn gạc giữa hai hàm răng để tránh cắn vào lưỡi và môi, không để chèn đường thở. Giữ chặt hàm dưới để tránh trật khớp hàm.

- *Người phụ thứ 3*: giữ khớp vai và khớp gối.
- *Người phụ thứ 4*: giữ khớp vai bên đối diện.
- *Bác sĩ chính*: có nhiệm vụ bấm nút đóng mạch điện quyết định cường độ dòng điện và thời gian. Hết thời kì người bệnh co giật sang thời kì ngừng thở thì lật nghiêng người bệnh sang bên phải để đờm rãi dễ thoát ra ngoài, lau miệng cho người bệnh.
- *Người phụ thứ 3*: bỏ tay ở khớp vai và khớp gối, lấy tay ấn vào bụng đầy cơ hoành lên. Sau khi người bệnh thở hơi đầu tiên thì để người bệnh nằm yên như vậy hay ở tư thế ngửa ban đầu. Sau 5 - 10 phút lấy ngáng miệng ra, theo dõi chăm sóc trong vài tiếng.
- Quan sát hơi thở, sắc mặt, giữ yên cho người bệnh không đi lại tránh sự ồn ào lớn. Theo dõi để phòng người bệnh có cơn hoảng hốt. Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Kết quả choáng điện.
- Các diễn biến bất thường nếu có.
- Trạng thái tâm thần sau choáng điện.
- Các chỉ số sinh tồn: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh tin tưởng vào phương pháp điều trị, sau vài lần điều trị tình trạng rối loạn tâm thần sẽ được cải thiện.
- Giải thích cho gia đình biết tác dụng của sốc điện: đang được áp dụng ở nhiều nước phát triển, là liệu pháp cần thiết làm cho người bệnh nhanh chóng ra khỏi trạng thái bệnh lí.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN TUỔI GIÀ

I. MỤC ĐÍCH

- Những người bệnh cao tuổi thường kèm theo các bệnh cơ thể như: tim mạch, huyết áp, nhiễm trùng...
- Giúp người bệnh phục hồi chức năng tâm lí xã hội, tự làm được công việc thường hàng ngày.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại buồng bệnh khoa điều trị người bệnh.
- Chuẩn bị dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối với nhóm loạn thần tuổi già:

- Thường xuyên gần gũi tiếp xúc với người bệnh.
- Kết hợp giải thích với điều trị hoá dược để người bệnh không còn hoang tưởng tự cao, hay bị hại, hoang tưởng ghen tuông hoặc các rối loạn cảm giác bản thể.
- * *Trường hợp trầm cảm:*
 - Chăm sóc người bệnh ở trạng thái buồn rầu, kém tập trung, giảm vận động, giảm trí nhớ, giảm thể năng tâm thần bằng tâm lý tiếp xúc và giải thích.
 - Phục hồi chức năng bằng lao động nhẹ nhàng, các công việc đơn giản và vệ sinh cá nhân.
- * *Trường hợp hưng cảm:*
 - Chăm sóc người bệnh trong trạng thái hưng cảm với phần chấn và quá kích động, đặc biệt là lúc đầu thường có lú lẫn bằng quản lý sát người bệnh.
 - Hướng dẫn cho người bệnh các công việc tự chăm sóc bản thân như vệ sinh thân thể, ăn uống điều độ, ngăn nắp chỗ ở.

2. Đối với nhóm mất trí tuổi già:

- * *Chăm sóc người bệnh nếu có các biểu hiện:*
 - Rối loạn trí nhớ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn hành vi, rối loạn tri giác, rối loạn kĩ năng thực hiện chức năng, rối loạn giấc ngủ bằng quản lý sát người bệnh, bằng tâm lý tiếp xúc.
 - Hướng dẫn một số công việc cụ thể cho người bệnh thực hiện như: ăn, ngủ, nghỉ ngơi, thay và mặc quần áo, phục hồi cho người bệnh các thói quen sinh hoạt hàng ngày. Tập luyện trí nhớ cho người bệnh.
 - Theo dõi các diễn biến bệnh cơ thể thường xảy ra ở những người cao tuổi như: huyết áp, tim mạch, phổi, nhiễm trùng...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các diễn biến rối loạn đã ổn định và các rối loạn tăng giảm hoặc các rối loạn mới xuất hiện.
- Các trạng thái tâm thần đặc biệt.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- * *Người bệnh:*
 - Uống thuốc đều theo đơn, tin tưởng điều trị.
 - Kiên các chất kích thích và không uống rượu, bia, nước chè, cà phê.
 - Ăn kiêng theo bệnh lý (nếu có).
- * *Gia đình:*
 - Thường xuyên gần gũi với người bệnh.
 - Hướng dẫn người bệnh trong phục hồi chức năng và tái thích ứng với xã hội.

- Tránh các sang chấn tâm lí.
- Quản lí thuốc và cho người bệnh uống thuốc theo đơn hàng ngày.

13. CHĂM SÓC TRẺ EM BỊ BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp đỡ phục hồi các chức năng tâm thần như học tập, giao tiếp, các hoạt động xã hội, trường lớp, gia đình...
- Bằng liệu pháp giáo dục hành vi, giúp trẻ chậm phát triển tâm thần nhẹ thực hiện được các hoạt động cơ bản đảm bảo tự phục vụ trong sinh hoạt cũng như học một nghề thích hợp.
- Bằng liệu pháp tâm lí nâng đỡ bồi dưỡng nhân cách, chỉnh lí thói hư tật xấu và củng cố lòng tin vào sự chữa bệnh để nhanh chóng đưa trẻ về với nhà trường, gia đình.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng điều trị:
 - + Tủ thuốc cấp cứu: thuốc an thần kinh các loại, trang bị như các khoa khác trong bệnh viện.
 - + Dụng cụ cấp cứu: bộ cho ăn qua ống thông, bộ rửa dạ dày, máy đo huyết áp dùng cho trẻ em.
 - + Máy thở oxy và các phụ kiện kèm theo.
 - + Buồng bệnh thoáng, sáng sủa, phân chia theo tính chất bệnh.
- Phòng chơi với các đồ chơi nhiều chủng loại thích hợp cho giới, lứa tuổi.
- Người bệnh: là trẻ bị rối loạn tâm thần cấp, cơn co giật, ý tưởng và hành vi tự sát, rối loạn hành vi tác phong.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhi kích động tâm thần: chăm sóc như mục Chăm sóc người bệnh kích động.
- Bệnh nhi có ý tưởng, hành vi tự sát tiến hành như mục Chăm sóc người bệnh có ý tưởng hành vi tự sát.
- Bệnh nhi động kinh chưa cắt cơn tiến hành chăm sóc như mục Chăm sóc người bệnh bị cơn động kinh liên tục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các kết quả theo dõi chi tiết vào bệnh án theo y lệnh của bác sĩ.
- Báo cáo kịp thời các diễn biến bất thường trong quá trình chăm sóc, theo dõi cho bác sĩ, và nhân viên trong kíp trực hoặc toàn khoa biết để có biện pháp xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Với bệnh nhi:
 - + Phải uống thuốc đều theo đơn của bác sĩ.
 - + Tránh thức khuya dậy sớm, tránh chơi ở nơi nguy hiểm như: lửa, nước, leo trên cao...
 - + Hết thuốc đến khám lại tại y tế chuyên khoa tuyến cơ sở.
- Với gia đình:
 - Kết hợp cùng nhân viên y tế theo dõi, giám sát bệnh nhi chặt chẽ, đồng thời báo cáo trực tiếp với bác sĩ khám bệnh.
 - Động viên bệnh nhi yên tâm và tin tưởng vào kết quả điều trị.
 - Giám sát việc uống thuốc của bệnh nhi, không để bệnh nhi bỏ thuốc.

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Người bệnh chậm phát triển tâm thần cũng có biểu hiện rối loạn tâm thần, nhất là phản ứng bùng nổ giận dữ, la hét, đòi hỏi...
- Cần phải giáo dục, hướng dẫn cho người bệnh có thể làm được các công việc đơn giản, giúp ích cho xã hội, gia đình và tự phục vụ bản thân.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh bố trí thích hợp, có phòng sinh hoạt tập thể.
- Y tá - điều dưỡng phải nhiệt tình, kiên trì, hăng say với công việc.
- Điều dưỡng viên cần được trang bị trình độ hiểu biết về tâm lí, giáo dục, xã hội và kĩ năng giao tiếp.
- Có đủ các phương tiện để dạy, hướng dẫn chăm sóc người bệnh như sách vở, đồ dùng, đồ chơi...
- Có phòng để dạy học, phòng chơi, phòng tâm lí...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Người bệnh chậm phát triển mức độ nhẹ:**

- Giúp đỡ bằng hướng dẫn giáo dục nhằm phát triển các kĩ năng và bù trừ các thiếu sót của họ, hướng dẫn lao động chân tay những việc đơn giản, tập thể dục buổi sáng.
- Hướng dẫn vui chơi giải trí, tập đọc sách, sử dụng đồ chơi.
- Hướng dẫn cho người bệnh tự chăm sóc bản thân: ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, đại tiểu tiện và các việc thực tế như quét nhà, lau nhà, rửa bát, dạy chữ, vui chơi cùng cộng đồng.

- Luyện tập thói quen thực hiện nội quy tham gia hoạt động theo giờ quy định.

2. Người bệnh chậm phát triển tâm thần vừa và nặng:

- Hướng dẫn giúp đỡ người bệnh tập làm những công việc tự phục vụ bản thân: ăn uống, tắm gội, quét nhà, gấp gọn chăn màn.
- Hướng dẫn vui chơi giải trí.
- Đảm bảo chế độ nuôi dưỡng người bệnh.
- Theo dõi sát các hoạt động hàng ngày, không để người bệnh đi ra ngoài khoa.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến của người bệnh trong quá trình nằm viện: ăn ngủ, học tập, lao động, vui chơi.
- Tình trạng tâm thần, có tiến triển không?
- Tình trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Người bệnh:

- Uống thuốc đều đặn theo chỉ dẫn của bác sĩ.
- Tuỳ tính chất bệnh mà hướng dẫn người bệnh làm những công việc cho phù hợp.

2. Gia đình:

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Quản lý thuốc cho người bệnh uống đều theo đơn.
- Thường xuyên hướng dẫn giúp đỡ người bệnh tham gia vệ sinh cá nhân và những công việc người bệnh có thể làm được.
- Kiên trì luyện tập thói quen, thực hiện nội quy hàng ngày cho người bệnh.

**15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
BẮT BUỘC CHỮA BỆNH TÂM THẦN**

I. MỤC ĐÍCH

- Quản lý chặt chẽ những người phạm tội mắc bệnh tâm thần do Viện kiểm sát hay Toà án ra quyết định bắt buộc chữa bệnh không để người bệnh trốn khỏi bệnh viện.
- Góp phần điều trị tốt người bệnh để đưa họ trở về với môi trường gia đình hoặc để họ có đủ điều kiện thực hiện trách nhiệm về hành vi.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: khoa phòng phải đảm bảo hai yếu tố vừa thuận tiện cho việc quản lý chặt chẽ vừa dễ quan sát, theo dõi.

- Dụng cụ: phải có đầy đủ dụng cụ phục vụ cho việc tiêm, uống thuốc và theo dõi các chỉ số sinh tồn của người bệnh.
- Thuốc: đảm bảo đầy đủ các loại thuốc chuyên khoa tâm thần và các loại thuốc cấp cứu khác.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nắm bắt được tình trạng tâm thần của người bệnh ngay từ khi mới vào viện, đặc biệt những trường hợp có các rối loạn nặng nề như ý tưởng hành vi tự sát, chống đối không ăn, kích động.
- Với những người bệnh có ý tưởng hành vi tự sát phải theo dõi 24/24 giờ, để người bệnh ở những nơi dễ quan sát. Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc người bệnh và động viên họ yên tâm điều trị.
- Với người bệnh chống đối không ăn, phải quan tâm động viên, thậm chí phải đưa chất dinh dưỡng vào cơ thể bằng con đường khác như cho ăn qua ống thông, tiêm truyền các loại dịch.
- Với người bệnh kích động phải tìm cách động viên an ủi người bệnh rồi thực hiện tiêm thuốc, nếu người bệnh kích động dữ dội hoặc có hành vi nguy hiểm phải tìm cách khống chế thật nhanh rồi cố định người bệnh tại giường bằng dây rộng bản.
- Ngoài việc nắm bắt được đầy đủ các biểu hiện rối loạn về tâm thần thì cũng cần phải biết rõ những vấn đề liên quan đến pháp luật của người bệnh để có kế hoạch quản lý, chăm sóc cụ thể cho từng người bệnh. Đặc biệt những người bệnh đang trong giai đoạn thi hành án phạt tù và những trường hợp còn chịu trách nhiệm về hành vi của bản thân thì cần phải có sự giám sát chặt chẽ hơn.
- Đảm bảo cho người bệnh ăn uống, nghỉ ngơi đúng giờ giấc, thực hiện đầy đủ các y lệnh về chuyên môn do thầy thuốc đề ra.
- Tổ chức, hướng dẫn người bệnh tham gia các hoạt động văn nghệ, thể thao, vui chơi giải trí.
- Khi xảy ra các tai biến trong quá trình chăm sóc, điều trị phải tổ chức cấp cứu kịp thời, báo cho bác sĩ điều trị biết để có hướng xử trí thích hợp.
- Khi người bệnh trốn viện phải tổ chức ngay các biện pháp truy tìm, đồng thời báo cho trưởng phòng kế hoạch tổng hợp, giám đốc bệnh viện biết để có hướng giải quyết, gửi giấy báo cho công an, Viện kiểm sát hay Tòa án đã ra quyết định bắt buộc chữa bệnh biết để thông báo cho thân nhân của người bệnh.
- Khi có người bệnh tử vong, phải báo cho cơ quan điều tra thuộc công an tỉnh, thành phố và Viện kiểm sát đến để phối hợp giải quyết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ các diễn biến về tâm lý, trạng thái tâm thần và quá trình sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.
- Các diễn biến bất thường phải được ghi chép đầy đủ và tỉ mỉ.
- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp phải được ghi đầy đủ vào phiếu theo dõi riêng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH** Với người bệnh:*

- Phải thực hiện việc ăn uống, nghỉ ngơi, chế độ thuốc theo đúng y lệnh của thầy thuốc.
- Tránh dùng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê, thuốc lá...
- Thông báo ngay cho nhân viên y tế biết những diễn biến bất thường về tâm lý cũng như bệnh lý.

** Với gia đình và cán bộ quản lý:*

- Theo dõi, quản lý chặt chẽ để phòng người bệnh trốn viện.
- Thường xuyên động viên để người bệnh yên tâm, tin tưởng vào kết quả điều trị.
- Không có hành vi thô bạo với người bệnh.

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TÂM THẦN**I. MỤC ĐÍCH**

- Trong giai đoạn sa sút: nhân cách người bệnh bị tan rã, mất khả năng hoạt động trí tuệ, tư duy, cảm xúc, hành vi. Người bệnh không quan tâm đến xung quanh và chính bản thân, một số hoạt động bản năng bị rối loạn.
- Người điều dưỡng phải động viên, khuyến khích hướng dẫn người bệnh hoạt động theo giờ quy định.
- Không để người bệnh nằm, ngồi một mình. Cần tổ chức hoạt động tập thể nhằm hạn chế sự tiến triển của giai đoạn sa sút tâm thần.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát, đủ giường chiếu, chăn, màn và đồ dùng cá nhân.
- Buồng bệnh phải đảm bảo an toàn, gọn gàng, ngăn nắp.
- Có phòng để người bệnh sinh hoạt chung.
- Các phương tiện phục vụ cần thiết như nước uống, nước sinh hoạt, bột, vệt, khăn mặt...
- Các dụng cụ theo dõi chỉ số sinh tồn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh sa sút được sắp xếp xen lẫn với người bệnh ổn định, tỉnh táo.
- Y tá - điều dưỡng thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh, uốn nắn nhắc nhở và giúp đỡ họ hoạt động theo quy định của khoa như xếp hàng theo nhóm khi ăn cơm, uống thuốc, xem vô tuyến, nghe đọc báo...
- Đặc biệt chú ý bữa ăn hàng ngày cho người bệnh. Nếu người bệnh không ăn được phải bón cho ăn, nếu thức ăn làm tắc đường thở phải nhanh chóng lấy dị vật ra khỏi đường hô hấp và báo cáo bác sĩ để xử trí.

- Phải quy định một tuần ba lần tắm gội đầu, thay quần áo cho người bệnh.
- Xây dựng lịch sinh hoạt cụ thể cho người bệnh như tập thể dục buổi sáng, nghe đọc báo, xem vô tuyến; lao động đơn giản như quét lau nhà, làm vệ sinh, nhổ cỏ, gấp chăn màn...
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến bất thường xảy ra.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Chế độ ăn của từng người bệnh, nhất là trường hợp nặng.
- Hoạt động hàng ngày của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Gia đình, người thân thường xuyên quan tâm động viên giúp đỡ người bệnh.
- Không để người bệnh tự động bỏ nhà đi lang thang.
- Gia đình quản lý thuốc cho người bệnh uống đều đặn hàng ngày đúng theo y lệnh.
- Gia đình, cộng đồng cần nâng đỡ, giúp đỡ tạo điều kiện cho hoạt động của người bệnh tâm thần.
- Người bệnh cần phải tích cực chủ động trong các hoạt động phục vụ bản thân.
- Ăn, ngủ, nghỉ ngơi đúng giờ quy định, không thức khuya dậy sớm.

17. CHĂM SÓC VỆ SINH THÂN THỂ CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì vệ sinh sạch sẽ, gọn gàng cho người bệnh.
- Phòng chống chảy rạn, nhiễm trùng.
- Loại trừ mùi hôi của người bệnh và bệnh phòng.
- Đảm bảo mát về mùa hè, ấm về mùa đông.
- Phòng các bệnh ngoài da: ghẻ, lở, hắc bào, nấm...

II. CHUẨN BỊ

- Đủ cơ sở quần áo luân chuyển và dự phòng tại khoa.
- Trang bị cơ sở dụng cụ vệ sinh cá nhân: khăn mặt, bàn chải răng, xà phòng tắm, giấy vệ sinh, băng vệ sinh cho nữ, dụng cụ cắt tóc, cạo râu, cắt móng tay, lược thưa và mau.
- Phân công y tá điều dưỡng chịu trách nhiệm chăm sóc toàn diện theo nhóm người bệnh.
- Sắp xếp lịch tắm, thay quần áo hàng tuần.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đây là công việc đều đặn hàng ngày, hàng giờ của điều dưỡng viên.

1. Người bệnh mới vào:

- Kiểm tra thân thể người bệnh, râu, tóc, móng tay, ngoài da, nếu cần sửa ngay với nữ có thể cắt ngắn, tỉa bớt, loại bỏ vật dụng bất lợi.
- Mặc quần áo bệnh viện theo quy định.
- Trang bị một số đồ dùng cá nhân: băng vệ sinh nữ, giấy vệ sinh.

2. Người bệnh tự chủ hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày:

- Thông báo định kì: thay quần áo, tắm rửa hàng tuần.
- Đôn đốc nhắc nhở vệ sinh cá nhân và phòng ở, chân, chiếu màn.

3. Với người bệnh mất chủ động trong sinh hoạt riêng:

- Phân công điều dưỡng riêng đôn đốc giúp đỡ hàng ngày duy trì trang phục và vệ sinh cá nhân: từ tắm, rửa mặt, đánh răng, cắt móng tay, chân, kì cọ cơ thể. Với người bệnh yếu và trời lạnh phải có nước ấm, với người bệnh không chịu mặc quần áo và xé rách cần có trang phục riêng cài khuy ra sau, loại vải bền hơn...
- Hướng dẫn đại, tiểu tiện, kiểm tra để người bệnh không bôi bẩn vào bản thân và bệnh phòng.
- Với người bệnh đang còn phải cố định tại giường cần thường xuyên kiểm tra kịp thời thay quần áo, chiếu, chống say sật, loét.

4. Với người bệnh có bệnh ngoài da:

- Dùng thuốc theo y lệnh.
- Có biện pháp chống lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi chép thông báo các trường hợp đặc biệt và có chế độ chăm sóc thân thể riêng bệnh ngoài da, không chịu vệ sinh cá nhân...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Với người bệnh: nhắc nhở thực hiện nội quy vệ sinh chung của bệnh phòng, cũng như duy trì vệ sinh cá nhân.
- Với gia đình: nhắc nhở duy trì việc giúp đỡ người bệnh trong sinh hoạt riêng.
- Nhắc nhở duy trì vệ sinh chung trong khoa, bệnh viện.

18. TÂM LÍ TIẾP XÚC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Tâm lí tiếp xúc người bệnh tâm thần là kĩ năng, nghệ thuật đặc biệt của giao tiếp.
- Giao tiếp để hình thành mối quan hệ tốt giữa y tá - điều dưỡng và người bệnh.

- Qua giao tiếp hiểu rõ được những diễn biến tâm lí, bệnh lí trong quá trình điều trị.
- Bằng con đường giao tiếp, y tá - điều dưỡng có thể nâng đỡ, bồi dưỡng, giáo dục nhân cách. Từ đó làm tăng lòng tin, hiệu lực của chăm sóc và điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Y tá - điều dưỡng phải được trang bị kiến thức tâm lí xã hội, luật pháp, đường lối chung về công tác y tế.
- Y tá - điều dưỡng luôn được bồi dưỡng phẩm chất nhân cách người cán bộ y tế.
- Thuộc và hiểu rõ 12 điều y đức do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Tại khoa khám bệnh:

- Cán bộ y tế là người đầu tiên tiếp xúc với người bệnh. Sự đón tiếp niềm nở, lịch sự, sự chỉ dẫn chu đáo tỉ mỉ làm cho người bệnh yên tâm hơn và vơi bớt đi nỗi lo lắng trong tâm hồn.
- Thái độ phải ân cần, cởi mở, chan hoà, thông cảm sâu sắc với người bệnh.
- Đón tiếp người bệnh niềm nở, tận tình, hướng dẫn làm các thủ tục tỉ mỉ giúp cho việc khám xét của thầy thuốc được thuận lợi.
- Phải công bằng với người bệnh, ai đến trước khám trước, ai đến sau khám sau, trường hợp đặc biệt điều dưỡng viên phải thông báo và xin phép các người bệnh đang ngồi đợi đến lượt mình.
- Tránh sự cáu gắt, to tiếng, ăn nói thô bạo hoặc thờ ơ, lạnh nhạt.
- Phòng đợi nên sạch sẽ, gọn gàng, để ghế ngồi, im lặng, tránh để người bệnh có ác cảm, đánh giá không tốt ngay từ lần đầu đến khám bệnh.

* Tại khoa điều trị:

- Trách nhiệm điều dưỡng viên phải cố gắng gây cảm tình ngay với người bệnh. Điều dưỡng viên vui vẻ mời người bệnh vào phòng bác sĩ.
 - + Thái độ niềm nở, cởi mở, chân thành.
 - + Cử chỉ hoà nhã, tác phong dễ gần.
 - + Lời nói nhẹ nhàng, ôn tồn.
 - + Nét mặt vui vẻ, hấp dẫn.
- Tất cả những điều trên đều có khả năng chinh phục người bệnh ngay từ phút đầu gặp gỡ. Từ niềm tin và sự mến phục ấy, người bệnh dễ cởi mở và thoải mái trao đổi, thông báo với thầy thuốc về tình trạng bệnh của mình ngay cả những tình tiết riêng tư, kín đáo, thậm chí người bệnh không bao giờ nói với người thân nhất. Đặc biệt đối với người bệnh tâm thần trạng thái trầm uất, ý tưởng chán sống...

* Những điều cần tránh:

- Cán bộ điều dưỡng không nên nóng nảy, cáu gắt, hay có nét mặt lạnh nhạt. Tuy nhiên trong khi tiếp xúc với người bệnh, phải biết tự kiểm chế mình, phải có văn hoá trong lời nói và trong nhiều trường hợp để tạo không khí cởi mở, thoải mái, chân thành, thông cảm.

- Không được phê phán cách chăm sóc của đồng nghiệp trước mặt người bệnh, gây tổn hại uy tín đối với cả ngành y tế.
- Không nên cho biết cụ thể về chẩn đoán bệnh và tiên lượng bệnh, vì có những trường hợp gây cho người bệnh hoang mang lo nghĩ, dẫn đến những tai họa khôn lường (người bệnh tự sát...)

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các biểu hiện trạng thái tâm lý bất thường và các phản ứng tâm lý.
- Trạng thái bệnh lý chỉ phối hành vi tác phong về cảm xúc của người bệnh.
- Đánh giá mức độ truyền giảng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Người bệnh tích cực tham gia các hoạt động tại cộng đồng để hoà nhập vào cuộc sống đời thường.
- Gia đình thường xuyên giúp đỡ, nâng đỡ, tạo không khí thoải mái, môi trường tâm lý xã hội hài hoà.
- Cộng đồng chấp nhận, không ác cảm, luôn luôn sẵn sàng đón nhận người bệnh.

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CAI NGHIỆN MA TUÝ

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh vượt qua giai đoạn cai đỡ đau đớn vật vã, khó chịu.
- Nâng đỡ thể trạng trong quá trình cai.
- Tạo cho người bệnh ý chí để khi ra viện có phương pháp, nghị lực chống tái phát. Cùng với địa phương tích cực phòng ngừa buôn bán, tàng trữ, sử dụng chất ma túy.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh thoáng mát, sạch sẽ, cách li với môi trường bên ngoài.
- Chuẩn bị đủ thuốc cai và thuốc cấp cứu khi bị ngộ độc ma túy.
- Y tá - điều dưỡng có kỹ năng tâm lý xã hội.
- Dụng cụ: ống nghe, huyết áp, nhiệt kế.
- Người cai phải tình nguyện kèm theo đơn cá nhân, gia đình và địa phương đề nghị.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Phải có phòng tiếp đón riêng biệt, kiểm tra kỹ tư trang, thay toàn bộ quần áo, dép guốc, đồ dùng cá nhân để loại trừ chất ma túy.
- Hướng dẫn nội quy của trung tâm cai.
- Ký bản hợp đồng cam kết giữa gia đình người bệnh với cơ sở cai.

- Đưa người bệnh đi làm các xét nghiệm tức thì: tìm chất gây nghiện trong nước tiểu để loại trừ, làm các xét nghiệm máu, HIV, X quang, điện não đồ, test tâm lí, nước tiểu 5 lần trong đợt cai 10 ngày.
- Không để cho người bệnh cai tiếp xúc với bên ngoài để phòng tiếp tế chất gây nghiện.
- Hầu hết người bệnh khi thiếu thuốc (ma túy) đều chống đối điều trị tùy mức nặng nhẹ: bỏ chạy, lẩn trốn, phá phách, đánh lại nhân viên, ăn nói thô lỗ, tục tĩu...
- Phải kiên trì giải thích động viên, thông cảm với cơn đau đớn của người bệnh, không xa lánh người bệnh, luôn phải tiếp cận người bệnh, xoa bóp bấm huyệt cho người bệnh.
- Nếu thấy tình trạng nguy kịch phải báo cáo trực cấp trên kịp thời xử lí.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh tại trung tâm và các loại hoa quả như chuối, cam, chanh, quýt... căng tin phục vụ người bệnh giải khát.
- Để phòng lây nhiễm bệnh HIV.
- Nhân viên trực phải theo dõi sát người bệnh về uống thuốc, triệu chứng cai, mạch, nhiệt độ, huyết áp, theo giờ quy định của bác sĩ điều trị.
- Phát hiện những hành vi của mỗi người bệnh, quan hệ xung quanh, người thân tới thăm. Phát hiện và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị hoặc an ninh nếu thấy khả nghi đối tượng cai nghiện vi phạm quy định...
- Theo dõi diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng, để phòng những tai biến bất ngờ do đối thuốc...
- Trường hợp người bệnh kiên quyết không chịu cai cần báo bác sĩ, bảo vệ để giải quyết kịp thời.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi nhận xét những diễn biến trong quá trình cai vào phiếu theo dõi.
- Các biểu hiện tâm thần bất thường.
- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp và tình hình sức khỏe.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với người bệnh: luôn nhắc nội quy an toàn thuốc, tác hại của nghiện hút. Tư vấn cho người bệnh nghiện và mắc HIV tự quyết tâm xa lánh các tệ nạn xã hội.
- Gia đình phải biết giáo dục tâm lí, thuyết phục hoặc cứng rắn và ngăn ngừa, khai báo ý tưởng hành vi phạm luật...

20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện các diễn biến tâm lí bình thường và bất thường.
- Phát hiện các trạng thái diễn biến tâm thần đặc biệt.

- Phát hiện các biểu hiện giả bệnh lí.
- Phát hiện các hành vi có thể gây nguy hiểm để có biện pháp phòng ngừa.

II. CHUẨN BỊ

* Nơi thực hiện:

Tại khu riêng dành cho theo dõi giám định của khoa giám định pháp y, đảm bảo việc theo dõi, quan sát, thăm khám thuận lợi, có phòng theo dõi đặc biệt. Các trường hợp cần thiết phải theo dõi sát, thường xuyên 24/24 giờ bằng camera và ghi hình.

* Dụng cụ:

- Các dụng cụ thăm khám thông thường:
 - + Ống nghe.
 - + Huyết áp kế, nhiệt kế.
 - + Thuốc: các loại vitamin uống hoặc tiêm mang tính chất tâm lí.
- Các trường hợp đặc biệt khi có chỉ định điều trị của hội đồng giám định có chỉ định thuốc cụ thể riêng.
- Y tá - điều dưỡng được am hiểu về pháp luật cần thiết, có kĩ năng giỏi về kiến thức tâm thần.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khi can phạm giám định được tiếp nhận phải thăm khám kĩ trước khi cho vào buồng theo dõi.
- Y tá - điều dưỡng loại bỏ những vật dùng có thể gây nguy hiểm như dao, kéo, dây, vật nhọn, diêm, bật lửa...
- Thu giữ các loại thuốc (nếu có) khi can phạm giám định mang theo.
- Kết hợp với công an trông giữ can phạm đảm bảo hàng ngày, người được theo dõi giám định phải được thăm khám, vệ sinh thân thể, chăm sóc ăn uống.
- Làm tốt công tác tâm lí để can phạm yên tâm, hợp tác khi tiếp xúc.
- Không cho can phạm tiếp xúc với người ngoài.
- Thường xuyên giám sát can phạm, báo cáo bác sĩ kịp thời các diễn biến bất thường để xử trí.
- Buồng can phạm giám định luôn được khoá có hai chìa: công an giữ một và khoa quản lí một để xử trí những bất trắc xảy ra như tự sát, đập phá, cơn động kinh liên tục...
- Trường hợp nghi ngờ giả bệnh phải để ở buồng đặc biệt có phương tiện theo dõi riêng.
- Nếu can phạm tử vong phải báo cho bác sĩ trưởng khoa và lãnh đạo bệnh viện để mời khám nghiệm tử thi, lập biên bản giám định tử thi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các trạng thái tâm lí, tâm thần biểu hiện hàng ngày.
- Báo cáo bác sĩ những biểu hiện bất thường.
- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Tình trạng sức khoẻ chung.

21. CHĂM SÓC, NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa đủ lượng calo, vitamin và chất vi lượng cần thiết hàng ngày cho người bệnh.
- Đảm bảo đủ ấm trong mùa đông và thông thoáng trong mùa hè.
- Khoa, phòng ngủ sạch sẽ.

II. CHUẨN BỊ

- Nhà ăn sạch sẽ thoáng mát.
- Đủ phương tiện như bàn, ghế, bát, đĩa, thìa bằng nhôm hoặc nhựa.
- Có y tá quản lý hoặc trực tiếp cho người bệnh ăn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Do những đặc điểm phức tạp của người bệnh tâm thần nên việc tổ chức nuôi dưỡng có những đặc thù riêng.

1. Đối với khoa dinh dưỡng:

- Chế biến thức ăn theo đúng yêu cầu của thầy thuốc như ăn kiêng, ăn lỏng...
- Thức ăn phải được thái nhỏ, nấu nhừ, bỏ xương. Tránh trường hợp người bệnh ăn vội bị nghẹn, hóc xương...

2. Đối với khoa phòng:

- Bố trí cho những người bệnh phạm ăn, kích động, tham ăn ngồi riêng một bàn, có y tá giám sát.
- Những người bệnh ăn yếu, không chịu ăn ngồi riêng một khu có y tá trực tiếp trông nom hoặc bón cho người bệnh ăn. Không để người nhà hoặc người bệnh khác cho ăn..
- Đối với người bệnh phải ăn bằng ống thông thì cần chuẩn bị đầy đủ chế độ tiêu chuẩn. Đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật đưa ống thông tới dạ dày.
- Đối với người bệnh chống đối không ăn thì làm công tác tâm lý tiếp xúc, động viên, giải thích. Nếu người bệnh vẫn không chịu ăn thì phải báo cáo bác sĩ cho y lệnh xử trí như truyền dịch, chuẩn bị phương tiện thực hiện đầy đủ.
- Đảm bảo nước uống cho người bệnh:
 - + Mỗi khoa đều phải có thùng nước uống, nước sôi để nguội (có thể pha chè, nhân trần), mùa đông nước phải được ủ ấm có ca, cốc cho người bệnh uống.
 - + Phải cung cấp đầy đủ nước uống cho người bệnh. Một người bệnh mỗi ngày khoảng 1 lít nước căn cứ vào số lượng người bệnh mà chuẩn bị.

- Bố trí cho người bệnh ngủ, nghỉ ngơi theo buồng và tính chất bệnh lí.
- Tạo điều kiện cho người bệnh giúp đỡ hỗ trợ nhau.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Nhận xét người bệnh có tự ăn uống được không, ăn có hết suất không hay phải cho ăn bằng đường thông và kết quả thế nào? Thường xuyên theo dõi chỉ số sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cho người bệnh ăn đủ tiêu chuẩn định lượng.
- Ăn kiêng nếu thấy cần thiết.
- Chế biến thức ăn cẩn thận.
- Quản lí thuốc và cho người bệnh uống đều hàng ngày.
- Không dùng các chất kích thích như rượu, nước chè, cà phê.

Chương IX

BỎNG

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC BỎNG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời các dấu hiệu, triệu chứng của sốc bỏng.
- Chăm sóc và phòng ngừa các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh

II. CHUẨN BỊ

Có đầy đủ các dụng cụ theo dõi người bệnh chăm sóc cấp I: nhiệt kế, huyết áp, đồng hồ, máy hút, các loại ống thông (dạ dày, hậu môn, oxy, niệu đạo...).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi toàn thân:

- Đo thân nhiệt, theo dõi các tính chất của cơn sốt (rét run, sốt do thay băng, sốt do phản ứng dịch...)
- Tiến hành các biện pháp hạ nhiệt đơn giản: chườm mát, cởi bỏ quần áo, để nơi thoáng. Nếu thân nhiệt hạ: ủ ấm.
- Cân nặng hàng ngày.
- Da và niêm mạc: phát hiện các biểu hiện thiếu oxy như môi tím, da niêm mạc nhợt nhạt, nổi vân tím...
- Các trạng thái khác:
 - + Co giật.
 - + Vã mồ hôi, chân tay lạnh.

2. Theo dõi tâm thần kinh:

Phát hiện biểu hiện ức chế, li bì hoặc kích thích vật vã.

3. Theo dõi tuần hoàn:

- Mạch: tần số, trương lực mạch.
- Đo huyết áp động mạch cánh tay, động mạch khoeo.
- Đo huyết áp tĩnh mạch trung ương.

4. Theo dõi chăm sóc hô hấp:

- Theo dõi tần số hô hấp, phát hiện các rối loạn chu kỳ hô hấp (thở chậm nông, nhanh nông, ngáp cá...).
- Bảo đảm lưu thông đường thở: hút đờm dãi, khí dung theo chỉ định.
- Phát hiện triệu chứng sớm bỏng hô hấp: nói khàn, lông mũi chảy...

5 Theo dõi tiêu hoá:

Theo dõi các biểu hiện:

- Tình trạng ăn: phát hiện chán ăn, ăn kém, bỏ bú. Cho ăn theo chỉ định.
- Tình trạng đại tiện: bình thường, táo bón, ỉa chảy, ỉa phân đen.
- Tình trạng bụng: bụng mềm hay chướng, tiến triển của bụng chướng, điểm đau.
- Nôn, buồn nôn:
 - + Theo dõi số lần, số lượng, chất nôn, có máu trong chất nôn.
 - + Nhanh chóng cho người bệnh nằm đầu thấp, nghiêng một bên.

6. Theo dõi tiết niệu:

- Số lượng nước tiểu theo giờ và trên 24 giờ.
- Màu sắc nước tiểu: vàng trong hay vàng nhạt, đỏ hay sẫm nâu.
- Kiểm tra cầu bàng quang.

7. Chăm sóc theo dõi tại chỗ vùng tổn thương bỏng:

- Tình trạng dịch tiết, dịch mủ, viêm nề vùng bỏng và da lành.
- Giữ vệ sinh khi tiểu, tiện, nhất là bỏng ở vùng sinh dục, chi dưới.
- Giữ tư thế cơ năng chi thể khi bỏng, tránh tì đè vùng bỏng (kê cao chi thể...).
- Khi có hoại tử bỏng khô xung quanh chi phải theo dõi tình trạng tuần hoàn viên chi (dấu các ngón).

8. Chăm sóc các dụng cụ:

- Thở oxy: theo dõi áp lực, thời gian thở oxy, kiểm tra vị trí đầu ống thông.
- Ống thông bàng quang: luôn bảo đảm vô khuẩn khi đặt, cố định tốt và đảm bảo vô khuẩn hệ thống dẫn lưu nước tiểu.
- Ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Catheter truyền tĩnh mạch:
 - + Giữ vô khuẩn nơi chọc (hàng ngày kiểm tra và nếu cần bôi thuốc sát khuẩn và thay băng).
 - + Phát hiện các biến chứng: tắc, tụt, đứt dây, tràn khí dưới da.

9. Theo dõi dịch truyền:

- Thực hiện đúng y lệnh về số lượng và các loại dịch truyền, tốc độ truyền, tổng lượng dịch, các phản ứng khi truyền dịch. Nếu truyền máu cần bảo đảm thực hiện đúng quy trình.
- Ở người bệnh sốc nặng được theo dõi bằng máy liên tục các chỉ số (monitoring hoặc lifescope...): mạch, huyết áp động mạch (tối đa, tối thiểu, trung bình), điện tim, nồng độ bão hoà oxy...
- Nếu người bệnh sốc bỏng được nằm trên giường cân (cân điện tử) thực hiện theo dõi cân nặng người bệnh hàng ngày trong giai đoạn sốc.
- Thực theo y lệnh, lấy máu và nước tiểu để làm các xét nghiệm cần thiết trong theo dõi sốc bỏng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo kịp thời các tình huống cấp cứu, hoặc khi có các phản ứng trong truyền dịch, truyền máu.
- Bàn giao theo dõi các chế độ chăm sóc cấp I.
- Theo dõi các biến chứng của sốc bỏng như suy thận cấp, chảy máu đường tiêu hoá, rối loạn đông máu... và báo cáo kịp thời.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo lưu thông đường thở cho người bệnh bỏng đường hô hấp đã đặt nội khí quản hoặc mở khí quản, không khí thở ẩm.
- Bảo đảm hút đờm dịch để tránh bít tắc đường thở và thực hiện khí dung theo y lệnh.

II. CHUẨN BỊ**1. Chuẩn bị dụng cụ:**

- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn.
- Máy khí dung, bầu thuỷ tinh đựng thuốc khí dung.
- Thuốc khí dung: hydrocortison, kháng sinh, aminophilin, α chimotrypsin, vitamin C, mentol.
- Bình oxy hoặc nguồn oxy, dây thở oxy.
- Bông băng gạc vô trùng, bơm tiêm vô trùng.

2. Nhân viên y tế:

Y tá - điều dưỡng viên rửa tay đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành hút dịch tiết, đờm dãi ở đường hô hấp qua ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản 1 giờ/ 1 lần hoặc khi có biểu hiện tăng tiết đờm dãi.
- Không được bật máy hút khi đang đưa ống hút vào ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản. Chỉ được bật máy hút khi kéo ống hút ra ngoài. Mỗi động tác hút dịch này không kéo dài trên 20 giây.
- Cho thở khí dung bằng hỗn dịch thuốc khí dung theo y lệnh.
- Cho thở oxy qua ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản theo chỉ định.

*** Chăm sóc các dụng cụ:**

- Dây thở oxy: theo dõi áp lực, thời gian thở oxy, kiểm tra vị trí đầu ống thông.
- Ống thông bàng quang: luôn đảm bảo vô khuẩn khi đặt, cố định tốt và đảm bảo vô khuẩn hệ thống dẫn lưu nước tiểu.

- Ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Catheter truyền tĩnh mạch:
 - + Giữ vô khuẩn nơi chọc (hàng ngày kiểm tra và thay băng đúng kỹ thuật).
 - + Phát hiện các biến chứng: tắc, tụt, đứt dây, tràn khí dưới da.
- Truyền dịch theo y lệnh và theo dõi trong và ngay sau khi truyền dịch.
- Theo dõi dịch truyền: đảm bảo y lệnh về thứ tự, số lượng và các loại dịch truyền, tốc độ truyền, tổng lượng dịch, các phản ứng khi truyền dịch.
- Nếu truyền máu cần đảm bảo thực hiện đúng quy trình.

** Theo dõi các diễn biến của người bệnh:*

- Ở người bệnh sốc nặng được theo dõi bằng máy các chỉ số liên tục (monitoring hoặc lifescope...): mạch, huyết áp động mạch (tối đa, tối thiểu, trung bình), điện tim, nồng độ bão hoà oxy.
- Nếu người bệnh sốc bỏng được nằm trên giường cân (cân điện tử) thực hiện theo dõi cân nặng người bệnh hàng ngày trong giai đoạn sốc.
- Lấy máu, nước tiểu để làm các xét nghiệm cần thiết trong theo dõi sốc bỏng.
- Theo dõi các biến chứng của sốc bỏng như suy thận cấp, suy hô hấp, chảy máu đường tiêu hoá, rối loạn đông máu... và báo cáo kịp thời.
- Rửa và thay băng ở chân lỗ mở khí quản 1 lần/ ngày.
- Bơm trực tiếp dung dịch kháng sinh vào khí quản qua ống nội khí quản hoặc qua ống mở khí quản khi có chỉ định.
- Cho người bệnh nằm tư thế Fowler hoặc cho ngồi dậy và hướng dẫn ho ra đờm.
- Phủ hai lớp gạc ẩm lên miệng ống mở khí quản để không khí được làm ẩm khi người bệnh thở, hai lớp gạc này phải được thay thường xuyên.
- Thở máy khi có chỉ định theo y lệnh.
- Theo dõi hoạt động của máy thở (nếu có).
- Theo dõi lượng đờm dịch tiết hút hoặc khạc nhổ: màu sắc và tính chất đờm, dịch tiết.
- Theo dõi các biểu hiện của suy hô hấp cấp và báo cáo kịp thời.
- Thực hiện lấy máu, lấy nước tiểu, làm xét nghiệm, cấy đờm dịch theo y lệnh.
- Trợ giúp bác sĩ lấy máu động mạch để đo khí máu hoặc trợ giúp người bệnh chụp X-quang phổi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo kịp thời các tình huống cấp cứu, hoặc có các phản ứng khi truyền dịch, truyền máu.
- Bàn giao theo dõi các chế độ hộ lý cấp I
- Đánh giá tốt: lưu thông đường thở, người bệnh không khó thở.
- Ghi hồ sơ theo dõi: tình trạng thở, tần số thở.
- Báo cáo bác sĩ khi có biểu hiện hạn chế lưu thông đường thở.
- Bàn giao theo dõi người bệnh theo chế độ chăm sóc cấp I.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG NẶNG NHIỄM ĐỘC, NHIỄM KHUẨN

I. MỤC ĐÍCH

Để đảm bảo việc theo dõi kịp thời các diễn biến, phát hiện sớm các biến chứng, chăm sóc chu đáo người bỏng nặng bị nhiễm độc, nhiễm khuẩn bỏng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện:

- Buồng bệnh, giường bệnh sạch, thoáng.
- Các phương tiện, dụng cụ theo dõi người bệnh: nhiệt kế, huyết áp kế, đồng hồ, máy theo dõi các chỉ số liên tục (monitoring).
- Các phương tiện, dụng cụ tiêm truyền, cấp cứu người bệnh.

2. Cán bộ y tế:

Hai y tá - điều dưỡng chuyên khoa bỏng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lấy mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp động mạch, đếm nhịp thở của người bệnh. Nếu có điều kiện cần theo dõi cân nặng người bệnh.
- Truyền dịch, tiêm thuốc cho người bệnh theo y lệnh, theo dõi lượng dịch vào và tốc độ dịch truyền, theo dõi các phản ứng khi truyền dịch, truyền máu.
- Đưa người bệnh đi thay băng và đón người bệnh từ buồng thay băng về.
- Thay vải trải giường khi người bệnh đi thay băng.
- Cho người bệnh ăn, uống theo giờ và theo chỉ định. Theo dõi tình trạng ăn uống của người bệnh. Thực hiện nuôi dưỡng người bệnh bằng ống thông dạ dày nếu có chỉ định.
- Theo dõi nước tiểu: số lượng, màu sắc, đo tỉ trọng.
- Theo dõi đại tiện trong ngày, theo dõi tình trạng chướng bụng, liệt ruột.
- Theo dõi quan sát màu sắc da, niêm mạc: tái nhợt do thiếu máu, vàng da niêm mạc do huyết tán hoặc viêm gan cấp, các nốt ban trên da.
- Theo dõi trạng thái tâm thần kinh: tỉnh, li bì, hốt hoảng, kích động, hôn mê.
- Trở mình, xoa bóp, xoa cồn, bột tan ở những vùng tê đờ của cơ thể người bệnh.
- Người già bỏng đường hô hấp cần cho nằm tư thế Fowler, xoa, vỗ ở lưng, hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, ho khạc nếu có đờm.
- Tắm rửa, gội đầu, lau phần da lành không bị bỏng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép vào phiếu theo dõi và chăm sóc: mạch, nhiệt độ, các thông số theo dõi và ghi chép vào hồ sơ bệnh án. Thực hiện việc lấy bệnh phẩm, làm các xét nghiệm theo y lệnh.
- Báo cáo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị, tin tưởng vào chuyên môn.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình giữ vệ sinh vùng da khỏi bị bỏng.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY MÒN DO BỎNG**I. MỤC ĐÍCH**

- Dự phòng các biến chứng và khắc phục các biến chứng ở người bệnh suy mòn bỏng.
- Chăm sóc toàn diện, nâng cao thể trạng người bệnh, tạo điều kiện cho người bệnh bỏng nặng phục hồi nhanh.

III. CHUẨN BỊ**1. Phương tiện:**

- Huyết áp, nhiệt kế, dụng cụ thay băng, bông, băng, gạc, thuốc thay băng, các loại ống thông.
- Máy thở, máy hút, máy khí dung, bình oxy, thuốc dây, cân, đệm chống loét.

2. Người bệnh:

Động viên người bệnh và gia đình người bệnh cùng cộng tác.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Theo dõi chăm sóc toàn thân:**

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh hàng ngày, ghi vào bảng theo dõi, kịp thời báo cáo với bác sĩ. Theo dõi màu da, niêm mạc, trạng thái phù thiếu dưỡng, trạng thái tinh thần kinh.
- Theo dõi phân, nước tiểu (số lượng, tỉ trọng, màu sắc...)
- Cân nặng, mức độ ăn uống.

2. Nuôi dưỡng người bệnh suy mòn bỏng:**a. Bằng phương pháp ăn uống:**

- Cho ăn thức ăn nhiều đạm, đủ calo

- Thức ăn dễ tiêu hoá.
- Dùng các loại men tiêu hoá theo chỉ định.
- Nếu người bệnh không tự ăn được phải đặt ống thông dạ dày và bơm các loại thức ăn lỏng.

b. Bằng phương pháp truyền dịch để nuôi dưỡng người bệnh:

- Truyền máu, huyết tương, albumin.
- Truyền đạm, lipid.

3. Thay băng hàng ngày:

- Giải thích cho người bệnh biết việc làm.
- Đưa người bệnh đến buồng thay băng hoặc thay băng tại giường.
- Đặt người bệnh tư thế thuận tiện cho việc thay băng.
- Có phương tiện để đựng băng gạc bẩn.
- Dùng kéo, kẹp bỏ băng gạc bẩn.
- Dùng hai kẹp phẫu tích thay băng theo nguyên tắc vô khuẩn.
- Lau khô vết bỏng, đắp gạc thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Băng kín vết thương.

4. Tập vận động: để tránh loét các điểm tì, sai lệch khớp, tránh biến chứng viêm phổi.

- Giải thích và động viên để người bệnh cùng phối hợp.
- Xoa bóp chi, tập vận động các chi.
- Tập cho người bệnh ngồi dậy, vận động, đi lại.
- Có thể cho người bệnh nằm nghiêng, nằm sấp tùy vào vị trí vết bỏng, để tránh tì đè.
- Dùng bột tale xoa bóp các điểm tì đè để bị loét: vùng cùi chỏ, xương sống, xương bả vai, xương sọ...
- Tập vận động đi lại nhẹ nhàng tại chỗ, sau đó đưa đến buồng tập vận động liệu pháp, để tránh cứng các khớp khi phải nằm bất động lâu ngày.

5. Chống nhiễm khuẩn: tắm cho người bệnh theo quy trình.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh trong ngày.
- Phương pháp chăm sóc theo dõi.
- Kết quả sau khi tiến hành các phương pháp.
- Cần báo cáo đầy đủ với bác sĩ hàng ngày để có chỉ định phương pháp điều trị hợp lý.

5. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ CẮT HOẠI TỬ SỚM, MỔ CẮT CỤT CHI, THÁO KHỚP Ở NGƯỜI BỆNH BỎNG.

I. MỤC ĐÍCH

Chuẩn bị đầy đủ (bệnh án, người bệnh) cho cuộc mổ, phát hiện các bất thường trước mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ theo dõi người bệnh (nhiệt kế, bộ đo huyết áp, bộ thụt tháo, bơm tiêm, xe đẩy người bệnh...).
- Bộ dụng cụ thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tuân thủ theo nguyên tắc chung chuẩn bị người bệnh cho trước mổ.

1. Kiểm tra, hoàn thành các xét nghiệm thường quy và cần thiết cho một cuộc mổ:

- Sinh hoá,
- Huyết học, thử phản ứng thuốc, X quang.

2. Kiểm tra đơn xin mổ: động viên tinh thần người bệnh.**3. Thực hiện y lệnh trước mổ: cho người bệnh uống hoặc tiêm tiền mê.****4. Trước mổ 4 giờ không ăn uống. Nếu cần: thụt tháo trước mổ.**

Sáng ngày mổ: đại tiểu tiện trước mổ, nhịn ăn, nhịn uống.

5. Chuẩn bị tại chỗ:

- Vết bông được xử trí rửa sạch theo quy trình. rửa sạch bằng nước muối sinh lí 9‰, đắp một lớp gạc tẩm dung dịch berberin 1‰ hoặc dung dịch betadin 10%.
- Chuẩn bị vùng cho da (nếu có ghép da).
- Trước ngày mổ: rửa sạch bằng nước xà phòng, cạo sạch lông, tóc (nếu lấy da ở đầu), sau lau khô.
- Buổi sáng trước khi đi mổ: sát trùng lại vùng cho da bằng cồn 70°, băng kín lại.

6. Trước khi đưa người bệnh đi mổ:

- Kiểm tra lại toàn bộ hồ sơ bệnh án, lĩnh máu nếu có.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp và diễn biến bất thường khác.
- Đưa người bệnh lên phòng mổ bằng xe đẩy.
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho phòng mổ.

7. Đối với người bệnh mổ tháo khớp, cắt cụt chi:

- Phát hiện biến chứng trước mổ: nhiễm khuẩn kị khí, tổn thương kèm vết thương gãy xương, viêm mủ khớp...
- Theo dõi tình trạng viêm nề tại vết bông, tuần hoàn ngoại vi chi thể.
- Sẵn sàng phương tiện cấp cứu chảy máu: dây garô, bộ dụng cụ tiểu phẫu...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo phẫu thuật viên các công việc đã làm và tình trạng người bệnh.
- Ghi chép mạch, nhiệt độ, huyết áp và các công việc đã làm vào bệnh án.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhịn ăn uống trước mổ theo quy định.
- Gửi lại tiền, đồ trang sức quý trước khi đi mổ.

**6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẮT HOẠI TỬ SỚM,
MỔ CẮT CỤT CHI, THÁO KHỚP Ở NGƯỜI BỆNH BÔNG**

I. MỤC ĐÍCH

Kịp thời phát hiện các biến chứng sau mổ và thực hiện các y lệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ theo dõi người bệnh sau mổ (buồng hậu phẫu, máy hút, huyết áp, nhiệt độ...).
- Có bộ dụng cụ thay băng, bộ tiểu phẫu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tuân thủ theo nguyên tắc chung: chăm sóc theo dõi người bệnh sau mổ.

1. Tình trạng toàn thân và các cơ quan

Theo dõi:

- Ý thức: đã tỉnh táo hoàn toàn chưa? còn li bì, hôn mê hoặc kích thích, cuồng sáng...
- Hô hấp:
 - + Duy trì thở oxy theo y lệnh, phát hiện tình trạng thiếu oxy cấp (môi tím tái, da niêm mạc nhợt...).
 - + Phát hiện suy hô hấp cấp, co thắt đường hô hấp.
 - + Lưu thông đường thở, hút đờm dãi.
- Tuần hoàn: kiểm tra mạch và huyết áp.
- Tiêu hoá:
 - + Nôn, buồn nôn: cho người bệnh nằm đầu nghiêng một bên.
 - + Bụng chướng: đặt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Phát hiện cầu bàng quang, theo dõi số lượng nước tiểu.
- Thân nhiệt:
 - + Nếu sốt cao: hạ nhiệt.
 - + Hạ thân nhiệt, rét run: ủ ấm.
- Khi người bệnh tỉnh táo hoàn toàn mới cho ăn uống nhẹ.
- Theo dõi dịch truyền, nhất là truyền máu sau mổ.
- Thực hiện y lệnh.

2. Theo dõi tại chỗ:**a. Sau mổ cắt hoại tử bông:**

- Theo dõi tình trạng chảy máu sau mổ như máu thấm qua gạc, hoặc chảy ứ đọng gạc, kèm theo hội chứng mất máu. Xử trí:
 - + Kê cao chi, băng ép.
 - + Báo bác sĩ kịp thời kiểm tra khâu buộc cầm máu.
- Theo dõi diễn biến bông, thay băng theo quy trình.

b. Sau mổ cắt cụt và tháo khớp:

Theo dõi và phát hiện:

- Chảy máu sau mổ, sẵn sàng phương tiện cầm máu cấp cứu: dây ga rô.
- Phù nề chi tại mỗm cụt và vùng da lành.
- Nhiễm khuẩn mỗm cụt, đặc biệt nhiễm khuẩn kỵ khí.
- Thay băng hằng ngày theo quy trình, rửa mỗm cụt bằng các dung dịch sát khuẩn (betadin, cồn iod). Dùng gạc ép hết máu tụ, không khí, mủ đọng. Nếu mỗm cụt hở: rửa oxy già, thuốc tím... Khi có chỉ định đắp các thuốc sát khuẩn.
- Kiểm tra đường khâu, rửa dẫn lưu và rút dẫn lưu theo chỉ định.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng toàn thân (tĩnh táo hoàn toàn) và tại chỗ, ghi chép diễn biến vào bảng theo dõi.
- Báo cáo với phẫu thuật viên, đặc biệt khi có biến chứng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Bàn giao theo dõi người bệnh theo chế độ chăm sóc sau mổ.
- Khi người bệnh tỉnh hoàn toàn mới cho uống sữa hoặc ăn loãng
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

7. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ GHÉP DA**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh.
- Đảm bảo da ghép sống tốt.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Dụng cụ để tắm cho người bệnh: bồn tắm, vòi tắm...
- Dao cạo.

- Dụng cụ cần thiết theo dõi người bệnh: nhiệt kế, huyết áp kế...
- Dụng cụ thay băng.

2. Nhân viên y tế:

Hai y tá- điều dưỡng chuyên ngành ngoại bỏng hoặc ngoại.

3. Người bệnh:

Động viên người bệnh yên tâm khi đi mổ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ngày trước mổ

- Tắm cho người bệnh.
- Cạo lông vùng lấy da (theo chỉ định của bác sĩ), cạo lông mu, nếu lấy da ở bụng đùi, cạo lông nách nếu lấy da ở cánh tay, cắt tóc cạo trọc đầu nếu lấy da đầu.

2. Sáng ngày mổ:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.
- Thụt tháo nếu có chỉ định.
- Thay băng vùng ghép da: đắp một lớp gạc berberin 1⁰/₀₀.
- Sát trùng cồn 70⁰, băng vô trùng vùng lấy da.
- Tiêm thuốc tiền mê (theo chỉ định).
- Chuyển người bệnh lên phòng mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép mạch, nhiệt độ, huyết áp và các công việc đã làm vào bệnh án.
- Báo cáo phẫu thuật viên về tình trạng người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhịn ăn uống sáng trước mổ.
- Gửi lại tiền, đồ trang sức quý trước khi đi mổ.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GHÉP DA

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo da ghép sống tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Dụng cụ cần thiết theo dõi người bệnh và cấp cứu.
- Dụng cụ thay băng.

2. Nhân viên y tế:

Hai y tá - điều dưỡng chuyên ngành bỏng hoặc ngoại khoa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Ngày mổ:**

- Nhận bàn giao tình trạng người bệnh với phòng mổ.
- Đón người bệnh về buồng hậu phẫu.
- Đo và theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Nếu người bệnh bị nôn: cho nằm đầu nghiêng về một bên, lau hút đờm dãi, chất nôn..

2. Ngày sau mổ:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch theo chỉ định.
- Thay băng vùng ghép da: nhẹ nhàng tháo bỏ các lớp gạc, đặc biệt lớp gạc trong cùng, không để bong cả mảnh da ghép lên.
- Vùng lấy da: nhẹ nhàng tháo các lớp gạc, để lại lớp gạc trong cùng, sấy khô.
- Kê cao chân, tay để vùng lấy da không chạm vào vải trải.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Đánh giá khả năng bám dính của mảnh da ghép.
- Ghi bệnh án: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Báo cáo bác sĩ về tình trạng người bệnh và những diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi người bệnh tỉnh mới cho người bệnh uống sữa hoặc ăn thức ăn lỏng, dễ hấp thu.
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG ĐIỆN**I. MỤC ĐÍCH**

- Cứu sống được người bệnh khi bị điện giật.
- Hạn chế và dự phòng được các biến chứng nguy hiểm đối với người bệnh.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Các phương tiện cấp cứu ngừng tuần hoàn, hô hấp, dây garô.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Cấp cứu và chăm sóc tại nơi xảy ra tai nạn:**

- Nhanh chóng ngắt dòng điện, cắt cầu giao, lấy bỏ cầu chì, dùng vật không dẫn điện gạt người bệnh tách khỏi luồng điện.
- Nếu có ngừng tim, ngừng hô hấp thì phải ép tim ngoài lồng ngực, hô hấp nhân tạo:
 - + Đặt người bệnh nằm ngửa trên ván cứng, chân cao giúp máu dồn về tim.
 - + Cấp cứu viên quỳ một bên nạn nhân ngừng tim.
 - + Đặt hai gốc bàn tay lên 1/3 dưới của xương ức, tay này chống lên tay kia, các ngón tay, bàn tay dưới xuôi theo xương ức, hướng về nạn nhân.
 - + Dồn sức nặng của thân mình qua hai gốc bàn tay ấn xuống lồng ngực nạn nhân 60-80 lần / phút. Cùng lúc người thứ hai làm động tác hô hấp nhân tạo (từ 16 đến 18 lần/phút)

2. Chăm sóc, điều trị sốc bỏng:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi nước tiểu: số lượng, màu sắc, độ pH, tỉ trọng. Lấy nước tiểu làm xét nghiệm tế bào, cặn lắng.

3. Thay băng hàng ngày:

- Thay băng rửa vết thương bằng nước muối sinh lý 9‰.
- Cắt lọc dần phần da, cơ hoại tử.
- Không cắt bỏ những mạch máu, thần kinh bị lộ ra ở buồng băng.
- Dùng các loại màng sinh học phủ lên ổ khuyết khi đã cắt bỏ hoại tử.
- Phát hiện những dấu hiệu bất thường báo cho bác sĩ.

4. Theo dõi chảy máu thứ phát:

- Đặt garô chèn phía trên chi thể bị bỏng.
- Giải thích cho người nhà và gia đình người bệnh cùng phối hợp để theo dõi.
- Khi có chảy máu, garô ngay và báo cáo bác sĩ xử trí.
- Trong trường hợp không có garô dùng các ngón tay chèn đường đi của các động mạch.

5. Theo dõi tiến triển của vùng bỏng sâu hoại tử thứ phát.**6. Tập vận động:**

- Đối với những người bệnh bỏng nặng vùng chi thể tập cho người bệnh vận động tại chỗ tránh ứ đọng.
- Những người bệnh bỏng vùng khớp, các ngón chân, tay tập vận động, xoa bóp hàng ngày, kết hợp lí liệu pháp làm cho khớp mềm mại.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá ghi chép tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh vào phiếu theo dõi vào chăm sóc.
- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo với bác sĩ để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh an tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh đảm bảo chế độ ăn giàu dinh dưỡng, chế độ vệ sinh cá nhân.
- Hướng dẫn người bệnh luyện tập phục hồi chức năng các khớp.

**10. DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH BỊ BỎNG
ĐƯỢC NUÔI BẰNG ỐNG THÔNG DẠ DÀY****I. MỤC ĐÍCH**

Ở những người bỏng vừa hoặc nặng khi có rối loạn tiêu hoá luôn lợm giọng, buồn nôn, nôn, không thèm ăn, không chịu ăn nhưng không có các biến chứng cấp đường tiêu hoá, không bị chướng dạ dày- ruột có chỉ định nuôi người bệnh bằng dung dịch nuôi qua ống thông dạ dày nhằm mục đích đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh, phòng chống suy mòn bỏng.

II. CHUẨN BỊ

- Ống thông cho ăn bằng chất dẻo, mềm (poliethilene) dài 1mét đến 1,5 mét, cỡ đường kính chọn phù hợp theo lứa tuổi.
- Ống thông vô khuẩn, bôi vaselin hoặc glycerin vô khuẩn cho trơn, được bọc trong một túi nilon vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ: hệ thống ống nhỏ giọt và chai đựng dịch nuôi treo trên một cái giá di động.
- Dịch nuôi đựng trong chai theo số lượng: 500ml - 1000ml theo y lệnh. *Dịch nuôi được bộ phận dinh dưỡng của bệnh viện tự pha chế theo các công thức đã quy định hoặc các dịch nuôi được các hãng dược phẩm pha chế sẵn như: aminopeptid, Dextrosol, dung dịch đạm thủy phân... Tất cả các dịch nuôi phải được bảo đảm theo các quy tắc an toàn thực phẩm một cách nghiêm ngặt chỉ được pha trước khi nuôi (nếu bảo quản phải để ở tủ lạnh).*
- Một số dụng cụ theo dõi chăm sóc như: nước uống, ca, chậu, khăn, huyết áp kế, nhiệt độ...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám người bệnh: đếm mạch, huyết áp động mạch, nhiệt độ.
- Kiểm tra vùng miệng mũi, vùng ổ bụng. Lau sạch vùng mũi, mồm.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Tư thế người bệnh ngồi, đầu cúi về phía trước, trải một khăn che lên phía bụng và đùi người bệnh.

- Đánh dấu chiều dài của ống thông cho ăn (bằng cách đo từ cánh mũi vòng qua dải tai cùng bên tới mỏm xương ức, tương ứng với tâm vị).
- Cho ống thông qua đường lỗ mũi một cách nhẹ nhàng, khi ống xuống tới họng người bệnh làm động tác nuốt để ống tự xuống qua thực quản rồi qua tâm vị vào tới dạ dày. Khi ống đã vào tới dạ dày (chiều dài ống vào được ở người lớn thường là từ 50-60cm).
- Nếu người bệnh buồn nôn khi ống vào tới họng, ho sặc sụa và tím tái hoặc ống bị quăn vòng ngay tại họng mà không xuống thực quản được, rút ống ra và làm lại.
- Kiểm tra xem ống đã chắc chắn vào đúng dạ dày bằng cách sau:
 - + Hút dịch vị dạ dày: dùng bơm tiêm hút nếu có dịch dạ dày chắc chắn là được.
 - + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước, nếu không sủi bọt chắc chắn là được.
- Sau đó dùng băng dính cố định đầu ngoài ống thông vào má hoặc trán.
- Nối ống thông và mở hệ thống nhỏ giọt để tốc độ chảy 30 đến 60 giọt/phút (như thế cứ 2 giờ sẽ đạt 150-200ml dịch nuôi vào dạ dày). Trong 24 giờ nuôi 4-6 lần như trên. Những ngày đầu chỉ nuôi 500ml/24giờ. Từ ngày thứ 5 trở đi, tăng dần lượng dịch nuôi hàng ngày lên tới 1000ml rồi 2000ml đến 3000ml. Mức tối đa có thể tới 4000ml/24giờ nhưng số lượng này tùy mức thích nghi chịu đựng của từng người bệnh.
- Không nên cho người bệnh ăn quá nhiều ngay từ đầu vì người bệnh dễ bị tiêu chảy. Nếu bị tiêu chảy phải giảm số lượng dịch nuôi. Các chai dịch nuôi ngay trước khi dùng phải được ngâm ấm lên tới 38°C để khi vào dạ dày không gây hạ nhiệt khó tiêu hoá.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi nhỏ giọt đợt 1 (2 giờ đầu) cần lấy mạch, đo huyết áp động mạch, đo nhiệt thân, xem tình trạng ổ bụng và trạng thái hô hấp, hỏi cảm giác người bệnh rồi ghi hồ sơ và báo cáo.
- Những đợt nuôi tiếp theo vẫn cần theo dõi tốt để tránh các biến chứng như ống thông vào đường thở, việc đặt ống thông liên tục nhiều ngày ở người bệnh suy mòn bông có thể gây biến chứng loét thủng thành thực quản.
- Hàng ngày cần theo dõi kết quả nuôi dưỡng (da, niêm mạc, cân nặng...) và cần chăm sóc vệ sinh miệng, họng, mũi và báo cáo bác sĩ điều trị.
- Khi thời nuôi dưỡng theo y lệnh, thì rút ống thông ra và ghi vào bệnh án.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH VÀ NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn người bệnh không được tự động rút ống thông ra vì khó chịu.
- Hướng dẫn người thân chăm sóc chú ý theo dõi tình trạng thở, chướng bụng, tiêu chảy để báo cáo.

11. THEO DÕI CHĂM SÓC BỎNG TRẺ EM

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi các triệu chứng: phòng tránh và phát hiện các biến chứng.
- Chăm sóc, nuôi dưỡng và vệ sinh cho trẻ.

II. CHUẨN BỊ

- Có đầy đủ dụng cụ theo dõi người bệnh bỏng nặng: nhiệt kế, bộ đo huyết áp....
- Làm tốt công tác tiếp xúc với bệnh nhi và gia đình.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Theo dõi toàn thân và các cơ quan, phát hiện và xử trí kịp thời các cấp cứu.

1. Toàn thân:

- Theo dõi thân nhiệt. Nếu có sốt phải theo dõi tính chất cơn sốt (sau thay băng, rét run từng cơn...).
- Tình trạng da và niêm mạc: phát hiện các biểu hiện như thiếu oxy, xuất huyết dưới da, nốt ecthyma, da và niêm mạc vàng (cần có chế độ cách li trong khi chờ chẩn đoán xác định).
- Phù nề toàn thân, theo dõi cân nặng (để phòng truyền nhiễm dịch gây phù phổi cấp).
- Co giật (do sốc bỏng, do sốt cao, do hạ đường máu...).
- Hạ thân nhiệt: vã mồ hôi, chân tay lạnh.

2. Tâm thần kinh:

Theo dõi các biểu hiện:

- Li bì, thờ ơ, giảm cảm giác.
- Mê sảng, quấy khóc, vật vã (sốc bỏng, sốc nhiễm khuẩn).

3. Tuần hoàn:

- Theo dõi mạch (tần số, trương lực), huyết áp.
- Phát hiện huyết áp hạ (sốc) hoặc tăng (nhất là cơn tăng huyết áp kịch phát ở trẻ em sốc bỏng).
- Luôn đề phòng cơn tụt huyết áp, ngừng thở, ngừng tim ở người bệnh suy mòn nặng, nhiễm khuẩn huyết.

4. Tiêu hoá:

Theo dõi

- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, bỏ bú, ăn kém, chướng bụng.
- Đột ngột ăn khoẻ lên: không cho ăn quá no gây khó thở.
- Tình trạng đại tiện: táo bón, ỉa lỏng (số lần, tính chất).
- Tình trạng xuất huyết tiêu hoá (nôn ra máu, ỉa phân đen).
- Tình trạng bụng chướng: gây suy thở.

- Nếu nôn: cần để đầu trẻ nghiêng về một bên để tránh hít phải chất nôn và tránh chất nôn làm tắc đường hô hấp.

5. Hô hấp:

- Phát hiện suy hô hấp cấp: tím tái, thở nhanh nông trên 50 lần/ phút hoặc rối loạn hô hấp có chu kỳ.
- Dự phòng sặc sữa hoặc thức ăn và xử trí kịp thời.
- Theo dõi tần số hô hấp.
- Dự phòng viêm phổi phế quản: giữ ấm về mùa đông, vỗ rung lồng ngực.
- Bảo đảm lưu thông đường thở.

6. Theo dõi số lượng nước tiểu theo chỉ định: màu sắc nước tiểu, phát hiện cầu bàng quang.

7. Chăm sóc chống loét: tập vận động sớm, xoa bóp vùng tì đè, thay đổi tư thế.

8. Chăm sóc nuôi dưỡng:

- Ăn uống theo đường miệng, càng sớm càng tốt (cho bú sớm).
- Không phải kiêng, ăn tăng đậm, hoa quả.
- Nếu ăn qua ống thông: giữ vệ sinh thức ăn và dụng cụ cho ăn.

9. Vệ sinh thân thể:

- Vệ sinh miệng, răng, lưỡi: chú ý chống nhiễm nấm Candida albicans.
- Duy trì liệu pháp tắm.
- Giữ vệ sinh cơ thể, đặc biệt các vùng (nách, bẹn, sinh dục) tránh viêm da.
- Giữ không để dính phân và nước tiểu ra vết thương.

10. Chăm sóc theo dõi tại chỗ:

- Giữ vệ sinh vùng bông, thay băng theo quy trình.
- Phát hiện tình trạng xuất huyết, hoại tử thứ phát vết bông.

11. Theo dõi chăm sóc các dụng cụ:

- Theo dõi chăm sóc các dụng cụ: mớ khí quản, ống thông dạ dày, hậu môn, catheter, ống thông bàng quang... theo quy định.
- Duy trì tốt đường truyền, bảo vệ tốt đường tĩnh mạch.
- Theo dõi sát dịch truyền (quá nhiều gây phù não, phù phổi): tổng lượng dịch, thứ tự dịch truyền, tốc độ truyền dịch.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tại chỗ và toàn thân, ghi chép diễn biến vào bảng theo dõi - chăm sóc
- Bàn giao người bệnh theo chế độ quy định.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh và gia đình yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn giữ vệ sinh và chế độ ăn uống.

12. CHĂM SÓC, THEO DÕI NGƯỜI CAO TUỔI BỊ BỎNG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi các triệu chứng, diễn biến toàn thân và tại vùng bỏng.
- Kịp thời phát hiện các diễn biến khác thường, các biến chứng để xử trí kịp thời.
- Thực hiện các y lệnh điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chuẩn bị dụng cụ: bộ dụng cụ theo dõi người bệnh thông dụng như bộ đo huyết áp động mạch, nhiệt kế.
- Bô, vệt, ca, khăn, chậu, xà phòng, túi chườm, đệm chống loét, túi sưởi ấm.

2. Người bệnh:

Đánh giá mức độ tổn thương bỏng, diễn biến bệnh bỏng, bệnh khác kết hợp, tình hình tâm lý - xã hội - kinh tế qua bệnh án và hỏi gia đình người nhà.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hỏi người bệnh: họ tên, tình trạng ngủ, ăn, uống, đại tiểu tiện, đi lại, thở, nuốt, nóng lạnh, đau mỏi và một số yêu cầu của người bệnh, chú ý người già thường bị ngễnh ngãng khi nghe, mắt nhìn kém, có người ở trong tình trạng suy giảm trí tuệ, lẫn trí khôn, có người có rối loạn cơ vòng gây tiểu tiện không tự chủ.... có người xơ vữa mạch với cơn huyết áp cao.
- Khám người bệnh: nhìn da, niêm mạc phát hiện các vùng da bị tì đè thâm do nằm kéo dài, tiến hành rửa sạch bằng nước ấm với xà phòng, lau thấm khô rồi dùng đệm chống loét. Nếu có bột talc thì bôi rắc vào vùng da đó. Nếu có biểu hiện viêm loét cần thay băng rửa sạch, dùng gạc tẩm thuốc mỡ madhuxin đắp phủ đầy lên và thay băng hàng ngày theo y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Nếu phát hiện tiểu tiện không tự chủ phải làm vệ sinh vùng tầng sinh môn, đặt bô vệt và thay rửa kịp thời. Tránh để phân, nước tiểu gây nhiễm bẩn vào vết thương bỏng vùng lân cận.
- Nếu phát hiện tắc nghẽn đường thở do đờm dãi ứ trong khí phế quản, để người bệnh ở tư thế Fowler (nửa nằm, nửa ngồi, đầu nghiêng sang một bên), lau hút đờm dãi ở họng mũi, bảo đảm thông khí, động viên người bệnh tập ho, khạc nhổ đờm, tự thở đều, bảo đảm thoáng khí trong buồng bệnh.
Cần xoa bóp vùng nền ngực, hai bên lưng, giữ ấm vùng ngực, cổ khi thời tiết lạnh. Nếu viêm họng, ho thực hiện y lệnh về khí dung, dùng thuốc long đờm, giảm ho.
- An ủi động viên người bệnh.

- Bảo đảm việc dinh dưỡng cho người già, răng mọc, răng rụng bằng cách cho ăn thức ăn lỏng, mềm, dễ tiêu, hợp khẩu vị người già. Chú ý chống các rối loạn tiêu hoá, táo bón.
- Nếu có các biểu hiện bệnh kèm theo: cao huyết áp, tim mạch, đái tháo đường, hen phế quản, viêm khớp... hoặc có di chứng tai biến mạch máu não, liệt chi... cần thực hiện công tác theo dõi chăm sóc đặc biệt. Cần lưu ý người già có thể có những diễn biến đột ngột nên cần phải theo dõi chăm sóc thực hiện đúng y lệnh, nghiêm túc, chu đáo.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá:
 - + Diễn biến tại vết bỏng, vùng mổ, vùng ghép da...
 - + Diễn biến bệnh bỏng.
 - + Diễn biến các bệnh kèm theo.
- Ghi hồ sơ: các thông số theo dõi và diễn biến của người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ những diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình hiểu rõ về bệnh tật.
- Hướng dẫn chế độ ăn thích hợp với người già.
- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh tránh nhiễm khuẩn vùng bỏng.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG VÙNG MẶT

I. MỤC ĐÍCH

Mặt là vùng ghồ ghề, xương nhô ra (xương gò má), có các giác quan, các lỗ tự nhiên, có cơ quan hô hấp, tiêu hoá. Da vùng mặt có nhiều mạch máu nên khi bỏng thường phù nề rất mạnh, khi bỏng nông dịch xuất tiết thường đóng khô tạo vảy. Vùng mặt là nơi thẩm mỹ, biểu hiện cảm giác. Bỏng vùng mặt thường kèm theo bỏng hô hấp khi hít thở các khí khói nóng trong các buồng kín, các hầm sâu.

Mục đích chăm sóc bỏng vùng mặt:

- Theo dõi và phát hiện các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.
- Bộ dụng cụ thay băng (nĩa, kéo, bông, gạc).
- Lọ thuốc tra mắt cloramphenicol 4⁰/₁₀₀.
- Kéo cắt tóc, bộ dao cạo râu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Cần nhanh chóng phát hiện có biểu hiện bỏng hô hấp kèm theo:**

- Thường do bỏng lửa, bỏng trong phòng kín.
- Biểu hiện lông mũi, tóc, lông mày bị cháy sém.
- Người bệnh có biểu hiện khó nói, nói khàn hoặc không nói được.
- Nặng hơn: biểu hiện suy hô hấp (khó thở, môi tím tái, thở nhanh):
 - + Người lớn: trên 30 lần/phút.
 - + Trẻ em: trên 50 lần/phút.
- Khi có bỏng đường hô hấp: nguy cơ suy hô hấp luôn xảy ra, cần theo dõi sát (hộ lí cấp I).

2. Theo dõi tình trạng phù nề vùng mặt:

- Phù nề rất to trong 3 ngày đầu, có thể dẫn đến nguy cơ chèn ép đường thở.
- Phát hiện triệu chứng chèn ép đường thở, người bệnh có biểu hiện suy hô hấp: báo cáo ngay bác sĩ.
- Cho người bệnh nằm đầu cao (tư thế Fowler).
- Phân biệt với phù nề do truyền dịch:
 - + Liên quan lượng dịch và vị trí truyền dịch vùng đầu.
 - + Biểu hiện phù nề rõ hai mi mắt và phù nề toàn thân.

3. Chăm sóc theo dõi vết thương bỏng vùng mặt:*a. Bỏng nông:*

- Có thể để hở, dịch xuất tiết đóng khô tạo vảy.
- Theo dõi tình trạng dịch tiết, dịch mủ. Nếu có mủ đọng dưới vảy: xử trí như vết bỏng nhiễm khuẩn.
- Khi vảy khô, không nhiễm khuẩn: bôi các mỡ kháng sinh, mật ong, glycerinborat 3% ở hai bên miệng.
- Khi vảy bong: kịp thời cắt bỏ vảy.

b. Bỏng sâu:

- Băng kín, điều trị theo phác đồ điều trị vết bỏng nhiễm khuẩn.
- Theo dõi dịch tiết, mủ, băng bỏng gác vừa đủ dày, không để thấm qua gạc, chảy qua gạc vào các lỗ: mũi, tai, miệng hoặc chảy vào mắt.
- Băng kín vết bỏng nhưng không che kín các giác quan, lỗ tự nhiên.

c. Vệ sinh vết bỏng theo quy định:

- Cạo tóc, cạo râu, đặc biệt trước khi đi mổ.
- Định kì tắm, gội đầu: 1-2 ngày / lần, bằng các dung dịch xà phòng diệt khuẩn.

4. Chăm sóc theo dõi bỏng ở vị trí đặc biệt trên mặt:*a. Bỏng tai:*

- Bỏng có nốt phỏng, bỏng sâu nên băng kín.
- Nút bông lỗ tai tránh dịch xuất tiết, mủ chảy vào.
- Khi bỏng sâu có tổ chức hạt: nút ống polyethylen tránh dính gây bịt lỗ tai.

- Phát hiện triệu chứng viêm sưng vành tai: tai sưng to nóng đỏ, có điểm mủ đọng, bờ sưng vành tai màu trắng. Toàn thân thường kèm theo sốt: báo bác sĩ, thực hiện y lệnh.

b. Bông mắt:

- Tra thuốc theo đơn của bác sĩ chuyên khoa mắt.
- Thường xuyên có bông thấm dịch mủ, dịch xuất tiết từ vết bông mắt.
- Thấm bông không để dịch mủ từ vết bông xung quanh chảy vào mắt, tra rửa mắt bằng cloramphenicol 4⁰/₁₀₀ 4-6 lần/ ngày.
- Phát hiện bông sâu gây co kéo làm lộn mi: mắt không nhắm kín, nhìn thấy củng mạc, phải báo bác sĩ ngay.
- Cấp cứu bông hoá chất:
 - + Dùng dung dịch đệm (đệm photphas, đệm citric) là tốt nhất cho cả bông do kiềm, do acid. Nếu không có: dùng dung dịch đẳng trương 9‰, nước sạch, nước cất rửa liên tục tới khi pH của dịch tiết (đo bằng giấy quỳ) trung tính.
 - + Với bông do vôi bột, vôi cục: cần gấp bỏ nhẹ nhàng sau đó mới rửa.
 - + Chuyển bác sĩ chuyên khoa xử trí sau khi sơ cứu.

c. Bông mũi:

- Thấm, lau thường xuyên không để dịch xuất tiết, mủ chảy vào lỗ mũi.
- Nếu bông sâu gây khuyết hụt một phần mũi: đặt một miếng polyethylen tránh gây dính, co kéo tắc lỗ mũi.
- Bông niêm mạc mũi: yêu cầu thường xuyên làm thông thoáng đường thở:
 - + Hút dịch xuất tiết, mủ máu: yêu cầu nhẹ nhàng không gây chảy máu.
 - + Tra rửa dung dịch sát khuẩn: cloramphenicol 4⁰/₁₀₀.
 - + Gấp bỏ nhẹ nhàng các cục dị vật, dịch xuất tiết khô tạo cục.
 - + Luôn theo dõi để phòng suy hô hấp cấp.

d. Bông miệng:

- Thấm lau thường xuyên không để dịch xuất tiết, mủ ở vết bông lân cận chảy vào miệng.
- Giữ vệ sinh răng miệng: xúc miệng, đánh răng sau khi ăn, không để thức ăn rơi, chảy vào vết bông xung quanh.
- Bông sâu vùng miệng: khi băng nhớ tách hai mép của môi.
- Bông niêm mạc miệng: xúc miệng ngay bằng nước sạch, nước muối. Sau đó nếu bông do hoá chất: xúc miệng bằng dung dịch trung hoà nhẹ (nước vôi nhè, natribicacbonat 3-5% với bông do acid; chanh, đường, sữa (acid nhẹ) và acid boric 3-5% với bông do kiềm).
- Những ngày sau xúc miệng bằng dung dịch sát khuẩn nhẹ: glycerin borat 3 - 5% bôi mặt ong...
- Luôn ghi nhớ bông niêm mạc miệng thường kèm theo bông đường tiêu hoá: điều trị theo phác đồ.

5. Chăm sóc tâm lý:

Làm tốt công tác tâm lý liệu pháp đặc biệt ở lần soi gương đầu tiên và với phụ nữ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.
- Ghi chép diễn biến vào bảng theo dõi chăm sóc, đặc biệt chú ý trạng thái hô hấp.
- Báo cáo bác sĩ nếu phát hiện dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh an tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình giữ vệ sinh, tránh nhiễm khuẩn nhất là vùng răng, miệng, mắt...

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÔNG BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

Phục hồi chức năng vận động và cảm giác của bàn tay.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ thay băng vô khuẩn: bông băng gạc vô khuẩn.
- Nhân viên y tế: mặc quần áo công tác, rửa tay và đi găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thay băng vô khuẩn vùng bàn tay bị bông theo quy trình.
- Đặt lớp gạc thuốc đắp tại chỗ vào các khe kẽ ngón tay để tránh hiện tượng dính các ngón tay sau này.
- Đặt bàn và ngón tay ở tư thế cơ năng: chèn vào gan tay một nắm gạc bông vừa phải, bàn tay để ở tư thế nửa sấp nửa ngửa.
- Treo tay cao để giảm phù nề.
- Tập vận động sớm các khớp ngón tay, bàn tay để tránh cứng khớp và dính khớp.
- Đối với bông sâu vùng bàn ngón tay, cần báo cáo cho bác sĩ ngay để sớm tiến hành rạch hoại tử bông tránh hiện tượng chèn ép kiểu garô.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá: tình trạng vết bông giảm phù nề, hiện tượng biểu mô hoá tốt.
- Theo dõi ghi hồ sơ: tình trạng phù nề, dính khớp, cứng khớp.
- Báo cáo bác sĩ điều trị khi phù nề bàn ngón tay tăng dần, hoặc khi có chảy máu do tổn thương các mạch máu ở ngón tay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh vết bỏng.
- Hướng dẫn người bệnh tập vận động bàn, ngón tay.
- Treo tay cao để giảm phù nề.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG TẦNG SINH MÔN**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo vệ sinh vết bỏng vùng tầng sinh môn.
- Hạn chế nhiễm khuẩn vết bỏng do các vi khuẩn xâm nhập từ đường tiêu hoá.

II. CHUẨN BỊ**1. Chuẩn bị dụng cụ:**

- Dụng cụ thay băng vô khuẩn, thuốc rửa vết bỏng, thuốc đắp tại chỗ vết bỏng.
- Băng băng, gạc vô khuẩn.

2. Nhân viên:

Trước khi thay băng phải rửa tay vô khuẩn và đi găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Thay băng hàng ngày theo quy trình:**

- Dùng bông cầu thấm dung dịch natriclorid 0,9% hoặc dung dịch rivanol 1%, dung dịch berberin 1⁰/₁₀₀ hoặc dung dịch povidin 3%.
- Rửa vết bỏng vùng tầng sinh môn từ vùng sạch đến vùng bẩn, cuối cùng rửa vùng hậu môn.
- Thấm khô vùng bỏng bằng gạc vô khuẩn.
- Đối với bỏng nông: để hở hoặc bán hở theo chỉ định.

2. Theo dõi trong ngày:

Sau mỗi lần người bệnh đi vệ sinh, cần phải rửa lại tầng sinh môn như các bước khi thay băng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết bỏng: không để nước tiểu và phân dính vào vết thương bỏng.
- Theo dõi ghi hồ sơ: số lần tiểu tiện và đại tiện, tình trạng nhiễm trùng vết bỏng.
- Báo cáo bác sĩ khi người bệnh tiêu chảy nhiều lần để cho thuốc chống tiêu chảy hạn chế phân dính vào vết bỏng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh cần giữ vệ sinh tốt mỗi lần đi vệ sinh, tránh làm dính phân và nước tiểu vào vết bông.

**16. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ
DI CHỨNG BÔNG VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH****I. MỤC ĐÍCH**

Phẫu thuật người bệnh di chứng bông và phẫu thuật tạo hình là loại phẫu thuật có chuẩn bị trước về mọi mặt để đảm bảo an toàn tính mạng và kết quả của phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

- Hồ sơ bệnh án, kiểm tra các thủ tục về bệnh án, tư trang, viện phí... buồng bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh làm xét nghiệm đầy đủ.
- Kiểm tra cân nặng, mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.
- Vệ sinh vùng lấy da và ghép da sau cắt sẹo hoặc tạo hình.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn người bệnh nhịn ăn để làm các xét nghiệm cơ bản.
- Cần người bệnh, thử phản ứng thuốc tại khoa.
- Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- * *Trước ngày phẫu thuật:*
 - Nếu là phụ nữ: hỏi xem có bị hành kinh không? phải kiểm tra cụ thể để phòng người bệnh không dám nói.
 - Vệ sinh vùng mổ: theo hướng dẫn của bác sĩ.
 - Ví dụ: tắm, cạo lông vùng lấy da, băng vô trùng. Cắt móng tay, móng chân (nếu ở vùng cần phẫu thuật).
- * *Ngày mổ:*
 - Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - Tiêm thuốc tiền mê (nếu có)
 - Mặc quần áo người bệnh và đưa lên phòng mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo cho bác sĩ biết về tình trạng người bệnh: ho, sốt... hoặc có xét nghiệm nào nghi ngờ.
- Phụ nữ bị hành kinh thì có kế hoạch xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tối ngày trước mổ: phải nghỉ tại khoa, uống thuốc (nếu có).
- Động viên người bệnh yên tâm khi lên bàn mổ.
- Buổi sáng trước khi mổ phải nhịn ăn, uống, thụt tháo (nếu có chỉ định).
- Để lại tất cả tiền, đồng hồ, hoặc các đồ trang sức cho người nhà giữ hoặc gửi tại khoa (có 02 nhân viên chứng kiến và có giấy biên nhận).

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ DI CHỨNG BÔNG VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

I. MỤC ĐÍCH

Để đảm bảo cho kết quả phẫu thuật và xử trí kịp thời sau phẫu thuật.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Ngày mổ:**

- Đón người bệnh về buồng hậu phẫu.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch, nhịp thở ghi vào bảng theo dõi.
- Ghi nhận bàn giao người bệnh với phòng mổ về thời gian và các số liệu kiểm tra.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ huyết áp theo giờ quy định.
- Theo dõi vùng mổ về: chảy máu, màu sắc tuần hoàn ở đầu chi (nếu phẫu thuật ở chi).
- Theo dõi tình trạng khó thở.
- Nếu người bệnh bị nôn: cho nằm nghiêng đầu, lau, hút đờm dãi.
- Theo dõi tình trạng tiểu tiện, đại tiện.
- Đặt nẹp cố định hoặc tham gia cùng bác sĩ làm nẹp bột.
- Tiêm truyền thuốc theo chỉ định.

2. Những ngày sau mổ:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp ngày 2 lần hoặc theo giờ tùy theo tình trạng người bệnh.
- Tình trạng chảy máu vùng mổ.
- Tuần hoàn chi, màu sắc ngón, tình trạng phù nề, đau tức tại vùng mổ.
- Thay băng, cắt chỉ từng phần theo chỉ định của bác sĩ.

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi ngay sau mổ và những ngày sau mổ, có điều gì bất thường phải báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Ghi hồ sơ các thông số phải theo dõi và tiến triển tại vùng mổ.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi người bệnh tỉnh mới cho người bệnh uống sữa hoặc ăn thức ăn lỏng, dễ hấp thu.
- Sau ăn, uống mà không bị nôn sẽ cho uống thuốc hoặc tiêm thuốc theo chỉ định.
- Hướng dẫn người bệnh giữ gìn vệ sinh vùng mổ, tập vận động vùng mổ ở khớp hoặc thời gian và cách đặt nẹp ở vùng mổ, nhất là trẻ em phải động viên kịp thời.

18. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ TẠO HÌNH DI CHỨNG BỎNG VÙNG MẶT CỔ

I. MỤC ĐÍCH

- Tạo hình vùng mặt cổ để phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh di chứng bỏng.
- Ở vùng mặt cổ có nhiều cơ quan chức năng: mắt, mũi, miệng, tai, tóc nên cần chuẩn bị chu đáo.

II. CHUẨN BỊ

Người bệnh:

- Nhìn ăn sáng để làm xét nghiệm.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng.
- Khám các chuyên khoa (nếu cần).
- Vệ sinh vùng cơ thể phải lấy da hoặc vùng mổ theo chỉ định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn người bệnh nhìn ăn để làm xét nghiệm.
- Cân người bệnh, thử phản ứng thuốc.
- Khi có xét nghiệm về dán vào bệnh án theo mẫu quy định.

** Trước ngày mổ:*

- Vệ sinh: tắm, cạo lông bằng vô trùng vùng lấy da, cắt tóc, cạo tóc (nếu có chỉ định)
- Nghỉ tại khoa.
- Uống thuốc (nếu có).

** Ngày mổ:*

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Tiêm thuốc tiền mê (nếu có).
- Nếu là nữ: cần đội mũ bịt tóc cho gọn (nếu không phải cắt tóc).
- Kiểm tra tư trang không được mang theo khi đi vào phòng mổ.
- Mặc quần áo người bệnh.
- Đưa người bệnh lên phòng mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cho bác sĩ biết nếu người bệnh: sốt, ho hoặc có xét nghiệm nào nghi ngờ, phụ nữ mới bị kinh nguyệt để có biện pháp xử trí.
- Báo cáo bác sĩ về tư tưởng người bệnh, họ có thể thay đổi muốn hoặc không muốn mổ ở vị trí này, vị trí khác trên mặt.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tối ngày trước mổ phải nghỉ tại khoa, không thức khuya, uống thuốc (nếu có).
- Động viên người bệnh yên tâm để mổ.
- Nhịn ăn, uống sáng ngày mổ.
- Để lại tất cả tiền đồng hồ, đồ trang sức cho người nhà giữ hoặc giữ tại khoa (có 2 nhân viên chứng kiến và có giấy biên nhận)

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TẠO HÌNH DI CHỨNG BÔNG VÙNG MẶT CỔ

I. MỤC ĐÍCH

Để đảm bảo cho tính mạng người bệnh và kết quả phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng hậu phẫu: có đầy đủ phương tiện như bộ tiểu phẫu, bông băng gạc, thuốc cấp cứu, máy hút, bình oxy.
- Dụng cụ đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, bảng ghi theo dõi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiếp nhận, bàn giao với phòng mổ về tình trạng người bệnh.
- Theo dõi, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo chỉ định của bác sĩ ghi vào phiếu theo dõi chăm sóc.
- Điều quan trọng cần theo dõi chăm sóc khi phẫu thuật vùng mặt cổ:
 - + *Tình trạng hô hấp* (nếu băng ép ở vùng cổ, phẫu thuật vùng mũi), bảo đảm lưu thông đường thở. Cần lau rửa ống thông đặt ở lỗ mũi người bệnh.
 - + *Tình trạng chảy máu sau mổ*: chảy máu tại mũi (có thể gây chảy máu tràn vào đường hô hấp), chảy máu ở các vết da chuyển.

*** Mổ vùng miệng:**

- Khi người bệnh chưa tỉnh hẳn hoặc bị nôn, chất nôn dễ bị tràn vào đường hô hấp, phải cho người bệnh nghiêng đầu, lau miệng. Chất nôn dễ ngấm vào bông gạc, gây nhiễm trùng phải thay băng lại.

* *Phẫu thuật vùng quanh mắt:*

- Cần nhỏ thuốc nước (chloromycetin) ngày 2 -3 lần, lau sạch dịch, rỉ mắt.
- Thay băng: là kỹ thuật có tính chuyên khoa thực hiện theo chỉ định của bác sĩ về thời gian và kỹ thuật để hở, bán hở, băng kín, thuốc sử dụng tại chỗ, cắt chỉ.

* *Chú ý: không để côn, dung dịch sát khuẩn chảy vào mắt, mũi, người bệnh.*

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Trong khi theo dõi người bệnh thay băng có vấn đề gì nghi ngờ (nhất là thay băng khi đầu) cần báo cho bác sĩ kiểm tra trực tiếp để xử lý kịp thời.
- Khi có điều gì bất thường cần báo ngay cho bác sĩ hoặc kíp trực biết để có biện pháp xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn khi ra viện cần giữ vệ sinh, giảm tiếp xúc với ánh sáng mặt trời ở vùng ghép da mặt, chế độ ăn uống.

20. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ DI CHỨNG BÔNG BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

Công tác điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước mổ di chứng bông bàn tay nhằm đảm bảo cho cuộc phẫu thuật tạo hình được thuận lợi với kết quả cả về chức năng và thẩm mỹ.

II. CHUẨN BỊ

- Khám bàn tay bị di chứng theo các loại sẹo (sẹo sơ, sẹo phì đại, sẹo lồi, sẹo gây co kéo, sẹo dính) và các mức độ khuyết phế tật để có kế hoạch chuẩn bị cho phẫu thuật.
- Nắm tình hình chung của người bệnh đã được mổ trước kia để chuẩn bị tư tưởng. Nếu mổ lấy vật da cần chuẩn bị tốt tư tưởng người bệnh.
- Chuẩn bị bộ dụng cụ vệ sinh chi thể (chậu nước, xà phòng, khăn, kéo cắt móng tay, dao cạo lông...) và bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn.
- Chuẩn bị theo y lệnh các loại nẹp bàn ngón tay thích hợp với người bệnh và loại phẫu thuật tạo hình bàn ngón tay. Chuẩn bị băng bột theo y lệnh.
- Chuẩn bị máu truyền theo y lệnh (nếu có).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vệ sinh vùng mổ: bàn ngón tay, kẽ tay, cắt các móng tay, rửa nước ấm, xà phòng, thấm khô, sát khuẩn cồn 70°C, sát khuẩn các đầu móng tay bằng cồn iod. Cần chú ý các kẽ hẹp chứa các ghét bụi. Sau khi làm vệ sinh sạch, băng lại (băng vô khuẩn).
- Vệ sinh vùng lấy da: tùy loại lấy da (mảnh mỏng, vừa, dày; vật da: tại chỗ, chuyển từ xa...) theo y lệnh làm vệ sinh vùng lấy da bao gồm: cạo lông, rửa da sạch bằng nước ấm xà phòng, lau khô sát khuẩn bằng cồn 70°C, băng vùng lấy da bằng gạc vô khuẩn kín.
- Chuẩn bị theo y lệnh:
 - + Các nẹp bàn ngón tay, các băng bột theo kích thước yêu cầu.
 - + Đo huyết áp động mạch, mạch, nhiệt độ, kiểm tra các xét nghiệm đặc biệt là máu đông, máu chảy.
 - + Thực hiện y lệnh của bác sĩ gây mê trước mổ
 - + Đáp ứng những yêu cầu của người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Sau khi hoàn tất chuẩn bị, ghi vào hồ sơ và báo cáo tổ trưởng điều dưỡng, bác sĩ điều trị và bác sĩ trực.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nhìn ăn sáng hôm mổ, không được ăn uống trước khi gây mê, không được tự bỏ các băng vô khuẩn tại vùng mổ và vùng lấy da.
- Hướng dẫn người thân thực hiện đúng những điều đã dặn người bệnh về chuyên môn trước mổ

21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ DI CHỨNG BÔNG BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

Bảo đảm kết quả của phẫu thuật tạo hình di chứng bông bàn tay cả về chức năng và thẩm mỹ.

II. CHUẨN BỊ

- Các bộ nẹp bàn ngón tay.
- Các phương tiện dụng cụ thay băng, cầm máu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.

- Theo dõi ý thức người bệnh, hỏi về các cảm giác đau, mất ngủ, kém ăn để báo cáo bác sĩ và chăm sóc hợp lý.
- Theo dõi vùng mổ:
 - + Phù, sưng, viêm nề, tụ máu, chảy máu, toác vết mổ, mủ vùng chân chỉ, hoại tử mảnh da, vạt da.
 - + Tình trạng tuần hoàn các ngón đặc biệt là vùng đầu móng ngón: theo dõi xem có tím, mất cảm giác hoặc cảm giác tê, nhức, đau, khó chịu, căng tức.
 - + Theo dõi vùng lấy da: viêm, nhiễm khuẩn, chảy máu, mủ.
 - + Theo dõi các chi được bó bột: tình trạng thiếu máu do bột bó chặt.
- Khi phát hiện các dấu hiệu bất thường phải báo cáo và xử trí theo y lệnh:
 - + Thay băng, cắt chỉ, cầm máu tại chỗ, băng bó sung...
 - + Nới lỏng băng, rạch mở rộng bột.
 - + Tháo mủ, dẫn lưu, băng thuốc kháng sinh, kháng khuẩn tại chỗ.
- Sau giai đoạn bất động để mảnh da ghép, vạt da ghép bám sống tốt, cần thực hiện y lệnh về vận động sớm các ngón, các khớp.
- Khi mảnh da hoặc vạt da đã sống bám tốt, chuẩn bị cho việc cắt chỉ hoặc phẫu thuật cắt cuống vạt da.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các theo dõi trên được ghi hàng ngày vào hồ sơ bệnh án và báo cáo cho bác sĩ.
- Theo dõi, phát hiện các dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình thực hiện nội quy, cách chăm sóc người bệnh theo đúng chế độ, đảm bảo chế độ dinh dưỡng, vệ sinh.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình vận động sớm các ngón tay, các khớp.

Chương X

UNG THƯ

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

Theo dõi, chăm sóc những người bệnh được loại bỏ khối u ra khỏi lồng ngực bằng các thủ thuật cắt đoạn phổi hoặc cắt lá phổi.

II. CHUẨN BỊ

Mổ phổi không phải là một loại phẫu thuật cấp cứu, có thể mổ phiên, chuẩn bị tốt thì kết quả càng khả quan. Người bệnh cần được theo dõi, chuẩn bị tỉ mỉ, chu đáo trước, trong và sau mổ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị trước mổ:

- Phải giải thích trước cho người bệnh để người bệnh an tâm và tin tưởng. Nắm được tình trạng cơ thể, tình trạng bệnh lý và những rối loạn chức năng đang có của người bệnh.
- Làm đầy đủ các xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng gan, điện giải, điện di protein, XQ, làm điện tim, đo chức năng hô hấp v.v...
- Cho người bệnh tập vận động, tập thở và ho khạc 3 lần/ngày.
- Bồi dưỡng, nâng cao thể trạng.

2. Chăm sóc sau mổ: quan trọng nhất là trong 24 giờ đầu.

- Sau khi mổ xong, cho người bệnh nằm tư thế Fowler.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, trong 6 giờ đầu: đo huyết áp, nhiệt độ, đếm mạch, đếm nhịp thở 30 phút/lần. Từ 6-12 giờ cứ 1 giờ 1 lần, sau 12 giờ: 2 giờ 1 lần đến hết 24 giờ.
- Ghi tần số mạch, nhịp thở, giá trị huyết áp lên phiếu theo dõi sau mổ.
- Nối ống dẫn lưu màng phổi vào bình hút, cho hút liên tục với áp lực - 20cm H₂O. Ngày sau có thể tăng áp lực lên - 40cm H₂O (nếu phổi chưa nở hết).
- Theo dõi số lượng máu, dịch hút ra trong bình. Nếu nghi ngờ có chảy máu trong thì phải theo dõi 30 phút - 1 giờ 1 lần.
- Phải đảm bảo hệ thống dẫn lưu được kín, thông suốt, hoạt động theo một chiều bằng van hoặc nhúng vào lọ nước, phải đảm bảo vô khuẩn và ghi vào phiếu sau mổ.
- Bảo đảm sự lưu thông của đường hô hấp: hút đờm dãi khi người bệnh thở khò khè, có đờm và dịch tiết. Chú ý làm sạch ống hút, bảo đảm vô khuẩn.

- Trong 24 giờ sau mổ cho thở O_2 lưu lượng 2 - 4 lít/phút. Sau 12 giờ nếu bệnh nhân thở tốt có thể giảm hoặc ngừng O_2 cho thở ngắt quãng, cứ 2 giờ cho thở một lần khoảng 1 giờ.
- Theo dõi việc truyền dịch, tốc độ truyền (30-60 giọt/phút tùy theo tình hình huyết áp), đo lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Sau khi người bệnh tỉnh, hướng dẫn người bệnh cử động các ngón tay, ngón chân, bàn tay, cổ tay, bàn chân, cổ chân, các khớp, các chi (trừ ở chi có truyền dịch), vận động nhẹ đầu cổ, xoa bóp nhẹ cho người bệnh (6 giờ 1 lần).
- Sau khi người bệnh trung tiện được thì có thể cho ăn nước cháo, xúp, sữa bò v.v... Mổ phổi không ảnh hưởng đến ống tiêu hóa.
- Sau 24 giờ, nếu tình trạng sức khỏe tốt: ngừng truyền dịch, ngừng thở O_2 , đỡ người bệnh ngồi dậy trên giường, bỏ thông chỉ dưới, tập đi dần. Kiểm tra XQ độ giãn nở của phổi và tình trạng của ổ màng phổi.
- Sau 48 giờ người bệnh có thể ngồi dậy đi quanh giường, ngồi chơi trong buồng bệnh ngoài hành lang v.v... Rút ống dẫn lưu nếu phổi nở tốt và ống dẫn lưu khô, khâu kín lỗ dẫn lưu hoặc buộc nút chỉ đã khâu sẵn sau mổ.
- Sau mổ vẫn tiếp tục theo dõi tình hình sức khỏe của người bệnh. Cải thiện môi trường sống cho người bệnh, cho người bệnh tiếp tục tập thở, tập thở và ho khạc đờm, vận động, đi lại.
- Thực hiện đầy đủ các y lệnh của bác sĩ điều trị, tránh sai sót.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi hồ sơ diễn biến bệnh tật của người bệnh vào phiếu theo dõi chăm sóc hàng ngày các thông số như: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tình trạng ống dẫn lưu dịch theo quy định.
- Báo cáo kịp thời những diễn biến của người bệnh với bác sĩ điều trị.

2. CHĂM SÓC TÂM LÍ NGƯỜI BỆNH UNG THƯ

Ung thư gợi nên nỗi sợ đau, lo lắng, phụ thuộc, biến dạng cơ thể và chết. Nỗi sợ bệnh tật quá mức làm người bệnh thường ngáp ngừng, chần chừ khi khám bệnh, hi vọng rằng các triệu chứng ban đầu sẽ biến đi. Khi được báo tin hoặc bị nghi ngờ mắc ung thư, người bệnh lại quá lo lắng, ngất xỉu hoặc bồn chồn không yên. Điều dưỡng là người theo sát và gần gũi người bệnh, sẽ là cố vấn tinh thần rất quan trọng trong quá trình khám chữa và theo dõi bệnh.

I. MỤC ĐÍCH

- Động viên an ủi người bệnh ở giai đoạn thăm khám và chẩn đoán bệnh ung thư.
- Khuyến khích, hướng dẫn và giúp đỡ người bệnh ở giai đoạn được điều trị bằng các biện pháp chuyên khoa: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, theo dõi...
- Động viên, an ủi khi người bệnh có tái phát hoặc di căn.
- Chăm sóc, giảm đau khi người bệnh ung thư ở giai đoạn cuối, chia buồn và giúp đỡ thân nhân tổ chức tang lễ và sau tang lễ khi người bệnh chết.

II. CHUẨN BỊ

- Cần nắm vững các phản ứng tâm lí khác nhau của người bệnh ung thư ở các giai đoạn mắc bệnh.
- Giải thích cho người nhà, cho người bệnh tạo hứng khởi tích cực.
- Chuẩn bị sách vở, tờ tuyên truyền, sách giải trí, đồ chơi và các vật dụng cần thiết.
- Chuẩn bị thuốc chống đau, phác đồ dùng thuốc.
- Tổ chức đội công tác ngoại trú gồm bác sĩ, y tá, nhà tâm lí và có thể cả những nhà tu hành (nếu có điều kiện) để tới thăm hỏi người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Giai đoạn khám chẩn đoán:**

- Nhiều người bệnh chỉ nghĩ đến ung thư, nhắc đến ung thư đã hoảng hốt mất ăn, mất ngủ. Đọc sách báo tuyên truyền liên hệ với những triệu chứng của mình thế là lo nghĩ luẩn quẩn. Ngược lại nhiều người bệnh lại chủ quan, khi bệnh đã lở loét, di căn hạch mới đi khám bệnh thì đã quá muộn.
- Đối với người mắc bệnh tưởng ung thư phải kiên trì giải thích và trả lời khẳng định. Nếu cần thiết có thể cho làm một vài xét nghiệm đơn giản kiểm tra để chứng minh bệnh tưởng của họ là vô lí.
- Khi bác sĩ thông báo tin ung thư được chẩn đoán xác định cho người bệnh, tình huống thường là gay gắt nhất. Lí tưởng nhất là bác sĩ gia đình hoặc những bác sĩ đã quen xử sự với những tình huống như vậy trực tiếp nói chuyện với người bệnh. Cuộc nói chuyện phải riêng tư, nghiêm túc và không vội vàng, mang đến niềm hi vọng thực sự và đảm bảo cho người bệnh. Bác sĩ, y tá - điều dưỡng luôn sẵn sàng bên cạnh người bệnh, thân nhân của người bệnh có mặt càng tốt. Thông tin cần được trình bày tùy theo hiểu biết của người bệnh. Nếu cần thông tin cho người bệnh từ từ, chia ra từng bước qua 2-3 lần thăm hỏi tiếp xúc. Các lần thông tin cần được nhắc lại, vì sự quá lo lắng có thể làm người bệnh nghe không rõ, hiểu biết lệch lạc và méo mó thông tin.
- Nếu người bệnh choáng váng, mất lòng tin cần nghỉ ngơi, thầy thuốc động viên và hẹn gặp lại vào một buổi khác. Nếu người bệnh tiếp tục thất vọng mất tập trung, hoang tưởng tội lỗi, chán ăn, mất ngủ, rối loạn tâm thần cần tham khảo chuyên khoa tâm thần sớm.
- Nếu người bệnh thất vọng đi tìm các điều trị thay thế như đông y, thuốc lang băm cần ôn tồn phân tích về sự tổn hại về thời gian và tiền bạc cho người bệnh. Nếu cần chấp thuận vừa điều trị đặc hiệu chuyên khoa vừa điều trị đông y.

2. Giai đoạn điều trị:**a. Điều trị phẫu thuật:**

- Hầu hết các người bệnh quan niệm phẫu thuật là phương pháp chữa khỏi tốt nhất. Tuy nhiên do tính chất xâm nhập, phẫu thuật làm cho người bệnh sợ hoặc ngại, người bệnh sẽ sợ đau, sợ tử vong do mê không tỉnh...
- Cần giải thích cho người bệnh là thuốc tê và thuốc mê cắt hoàn toàn cảm giác đau và tỉ lệ tai biến gây mê ít gặp.

- Một số sợ đựng dao kéo vào, ung thư dễ di căn. Sự thực trong một số khối ung thư viêm tấy, việc mổ xẻ vào u hoặc vùng viêm tấy làm phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên, ung thư dễ lan tràn. Khi khối u viêm tấy nóng như vậy, bác sĩ phải chỉ định xạ trị hoặc hóa trị cho u nguội đi rồi mới phẫu thuật. Thực tế, u viêm tấy ít gặp, vì vậy hầu hết các trường hợp phẫu thuật gọn khối u là một sự lựa chọn thuận lợi nhất.

b. Điều trị tia xạ:

- Xạ trị trong ung thư được chỉ định để điều trị triệt căn tạm thời hay kiểm soát u tại chỗ. Các mục đích này cần được giải thích đầy đủ cho người bệnh. Người bệnh luôn có mối lo sợ quá mức cần thiết, lo bị quá liều và lo các tác dụng phụ của xạ trị. Kỹ thuật viên vận hành máy, hoặc điều dưỡng viên cần hướng dẫn người bệnh cả quy trình điều trị, chỉ cho người bệnh hệ thống theo dõi, kiểm soát liều để gây niềm tin cậy cho người bệnh.

c. Hóa trị liệu:

Những năm 50-60 của thế kỷ 20 dùng hóa chất alkylan liều cao, người bệnh bị rụng tóc, giảm bạch cầu tạo nên hình ảnh khủng khiếp về hóa trị liệu. Cần thông tin cho người bệnh về những công thức thuốc hóa trị liệu hiện đại ít độc, có thể điều trị ngoại trú được. Bên cạnh đó các thể hệ thuốc chống nôn, thuốc tăng bạch cầu, thuốc giải độc, thuốc đối vận trung hòa đã làm cải thiện rất nhiều chất lượng cuộc sống của người bệnh được hóa trị liệu.

3. Giai đoạn ung thư tái phát, di căn:

Tác động tâm lý khi ung thư tái phát cũng tương tự như lúc chẩn đoán ban đầu nhưng ở mức độ cao hơn. Tình hình thực tế sẽ phức tạp hơn nhiều do nguy cơ thất bại cao hơn. Cần phải thảo luận với người bệnh các mục tiêu điều trị và có thể duy trì được niềm hi vọng thực tế. Người bệnh có thể chịu đựng lần thứ nhất, thứ hai, thứ ba nhưng càng ngày càng khó khăn.

4. Giai đoạn cuối:

- Hầu hết người bệnh ý thức được tiến triển của bệnh tật ở giai đoạn cuối, dù có được giải thích hay không thì 50% người bệnh ung thư giai đoạn cuối có đau đớn, cần phải cho thuốc giảm đau. Tùy theo mức độ đau mà cho thuốc: aspirin, codein hay morphin (xin tham khảo thêm bài điều trị giảm đau do ung thư).
- Những nỗi sợ tâm lý sau đây cũng cần chú ý:
 - + Sợ bị bỏ rơi: các nhân viên y tế không muốn quan tâm nữa.
 - + Lo lắng biến dạng cơ thể và mất phẩm giá.
 - + Sợ đau không có đủ thuốc.
 - + Sợ bỏ dở công việc của bản thân, gia đình và sự nghiệp.
- Những phản ứng tiêu cực có thể gặp:
 - + Uống rượu mạnh, uống thuốc ngủ hoặc có những hoạt động nguy hiểm để quên căng thẳng lo lắng.
 - + Trốn chạy cuộc sống đi vào cô đơn.
 - + Trách cứ thân nhân, hoàn cảnh và thượng đế.
 - + Trở nên hung bạo.
 - + Mặc cảm tội lỗi, tự kỷ ám thị.

- Các biện pháp tâm lí có thể áp dụng:
 - + Phổ biến những khía cạnh tích cực của phương pháp điều trị.
 - + Dùng hài hước để làm nhẹ tình hình căng thẳng.
 - + Chia sẻ, tâm sự với thân nhân bạn bè.
- Sử dụng các kĩ thuật giải trí khác nhau.
- Tìm các biện pháp điều trị thay thế bổ trợ kết hợp.
- Điều dưỡng chuyên ngành ung thư có thể tác động vào gia đình người bệnh như sau:
 - + Tạo điều kiện có chăm sóc chất lượng cao.
 - + Trao đổi thông tin thường xuyên với gia đình người bệnh.
 - + Nghe ý kiến của người bệnh và gia đình.
 - + Cố vấn cho gia đình người bệnh sắp xếp bố trí công việc chăm sóc hợp lí.
 - + Tổ chức đội chăm sóc người bệnh tại gia đình gồm bác sĩ, điều dưỡng, nhà tâm lí (nếu có điều kiện).
 - + Giúp đỡ gia đình chăm sóc người bệnh tại bệnh viện, hoặc tại nhà điều dưỡng.
 - + Hướng dẫn cho gia đình tự chăm sóc người bệnh ở nhà.
 - + Không quên góp ý kiến về những việc nhỏ trong gia đình như vệ sinh, thông gió, tẩy mùi, cắm hoa và sum họp bữa ăn tối...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Cần phối hợp với bác sĩ về các chỉ định thuốc, phẫu thuật, điều trị tia cho kịp thời.
- Các hoạt động chăm sóc tích cực, chính xác với tay nghề thành thạo. Người bệnh rất nhạy cảm và luôn quan sát từng cử chỉ, lời ăn tiếng nói của điều dưỡng, bác sĩ. Người bệnh ung thư thường rất tinh táo và sáng suốt theo dõi tình hình, nếu thấy thuốc không ý thức được điều này việc chăm sóc dễ dàng thất bại.
- Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ theo dõi, trong một số trường hợp phát giấy bút cho người bệnh tự ghi chép để tham khảo thông tin.

V. THEO DÕI

- Ung thư là bệnh mãn tính, quá trình chữa bệnh thường kéo dài vài tháng tới vài năm. Vì vậy việc theo dõi thường xuyên để phát hiện diễn biến tâm lí là đặc biệt quan trọng. Hồ sơ bệnh án cần được lưu giữ cẩn thận, các lần khám lại người bệnh, các bước theo dõi về bệnh tật, tâm lí cũng cần được ghi nhận đầy đủ.
- Chăm sóc tâm lí người bệnh ung thư là một môn học đặc biệt trong chăm sóc điều dưỡng người bệnh ung thư, tạo nên một nét đặc thù của ngành ung bướu học.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT TỬ CUNG

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) vẫn thường gặp tại Việt Nam. Tại thành phố Hồ Chí Minh có tỉ lệ mắc 20/100.000 dân, đứng đầu trong các ung thư ở phụ nữ. Tại Hà Nội có tỉ lệ mắc 7/100.000 dân đứng hàng thứ 4 các ung thư ở nữ. Nếu phát hiện sớm được ở giai đoạn 1, 2 phẫu thuật hoặc xạ trị có tỉ lệ sống 5 năm là 60-90%, nếu ung thư ở giai đoạn 3, 4 xạ trị ngoài hoặc tại chỗ chỉ đưa lại 10-20% người bệnh sống 5 năm..

Ung thư cổ tử cung hay gặp ở phụ nữ trẻ 40-50 tuổi. Nguyên nhân trực tiếp gây bệnh là nhiễm virus Herpes typ II và virus sinh u nhú trên người (HPV) typ 16 và 18. Các đối tượng mắc thường có hoàn cảnh kinh tế xã hội khó khăn, chữa dễ nhiều, quan hệ tình dục phức tạp. Vì vậy người điều dưỡng chăm sóc cần có hiểu biết tâm lý để hỗ trợ tinh thần, đồng thời phải có biện pháp phòng ngừa tránh lây nhiễm virus từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ người bệnh vào bản thân mình.

I. MỤC ĐÍCH

- Giải thích cho người bệnh hiểu về bệnh ung thư cổ tử cung, tránh những mặc cảm vô lý, biết được phương pháp điều trị và theo dõi.
- Thực hiện được quy trình chăm sóc chuẩn bị phẫu thuật và theo dõi chăm sóc sau phẫu thuật.
- Phát hiện những dấu hiệu tái phát, di căn để điều trị kịp thời
- Biết được những yếu tố nguy cơ để phòng và phát hiện được sớm ung thư cổ tử cung.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị tài liệu, kiến thức để tiếp xúc với người bệnh.
- Chuẩn bị địa điểm tiếp xúc: riêng tư, kín đáo.
- Chuẩn bị dụng cụ: bộ để thay băng thường, mỏ vịt, bông tròn, các dung dịch sát khuẩn.
- Chuẩn bị các túi rác thải y tế theo quy định, đặc biệt chú ý các dụng cụ dùng một lần như găng, bơm tiêm, dẫn lưu... vì nguy cơ lây nhiễm cao.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Giải thích về phẫu thuật ung thư cổ tử cung:

- Phẫu thuật đường bụng sẽ có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng và ảnh hưởng tới hệ tiêu hóa.
- Phẫu thuật có vết hạch nên ảnh hưởng đến các tạng ở thành chậu hông.
- Phẫu thuật có cắt một phần âm đạo, toàn bộ tử cung buồng trứng nên sẽ ảnh hưởng tới chức năng sinh dục.

2. Thay băng vết mổ bụng:

- Gỡ băng bẩn cũ.
- Hút các ống dẫn lưu và rút theo chỉ định của phẫu thuật viên.
- Sát khuẩn bằng oxy già 6 đơn vị thể tích, cồn iod 1% hoặc betadin.
- Băng lại vết mổ.

3. Rửa âm đạo:

- Đưa mỏ vịt vào âm đạo mở nhẹ nhàng.
- Dùng bông tròn nhúng oxy già 6 thể tích rửa âm đạo, lau khô, dùng betadin sát trùng môm cụt (chú ý tránh làm trầy xước âm đạo). Nếu có dẫn lưu âm đạo cần rửa thận trọng và rút theo chỉ định của phẫu thuật viên.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng bụng, mức độ lưu thông tiêu hóa sau mổ, các dịch dẫn lưu.
- Đánh giá tình trạng vết mổ bụng.
- Đánh giá vết mổ qua rửa âm đạo.
- Ghi hồ sơ các tình trạng đánh giá trên, dịch dẫn lưu.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**1. Hướng dẫn trước mổ:**

Thực hiện như chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật và cần chú ý:

- + Vệ sinh âm đạo sạch sẽ.
- + Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

2. Hướng dẫn ngay sau mổ:

- Ngồi dậy sớm cho lưu thông tiêu hóa nhanh.
- Ăn uống theo chỉ định của thầy thuốc. Theo dõi lưu thông tiêu hóa.
- Thay quần áo, ga, màn sạch thường xuyên.

3. Hướng dẫn sau mổ:

- Tuân theo chỉ định điều trị bổ sung như xạ trị hoặc hóa trị.
- Theo đúng lịch trình khám lại.
- Cần theo dõi bệnh tái phát, hoặc bệnh liên quan của các người bạn tình trước đây.
- Có thể bỏ bụng (gaine bụng) khoảng 2- 4 tháng tránh sẹo nở giãn sinh sẹo lồi hoặc dễ thoát vị.
- Hướng dẫn người bệnh đến khám lại theo hẹn của bác sĩ.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT BỘ PHẬN SINH DỤC NGOÀI

Bộ phận sinh dục ngoài (BPSDN) ở nam gồm dương vật và tinh hoàn; ở nữ gồm âm hộ, âm vật. Nguồn gốc phôi thai của bộ phận sinh dục ngoài là ổ nhóp nên BPSDN liên quan gần gũi với đường bài tiết phân và nước tiểu (là hai nơi thải cặn bã của cơ thể) dễ bị nhiễm trùng. Ung thư BPSDN hay gặp ở những người có hoàn cảnh kinh tế xã hội thấp, điều kiện vệ sinh chăm sóc kém nên đòi hỏi người điều dưỡng phải kiên trì, thông cảm và biết phương pháp xử lý. Ngoài ra ung thư dương vật, âm hộ, âm vật có liên quan đến nhiễm trùng virus sinh u nhú ở người (HPV) nên việc phòng lây nhiễm từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ người bệnh sang thầy thuốc cũng cần phải chú ý đặt ra.

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện được các yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư bộ phận sinh dục ngoài để phòng và phát hiện sớm điều trị kịp thời.
- Thực hiện các bước tiến hành, chuẩn bị trong điều trị ung thư bộ phận sinh dục ngoài.

- Hiểu và hướng dẫn bệnh nhân, gia đình cùng phối hợp thực hiện các bước chuẩn bị trước phẫu thuật và theo dõi lâu dài.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị địa điểm làm việc: riêng tư, kín đáo.
- Chuẩn bị dụng cụ: bộ đồ thay băng thông thường, các dung dịch sát khuẩn.
- Chuẩn bị các túi rác thải y tế theo quy định, đặc biệt chú ý các dụng cụ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị phẫu thuật:

- Không hoạt động tình dục trước mổ ít nhất 1 tuần.
- Vệ sinh toàn thân.
- Vệ sinh tại chỗ.

2. Thay băng vết mổ:

- Gỡ băng bản cũ.
- Hút các ống dẫn lưu và rút theo chỉ định của phẫu thuật viên.
- Sát khuẩn bằng oxy già 6 đơn vị thể tích, cồn iod 1% hoặc betadin.
- Vùng sinh dục ngoài gồm nhiều bộ phận cứng nên dễ chảy máu, cần quan sát hiện tượng rỉ máu, bầm máu và tụ máu.
- Băng lại vết mổ.
- Chú ý xử lý xem lưu thông nước tiểu, phân có ảnh hưởng gì không, có dây bản hay lây nhiễm không?

3. Vệ sinh toàn thân:

- Lau người bằng nước ấm ngày một lần.
- Thay quần áo, ga, màn, đệm, mền sạch thường xuyên.
- Phòng bệnh luôn thông thoáng, nếu có ánh nắng mặt trời càng tốt.
- Nhắc người nhà chú ý tránh lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng lưu thông nước tiểu, phân.
- Đánh giá tình trạng dẫn lưu máu và bạch huyết.
- Đánh giá vết mổ.
- Đánh giá tình trạng vệ sinh toàn thân.
- Ghi hồ sơ các tình trạng được đánh giá ở trên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Hướng dẫn trước mổ:

Ngoài hướng dẫn thông thường trước phẫu thuật, cần chú ý:

- Vệ sinh vùng hậu môn và bộ phận sinh dục ngoài.
- Không sinh hoạt tình dục trước mổ một tuần.

2. Hướng dẫn ngay sau mổ:

- Ngồi dậy sớm.
- Ăn uống bình thường, kiêng ăn quá ngọt.
- Khi đi ngoài, đi tiểu cần chú ý tránh dây bẩn.
- Thay quần áo, ga, mền, màn sạch thường xuyên.

3. Hướng dẫn sau mổ:

- Tuân theo chỉ định điều trị bổ sung như xạ trị hoặc hóa trị.
- Theo đúng lịch trình khám lại.
- Cần theo dõi bệnh tái phát, hoặc bệnh có liên quan của các người bạn tình cũ (đối với ung thư dương vật và âm hộ, âm vật).

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ GIAI ĐOẠN CUỐI

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp các dịch vụ về điều trị, chăm sóc và nâng đỡ cho người bệnh, tạo cho người bệnh một môi trường thích hợp và đáp ứng nhu cầu của người bệnh.
- Hỗ trợ về mặt thể chất, tâm lý, tình cảm và tinh thần cho người bệnh và người thân, động viên cho gia đình và những người chăm sóc khác trước những mất mát, đau buồn từ khi người bệnh mắc bệnh và tiếp tục sau khi tử vong.

II. CHUẨN BỊ

- Cần lưu ý mối quan tâm hàng đầu là đem lại sự thanh thản, thoải mái cho người bệnh. Kiến thức về bệnh lý chỉ nhằm giúp cho việc hiểu về triệu chứng và dự đoán về tiên lượng của bệnh mà thôi, cần nắm vững diễn biến tâm lý của người bệnh.
- Cần phân biệt vấn đề nào là của người bệnh và vấn đề nào mà gia đình người bệnh đang phải trải qua. Qua đó giải thích cho người nhà người bệnh, tạo điều kiện phối hợp tích cực trong chăm sóc người bệnh.
- Nắm vững các triệu chứng, biến chứng người bệnh đang phải trải qua để có hướng xử lý thích hợp.
- Chuẩn bị thuốc giảm đau, chống nôn, thuốc sát khuẩn, thuốc chống táo bón và hồ sơ ghi chép... tùy theo các triệu chứng người bệnh đang mắc phải.
- Chuẩn bị sách, báo, phương tiện giải trí và dụng cụ cần thiết khác.
- Phối hợp với cá nhân và đoàn thể (nếu có) tham gia chăm sóc người bệnh ở giai đoạn cuối: các chuyên gia, bác sĩ, điều dưỡng viên ở bệnh viện và chăm sóc tại nhà. Ngoài ra có thể còn có các nhóm tự nguyện, các tổ chức nhân đạo... Mục tiêu của sự hợp tác là kết nối các dịch vụ này thành một mạng lưới để đạt hiệu quả cao nhất trong chăm sóc người bệnh ung thư giai đoạn cuối.

- Lập kế hoạch chăm sóc một cách toàn diện cả về thể chất và tinh thần, bao gồm chăm sóc cơ bản và chăm sóc các triệu chứng đặc hiệu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc cơ bản:

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ
- Chế độ nghỉ ngơi: giải thích, động viên, an ủi người bệnh khi nằm viện.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng:
 - + Đảm bảo đủ các chất nuôi dưỡng bằng đường ăn qua ống thông hoặc đường tĩnh mạch. Chế độ ăn đủ calo, ít mỡ, nhiều vitamin.
 - + Nhu cầu về calo: 2000-2480 calo/ngày
- Vệ sinh hàng ngày:
 - + Vệ sinh răng, miệng, mũi để ngăn ngừa bội nhiễm, cho người bệnh súc miệng bằng nước muối sinh lý 9‰ hoặc nước oxy già 5 thể tích, chấm các vết loét bằng glyxerinborat.
 - + Lau người bằng nước ấm, tránh gây xước da, lau rửa sạch khi người bệnh đi đại tiểu tiện để tránh nhiễm khuẩn da.
- Thay đổi tư thế tránh gây loét, nhiễm trùng da.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở tùy theo chế độ hợp lý. Nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

2. Chăm sóc khác:

- Chăm sóc người bệnh đau do ung thư (xem bài Chăm sóc người bệnh ung thư đau).
- Chăm sóc tâm lý người bệnh ung thư (xem bài Chăm sóc tâm lý người bệnh ung thư).

* Theo dõi, chăm sóc nôn và buồn nôn:

- Theo dõi số lượng và tính chất của dịch nôn.
- Theo dõi ảnh hưởng của nôn và buồn nôn tới dinh dưỡng, chuyển hóa.
- Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới nôn như lo sợ, thức ăn lạnh.
- Dùng thuốc chống nôn theo chỉ định của bác sĩ.
- Khuyến người bệnh không nên dùng thức ăn quá ngọt, béo, cay, mùi nồng để kích thích gây nôn. Nếu đang truyền hóa chất, nên ăn nhẹ và chia làm nhiều bữa trước hoặc sau truyền hóa chất 3 - 4 giờ.
- Để người bệnh nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái đỡ gây nôn trong môi trường yên tĩnh.
- Để người bệnh hít thở không khí trong lành bên cửa sổ, mang đến cho người bệnh sự sảng khoái bằng nghe nhạc vui, xem tivi, nói chuyện về những người có ý nghĩa tích cực trong đời sống tinh thần của người bệnh.

* Theo dõi táo bón:

Táo bón thường gặp trong giai đoạn cuối của bệnh ung thư do ít hoạt động, uống ít nước, suy yếu các cơ bụng và đáy chậu làm giảm khả năng bài tiết qua trực tràng. Hơn nữa, hầu hết các thuốc giảm đau mạnh đều gây liệt nhẹ đám rối thần kinh của ruột và gây táo bón.

- + Theo dõi người bệnh về chế độ ăn, các triệu chứng đi kèm với táo bón như đau đầu, tính chất phân và số lần đi ngoài.

+ Báo cáo bác sĩ để có thể có chỉ định dùng thuốc trong các nhóm:

* *Thuốc:*

- Thuốc làm mềm phân, nhuận tràng: lactulose, docusate, bisacodyl, sunphatmagiê.
- Thuốc dầu: paraffin.
- Thuốc làm tăng hoạt động cơ trơn: senna, durolax, prostigmin.
- Tăng cường chất xơ trong chế độ ăn bằng ăn thêm rau, hoa quả...
- Uống nhiều nước (3000 ml) mỗi ngày (trừ khi có chống chỉ định), đặc biệt là uống nước trái cây ấm nóng rất có tác dụng.
- Khuyến người bệnh tăng cường vận động, đi lại nhẹ nhàng sẽ giúp cho bài tiết phân dễ dàng hơn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ theo dõi theo các mẫu thống nhất.
- Ghi chép diễn biến của từng triệu chứng.
- Báo cáo bác sĩ nếu có các diễn biến bất thường để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình báo cho nhân viên y tế khi có diễn biến bất thường.
- Hướng dẫn người nhà, người tình nguyện cách chăm sóc người bệnh.
- Hướng dẫn người nhà cho ăn uống hợp lí, tránh táo bón.
- Chăm sóc toàn diện, thường xuyên và sâu sát là đặc biệt quan trọng đối với người bệnh ung thư giai đoạn cuối. Ở các nước phát triển vấn đề này đang được đặc biệt quan tâm với mục đích mang lại sự thanh thản cho người bệnh trong khoảng thời gian cuối cùng của cuộc sống.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ HỞ NHIỄM TRÙNG

I. MỤC ĐÍCH

Thay băng, rửa và loại bỏ các tổ chức hoại tử do ung thư hở nhiễm trùng nhằm:

- Hạn chế lây lan nhiễm khuẩn đến các bộ phận khác trên cơ thể người bệnh và những người xung quanh.
- Góp phần nâng cao hiệu quả của các phương pháp điều trị: phẫu thuật, tia xạ, hóa chất...
- Cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.
- Giữ gìn vệ sinh môi trường.

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng viên:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng trước khi chuẩn bị dụng cụ.

2. Dụng cụ:

* *Dụng cụ vô khuẩn:*

- Kẹp, kéo, panh tùy theo tổn thương cụ thể.
- Gạc, bông, củ ấu, gạc gấp, gạc dài...
- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn.
- Tất cả các dụng cụ được đặt trên khay vô khuẩn.

* *Các dung dịch sát khuẩn ngoài:*

- Cồn iod 1%.
- Cồn 70°.

* *Các dung dịch rửa tổn thương:*

- Oxy già 10 thể tích.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, betadin.
- Trường hợp cần rửa liên tục, cần có các dung dịch dakin, nitrat bạc, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ đựng trong chai nối với bộ dây truyền có bầu đếm giọt và khóa điều chỉnh.
- Các thuốc dùng tại chỗ (nếu có chỉ định) như mỡ kháng sinh.

* *Các dụng cụ khác:*

- Xe đẩy hai tầng.
- Khay quả đậu và dụng cụ phân loại đựng chất thải theo quy định.
- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn để đựng dụng cụ đã nhiễm khuẩn.
- Hai tấm nylon rộng.
- Nếu rửa tổn thương liên tục cần một chậu đựng nước rửa, trụ treo dịch rửa, nẹp và dây nếu cần cố định.

3. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh việc sắp làm để người bệnh yên tâm cùng hợp tác.
- Nếu thủ thuật gây đau, dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ trước lúc tiến hành.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa dụng cụ đã chuẩn bị trên xe đẩy đến bên giường bệnh.
- Mùa lạnh cần tránh gió lùa và nên có lò sưởi để chống rét cho người bệnh khi bộc lộ tổn thương.
- Hướng dẫn người bệnh tư thế thích hợp, nếu người bệnh bị liệt hoặc hôn mê, đặt người bệnh ở tư thế sao cho vừa thuận tiện công việc, vừa đảm bảo các chức năng sống cho người bệnh.

- Lót mảnh nylon dưới tổn thương. Đặt khay quả đậu và chậu đựng dụng cụ bẩn ở vị trí thuận tiện. Nếu rửa tổn thương liên tục cần mắc sẵn chai đựng dịch rửa đã nối với bộ dây truyền lên cột treo.
- Tháo băng bẩn bằng kẹp phẫu tích và kéo sạch, dùng xong bỏ vào chậu đựng dụng cụ bẩn.
- Quan sát tình trạng tổn thương.
- Đi găng và tiến hành thay băng.
- Để riêng một kẹp phẫu tích chỉ dùng để gấp băng, gạc sạch, không được tiếp xúc với tổn thương.
- Sát khuẩn xung quanh tổn thương bằng gạc củ ấu tẩm cồn iod 1% (tránh niêm mạc).
- Dùng bông, gạc nhúng vào dung dịch rửa (oxy già, dakin...) rửa vết thương nhiều lần cho tới khi sạch, nếu có nhiều tổ chức hoại tử có thể cắt lọc.
- Nếu có chỉ định rửa liên tục cần thực hiện thêm một số bước:
 - + Đặt đầu dây rửa vào vị trí cao nhất của tổn thương, phủ gạc che. Dùng băng dính cố định dây rửa và gạc.
 - + Thay tấm nylon khác.
 - + Với tổn thương ở tay, chân, cần cố định: đặt tay, chân lên khung cố định và buộc lại.
 - + Đặt chậu bên dưới để hứng nước.
 - + Mở khoá cho nhỏ giọt, từ 5-10 giọt trong một phút.
- Các trường hợp chung khác: sau khi rửa sạch, thấm khô tổn thương, sát khuẩn lại vùng da xung quanh bằng cồn iod và cồn 70⁰. Đặt gạc che phủ vết thương và dùng băng dính hoặc băng vải băng lại.
- Đặt người bệnh trở lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

* Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ thay băng.
- Tình trạng tổn thương.
- Dung dịch sát khuẩn và rửa đã dùng.
- Tên người làm thủ thuật.
- Báo cáo bác sĩ tình trạng tổn thương, các diễn biến đặc biệt, các biến chứng (nếu có).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh:

- Không tự mở tổn thương ra xem.
- Không tự bôi đắp bất kì loại thuốc nào lên tổn thương.
- Không tự điều chỉnh tốc độ chảy của dung dịch rửa (nếu có).
- Hướng dẫn người bệnh mặc quần áo, tư trang và các tư thế cần thiết trong sinh hoạt hàng ngày nhằm giảm thiểu khả năng nhiễm khuẩn.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện tiêm truyền thuốc hóa chất an toàn cho người bệnh.
- Phát hiện và xử trí kịp thời những tai biến, cách để phòng tai biến.

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

- Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, di găng.
- Dùng kính bảo hộ khi pha thuốc

2. Dụng cụ:

- Đại đa số thuốc hóa chất được sử dụng dưới dạng tiêm hoặc truyền tĩnh mạch, động mạch.
- Thuốc phải được pha trong một buồng riêng, tốt nhất là có tủ pha thuốc với kính chắn để bảo vệ cho người pha thuốc.
- Tủ pha thuốc phải tuân theo các nguyên tắc vô trùng, khô, thoáng, đầy đủ ánh sáng, nhiệt độ thích hợp nhất là từ 20⁰- 25⁰C. Trước khi pha phải nắm chắc ý lệnh của bác sĩ về tên thuốc, liều thuốc, loại dịch pha (thường là dung dịch glucose đẳng trương 5% hoặc dung dịch đẳng trương NaCl 9‰...), số lượng dịch, chất lượng thuốc (xem có vón cục, vẩn đục hay có đổi màu sau khi pha không?). Không bao giờ pha hai loại thuốc hóa chất trong một chai huyết thanh. Lưu ý khi pha thuốc phải có độ chính xác cao vì đây là loại thuốc có nhiều tác dụng phụ, liều lượng thuốc được bác sĩ tính toán đến từng mg, không thể tùy tiện tăng hay giảm liều lượng, điều này sẽ ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh và kết quả điều trị bệnh.
- Thuốc sau khi pha nên được tiêm truyền ngay trong vòng vài giờ. Nếu vì lí do nào đó phải chờ đợi, nên để chai thuốc nơi thoáng, mát, vô trùng. Một số loại còn phải tránh tiếp xúc với ánh sáng (5FU).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Tư thế: cho người bệnh được truyền ở tư thế mà họ thích nhất. Không nhất thiết phải nằm.
- Tư tưởng: an ủi, động viên để người bệnh yên tâm, tin tưởng, không quá lo lắng sợ hãi các tác dụng phụ của thuốc.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và báo cho bác sĩ điều trị biết khi:
 - + Mạch nhanh: trên 120 lần/phút.
 - + Thân nhiệt cao: trên 38⁰C.
 - + Huyết áp: tối đa > 140 mmHg hoặc tối đa < 80 mmHg
tối thiểu > 90 mmHg

- + Nhịp thở: trên 30 lần/phút.
- + Thể trạng chung: mệt mỏi, quá ưu phiền, lo lắng....

2. Theo dõi người bệnh trong và sau truyền thuốc:

Trong quá trình truyền, theo dõi sát diễn biến của người bệnh:

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo chỉ định.
- Tốc độ truyền dịch, sự lưu thông của thuốc.
- Tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, đau bụng...).
- Những dấu hiệu bất thường khác báo ngay cho bác sĩ điều trị để kịp thời xử trí.

3. Một số tai biến trong khi thực hiện các thao tác, cách đề phòng và xử trí:

a. Đối với người bệnh tổn thương mạch máu trong khi đang truyền thuốc:

** Triệu chứng:*

- Thường lúc đầu người bệnh không cảm thấy đau nên dễ bị bỏ qua.
- Sau một thời gian, dịch truyền tiếp tục thoát ra ngoài, trên điểm chọc kim thấy sưng phồng hay mẩn đỏ.
- Sau 1 đến 3 tháng, hệ mạch máu sẽ bị viêm, dẫn đến hoại tử, hoặc xơ hóa.

** Cách để phòng:*

- Tiêm truyền càng xa các khớp càng tốt.
- Tránh những vùng có nhiều gân hay tổ chức thần kinh bên dưới.
- Không nên bơm thuốc trực tiếp vào ven, mà phải thông qua một đoạn dây dẫn trung gian.
- Tiêm truyền càng nhanh, nguy cơ bị tai biến càng cao.
- Rửa ven sau truyền thuốc bằng dung dịch đẳng trương glucose 5% từ 50-100ml
- Nếu người bệnh kêu đau tại mạch máu định tiêm truyền, nên đổi sang vị trí khác.
- Khi phát hiện mạch bị vỡ, dù chưa xảy ra tai biến gì cũng phải đổi ngay sang vị trí khác.

** Điều trị:*

Khi nghi ngờ có tổn thương mạch máu:

- + Ngừng truyền và giữ kim tại chỗ.
- + Đánh dấu quanh vùng đó bằng bút dạ.
- + Rút ra từ 3-5ml máu.
- + Rửa bằng 5ml dung dịch natri bicarbonat 14%.
- + Làm giảm sự viêm nhiễm bằng cách tiêm dexamethason pha loãng 4mg/ml, tiêm 2ml dưới da tại 4 điểm quanh vùng tổn thương.

b. Trường hợp hoại tử:

- + Rửa ổ hoại tử bằng dung dịch sát trùng pha loãng (oxy già, dung dịch đẳng trương NaCl 9%, betadin...).
- + Bôi thuốc mỡ để chống làm sẹo.
- + Nếu sẹo hoại tử lớn: phẫu thuật ghép da.

c. Đối với điều dưỡng viên tiêm truyền và pha thuốc: nếu trong lúc thao tác, sơ ý để thuốc bắn vào mắt, vào da hay vào niêm mạc, gây nên một trong các triệu chứng sau:

- Ngứa.

- Phòng rộp da.
- Ăn da.
- Gây hoại tử tại chỗ.
- * *Các biện pháp để phòng:*
 - Đi găng tay vô trùng.
 - Đeo mũ.
 - Đeo kính.
 - Đeo khẩu trang.
 - Mặc áo choàng dài tay.
- * *Các thao tác cụ thể khi tiến hành pha thuốc:*
 - Rửa tay trước và sau khi đi găng tay.
 - Chú ý không làm rách găng.
 - Lấy thuốc ngay sau khi mở nắp lọ thuốc hoặc bẻ đầu ống thuốc.
- * *Nếu bị thuốc bắn vào da:*
 - Phải rửa sạch bằng nước và xà phòng, hoặc rửa bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ và xà phòng.
 - Bôi kem, thuốc.
- * *Nếu thuốc bắn vào mắt:*
 - Rửa mắt bằng nước sạch, tốt nhất là bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
 - Sau đó nhỏ mắt bằng dung dịch thiosulfate de Na 3%

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi vào phiếu chăm sóc:

- Thuốc dùng.
- Đường dùng thuốc.
- Tốc độ truyền.
- Giờ bắt đầu và giờ kết thúc truyền thuốc.
- Dịch truyền kèm theo.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp trước và sau truyền.
- Tình trạng chung người bệnh trước và sau truyền.
- Các diễn biến bất thường trong và sau truyền thuốc.
- Báo cáo bác sĩ các diễn biến bất thường trong và sau truyền để kịp thời xử trí

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người nhà người bệnh báo cho nhân viên y tế nếu có diễn biến bất thường.
- Giải thích, hướng dẫn người bệnh biết một số tác dụng phụ của điều trị hóa chất có thể có và cách giảm thiểu hậu quả của tác dụng phụ do dùng thuốc.
- Cần theo dõi các tác dụng phụ như giảm bạch cầu, nôn, buồn nôn, rối loạn tiêu hóa, viêm loét niêm mạc... kịp thời báo cho bác sĩ điều trị để có biện pháp điều trị kịp thời.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐAU DO UNG THƯ

Người bệnh ung thư cần được giảm đau ở tất cả các giai đoạn bệnh của họ. Có khoảng 1/3 số người bệnh được điều trị ung thư có xuất hiện đau. Ở các trường hợp này, phương pháp điều trị giảm đau và điều trị chống ung thư phải kết hợp chặt chẽ. Những người bệnh ở giai đoạn muộn, hơn 2/3 trong số này có đau và việc kiểm soát đau trở thành mục đích của điều trị. Bản chất sinh lý học của đau trong ung thư bao gồm nhiều cơ chế đa dạng.

I. MỤC ĐÍCH

Làm giảm đau, giúp người bệnh có thể hoạt động dễ dàng và cuối cùng khi tử vong không bị đau đớn.

II. CHUẨN BỊ

- Nắm được kiến thức cơ bản về đau do ung thư. Dù bất cứ nguyên nhân nào, cảm giác đau chịu tác động của nhiều yếu tố phối hợp, đau sẽ tăng lên khi lo lắng, trầm cảm, cô đơn và các triệu chứng gây khó chịu khác như táo bón... Đau sẽ giảm nhờ vào giải trí, thư giãn, bình tĩnh và tình thân hữu.
- Chuẩn bị sách, vở, tờ tuyên truyền, vật dụng giải trí và các vật dụng cần thiết.
- Chuẩn bị thuốc giảm đau, phác đồ dùng thuốc và các phương tiện giảm đau kèm theo.
- Hỏi tiền sử bệnh lý dạ dày, tá tràng.
- Tổ chức đội chăm sóc chống đau bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, nhà tâm lý, người tình nguyện (nếu có điều kiện).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân thông hiểu về đau do ung thư, qua đó nhận thức về điều trị và hợp tác với nhân viên y tế.
- Quan sát, hỏi và lắng nghe mô tả cơn đau của người bệnh qua đó xác định vị trí đau, hướng lan, tính chất đau, thời gian xuất hiện và mức đau theo thang điểm đau.
- Khuyến người bệnh giảm bớt hoạt động hàng ngày bằng cách nghỉ ngơi, bất động, đối với đau ở chi có thể dùng nẹp mềm hoặc băng treo. Tuy nhiên không để lâu ở một tư thế tránh gây loét.
- Động viên tạo niềm hứng khởi cho người bệnh.
- Sử dụng các phương tiện giải trí khác nhau: tivi, đài, báo...
- Dùng thuốc giảm đau theo chỉ định: đây là phương pháp điều trị chính có thể giảm đau cho 70-90% người bệnh ung thư.
 - + Theo đường uống.
 - + Theo giờ.
 - + Theo bậc thang.
 - + Theo từng cá thể.
- Theo dõi hiệu quả của thuốc giảm đau: mức độ giảm, thời gian tác dụng.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau có thể gây viêm, loét, chảy máu đường tiêu hóa gây nôn ra máu, ỉa phân đen.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

* Ghi vào phiếu chăm sóc:

- Vị trí đau (có hình vẽ cụ thể).
- Thời gian kéo dài cơn đau.
- Tính chất đau.
- Số lần đau trong ngày, giờ.
- Mức độ đau nhẹ, trung bình, nặng theo thang điểm.
- Tên thuốc giảm đau.
- Thời gian dùng thuốc giảm đau.
- Mức độ giảm đau của thuốc giảm đau.
- Khoảng thời gian tác dụng của thuốc giảm đau.
- Các tác dụng phụ của thuốc giảm đau nếu có.

* Báo cáo bác sĩ các diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Có thể hướng dẫn gia đình chăm sóc người bệnh cách xoa bóp làm dịu một phần đau cho người bệnh.
- Không tự dùng thuốc giảm đau khi chưa có chỉ định của bác sĩ.
- Liên kết các thành viên trong đội chăm sóc (nếu có) thành một khối thống nhất tạo điều kiện chăm sóc một cách toàn diện cho người bệnh bao gồm cả chăm sóc về thể chất và tinh thần là yếu tố quan trọng quyết định thành công của chăm sóc chống đau.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XẠ TRỊ VÙNG ĐẦU CỔ

A- CHĂM SÓC DA VÙNG BỊ CHIẾU XẠ

I. MỤC ĐÍCH

Chăm sóc da vùng tia xạ nhằm mục đích phòng và chống viêm loét giúp cho quá trình xạ trị không bị ngắt quãng, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh trong và sau quá trình xạ trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Xe đẩy đựng dụng cụ.

- Khăn phủ bàn vô khuẩn.
- Khay vô khuẩn.
- Kẹp vô khuẩn.
- Bông vô khuẩn.

2. Thuốc phòng và chống cháy da:

- Các loại thường dùng là:
- Biafine loại 50 hoặc 100 gam.
- Kem phenergan ống 20-50 gam.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Người bệnh cởi bỏ mũ, khăn quàng và cổ áo, để lộ da vùng đầu cổ cần chăm sóc.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng viên đẩy xe dụng cụ đến giường người bệnh.
- Người bệnh ngồi trên giường.
- Dùng kẹp bông vô khuẩn, bôi một lượng thuốc khoảng 1/2 ml theo chỉ định lên bề mặt da vùng bị chiếu xạ (bôi nhẹ một lớp), ngày bôi 2 lần sáng và chiều.
- Bôi phòng cháy da nên bắt đầu từ buổi xạ trị đầu tiên và bôi chống viêm, chống loét tiếp tục cho đến khi da đã ổn định một tuần sau khi ngừng xạ trị.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Loại thuốc dùng.
- Tình trạng da vùng chăm sóc.
- Đỏ da.
- Viêm da khô.
- Viêm da xuất tiết.
- Loét da nhẹ.
- Loét da nặng.
- Hoại tử da.
- Hoại tử da và tổ chức dưới da...
- Điều dưỡng viên phải báo cáo kịp thời các diễn biến của da nhất là khi da đã loét, hoại tử cho bác sĩ điều trị biết để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH*Hướng dẫn người bệnh tránh:*

- Ánh nắng mặt trời, ẩm ướt, cọ sát... trong quá trình xạ trị.
- Hướng dẫn người bệnh nên mặc áo sợi bông thông thoáng.
- Hướng dẫn người bệnh luôn để hở vùng da cổ nơi xạ trị.
- Mùa nóng bức khuyên người bệnh quạt mát vùng da bị tia xạ.
- Khuyên người bệnh cắt móng tay thường xuyên để tránh gãi làm xước da vùng xạ trị.

B- XÔNG HỌNG MIỆNG**I. MỤC ĐÍCH**

Tia xạ vùng họng miệng để điều trị các ung thư trong khoang miệng có thể gây ra các biến chứng cho niêm mạc, ở các mức độ khác nhau:

- Viêm tấy đỏ niêm mạc.
- Viêm loét niêm mạc.
- Viêm loét hoại tử niêm mạc.

Xông họng nhằm mục đích:

- Phòng viêm loét niêm mạc.
- Chống bội nhiễm.
- Giúp cho quá trình xạ trị không bị ngắt quãng.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Máy xông họng cá nhân (nếu có nhiều máy, ít người bệnh).
- Máy xông họng tập thể (nếu cơ sở ít máy, người bệnh đông).
- Ghế tựa một cái.

2. Thuốc xông:

- Gentamycin 80mg x 1 ống
- Hydrocortison 125mg x 0,5 ống.

3. Người bệnh:

- Hướng dẫn và giải thích để người bệnh yên tâm, nhất là lần đầu.
- Đưa người bệnh sang phòng làm thủ thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm thuốc đã pha sẵn vào ống xông ngâm bằng thủy tinh nếu là máy xông cá nhân.
- Bơm thuốc đã pha sẵn vào ống để thuốc nếu là máy xông tập thể.
- Lắp ống dẫn hơi vào ống ngâm xông họng.
- Người bệnh cầm ống ngâm bằng thủy tinh ngâm vào miệng.
- Bật công tắc máy xông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Tình trạng người bệnh trong quá trình xông và sau khi xông.
- Theo dõi tắc kim phun: khi tắc kim phun cần ngắt công tắc điện để sửa chữa ngay.
- Theo dõi dị ứng kháng sinh nhất là người bệnh xông lần đầu (nếu có) báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh cầm ống xông thủy tinh không đưa quá sâu hoặc để quá nông.
- Không cầm ống xông nằm ngang để để phòng thuốc trào ra ngoài.

C- RỬA VÀ NGÂM VÒM HỌNG**I. MỤC ĐÍCH**

Ngâm rửa vòm họng nhằm phòng và chống viêm loét hoại tử vòm họng, ngoài ra ngâm rửa vòm họng còn làm cho các tổ chức hoại tử được đào thải ra ngoài giúp cho người bệnh dễ chịu và thở được dễ dàng.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Ghế chuyên dụng (đặt trên mặt chiếc ghế đầu một tấm xốp dày 10cm có khoét lỗ đủ để vừa vùng cằm và đỉnh đầu người bệnh), ghế này thấp hơn mặt giường bệnh từ 7-10 cm).
- Bơm tiêm 5ml x 1 cái.

2. Thuốc ngâm và rửa vòm:

- Gentamicin 80mg x 1 ống.
- Hydrocortison 125mg x 0,5 ống.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Đưa người bệnh sang buồng làm thủ thuật.
- Đặt người bệnh nằm ngửa trên giường, kê vùng đỉnh cằm vào lỗ tấm xốp đặt trên ghế đầu chuyên dụng sao cho đường thẳng cằm cằm vuông góc với mặt phẳng giường (để vòm họng hứng và giữ được thuốc ngâm rửa không bị trào ra mũi và họng miệng).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Pha thuốc ngâm vòm vào trong bơm tiêm 5ml.
- Rút kim tiêm khỏi bơm tiêm, bơm từ từ thuốc ngâm vòm qua cửa mũi trước phải hoặc trái.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Tình trạng người bệnh trong và sau khi làm thủ thuật

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nằm bất động đầu trong suốt quá trình ngậm vòm. Thời gian này có thể thay đổi từ 20-30 phút mỗi lần, ngày có thể làm 2 lần.
- Khi ngừng ngậm vòm, điều dưỡng viên hướng dẫn người bệnh nằm nghiêng đầu để dịch ngậm chảy qua mũi ra khay hạt đậu.
- Dẫn người bệnh tránh ho trong lúc ngậm để đề phòng sắc dịch ngậm tràn vào phế quản.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU XẠ TRỊ TẠI CHỖ (RADIUM HOẶC SESIUM)

- Chăm sóc người bệnh sau radium vòm họng, lưỡi nền miệng.
- Dùng xạ áp sát để điều trị đơn thuần hoặc phối hợp với phẫu thuật xạ ngoài vòm họng, họng miệng, nền miệng, lưỡi. Xạ trị tại chỗ diệt các tế bào ung thư nhưng đồng thời cũng gây nhiều biến chứng cho tổ chức lành xung quanh gây nên tình trạng viêm loét hoại tử. Các biến chứng này tùy thuộc vào vị trí liều lượng mà gây viêm loét hoại tử cho các tổ chức lành xung quanh ít hay nhiều. Ở liều điều trị từ 40-70 Gy, xạ trị áp sát gây ra viêm loét đôi khi hoại tử niêm mạc tổ chức lành xung quanh kéo dài. Trường hợp nhẹ sự phục hồi tự nhiên phải mất một đến hai tuần. Trường hợp nặng sự phục hồi kéo dài tới 1 - 2 tháng.
- Vì vậy mục đích của chăm sóc sau xạ trị tại chỗ là làm cho quá trình viêm loét hoại tử chóng hồi phục.

A - CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ LƯỠI, NỀN MIỆNG SAU XẠ ÁP SÁT**I. MỤC ĐÍCH**

Làm giảm viêm loét hoại tử tại chỗ vùng xạ trị giúp cho người bệnh nhanh chóng phục hồi các chức năng nói nuốt.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Bàn để dụng cụ.
- Khăn phủ bàn vô khuẩn.
- Một khay men vô khuẩn.
- Một bộ đèn Clar.
- Một đèn lưỡi.
- Kẹp vô khuẩn một cái.
- Bông vô khuẩn.

2. Thuốc:

Betadin 1% loại dùng cho đường miệng x 1 lọ.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Đưa người bệnh sang buồng thủ thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng viên đeo đèn Clar nếu phòng thiếu ánh sáng.
- Dè lưới người bệnh.
- Kẹp bông vô khuẩn tẩm betadin, thấm nhẹ vào diện tổn thương 2 lần.
- Cho người bệnh ngậm 20 ml dung dịch betadin 1%. Bảo người bệnh xúc ngậm và ngậm khoảng 10 phút, ngày làm 2 lần cho đến khi khỏi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày giờ làm thủ thuật.
- Ghi diễn biến viêm loét hoại tử.
 - + Viêm tấy đỏ.
 - + Viêm loét.
 - + Viêm loét hoại tử diện hẹp.
 - + Viêm loét hoại tử diện rộng.
 - + Hoại tử nặng....

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Theo dõi tình trạng phản ứng của thuốc.
- Theo dõi diễn biến tình trạng viêm loét hoại tử.
- Hướng dẫn người bệnh không được uống rượu, hút thuốc lá, ăn trầu trong quá trình viêm loét và sau viêm loét vài tháng.

B- CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG SAU ĐẶT RADIUM HOẶC SESIUM**I. MỤC ĐÍCH**

Chăm sóc sau xạ áp sát trong ung thư cổ tử cung và âm đạo nhằm mục đích làm giảm quá trình viêm loét, giúp cho các chất hoại tử được tống ra ngoài làm cho quá trình phục hồi tổn thương nhanh hơn, người bệnh chóng phục hồi hơn.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Bàn khám phụ khoa.

- Bàn để dụng cụ.
- Khăn trải bàn vô khuẩn.
- khay men vô khuẩn 25 x 30cm
- Một mỏ vịt vô khuẩn.
- Một kẹp phụ khoa vô khuẩn.
- Bông gạc vô khuẩn.

2. Thuốc:

Thuốc chăm sóc trong phụ khoa có nhiều loại, tuy nhiên hai loại hay được sử dụng nhất là:

- Betadin 1% dùng trong phụ khoa x 1 lọ.
- Hoặc cytial chai 250ml x 1 lọ.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Đưa người bệnh sang buồng làm thủ thuật.
- Người bệnh nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng tầng sinh môn, âm hộ.
- Đặt mỏ vịt mở âm đạo.
- Dùng kẹp, kẹp bông vô khuẩn tẩm dung dịch betadin 1%, tiến hành lau rửa âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, các túi cùng, ba lần. Sau đó đặt một gạc vô khuẩn tẩm betadine 1% trong âm đạo. Gạc này lấy ra sau 24 giờ, ngày làm một lần liên tục cho đến khi khỏi.
- Trường hợp viêm hoại tử nặng có thể làm như trên ngày 2 lần.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày giờ làm thủ thuật.
- Mức độ tiến triển của tình trạng viêm loét hoại tử.
- Khi viêm loét hoại tử nặng phải báo cáo ngay cho bác sĩ điều trị để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tránh giao hợp thời gian tối thiểu 2 tháng sau khi khỏi viêm loét.
- Giữ vệ sinh thân thể và bộ phận sinh dục sạch sẽ.

Chương XI

DA LIỄU

1. CHĂM SÓC TRẺ GIANG MAI BẮM SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Điều trị tại chỗ, làm sạch tổn thương.
- Tránh sự lây lan cho những người xung quanh do những thương tổn hở ngoài da như sẩn loét, mảng viêm mủ, sẩn phỏng nước, thương tổn niêm mạc mũi v.v...
- Tránh các biến chứng đưa đến tình trạng trầm trọng thêm của người bệnh, nhất là các viêm nhiễm đường hô hấp.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ, thuốc:

- Thuốc: dung dịch màu (dd millian, dd castellani).
- Mỡ kháng sinh.
- Tăm bông.
- Bông gạc nhỏ.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Hộp lồng đựng nước muối sinh lí.
- Kẹp.
- Khay quả đậu.
- Lò sưởi.

3. Người bệnh:

Nằm ngửa trên giường (nếu trẻ lớn) hoặc mẹ bế (nếu trẻ nhỏ).

4. Nhân viên:

Điều dưỡng đeo găng tay, khẩu trang vô khuẩn, đội mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng kẹp, kẹp bông hay gạc nhỏ nhúng vào dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ ở hộp lồng, lau sạch tổn thương, dùng bông hay gạc khô thấm khô thương tổn.
- Dùng kẹp lấy miếng bông nhỏ nhúng vào dung dịch màu hay mỡ kháng sinh bôi tại tổn thương.
- Nếu có thương tổn ở mũi, dùng tăm bông ngoáy sạch mũi xong nhỏ 1-2 giọt dung dịch argyrol 1% hoặc dung dịch nitrat bạc 1%.
- Ủ ấm cho trẻ.
- Kiểm tra lại các tổn thương đã được chăm sóc

- Báo lại cho bác sĩ tình trạng các thương tổn và tình trạng chung của trẻ.

Dinh dưỡng:

- Lau sạch vú mẹ, cho trẻ bú.
- Nếu không bú được, vắt sữa mẹ ra cốc con sạch dùng thìa con để đổ hoặc nhỏ giọt cho trẻ.

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sức khoẻ chung, theo dõi cân nặng của trẻ, ăn uống, đại tiểu tiện.
- Báo cáo lại cho bác sĩ điều trị khi có dấu hiệu bất thường.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trẻ giang mai bẩm sinh thường thiếu tháng yếu ớt vì nhiều tổn thương ở phủ tạng gan lách, có thể chết đột ngột nên mẹ phải theo dõi thật tỉ mỉ và báo lại cho bác sĩ biết để đối phó kịp thời.
- Chăm sóc ăn uống cho trẻ.

2. CHĂM SÓC TRẺ ĐỎ DA TOÀN THÂN

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch da, hô hấp da được dễ dàng.
- Làm da mềm mại, không khô căng khó chịu.
- Tuỳ theo căn nguyên để có sự chăm sóc phù hợp.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường người bệnh.

2. Dụng cụ, thuốc:

- Chậu tắm.
- Nước ấm pha thuốc tím 1/10.000.
- Khăn bông lau người, quần áo tã lót.
- Khăn gạc để tắm.
- Bột talc hoặc dầu (baby oil).
- Dung dịch argyrol 1% hoặc nitrat bạc 1% để tra mắt.
- Lò sưởi.

3. Người bệnh: đặt trẻ nằm trên giường, cởi bỏ quần áo.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo găng tay, mang khẩu trang vô khuẩn, đội mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bắt đầu tắm từ mặt, đầu cổ, sau cho cháu vào chậu nước ấm kì nhẹ nhàng các kẽ da và toàn bộ da. Nhanh chóng quần trẻ vào khăn tắm, lau khô, rồi mặc quần áo cho trẻ.
- Nếu là đỏ da do liên cầu, do nhiễm độc thuốc thì xoa bột talc đều cả người, kể cả các kẽ.
- Nếu là đỏ da dạng vảy cá thì xoa bột talc vào các kẽ, xoa đầu vào toàn thân.
- Tra mắt mỗi bên 1 giọt argyrol 1% hoặc nitrat bạc 1%
- Ủ ấm cho trẻ.

Dinh dưỡng:

Lau đầu vú cho trẻ bú mẹ. Nếu trẻ không bú được vắt sữa mẹ vào cốc nhỏ sạch dùng thìa con cho ăn hoặc nhỏ giọt cho trẻ qua ống thông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sức khoẻ chung, dinh dưỡng, đại tiểu tiện.
- Tình hình ngoài da, đỏ thêm hay giảm đi, có bong vảy không, có mụn nước hay khô da bong từng mảng.
- Báo cáo bác sĩ điều trị

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho mẹ người bệnh cách cho bú, cho ăn sữa nếu không bú được.
- Theo dõi tiến triển chung của bệnh.

3. CHĂM SÓC TRẺ LI THƯƠNG BÌ BỌNG NƯỚC BẮM SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch tổn thương, tránh bội nhiễm
- Tránh các biến chứng như chàm hoá, nhiễm trùng ăn sâu xuống hoặc vào các phủ tạng
- Trường hợp có loạn dinh dưỡng từ trong bào thai làm co bàn chân lên, phải chỉnh bằng nẹp để bé có thể đi lại được khi lớn lên.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường người bệnh.

2. Dụng cụ:

- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Bông cắt nhỏ.

- Gạc xếp thành miếng.
- Băng.
- Nẹp chữ T.
- Dung dịch màu: casterllani hoặc millian.
- Kẹp.
- Khay quả đậu.
- Cốc thuỷ tinh vô trùng.
- Lò sưởi.

3. Người bệnh: nằm ngửa trên giường có trải tấm nylon.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: rửa tay, đội mũ, mang khẩu trang, găng tay vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dung dịch nước muối được đổ ra cốc thuỷ tinh vô trùng.
- Dùng kẹp cặp một miếng bông thấm dung dịch nước muối lau rửa các tổn thương.
- Thấm khô.
- Dùng kẹp bông thấm dung dịch màu bôi lên các vết thương.
- Nếu bàn chân bị co lên phải đặt nẹp: quần gạc vào nẹp chữ T, đặt thẳng dọc gót chân và bàn chân, đẩy gạc lên rồi dùng băng để cố định lại.
- Mặc quần áo và ủ ấm cho trẻ.

Dinh dưỡng:

- Nếu trẻ bú được, lau sạch đầu vú mẹ, cho bú.
- Nếu trẻ không bú được phải vắt sữa mẹ ra cốc con, dùng thìa hoặc nhỏ giọt cho trẻ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sức khoẻ chung: dinh dưỡng, đại tiểu tiện.
- Tình hình các tổn thương da: còn bọt nước, vết trợt hay sẹo co rúm, có vảy tiết hoặc có nhiều mủ hay không.
- Tình hình bàn chân bị loạn dưỡng co kéo lên như thế nào.
- Báo lại bác sĩ điều trị.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ ăn sữa bằng thìa nếu trẻ không bú được.
- Hướng dẫn bà mẹ cách giữ chỗ cố định ở chân trẻ.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LẬU MẮT

I. MỤC ĐÍCH

- Điều trị tại chỗ, làm sạch mủ ở mắt.
- Tránh các biến chứng gây viêm loét giác mạc, sẹo giác mạc đưa đến giảm thị lực hoặc mù loà.
- Tránh lây nhiễm cho người khác, nhất là những người trực tiếp chăm sóc.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ:

- Dung dịch penicillin 10.000 đv/10 ml, dung dịch nitrat bạc 1% hoặc dung dịch argyrol 1%.
- Bông, gạc nhỏ.
- Nước muối sinh lý 9‰
- Khay quả đậu.
- Panh, kẹp.
- Ống nhỏ giọt (compte gouttes).
- Lò sưởi.

3. Người bệnh:

Nằm ngửa (nếu là trẻ lớn hoặc người lớn) hoặc mẹ bế (nếu trẻ bé), đầu nghiêng sang khay quả đậu.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, đeo găng tay, khẩu trang vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng ống nhỏ giọt lấy dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ nhỏ mắt từ phía góc trong chảy ra góc ngoài của mắt, phía dưới hứng bằng khay quả đậu. Đồng thời dùng cặp bông vô khuẩn rửa nhẹ, vừa rửa vừa nhỏ giọt, rửa sạch bên này chuyển sang mắt bên kia.
- Lấy gạc thấm khô sau rửa, mỗi ngày rửa mắt 3- 4 lần.
- Sau rửa, nhỏ mắt bằng dung dịch penicillin pha loãng 10.000 đv/1ml, mỗi bên 2 giọt, cứ 30 phút nhỏ 1 lần, khoảng 10-15 lần mỗi ngày.

Dinh dưỡng:

Lau sạch vú mẹ rồi cho trẻ bú. Nếu trẻ không bú được, vắt sữa mẹ ra cốc, cho trẻ ăn bằng thìa hoặc nhỏ giọt cho bé.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng chung của trẻ.
- Tại mắt: sưng nhiều, có mở mắt được không, có nhiều mủ ở mắt chảy ra không.
- Báo lại cho bác sĩ điều trị.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Mẹ không được dùng khăn bẩn lau lên mắt, không dùng chung khăn mặt với trẻ.
- Chăm sóc trẻ xong phải rửa tay thật sạch bằng xà phòng, không đưa tay lên mắt để tránh lây bệnh.
- Chăm sóc ăn uống cho trẻ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH PHONG

I. MỤC ĐÍCH

- Để mảnh da ghép, gân cơ, chuyển vật sống không dính, liền sẹo tốt và sẹo đẹp.
- Không bị nhiễm khuẩn tại chỗ và toàn thân.
- Chống chảy máu tại chỗ.
- Chống các rối loạn toàn thân, các tai biến ngay sau phẫu thuật.
- Đảm phục hồi chức năng, thẩm mỹ sau khi phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Băng cuộn, gạc vô trùng, bột bó, băng dính.
- Cưa bột, kéo, kẹp cầm máu, garô (dây băng cao su).
- Các thuốc an thần, chống dị ứng, cầm máu như seduxen, dimedron, adrenalin, calci-clorua, danzen.

3. Người bệnh:

- Nằm ngửa, được giải thích, hướng dẫn kỹ cho từng loại phẫu thuật.
- Để chi đã được phẫu thuật ngang hoặc cao hơn mức tim để đề phòng chảy máu, phòng phù nề gây chèn ép.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: mang khẩu trang, áo choàng, đội mũ và đeo găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tùy từng loại phẫu thuật và các bộ phận được phẫu thuật mà có cách chăm sóc khác nhau, nhưng các tai biến thường gặp là chảy máu và chèn ép do bột, nhiễm trùng vết mổ, sẹo cứng, dính, co kéo.
- Theo dõi mạch, HA, T° 30 phút 1 lần trong vòng 3 - 6 giờ đầu để phòng chảy máu vết mổ, chèn ép do bột.
- Trường hợp chảy máu nhẹ (thấm máu qua bột trong 3 giờ đầu): để chi cao, tiêm tĩnh mạch 1 ống calciclorua 0,5g /5 ml (nếu cần).
- Trường hợp chảy máu nhiều (máu thấm qua bột, đỏ tươi, huyết áp tối đa giảm từ 10-20 mmHg), báo bác sĩ.
- Nếu có hiện tượng chèn ép: các đầu chi tím dần, lạnh, ấn đầu chi, không thấy máu trở lại, người bệnh kêu đau tức báo lại cho bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép vào hồ sơ bệnh án: huyết áp, mạch, các thuốc sử dụng.
- Báo cáo bác sĩ nếu phát hiện những dấu hiệu bất thường.
- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh thân thể và vết mổ.

V. HƯỚNG DẪN CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu thấy những dấu hiệu bất thường báo cho nhân viên y tế.
- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh vết mổ.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ CƠN PHẢN ỨNG PHONG NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện viêm dây thần kinh, biến chứng.
- Tránh được hậu quả tàn tật của cơn phản ứng.
- Đề phòng bội nhiễm, có loét, viêm móng mắt thể mi.
- Điều trị có hiệu quả.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc:

- Bột bó, nẹp tre hoặc nẹp nhựa đúc sẵn, băng cuộn để bất động chi trên, chi dưới ở tư thế cơ năng khi có viêm dây thần kinh (TK).
- Khăn mặt sạch, kính râm cho người bệnh có viêm móng mắt thể mi, viêm kết mạc mắt, mắt hử mi.
- Mỡ kháng sinh, dung dịch màu.

3. Người bệnh: nằm bất động tại giường.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, đeo găng tay, khẩu trang.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, tuyệt đối.
- Bất động các chi có dây TK viêm ở tư thế cơ năng. Chi trên: cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay duỗi 30° ; chi dưới: khớp gối duỗi 170° , bàn chân vuông góc cẳng chân.
- Bôi dung dịch màu sát khuẩn tại các thương tổn loét.
- Nếu có viêm tinh hoàn cần cho người bệnh mặc quần chặt hoặc đeo băng để cố định
- Nếu có viêm móng mắt thể mi hay viêm giác mạc, cần tra thuốc theo chỉ định của bác sĩ, đeo kính râm hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ, các dấu hiệu bất thường như: yếu cơ mặt hay giảm cảm giác, khó nhìn.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh các triệu chứng của cơn phản ứng phong, cách phòng chống để có hạn chế dị hình, tàn tật do các cơn phản ứng phong lần sau (nếu có).

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ZONA (MẮT)

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh biến chứng giảm thị lực, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào cho người bệnh.
- Tránh bội nhiễm.
- Rút ngắn thời gian điều trị.
- Giảm đau, hạn chế, ngăn ngừa di chứng đau sau Zona.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Panh, bông băng gạc vô trùng, khay quả đậu.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.

- Thuốc bôi ngoài da: dung dịch màu, hồ nước, mỡ kháng sinh.
- Thuốc mỡ tra mắt: acyclovir.

3. Người bệnh: nằm trên giường bệnh.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ khẩu trang và mang găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trước hết đối với Zona vùng mắt: cho người bệnh khám chuyên khoa mắt để đánh giá có hay không tổn thương mắt, mức độ thị lực? Viêm loét giác mạc? Viêm màng bồ đào...? sau đó dùng thuốc tra mắt theo chỉ định của chuyên khoa mắt.
- Rửa tổn thương da vùng xung quanh mắt bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Với những tổn thương mới, ít bọt nước có thể bôi hồ nước hoặc kem chứa acyclovir sau khi đã rửa sạch tổn thương: 2-3 lần/ngày.
- Với những tổn thương có bọt nước căng to gây đau rất nhiều, có thể dùng bơm tiêm vô khuẩn hút bớt dịch.
- Tổn thương nhiễm khuẩn hoặc đã dập vỡ: bôi dung dịch màu milian, castellani.
- Nếu tổn thương phù nề hoặc đau nhức nhiều có thể chiếu tia cực tím, laser He-Ne theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Chú ý những thay đổi bất thường, nhất là về thị lực của người bệnh zona mắt và tính chất đau của những người bệnh lớn tuổi để báo bác sĩ kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc đôi mắt, tuyệt đối không tra mắt bằng chế phẩm có corticoid để tránh tai biến viêm, loét giác mạc gây mù.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị, không nên quá lo lắng vì bệnh sẽ khỏi trong vòng 2-3 tuần.
- Ăn các loại thức ăn giàu vitamin nhóm B.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO DA

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh bội nhiễm.
- Tránh tự lây truyền.
- Hạn chế lây lan cho những người xung quanh.
- Rút ngắn thời gian điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại buồng bôi thuốc.

2. Dụng cụ:

- Panh, bông băng gạc vô trùng, khay quả đậu.
- Nước thuốc tím loãng 1/10.000 hoặc nước muối 9‰.
- Thuốc bôi: mỡ rifampicin, dung dịch màu millian, castellani,...

3. Người bệnh: nằm hoặc ngồi bệc lộ tổn thương.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, khẩu trang và mang găng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rửa vết thương bằng thuốc tím 1/10.000 hoặc nước muối 9‰. Lưu ý rửa xung quanh tổn thương trước, từ vùng da lành đến vùng da bị bệnh.
- Đối với tổn thương khô như Lupus lao, không có loét, sau khi rửa sạch bôi thuốc mỡ rifampicin.
- Đối với tổn thương loét lao thường có bờ lởm chởm, hàm ếch, đáy lớn nhón, tiết dịch thì dùng gạc lau rửa thật sạch dịch tiết, nặn mủ nếu có. Thấm khô, sau đó chấm dung dịch màu như millian, castellani, hoặc mỡ rifampicin.
- Băng thương tổn bằng lớp gạc mỏng để tránh bụi bẩn nhiễm khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tiến triển của thương tổn.
- Báo cáo bác sĩ những thay đổi bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, tránh gieo rắc mầm bệnh.
- Giải thích để người bệnh yên tâm điều trị.
- Ăn chế độ giàu đạm, giàu vitamin.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM TRÙNG DA NẶNG

(Chốc loét, nhọt, viêm hạch, hậu bối)

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch các thương tổn.
- Giúp điều trị có hiệu quả.
- Tránh được các biến chứng như hoại thư, nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm thận...
- Rút ngắn thời gian điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại buồng bồi thuốc.

2. Dụng cụ:

- Panh, bông, băng, gạc vô trùng, khay quả đậu.
- Dung dịch thuốc tím 1/10.000.
- Dung dịch oxy già.
- Thuốc bôi: mỡ kháng sinh, dung dịch millian, castellani.

3. Người bệnh:

Nằm hoặc ngồi, tư thế thoải mái để bộc lộ tổn thương, để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đi găng tay, đeo khẩu trang vô khuẩn, mặc áo choàng, đội mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nếu thương tổn loét chảy máu, rửa bằng nước thuốc tím 1/10.000 hay dung dịch đẳng trương NaCl 9‰. Rửa nhẹ nhàng tránh chảy máu.
- Nếu thương tổn bẩn, nhiều góc ngách rửa bằng oxy già.
- Lau sạch, thấm khô thương tổn.
- Bôi các dung dịch màu hoặc mỡ kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tiến triển của tổn thương.
- Lập kế hoạch chăm sóc tổn thương những ngày tiếp theo.
- Báo cáo bác sĩ những bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh cá nhân sạch sẽ, đặc biệt là vùng thương tổn.
- Không tự ý bôi, đắp các thuốc khác khi không có chỉ định.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LUPUS ĐỎ HỆ THỐNG

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh bội nhiễm các thương tổn ở da.
- Nâng cao hiệu quả điều trị.
- Rút ngắn thời gian điều trị.
- Tránh được các biến chứng trầm trọng có thể xảy ra.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại buồng bôi thuốc.

2. Dụng cụ:

- Bông, cồn, băng, gạc.
- Panh, kéo.
- Nước muối sinh lý hoặc nước thuốc tím pha loãng 1/10.000.
- Mỡ corticoid, mỡ kháng sinh, dung dịch màu như millian, castellani.

3. Người bệnh:

Nằm hoặc ngồi theo tư thế thoải mái, dễ thao tác.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo khẩu trang, mặc áo choàng, đội mũ và mang găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nếu thương tổn là các dát đỏ, dát xuất huyết: bôi mỡ corticoid /hydrocortison.
- Nếu thương tổn là bong nước, vết loét: bôi dung dịch millian hay castellani.
- Nếu thương tổn có bội nhiễm: rửa sạch bằng nước muối sinh lý 9‰ hay dung dịch thuốc tím 1/10.000 rồi bôi bằng mỡ kháng sinh hay dung dịch màu.
- Với người bệnh nặng, tiêm truyền theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi diễn biến bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu 24 giờ.
- Ăn uống giàu chất dinh dưỡng, nâng cao thể trạng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các diễn biến hàng ngày một cách cụ thể.
- Báo cho bác sĩ phụ trách nếu có bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- An tâm điều trị, không lo lắng.
- Giữ vệ sinh vùng thương tổn.
- Hướng dẫn người bệnh khi ra nắng phải đội nón mũ, bôi kem chống nắng
- Hướng dẫn cách chải đầu để tránh rụng tóc.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ UNG THƯ DA

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn cho vết mổ.
- Đảm bảo cho vết mổ khô sạch.
- Đảm bảo cho vết mổ nhanh tạo tổ chức hạt và lành sẹo.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng bôi thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Dung dịch sát khuẩn và rửa vết mổ: dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, dung dịch thuốc tím 1/10.000, cồn iod, dung dịch betadin.
- Gạc, bông vô trùng.
- Băng dính.
- Kẹp.
- Kéo.
- Khay vô khuẩn.

3. Người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để nhân viên y tế dễ thao tác rửa vết mổ và thay băng gạc.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo khẩu trang, mặc áo choàng, đội mũ và mang găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc vết mổ:

- Tháo băng gạc cũ
- Tiến hành rửa vết mổ bằng các dung dịch nước muối hoặc betadin.
- Kiểm tra cẩn thận vết mổ để phát hiện nhiễm khuẩn nếu có.
- Sát khuẩn vết mổ
- Bôi dung dịch hoặc mỡ kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn.

2. Cắt chỉ vết mổ:

- Cắt chỉ vết mổ theo chỉ định của bác sĩ, thời gian thường sau một tuần.
- Kiểm tra kĩ xem còn sót chỉ và xem vết mổ có bị nhiễm khuẩn không?
- Kiểm tra vết mổ có khô và liền vết mổ không?

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các công việc đã làm và tình trạng vết mổ hàng ngày
- Báo cáo tình hình chăm sóc và tình trạng vết mổ của người bệnh cho bác sĩ phụ trách.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích để người bệnh hiểu rõ được việc cần thiết bảo vệ vết mổ không bị nhiễm khuẩn.
- Giữ cho vết mổ khô sạch và có chế độ dinh dưỡng tốt để cho vết mổ chóng lành.
- Hướng dẫn gia đình chăm sóc người bệnh sau khi ra viện.

- Theo dõi định kì để kiểm tra xem bệnh có bị tái phát không.
- * **Ghi chú:** bài này chỉ đề cập đến chăm sóc vết mổ cho người bệnh bị ung thư tế bào đáy được phẫu thuật nhưng không cần chạy tia hoặc dùng hoá chất

12. CHĂM SÓC BỆNH NHI NHIỄM TRÙNG DA NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn da lan rộng hơn.
- Chống biến chứng nhiễm khuẩn huyết xảy ra.
- Chống lại tình trạng thoát dịch qua thương tổn.
- Chống biến chứng chàm hoá do chăm sóc và bôi thuốc không đúng.
- Đề phòng các biến chứng về sau như thấp tim, biến chứng thận do nhiễm trùng dai dẳng và tái phát nhiều lần.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Bông, băng, gạc vô trùng.
- Kẹp, kéo.
- Dung dịch nước muối sinh lí, thuốc tím 1/10.000. Dung dịch thuốc màu: xanh methylen, millian, castellani.
- Các thuốc mỡ kháng sinh bôi: mỡ tetracyclin, erythromycin...
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng hoặc loại kháng sinh mà vi khuẩn nhạy cảm (qua kết quả kháng sinh đồ).
- Các loại huyết thanh mẫn, ngọt đẳng trương, dung dịch kiềm.
- Ga trải giường.

3. NGƯỜI BỆNH:

Người bệnh nằm theo tư thế thuận lợi để thao tác chăm sóc nơi nhiễm trùng được dễ dàng.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và mang găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chăm sóc vùng da bị nhiễm khuẩn:

- Rửa tổn thương bằng các dung dịch sát khuẩn.
- Bôi các dung dịch thuốc màu hoặc mỡ kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ.

- Truyền dịch, tiêm kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ.
- Đảm bảo dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân cho người bệnh.
- Thay ga hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Chăm sóc da bị thương tổn.
- Thời gian truyền dịch, lượng dịch truyền, các thuốc đã sử dụng cho người bệnh.
- Báo cáo tình hình cho bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích và hướng dẫn cho gia đình người bệnh cách chăm sóc da lành và da tổn thương.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng giàu năng lượng và sinh tố.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NẤM SÂU

I. MỤC ĐÍCH

- Chống lại tình trạng bội nhiễm thương tổn.
- Chống thoát dịch qua thương tổn.
- Chống lại tình trạng nhiễm độc nhiễm khuẩn nếu có.
- Phát hiện kịp thời nếu người bệnh bị nhiễm HIV.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng bồi thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Thuốc: thuốc điều trị nấm sâu như sporol, nizoral, diflucan, kali iodur.
- Băng, băng, gạc, băng dính.
- Các dung dịch sát khuẩn: thuốc tím 1/10.000, cồn iod, betadin.
- Các dung dịch màu: millian, castellani.
- Kẹp, kéo, khay chữ nhật, khay quả đậu.
- Ga trải giường.
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn và dung dịch truyền (nếu cần).

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để y tá điều dưỡng dễ thao tác chăm sóc tổn thương.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và mang găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chăm sóc da bị thương tổn:
 - + Rửa thương tổn 1-2 lần/ngày bằng các dung dịch sát khuẩn.
 - + Bôi các dung dịch màu.
- Thay ga hàng ngày.
- Thực hiện thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại các việc đã thực hiện chăm sóc hàng ngày.
- Tình hình tiến triển của thương tổn.
- Báo cáo cho bác sĩ những diễn biến của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về việc chăm sóc da bị bệnh, cần tránh bội nhiễm vi khuẩn. Người bệnh và gia đình cần biết rằng thương tổn sẽ tiến triển chậm và cần phải điều trị đủ liệu trình trong nhiều tháng.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

Ghi chú: Trong phần này không đề cập đến chăm sóc người bệnh bị nhiễm HIV.

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH APHTOSE VÀ VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Chống lại tình trạng loét, phù nề niêm mạc miệng.
- Chống lại tình trạng nhiễm khuẩn.
- Chống lại tình trạng đau rát niêm mạc gây cản trở người bệnh ăn uống.
- Đề phòng nhiễm khuẩn lan xuống đường hô hấp và đường tiêu hoá.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng bôi thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Các dung dịch sát khuẩn miệng như nước muối sinh lý, dung dịch tetracyclin 5%, dung dịch glycerinborat 2%.
- Dung dịch màu như xanh methylen 1 - 2%.

- Thuốc bôi chống đau rát kamistad-gel.
- Các thuốc kháng sinh, acyclovir theo chỉ định của bác sĩ.
- Băng, băng, gạc vô khuẩn.
- Kẹp, kéo.

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh ở tư thế thoải mái để dễ thao tác chăm sóc.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo găng, khẩu trang vô khuẩn, mặc áo choàng, đội mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc tổn thương miệng:

- Rửa thương tổn bằng nước muối sinh lý 9 ‰, ngày 2- 3 lần.
- Bôi thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Bôi thuốc chống đau kamistad- gel.

2. Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

3. Giúp người bệnh ăn, uống: ăn lỏng, giàu dinh dưỡng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Quá trình chăm sóc tổn thương niêm mạc.
- Dinh dưỡng của người bệnh.
- Báo lại cho bác sĩ quá trình chăm sóc và tiến triển của thương tổn.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh.
- Gia đình và người bệnh không tự bôi thuốc ngoài chỉ định của thầy thuốc.
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG LIELL VÀ STEVENS - JOHNSON

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh tình trạng nhiễm trùng dị ứng.
- Tránh rối loạn nước và điện giải, rối loạn chức năng gan thận.
- Tránh tình trạng thoát dịch qua thương tổn bội nhiễm và nhiễm trùng toàn thân.
- Đề phòng tình trạng urê huyết cao, toan hoá máu (nếu có).

II. CHUẨN BỊ**1. Nơi thực hiện:** tại giường bệnh.**2. Dụng cụ và thuốc:***a. Thuốc:*

- Corticoid tiêm truyền tĩnh mạch. Các loại huyết thanh: mận, ngọt, đẳng trương, dung dịch kiềm.
- Thuốc kháng sinh, nâng cao thể trạng.
- Bột talc, glycerinborat 2%, dung dịch màu sát khuẩn như: millian, castellani

b. Dụng cụ:

- Băng dính, bông, băng, gạc vô khuẩn, cồn 70°
- Bơm kim tiêm.
- Panh, kéo, kẹp, khay quả đậu.
- Dây garô, đệm tay truyền dịch.
- Ga trải giường.

3. Tư thế người bệnh

Nằm theo tư thế thoải mái dễ thao tác.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, mang khẩu trang vô khuẩn, đeo găng tay, mặc áo choàng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc da bị tổn thương:**

- Thay ga hàng ngày 1 - 2 lần.
- Thấm rửa các tổn thương da, niêm mạc bằng dung dịch nước muối sinh lý 9‰ hoặc nước muối tím 1/10.000.
- Thấm khô thương tổn, xoa bột talc lên da vùng da tổn thương.
- Bôi các dung dịch màu vào các vùng da bị trợt loét, nhiễm khuẩn.
- Rắc bột talc lên ga, người bệnh nằm giường bột talc.

2. Chăm sóc thương tổn ở niêm mạc mắt, mũi và hốc tự nhiên khác:

- Lau rửa mắt bằng nước muối sinh lý.
- Tra mắt các loại thuốc theo chỉ định của chuyên khoa mắt nhằm chống lại bội nhiễm và dính cùng đồ kết mạc.
- Bôi glycerinborat 2% vào miệng.
- Rửa âm hộ, âm đạo sau bôi bằng glycerinborat 2% hoặc dung dịch millian.

3. Thực hiện thuốc uống, tiêm truyền: theo chỉ định của bác sĩ.**IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Đánh giá tình trạng tiến triển của thương tổn.
- Các kỹ thuật bà thuốc đã thực hiện.
- Báo cáo bác sĩ các bất thường về tình trạng của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- An ủi, động viên người bệnh và người nhà để họ yên tâm tin tưởng và hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế cho người bệnh hàng ngày.
- Cho người bệnh ăn lỏng, giàu dinh dưỡng, giàu vitamin.

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM ĐỘC DA DO THUỐC

(Bọng nước xuất huyết, hồng ban đa dạng)

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh tình trạng nhiễm độc dị ứng do thuốc
- Tránh tình trạng rối loạn nước và điện giải, rối loạn chức năng gan thận.
- Tránh tình trạng nhiễm trùng thứ phát, nhất là nhiễm trùng đường hô hấp.
- Tránh tình trạng nhiễm độc toan (nếu có).

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc.

a. Thuốc:

- Corticoid tiêm truyền tĩnh mạch.
- Các loại dịch truyền: dung dịch kiềm, đẳng trương, ưu trương.
- Thuốc dùng ngoài da: bột talc.
- Thuốc nhỏ mắt: argyrol 1%, millian, casterllani.

b. Dụng cụ:

- Bông, băng dính, gạc, cồn, dung dịch nước muối sinh lý 9‰.
- Bơm tiêm.
- Panh, kéo, kẹp, khay quả đậu.
- Dây garô, đệm tay truyền dịch.

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, mang khẩu trang vô khuẩn và găng tay.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc da bị tổn thương:

- Thay ga hàng ngày 1 lần.

- Rắc bột talc lên vùng có thương tổn.
- Nếu có bọt máu lớn, dùng kim vô khuẩn có chỉ chọc qua bọt máu theo chiều song song với mặt da, lưu chỉ lại để dẫn dịch.
- Bôi dung dịch màu vào các bọt nước đã trật vỡ.

2. Rửa các hốc tự nhiên: không có thương tổn cũng phải rửa ngày 2 lần bằng dung dịch nước muối sinh lý 9‰ và nhỏ mắt ngày 2 - 3 lần.

3. Thực hiện thuốc: theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tiến triển của các thương tổn da, niêm mạc.
- Báo cáo lại với bác sĩ điều trị.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, người nhà cách giữ vệ sinh thương tổn.
- Hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế người bệnh khi tình trạng bệnh quá nặng.
- Cho người bệnh ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng và vitamin.

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PEMPHIGUS VULGARIS

I. MỤC ĐÍCH

- Chống ngứa.
- Chống nhiễm trùng.
- Tránh tình trạng thoát dịch qua thương tổn.
- Chống suy kiệt.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc:

a. Thuốc:

- Corticoid tiêm truyền tĩnh mạch.
- Các loại dịch truyền: dung dịch đẳng trương, moriamin, plasma.
- Kháng sinh.
- Bột talc.
- Các thuốc dùng ngoài da: mỡ corticoid, mỡ kháng sinh, dung dịch glycerinborat 2%.
- Dung dịch màu chống nhiễm khuẩn: millian, castellani.
- Dung dịch nước muối sinh lý 9‰.

b. Dụng cụ:

- Bông, gạc vô khuẩn, băng dính, côn 70°.
- Bơm kim tiêm.
- Panh, kéo, kẹp, khay quả đậu.
- Ga trải giường.

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, mang khẩu trang vô khuẩn và đeo găng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc thương tổn da:**

- Thay ga hàng ngày 1 - 2 lần.
- Thấm rửa các thương tổn da, niêm mạc bằng dung dịch nước muối sinh lí 9‰ hoặc nước thuốc tím 1/10.000.
- Thấm khô, rồi xoa bột talc lên vùng da thương tổn.
- Bôi dung dịch màu vào các vùng da bị trợt loét, nhiễm khuẩn hoặc các kẽ.
- * Lưu ý: không nên bôi dung dịch màu castellani trên diện rộng.

2. Chăm sóc thương tổn ở miệng:

- Rửa lau nhẹ nhàng bằng dung dịch nước muối 9‰.
- Bôi glycerinborat vào niêm mạc miệng.
- Rửa âm hộ, âm đạo sau bôi bằng glycerinborat hoặc dung dịch millian.

3. Thực hiện thuốc: theo chỉ định của bác sĩ.**IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Đánh giá tình trạng tiến triển của các thương tổn.
- Các kĩ thuật và thuốc đã thực hiện.
- Báo cáo cho bác sĩ về các bất thường của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- An ủi động viên người bệnh và người nhà để họ yên tâm tin tưởng và hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế cho người bệnh hàng ngày.
- Cho người bệnh ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng và vitamin.

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỎ DA TOÀN THÂN

(Đỏ da toàn thân do vảy nến, đỏ da toàn thân do liên cầu)

I. MỤC ĐÍCH

- Chống ngứa.
- Chống lại tình trạng đỏ da, bong vảy.
- Chống nhiễm trùng.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện:

- Tại buồng bôi thuốc.
- Tại bồn tắm ngâm nước có pha thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Mỡ salicyl 5%, mỡ corticoid.
- Dung dịch chống nhiễm khuẩn: millian (dùng cho đỏ da toàn thân do liên cầu).
- Thuốc tím để pha với nước ấm cho bệnh nhân tắm ngâm hàng ngày (dung dịch 1/10.000).
- Thau, chậu.
- Lọ đựng thuốc, que bôi thuốc, giấy lau que bôi thuốc.

3. Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân ngồi theo tư thế thoải mái, để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

Y tá- điều dưỡng: đeo găng tay, khẩu trang vô khuẩn, mặc áo choàng, đội mũ.

III. KỸ THUẬT CHĂM SÓC

1. Chăm sóc da bệnh bằng bôi thuốc

Bôi mỡ salicyl hoặc mỡ kháng sinh, hoặc corticoid ngày 1 lần (buổi sáng bôi tứ chi, buổi chiều bôi thân mình). Các chỗ da nứt bị lên nhau nhiễm trùng bôi thuốc chống nhiễm khuẩn trước, sau đó bôi các loại mỡ sau (bôi chống).

2. Chăm sóc da bệnh bằng ngâm tắm:

- *Mùa đông*: pha thuốc tím với nước ấm theo tỉ lệ 1/10.000, hai ngày ngâm 1 lần, thời gian 20-30 phút vào lúc 10h30 hoặc 14h30. Ngâm xong tắm lại bằng nước thường.
- *Mùa hè*: pha thuốc tím với nước ấm hoặc nước thường (nước trực tiếp trong máy nước) theo tỉ lệ 1/10.000.

* *Chú ý*: với bệnh nhân cao tuổi không được ngâm nước lạnh lâu quá (dễ viêm phổi).

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào bệnh án các thuốc đã bôi, số ngày, số lần tắm.
- Tiến triển của bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Không cào gãi, nhất là dùng các vật cứng để cào gãi lên da.

