

31. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT ỐNG THÔNG BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi số lượng nước tiểu 24giờ.
- So sánh lượng nước tiểu vào và ra sau 24giờ.
- 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 đựng nước tiểu có vạch chia 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.
- Cắt 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 SƠ 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 perphyrin 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 NÃO

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 tù đề, 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 kê

- + 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 70⁰, 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. Cần băng ép mạch lâu hơn sau khi tiêm truyền.

C- CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (gầy 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 LÍ

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:

- Nghi 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 SpO_2 đảm bảo $SpO_2 > 96\%$.
 - + 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 lược.
 - Cồn 90⁰
 - 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 - 39⁰C:*

- 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 > 39⁰C trở lên:*

- Để người bệnh nằm nới 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 - 37,5⁰ 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 chèn lưỡi.

- 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 đầu
- 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 tì 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.
- Nền 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 170° 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 dây bẩn thì giặt bằng thuốc tẩy cloramin T ở nhiệt độ 71°C trong 25 phút.

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

- Các ống nối của máy, bóng hô hấp, các núm 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...).

- Đeo 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.
 - + Đeo ủng cao su
 - + Mang tạp dề
 - + Mang kính bảo hộ (mặt nạ)

- + Đi gang 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 glyxerin-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 đểm 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

- Dặn 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 nề 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 chọt: 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 kích 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.

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.
- 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 $> 39^{\circ}\text{C}$
- 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 $\text{SaO}_2 > 90\%$.
- Tránh cắn 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 co giật do kích thích bằng yếu tố vật lý 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 co 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 co giật

- Người bệnh co 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 co giật thì cần theo dõi nhiệt độ tránh sốt cao, khi có sốt cần dùng thêm thuốc chống co giật.

- Nếu nguyên nhân do động kinh cần dùng thuốc điều trị liên tục không dừng 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, SpO₂, 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 tù đề
- 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, nhỏ 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 lí.
- 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 kỹ 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.
- Ga, 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, chậm chạp, 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: đái nhiều, 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 chăn 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 dấu 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 (dẫn 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:

Tuỳ 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 lỗi 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 tuỷ.

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, cần 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.
- Calci clorua.
- Kali clorua.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giúp bác sĩ đặt ống thông vào tĩnh mạch bẹn 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 SƠ 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:

- Tấm 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 bôi 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, đông tử co, giãn.
- Ghi hồ sơ:
 - + Tỉnh thần.
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, đông 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, bông 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 lý, hoàn cảnh gia đình, kinh tế, một cách tỉ mỉ kĩ lưỡng.
- Tuỳ 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 (tuỳ 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 lý, 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 (băng 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 thực hiện phẫu thuật 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, mạt nhện.
- Chuẩn bị giường, chăn, ga, đệm, quần áo sạch.
- Phương tiện cần thiết như ca, cốc, xô vớt, cốc đong 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, truy 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 hô hấp 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 cấp 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 thì dễ gây loét.
- Người bệnh được thay quần áo, chân 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 cổng 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.
- Nối các ống dẫn lưu từ ổ bụng vào các chai vô trùng.
- Đo huyết áp động mạch.
- Đếm nhịp thở.
- Đo nhiệt độ
- Truyền huyết thanh và thực hiện thuốc theo y lệnh của phẫu thuật viên.
- Kiểm tra băng 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 áp bình thường.
- Các chai dẫn lưu không chảy hoặc ra ít dịch hồng, không có máu đông thành dây, không có mật (trừ ống Kehr).
- Băng khô, vết mổ không chảy máu, chảy dịch.
- 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 ống Kehr ra mật), rút dẫn lưu sau 48-72 giờ theo y lệnh

b. Những biểu hiện bất thường sau mổ:

* Chảy máu sau mổ (chảy máu đường mật, chảy máu trong ổ bụng):

- Người bệnh nhợt nhạt, huyết áp tụt, mạch nhanh, thở nhanh, nông.
- Các dẫn lưu ra máu đỏ tươi và đông thành dây (có thể ống Kehr ra mật lẫn máu trong chảy máu đường mật, có thể các 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 sản 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 y 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 ký 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: thực 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 y 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, kí 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 sẵn 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 sẵn 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 sẵn 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, GIẢI 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 nhin 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 bắt 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 nhịn ăn, giữ nước tiểu v.v... và các quy định hành chính của khoa phòng điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh có chế độ 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 bản, 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 70°, Betadin, nước muối sinh lý, 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 lổ 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 gang 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 kỹ tình trạng đường mật trong ngoài gan)... Chiều hôm trước mổ: cho người bệnh ăn nhẹ, 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, bó 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: thực 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 (sân 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.
- Sân 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 kì 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 LÔNG 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 $38^{\circ}5$ 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 bắn 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, thắt 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, thắt 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 đầm 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 bản, 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, GIỚI 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:
 - Ghi thêm 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 1500 calo/ngày), cân 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, hỗng 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 lý 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 để 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 kỳ, 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 lý 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.
- Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày chú ý lượng dịch mủ chảy ra và tránh vết mổ liền 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 có tác dụng hay không? Nếu cần báo lại bác sĩ cho thay thuốc.
- Tình trạng vết mổ: chảy dịch, mủ, máu, liền vết thương...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh sạch vùng hậu môn và tăng 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 kỳ 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 theokehr nhằm: giảm bớt áp lực đường mật sau mổ, chụp kiểm tra đường mật sau mổ và điều trị sỏi sỏi sau mổ quakehr hoặc đường hầm củakehr. 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 cáng 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 gập, 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 đi gang 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 sản 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.
- Xi 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 cổ 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
- Vỗ 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 vòi...)
- 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 TIẾN 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.