

* Theo dõi sát sắc mặt và phản ứng của bệnh nhi trong suốt thời gian truyền máu:

Nếu có dấu hiệu phản ứng, ngừng truyền, ủ ấm, báo bác sĩ xử trí

- Khi chai máu còn 5ml máu thì kẹp dây lại, rút kim và giữ lại chai máu.
- Cho bệnh nhi nằm thoải mái, nghỉ ngơi sau 15 phút

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi kết quả đo huyết áp, đếm mạch, nhiệt độ của bệnh nhi trước khi truyền máu
- Ghi ngày giờ truyền máu, tốc độ truyền, số lượng truyền, nhóm máu, phản ứng của bệnh nhi (nếu có), giờ truyền hết, tên người truyền vào phiếu truyền máu.
- Ghi chép tình trạng bệnh nhi trong quá trình truyền máu, phản ứng nếu có.
- Báo cáo bác sĩ ngay khi có dấu hiệu bất thường trong quá trình truyền máu.

V. HƯỚNG DẪN CHO GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giữ bệnh nhi cẩn thận, tránh giãy giụa làm chệch ven.
- Không tự ý điều chỉnh số giọt truyền
- Theo dõi và phát hiện những phản ứng của trẻ: khó thở, tím tái, sốt cao, nổi ban... phải báo bác sĩ ngay để xử trí.
- Không cho trẻ ăn trong suốt thời gian truyền máu

Chương IV

SẢN PHỤ KHOA

1. CHĂM SÓC THEO DÕI NGƯỜI BỆNH CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm chữa ngoài tử cung
- Tránh chảy máu trong dẫn đến tử vong

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (trang phục đầy đủ)

2. Người bệnh:

- Theo dõi tại khoa Phụ
- Được thông báo và giải thích tình trạng và tầm quan trọng của bệnh

3. Hồ sơ - dụng cụ:

- Hồ sơ:
 - + Hồ sơ của người bệnh được làm hoàn thiện đầy đủ về tiền sử bệnh và tình trạng bệnh hiện tại
 - + Làm đầy đủ các thủ tục hành chính
- Dụng cụ:
 - + Nhệt kế, huyết áp kế. Ống nghe tim phổi
 - + Dụng cụ để làm vệ sinh khi mổ cấp cứu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chữa ngoài dạ con chưa vỡ:

- Nhận người bệnh vào khoa Phụ, xếp buồng, giường.
- Hướng dẫn nội quy khoa phòng và giải thích cho người bệnh biết những điều cần thiết
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 3 lần/ ngày và khi cần thiết
- Theo dõi những dấu hiệu lâm sàng: đau bụng hay không ? ra huyết không?
- Khám lâm sàng hàng ngày
- Hướng dẫn và giúp người bệnh làm các xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ
- Chế độ ăn: ăn uống bình thường
- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh:
 - + Nghỉ ngơi thư giãn
 - + Vệ sinh cá nhân sạch sẽ

2. Chữa ngoài dạ con vỡ: khi có dấu hiệu chẩn đoán là chữa ngoài dạ con vỡ:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp ngay lập tức
- Quan sát toàn trạng người bệnh: da, niêm mạc
- Mời bác sĩ khám ngay
- Truyền dịch hồi sức nếu cần thiết

* *Khi có chỉ định mổ cấp cứu:*

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và cách giải quyết
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án và cho người bệnh kí giấy mổ
- Vệ sinh vùng sinh dục và vùng bụng
- Chuyển người bệnh đến bàn mổ bằng xe nằm
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho y tá-điều dưỡng phòng Mổ (ghi rõ ngày giờ)

3. Sau mổ:

- Theo dõi toàn trạng sau mổ: 1h/1lần trong 6 giờ đầu
 - + Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp 3 giờ/lần (những giờ tiếp theo của ngày đầu sau mổ)
 - + Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 lần/ ngày và khi cần thiết (cho những ngày sau)
- Thực hiện thuốc: tiêm, truyền dung dịch hoặc truyền máu theo chỉ định của bác sĩ
- Giúp đỡ nâng người bệnh ngồi dậy từ ngày thứ 2 sau mổ
- Nếu người bệnh không thể dậy do quá yếu hoặc do bệnh lí có chỉ định của bác sĩ phải nằm tại chỗ thì giúp người bệnh trở mình (1-2 giờ/lần) và mỗi ngày 2-3 lần xoa bóp các chi, vỗ rung lồng ngực để lưu thông khí
- Giúp người bệnh giải quyết các nhu cầu sinh hoạt: ăn, uống, tiểu đại tiện và giúp cho bệnh nhân tập đi lại trong buồng bệnh
- Chế độ dinh dưỡng: những ngày đầu sau mổ ăn nước cháo và các thức ăn lỏng sau khi trung tiện ăn bình thường
- Chăm sóc vết mổ:
 - + Thay băng vết mổ theo quy định, nếu vết mổ có dấu hiệu nhiễm khuẩn thì thay băng hàng ngày
 - + Cắt chỉ vào ngày thứ 5 hoặc theo y lệnh của bác sĩ
- Làm vệ sinh âm hộ và vùng tầng sinh môn hàng ngày

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước và sau mổ
- Ghi chép các thông số, dấu hiệu và các chăm sóc đã thực hiện
- Bàn giao tình trạng người bệnh và những yêu cầu chăm sóc tiếp theo.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời khi người bệnh có dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Trong thời gian nằm viện

- Thực hiện nội quy khoa phòng
- Hướng dẫn những yêu cầu thực hiện trong chuyên môn

- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân

2. Khi ra viện hướng dẫn:

Vệ sinh cá nhân sạch sẽ (nhất là vùng mổ)

- Chế độ nghỉ ngơi
- Đến khám lại theo hẹn của bác sĩ
- Thực hiện sinh đẻ kế hoạch.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ KẾ HOẠCH

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ cho người bệnh trước mổ
- Phòng tránh nhiễm khuẩn
- Chuẩn bị tâm lý tốt cho người bệnh

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (Áo choàng, mũ, khẩu trang)

- Hỏi người bệnh tiền sử dị ứng thuốc.
- Rửa tay theo quy định

2. Người bệnh:

- Được thông báo, giải thích, hướng dẫn làm các thủ tục hành chính và những việc cần chuẩn bị trước mổ.

3. Dụng cụ:

- Thủ tục hành chính: hồ sơ bệnh án, kết quả các xét nghiệm, giấy cam kết đồng ý mổ
- Thuốc an thần
- Huyết áp kế, nhiệt kế, ống nghe
- Găng vô khuẩn, dung dịch betadin, dao cạo, xà phòng, nước sạch, bốc thụt
- Váy áo sạch

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra các thủ tục hành chính:

- Hồ sơ bệnh án, đóng dấu duyệt mổ
- Đủ các kết quả xét nghiệm cơ bản (máu toàn phần, nước tiểu toàn phần, chiếu tim phổi, siêu âm v.v...) và các xét nghiệm đặc biệt khác
- Phiếu khám gây mê trước mổ
- Giấy cam kết đồng ý mổ (đã ký)
- Phiếu đăng ký dự trữ máu đối với bệnh nhân thiếu máu (ghi rõ nhóm máu)

2. Ngày trước mổ:

- Người bệnh nằm nghỉ tại giường
- Người bệnh ăn nhẹ bữa chiều (cháo, súp, sữa...)
- Vệ sinh vùng sinh dục:
 - + Cạo lông
 - + Rửa và lau vùng (âm hộ, tầng sinh môn)
 - + Lau sạch âm đạo bằng gạc và betadin

*** Buổi tối:**

- Thụt tháo đúng kỹ thuật (lần 1)
- Cho người bệnh uống thuốc an thần theo chỉ định của bác sĩ
- Động viên người bệnh

3. Ngày mổ:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp ghi hồ sơ, bệnh án.
- Thụt tháo phân đúng kỹ thuật (lần hai)
- Rửa vùng mổ bằng xà phòng betadin, băng bằng băng vô khuẩn
- Vệ sinh đầu tóc gọn gàng
- Thay váy áo sạch
- Chuyển người bệnh đến khoa Mổ
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho y tá-điều dưỡng khoa Mổ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước mổ bình thường hay bất thường, nếu bất thường báo bác sĩ
- Ghi các thông số và các chăm sóc vào phiếu theo dõi - chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Vệ sinh:
 - + Tắm gội, đầu tóc tết gọn gàng
 - + Vệ sinh răng miệng (chú ý tháo bỏ răng giả nếu có)
- Ăn uống:
 - Ăn nhẹ vào chiều hôm trước
- Hướng dẫn:
 - + Người bệnh không nên đi lại nhiều, nên nằm nghỉ ngơi tại giường
 - + Bàn giao tư trang cho thân nhân (nếu không có người nhà, y tá - điều dưỡng nhận đồ tư trang, ghi biên bản nhận, kí tên và dán vào hồ sơ).

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH 6 GIỜ ĐẦU SAU MỔ (KẾ HOẠCH)

I. MỤC ĐÍCH

Đề phòng tai biến cho người bệnh ngay sau mổ:

- Suy hô hấp sau mổ, tụt lưỡi, tắc đờm dãi
- Chảy máu (trong ổ bụng, ngoài vết mổ)
- Sốc
- Thoát mê chậm, kéo dài

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (áo choàng, mũ, khẩu trang)

2. **Nơi thực hiện:** phòng hậu phẫu

3. **Người bệnh:**

- Tư thế nằm: đầu ngửa và nghiêng sang một bên
- Ủ ấm (vào mùa đông)

4. **Dụng cụ:**

- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn cỡ số phù hợp.
- Huyết áp kế, đồng hồ bấm giây
- Găng vô khuẩn
- Ống thông tiểu vô khuẩn, bô dẹt

5. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh phòng hậu phẫu khoa Mổ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng rửa tay theo quy định

1. **Theo dõi toàn thân:**

- Tình trạng người bệnh mê hay tỉnh
- Nằm yên, hay vật vã giãy giụa
- Có nôn hay không
- Quan sát da: hồng hào, tím tái, ẩm, nóng hay lạnh
- Phù hay không
- Nhiệt độ

2. **Theo dõi hô hấp:**

- Người bệnh còn nội khí quản hay không. Nếu còn ống nội khí quản phải đề phòng người bệnh cắn ống nội khí quản.
- Đo nhịp thở: 15 phút / lần- 20 phút/ lần (trong 2 giờ đầu)

- 1giờ/lần sau 2 giờ đầu
- Thở oxy theo chỉ định của bác sĩ

3. Theo dõi tuần hoàn:

- Đo huyết áp, mạch: 15phút/lần hoặc 20phút/lần (trong 2 giờ đầu); 1giờ/lần sau 2 giờ đầu

4. Theo dõi truyền dịch và truyền máu:

- Trường hợp truyền máu phải kiểm tra nhóm máu của bệnh nhân và của người cho. Làm phản ứng chéo ngay tại giường trên lam kính
- Luôn kiểm tra vị trí truyền
- Tốc độ truyền (giọt/phút) theo chỉ định
- Thay chai huyết thanh hoặc chai máu khi gần hết
- Theo dõi phát hiện kịp thời những phản ứng trong khi truyền

5. Theo dõi về tiết niệu:

- Người bệnh tự đái hay đặt ống thông
- Nước tiểu: số lượng, màu sắc

6. Theo dõi chảy máu và vết mổ:

- Vết mổ khô hay rỉ máu
- Có ra máu âm đạo hay không ?
- Nếu có ra máu theo dõi: số lượng, màu sắc
- Xác định sự co hồi tử cung (mổ đẻ): chiều cao tử cung, mật độ tử cung cứng, mềm, máu chảy qua đường âm đạo ?
- Theo dõi phát hiện sớm dấu hiệu choáng do chảy máu trong (sắc mặt nhợt nhạt, chân tay lạnh, HA hạ, mạch nhanh)

7. Dinh dưỡng:

- Mổ sản phụ khoa không có liên quan đến đường tiêu hoá nên có thể cho người bệnh uống nước (sau 2 giờ đầu sau mổ) nhưng chỉ uống ít một (15-20 ml/lần) cách nhau 1-2 giờ/lần

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các chỉ số theo dõi và tình trạng người bệnh vào bảng gây mê hồi sức (đặc biệt chú ý, nhịp thở, mạch, huyết áp, thời điểm bệnh nhân tỉnh)
- Báo ngay với bác sĩ trực khi bệnh nhân có biểu hiện sau: huyết áp hạ dần, mạch nhanh dần, mê kéo dài sau mổ, khó thở, nhịp thở nhanh, sắc mặt tím tái hoặc bệnh nhân có biểu hiện khác thường
- Khi bệnh nhân tỉnh hẳn có thể cho người bệnh tự súc miệng

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, sản phụ cách vận động và chế độ ăn, uống sau mổ nhất là những ngày đầu sau mổ

- Chế độ vệ sinh hàng ngày.
- Hướng dẫn phương pháp tự chăm sóc người bệnh sau mổ rò.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ RÒ BÀNG QUANG - ÂM ĐẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng tránh nhiễm khuẩn và bục vết mổ bàng quang
- Giúp cho vết rò chóng liền

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: y tá-điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh (áo choàng, mũ, khẩu trang)rửa tay theo quy định

2. Nơi thực hiện: giường hậu phẫu khoa Phụ

3. Dụng cụ:

- Huyết áp kế, nhiệt kế
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Ống thông tiểu vô khuẩn, túi đựng nước tiểu
- Panh làm thuốc
- Găng vô khuẩn
- Dung dịch betadin, dung dịch muối sinh lí 9 ‰

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi toàn trạng:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 lần/ngày và khi cần thiết theo chỉ định của bác sĩ
- Quan sát toàn trạng người bệnh:
 - + Da: hồng hào hay tím tái, ấm hay lạnh
 - + Người bệnh mệt, yếu

2. Theo dõi nước tiểu:

- Kiểm tra ống thông nước tiểu: có tắc không (nếu tắc phải thay hay bơm thông)
- Khối lượng và màu sắc nước tiểu 24 giờ:

3. Chế độ vệ sinh:

- Thay ống dẫn lưu và túi đựng nước tiểu hàng ngày (nếu là chai sạch phải có dịch sát khuẩn)
- Rửa bàng quang những ngày đầu 1 lần / ngày (theo chỉ định) bằng dung dịch muối sinh lí 9‰ và rửa đến khi nước tiểu trong thì thôi (nếu nước tiểu có máu phải dùng

huyết thanh ấm)

- Lau âm hộ- âm đạo 1 lần / ngày bằng betadin

* *Chăm sóc ống thông:*

- Ống thông đặt từ 10-12 ngày (theo chỉ định của phẫu thuật viên)
- Trước khi rút ống thông: dùng panh cặp ống thông từ 1-2 giờ, theo dõi nước tiểu có tự chảy ra qua đường âm đạo không. Nếu không mới được rút ống thông
- Hướng dẫn người bệnh nhịn tiểu từ 1-2 giờ mới đi tiểu một lần và quan sát xem người bệnh có nhịn được và đi tiểu thành bãi không

4. Thực hiện thuốc theo y lệnh và những chăm sóc khác:

- Người bệnh sau mổ ngày đầu nếu truyền dịch phải theo dõi sát đảm bảo tốc độ truyền và số lượng dịch
- Tiêm kháng sinh và các loại thuốc khác (theo y lệnh)
- Giúp người bệnh trở mình ngồi dậy đi lại sớm trong phòng và thực hiện những nhu cầu khác

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá thể trạng và tình trạng vết mổ của người bệnh nếu bất thường báo bác sĩ
- Ghi những thông số, diễn biến và các chăm sóc đã thực hiện vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* *Chế độ ăn:*

- Ngày đầu người bệnh chưa trung tiện, ăn nước cháo, súp loãng, nước hoa quả
- Sau khi người bệnh đã trung tiện, hướng dẫn cho người bệnh ăn uống bình thường tăng chế độ đậm (thịt, cá, sữa, trứng v.v...)

* *Chế độ vệ sinh:*

- Làm vệ sinh âm hộ- âm đạo hàng ngày
- Thay váy, áo, chăn, ga thường xuyên
- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẮT VÚ

I. MỤC ĐÍCH

Tránh những tai biến sau mổ vú:

- Chảy máu vết mổ
- Nhiễm trùng vết mổ

II. CHUẨN BỊ

1. Nữ hộ sinh- y tá:

- Trang phục đầy đủ
- Rửa tay theo quy định

2. **Người bệnh:** nữ hộ sinh - y tá thông báo và giải thích cho người bệnh biết việc mình sẽ làm với họ

3. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh, phòng hậu phẫu khoa Phụ

4. Chuẩn bị dụng cụ:

- Xe thay băng
- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn cỡ số thích hợp.
- Hộp dụng cụ thay băng (2 panh, 1 kéo vô trùng)
- Găng vô trùng
- Gạc và săng vô trùng
- Dung dịch betadin, dung dịch nước muối sinh lý 9‰
- Băng dính, kéo
- Khay để đồ bẩn, túi nilon, tấm nilon

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong 2 ngày đầu sau mổ:

- Nữ hộ sinh, y tá rửa tay theo quy định
- Theo dõi toàn trạng
 - + Đo mạch, huyết áp 2 giờ / lần trong ngày đầu, 4 giờ /lần trong ngày thứ 2 và đo khi cần thiết
 - + Đo nhiệt độ 2 lần /ngày và khi cần trong những ngày sau.
- Truyền dịch, tiêm thuốc, cho uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ
- Đặt người bệnh theo tư thế thoải mái thuận tiện với ống dẫn lưu
- Kiểm tra tình trạng băng ép của người bệnh
- Kiểm tra máy hút, bình hút
- Tiến hành hút dịch qua ống dẫn lưu: 1giờ/lần (mỗi lần trong 5 phút với áp lực 0,3-0,4 atm)
- Kiểm tra dịch hút: số lượng và màu sắc dịch
- Thay và làm vệ sinh bình hút hàng ngày (có dung dịch sát khuẩn Presept 2% hay Cloramin T)
- Đánh giá và ghi vào phiếu chăm sóc những thông số

2. Sau 2 ngày:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 2 lần/ngày và khi cần
- Chuẩn bị xe thay băng
- Đặt bệnh nhân tư thế thuận tiện
- Tháo băng ép

- Rửa vết thương theo quy trình thay băng
- Rút dẫn lưu theo y lệnh
- Thu dọn vệ sinh dụng cụ thay băng
- Rửa tay
- Đánh giá tình trạng vết mổ, ghi phiếu chăm sóc

3. Các chăm sóc khác:

- Giúp đỡ người bệnh, nâng họ ngồi dậy từ ngày thứ 2 sau mổ
- Hướng dẫn người bệnh thở sâu
- Giúp đỡ người bệnh giải quyết các nhu cầu sinh hoạt: ăn, uống, đại, tiểu tiện... nâng đỡ người bệnh cho tập đi lại trong phòng
- Nếu người bệnh không thể dậy được do quá yếu hoặc do bệnh lý và có chỉ định của bác sĩ phải cho người bệnh nằm tại chỗ thì phải giúp người bệnh trở mình thường xuyên 2 giờ/lần và xoa bóp các chi

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau mỗi lần chăm sóc đánh giá tình trạng bệnh nhân, tình trạng vết mổ xem có bình thường hay không (có gì bất thường báo bác sĩ)
- Ghi các thông số và tình trạng người bệnh, vết mổ vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Vệ sinh toàn thân (đặc biệt là vết mổ và vùng quanh vết mổ)
- Chế độ dinh dưỡng: ăn các thức ăn giàu chất dinh dưỡng
- Đến khám lại theo lịch hẹn của bác sĩ.

6. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU NẠO TRÚNG

I. MỤC ĐÍCH

Tránh các tai biến: chảy máu và nhiễm khuẩn sau nạo

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh hoặc y tá-điều dưỡng (mũ, khẩu trang, áo choàng theo quy định); Rửa tay theo quy định

2. Nơi thực hiện: tại phòng hậu phẫu khoa Phụ

3. Dụng cụ:

- Huyết áp kế, ống nghe, nhiệt kế
- Thuốc và các phương tiện cấp cứu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ba giờ đầu sau nạo:

- Theo dõi toàn trạng
 - + Đo mạch, huyết áp 1 giờ / lần và theo y lệnh
 - + Quan sát da: hồng hào, tái, vã mồ hôi ?
 - + Người bệnh nôn hay không, bình thường hay mệt ? có ra máu âm đạo ?
- Tiếp tục theo dõi truyền dịch
- Thực hiện y lệnh (thuốc)
- Theo dõi co hồi tử cung
- Theo dõi nước tiểu (tự đái, hay đặt ống dẫn lưu.): lượng nước tiểu, màu sắc
- Giúp đỡ người bệnh thực hiện những nhu cầu (ăn, uống, đại tiểu tiện)

2. Sau 3 giờ:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Quan sát tình trạng của người bệnh
- Đánh giá tình trạng người bệnh
- Báo cáo bác sĩ cho chỉ định

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau nạo và ghi vào hồ sơ bệnh án.
- Ghi những thông số và tình trạng người bệnh vào phiếu chăm sóc
- Ghi những chăm sóc đã thực hiện

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Chế độ ăn: ăn các thức ăn giàu chất dinh dưỡng (cơm, thịt, cá, sữa, hoa quả...).
- Chế độ vệ sinh: vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày và sau mỗi lần đại tiểu tiện
- Hướng dẫn trước khi ra viện:
 - + Sử dụng thuốc theo đơn bác sĩ
 - + Đến khám lại theo hẹn và đến khám ngay khi thấy có bất thường (sốt, ra máu v.v..)
- Hướng dẫn người bệnh:
 - + Làm các xét nghiệm HCG, siêu âm, chiếu phổi (đã được ghi phiếu)... trước khi đến khám lại
 - + Không nên có thai trong hai năm đầu sau nạo
 - + Tư vấn cho người bệnh thực hiện sinh đẻ kế hoạch (dùng bao cao su, thuốc tránh thai v.v...)

7. CHĂM SÓC THAI PHỤ SẢN GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

Phòng tránh được những tai biến cho mẹ và con

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh: áo choàng, mũ, khẩu trang

2. Người bệnh:

- Thai phụ nằm tại giường bệnh có thành cao,
- Nơi yên tĩnh: tránh tiếng động ồn ào, ánh sáng mạnh

3. Dụng cụ:

- Hộp đựng dụng cụ để ngáng miệng cần sạch (que quẩn vải hoặc canun), dây băng buộc chân tay khi cần.
- Oxy (cần kiểm tra đồng hồ chỉ lưu lượng oxy qua bình làm ẩm)
- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn cỡ số phù hợp, ống thông nước tiểu và túi đựng nước tiểu
- Huyết áp kế
- Ống nghe tim thai, máy Monitor
- Thuốc cấp cứu: an thần, hạ huyết áp, chống phù, chống bội nhiễm
- Bơm tiêm- dây ga rô.
- Khay quả đậu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong cơn sản giật:

- Ngáng miệng
- Đặt thai phụ đầu nghiêng sang một bên, giường có thành cao tránh thai phụ ngã xuống đất
- Buồng nằm yên tĩnh tránh mọi kích thích: ánh sáng, tiếng động, đặc biệt chú ý ủ ấm vào mùa đông
- Nữ hộ sinh luôn luôn ở bên cạnh thai phụ để theo dõi sát và xử trí khi cần thiết
- Báo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ khẩn trương, chính xác
- Đặt ống thông theo dõi nước tiểu
- Thở oxy theo y lệnh.
- Hút đờm dãi (nếu cần)
- Theo dõi liên tục toàn trạng: theo chỉ định của bác sĩ:
 - + Đo mạch, huyết áp: 15-20 phút/ lần

- + Theo dõi nước tiểu: màu sắc, số lượng
- + Tri giác
- + Số cơn giật
- + Các dấu hiệu hôn mê
- Nếu truyền tĩnh mạch: đo mạch, huyết áp liên tục 10-15 phút/ lần để điều chỉnh liều lượng thuốc theo chỉ định
- Theo dõi thai: nghe tim thai, tốt nhất theo dõi tim thai bằng máy Monitor
- Nếu có gì bất thường báo ngay bác sĩ

2. Sau cơn sản giật:

- Theo dõi toàn trạng theo chỉ định của bác sĩ:
 - + Đo mạch, huyết áp
 - + Số lượng và màu sắc nước tiểu
 - + Mức độ phù
- Thực hiện y lệnh: thuốc và chế độ chăm sóc và theo dõi

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

** Đánh giá:*

- Tình trạng của người bệnh
- Diễn biến của bệnh
- Ghi chép vào phiếu chăm sóc:
- Các thông số của thai phụ và tim thai
- Tình trạng diễn biến của bệnh
- Các công việc thực hiện chăm sóc
- Chế độ dinh dưỡng

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình không tự ý tháo bỏ hoặc sờ mó vào các ống thông và dây truyền dịch vv...
- Giải thích tầm quan trọng vệ sinh cá nhân.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng, miệng, thân thể.
- Hướng dẫn thay đổi tư thế 2 giờ/lần (người bệnh hôn mê)
- Chế độ dinh dưỡng:
 - + Ăn nhạt
 - + Nếu chưa ăn được phải cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày.

8. CHĂM SÓC SẢN PHỤ NHIỄM HIV

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho sản phụ và thai nhi
- Tránh lây nhiễm HIV cho nhân viên y tế

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh (mũ, găng, khẩu trang, kính, áo choàng)

2. **Nơi thực hiện:** sản phụ theo dõi tại khoa Truyền nhiễm có bàn đẻ

3. Dụng cụ:

- Găng tay: găng phẫu thuật
- Găng dài che lên đến khuỷu tay
- Áo choàng và bột không thấm nước
- Khẩu trang, kính
- Mỏ vịt (loại dùng 1 lần)
- Dung dịch sát khuẩn: daklin, betadin, clorua benzakonium 0,1%, Javel, dung dịch nước muối sinh lý 9‰
- Thuốc AZT
- 1 bộ dụng cụ làm rốn vô trùng
- Gạc vô trùng

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong lúc chuyển dạ:

- Cho uống AZT 300mg cứ 3 giờ cho uống 1 lần đến lúc cặp và cắt dây rốn thì ngừng uống.
- Đảm bảo vô khuẩn khi đỡ đẻ
- Không cạo lông mu
- Lau âm đạo:
 - + Cứ 4 giờ / lần
 - + Qua mỏ vịt (loại mỏ vịt dùng 1 lần) bằng dung dịch betadin, daklin hoặc clorua benzalkonium 0,1%
- Hạn chế thăm âm đạo
- Bảo vệ đầu ối
- Không đặt điện cực ở đầu thai nhi
- Không lấy máu da đầu thai nhi đo pH

2. Khi đẻ:

- Sát khuẩn đường sinh dục
- Cắt và sát khuẩn dây rốn trước khi cắt
- Bỏ các dụng cụ đã dùng vào hộp kín
- Cách li bánh rau vào hộp kín có thể thiêu đốt được

3. Chăm sóc trẻ sơ sinh:

- Hút nhẹ nhàng nếu cần thiết phải hút hầu họng
- Tắm ngay cho trẻ sau đẻ (pha 250ml dung dịch clorua benzakonium vào 2,5 lít nước ấm) lau kỹ cho trẻ và tắm lại bằng xà phòng
- Lau kỹ mắt cho trẻ bằng nước muối sinh lý
- Ngay sau khi đẻ thông báo cho khoa sơ sinh để trẻ được chăm sóc riêng biệt
- Không nên cho bú mẹ, nên cho ăn sữa thay thế
- Cho trẻ uống AZT si rô trong 6 tuần đầu liều lượng 2mg/ cân nặng /6 giờ 1 lần

4. Hậu sản:

- Bệnh nhân nằm theo dõi tại buồng riêng
 - Nhân viên y tế mang găng khi khám băng vệ sinh của sản phụ, khi lấy máu, rút dịch truyền và các dịch thải
 - Đồ vải bẩn, băng vệ sinh cho vào túi nilon đặc biệt
 - Kim tiêm bỏ vào hộp riêng đóng kín có thể đốt được
- * *Chú ý:* sau khi thực hiện các chăm sóc nữ hộ sinh phải rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng sản phụ sau đẻ
- Ghi chỉ số theo dõi của mẹ và con vào hồ sơ, phiếu chăm sóc
- Ghi các diễn biến và tình trạng sản phụ, thai nhi sau đẻ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH.

* *Chế độ dinh dưỡng:*

- Cho sản phụ: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng (cơm,thịt, trứng, hoa quả, sữa v.v.)
- Cho trẻ: cho trẻ ăn sữa thay thế, không nên cho bú mẹ, cho ăn sữa đủ lượng và chia thành nhiều bữa

* *Chế độ vệ sinh:*

- Cho sản phụ: vệ-sinh vùng sinh dục hàng ngày 3-4 lần và sau khi đại tiểu tiện bằng nước sạch và xà phòng. Băng vệ sinh và đồ vải có dính máu phải được để riêng vào túi nilon
- Cho trẻ: tắm và làm vệ sinh hàng ngày cho trẻ

9. CHĂM SÓC THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẼ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho mẹ và con
- Phát hiện sớm những bất thường trong cuộc chuyển dạ đẻ

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh (mũ, khẩu trang, áo choàng theo quy định)

2. **Nơi thực hiện:** tại khoa Đẻ

3. Dụng cụ:

- Nhiệt kế, huyết áp kế,
- Ống nghe tim phổi, đồng hồ bấm dây,
- Ống nghe tim thai hoặc máy Monitoring,
- Các loại thuốc cần thiết, găng khám, dầu paraffin, dung dịch betadin.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định

1. Theo dõi toàn trạng:

- Khám phụ
- Đo nhiệt độ, đếm mạch, đo huyết áp 4 giờ / lần và đo khi cần thiết
- Da, niêm mạc

2. **Theo dõi cơn co tử cung** (tần số, khoảng cách, độ dài, cơn co): trong cuộc chuyển dạ được chia thành 2 giai đoạn:

a. *Giai đoạn tiềm tàng:*

Khi cổ tử cung mở 0-3cm đo cơn co 2 giờ/lần hoặc 1 giờ/lần theo chỉ định của bác sĩ

b. *Giai đoạn tích cực:*

Khi cổ tử cung mở từ > 3cm đo cơn co 1 giờ / lần hoặc 30 phút / lần tùy theo chỉ định của bác sĩ.

3. Theo dõi tim thai:

a. *Giai đoạn tiềm tàng:* 2 giờ / lần - 1 giờ / lần

b. *Giai đoạn tích cực:* 30 phút / lần - 15 phút / lần

- Tần số 120 lần / phút - 140 lần / phút (bình thường)
- Nhịp điệu đều hay không
- Âm sắc mạnh hay yếu
- Nếu tim thai suy:
 - + Tim thai > 160 lần / phút → suy nhanh

- + Tim thai < 120 lần / phút → suy chậm
- + Cho thở oxy hướng dẫn sản phụ nằm nghiêng trái
- + Báo bác sĩ

* **Chú ý:** nghe tim thai kết hợp với đo cơn co tử cung và phải nghe tim thai khi ối vỡ hoặc sau khi bấm ối, khi sản phụ rặn đẻ và sau mỗi cơn co.

4. Sự tiến triển của ngôi thai: 2 giờ / lần

- Nắn đầu thai để đánh giá độ lọt của ngôi:
 - + Độ cao: thăm âm đạo thấy đầu di động có thể đẩy lên rất dễ dàng, đồng thời có thể đẩy sang phải sang trái
 - + Độ chúc: khám thấy đầu không di động sang phải và trái nhưng còn có thể đẩy lên, thấy thóp sau ở một bên khung chậu của người mẹ.
 - + Độ chặt: khám thấy đầu không di động nhưng chưa xuống sâu trong âm đạo. Nếu ngôi chồm cúi tốt, sẽ thấy thóp sau ở chính giữa cổ tử cung.
 - + Độ lọt: lọt cao; lọt trung bình; lọt thấp
- Xác định mức độ tiến triển của ngôi thai

5. Theo dõi độ xoá mở cổ tử cung: 4 giờ/lần và khi có chỉ định của bác sĩ

- Rửa tay theo quy định
- Vệ sinh âm hộ- tầng sinh môn
- Đeo găng vô khuẩn
- Thăm khám nhẹ nhàng để đánh giá độ xoá mở cổ tử cung và tình trạng cổ tử cung (mềm, mỏng, phù, cứng)

* **Đối với con so:**

- Độ mở cổ tử cung kéo dài khoảng từ 6-8 giờ
- Thời gian sổ thai 30 phút - 1 giờ

* **Đối với con đa:**

Độ mở cổ tử cung kéo dài khoảng từ 3- 6 giờ

* **Bất thường:**

- Cổ tử cung mở chậm từ 0-3cm kéo dài 10 giờ
- Cổ tử cung mở chậm ít 1 giờ và không mở thêm
- Cổ tử cung mở hết 1 giờ đầu không lọt
- Sau sổ thai 1 giờ rau không sổ

6. Theo dõi đầu ối: 4 giờ / lần và cùng thăm khám cổ tử cung

- Kết quả tình trạng đầu ối:
 - + Còn hay vỡ
 - + Thời gian vỡ
- Tình trạng nước ối (số lượng, màu sắc, mùi)
- Rửa tay

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số và kết quả sau mỗi lần khám vào hồ sơ chăm sóc và biểu đồ chuyển dạ

- Đánh giá cuộc chuyển dạ bình thường hay có nguy cơ. Nếu có nguy cơ cần:
 - + Báo bác sĩ
 - + Thông báo và giải thích cho sản phụ và gia đình sản phụ biết tình trạng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho sản phụ những điều cần thiết như phương pháp thở, rặn khi chuyển dạ.
- Chế độ ăn: ăn, uống khi sản phụ có nhu cầu (đặc biệt chú ý hướng dẫn chế độ ăn cho sản phụ có nguy cơ cao).
- Chế độ vệ sinh: vệ sinh vùng sinh dục.

10. CHĂM SÓC THEO DÕI SẢN PHỤ TRONG 6 GIỜ ĐẦU SAU ĐẸ

I. MỤC ĐÍCH

Tránh các tai biến sau đẻ: chảy máu, choáng sau đẻ

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh (Mũ, áo choàng đầy đủ)
- Rửa tay đúng quy định.

2. Nơi thực hiện: tại giường phòng hậu sản khoa Đẻ.

3. Sản phụ: nữ hộ sinh thông báo và giải thích cho sản phụ biết việc mình làm đối với họ.

4. Dụng cụ:

- Máy đo huyết áp
- Ống nghe tim phổi
- Nhiệt kế
- Đồng hồ bấm giây

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Quan sát toàn trạng:

- Quan sát da sản phụ có xanh hay không
- Hỏi sản phụ có mệt hay không
- Sờ trán sản phụ đánh giá độ lạnh và mồ hôi
- Kiểm tra niêm mạc mắt

2. Đo mạch (đếm cả phút)

- Đo ngay sau khi đẻ
- Đo 15 phút / lần trong 2 giờ đầu
- Đo 1 giờ / lần trong 4 giờ sau
- Đo khi cần thiết theo chỉ định của bác sĩ

3. Đo huyết áp:

- Đo ngay sau khi đẻ
- Đo khi mạch nhanh 90 lần / phút trở lên
- Đo khi chảy máu nhiều hoặc khi sản phụ mệt, xanh xao, vã mồ hôi

4. Đo nhiệt độ:

- Đo ngay sau khi đẻ
- Đo trước khi chuyển khoa hậu sản

5. Theo dõi sự co hồi tử cung:

- 15 phút / lần trong 1 giờ đầu
- 30 phút / lần trong 2 giờ tiếp theo
- 1 giờ / lần trong 3 giờ tiếp theo
- Tư thế sản phụ: nằm ngửa, chân nửa co, nửa duỗi hơi dạng
- Nữ hộ sinh đứng bên giường đối diện với sản phụ. Đặt cả bàn tay và ngón tay lên vùng hạ vị của sản phụ, tìm “cầu an toàn”
- Xoa, day nhẹ cho cầu an toàn co lại rõ hơn
- Hướng dẫn sản phụ xoa, day bụng để tử cung co hồi tốt
- Đánh giá mức độ co tử cung

6. Theo dõi tình trạng ra máu:

- Thông báo cho sản phụ biết khi nữ hộ sinh cần kiểm tra băng vệ sinh
- Quan sát mức độ thấm máu ở băng vệ sinh
- Một tay ấn trên bụng sản phụ xem máu có rỉ ra đường âm đạo không
- Đánh giá tình trạng ra máu

7. Hướng dẫn và giúp sản phụ cho con bú:

- Nữ hộ sinh giải thích cho sản phụ biết tác dụng và lợi ích của việc cho con bú sau đẻ
- Lau đầu vú sản phụ bằng khăn ẩm, mềm, sạch
- Giúp cho tư thế sản phụ nằm cho con bú
- Hướng dẫn cách đặt vú vào miệng trẻ
- Sau khi cho trẻ bú: lau miệng trẻ, lau vú mẹ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá xem sản phụ sau đẻ bình thường hay có nguy cơ. Nếu có nguy cơ báo bác sĩ
- Ghi các thông số và tình trạng của sản phụ vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* *Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng:*

- Cho sản phụ:
 - + Cần phải nhận đủ lượng protein, chất khoáng và vitamin (thịt, trứng và các loại rau hoa quả, không kiêng quá mức)
 - + Cho con bú cần phải tiếp tục chế độ ăn uống như thời kỳ mang thai
 - + Uống viên sắt để bổ sung chế độ ăn uống ít nhất là trong 40 ngày sau đẻ
 - + Động viên sản phụ uống nước hoặc uống sữa trước khi cho con bú (trung bình 2 lít mỗi ngày)
- Cho trẻ:
 - + Bú sữa mẹ là tốt nhất
 - + Cho trẻ bú khi trẻ có nhu cầu

* *Hướng dẫn chế độ vệ sinh:*

- Cho sản phụ:
 - + Giữ vệ sinh sạch sẽ thân thể và bộ phận sinh dục
 - + Hướng dẫn sản phụ cách rửa bộ phận sinh dục bằng xà phòng và nước chín 3 đến 4 lần mỗi ngày, sau khi đi đại, tiểu tiện
- Cho trẻ:
 - Giữ vệ sinh, tắm rửa hàng ngày và khi cần thiết (chú ý vệ sinh rốn cho trẻ)
- Khi hướng dẫn và giúp sản phụ, nữ hộ sinh cần nhẹ nhàng, thân mật, lời lẽ giải thích cụ thể, dễ hiểu

11. CHĂM SÓC VẾT KHÂU TĂNG SINH MÔN SAU ĐẼ

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch và bảo vệ tăng sinh môn
- Tránh nhiễm trùng tăng sinh môn

II. CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh hoặc y tá - điều dưỡng (mũ, khẩu trang, áo choàng đầy đủ)
- Rửa tay đúng kỹ thuật

2. Nơi thực hiện:

- Tại giường sản phụ sau đẻ (đối với những bệnh nhân nặng, bệnh nhân huyết áp cao, bệnh tim v.v.. tránh đi lại)
- Tại phòng làm vệ sinh khoa hậu sản

3. Sản phụ:

- Nữ hộ sinh, y tá thông báo và giải thích cho sản phụ biết công việc mình sẽ làm với họ
- Hướng dẫn sản phụ đi đại, tiểu tiện trước khi chăm sóc

4. Dụng cụ:

- Xe để dụng cụ
- Kẹp dài làm thuốc vô khuẩn
- Băng gòn hoặc gạc củ ấu vô khuẩn
- Nước chín (ấm mùa đông)
- Bốc hay ấm chứa nước
- Bô dẹt, tấm nilon (nếu làm vệ sinh tại giường)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh, y tá- điều dưỡng rửa tay
- Hướng dẫn cho sản phụ nằm tư thế sản khoa (nếu làm vệ sinh tại giường sản phụ nằm đầu cao và lưng cao)
- Kiểm tra băng vệ sinh để đánh giá sản dịch
- Dùng bông hoặc gạc củ ấu lau bộ phận sinh dục đi từ vết khâu lan dần ra xung quanh và đồng thời xả nước
- Thăm khô vết khâu từ vết khâu thấm ra ngoài kiểm tra vết khâu xem có gì bất thường. Nếu có báo bác sĩ xem lại.
- Lau khô vùng rửa và xung quanh
- Dùng băng vệ sinh vô khuẩn
- Làm vệ sinh 3-4 lần trong ngày và sau khi đại, tiểu tiện
- Cắt chỉ vết khâu theo chỉ định của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết khâu tầng sinh môn sưng nề? Màu đỏ có mủ ?
- Có liền tốt hay không?
- Ghi kết quả vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho sản phụ làm vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn hàng ngày và sau khi đại, tiểu tiện.
- Đi lại nhẹ nhàng khi chưa cắt và mới cắt chỉ
- Dẫn người bệnh đến khám lại nếu thấy có bất thường.

12. CHĂM SÓC BÀ MẸ CHO CON BÚ SAU ĐẼ

I. MỤC ĐÍCH

* *Đối với mẹ:*

- Giúp tử cung co hồi tốt, tránh băng huyết
- Giúp sữa xuống sớm, không đau tức vú, không mất sữa

* *Đối với trẻ:* đảm bảo trẻ được bú sữa non vì:

- Thích hợp với tiêu hoá của trẻ
- Đầy đủ mọi chất dinh dưỡng cần thiết và các kháng thể của mẹ có thể truyền cho con qua sữa

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: nữ hộ sinh (trang phục theo quy định)

2. Nơi thực hiện: phòng hậu sản

- Nữ hộ sinh giải thích cho sản phụ biết tầm quan trọng của sữa mẹ và lợi ích của việc cho con bú sớm
- Thông báo cho sản phụ biết việc mình sẽ làm đối với họ
- Trẻ sơ sinh được nằm cạnh mẹ

3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Khăn sạch mềm
- Nước chín ấm
- Gối

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định
- Hướng dẫn cho bà mẹ lau đầu vú bằng khăn sạch và ấm (nếu sản phụ mệt thì người nữ hộ sinh giúp sản phụ)
- Đặt một khăn sạch khô vào cổ trẻ
- Nữ hộ sinh hướng dẫn cho bà mẹ cách nằm cho con bú (đối với bà mẹ ngay sau khi đẻ)
 - + Mẹ nằm nghiêng
 - + Lưng kê gối cao
 - + Mẹ ôm con cho con gối lên một cánh tay
- Cách ngồi cho con bú (đối với bà mẹ sau đẻ 1-2 ngày)

- + Mẹ ngồi tư thế thoải mái
- + Mẹ ôm con bằng một tay và nâng đầu trẻ cho miệng trẻ ngang tầm vú mẹ, người đứa trẻ áp sát vào ngực mẹ
- + Tay kia nâng giữ đầu vú
- + Miệng trẻ ngậm kín quầng vú mẹ khi bú
- + Có thể nhìn thấy trẻ bú từng ngụm sữa sâu và chậm rãi
- Nếu trẻ ngủ, vỗ nhẹ vào mông, gối vào gan bàn chân hoặc động nhẹ vào môi cho trẻ tiếp tục bú
- Sau khi cho trẻ bú:
 - + Lau miệng trẻ bằng khăn ướt, ấm
 - + Lau vú mẹ
 - + Bế trẻ giữ đầu cao 5-10 phút, sau đó đặt trẻ nằm nghiêng
- Nữ hộ sinh rửa tay

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá đứa trẻ ngậm vú và bú tốt hay không
- Trẻ trông thư giãn và vui vẻ
- Mẹ không thấy núm vú bị đau
- Thời gian bú của trẻ, một vú hay hai vú
- Ghi vào phiếu chăm sóc theo dõi

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Hướng dẫn các bà mẹ:*

- Cho trẻ bú càng sớm càng tốt ngay sau khi đẻ.
- Không chờ xuống sữa vì trong vú mẹ có sẵn sữa non
- Không cho trẻ uống nước lọc, nước đường, nước cam thảo sau khi bú
- Lau sạch đầu vú trước và sau khi cho con bú bằng khăn sạch, ấm
- Ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước
- Sau mỗi lần cho trẻ bú bế trẻ đầu cao khoảng từ 5-10 phút
- Cho trẻ ăn theo nhu cầu khi trẻ đói, tôn trọng giấc ngủ của trẻ.

13. CHĂM SÓC THEO DÕI SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh ngay sau đẻ
- Phát hiện những dị tật, bất thường của trẻ sơ sinh

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** nữ hộ sinh- Y tá (mũ, áo, khẩu trang theo quy định)

2. **Nơi thực hiện:** phòng Đẻ

3. **Người bệnh:** trẻ sơ sinh đã được cắt rốn 1 lần

4. Dụng cụ:

- Một bộ dụng cụ làm rốn vô khuẩn gồm 2 panh, 1 kéo, 1 kẹp rốn hay buộc rốn.
- Gạc, băng, bông vô khuẩn
- Bàn làm rốn (đệm, đèn đảm bảo độ ấm)
- Găng tay
- 2 sàng vô khuẩn
- Một bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh
- Cân sơ sinh, thước đo chiều dài sơ sinh, thước dây.
- Mũ, áo, tã, chân cho sơ sinh (sạch)
- Sổ, bút để ghi tên và đánh dấu sơ sinh
- Cồn 70°C
- Thuốc: thuốc nhỏ mắt; vitamin K (tiêm hoặc uống)
- Nhiệt độ trong phòng đẻ đủ ấm từ 28 - 30°C

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* *Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định:*

- Đón trẻ và đánh giá tình trạng trẻ (dựa vào chỉ số Apgar)
- Dùng gạc vô khuẩn lau miệng trẻ
- Dùng sàng vô khuẩn lau khô nước ối trên da của trẻ (ngăn chặn sự mất nhiệt của trẻ do nước ối dính trên người trẻ bốc hơi và có tác dụng kích thích hô hấp sơ sinh)
- Lau mặt, má, gáy.
- Dùng gạc vô khuẩn lau miệng trẻ, lấy hết dịch và nước ối
- Xoa lưng, xoa bụng, xoa hai tay, xoa hai chân bắt đầu từ mu bàn chân và kết thúc ở gan bàn chân
- Hút nhớt miệng, mũi sơ sinh nếu cần
- Làm rốn đúng kỹ thuật
- Kiểm tra dị tật của trẻ: đầu, môi, hàm ếch, sống lưng, tay và chân
- (bàn và ngón, bụng, hậu môn và bộ phận sinh dục)
- Đo vòng đầu- ngực - chiều dài - cân nặng
- Mặc áo, đội mũ, mặc áo, quấn tã cho trẻ
- Đo số ghi tên sơ sinh (số mẹ và con cùng một số)
- Quấn chăn ủ ấm
- Nhỏ thuốc mắt cho sơ sinh (tránh không cho thuốc chảy xuống má và tai)
- Bế sơ sinh ra mẹ hoặc chuyển sang phòng sơ sinh (nếu cần)
- Thu dọn dụng cụ (khử khuẩn và để đúng nơi quy định)
- Rửa tay

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá trẻ bình thường hay có dị tật bất thường hoặc có các nguy cơ khác.
- Ghi các thông số và các tình trạng của trẻ vào hồ sơ và phiếu theo dõi sơ sinh

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

* Theo dõi trẻ sơ sinh:

- Màu sắc da
- Nhịp thở (trung bình 40-50 lần / phút)
- Nhịp tim 120-160 lần/ phút
- Băng rốn có thấm dịch và máu không? (để phòng chảy máu rốn)
- Tiếng khóc của trẻ khỏe hay yếu- sự bú của trẻ
- Nhiệt độ: $36^{\circ}5\text{ C}$ - $37^{\circ}2\text{ C}$
- Hướng dẫn: sản phụ cho con bú và giữ ấm cho trẻ.

14. CHĂM SÓC HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU ĐẺ

I. MỤC ĐÍCH

- Làm thông đường thở
- Hỗ trợ hô hấp
- Hỗ trợ tuần hoàn

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh (mũ, áo choàng, khẩu trang đúng quy định)

2. Nơi thực hiện: phòng Đẻ

3. Dụng cụ:

- Bàn hồi sức sơ sinh
- Lò sưởi
- Máy hút đập chân hay cầm điện
- Ống hút vô khuẩn
- Bóng bóp hồi sức
- Oxy, mặt nạ thở oxy - ống nghe tim phổi - ống nội khí quản và đèn soi đặt nội khí quản

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay, đi găng vô khuẩn
- Trẻ sơ sinh bị ngạt được ủ ấm, đặt lên bàn hồi sức
- Đặt trẻ ở tư thế đầu thấp, ngửa cổ, tiến hành hút dịch thông đường hô hấp
 - + Dùng ống hút vô khuẩn hút họng, hầu
 - + Hút mũi sau

* *Chú ý:*

- Khi đưa ống hút vào họng cần nhẹ nhàng (khi rút ra và hút để có áp lực không quá 100cm H₂O). Mỗi lần hút không kéo dài quá 20 giây
- Phải hút sạch cho hết dịch và nước ối.
- Kích thích hô hấp qua da trẻ: lau khô kích thích toàn thân trẻ, xoa hai má, cọ sát da lưng, gãi gan bàn chân
- Quan sát trẻ: nếu trẻ không tốt lên tiến hành bóp bóng oxy:
 - + Kiểm tra van an toàn trước khi nối nguồn oxy
 - + Mặt nạ đặt kín, khít chum lên mũi, miệng (bóp bóng nhịp 40 lần/phút)
 - + Quan sát lồng ngực theo nhịp bóp
- Nếu trẻ tốt lên hồng hào tiếp tục cho thở oxy qua lều
- Nếu thấy không tốt lên, báo bác sĩ để đặt ống nội khí quản
- Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ
- Theo dõi màu da, sắc mặt, nhịp thở của trẻ. Nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng trẻ trước và sau hồi sức dựa vào chỉ số Apgar
- Ghi những thông số (sắc da, nhịp thở vv...) vào phiếu chăm sóc sơ sinh
- Ghi những chỉ số cần theo dõi tiếp sau khi hồi sức xong.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn sản phụ giữ ấm cho trẻ và cho con bú sớm nếu trẻ được trả về với mẹ.
- Nếu trẻ cần phải theo dõi thêm ở khoa Sơ sinh thì tiếp tục theo dõi tình trạng hô hấp và tuần hoàn của trẻ những giờ sau đẻ.

15. CHĂM SÓC THEO DÕI SƠ SINH NON THÁNG

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế tử vong sơ sinh
- Tránh bội nhiễm thứ phát
- Bảo vệ và nuôi dưỡng đứa trẻ như trong tử cung mẹ

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh (mũ, áo, khẩu trang theo quy định)
- Rửa tay theo quy định

2. Nơi thực hiện:

Tại phòng Sơ sinh, trẻ nằm trong lồng ấp

3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Lồng ấp đảm bảo độ ẩm 28°C - 35°C (tùy theo cân nặng, tuổi thai và ngày tuổi)
- Ống thông cho ăn- thìa cà phê và bát đựng sữa
- Sữa mẹ hoặc sữa dành cho trẻ non tháng đối với bà mẹ không có sữa hoặc bệnh lý
- Xà phòng tắm
- Gạc, bông, băng rốn vô khuẩn
- Cồn 70°
- Thuốc: thuốc nhỏ mắt; vitamin K

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nuôi dưỡng (chế độ ăn) thực hiện theo các quy tắc chung:

- Ưu tiên ăn sữa mẹ
- Ăn sớm sau đẻ
- Ăn nhiều lần (từ 8-24 lần /ngày) tùy theo chỉ định của bác sĩ
- Lượng sữa lúc đầu ít sau tăng từ từ
- Nếu trẻ không bú được, cho ăn bằng thìa hoặc qua ống thông dạ dày

2. Theo dõi:

** Theo dõi trẻ:*

- Đo nhiệt độ 2 lần/ ngày hoặc khi cần thiết
- Cân nặng hàng ngày
- Quan sát tình trạng trẻ: màu da, nôn trớ, phân, nước tiểu

3. Vệ sinh:

** Với trẻ:*

- Tắm cháu hàng ngày trong lồng ấp, tắm nước ấm
- Đảm bảo giữ độ ẩm cho trẻ
- Thay tã, lau vùng sinh dục cho trẻ mỗi khi trẻ đại, tiểu
- Thay ống thông cho ăn hàng ngày.

** Vệ sinh chung:*

- Giữ gìn vệ sinh chung sạch sẽ (tường, trần, sàn nhà)
- Nước sạch
- Dụng cụ cho ăn phải được tiệt trùng (hấp hoặc luộc)

- Giữ gìn vệ sinh lồng ấp và có kế hoạch tổng vệ sinh lồng ấp
- Bác sĩ, nhân viên chăm sóc phải sạch sẽ (rửa tay trước và sau mỗi lần chăm sóc, đeo khẩu trang khi khám và chăm sóc cho trẻ).
- Đồ vải sạch đủ để thay nhiều lần trong ngày
- Đồ vải thải phải cho vào túi nilon để trong thùng có nắp và thay túi nhiều lần trong ngày

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Hàng ngày sau mỗi lần chăm sóc ghi các thông số, chế độ ăn, cách cho ăn vào phiếu chăm sóc
- Đánh giá tình trạng cháu hàng ngày qua cân nặng
- Theo dõi và thực hiện y lệnh của bác sĩ
- Ghi chế độ ăn vào sổ của phòng tiết chế
- Bàn giao cẩn thận cho người thay ca

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu trẻ không bú được hướng dẫn cho bà mẹ vắt sữa để cho con ăn bằng thìa
- Nếu trẻ bú được, hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú
- Theo dõi sức khoẻ chung, sự lên cân của trẻ để giúp bác sĩ quyết định ngày có thể đưa cháu ra khỏi lồng ấp và trả về với mẹ.

Chương V

LAO VÀ BỆNH PHỔI

-

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Người bệnh được điều trị theo đúng phác đồ điều trị lao.
- Được theo dõi tới khi hoàn thành thời gian điều trị.
- Được đánh giá kết quả điều trị
- Phát hiện kịp thời và theo dõi các biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

- Kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm chức năng gan.
- Kết quả xét nghiệm đờm: âm tính hay dương tính.
- Phim chụp X-quang 2 phổi
- Cân nặng người bệnh
- Y lệnh về phác đồ điều trị lao
- Các lọ để lấy đờm, giấy xét nghiệm của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

- Tuỳ tình trạng từng người bệnh, để người bệnh nằm các tư thế cho phù hợp.
- Người bệnh nặng, xuất tiết nhiều đặt người bệnh nằm ngửa đầu nghiêng sang một bên để tránh hít phải chất xuất tiết, chất nôn
- Người bệnh khó thở cho nằm đầu cao.

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở:

- Theo thường quy ngày 2 lần sáng, chiều hoặc theo chỉ định của bác sĩ
- Nếu thấy bất thường báo cáo bác sĩ.
- Khó thở cho thở oxy (theo y lệnh)

3. Thực hiện thuốc, y lệnh:

- Thuốc dùng đúng liều lượng.
- Dùng thuốc lao cùng một lúc tốt nhất là sau ăn sáng 2 giờ.
- Tiêm truyền theo y lệnh.
- Lấy mẫu xét nghiệm đờm (vào buổi sáng 3 ngày liên để xét nghiệm tìm vi khuẩn lao)

4. Giảm đau, ho:

- Động viên người bệnh.
- Giúp đỡ người bệnh khi ho.

- Đắp khăn ẩm lên ngực nếu có đau tức ngực.
- Nếu ho ra máu (chăm sóc người bệnh ho ra máu)

5. Chế độ ăn uống:

- Động viên người bệnh ăn uống.
- Nấu thức ăn hợp khẩu vị.
- Cho người bệnh ăn giàu đạm, calo, rau quả.
- Cho người bệnh uống nhiều nước hoa quả.

6. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh:

- Thời gian bệnh tiến triển cần nghỉ ngơi tối đa.
- Động viên người bệnh ngủ nhiều.
- Vệ sinh răng miệng, thân thể.
- Thay quần áo thường xuyên.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với người khác.
- Ho khạc đúng nơi quy định

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng hô hấp
- Mức độ ho, sốt, đau ngực
- Số lượng, màu sắc đờm, máu
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc: nếu có các dấu hiệu sau đây thì ngừng thuốc và báo cáo bác sĩ:
 - + Chán ăn.
 - + Nôn, buồn nôn.
 - + Giảm thính lực.
 - + Sốt.
 - + Xuất huyết.
 - + Suy thận cấp.
- Theo dõi các biến chứng khác:
 - + Xẹp phổi.
 - + Tràn khí.
 - + Tràn dịch.
- Báo bác sĩ để xử lý kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh để người bệnh phối hợp điều trị.
- Thực hiện chế độ thuốc đủ liều đúng thời gian theo y lệnh của bác sĩ
- Đảm bảo chế độ vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, giữ gìn để phòng lây nhiễm cho người thân trong gia đình và những người xung quanh.
- Cách phát hiện những biến chứng và dấu hiệu bất thường
- Thực hiện chế độ ăn uống và nghỉ ngơi.
- Khi ra viện khám lại theo quy định.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HO RA MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Cầm máu kịp thời bằng mọi biện pháp
- Phòng ho ra máu tiếp tục và tái phát
- Làm thông thoáng đường hô hấp nếu có tắc nghẽn
- Chống nhiễm trùng (loét, viêm nhiễm đường hô hấp do đọng đờm dãi) khi nằm lâu.
- Bồi phụ đủ điện giải và đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ

1. **Người bệnh:** được nằm bất động tại giường bệnh, tùy từng mức độ ho ra máu có y lệnh riêng.

2. **Cán bộ y tế:** đứng bên giường bệnh, mặc áo công tác, mũ, khẩu trang và đi găng.

3. Dụng cụ:

- Ca đựng đờm, máu để cho người bệnh ho, khạc.
- Máy hút đờm dãi.
- Máy thở oxy.
- Các dụng cụ y tế khác theo y lệnh của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi và xử trí thuốc cầm máu, dịch truyền kịp thời theo y lệnh của bác sĩ.
- Hút máu cục, đờm dãi bằng máy hút nếu có hiện tượng bí tắc để làm thông thoáng đường hô hấp.
- Cho thở oxy qua ống thông mũi ngắt quãng nếu người bệnh khó thở.
- Người bệnh được nằm nghỉ ngơi yên tĩnh tại giường bệnh theo tư thế Fowler, đầu nghiêng về một bên khi ho ra máu, (để phòng máu tràn vào phổi gây suy hô hấp vì bị ngạt), kể cả khi người bệnh nôn, thức ăn cũng không thể trào vào đường hô hấp gây ngạt thở.
 - + Ho ra máu thể nhẹ: hạn chế vận động
 - + Ho ra máu thể vừa: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
 - + Ho ra máu thể nặng: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường - chế độ chăm sóc cấp I
- Theo dõi lượng máu ho ra hàng ngày, cả màu sắc và tính chất. Nếu máu ho ra màu đỏ tươi tức là máu còn đang chảy, cần phải xử trí thuốc cầm máu. Nếu máu ho ra màu nâu, đen thì hướng dẫn người bệnh khạc hết ra ngoài để tránh bội nhiễm ở đường hô hấp.
- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhiệt độ và nhịp thở nếu khó thở cho bệnh nhân thở oxy qua ống thông mũi ngắt quãng. Nếu sốt cao cho người bệnh thuốc hạ nhiệt và đắp

khăn lạnh vùng trán, thường xuyên thay khăn. Báo cho bác sĩ những thông số bất thường.

- Hướng dẫn người bệnh yên tâm, tin tưởng vào sự chăm sóc và điều trị của chuyên môn. Giải thích cho người bệnh hiểu về ho ra máu để cùng phối hợp điều trị.
- Cho người bệnh ăn chế độ lỏng, nhẹ, dễ tiêu, thức ăn nguội, mỗi lần ăn ít một, ăn nhiều lần trong ngày và đảm bảo đầy đủ chất.
- Vệ sinh cá nhân hàng ngày: lau chùi sạch máu dầy ở mặt, cổ, miệng và vệ sinh thân thể, lau rửa bằng nước ấm.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các thông số mạch, huyết áp, nhiệt độ và nhịp thở.
- Lượng máu ho ra hàng ngày, tính chất, màu sắc.
- Thuốc, dịch truyền đã thực hiện theo y lệnh của bác sĩ
- Chế độ ăn uống hàng ngày và tình trạng tinh thần của người bệnh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh ho ra máu thường hay tái phát vì vậy phải bình tĩnh, nếu người bệnh hốt hoảng, lo lắng, sợ hãi thì những yếu tố đó sẽ kích thích gây ho ra máu tiếp.
- Hướng dẫn người bệnh cách uống thuốc, sinh hoạt, ngủ, nghỉ đúng giờ, hạn chế vận động mạnh gắng sức và thực hiện theo hướng dẫn của thầy thuốc.
- Hướng dẫn cách xử lý đờm, máu để phòng lây nhiễm cho người xung quanh
- Phòng chống lây nhiễm nếu ho ra máu do lao.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện chế độ điều trị (do bác sĩ chỉ định)
- Chống sốc, giảm đau, chống khó thở.
- Trợ giúp người bệnh khi được chọc hút dẫn lưu khí
- Chăm sóc dẫn lưu khí
- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị phương tiện chọc hút dẫn lưu khí (theo chỉ định của bác sĩ)
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch
- Chuẩn bị người bệnh tại buồng làm thủ thuật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thực hiện chế độ điều trị theo chỉ định của thầy thuốc

2. Chống sốc, giảm đau, giảm khó thở

- Giải thích cho người bệnh hiểu đau sẽ giảm dần sau hút khí, có thể hết đau sau một vài ngày.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên bị bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh mỗi khi ho áp chặt tay vào gian sườn bên tràn khí để giảm đau.
- Cho người bệnh nằm đầu cao nếu có khó thở.

3. Trợ giúp người bệnh khi được chọc hút dẫn lưu khí

- Giải thích cho người bệnh thủ thuật hút dẫn lưu khí là cần thiết và có tác dụng chống khó thở và xẹp phổi. Thủ thuật không gây đau nhiều chỉ đau khi chọc kim qua thành ngực.
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơi nghiêng về bên lành.
- Hướng dẫn người bệnh giữ tư thế bất động, kiềm chế ho khi chọc dò.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm, thủ thuật không gây đau nhiều, chỉ đau khi chọc kim qua thành ngực.
- Trợ giúp thầy thuốc tiến hành thủ thuật
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và các dấu hiệu sốc khi chọc hút dẫn lưu khí.
- Theo dõi khi hút ra, xem có kèm theo dịch hay không, đặc biệt là dịch máu

4. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi:

- Theo dõi áp lực hút: thông thường áp lực hút từ 15 đến 40cm H₂O hoặc 10 đến 30cmHg.
- Không để tắc ống dẫn lưu, đảm bảo hệ thống hút kín tuyệt đối và vô khuẩn,
- Thay rửa lọ và hệ thống dây dẫn hàng ngày.
- Thay băng vùng mở màng phổi hàng ngày.
- Nếu có tràn dịch, tràn máu phải dẫn lưu dịch máu.
- Nếu có tràn máu phải theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/lần, đo lượng máu chảy ra.
- Nếu lượng máu không giảm cần thông báo bác sĩ để có chỉ định mổ cầm máu.

5. Vệ sinh cho người bệnh:

- Răng miệng, lồng ngực.
- Cho người bệnh ăn chế độ nhiều nước và muối khoáng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng sốc: mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi v.v...
- Nếu chọc hút dẫn lưu khí và có máy đo áp lực màng phổi, ghi áp lực màng phổi.
- Ghi hồ sơ theo dõi hàng ngày: nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp, mức độ đau, khó thở và các dấu hiệu giảm oxy máu theo giờ tùy thuộc vào tình trạng bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Hướng dẫn người bệnh kỹ thuật thở hoành
- Khuyên người bệnh bỏ thuốc lá (nếu người bệnh nghiện thuốc) và vận động những người khác bỏ thuốc.
- Hướng dẫn người bệnh để phòng một số bệnh có thể gây tràn khí

4.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện chế độ điều trị (theo chỉ định của bác sĩ)
- Giảm đau, chống khó thở
- Trợ giúp người bệnh khi được tiến hành chọc hút dịch, dẫn lưu màng phổi.
- Chăm sóc dẫn lưu màng phổi, đảm bảo không tắc ống dẫn lưu, không bị bội nhiễm
- Giáo dục người bệnh tự chăm sóc phục hồi chức năng

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị phương tiện chọc dò dẫn lưu màng phổi(theo chỉ định của bác sĩ)
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch.
- Chuẩn bị người bệnh tại buồng làm thủ thuật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thực hiện chế độ điều trị (theo chỉ định của bác sĩ)

2. Giảm đau, chống khó thở

- Khi người bệnh đau nhiều đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi (nghiêng về bên bệnh), khi người bệnh đỡ đau để người bệnh nằm nghiêng về bên lành và thay đổi tư thế, nằm đầu cao nếu có khó thở.
- Hướng dẫn người bệnh mỗi khi ho áp chặt bàn tay của mình vào gian sườn bên tràn dịch để giảm đau

3. Trợ giúp người bệnh khi tiến hành chọc dò màng phổi

- Xác định người bệnh có dị ứng thuốc tê hay không.
- Giải thích cho người bệnh những điểm sau:
- Mục đích làm thủ thuật để chẩn đoán và điều trị, để người bệnh chấp thuận làm thủ thuật.
- Khi chọc dò phải cố gắng ở tư thế bất động, kiềm chế ho.
- Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thuận tiện (theo chỉ định của bác sĩ)
- Trợ giúp thầy thuốc tiến hành thủ thuật

- Sau khi rút kim khỏi thành ngực điều dưỡng viên đề lên vị trí chọc kim bằng đầu ngón tay cái (mang găng vô khuẩn) và sau đó băng bằng băng vô khuẩn.
- Theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp, cảm giác căng trong lồng ngực, ho có đờm màu hồng, các dấu hiệu giảm oxy máu.
- Đánh giá số lượng dịch rút ra, tính chất, màu sắc, chuẩn bị mẫu dịch cho xét nghiệm.

4. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi (nếu có)

- Theo dõi số lượng dịch dẫn lưu trong ngày: tính chất, màu sắc, báo bác sĩ điều trị khi số lượng dịch $\leq 10 - 20$ ml/ngày để rút ống dẫn lưu.
- Không để tắc gấp ống dẫn lưu,
- Thay băng chân ống dẫn lưu và thay rửa lọ chứa dịch dẫn lưu hàng ngày.

5. Vệ sinh, dinh dưỡng cho người bệnh:

- Đặc biệt chú ý giữ vệ sinh răng miệng và lồng ngực.
- Cho người bệnh ăn chế độ giàu đạm, vitamin và chất khoáng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá và ghi vào phiếu chăm sóc số lượng, tính chất, màu sắc dịch rút ra.
- Nếu có dẫn lưu màng phổi đánh giá và ghi vào phiếu chăm sóc số lượng, tính chất, màu sắc dịch dẫn ra trong ngày.
- Ghi theo dõi hàng ngày nhiệt độ, nhịp thở mạch huyết áp, mức độ đau, cảm giác khó thở, tính chất ho, các dấu hiệu giảm oxy máu

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Giai đoạn còn dịch:

- Hướng dẫn người bệnh tập thay đổi tư thế (tránh lắng đọng fibrin):
 - + Nằm ngửa hít sâu thở ra đều trong 15-20 phút.
 - + Nằm nửa sấp, tay gấp trước ngực để dồn dịch ra trước trong 30 phút.
 - + Quay sau: gối kê dưới vai lưng thời gian 30 phút
- Hướng dẫn người bệnh thở hoành, kỹ thuật như sau:
 - + Đặt một tay vào bụng và tay kia vào giữa lồng ngực.
 - + Hít vào chậm và sâu qua mũi, bụng phình ra càng nhiều càng tốt.
 - + Thở ra qua miệng môi mím (để luồng hơi thở bật qua môi), trong khi đó bụng thít lại, bàn tay để lên bụng đè nhẹ vào phía trong và lên trên.

2. Giai đoạn hết dịch:

- Hướng dẫn người bệnh thở hoành thường xuyên để thành thói quen.
- Tập vận động khớp vai
- Chấp hành chế độ điều trị ngoại trú, khám lại theo hẹn

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO/HIV

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo người bệnh được điều trị lao theo đúng quy định của chương trình chống lao; điều trị đánh giá kết quả, quản lý điều trị.
- Kết hợp việc điều trị HIV-AIDS
- Tư vấn thông tin về điều trị và dự phòng bệnh lao, HIV-AIDS.
- Thực hiện tối việc phòng chống lây nhiễm và an toàn trong tiếp xúc với người bệnh.
- Đảm bảo thông khí tốt cho người bệnh hô hấp
- Phát hiện kịp thời và theo dõi các tác dụng phụ của thuốc
- Thực hiện tối các y lệnh

II. CHUẨN BỊ

- Toàn bộ hồ sơ bệnh án được xác định lao phổi cần được điều trị lao và HIV(+)
- Các loại thuốc chữa lao và HIV-AIDS
- Các phương tiện vô trùng và cách li cho người bệnh và cán bộ y tế như khẩu trang, áo mũ và găng tay khi phải làm các thủ thuật
- Để người bệnh nằm trong phòng bệnh cách li

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Xét nghiệm đờm và theo dõi xét nghiệm đờm trong quá trình điều trị như trong quy định của chương trình chống lao quốc gia.
- Điều trị lao theo các nguyên tắc điều trị của chương trình chống lao quốc gia phối hợp các loại thuốc, sử dụng một lần, dùng đều đặn, đảm bảo đủ thời gian, đảm bảo 2 giai đoạn: tấn công và duy trì.
- Phối hợp điều trị HIV
- Chưa có thuốc đặc trị HIV.
- Theo dõi các phản ứng phụ của thuốc lao (như trong phần chăm sóc người bệnh lao)
- Theo dõi các phản ứng phụ của các thuốc điều trị HIV:
Phản ứng do sử dụng cho bà mẹ đang cho con bú, thiếu máu, giảm bạch cầu đa nhân, nôn, buồn nôn, chán ăn, đau bụng, nhức đầu, ban đỏ ngoài da, sốt, đau cơ, mất ngủ, mỏi mệt và khó tiêu, tiêu chảy, chóng mặt, khó thở, đau toàn thân rùng mình, các dấu hiệu cảm cúm.
- Theo dõi các bệnh cơ hội thường gặp:
 - + Viêm phổi do *Pneumocystis carini*
 - + Viêm phổi và não do *Toxoplasma*
 - + Các bệnh do nấm
 - + Các bệnh do virus

- + Tiêu chảy
- Điều trị triệu chứng và chăm sóc:
 - + Sốt - Hạ sốt và cho uống nhiều nước
 - + Tiêu chảy - Bồi phụ điện giải, hướng dẫn dự phòng bằng ăn uống sạch....
 - + Ho, đau ngực, khó thở: người bệnh nằm đầu cao; Dùng thuốc giảm đau
- Tổn thương ngoài da: rửa sạch bằng nước muối sinh lý 9‰, thấm khô, và băng vô khuẩn.
- Cho uống đủ nước, vỗ rung ở lưng giúp người bệnh vận động thay đổi tư thế.
- Áo quần, đồ vải bẩn... để vào túi riêng ngâm trong dung dịch sát khuẩn Javel 1‰ trong 20 phút trước khi giặt, người giặt phải dùng găng tay, khi huỷ bỏ đồ vải thì phải đốt hoặc ngâm dung dịch sát khuẩn Javel 1‰ trong 20 phút trước khi bỏ vào thùng rác.
- Vệ sinh răng miệng:
 - + Dùng bàn chải mềm, chải thường xuyên,
 - + súc miệng với dung dịch thuốc tím loãng
- Thức ăn: Cho ăn thêm tỏi, sữa chua và các chất giàu vitamin
- Nôn và buồn nôn:
Thường hay gặp ở người người bệnh AIDS nhẹ có thể tự khỏi hoặc dùng thuốc chống nôn
- Đau đớn thể xác:
 - + Do bất động lâu,
 - + Rối loạn thần kinh gặm giặc, biểu hiện rất bỏng chân tay, cần tập thở sâu, thư giãn, giảm đau bằng paracetamon hay aspirin, xoa bóp, nằm chân đệm êm
- Lo âu buồn rầu chán nản, thường biểu hiện bên ngoài nhẹ:
 - + Chán ăn, thở nhanh, thở dài,
 - + Run sợ, hồi hộp, cảm giác tê dại cánh tay,
 - + Mất ngủ, dễ cáu kỉnh, hoảng hốt, bi quan, mệt mỏi kiệt sức, mất khả năng tập trung, tạo điều kiện yên tĩnh. Cần động viên gia đình giúp đỡ về vật chất, nâng đỡ tinh thần và dùng thuốc an thần khi cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá kết quả điều trị lao theo hướng của chương trình chống lao với kết quả: Khỏi, hoàn thành điều trị, thất bại, chuyển, bỏ điều trị, chết.
- Theo dõi diễn biến các triệu chứng lâm sàng về lao/HIV-AIDS
- Theo dõi ghi các tác dụng phụ của thuốc lao và HIV

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện nghiêm chỉnh việc điều trị lao và HIV đều đặn và liên tục.
- Có ý thức phòng bệnh lao và HIV - AIDS với môi trường xung quanh và cộng đồng.
- Xác định tư tưởng cho người bệnh có thể sinh hoạt bình thường trong cộng đồng trên cơ sở thực hiện nghiêm chỉnh việc điều trị và phòng bệnh cho những người xung quanh.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO MÀNG BỤNG - LAO RUỘT

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh giảm bớt khó khăn về bệnh: đau, rối loạn tiêu hoá...
- Phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để phòng biến chứng: tắc ruột, lồng ruột, tràn dịch màng phổi...
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng theo quy định

2. **Người bệnh:** giải thích cho người bệnh rõ những việc cần làm, và lợi ích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc:

- Nhiệt kế
- Huyết áp kế
- Túi chườm
- Khăn lạnh
- Bốc thụt
- Nước chín
- Thuốc theo y lệnh

4. **Nơi thực hiện:** buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Chăm sóc về tinh thần:** người y tá- điều dưỡng cần thiết lập mối quan hệ của mình với người bệnh:

- Quan tâm đến diễn biến tâm lí người bệnh
- Giải thích những điều thắc mắc của người bệnh
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị để giảm bớt lo lắng

2. **Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp:** theo quy định thường quy hoặc theo y lệnh của bác sĩ. Báo cáo bác sĩ những chỉ số bất thường.

* *Nếu người bệnh sốt cao:*

- Đắp khăn lạnh lên trán, thay khăn thường xuyên
- Dùng thuốc hạ sốt (theo chỉ định)

3. **Thực hiện thuốc, y lệnh:**

- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc, theo dõi người bệnh

- Phụ giúp bác sĩ chọc hút (nếu cần)

4. Giảm đau:

- Chườm nóng hoặc lạnh vùng bụng bị đau
- Thay đổi tư thế làm cho người bệnh dễ chịu
- Cho người bệnh tắm nước nóng
- Dùng thuốc giảm đau, giảm co thắt (nếu có chỉ định)

5. Chăm sóc về tiêu hoá:

- Táo bón (thường gặp ở người bệnh lao màng bụng)
 - + Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước, uống nước ấm, uống nhiều nước hoa quả
 - + Khuyến người bệnh không nhịn đi đại tiện
 - + Dùng thuốc nhuận tràng, thụt tháo (theo chỉ định)
- Tiêu chảy:
 - + Dùng thuốc chống tiêu chảy (theo chỉ định)
 - + Theo dõi phân: số lượng, màu sắc, tính chất, số lần
- Nôn:
 - + Động viên người bệnh: giải thích cho người bệnh hiểu triệu chứng của nôn và sẽ giảm sau một thời gian điều trị để người bệnh yên tâm.
 - + Chăm sóc người bệnh khi nôn

6. Chế độ ăn uống:

- Thời gian đầu người bệnh kém ăn cần làm cho người bệnh cảm thấy dễ chịu
- Nếu người bệnh đau cần cho dùng thuốc giảm đau trước ăn 30 phút
- Nếu người bệnh sốt cần hạ sốt trước khi ăn, để tránh ảnh hưởng đến sự ngon miệng
- Cho người bệnh ăn ít một, giải thích cho người bệnh hiểu: tầm quan trọng của việc thực hiện chế độ ăn để chữa bệnh.
- Nói cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu thức ăn được ăn và những thức ăn không nên ăn như: những chất có nhiều bột vì dễ lên men tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, hoặc không nên ăn thức ăn quá nóng, quá lạnh, kiêng rượu và các chất kích thích
- Nên cho người bệnh ăn uống theo chế độ cung cấp nhiều calo, không hạn chế protit: thịt, cá, đỗ, đậu...

7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh:

- Thời gian đầu cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường đến khi tình trạng toàn thân khá lên, sau đó nghỉ vài giờ sau mỗi bữa ăn
- Tránh cho người bệnh những suy nghĩ lo lắng ảnh hưởng đến sức khoẻ
- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể (nếu người bệnh không tự làm được)

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ tức ngực, khó thở do: dịch màng bụng nhiều, tràn dịch màng phổi
- Mức độ trướng bụng, đau bụng, theo dõi trung tiện để phát hiện biến chứng tắc ruột, lồng ruột

- Dịch màng bụng
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Tình trạng kinh nguyệt (nếu là phụ nữ)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức giúp họ giữ gìn sức khỏe
- Dùng thuốc theo chỉ dẫn
- Thực hiện chế độ ăn uống đủ chất dinh dưỡng
- Đảm bảo chế độ nghỉ ngơi
- Thực hiện chế độ vệ sinh cá nhân.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO THANH QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Làm thông thoáng đường hô hấp
- Phát hiện những dấu hiệu bất thường
- Giúp cho người bệnh an tâm điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng theo quy định

2. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh rõ những việc cần làm, lợi ích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp kế
- Ống nghe
- Máy hút
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần

- Người bệnh vào nằm viện thay đổi về môi trường, lối sống, lo lắng về bệnh tật, lo lắng về gia đình... nên có những diễn biến về tâm lí,

- Người y tá - điều dưỡng cần:
 - + Quan tâm động viên người bệnh yên tâm điều trị
 - + Giúp đỡ người bệnh những điều cần thiết

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp:

- Theo thường quy sáng, chiều và theo y lệnh của bác sĩ
- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo bác sĩ

3. Thực hiện y lệnh thuốc

- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc
- Phụ giúp bác sĩ khi mở khí quản (nếu cần)

4. Giảm khó thở

- Khó thở là do tắc nghẽn, viêm phù nề:
- Dùng thuốc chống phù nề (theo chỉ định)
- Cho thở oxy (theo chỉ định)
- Nói với người bệnh hạn chế phát âm cho dây thanh âm được nghỉ
- Chú ý tránh kích thích (sinh thiết, chấm thuốc...) có thể gây khó thở đột ngột

5. Giảm đau

- Người bệnh đau họng, đau niêm mạc, miệng khô, dễ bị ảnh hưởng các điều kiện bên ngoài (thay đổi nhiệt độ, hút thuốc, nhiễm khuẩn mũi họng...)
- Cho người bệnh ngâm nước muối ấm
- Tránh sờ nắn nhiều vùng thanh quản gây kích thích

6. Giảm ho

- Có thể ho kèm theo nôn ra chất tiết ở họng hoặc thức ăn
- Tránh kích thích thanh quản
- Dùng thuốc giảm ho (theo chỉ định)

7. Theo dõi chăm sóc người bệnh mở khí quản

- Nghe rì rào phế nang để kiểm tra sự đối xứng hai bên của giãn nở lồng ngực
- (Kiểm tra ngay sau khi đặt ống mở khí quản và sau đó 1 giờ 1 lần)
- Kiểm tra nồng độ oxy theo chỉ định
- Kiểm tra độ ẩm của oxy (quan sát ống chữ T)
- Hút dịch khi cần
- Kỹ thuật hút phải đảm bảo vô khuẩn và luôn chăm sóc đường thở để tránh bội nhiễm
- Theo dõi tần số thở và sự di động của lồng ngực, màu sắc da

8. Chế độ ăn uống

- Người bệnh nuốt đau, ăn uống khó cơ thể có thể suy sụp cần cho người bệnh ăn thức ăn phù hợp thức ăn mềm, dễ tiêu hoá như: súp, cháo, sữa...
- Uống nước hoa quả, nước dừa, cháo loãng để cung cấp nước và một số chất
- Carbonhydrat. Những thức ăn này không cung cấp đủ protein, các chất béo, sắt, vitamin và không đảm bảo calo nên cần bổ sung thêm các thức ăn khác.

9. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Người bệnh cần được nghỉ ngơi trong buồng thoáng mát
- Tránh những yếu tố gây kích thích, khói thuốc, nhiệt độ thay đổi đột ngột
- Khuyến người bệnh không nên lo lắng nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng khó thở
- Mức độ đau, khàn tiếng
- Tình trạng ho
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Chế độ ăn uống, vệ sinh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh cần hạn chế phát âm để dây thanh âm được nghỉ
- Bỏ rượu, thuốc lá, tránh tiếp xúc với khí độc hại gây kích thích đường hô hấp
- Chấp hành chế độ điều trị
- Thực hiện chế độ ăn uống
- Đảm bảo vệ sinh cá nhân, khi ho che miệng, đeo khẩu trang tránh lây nhiễm

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO MÀNG NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh nhanh chóng ra khỏi tình trạng hôn mê
- Giúp người bệnh không ứ đọng đờm dãi, chống suy hô hấp, nhiễm khuẩn, loét mục...
- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng chống suy kiệt

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng: mang mũ, khẩu trang, đi găng

2. Người bệnh: nằm tại giường bệnh

3. Dụng cụ:

- Oxy
- Máy hút
- Bơm tiêm 50-100 ml
- Đệm chống loét

- Một số dụng cụ khác: nhiệt kế, huyết áp, ống nghe, panh, bơm kim tiêm, bông cotton, ống thông dẫn lưu nước tiểu...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hút đờm rãi nếu có tăng tiết nhiều
- Thay đổi tư thế người bệnh 2 giờ/lần kết hợp với vỗ rung tránh ứ đọng ở phổi gây nhiễm khuẩn phổi, phục hồi chức năng cho người bệnh nếu có liệt
- Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở... 3-6 giờ/lần
- Nếu người bệnh khó thở cho người bệnh thở oxy ngắt quãng để phòng suy hô hấp
- Nếu người bệnh sốt: cho người bệnh uống thuốc hạ nhiệt theo y lệnh, đắp khăn lạnh lên trán và thay khăn thường xuyên
- Nếu người bệnh đau đầu: động viên người bệnh, cho người bệnh uống thuốc giảm đau theo y lệnh
- Mạch, huyết áp không bình thường báo cáo bác sĩ
- Người bệnh co giật: hạn chế cử động.
- Thực hiện thuốc:
 - + Theo dõi khi người bệnh truyền dịch, lập bảng cân bằng dịch
 - + Thực hiện đầy đủ thuốc cho người bệnh
 - + Chú ý khi người bệnh sử dụng thuốc an thần
- Cho người bệnh ăn chế độ ăn đảm bảo đủ dinh dưỡng, ăn lỏng, dễ tiêu cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày theo y lệnh. Chăm sóc người bệnh có ống thông dạ dày
- Vệ sinh cho người bệnh hàng ngày (nếu người bệnh liệt), lau rửa sạch sẽ bằng nước ấm, đặc biệt vùng bẹn, tầng sinh môn, bộ phận sinh dục và vùng xương cụt...
- Cho người bệnh nằm đệm chống loét, nếu có loét rửa và thay băng hàng ngày
- Nếu người bệnh có ống thông tiểu, thay ống thông theo quy định
- Chăm sóc răng, miệng, mắt... đặc biệt là người bệnh hôn mê
- Chăm sóc người bệnh khi nôn

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các thông số: mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở
- Tình trạng tinh thần kinh và toàn trạng
- Số lượng dịch truyền, lượng nước tiểu, theo dõi lượng nước vào ra..
- Chế độ ăn uống, vệ sinh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Nếu người bệnh tỉnh

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị, tin tưởng vào chuyên môn làm cho người bệnh bớt lo lắng
- Giải thích những điều người bệnh chưa rõ để họ hiểu
- Thực hiện thuốc theo y lệnh
- Đảm bảo chế độ vệ sinh, thực hiện công tác phòng chống lao

- Thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt thích hợp

2. Nếu người bệnh hôn mê:

- Giải thích cho người nhà người bệnh xác định hôn mê trong lao màng não thường kéo dài.
- Động viên người nhà cần phối hợp với bác sĩ y tá- điều dưỡng trong chăm sóc

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO XƯƠNG KHỚP

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế những di lệch của khớp, giảm đau
- Phục hồi chức năng khớp, chống teo cơ
- Chống loét trong trường hợp lao cột sống bị liệt
- Phát hiện các dấu hiệu phát sinh của bệnh: bí đại tiểu tiện
- Ổn định tinh thần người bệnh để họ hợp tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Giải thích rõ mục đích chăm sóc để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác tốt

3. Dụng cụ, thuốc

- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Cồn 70 độ
- Oxy già
- Bông, gạc vô khuẩn
- Băng dính
- Bột tan
- Bốc thụt
- Nước ấm
- Ống thông tiểu
- Kẹp, kéo

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh và tập vận động khớp

- Người bệnh nằm ngửa trên giường đặc biệt hoặc giường cứng, tư thế duỗi khớp, thay đổi tư thế 3- 4 lần/ ngày

- Sau khi điều trị đặc hiệu được 1 tháng, hướng dẫn cho người bệnh tự tập hoặc có sự hỗ trợ của gia đình.
- Động tác tập: co duỗi, xoa bóp cơ vùng liên quan, thời gian 20-30 phút/lần, ngày 2-3 lần

2. Thực hiện y lệnh

- Cho người bệnh uống thuốc
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

3. Rửa bằng vô khuẩn những chỗ rò, loét

- Rửa sạch chỗ rò ổ loét bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9 ‰
- Dùng bông tẩm oxy già rửa sạch mủ ở lỗ rò, ổ loét
- Rửa lại bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9 ‰
- Dùng gạc khô thấm sạch
- Sát khuẩn da xung quanh bằng cồn 70 độ
- Băng vô khuẩn

4. Chế độ vệ sinh

Người bệnh lao cột sống liệt cần được quan tâm, đặc biệt chú ý đến vệ sinh vùng sinh dục, bẹn, sau đó lau khô, xoa bóp vùng bị tê đè nhiều: vùng cùi cụt, lưng, vùng khớp sung...bằng bột tan. Không làm ướt chỗ loét khi làm vệ sinh cho người bệnh.

5. Theo dõi, phát hiện biến chứng

- Bí tiểu tiện: mót tiểu nhưng không đi được, đau tức vùng bụng dưới, sờ có cầu bàng quang
- Bí đại tiện: ăn uống bình thường nhưng không đại tiện.
- Nếu có các triệu chứng trên: thụt tháo, thông tiểu nếu có chỉ định, chăm sóc người bệnh thông tiểu liên tục.

6. Chăm sóc tinh thần

Giải thích rõ bệnh lao là một bệnh chữa được. Các biện pháp chữa trị: uống thuốc, tập luyện... rất ích lợi, không nên bi quan, chán nản, phải kiên trì điều trị theo chỉ định của bác sĩ thì bệnh sẽ giảm và sức khoẻ sẽ hồi phục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Tình trạng sưng, biến dạng của khớp, vận động khớp
- Lỗ rò, chất rò, loét
- Tình trạng liệt
- Bí đại tiểu tiện và những bất thường khác

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Vệ sinh tắm rửa hàng ngày
- Ăn chế độ ăn giàu dinh dưỡng: thịt, cá... để loét chóng lành, ăn nhiều rau, hoa quả, uống đủ nước để hạn chế táo bón
- Tập vận động khớp, xoa bóp vùng tê đè

- Phòng chống loét, nhiễm khuẩn
- Thực hiện chế độ điều trị thuốc, nghỉ ngơi giữ gìn sức khỏe

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo sự lưu thông đường thở
- Phát hiện và làm giảm các biến chứng: viêm phổi, áp xe phổi
- Hỗ trợ cho người bệnh giảm bớt khó khăn về bệnh tật: sốt, nhức đầu, đau mình, giảm ho, long đờm...

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp
- Ống nghe
- Máy khí dung
- Khăn lạnh
- Nước muối
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn
- Kim Kocher
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về hô hấp

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái nhất (thường ở tư thế đầu cao) để đảm bảo cho sự thông thoáng đường hô hấp
- Làm ẩm không khí thở làm cho người bệnh dễ khạc đờm (khi trời hanh, khô)

- Vận động liệu pháp cơ hoành (xem bài chăm sóc người bệnh viêm phổi) giúp cho việc ho khạc bài tiết đờm làm đường thở thông thoáng hơn và cải thiện việc tiếp xúc giữa oxy và mao mạch
 - Khí dung dung dịch bicarbonat 14%, nước khoáng ấm, các chất này có tác dụng làm loãng đờm giúp người bệnh dễ khạc đờm
 - Vỗ rung làm long đờm ra khỏi thành phế quản để người bệnh dễ khạc
 - Cho người bệnh ở tư thế dẫn lưu phế quản: người bệnh nằm sấp 30 độ ngày một lần, mỗi lần không quá 40 phút vào buổi sáng, nếu tình trạng tiết đờm quá nhiều có thể làm thêm một lần vào buổi tối trước ngủ 1-2 giờ
- * *Chú ý:* người bệnh bị bệnh tim, cao huyết áp, người già, cần phải chú ý khi áp dụng tư thế này.

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Nếu người bệnh sốt cao
- Chườm khăn lạnh lên trán
- Dùng thuốc hạ nhiệt (theo y lệnh)

3. Thực hiện thuốc

Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc theo y lệnh

4. Giảm đau chống co thắt

- Đau ngực: đắp khăn ấm lên ngực và thay khăn thường xuyên.
- Đau họng: ngậm nước muối ấm
- Dùng thuốc chống co thắt theo y lệnh

5. Giảm ho

- Động viên người bệnh khi ho hướng dẫn người bệnh ho có hiệu quả
- Dùng thuốc giảm ho (theo chỉ định)

6. Chế độ ăn uống

- Cho người bệnh ăn những chất dễ tiêu đảm bảo lượng calo, không hạn chế protid: Cháo thịt, súp, sữa, đồ, đậu...
- Cho người bệnh uống nhiều nước nóng, nước trà pha với mật ong và chanh hoặc nước khoáng ấm

7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Thời gian đầu cho người bệnh nghỉ tại giường cho đến khi nhiệt độ trở lại bình thường
- Thay đổi tư thế thường xuyên
- Buồng bệnh đảm bảo yên tĩnh, tránh gió lùa
- Giúp người bệnh vệ sinh răng miệng, cơ thể

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ khó thở
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Tình trạng ho, đau ngực
- Trạng thái tinh thần
- Chế độ ăn uống

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh biết một số kiến thức để người bệnh biết được cách phòng bệnh
- Thực hiện chế độ điều trị
- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, hạn chế vận động.
- Không hút thuốc, không uống rượu gây kích thích trực tiếp vào niêm mạc phế quản
- Không tiếp xúc với than bụi, nấm mốc
- Tránh nhiễm lạnh đột ngột
- Khi ho khạc cần lấy khăn che miệng.
- Thường xuyên vệ sinh răng miệng, thân thể..

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Làm lưu thông đường thở
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường có nguy cơ biến chứng: áp xe phổi...
- Nghỉ ngơi thích hợp.
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc:

- Nhiệt kế
- Huyết áp
- Ống nghe
- Oxy
- Khăn lạnh
- Dung dịch NaCl 9‰
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn

- Kim Kocher
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Làm lưu thông đường thở

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái nhất để lưu thông đường thở
- Làm ẩm không khí trong phòng
- Cho người bệnh thở oxy nếu có tím tái
- Dẫn lưu tư thế kết hợp với vỗ rung (xem bài áp xe phổi)
- Hướng dẫn người bệnh thở cơ hoành có trợ giúp:
- Giải thích cho người bệnh bớt lo sợ, giúp họ hiểu được sự thư giãn trong hô hấp, chỉ ra cho họ không nên thở gắng sức sẽ không có hiệu quả mà còn làm mệt thêm (thở cơ rút lồng ngực, gồng cơ)
- Đặt tư thế thích hợp cho người bệnh để tạo thuận lợi cho hô hấp cơ hoành: người bệnh ngồi ôm ghế có tựa ở phía trước hoặc ngồi trên ghế đầu gục trên một bàn cao hơn
- Duy trì đều đặn và có hệ thống các kiểu thở mới có thể cải thiện được hô hấp cho người bệnh

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Chườm lạnh cho người bệnh (nếu người bệnh sốt cao)
- Dùng thuốc hạ sốt, an thần (theo chỉ định)
- Báo cáo bác sĩ những dấu hiệu bất thường

3. Thực hiện thuốc

- Lập bảng cân bằng dịch hàng ngày
- Cho người bệnh dùng thuốc theo chỉ định

4. Giảm đau

- Đau đầu: cho uống thuốc giảm đau
- Đau ngực: đắp khăn ấm lên ngực, thay khăn thường xuyên, khi ho áp tay vào gian sườn tránh lồng ngực di chuyển mạnh
- Động viên người bệnh

5. Giảm ho

- Cho người bệnh uống thuốc giảm ho (theo chỉ định) tránh thiếu oxy máu khi người bệnh ho dữ dội
- Hướng dẫn người bệnh ho có hiệu quả:
 - + Tư thế ngồi hơi cúi về phía trước vì tư thế thẳng vuông góc cho phép ho mạnh hơn
 - + Đầu gối và hông ở tư thế gấp để các cơ bụng mềm và giảm căng cơ bụng khi ho
 - + Ho hai lần trong mỗi lần thở ra, đồng thời co cơ bụng đúng lúc ho

6. Chế độ ăn uống

- Người bệnh chán ăn nên chia thành nhiều bữa trong ngày, cho người bệnh ăn những thức ăn hợp khẩu vị, ăn thức ăn giàu đạm, vitamin: thịt, cá, rau, đậu...
- Cho người bệnh uống nhiều nước như: sữa, nước cháo, nước hoa quả: cam, chanh, chuối, đu đủ...

7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Người bệnh nghỉ tại giường cho đến khi tình trạng toàn thân khá lên
- Thay đổi tư thế thường xuyên
- Hạn chế khách vào thăm, hạn chế tiếp xúc
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị, tránh suy nghĩ nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe
- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mức độ khó thở
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Trạng thái tinh thần
- Số lượng nước tiểu: Nước tiểu ít có thể bị nhiễm độc
- Quan sát da (đôi khi có nốt phỏng Herpès)
- Tình trạng tiêu hoá: Nôn, bụng trướng, tiêu chảy

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập ho, tập thở, việc tập thở cần duy trì đều đặn mới có thể cải thiện được tình trạng hô hấp
- Khuyến người bệnh bỏ rượu, bỏ thuốc lá...
- Thực hiện chế độ vệ sinh: mũi, miệng, da...
- Đảm bảo chế độ ăn uống, tránh kiêng khem, uống 2-3 lít nước/ngày để bù lại nước do sốt, thở
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ nghỉ ngơi, hạn chế vận động mạnh.
- Phòng nhiễm lạnh khi thay đổi thời tiết đột ngột, tránh nằm thẳng dưới quạt khi trời nóng.
- Tùy tình trạng cụ thể mà giải thích cho người bệnh những điều cần thiết

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho việc lưu thông hô hấp
- Giảm bớt khó khăn cho người bệnh: ho, khạc đờm, đau ngực...

- Phát hiện kịp thời những biến chứng và dấu hiệu bất thường: áp xe mạn, mũ màng phổi

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp
- Ống nghe
- Oxy
- Khăn lạnh
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn
- Kim kocher
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Cho người bệnh nằm tư thế đầu cao để đảm bảo cho việc thông khí, thay đổi tư thế, xoa bóp thường xuyên chống ứ trệ tuần hoàn
- Dẫn lưu tư thế áp dụng trong trường hợp: ổ áp xe phải ở trên cao để dòng chảy ra phế quản để người bệnh khạc ra được, dẫn lưu ngày 2 lần, mỗi lần 10- 15 phút,

** Dựa vào hình ảnh X-quang để quyết định dẫn lưu cho đúng:*

- Thuỷ phải trên phân thuỷ sau: người bệnh nằm sấp hơi nghiêng về bên trái, mặt quay về bên phải
- Thuỷ giữa phải: người bệnh nằm ngửa hơi nghiêng về bên trái, đầu dốc 30-40°
- Thuỷ dưới phải:
 - + Phân thuỷ bên: người bệnh nằm nghiêng về bên trái, mặt quay về bên trái, đầu dốc 45 độ
 - + Phân thuỷ sau: người bệnh nằm nghiêng trái hơi sấp
 - + Phân thuỷ trái trên:
 - + Phân thuỷ trước: người bệnh nằm ngửa, gối kê cao 30°
 - + Phân thuỷ sau: người bệnh nằm sấp
- Thuỷ dưới trái phân thuỷ bên: người bệnh nằm nghiêng về bên trái, giường kê dốc 45°

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp: theo y lệnh tùy thuộc tính trạng bệnh

- Chườm lạnh nếu người bệnh sốt cao hoặc dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh
- Ủ ấm nếu người bệnh rét run

3. Thực hiện thuốc

Tiêm thuốc, cho người bệnh uống thuốc theo y lệnh

4. Giảm đau, ho

- Động viên người bệnh
- Đắp khăn ấm lên ngực, thay khăn thường xuyên
- Giúp đỡ người bệnh khi ho
- Quan sát đờm, nếu người bệnh ho ra máu (chăm sóc người bệnh ho ra máu)

5. Chế độ ăn uống

- Cho người bệnh ăn chế độ ăn giàu đạm, tăng calo, nhiều vitamin: thịt, cá, đỗ đậu, hoa quả...
- Cho người bệnh uống nhiều nước 2-3 lít/ ngày, đảm bảo cân bằng dịch

6. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường
- Động viên người bệnh an tâm điều trị, tránh lo lắng nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe
- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng hô hấp
- Tình thần (phát hiện biến chứng áp xe não)
- Mức độ đau, sốt
- Ho: số lượng, màu sắc, tính chất đờm
- Số lượng, tính chất nước tiểu (phát hiện biến chứng thoái hoá thận)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về chế độ điều trị có thể kéo dài
- Khuyến người bệnh cùng hợp tác trong chăm sóc và điều trị để bệnh mau khỏi, sức khỏe mau hồi phục.
- Thực hiện chế độ ăn uống nghỉ ngơi
- Đảm bảo chế độ vệ sinh: vệ sinh răng miệng, súc miệng bằng nước lá thơm, dung dịch thơm, vệ sinh da, lau mồ hôi

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì đường thở và chức năng hô hấp
- Phát hiện và đề phòng biến chứng
- Giảm bớt những khó khăn của người bệnh: đau, khó vận động
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Người bệnh

Nằm trong buồng hậu phẫu đạt tiêu chuẩn về vệ sinh, vô khuẩn

3. Dụng cụ, thuốc

- Nhiệt kế
- Huyết áp kế
- Đồng hồ
- Máy hút
- Thuốc theo y lệnh

4. Nơi thực hiện: buồng hậu phẫu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Tư thế người bệnh tùy thuộc vào phương pháp vô cảm và tình trạng người bệnh
- Nằm đầu ngửa tối đa trong trường hợp: gây mê nội khí quản, gây mê tĩnh mạch
- Nằm đầu thấp trong trường hợp bị mất máu nhiều
- Nếu có khó thở: nằm đầu cao

* Chú ý:

- Đặt người bệnh nằm đầu nghiêng tránh tụt lưỡi và đề phòng chất nôn trào ngược, đầu ở tư thế trung gian
- Kê gối vùng thắt lưng và hai vai ngang đầu

2. Thực hiện thuốc

- Giữ đường truyền tốt, duy trì tốc độ dịch truyền theo y lệnh.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh

3. Chăm sóc 24 giờ đầu

- Bảo đảm sự lưu thông bình thường của các đường hô hấp
- Hút đờm rãi khi người bệnh thở khò khè, khi có đờm và dịch tiết
- Làm sạch ống hút, đảm bảo vô khuẩn đường hô hấp
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở:
 - + 6 giờ đầu: 30 phút 1 lần
 - + 6-12 giờ tiếp theo: 1 giờ 1 lần
 - + Sau 12 giờ: 2 giờ 1 lần đến hết 12 giờ tiếp theo
- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ
- Theo dõi vết mổ

Chăm sóc ống dẫn lưu màng phổi:

- Dẫn lưu kín một chiều, đảm bảo sự lưu thông của ống dẫn lưu
- Đo lượng dịch và máu chảy xuống bình dẫn lưu 30 phút/1 lần.

Khi người bệnh tỉnh

- Động viên người bệnh cử động các ngón tay, bàn tay, ngón chân, bàn chân, các khớp...
- Vận động nhẹ đầu, cổ, xoa bóp vùng hai vai, lưng... 6 giờ một lần mục đích chống co cứng và tăng cường tuần hoàn tại chỗ

4. Chăm sóc sau 24 giờ

- Cho người bệnh thở o₂ xy bổ xung 2-4 lít/ phút
- Sau 36 giờ nếu người bệnh thở tốt có thể giảm hoặc cắt oxy, cho thở ngắt quãng 2 giờ thở 1 lần mỗi lần 1 giờ
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 3 giờ 1 lần
- Nếu sức khỏe tốt: ngừng truyền dịch, ngừng thở oxy (theo y lệnh), đỡ người bệnh ngồi dậy trên giường, bỏ thông chỉ dưới, tập đi dần

5. Chăm sóc sau 36 giờ

- Cho người bệnh thở cơ hoành một cách tích cực: tránh gắng sức, tập tăng dần cường độ và thời gian
- Cho thở vùng làm giãn sườn ở trên vùng phẫu thuật để huy động khả năng thở tối đa của các phần còn lại của phổi: đặt một hoặc hai tay chống lên nhau lên vùng ngực có chỉ định để nghị người bệnh hít thở nhẹ nhàng, yêu cầu người bệnh ở thì hít vào thì hít vào hết sức trong khi đó điều dưỡng viên ấn mạnh tay, lực ép này kéo dài cho đến bắt đầu thì thở ra sẽ huy động sự thông khí ở các vùng phổi không được thông khí, đồng thời đẩy các chất đờm, dịch ứ đọng ra ngoài theo phản xạ ho
- Vận động cột sống tránh vẹo lệch và sơ cứng

6. Chăm sóc sau 48 giờ

- Cho người bệnh ngồi dậy đi quanh giường, trong buồng bệnh, hành lang
- Hỗ trợ bác sĩ rút ống dẫn lưu nếu phổi nở tốt và ống dẫn lưu khô, khâu kín lỗ dẫn lưu

7. Chế độ ăn uống

- Sau khi người bệnh trung tiện có thể cho ăn: lỏng, nước súp, nước phở, sữa bò, sữa đậu nành...

- Sau 48 giờ cho người bệnh ăn uống theo nhu cầu, đảm bảo đủ calo, vitamin

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Tình trạng vết mổ
- Dịch, máu chảy qua ống dẫn lưu: số lượng, tính chất
- Số lượng nước tiểu 24 giờ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho, tập vận động để phục hồi sức khỏe
- Khuyến người bệnh chấp hành chế độ điều trị
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ vệ sinh

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO HẠCH - DA

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh chấp hành đúng nguyên tắc điều trị
- Giúp cho người bệnh yên tâm, bớt lo lắng
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát sau khi chích hoặc hạch vỡ

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định

2. Dụng cụ, thuốc

- Cồn 70°
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Oxy già
- Bông, gạc vô khuẩn
- Băng dính
- Kẹp, kéo

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh rõ việc cần thiết và lợi ích của việc chăm sóc

4. Nơi thực hiện

Buồng bệnh hoặc buồng thủ thuật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá vùng tổn thương

- Quan sát đánh giá mức độ, tính chất vết thương.
- Hỏi người bệnh mức độ đau tại vùng thương tổn

2. Chăm sóc đặc biệt sau khi chích hoặc chọc dò

- Rửa sạch bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Dùng bông tẩm oxy già ngoáy sâu vào chỗ rò, loét
- Rửa lại bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Thấm khô bằng gạc vô khuẩn
- Sát khuẩn vùng da xung quanh bằng cồn 70°
- Băng vô khuẩn

3. Chăm sóc tinh thần

Động viên người bệnh yên tâm điều trị tránh lo lắng nhiều ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

4. Thực hiện thuốc và y lệnh

- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc
- Đo chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Trạng thái tinh thần
- Tính chất tổn thương: chất rò, sự lên sẹo
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Nếu có bất thường báo bác sĩ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Chấp hành đúng chỉ dẫn điều trị của bác sĩ
- Giữ sạch vùng tổn thương
- Chăm sóc sau khi có chích, vỡ:
 - + Không tự tháo bỏ băng
 - + Không làm ướt vùng tổn thương
- Đảm bảo chế độ ăn uống đủ chất: thịt, cá rau, hoa quả

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO TIẾT NIỆU - SINH DỤC

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện những dấu hiệu bất thường: bí tiểu, cao huyết áp, hôn mê...
- Giảm đau
- Chống nhiễm khuẩn, chống loét ở những người bệnh hôn mê

- Giúp đỡ người bệnh giảm bớt rối loạn đường tiểu tiện
- Giúp người bệnh an tâm điều trị
- Hỗ trợ công tác điều trị lao

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay

2. Người bệnh:

Mặc quần áo của bệnh viện, đeo khẩu trang, được giải thích rõ mục đích chăm sóc, để yên tâm, tin tưởng và hợp tác tốt

3. Dụng cụ:

- Nhiệt kế, đồng hồ bấm giây,
- Ống nghe, máy đo huyết áp và các dụng cụ khác theo y lệnh như ống thông để thông tiểu, dầu paraffin...

4. Nơi thực hiện:

Người bệnh được nằm tại giường trong buồng bệnh yên tĩnh, thoáng, đủ ánh sáng

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần:

- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh để phát hiện có gì bất thường về tâm lý, báo cáo bác sĩ
- Giải thích những thắc mắc của người bệnh
- Thăm hỏi, động viên người bệnh an tâm điều trị, không quá lo lắng

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, hàng ngày: đo thường quy ngày 2 lần và theo y lệnh bác sĩ

- Nếu người bệnh sốt cao:
 - + Chườm khăn lạnh lên trán
 - + Dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh
- Nếu huyết áp cao báo bác sĩ

3. Thực hiện thuốc theo y lệnh hàng ngày

4. Giảm đau (nếu có):

- Thay đổi tư thế làm cho người bệnh dễ chịu
- Chườm nóng vùng thắt lưng bị đau
- Tắm nước nóng
- Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh

5. Giảm khó khăn khi tiểu tiện

- Nếu người bệnh không có cầu bàng quang, vô niệu báo bác sĩ
- Nếu có cầu bàng quang: chườm nóng hoặc thông tiểu

6. Chăm sóc người bệnh bị hôn mê (theo chế độ chăm sóc đặc biệt)

- Cho người bệnh ăn qua ống thông
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng, nước, điện giải
- Vệ sinh chống loét
- Hút đờm nếu cần

7. Chăm sóc vết loét ở người bệnh lao mào tinh hoàn, lao âm hộ (như trong bài chăm sóc lao da)

8. Chế độ ăn uống

- Đảm bảo đủ dinh dưỡng và sinh tố như:
 - + Cho người bệnh ăn chất dễ tiêu đảm bảo đủ số lượng calo như: cháo thịt, súp, sữa, đồ, đậu....
 - + Ăn nhiều rau và hoa quả
- Uống nhiều nước nóng, nước khoáng
- Người bệnh phù, cao huyết áp phải ăn chế độ hạn chế muối

9. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Người bệnh được nghỉ ngơi tại giường
- Thay đổi tư thế thường xuyên
- Buồng bệnh phải được bảo đảm yên tĩnh, không có gió lùa
- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh răng miệng, thân thể
- Khuyến khích người bệnh vận động và thể dục một cách hợp lý

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Tình trạng phù (nếu có)
- Tình trạng tiểu tiện: số lượng nước tiểu, màu sắc...
- Tình trạng đau
- Tình trạng dinh dưỡng
- Các công việc chăm sóc và việc thực hiện
- Báo cáo bác sĩ nếu có diễn biến bất thường

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh biết một số kiến thức để biết cách phòng bệnh lao:
 - + Phải ăn ở cách ly đúng mức,
 - + Không dùng chung bát đĩa,
 - + Không dùng chung quần áo, khăn, chậu tắm
- Tránh nhiễm lạnh đột ngột
- Thường xuyên vệ sinh thân thể

- Phải đảm bảo đúng chế độ điều trị
- Hướng dẫn người bệnh cách dùng thuốc
- Giải thích tầm quan trọng của chế độ ăn uống

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN, GIÃN PHẾ QUẢN, GIÃN PHẾ NANG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện những dấu hiệu bất thường: khó thở, ho ra máu
- Giúp người bệnh thông thoáng đường thở, cầm máu
- Giúp người bệnh an tâm điều trị

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - Điều dưỡng:

Mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay

2. Người bệnh:

- Mặc quần áo bệnh viện được giải thích rõ mục đích chăm sóc để yên tâm, tin tưởng và hợp tác tốt
- Người bệnh được nằm tại buồng bệnh yên tĩnh, không ồn, thoáng, đủ ánh sáng

3. Dụng cụ:

Nhiệt kế, ống nghe, máy đo huyết áp, băng vải để tập thở, máy khí dung, máy hút, mặt nạ, buồng đệm trợ giúp hô hấp...

4. Địa điểm: tại buồng bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần:

- Thường xuyên thăm hỏi, động viên người bệnh an tâm điều trị không quá lo lắng
- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh để phát hiện những điều bất thường
- Giải thích những thắc mắc của người bệnh

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở: thường quy và theo y lệnh

- Nếu có bất thường báo cáo bác sĩ để có y lệnh xử trí kịp thời
- Nếu người bệnh có sốt phải xử trí:
 - + Chườm khăn lạnh
 - + Dùng thuốc theo y lệnh

3. Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ

4. Chăm sóc hô hấp khi có khó thở:

- Để người bệnh ở tư thế Fowler (nửa nằm nửa ngồi) thật thoải mái để giúp cho thông thoáng đường thở
- Thở oxy theo chỉ định
- Thực hiện thuốc theo y lệnh như:
 - + Cho người bệnh khí dung
 - + Cho người bệnh hít thuốc qua mặt nạ hoặc buồng đệm
 - + Hướng dẫn tập thở cơ hoành
- Vô rung và dẫn lưu tư thế nếu người bệnh có nhiều đờm đặc và không ho ra máu

5. Giảm ho:

- Nếu ho kích thích, mà không có đờm thì dùng thuốc giảm ho
- Nếu ho do nhiều đờm, dùng thuốc tiêu đờm và vô rung
- Hướng dẫn người bệnh biết cách khạc đờm, dẫn lưu tư thế

6. Cầm máu (theo quy trình chăm sóc người bệnh ho ra máu)

7. Chăm sóc người bệnh mở khí quản (chăm sóc đặc biệt):

- Hút đờm, dịch phế quản
- Thay băng chỗ mở khí quản.
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Bồi phụ đủ nước điện giải theo y lệnh.

8. Chế độ ăn uống:

- Cho người bệnh ăn chất dễ tiêu đảm bảo đủ dinh dưỡng như: cháo thịt, súp, sữa, đậu, đỗ, các loại rau và hoa quả...
- Cho người bệnh uống nước 2-3 lít/ngày để làm loãng đờm, giúp người bệnh dễ khạc. Tốt nhất là nước chanh pha mật ong
- Không cho người bệnh ho ra máu ăn các loại thức ăn, cứng, nóng

9. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh răng miệng, thân thể
- Khuyến khích người bệnh vận động và thể dục một cách hợp lý

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng khó thở
- Tình trạng ho ra máu: số lượng máu
- Số lượng đờm, đặc điểm màu sắc
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Chế độ ăn uống vệ sinh
- Trạng thái tinh thần
- Các công việc chăm sóc và thực hiện
- Báo cáo bác sĩ nếu có diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức phòng bệnh:*

- Không hút thuốc, không uống rượu, tránh gây kích thích trực tiếp vào niêm mạc phế quản
- Không tiếp xúc với khói, bụi, nấm mốc, các dị nguyên như: phấn hoa, bụi nhà...
- Giữ ấm, tránh nhiễm lạnh đột ngột, thường xuyên vệ sinh răng miệng
- Ăn nhiều rau và hoa quả tươi, thường xuyên uống nhiều nước, tránh những chất gây dị ứng như: tôm, cua, cá, ốc...
- Tập thở bụng và tập thể dục thường xuyên

**17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
UNG THƯ PHẾ QUẢN PHỔI, CÁC KHỐI U PHỔI**

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau
- Giúp người bệnh dễ thở
- An tâm điều trị
- Phát hiện các biến chứng: ho ra máu, nhiễm trùng, tràn khí, tràn dịch

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

Mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay

2. Người bệnh:

- Mặc quần áo bệnh viện, được giải thích rõ mục đích chăm sóc để yên tâm, tin tưởng và hợp tác.
- Người bệnh nằm tại buồng bệnh yên tĩnh, không ồn, thoáng, mát

3. Dụng cụ:

Nhiệt kế, ống nghe, máy đo huyết áp và các dụng cụ khác theo y lệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc về tinh thần là rất quan trọng vì người bệnh ung thư rất bi quan

- Thường xuyên thăm hỏi, động viên, an ủi người bệnh an tâm điều trị
- Quan tâm đến diễn biến tâm lý người bệnh để phát hiện những bất thường
- Giải thích những thắc mắc của người bệnh để người bệnh không lo lắng

2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp: theo thường quy và theo y lệnh (tuỳ tình trạng bệnh)

Nếu người bệnh có sốt:

- + Chườm khăn lạnh trên trán
- + Dùng thuốc hạ sốt

3. Giảm đau

- Hướng dẫn người bệnh lựa chọn tư thế thoải mái nằm giảm đau:
 - + Đau ngực: đắp khăn tẩm nước ấm lên ngực
 - + Đau ở tay, các khớp: xoa bóp, chườm nóng
- Hướng dẫn người bệnh đặt tay ôm ngực khi ho để giảm đau
- Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh của bác sĩ
- Liệu pháp tâm lý: động viên, an ủi, nâng đỡ tinh thần người bệnh

4. Giảm khó thở

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, để người bệnh cảm giác dễ thở nhất
- Thở oxy theo chỉ định.
- Dùng thuốc theo y lệnh

5 Giảm ho

- Nếu là ho kích thích, ho khan dùng thuốc giảm ho
- Nếu ho ra nhiều đờm
 - + Hướng dẫn người bệnh cách khạc đờm
 - + Dùng thuốc làm loãng đờm

6. Nếu người bệnh ho ra máu (theo quy trình chăm sóc người bệnh ho ra máu)

7. Chế độ ăn uống

- Đảm bảo chế độ ăn giàu đạm, tăng calo, nhiều vitamin
- Người bệnh rất chán ăn, cho người bệnh ăn nhiều bữa, thức ăn lỏng, dễ tiêu như: cháo thịt, súp, sữa, đậu, đỗ, rau, hoa quả...
- Cho người bệnh ăn bằng ống thông theo chỉ định.
- Đảm bảo uống đủ nước ngày 2 -3 lít

8. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh

- Cho người bệnh nghỉ ngơi trong buồng thoáng mát, yên tĩnh
- Động viên người bệnh an tâm điều trị
- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân
- Vận động, thể dục hợp lý

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Tình trạng đau
- Tình trạng khó thở, ho ra máu
- Trạng thái tinh thần
- Tình trạng tiêu hoá

- Chế độ ăn uống, vệ sinh
- Các công việc chăm sóc và thực hiện
- Báo bác sĩ nếu có diễn biến bất thường

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm chế độ điều trị có thể kéo dài
- Hướng dẫn người bệnh không được hút thuốc láo, thuốc lá, không được uống rượu, không tiếp xúc khói bụi...
- Dùng thuốc theo chỉ dẫn, chấp hành chế độ điều trị
- Chế độ ăn uống vệ sinh cá nhân
- Vận động, xoa bóp thân thể

Chương VI

MẮT

-

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT GIÁC MẠC DỌA THỦNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo giữ gìn không để tổn thương loét giác mạc rộng hơn và sâu hơn sẽ gây nguy cơ thủng giác mạc.
- Bảo đảm giữ mắt yên, không để tăng nhãn áp, để gây nguy cơ thủng giác mạc.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ – thuốc:

- Bông ướt vô khuẩn để lau rửa mắt
- Bông gạc vô khuẩn và băng dính để che mắt
- Thuốc nhỏ:
 - + Kháng sinh
 - + Giãn đồng tử
 - + Nuôi dưỡng giác mạc
- Thuốc uống:
 - + Kháng sinh chống vi khuẩn hoặc nấm theo y lệnh (tùy theo tác nhân gây bệnh)
 - + Hạ nhãn áp
 - + Nuôi dưỡng giác mạc bằng vitamin A, vitamin B, vitamin C.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hiểu mắt bị loét giác mạc rộng có nguy cơ thủng giác mạc.
- Cần có người khác giúp đỡ tra nhỏ thuốc, không tự ý tra nhỏ thuốc.
- Người bệnh nằm hoặc ngồi ghế có tựa để được chăm sóc mắt.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Lau rửa mắt:** dùng bông ướt, vô khuẩn lau dọc hai bờ mi từ góc ngoài vào góc trong. Sau đó lau sạch vùng da mi mắt quanh mắt.
2. **Nhỏ thuốc:** nhỏ thuốc vào góc trong mắt, tránh đụng chạm đầu ống thuốc mắt vào mắt. Trong trường hợp phải tra nhiều loại thuốc mỗi loại nên tra cách nhau 10-15 phút.
3. **Băng mắt:**
 - Đặt miếng gạc bông (gạc có bông ở trong) lên mắt và băng bằng một dải băng dính (băng chéo) hoặc băng kín bằng hai dải băng dính. Ta có thể lật băng lên để nhỏ thuốc trong ngày.
 - Băng cuộn ép chặt để giữ yên nhãn cầu ở lần nhỏ cuối cùng trong ngày.

4. Uống thuốc theo y lệnh:

- Kháng sinh
- Hạ nhãn áp
- Nuôi dưỡng giác mạc.

5. Theo dõi mạch, nhiệt độ thường quy hàng ngày ghi vào bảng theo dõi.**VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Lưu ý các dấu hiệu bất thường ở người bệnh như: đau đầu nhiều, nôn, đại tiểu tiện khó để báo bác sĩ kịp thời xử trí, tránh tình trạng không bình thường nhãn cầu ở người có loét giác mạc rộng, có nguy cơ thủng giác mạc.
- Khi tra nhỏ thuốc mắt hàng ngày cần lưu ý theo dõi các dấu hiệu bất thường để báo bác sĩ như: đau nhức tại mắt hoặc nhức đầu, sau đó thấy có nước mắt chảy ra, mắt mờ đi.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giữ gìn mắt được yên, không va đập tay lên mắt. Người nhà không được nằm chung giường, tránh va đập tay vào mắt người bệnh.
- Không tự ý tháo băng hoặc sờ tay lên mắt khi không được phép.
- Giữ vệ sinh giường nằm, chăn gối, đệm và khu vực quanh giường bệnh để tránh yếu tố nhiễm trùng nặng thêm, loét càng rộng.
- Dẫn người bệnh và người nhà phải báo ngay cho y tá hoặc bác sĩ những dấu hiệu bất thường của người bệnh, báo hiệu nguy cơ thủng giác mạc.
- Ăn uống không kiêng theo quan niệm cũ, cần ăn thức ăn đủ dinh dưỡng.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH VIÊM MÀNG BỐ ĐÀO CẤP, MŨ TIỀN PHÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng bồ đào cấp mủ tiền phòng ở trẻ em nước ta hay xảy ra vào mùa xuân hè. Bệnh thường khởi phát đột ngột, diễn biến nhanh, có thể dẫn đến viêm nội nhãn. Nếu không được điều trị và chăm sóc kịp thời có thể mất chức năng, teo nhãn cầu dẫn tới mù lòa ở trẻ em.

II. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thực hiện đúng y lệnh.
- Chăm sóc toàn diện người bệnh tránh teo nhãn cầu dẫn tới mù lòa ở trẻ em.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn bố mẹ trẻ về chế độ ăn uống phù hợp với lứa tuổi, đảm bảo chế độ ăn đủ chất, cân đối giữa các thành phần dinh dưỡng.
- Theo dõi các chỉ số toàn thân như quy định (đo mạch, nhiệt độ), ở những trẻ lớn tuổi hơn cần đo thị lực, nhãn áp 1 - 2 lần/tuần để đánh giá kết quả điều trị.
- Thực hiện nghiêm túc y lệnh của bác sĩ, đặc biệt là tra thuốc vào mắt cho người bệnh:
 - + Trước khi tra thuốc cần giải thích cho trẻ (nếu đã lớn) và người nhà để có sự phối hợp cần thiết.
 - + Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa là tốt nhất.
 - + Vệ sinh mắt bằng bông vô trùng trước khi tra thuốc.
 - + Lăn lượt tra các thuốc như đã chỉ định
 - + Lưu ý đặc biệt khi tra atropin: dạng thuốc hay dùng là atropin 0.5% - 1% có tác dụng làm giãn đồng tử và liệt điều tiết. Kéo nhẹ mí dưới, tra thuốc vào kết mạc cùng đồ dưới, dùng bông vô khuẩn ấn nhẹ vào góc trong mắt vùng điểm lệ dưới trong thời gian 5 phút sau khi tra, để tránh atropin thừa xuống mũi gây ngộ độc.
 - + Trẻ em quấy khóc, khi tra thuốc cần có sự giúp đỡ thêm của người nhà để giữ trẻ. Tốt nhất nên tra vào lúc trẻ ngủ, sẽ tránh được sự pha loãng thuốc bởi nước mắt.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Hàng ngày ghi vào bệnh án tình trạng toàn thân của trẻ.
- Tình hình thực hiện y lệnh, báo cáo với bác sĩ điều trị và phụ trách khoa các diễn biến bất thường của trẻ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn vệ sinh mắt và toàn thân, đặc biệt lưu ý tới trẻ em có bố mẹ còn trẻ, người dân tộc.
- Thường xuyên tiếp xúc, để hiểu thêm tâm tư trẻ và giải thích cho trẻ yên tâm, tin tưởng vào điều trị bệnh.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MẮT NẶNG SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- **Quan niệm người bệnh nặng:**
 - Những người bệnh bị chấn thương nặng ở mắt và toàn thân; đa chấn thương, kèm theo chấn thương sọ não, các phủ tạng, các xoang...
 - Những người già yếu có bệnh toàn thân như cao huyết áp, đái tháo đường, trẻ em quá nhỏ tuổi, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.

- Những trường hợp bị bệnh nặng cả hai mắt, những bệnh lí nặng đau đớn nhiều: nhiễm trùng toàn thân, viêm tổ chức hố mắt, sau một số mổ nặng như sau nạo vét tổ chức hố mắt, mổ kết hợp cắt dịch kính và bong võng mạc.
- **Việc chăm sóc những người bệnh** này đòi hỏi những yêu cầu đặc biệt nhằm giúp cho quá trình điều trị đạt kết quả tốt. Chăm sóc bao gồm hàng loạt những khâu liên hoàn từ ăn uống sinh hoạt, thay băng, thuốc, đến các mặt khác của cá nhân người bệnh. Tất cả các thông tin đều phải được theo dõi, ghi chép và thông báo cho bác sĩ điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ: xe thay băng có đủ gác, bông ướm, băng dính, băng cuộn, panh các loại, vành mi, máy đo huyết áp, nhiệt kế, ống nghe
- Thuốc: các loại thuốc sát trùng như thuốc đỏ, cồn 70°, nước muối sinh lí, các loại thuốc tra mắt. Một số thuốc cấp cứu thông thường.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra xem người bệnh có tỉnh táo không? Gọi hỏi trả lời có đúng không, có đi lại được không, có đau chỗ nào không? Ăn uống, đi đại tiểu tiện ra sao?
- Thay băng tại giường bệnh. Nếu người bệnh đi lại được thay băng tại buồng thay băng.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Thay băng vết thương mắt đồng thời hỏi xem người bệnh có đau, chảy nước mắt hay không, đánh giá sơ bộ tình trạng thị lực, sờ tay xem nhãn áp có cao không?
- Quan sát thay băng vết thương quanh mắt: có khô sạch hay máu thấm băng, nhiễm trùng có mù, đã đến thời hạn cắt chỉ hay chưa.
- Khi có vết thương toàn thân cần cho đi khám chuyên khoa, kiểm tra xem có hiện tượng loét do nằm bất động không?
- Ghi chép đầy đủ tình trạng mắt và toàn thân vào hồ sơ bệnh án.
- Thực hiện y lệnh đúng và đầy đủ.
- Theo dõi tốc độ truyền có đúng với y lệnh không, người bệnh có biểu hiện đặc biệt như sốt, rét run, lạnh chân tay, lo lắng hốt hoảng, rối loạn mạch, huyết áp, phản ứng mẫn ngứa...nếu có truyền dịch
- Quan tâm tìm hiểu những đặc điểm, hoàn cảnh riêng của người bệnh: những người có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn, người già cô đơn không người thân, dân tộc thiểu số, những người thuộc diện chính sách như gia đình liệt sĩ, thương bệnh binh, những người có công với nước, bà mẹ Việt Nam anh hùng, những cán bộ cao cấp nhà nước... nhằm thực hiện tốt sự chăm sóc toàn diện.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GHÉP GIÁC MẠC

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm vệ sinh mắt, chống nhiễm trùng mắt sau mổ.
- Bảo đảm cung cấp thuốc duy trì sự sống cho mảnh ghép.

II. CHUẨN BỊ

1. Trước mổ:

Chuẩn bị các dụng cụ cần thiết để xét nghiệm và làm vệ sinh mắt trước khi mổ như bảng đo thị lực, dụng cụ đo nhãn áp, kéo cắt lông mi, lông mày.

2. Sau mổ:

- Dụng cụ:* chuẩn bị khay hoặc xe thay băng gồm:
 - Bông ướt để lau mắt
 - Bông gạc và băng dính
 - Thuốc tra mắt và thuốc uống, tiêm theo y lệnh
 - Bơm tiêm
- Người bệnh:*
 - Người bệnh: được báo trước khi thay băng hoặc tra thuốc hàng ngày. Được giải thích trước khi tiến hành làm xét nghiệm (thị lực, nhãn áp) hay vệ sinh (cắt lông mi, lông mày).
 - Sau mổ người bệnh phải được nằm bất động trong 24 giờ đầu: ăn uống các thức ăn mềm loãng, vệ sinh cá nhân tại chỗ, tránh nói chuyện cười đùa nhiều.
 - Trong trường hợp người bệnh già yếu: có thể nằm nghiêng về bên mắt không mổ để tránh ứ đọng dịch trong phổi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Tại mắt:

- Tra dung dịch kháng sinh nhẹ vào góc trong mắt (chloramphenicol 0,4%, gentamicin 0,3%...)
- Lau rửa mắt cho người bệnh: dùng bông ướt vô khuẩn lau dọc 2 bờ mi từ góc ngoài vào trong, sau đó lau sạch vùng da mi quanh mắt mổ.
- Tra thuốc vào góc trong mắt, tránh dụng cụ chạm đầu ống thuốc vào mắt.
- Trong trường hợp phải tra nhiều loại thuốc: mỗi loại phải cách nhau 10-15 phút.
- Băng: đặt miếng gạc có bông ở trong lên mắt và băng kín bằng 2 dải băng dính hoặc băng cuộn ép chặt tùy theo y lệnh.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ hàng ngày và ghi vào bảng theo dõi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO*** Tình trạng toàn thân:**

Lưu ý các dấu hiệu bất thường ở người bệnh như: nôn, đại tiểu tiện khó (do nằm bất động), mệt nhiều... để báo bác sĩ xử lý kịp thời.

*** Tại mắt:**

Khi lau rửa mắt hàng ngày cần lưu ý theo dõi các dấu hiệu bất thường ở mắt để báo bác sĩ như: đau nhức tại mắt hoặc nhức đầu tăng lên, mi và kết mạc sưng mọng, đỏ bất thường, nhìn mờ đi...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giữ yên tĩnh cho người bệnh mới được ghép giác mạc, tránh nói chuyện nhiều, bất động trong 24 giờ đầu.
- Chế độ ăn uống: trong những ngày đầu nên ăn thức ăn mềm lỏng song phải đủ chất dinh dưỡng, không kiêng khem theo quan niệm cổ hủ.
- Không tự ý tháo băng hoặc sờ tay lên mắt mổ nếu không được y tá hoặc bác sĩ cho phép và hướng dẫn. Giữ vệ sinh giường nằm, chân gối và khu vực quanh giường bệnh để tránh gây nhiễm trùng hậu phẫu.
- Người nhà không được nằm chung giường, tránh va đập tay vào mắt người bệnh gây chảy máu nội nhãn.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà phải báo ngay cho y tá hoặc bác sĩ những dấu hiệu bất thường của người bệnh.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MẮC CÁC BỆNH MẮT DO DỊ ỨNG**I. MỤC ĐÍCH**

- Phòng chống nhiễm khuẩn
- Giảm nhanh các tổn thương tại chỗ do dị ứng (đối với dị ứng tại chỗ)
- Chống dính mi cầu (đối với những dị ứng mi cầu trong hội chứng Steven- Jonhson)

II. CHUẨN BỊ**1. Phương tiện:**

- Dicain 1% (đã được xác định là không gây dị ứng)
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Mỡ corticoid, mỡ kháng sinh (đã được xác định là không gây dị ứng)
- Que thủy tinh
- Khuôn mắt bằng nhựa
- Bông sạch

2. Người bệnh:

- Được giải thích là không được tự động bôi tra hoặc dùng thuốc và phải thường xuyên cố gắng liếc mắt và chớp mắt.
- Người bệnh nằm tại giường hoặc sang phòng thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa người bệnh đi khám thử các test dị ứng đối với các thuốc sẽ dùng theo y lệnh của bác sĩ.
- Kiểm tra lại dụng cụ và thuốc đảm bảo vô khuẩn, thuốc đúng tên, đúng liều.
- Nhỏ dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vào mắt người bệnh.
- Dùng bông ướt lau sạch tiết tố ở mi và bờ mi.
- Tra dicain 1% vào mắt 2 lần, mỗi lần cách nhau 2 phút.
- Dùng ngón trỏ và ngón cái của một tay vành mi, tay kia dùng bông cuốn nhẹ nhàng lấy sạch tiết tố trong mắt (chú ý không quệt bông lên nhãn cầu).
- Nếu là dị ứng tại chỗ có phù mi: bôi thuốc mỡ corticoid lên da mi và dùng bông xoa đều toàn bộ da vùng mi
- Nếu dị ứng trong hội chứng Steven - Jonhson:
 - Vành mi và nhỏ đầu A vào cùng đồ dưới góc trong, sau đó khép 2 mi của người bệnh lại và dùng tay day nhẹ trên da mi cho thuốc dần đều.
 - Vành mi và tra thuốc mỡ kháng sinh hoặc corticoid (theo y lệnh của bác sĩ) vào cùng đồ dưới, sau đó dùng tay khép 2 mi mắt của người bệnh lại và day nhẹ vào vùng da mi trên cho thuốc dần đều.
 - Theo y lệnh của bác sĩ: lấy máu của người bệnh vào buổi sáng lúc chưa ăn sáng. Sau đó đem máu ngay xuống khoa được xử lý làm huyết thanh đóng ống.(Để làm các phản ứng tìm dị nguyên).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các công việc chăm sóc và thực hiện hàng ngày.
- Các dấu hiệu bất thường ở mắt và toàn thân.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý dùng thuốc.
- Giải thích tầm quan trọng của việc giữ vệ sinh tại mắt và tuân thủ hướng dẫn của thầy thuốc và nhân viên y tế. Không được tự động bôi tra hoặc dùng thuốc và phải thường xuyên cố gắng liếc mắt và chớp mắt.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THỂ THỦY TINH ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn
- Chống chảy máu
- Chống đứt chỉ

II. CHUẨN BỊ

Phương tiện dụng cụ:

- khay thuốc tra gồm:
 - + Atropin 1% - 4%
 - + Pilocarpin 1%
 - + Thuốc kháng sinh tra mắt.
 - + Thuốc chống viêm tra mắt.
 - + Mỡ kháng sinh - mỡ corticoid
- Băng gấp bông vô khuẩn
- Hộp bông ướt,
- Gạc vô khuẩn
- Cồn 70°
- Găng tay

2. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh biết họ sắp được thay băng, người bệnh cần giữ đầu yên tĩnh, không lắc đầu.
- Hướng dẫn người bệnh liếc nhìn lên trên xuống dưới, phải mở mắt không được nhắm nhủu mắt khi thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người thay băng phải rửa tay xà phòng, sát khuẩn tay bằng cồn, nếu có điều kiện nên đeo găng.
- Bóc băng cũ, khi bóc băng phải quan sát gạc có máu tươi không, khô hay bẩn, mi mắt có phù nề không, đỏ mọng không, khe mi có máu mủ không, (nếu có phải báo bác sĩ xem và xử lý.)
- Dùng ngón cái kéo nhẹ mi trên dưới dùng bông ướt vô khuẩn lau sạch, nhẹ bờ mi từ ngoài vào trong, không ấn vào nhãn cầu.
- Dùng ngón trỏ kéo nhẹ mi dưới, dùng bông ướt lau nhẹ, sạch mi dưới.
- Tra thuốc kháng sinh góc trong mắt.
- Tra thuốc kháng viêm.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh hoặc corticoid.

- Trước khi tra thuốc quan sát nhãn cầu - mép mắt có sạch không, có máu mủ tiền phòng không, móng mắt có phồng kệt không, nếu có phải báo bác sĩ đến xem.
- Đặt gạc vô khuẩn và băng bằng băng dính.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng vết mổ
- Tình trạng toàn thân
- Báo cáo bác sĩ nếu có bất thường

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không gác tay lên trán
- Không dục sờ tay lên mắt
- Không nói to, hạn chế ho, hắt hơi.
- Không cúi mặt, đứng lên, ngồi xuống đột ngột
- Chống táo bón
- Phải nghiêm chỉnh tuân theo lời dặn của nhân viên y tế phục vụ.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GLÔCÔM

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn
- Chống chảy máu
- Chống đứt chỉ
- Chống xẹp tiền phòng

II. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện dụng cụ:

* *Khay nhỏ thuốc gồm:*

- + Atropin 1% - 4%
- + Pilocarpin 1%
- + Thuốc kháng sinh tra mắt.
- + Thuốc chống viêm tra mắt.
- + Mỡ corticoid.
- + Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Băng gấp bông vô khuẩn
- Hộp bông ướt - gạc vô khuẩn
- Cồn 70°

2. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo cho người bệnh biết là thay băng để người bệnh không giật mình (vì băng hai mắt)
- Hướng dẫn người bệnh để đầu yên tĩnh không lắc đầu qua trái qua phải, liếc mắt lên xuống theo hướng dẫn

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người thay băng phải rửa tay xà phòng, sát trùng tay bằng cồn sát khuẩn (dội cồn vào tay)
- Đội mũ, che khẩu trang
- Tháo băng cũ đồng thời quan sát băng có khô hay bẩn - có máu không? Mi sạch hay bẩn, có phù nề, đỏ không, kết mạc có phù đỏ không?
- Dùng ngón cái nhẹ nhàng vén mi trên nói người bệnh nhìn xuống, lau sạch bờ mi bằng bông ướt vô khuẩn. Quan sát nhãn cầu có máu, mủ, xẹp tiền phòng, đứt chỉ phải báo cho bác sĩ ngay
- Tra thuốc kháng sinh góc trong mắt
- Tra thuốc chống viêm
- Tra thuốc mỡ. Nhẹ nhàng khép mi lại không ấn vào nhãn cầu, đặt gạc vô khuẩn và băng dính chéo

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng vết mổ khi thay băng
- Tình trạng toàn thân

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được gác tay lên trán tránh đè vào nhãn cầu
- Không nói to, không hút thuốc, hạn chế ho, hắt hơi.
- Không được cúi mặt xuống
- Không được đứng lên ngồi xuống quá mạnh, và đột ngột
- Chống táo bón
- Dẫn người bệnh phải giữ gìn vệ sinh theo lời thầy thuốc

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH DO XUẤT HUYẾT

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo sự bất động để không chảy máu tái phát.

II. CHUẨN BỊ

- Giường bệnh trong hậu phẫu có thể nâng cao hoặc hạ thấp đầu.
- Người bệnh được giải thích cần phải bất động để tránh chảy máu tái phát.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sau mổ về nằm tại chỗ, băng kín hai mắt để tránh vận động
- Tiêm và thay băng tại giường
- Tra kháng sinh và thuốc giãn đồng tử cho mắt được nghỉ
- Lấy mạch nhiệt độ, huyết áp hàng ngày
- Chế độ ăn không ăn thức ăn cứng, ngày đầu tiên ăn cháo, từ ngày thứ hai trở đi có thể ăn cơm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi toàn trạng bằng đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.
- Hàng ngày thay băng kiểm tra xem mắt sưng nhiều hay ít, cương tụ hay không, đau giảm hay không?
- Theo dõi thị lực người bệnh có tốt hơn không.?
- Báo cáo bác sĩ kịp thời khi người bệnh có dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý bỏ băng để nhìn
- Nằm tại chỗ
- Vệ sinh cá nhân tại chỗ trong những ngày đầu cho đến khi bác sĩ cho phép đi lại được
- Chế độ ăn uống tránh táo bón.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ BONG VỔNG MẠC

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho người bệnh bất động tốt.
- Đảm bảo tư thế phù hợp cho vồng mạc áp lại tốt.

II. CHUẨN BỊ

- Giường có thể nâng cao đầu hoặc hạ thấp. Có thể cần gối rời để kê trán khi ngồi cúi đầu
- Người bệnh:

- + Được giải thích về sự cần thiết phải bất động sau mổ
- + Cần thiết phải có các tư thế nằm đặc biệt để võng mạc không bị bong lại.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm tại chỗ băng kín hai mắt để tránh vận động khi liếc nhìn.
- Nếu chỉ mổ ấn độn cùng mạc thì cho người bệnh nằm ngửa đầu cao, khi mỏi có thể nghiêng về phía có điểm tháo dịch.
- Nếu phẫu thuật có cắt dịch kính và trao đổi khí thì phải cho người bệnh nằm sấp.
- Khi quá mỏi có thể cho người bệnh ngồi cúi đầu tựa trên gối rồi kê lại sao cho mặt phải song song với mặt giường.
- Phục vụ tiêm và thay băng tại chỗ, tra kháng sinh nước và mỡ
- Tra thuốc giãn đồng tử để mắt ở tư thế nghỉ.
- Chế độ ăn:
 - + Ngày đầu sau mổ ăn cháo
 - + Những ngày sau có thể ăn cơm với thức ăn mềm
 - + Tránh táo bón
- 5 - 6 ngày sau có thể mở băng mắt lành cho người bệnh, mang kính lỗ đường kính 2mm và lỗ phải đúng tâm kính.
- Theo dõi toàn trạng bằng đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Hàng ngày thay băng quan sát xem mắt sưng nhiều hay ít, đau giảm đi không.
- Tình trạng phù mi và kết mạc có giảm dần đi sau mỗi ngày hay tăng lên.
- Ước lượng thị trường người bệnh có tốt hơn không.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý lật băng lên nhìn
- Phải đúng tư thế mà bác sĩ yêu cầu dù có mỏi
- Chế độ ăn: cho người bệnh ăn các thức ăn tránh táo bón
- Vì băng kín hai mắt nên vệ sinh cá nhân phải thực hiện tại chỗ.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NẠO VẾT TỔ CHỨC HỐC MẮT

I. MỤC ĐÍCH

Phẫu thuật tạo vết tổ chức hốc mắt là một phẫu thuật hay chảy máu có gây mê toàn thân và truyền máu trong khi phẫu thuật. Vì vậy sau mổ người bệnh cần theo dõi:

- + Chảy máu tại vết mổ
- + Biến chứng toàn thân sau gây mê về mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại giường bệnh
- Dụng cụ:
 - + Máy đo huyết áp
 - + Ống nghe tim phổi
 - + Đồng hồ bấm giây
- Người thực hiện: điều dưỡng viên.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Quan sát toàn trạng người bệnh:

- Tư thế nằm người bệnh sau mổ gây mê: kê vai cao, mặt nghiêng về phía mắt lành
- Quan sát màu sắc da mặt niêm mạc môi
- Theo dõi nhịp thở
- Sờ da trán xem có sốt hoặc da lạnh toát mồ hôi
- Thời gian người bệnh tỉnh

* Đo mạch nhiệt độ huyết áp, nhịp thở:

- Khi người bệnh về giường điều trị: 1 giờ 1 lần trong 4 giờ đầu
- Sau đó theo dõi theo chỉ định của bác sĩ

* Theo dõi tình trạng vết mổ:

- Khi người bệnh về giường nằm và trong 24 giờ đầu sau mổ
- Quan sát băng mắt có thấm máu nhiều hay ít, màu sắc của máu

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tình trạng người bệnh và các hoạt động chăm sóc vào phiếu theo dõi và chăm sóc.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời khi người bệnh có những dấu hiệu không bình thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* Hướng dẫn người nhà người bệnh:

- Giữ đầu người bệnh theo tư thế nghiêng về phía mắt không đau để phòng chất nôn thấm vào băng.
- Khi người bệnh có những thay đổi bất thường phải báo bác sĩ, y tá-điều dưỡng biết ngay.

* Chế độ vệ sinh:

- Giữ băng mắt sạch, nếu máu thấm ướt phải báo y tá bác sĩ thay băng và kiểm tra tìm nguyên nhân chảy máu để xử lý
- Hướng dẫn người nhà người bệnh giữ vệ sinh thân thể gội đầu sạch
- Hướng dẫn người bệnh sau mổ vận động nhẹ, tránh nằm bất động

* Chế độ dinh dưỡng:

- Khuyến người bệnh sau mổ 1 -2 ngày đầu ăn nhẹ dễ tiêu hoá
- Ăn đủ chất đạm, hoa quả.