

11. THEO DÕI CHĂM SÓC PHẪU THUẬT MẮT GIAI ĐOẠN THOÁT MÊ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc theo dõi người bệnh sau gây mê phải phẫu thuật mắt là 1 kỹ thuật quan trọng nhằm tránh được những tai biến sau gây mê ở giai đoạn hồi tỉnh:
- Phòng tai biến giảm oxy trong máu: do giảm thở, giảm thông khí
- Phòng tai biến nhiệt độ: hạ nhiệt độ sau mổ, sốt cao sau mổ
- Phòng tai biến hô hấp: tụt lưỡi, tắc dịch, trào ngược vào đường hô hấp, co thắt thanh quản, khí quản, suy thở
- Phòng biến chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, chậm, loạn nhịp, suy tim, ngừng tim.
- Phòng biến chứng thần kinh: hồi tỉnh chậm, co giật, đau hoặc cơn rét run sau mổ
- Tiêu hoá: nôn, giãn dạ dày cấp
- Giai đoạn hồi tỉnh có tỉ lệ tử vong rất cao, nên việc chăm sóc, theo dõi đòi hỏi người kỹ thuật viên gây mê hồi sức phải có trách nhiệm cao và phải được làm tại phòng hồi tỉnh

II. CHUẨN BỊ

- Kỹ thuật viên nhà mổ: mũ áo choàng, khẩu trang theo đúng quy định, rửa tay theo đúng quy trình.
- Nơi thực hiện:
 - + Phòng hồi tỉnh: có nhiệt độ ổn định 26 - 28°C, yên tĩnh, đủ ánh sáng, thông thoáng
 - + Giường bệnh có phủ ga sạch
- Dụng cụ hồi sức:
 - + Nguồn oxy
 - + Máy hút, thông hút, bóng Ambu, máy Monitoring

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh nằm ngửa, có gối kê dưới vai nhằm làm cho đường thở thẳng tránh tụt lưỡi, hoặc đặt người bệnh nằm nghiêng tư thế chân co chân duỗi cho các chất dịch ở mồm chảy ra ngoài, tránh trào ngược vào đường thở.
- Hút dịch xuất tiết từ mũi miệng họng, thường xuyên 10 - 15 phút/ lần
- Đo mạch - huyết áp 10 - 15 phút/lần
- Đo nhiệt độ 10 - 15 phút/lần
- Thở oxy qua masque hoặc ống sonde qua mũi
- Truyền tĩnh mạch theo y lệnh.
- Đặt máy Monitoring theo dõi các chỉ số trong máy: mạch, nhiệt độ, huyết áp nhịp thở và độ bão hoà oxy

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi tình trạng, các thông số theo dõi vào bảng theo dõi

- Nếu có nguy cơ tai biến báo hàng ngày cho bác sĩ gây mê hồi sức và cùng bác sĩ hồi sức kịp thời cho người bệnh

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý tháo bỏ hoặc sờ mó vào các ống thông, dây truyền
- Giải thích cho gia đình người bệnh hạn chế tiếp xúc với người bệnh để đảm bảo khâu vệ sinh vô khuẩn vết mổ

12. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT MẮT TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TOÀN THÂN

I. MỤC ĐÍCH

- Kỹ thuật theo dõi người bệnh gây tê mổ mắt trên những người bệnh có bệnh lý toàn thân là kỹ thuật có tầm quan trọng nhằm xử lý được những tai biến về toàn thân trong giai đoạn phẫu thuật đảm bảo phẫu thuật mắt an toàn.
- Các bệnh lý toàn thân trên người bệnh mắt rất phức tạp có ảnh hưởng lớn tới phẫu thuật mắt, đòi hỏi người kỹ thuật viên phải tôn trọng những quy trình chuyên môn để phát hiện kịp thời những biến cố sớm nhất và phòng tránh những tai biến có thể xảy ra để có biện pháp xử lý kịp thời và toàn diện.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại phòng mổ mắt nơi có đầy đủ phương tiện cấp cứu người bệnh.
- Người bệnh nằm trên bàn mổ, đắp ga sạch theo quy định vô khuẩn.
- Chuẩn bị phương tiện:
 - + Nguồn oxy, bóng Ambu, máy thở, máy Monitoring, máy hút.
 - + Huyết thanh truyền các loại.
 - + Bơm tiêm, kim tiêm truyền tĩnh mạch.
- Nhân viên y tế: mũ, áo choàng, khẩu trang đúng quy định vô khuẩn

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích rõ ràng với người bệnh về tình trạng toàn thân và phẫu thuật để có sự phối hợp tốt giữa người bệnh và thầy thuốc. Người bệnh yên tâm trong cuộc mổ.
- Truyền tĩnh mạch: huyết thanh mận 0.9%.
- Lắp máy Monitoring: kiểm tra hoạt động của máy.
- Dùng thuốc đúng liều lượng, đúng theo y lệnh của bác sĩ.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, điện tim: 5 phút/lần
- Trong cấp cứu: thao tác và sử dụng thuốc đúng với y lệnh của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số vào bảng theo dõi 10 phút/lần.
- Nếu có nguy cơ tai biến báo ngay cho bác sĩ phụ trách.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG MẮT

I. MỤC ĐÍCH

- Bỏng mắt là một trong những dạng tổn thương nặng về nhãn cầu, thường bỏng 2 mắt và thường kết hợp với bỏng mặt và bỏng toàn thân. Bệnh thường có những biến chứng nặng nề như hoại tử giác mạc, củng mạc nhiễm trùng, đục thể thủy tinh, tăng nhãn áp... Nếu không được xử lý đúng và kịp thời sẽ gây giảm thị lực và mù.
- Chăm sóc người bệnh sau bỏng nhằm loại trừ nhanh chóng các tác nhân gây bỏng, hạn chế và làm nhẹ các biến chứng do bỏng.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh được giải thích trước khi rửa vết bỏng.
- Dụng cụ và thuốc rửa vết bỏng:
 - + Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, dung dịch đệm, dung dịch Ringer hoặc nước sạch.
 - + Ống tiêm 20ml, kim đầu tù.
 - + Khay quả đậu, vành mi.
 - + Bông ướt hoặc gạc

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm
- Nhúng giấy quỳ đánh giá độ pH của túi cùng đồ.
- Lấy sạch vôi ở kết mạc nhãn cầu, kết mạc mi và cùng đồ trong trường hợp bỏng vôi.
- Rửa cùng đồ bằng nước muối sinh lý, dung dịch đệm, dung dịch Ringer hoặc bằng nước sạch. Rửa cùng đồ trên và cùng đồ dưới liên tục trong vòng 15 - 30 phút (tuỳ mức độ ngấm hoá chất). Cho đến khi pH của túi cùng đồ bằng 7 - 7.5.
- Rửa lệ đạo trên dưới.
- Đo pH sau khi rửa, tra CB₂, dầu A, dung dịch và mỡ kháng sinh.
- Làm sạch tổn thương ở mi và da mặt.
- Quy trình rửa mắt phải được tiến hành ngay trong những ngày đầu sau bỏng cho đến khi pH túi cùng đồ trở lại bình thường (7 - 7.5).
- Không băng mắt bỏng.
- Đo huyết áp, lấy mạch, nhiệt độ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: nhiệt độ, huyết áp, rét run...
- Tại mắt: đau nhức mắt (nhiễm trùng, tăng nhãn áp...)
- Ghi vào hồ sơ hàng ngày các công việc chăm sóc và cần lưu ý bác sĩ khi có diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tra liên tục: dung dịch glucose 30% (bỏ vôi), dung dịch đẳng trương NaCl 0,9%, dung dịch kháng sinh, CB₂, dầu A và mỡ kháng sinh.
- Tập vận động nhãn cầu chống dính.
- Giữ vệ sinh tránh bội nhiễm mắt và toàn thân.
- Ăn uống: tăng cường dinh dưỡng, các thức ăn giàu vitamin A, vitamin C

14. CHĂM SÓC BỆNH NHI PHẪU THUẬT MẮT

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị tốt vùng phẫu thuật (mắt) và toàn thân
- Phát hiện sớm những biến chứng để xử lý kịp thời

II. CHUẨN BỊ

- Phòng điều trị đảm bảo sạch sẽ thoáng về mùa hè, ấm về mùa đông
- Có các tranh tuyên truyền các bệnh về mắt, có các bảng nội quy, bảng hướng dẫn.
- Dụng cụ
- Các dụng cụ làm vệ sinh mắt trước mổ
- Các dụng cụ theo dõi sau mổ, ống nghe, nhiệt kế, túi chườm, ống thông hút đờm dãi
- Bông gạc thuốc để thay băng, tra thuốc
- Nhân lực: bác sĩ, y sĩ và y tá-điều dưỡng chuyên khoa mắt

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước mổ:

- Giải thích, hướng dẫn cho gia đình và người bệnh hiểu được những điều cần thiết để cùng hợp tác chuẩn bị phẫu thuật
- Làm công tác tư tưởng cho người bệnh và gia đình về những khả năng tai biến có thể xảy ra trong và sau mổ
- Làm các thủ thuật cần thiết chuẩn bị trước khi mổ như: bơm thông lệ đạo, nhãn áp, thị lực, thị trường
- Vệ sinh mắt cắt lông mi lông mày, rửa mắt
- Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính cần thiết
- Dặn người bệnh nhịn ăn uống sáng ngày được phẫu thuật
- Thực hiện tốt và đầy đủ theo y lệnh.

2. Sau mổ:

- Theo dõi tình trạng tại mắt phát hiện những biến chứng chảy máu, tuột băng.... để có biện pháp xử lý kịp thời.

- Theo dõi toàn trạng mạch, nhiệt độ, nhịp thở
- Hướng dẫn gia đình kết hợp theo dõi sau mổ gây mê, chỉ cho trẻ ăn khi trẻ tỉnh, (gọi, hỏi trả lời đúng)
- Thực hiện chế độ tra thuốc, uống thuốc, tiêm thuốc và thay băng hàng ngày

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi diễn biến hàng ngày tình trạng mắt mổ, mắt chưa mổ và toàn thân
- Ghi thuốc, chế độ ăn, hồ lí hàng ngày
- Báo cáo thầy thuốc hoặc phẫu thuật viên khi có những bất thường tại mắt hay toàn thân

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn gia đình và người bệnh thực hiện tốt những nội quy trước và sau mổ
- Cách giữ gìn vệ sinh và bất động mắt mổ nếu cần
- Cách tra thuốc khi ra viện
- Lịch đến khám và theo dõi định kì

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NỐI THÔNG TÚI LỆ MŨI

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch mắt và vết mổ.
- Làm thông thoáng mũi và đường thông lệ mũi.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng xảy ra sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Băng gạc vô khuẩn
- Băng dính, băng cuộn
- Thuốc đỏ, dung dịch kháng sinh có pha corticoid như chlorocid - H.
- Bơm tiêm 05 ml và kim lệ đạo
- Dung dịch nước muối sinh lí.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh.
- Người bệnh nằm trên bàn.

3. Các bước tiến hành

- Tháo băng mắt.

- Lau rửa sạch mắt, mi mắt, vết mổ.
- Đánh giá mức độ phù nề của mi mắt, mép mổ.
- Sát trùng vết mổ bằng thuốc đỏ 2 %, hoặc betadin.
- Nhỏ dung dịch kháng sinh có pha corticoid như chlorocid - H vào mắt.
- Băng che mắt và mép mổ. Nếu mi mắt, mép mổ còn nề nhiều cần băng ép thêm bằng băng cuộn theo y lệnh.
- Hàng ngày nhỏ thuốc mắt, phát thuốc uống theo y lệnh.
- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng phù nề của mi mắt, vết mổ.
- Mũi có chảy máu hay không.
- Các dấu hiệu bất thường khác

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu thấy chảy máu mũi hoặc máu chảy xuống miệng cần báo ngay cho cán bộ y tế.
 - Không tự ý rút bấc mũi.
 - Khi còn đặt bấc mũi, người bệnh có thể phải thở bằng miệng.
 - Hướng dẫn cách nhỏ thuốc mắt.
-

Chương VII

TAI MŨI HỌNG

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ THANH QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì ống thở (canun Krisaberg) thông thoáng, sạch.
- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường ăn qua ống thông dạ dày.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt, vết mổ liền tốt.
- Đảm bảo vô khuẩn, tránh nhiễm trùng vết mổ và nhiễm khuẩn đường hô hấp.

II. CHUẨN BỊ

- 1. Nơi thực hiện:** tại giường bệnh.
Khi thay băng: tại phòng băng.

2. Dụng cụ:

- * *Thuốc:* theo chỉ định của bác sĩ.
- * *Dụng cụ chăm sóc tại giường:*
 - Máy hút và ống hút mềm + canun (cùng cỡ với canun đã đặt).
 - Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
 - Ca nhỏ.
 - Bơm ăn 50ml + ống thông mũi - dạ dày.
 - Kẹp Kocher.
- * *Dụng cụ thay băng:*
 - Hai kẹp Kocher
 - Băng, gạc, băng cuộn 10cm x 2 cuộn.
 - Canun Krisaberg nhựa cỡ số 8 hoặc số thích hợp để thay.
 - Kéo.
 - Bơm xylocain 6%.

3. Người bệnh:

- Người bệnh ngồi ghế, mở rộng cúc áo cổ, tay cầm một khăn rộng khi thay băng.
- Người bệnh có thể ngồi hoặc nằm tại giường khi hút đờm.
- Khi ăn người bệnh ngồi tại ghế cạnh giường.

4. Nhân viên:

- Y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc tại giường 100%

- Vô lung cho người bệnh (để tránh ứ đọng) mỗi sáng.

- Cho người bệnh sinh hoạt sớm tại giường, ngồi dậy, tập đi quanh đầu giường sau 2 đến 3 ngày.

*** Hút đờm:**

- Thời gian hút mỗi lần không quá 20 giây.
- Dùng ống hút mềm hút qua canun, người bệnh có thể nằm hoặc ngồi. Số lần hút tùy thuộc vào từng người bệnh xuất tiết nhiều hay ít. Áp lực máy hút 120 đến 150cm H₂O.
- Nếu đờm đặc phải nhỏ α chymotrypsin trước 5-10'.
- Khi người bệnh ho có thể làm đờm bắn ra phải lau sạch ngay.
- Hàng ngày phải tháo nòng canun ra để rửa từ 1-2 lần, sau đó lại lắp vào.

2. Nuôi dưỡng người bệnh:

Cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày bằng các chất dinh dưỡng như: sữa ensure hoặc dung dịch xúp được lọc kỹ từ 6-8 bữa/1 ngày, mỗi bữa từ 300-500ml (nếu bệnh nhân tỉnh táo đi lại được), nếu bệnh nhân nằm tại chỗ mỗi lần bơm cho ăn không nên quá 300ml vì đề phòng trào ngược.

*** Chú ý:**

- Không được để tắc tuột ống thông, nhất là trong 1 tuần đầu
- Chỉ bơm ăn khi người bệnh ngồi. Ăn bằng ống thông dạ dày từ 10-14 ngày tùy thuộc chỉ định của bác sĩ.

3. Chăm sóc dẫn lưu: dẫn lưu kín vào chai áp lực thấp.

- Cố định dẫn lưu từ 24 - 48h, không được để tuột dẫn lưu sớm hơn chỉ định.
- Không để tắc dẫn lưu (vì gấp khúc hoặc máu đông đặc) cần hút thông dẫn lưu ngày 1-2 lần. Chú ý khi rút dẫn lưu khỏi chai để hút phải khóa chốt trước để tránh khí tràn vào dây lên vết mổ.

4. Thay băng: y tá phụ với bác sĩ thay băng.

- Cắt băng cũ.
- Chuẩn bị ống hút.
- Bơm xylocain 6% vào lỗ mở khí quản.
- Chuẩn bị sát trùng vết mổ bằng betadin.
- Chuẩn bị canun mới để thay.
- Băng vết mổ bằng 2 cuộn băng 10cm nối vào nhau (thay hàng ngày hay 2-3 ngày/1 lần tùy bác sĩ chỉ định).

5. Chăm sóc họng, mũi, miệng:

- Nhắc người bệnh phải nhổ hết nước bọt ra ca nhỏ trong thời gian ăn bằng ống thông.
- Vệ sinh cá nhân: hút dịch mũi, nhỏ thuốc mũi, thuốc chống viêm khi đặt ống thông dạ dày, giữ gìn vệ sinh răng miệng.

6. Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ

Tiêm thuốc, bơm thuốc uống qua ống thông (để chống viêm, chống phù nề, giảm đau, giảm xuất tiết nếu cần).

7. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh:

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tiếng thở, dấu hiệu chảy máu theo y lệnh của bác sĩ.
- Nếu có gì bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Hàng ngày ghi lại các diễn biến của quá trình chăm sóc về mọi mặt. Nếu có dấu hiệu bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đây là một căn bệnh diễn biến phức tạp cần có sự chăm sóc thật chu đáo của điều dưỡng kết hợp với sự hợp tác tốt của người bệnh. Do đó cần giải thích rõ cho người bệnh hiểu rõ bản chất của vấn đề thì mới có kết quả điều trị. Cụ thể:
 - + Vì cắt thanh quản nên người bệnh phải thở qua lỗ mở khí quản.
 - + Vì khâu lại ống họng mới nên người bệnh không được ăn đường miệng và thậm chí không được nuốt nước bọt, mà phải ăn qua ống thông đặt từ mũi vào dạ dày.
- Người bệnh phải được ăn đủ lượng, đủ chất mới đủ khả năng phục hồi vết mổ (theo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật).
- Người nhà người bệnh phải tâm lý khi tiếp xúc với người bệnh vì họ không còn nói được.

Lưu ý:

- Không tự rút ống.
- Không ăn đường miệng.
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Đảm bảo vấn đề tâm lý tiếp xúc.

**2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
PHẪU THUẬT UNG THƯ MŨI XOANG**

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng và phát hiện chảy máu sau mổ.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau.

II. CHUẨN BỊ

- 1. Nơi thực hiện:** giường bệnh và phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

- Thuốc: kháng sinh, cầm máu, giảm đau (theo chỉ định của bác sĩ).
- Dụng cụ: ca nhỏ, nhiệt kế, máy đo huyết áp, các dụng cụ để thay băng: soi mũi, đèn lưỡi, kẹp Kocher, cặp khuỷu, bông gạc, băng, mèche, máy hút...

3. Người bệnh:

- Người bệnh nằm tại giường 24h đầu sau phẫu thuật.
- Người bệnh nằm tại phòng thay băng khi thấy băng rút bắc và rửa vết mổ.

4. Nhân viên:

- Bác sĩ, y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng vô trùng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh nằm trên giường bệnh 24 giờ, sau phẫu thuật được theo dõi sát:

- Dấu hiệu chảy máu: băng có thấm máu không? Ca nhỏ có máu không?
- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ 1 giờ/1 lần trong 6 giờ đầu, sau đó 3 giờ/1 lần/ngày đầu. Từ ngày thứ hai: 2 lần / ngày.

2. Thay băng: y tá phụ với bác sĩ thay băng.

- Chuẩn bị dụng cụ thay băng: soi mũi, đèn lưỡi, kẹp Kocher, cặp khuỷu, kéo bay, bắc, gạc, bông, băng.
- Chuẩn bị máy hút cùng ống hút thẳng.
- Cắt băng cũ.
- Băng lại vết mổ sau thay băng theo y lệnh của bác sĩ.

3. Chăm sóc họng miệng: súc họng ngày nhiều lần bằng nước muối 5%.

4. Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ:

Tiêm thuốc, uống thuốc: kháng sinh, giảm đau, chống viêm, chống phù nề, an thần và các vitamin.

5. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

- Năm ngày đầu người bệnh uống sữa và cháo, xúp. Những ngày sau có thể ăn cơm.
- Truyền dịch, truyền máu theo y lệnh (nếu thể trạng người bệnh kém, suy yếu).

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo ngay với bác sĩ khi xuất hiện các diễn biến bất thường như: chảy máu, thay đổi huyết áp, sốt cao.
- Báo cáo ngày 2 lần khi diễn biến bình thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình của họ biết rõ những diễn biến tất yếu sau mổ như: có vết mổ cạnh mũi, có đau, có thể có chảy máu sau mổ phải đặt mèche chèn thêm, cần phải ăn uống tốt.
- Sau mổ có thể còn phải điều trị tia xạ hoặc hóa chất phối hợp.
- Ung thư mũi xoang là một bệnh nặng, có thể xâm lấn vào nhiều cơ quan vùng sọ mặt, có thể ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ thậm chí đến tính mạng. Do vậy người bệnh cần phối hợp tốt với chuyên môn mới nâng được kết quả điều trị.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ RÒ XOANG LÊ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.
- Phòng chống nhiễm trùng.
- Phòng chống chảy máu.
- Đảm bảo vệ sinh cá nhân.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Ống thông đặt dạ dày, bơm cho ăn.
- Ống hút dịch.
- Máy hút dịch.
- Dụng cụ thay băng.

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh, hoặc người nhà người bệnh về tình trạng bệnh và các biến chứng có thể xảy ra.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước mổ:

- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.

2. Theo dõi sau mổ:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi chảy máu sau mổ: vùng mổ có máu không ?
- Theo dõi có tràn khí dưới da, kiểm tra vùng da mặt, cổ.

- Theo dõi mặt cổ sung, da mặt có tím không. Nếu sung, tím do băng quá chặt, phải băng lại.
- Theo dõi vết mổ và thay băng hàng ngày theo quy định.
- Theo dõi có nhiễm trùng không.
- Cho người bệnh ăn qua ống thông hàng ngày đúng và đủ lượng calo.
- Thực hiện y lệnh đặc biệt của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi vào hồ sơ hàng ngày:

- Các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết mổ khi thay băng.
- Công việc chăm sóc và thực hiện y lệnh.
- Ghi các điểm lưu ý của bác sĩ.
- Báo cáo bác sĩ những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc.
- Giải thích từng động tác khi tiến hành chăm sóc.
- Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc mình.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm cho người bệnh được thông khí tốt.
- Phòng chống nhiễm khuẩn tại chỗ và đường hô hấp.
- Phòng chống chảy máu.
- Bảo đảm cho vệ sinh cá nhân.
- Rút ống sớm, đúng thời hạn.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

* Các dụng cụ phục vụ thông khí:

- Bóng Ambu.
- Oxy nối với bóng Ambu.
- Ống hút dịch.
- Máy hút đờm và các ống hút vô khuẩn các cỡ.
- Các dụng cụ thay băng.
- Bộ canun cùng cỡ, ống nội khí quản.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh, hoặc người nhà người bệnh (nếu người bệnh là trẻ em) về tình trạng bệnh và diễn biến.
- Cởi bỏ áo chui đầu, khăn quàng cổ, trang sức đeo.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước mổ:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, nhiệt độ, HA.
- Cho thở oxy.
- Theo dõi sắc mặt, da và niêm mạc.
- Thực hiện các quy định chung đối với người bệnh trước mổ.

2. Trong mổ:

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

3. Theo dõi sau mổ:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, HA, nhiệt độ theo y lệnh.
- Theo dõi tắc ống canun: hàng ngày hút đờm, dịch và rửa nòng trong canun.
- Theo dõi tránh tuột ống canun: kiểm tra dây cố định canun, không để lỏng quá hoặc chặt quá.
- Theo dõi giọng nói và tiếng khóc (nếu có thay đổi: có khả năng tuột ống hay tắc ống).
- Theo dõi hội chứng sốt cao, xanh tái nếu trẻ em nhỏ.
- Theo dõi chảy máu: dịch hút ra và dịch thấm ở miếng gạc dưới canun.
- Theo dõi, thay băng vết mổ khí quản hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh đặc biệt của bác sĩ.
- Chăm sóc chế độ ăn uống đủ calo.
- Tạo môi trường thích hợp, thoáng, đủ không khí, nhiệt độ thích hợp, không bụi, không lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi vào hồ sơ hàng ngày:

- Các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng da và niêm mạc.
- Công việc chăm sóc và thực hiện y lệnh.
- Báo cáo bác sĩ các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được tự tháo dây buộc cố định ống canun
- Giải thích tầm quan trọng vệ sinh cá nhân và tuân thủ hướng dẫn của thầy thuốc và nhân viên y tế.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi hút dịch qua canun.
- Giữ vệ sinh môi trường, hạn chế người thăm, tránh lây nhiễm.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT NỘI SOI XOANG

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng tránh cho người bệnh bị chảy máu, mất máu.
- Bảo đảm người bệnh thở thông theo đường mũi sau khi bỏ bấc mũi.
- Bảo đảm dẫn lưu và thông khí ổ xoang được mỗ sau khi bỏ bấc mũi.
- Phòng tránh nhiễm khuẩn.
- Phát hiện sớm các tai biến (nếu có).

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Đèn Clar, máy hút và ống hút.
- Khay dụng cụ vô khuẩn: 2 kẹp khuỷu, 1 kẹp kocher, 1 kéo con, 1 đèn lưỡi, 2 chén con, 1 bấc nhỏ, gạc, bông.
- Oxy già 6 đv thể tích, xylocain 3%, cphedrin hay naphazolin 1‰
- Một bơm tiêm 10 - 20ml
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ x 1 cốc 100ml.
- Khay quả đậu.

2. Người bệnh:

- Tư thế: nhìn nghiêng, đầu có gối cao.
- Nếu có phản xạ nôn nhiều khi mới tỉnh: để nằm nghiêng, có khay quả đậu, khi cần cho thuốc chống nôn theo y lệnh.
- Nếu có máu chảy (rỉ ra khỏi mũi, hay khạc nhổ ra máu) phải để nằm yên, báo bác sĩ, giải thích cho người bệnh và người nhà yên tâm.
- Nếu nôn ra dịch, thức ăn và máu đen: theo dõi đi ngoài phân đen, xem bụng có chướng, đau bụng co cứng?
- Nếu đau đầu, buồn nôn, nôn: báo bác sĩ, theo dõi viêm màng não.
- Nếu có nhìn mờ, nhìn đôi, chấm, quầng đen: báo thầy thuốc (xem bán phần ngoài ở mắt).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ngày đầu đến ngày thứ 3:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, HA hàng ngày theo giờ, tùy theo tình trạng người bệnh và thực hiện đầy đủ các y lệnh.

- Sau khi rút bấc nằm tại chỗ 1 đến 2 giờ (tránh cử động) nếu ngồi dậy, đi lại sẽ gây chảy máu.
- Không tự ý tháo, rút, bỏ mèche trong mũi.
- Không tự nút bông, giấy thấm nhét vào mũi vì dễ gây nhiễm khuẩn.
- Không dùng khăn, giấy, bông thấm vào hốc mũi để làm thấm vì chảy máu thêm.
- Thực hiện chế độ săn sóc tại giường.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm có chảy máu nhất là sau rút bấc.
- Sau rút bấc nhỏ mũi bằng naptezolin 1‰ 3 đến 6 giờ 1 lần.

2. Ngày thứ 3 trở đi:

- Đảm bảo thông thoáng mũi, da.
- Thực hiện dẫn lưu và thông khí xoang mũi.
- Phòng chống bội nhiễm.

a. Thực hiện nhỏ mũi hàng ngày:

Nếu ngạt tắc, ứ dịch, mủ ở mũi:

- Đặt bông / bấc thấm xylocain 3% từ 2 đến 3 phút trong mũi.
- Bỏ bông / bấc để người bệnh xì nhẹ vài lần.
- Dùng ống hút, hút sạch dịch máu ứ đọng ở mũi.

b. Thực hiện rửa mũi xoang cho người bệnh:

- Giải thích người bệnh tiến trình làm để họ cùng cộng tác.
- Người bệnh cầm khay quả đậu húng dưới cằm.
- Để người bệnh nghiêng đầu, bịt lỗ mũi bên kia bằng ngón tay.
- Dùng bơm tiêm bơm 10 - 20 ml dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vào hốc mũi bên mỗ.
- Người bệnh cúi đầu, thở mạnh cho nước trong hốc mũi ra hết.
- Làm như trên liên tục 3 lần, ngày rửa 2 lần.

c. Thực hiện khí dung ngày 1-2 lần:

- Mỗi lần 2-3 ml dung dịch kháng sinh + corticoid
- Penicillin 50 - 100.000 đv + hydrocortison 0,025mg

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

* Ghi vào hồ sơ hàng ngày trong 3 ngày đầu

- Tình trạng chảy máu (nếu có).
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Tình trạng đau đầu, nhìn.

* Ngày giờ bỏ bấc

* Sau khi đã bỏ bấc:

- Tình trạng thông thoáng của mũi.
- Tình trạng dịch, mủ, máu xuất tiết chảy ra (nếu có).
- Thực hiện hút mủ, rửa xoang, khí dung theo y lệnh của bác sĩ

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thực hiện tốt chế độ săn sóc tại giường, hạn chế cử động mạnh, đi lại hoặc ra khỏi phòng.
- Phát hiện chảy máu.
- Không gây chảy máu: tự rút bấc, thấm bông, giấy, khăn.
- Không gây bội nhiễm: tự nhét giấy, bông, vải vào hốc mũi.

* *Khi đã rút bấc, không chảy máu:*

- Tránh bội nhiễm tại chỗ (mũi), tránh tiếp xúc với nhiều người (vào thăm).
- Đảm bảo thông thoáng mũi: nhỏ mũi thường xuyên, làm thuốc, khí dung hàng ngày.
- Hướng dẫn tự rửa mũi - xoang.

6. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN DẪN LƯU MŨI XOANG

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm mũi và ống dẫn lưu thông thoáng.
- Hút hết dịch ở mũi và xoang.
- Bảo đảm vô khuẩn tránh biến chứng bội nhiễm.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

- Đèn Clar.
- Máy hút áp lực ở mức 80-100mmHg.
- Ống hút các cỡ, các dây hút nhỏ.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Bơm tiêm 10ml hoặc 20ml.
- Thuốc để bơm vào xoang (do thấy thuốc chỉ định thường là cloramphenicol 0,4% hoặc cortiphenicol).
- Kẹp khuỷu.
- Bông gạc, khăn ni lông hoặc khăn vải.
- Khay quả đậu.

3. Người bệnh:

- Tư thế ngồi, trẻ nhỏ cần có hộ lí hoặc điều dưỡng bế.
- Khi ngồi tựa đầu vào ghế để cố định.
- Giải thích cho trẻ, thái độ nhẹ nhàng để trẻ không sợ.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo găng, khẩu trang, mũ, áo choàng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hút dịch ở mũi.
- Hút dịch ở xoang qua ống dẫn lưu.
- Bơm thuốc vào xoang.
- Chăm sóc hốc mũi.

1. Hút dịch ở mũi:

- Đặt mảnh bông nhỏ tẩm thuốc co mạch: naphthazolin, xylocain (nếu không thật thông thoáng) lưu ý ở trẻ nhỏ dưới 7 tuổi.
- Dùng banh mũi có cán nhỏ để banh hốc mũi đồng thời dùng ống hút nhỏ hút hết dịch từ cửa mũi trước đi dọc theo sàn mũi rồi toàn bộ mũi để hút hết dịch nhầy.
- Phải hút nhiều lần, mỗi lần không quá 20 giây. Sau mỗi lần cần hút nước để không bị tắc ống.
- Hút hết hốc mũi bên này thì chuyển sang bên kia.

2. Hút dịch ở xoang qua ống dẫn lưu:

- Dùng ống hút nhỏ hoặc dây hút luồn vào ống dẫn lưu để đưa vào xoang hàm.
- Vừa hút vừa kéo dây hút ra ngoài để hút hết dịch, nhầy, mủ trong xoang hàm.
- Cần hút nhiều lần, sau mỗi lần phải hút nước vô trùng tránh tắc ống.
- Hút hết xoang này thì tiếp tục hút xoang bên kia.

Chú ý:

- Ở trẻ em ít rửa xoang qua ống dẫn lưu, nhưng nếu có rửa xoang thì dùng bơm tiêm 20 ml hút dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ ấm ở 37°C rồi gắn vào đầu ống dẫn lưu trong xoang hàm bơm rửa từ từ, trong khi đó người phụ giúp hút nước trong hốc mũi để tránh trẻ bị sặc.
- Khi bơm nước trẻ cần cúi đầu và có khay quả đậu hứng dưới. Có thể bơm rửa vài lần.
- Cuối cùng bơm không khí qua ống dẫn lưu để đẩy nước rửa còn lại trong xoang.

3. Bơm thuốc vào xoang hàm:

- Dùng bơm tiêm 5 ml lấy thuốc theo y lệnh.
- Bơm thuốc vào xoang hàm qua ống dẫn lưu.
- Khi bơm thuốc để trẻ ngồi thẳng đầu nghiêng sang bên dẫn lưu.

4. Chăm sóc hốc mũi:

- Dùng banh mũi kiểm tra lại hốc mũi, hút sạch dịch, nước, nhầy, mủ.
- Đặt một củấu nhỏ cửa lỗ mũi trước (sau 15 - 30 phút thì bỏ).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào hồ sơ:
 - + Tình trạng người bệnh.
 - + Tình trạng ống dẫn lưu xoang.
 - + Tình trạng dịch hoặc mủ trong xoang qua hút hoặc rửa xoang.
 - + Tình trạng dinh dưỡng và hô hấp.

- + Các điểm cần lưu ý.
- Báo cáo bác sĩ hiện tượng bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho trẻ và gia đình hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc hút dịch ở mũi xoang vì trẻ có thể khó chịu trong lúc hút dịch.
- Giải thích cho gia đình vệ sinh mũi bằng cách nhỏ thuốc sát trùng mũi hàng ngày và hướng dẫn cách nhỏ mũi.
- Vừa chăm sóc vừa nói chuyện với trẻ, giải thích từng động tác phải làm để trẻ phối hợp và yên tâm trong quá trình chăm sóc.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỞ ÁP XE CẠNH CỔ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo duy trì việc nuôi dưỡng người bệnh.
- Đảm bảo, dẫn lưu tốt ổ áp xe, tránh sự lan rộng của mủ, tạo điều kiện cho quá trình lành vết mổ.
- Đảm bảo đường thở (trường hợp phải mở khí quản).

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: phòng thay băng.

Đối với những người bệnh quá nặng có thể thay băng tại giường.

2. Dụng cụ:

- Ống thông Nelaton (ống thông thực quản cao su hoặc nhựa, cỡ số tùy theo tuổi người bệnh).
- Khay thay băng gồm có:
 - + Bông, băng, gạc.
 - + Oxy già 12 thể tích.
 - + Betadin dùng ngoài da (lọ màu vàng), hoặc cồn iod 1-2%, cồn 70°, nước dakin...
 - + Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
 - + Bột kháng sinh (clorocid...).
 - + Dụng cụ thay băng: panh, kéo, bay.
 - + Máy hút + ống hút vô khuẩn.
 - + Đèn chiếu sáng.
 - + Đối với người bệnh có mở khí quản, phải chuẩn bị thêm dụng cụ chăm sóc canun (xem bài Chăm sóc người bệnh sau mở khí quản).

3. Người bệnh:

- Nếu nhẹ: có thể ngồi trên ghế có tựa đầu.
- Nếu nặng: nằm đầu thấp, mặt quay về đối diện với bên mổ.

4. Nhân viên:

Bác sĩ, y tá - điều dưỡng: mặc áo choàng, mũ, đeo găng vô khuẩn, khẩu trang.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt ống thông dạ dày: bước này có thể đã được tiến hành từ trong phòng mổ (xem bài đặt ống thông cho ăn).
- Thay băng vết mổ cạnh cổ:
 - + Sát trùng vùng quanh vết mổ bằng cồn iod 1% hoặc betadin.
 - + Lau, hút sạch mủ trong hốc mổ.
 - + Dùng nước oxy già 12 thể tích lau rửa sạch hốc mổ, chú ý các góc ngách của ổ áp xe.
 - + Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch betadin (nếu có) pha loãng với nước muối sinh lí.
 - + Lau khô vết mổ bằng gạc vô khuẩn.
 - + Rắc bột kháng sinh vào vết mổ theo y lệnh.
 - + Đặt mèche (nếu có mèche vàng - mèche iodoforme thì rất tốt) hoặc mảnh dẫn lưu.
 - + Băng vô khuẩn.
- Trường hợp nặng hoặc do vi khuẩn yếm khí thì thay băng 2 lần một ngày hoặc rửa liên tục bằng dd sát trùng (nước dakin, betadin...).
- Chăm sóc canun mở khí quản (nếu có) -
- Cho ăn qua ống thông dạ dày.
- Theo dõi tình trạng người bệnh và vết mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết mổ, mức độ nhiễm trùng, lượng mủ... ghi vào hồ sơ.
- Báo cáo bác sĩ những diễn biến bất thường (nếu có).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trường hợp nặng, nhiều mủ: người bệnh phải nằm đầu thấp.
- Ăn qua ống thông dạ dày, chú ý cách chế biến thức ăn để tránh bị tắc ống thông.
- Những điều cần tránh:
 - + Không tự rút ống thông dạ dày.
 - + Không ăn hoặc nuốt nước miếng qua đường miệng.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CÓ BIẾN CHỨNG NỘI SỌ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc theo dõi toàn diện đối với người bệnh.
- Kiểm soát ống dẫn lưu đặt từ não.
- Thực hiện thay băng đúng kỹ thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: người bệnh nằm tại giường cấp cứu hoặc trên bàn mổ.

2. Dụng cụ:

- Thuốc sát trùng dùng dịch betadin.
- Máy hút.
- Nước oxy già 12 đơn vị thể tích.
- Dụng cụ thay băng:
 - + Đèn Clar 1 cái.
 - + Cặp khuỷu 2 cái.
 - + Bay thăm dò 1 cái.
 - + Đầu ống hút và ống thông hút vô khuẩn.
 - + Ống dẫn lưu có cát cửa sổ, có khâu dây đen để chỉ điểm.
 - + Bấc và băng vô trùng, băng tam giác, khăn trải bàn và hồ mở, khi thay băng.

3. Người bệnh:

- Thông báo và giải thích để người bệnh yên tâm và hợp tác.
- Nằm trên giường, phần tai mổ để lên trên.

4. Nhân viên:

Bác sĩ CK, y tá - điều dưỡng: mũ, áo, khẩu trang và găng tay vô trùng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Y tá - điều dưỡng:

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch (đếm cả phút), HA, nhịp thở, nhiệt độ.
- Theo dõi phân, nước tiểu của người bệnh hàng ngày.
- Phối hợp với bác sĩ thay băng hàng ngày cho người bệnh, giữ đầu người bệnh khi thay băng.

2. Bác sĩ thay băng trực tiếp:

- a. Tháo băng cũ ngoài, rút bấc chèn vết mổ:*
- Quan sát vết mổ và vị trí ống dẫn lưu.

- Hút sạch mủ và chất tiết ở vết mổ.
- Lau và sát trùng lại vết mổ bằng dung dịch betadin.
- b. *Rút ống dẫn lưu từ não ra:*
 - Hút sạch mủ trào ra từ ổ dẫn lưu.
 - Dùng bay nhẹ nhàng thăm dò tổ chức não ở phía sâu, nếu có mủ trào ra phải hút tiếp cho đến hết.
- c. *Đặt hai ống dẫn lưu vô trùng vào ổ áp xe:*
 - Dùng cặp khuỷu cặp dọc theo chiều dài ống dẫn lưu mới.
 - Nhẹ nhàng đặt ống vào đường dẫn lưu cũ.
 - Đặt ống thứ 2 đi song song với ống dẫn lưu đầu.
 - Sát trùng lại vết mổ bằng betadin.
- d. *Đặt bác chèn*

Đặt bác chèn xung quanh ống dẫn lưu, cho đến khi đầy vết mổ xương chũm.
- e. *Băng vết mổ*
 - Đặt 3 miếng gạc bông vô trùng lên trên vết mổ vừa thay băng.
 - Dùng băng treo hình tam giác băng ngoài.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi mạch, nhịp thở, HA, nhiệt độ 3 giờ/1 lần trong những ngày đầu, những ngày sau ngày 2 lần, báo cáo với bác sĩ điều trị hàng ngày.
- Bác sĩ và y tá - điều dưỡng ghi chép những việc đã làm một cách tỉ mỉ vào hồ sơ, nhận xét, đánh giá thay băng.
- Báo cáo bác sĩ những bất thường khi thay băng. -

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Giải thích rõ cho gia đình người bệnh, đây là bệnh nặng, cần được chăm sóc chu đáo về ăn, uống cho người bệnh và thực hiện chế độ điều trị.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Hút hết dịch ở mũi, ở họng.
- Bảo đảm vô khuẩn, tránh biến chứng như viêm thanh quản, viêm phổi.
- Phát hiện sớm, tránh tái phát.

II. CHUẨN BỊ

1. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh hoặc phòng băng.

2. Dụng cụ:

- Đèn Clar.
- Máy hút áp lực ở mức 80 - 100 cm H₂O.
- Ống hút vô khuẩn nhiều cỡ.
- Đẻ lưỡi cong.
- Gạc.
- Kẹp.
- Mỏ miệng.

3. Người bệnh:

- Nhân viên y tế bế bệnh nhi.
- Giải thích kĩ cho gia đình người bệnh.

4. Nhân viên:

Y tá- điều dưỡng: rửa tay vô khuẩn, có găng vô trùng, khẩu trang, mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng đẻ lưỡi ấn lưỡi người bệnh xuống, dùng mỏ miệng (nếu cần), có người giữ đầu.

Chú ý: không nên đẻ lưỡi sâu quá, trong khi đẻ lưỡi dùng đèn Clar dọi vào thành sau họng.

- Hút hết dịch ở mũi và họng, chú ý hút ở đường chích áp xe sau họng với áp lực 60 - 100 mmHg, mỗi lần hút không quá 20 giây.
 - + Hút phải nhẹ nhàng thận trọng tránh tổn thương phần lành xung quanh.
 - + Có thể luồn ống hút vào đường chích rạch áp xe sau họng để hút.
- Chăm sóc tổn thương ở niêm mạc họng:
 - + Trước hết phải hút hết mủ, quan sát niêm mạc.
 - + Nếu có xước thì chấm betadin (chú ý không dùng cồn hoặc cồn iod chấm vào niêm mạc).
- Kiểm tra đường chích rạch áp xe: nếu thành sau họng còn phồng mà mủ không chảy ra theo đường chích rạch phải báo ngay cho bác sĩ điều trị biết để xử trí.
- Từ ngày thứ 4:
 - + Theo dõi: nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tiếng khóc.
 - + Theo dõi: lúc bú, ăn, nuốt.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo bác sĩ có những hiện tượng bất thường của bệnh nhi như: khó nuốt, khó thở, thay đổi tiếng khóc, tình trạng nhiễm trùng.
- Ghi vào hồ sơ:
 - + Tình trạng chung của người bệnh.
 - + Tình trạng đường chích rạch ở ổ áp xe.
 - + Tình trạng mủ còn hay hết ở đường rạch.
 - + Tình trạng dinh dưỡng, tiêu hoá của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho gia đình hiểu rõ sự cần thiết phải chăm sóc.
- Hướng dẫn cho gia đình những dấu hiệu bất thường để kịp phản ánh cho bác sĩ.
- Hướng dẫn gia đình chế độ ăn uống cho bệnh nhi.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU MŨI

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi người bệnh có chảy máu lại không.
- Xử trí làm vệ sinh hốc mũi sau rút bắc.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng thay băng hoặc trên giường bệnh.

2. Dụng cụ:

- Thuốc tê tại chỗ xylocain 3 - 6%, nước rửa sạch.
- Máy hút.

** Dụng cụ thay băng:*

- Đèn Clar
- Soi mũi
- Cặp khuỷu và một pince cocher dài 20cm
- Tăm bông
- Ống hút dài vô khuẩn.
- Một cuộn bắc để nhét bắc mũi trước và mũi sau.
- Ống thông nelaton.

3. Người bệnh: nằm ngửa trên giường hoặc bàn mổ.

4. Nhân viên:

Bác sĩ CK, y tá - điều dưỡng: có mũ, áo choàng, khẩu trang và găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người phụ đứng giữ đầu người bệnh, y tá- điều dưỡng theo dõi mạch, HA, nhiệt độ của người bệnh.
- Rút bắc mũi sau (nếu có) nếu đã để đủ 24 - 48 giờ.
- Rút bắc mũi trước.
- Thấy thuốc rút từ từ bắc mũi trước, cho đến khi có máu thấm đỏ, ngừng lại chờ đợi 4-5 phút rút tiếp. Nếu thấy không chảy máu rút hết. Nếu chảy máu phải dừng lại ngày hôm sau rút tiếp.

- Sau khi rút hết kiểm tra hốc mũi không chảy máu, kiểm tra họng không chảy máu là được.
- Thuốc nhỏ: dung dịch NaCl 9‰ để rửa argyrol 1 - 3% để sát trùng, dùng thuốc co mạch hàng ngày.

Lưu ý: không được dùng thuốc co mạch khi người bệnh chảy máu mũi do cao huyết áp.

- Theo dõi có chảy máu lại không? Nếu chảy máu phải đặt lại bấc.
- Ngày thứ 3 trở đi bôi thuốc mỡ vào mũi để vẩy mèm và tự bong ra.
- Nếu dính cuốn vào vách ngăn phải tách dính hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi tỉ mỉ những nhận định khi làm vào hồ sơ và báo cáo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Theo dõi chế độ ăn hàng ngày của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không xì mạnh sợ chảy máu lại.
- Máu chảy xuống họng không được nuốt mà nhổ ra bỏ để bác sĩ kiểm tra.
- Nằm nghỉ tại giường 1 giờ sau khi rút bấc.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NẠO SÀNG - HÀM

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời chảy máu sau phẫu thuật.
- Chăm sóc tốt, phòng tránh chảy máu sau phẫu thuật.
- Phòng tránh viêm, bội nhiễm vết mổ và đường hô hấp.
- Thực hiện rút bấc và rửa xoang đúng quy trình.
- Đảm bảo rút bấc, dẫn lưu tốt vết mổ.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ, phương tiện:

Khăn ni lông, khay quả đậu.

2. Dụng cụ rút bấc:

- Đèn Clar
- Khay
- Hai săng có lỗ vô khuẩn.
- Hai kẹp khuỷu, 1 kẹp Kocher, 1 kéo con, 1 đèn lưỡi, 1 banh mũi.
- Hai chén con, 2 cuộn bấc nhỏ, gạc, bông.
- Oxy già 6 đv thể tích, xylocain 3%, naptazolin 1‰.

3. Dụng cụ rửa xoang:

- Đèn Clar, máy hút, ống hút.
- Hai kẹp khuỷu, 1 banh mũi, 1 ống thông Itard,
- Một bơm tiêm 50ml, 1 bơm tiêm 5ml.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ vô khuẩn.
- Một khay quả đậu, 1 khăn quàng ni lông.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Hai ngày đầu:

- * Ngày thứ hai sau mổ: người bệnh nằm nghiêng đầu có gối cao.
- Nếu có phản xạ nôn nhiều khi mới tỉnh: phải có khay quả đậu, khăn ướt.
- Nếu có máu chảy, rỉ ra khỏi mũi; khạc, nhổ ra máu để nằm yên xem lại bác nhét mũi xoang, nếu chảy nhiều báo bác sĩ.
- Nếu nôn ra dịch và thức ăn lẫn máu đen: theo dõi đi ngoài phân đen, kiểm tra có đau họng, co cứng hay chướng họng?
- Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ ngày 2 lần, thực hiện y lệnh.
- Tránh chảy máu, mất máu (như trong chăm sóc sau phẫu thuật nội soi xoang).
- Theo dõi, phát hiện sớm chảy máu: ra mũi trước, xuống họng.

2. Các ngày sau:

- Nếu nhức đầu, sốt, nôn: theo dõi viêm màng não.
- Nếu chảy mũi hôi, ngạt tắc nhiều: theo dõi bội nhiễm, sốt bắc.
- Nếu có nhìn đôi, quầng, chấm đen, nhìn mờ: báo bác sĩ theo dõi tại biến mắt.
- Thực hiện chăm sóc như trong chăm sóc sau phẫu thuật nội soi xoang.

3. Rút bắc mũi, xoang:

- Trước khi rút 30 phút tiêm 1 ống adrenoxyl theo y lệnh.
- Rút bắc xoang (theo đường mổ Cadwell - Lue):
 - + Dùng 1 panh Farabaut kéo nhẹ môi lợi bên mổ.
 - + Đặt 1 gạc nhỏ thấm oxy già trên vết mổ 1 phút.
 - + Bỏ gạc, tìm đầu bắc dùng kẹp kéo nhẹ ra khỏi xoang mỗi lần 1 đoạn 3 - 5 cm, dùng kéo cắt bỏ đoạn bắc kéo ra.
 - + Thực hiện tiếp cho đến khi rút hết bắc trong xoang.
 - + Nếu thấy rỉ máu nên dừng lại một vài phút, có thể đặt gạc oxy già.
 - + Khi đã rút hết, lau sạch vết mổ ở lợi môi. Đợi sau 5 phút kiểm tra lại xem có chảy máu không? Nếu chảy máu nhiều sau khi đã đợi vài phút có thể để lại, rút tiếp sau, lưu ý đầu bắc để ngoài vết mổ.
- Rút bắc mũi: cũng thực hiện như rút bắc xoang.

4. Rửa xoang:

- Sau khi đã rút bắc mũi xong từ 3 - 5 ngày, không chảy máu.
- Người bệnh ngồi, quàng khăn ni lông trước ngực, cầm khay quả đậu hứng dưới cằm.
- Đặt mảnh bông hay que bông thấm xylocain 3% ở cuốn dưới, khe dưới 1 phút.
- Hút sạch dịch ổ mũi: lưu ý sàn, khe dưới.

- Đeo đèn Clar, banh mũi để xác định vị trí.
- Đưa ống thông Itard vào khe dưới, tìm lỗ thông mũi, xoang.
- Khi đưa lọt qua lỗ thông mũi, xoang:
 - + Lắp ống nối với bơm tiêm 50ml.
 - + Bơm nhẹ rửa xoang: khi bơm bảo người bệnh cúi đầu, há mồm để khỏi bị sặc.
 - + Khi thấy nước rửa đã sạch, sau 3 - 4 lần bơm rửa, bơm khí đẩy hết nước còn lại trong xoang.
- Rút ống thông Itard, đặt 1 bấc, gác đủ dài vào khe dưới, lưu ý không để lọt vào lỗ thông xoang.

5. Theo dõi rút bấc:

Nếu sau rửa xoang vài lần vẫn thấy sung, đau bên vết mổ chảy mủ, dịch hôi, ngạt tắc mũi, vết mổ không liền phải báo cáo bác sĩ kiểm tra lại vết mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi vào hồ sơ hàng ngày trong 3 ngày đầu:

- Tình trạng chảy máu nếu có.
- Nhiệt độ, mạch.
- Tình trạng đau đầu, nhìn.

2. Ngày giờ bỏ bấc

3. Sau khi đã bỏ bấc:

- Tình trạng thông thoáng của mũi.
- Tình trạng dịch, mủ, máu xuất tiết/ chảy ra (nếu có).
- Thực hiện hút mủ, rửa xoang, khí dung.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thực hiện tốt chế độ săn sóc tại giường, hạn chế cử động mạnh, đi lại khỏi phòng.
- Phát hiện chảy máu.
- Không gây chảy máu: tự rút bấc, thấm bông, giấy, khăn.
- Không gây bội nhiễm: tự nhét giấy, bông, vải vào hốc mũi.

* *Khi đã rút bấc, không chảy máu:*

- Tránh bội nhiễm tại chỗ (mũi), tránh tiếp xúc với nhiều người (vào thăm).
- Đảm bảo thông thoáng mũi: nhỏ mũi thường xuyên, làm thuốc, khí dung hàng ngày.
- Hướng dẫn tự rửa mũi - xoang.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGHE

Phẫu thuật phục hồi chức năng nghe gồm có: mổ chỉnh hình tai giữa và mổ xương bàn đạp.

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ.
- Chăm sóc sau mổ.
- Theo dõi phát hiện những tai biến của người bệnh sau mổ.
- Bảo đảm vô khuẩn sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

1. Trước mổ:

- Cho người bệnh gội đầu, tắm trước ngày mổ.
- Cắt tóc bên tai mổ: cắt cao lên trên và ra sau cách rãnh sau tai 3 cm cho người bệnh mổ chỉnh hình tai giữa.
- Làm vệ sinh ống tai, viêm tai, xung quanh tai nơi tóc đã cạo, băng vô trùng sau khi làm sạch.
- Nền để người bệnh đeo một dây có các chỉ dẫn, ghi bên sẽ được mổ để khi vào phòng mổ tránh nhầm lẫn.

2. Sau mổ:

- Chuẩn bị bông băng gạc vô trùng để thay băng trong phòng thay băng.
- Chuẩn bị dụng cụ hấp vô khuẩn để bác sĩ thay băng, gồm có: cặp khuỷu, kéo cắt chỉ, que tăm bông nhỏ, khay để dụng cụ, máy ảnh ống hình nhỏ.
- Thuốc: mỡ kháng sinh, dung dịch oxy già, dung dịch kháng sinh pha loãng, betadin (theo y lệnh).
- Ghế khám.
- Khăn vô trùng phủ qua vai bên tai đã được mổ của người bệnh.

3. Người bệnh:

Ngồi trên ghế khám.

4. Nhân viên:

- Y tá - điều dưỡng, bác sĩ: mặc trang phục làm việc, đội mũ, đeo khẩu trang vô trùng.
- Tay người thay băng được rửa sạch, sát khuẩn bằng cồn 90° và mang găng vô khuẩn trước khi thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Trong 7 ngày đầu, thay băng ngoài đơn thuần phẫu thuật. Thay băng chăm sóc từ ngày thứ 8 trở đi.

1. Thay băng ngoài:

- Y tá - điều dưỡng viên: chuẩn bị đủ khay, dụng cụ, bông băng, thuốc. Dùng kéo cắt băng, gỡ băng bỏ vào thùng rác.
- Sát trùng xung quanh vết mổ bằng betadin.
- Cho mỡ kháng sinh vào đường khâu.
- Đặt gạc mới phủ lên đường mổ sau tai (hoặc trước tai) và băng. Băng cuộn trong 2 ngày đầu và dùng băng chuyên dụng cho các ngày sau.
- Nếu có diễn biến xấu như nhiễm trùng vết mổ phải báo ngay cho bác sĩ biết để xử trí kịp thời..

2. Thay băng bên trong tai:

Mời các bác sĩ thay băng bên trong ống tai.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Thông thường đường mổ có rớm máu nhẹ trong ngày đầu, khô vào ngày thứ hai sau mổ.
- Nếu thấy khác thường: vết mổ chảy máu, phù nề, viêm nhiễm báo cho bác sĩ biết.
- Hỏi người bệnh để theo dõi các dấu hiệu như chóng mặt, buồn nôn, hay nhức đầu, nghe kém. Nếu có báo cho bác sĩ để cùng xem xét, để phòng các tai biến của kỹ thuật gây viêm nhiễm hoặc có biểu hiện có viêm nhiễm ngẫu nhiên phối hợp cùng lúc với phẫu thuật.
- Ghi chép tình trạng thay băng và diễn biến sau mổ vào phiếu điều dưỡng.
- Báo cáo cho bác sĩ những diễn biến bất thường đã nêu trên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trước mổ hướng dẫn cho người bệnh sự cần thiết phải làm vệ sinh toàn thân, gội đầu.
- Hướng dẫn chế độ ăn mềm trong 7 - 10 ngày đầu tiên sau mổ.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CẮT AMİĐAN

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi phát hiện chảy máu.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau.
- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh hoặc phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

- Các dụng cụ để chăm sóc theo dõi người bệnh:
 - + khay quả đậu.
 - + Nhiệt độ, huyết áp, đồng hồ đếm mạch.
 - + Nước đá đập thành viên nhỏ.
 - + Khăn vải, túi chườm lạnh.
- Các dụng cụ cấp cứu:
 - + Bộ cầm máu amidan.
 - + Thuốc (cầm máu, giảm đau, dịch truyền).

* *Chú ý:* không dùng thuốc giảm đau aspirin hoặc cùng họ của nó vì gây chảy máu.

a) Người bệnh

Trước khi mổ:

- + Giải thích về thủ thuật, để người bệnh yên tâm, tránh stress bất lợi.
- + Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân, răng miệng.
- + An thần, nghỉ ngơi yên tĩnh tối hôm trước khi cắt amidan.

b) Nhân viên y tế:

Y tá - điều dưỡng: mang trang phục y tế gọn gàng, thái độ ân cần niềm nở

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Theo dõi, phát hiện, xử trí khi người bệnh bị chảy máu và tránh gây chảy máu cho người bệnh:

* Tư thế người bệnh:

- Để người bệnh nằm nghiêng sang một bên trên giường bệnh, tư thế thoải mái.
- Đầu người bệnh được gối thoải mái, không gối cao, dùng một khay quả đậu hứng sát miệng, hướng dẫn người bệnh hé miệng cho dịch trong miệng tự do chảy vào khay quả đậu, dặn người bệnh không được nuốt trong thời gian 3 giờ đầu sau cắt amidan.

* Theo dõi:

- Theo dõi dịch trong khay quả đậu.
- Nếu chỉ có nước dãi trong là tại vết mổ không chảy máu.
- Nếu trong khay quả đậu có máu tươi lẫn nước dãi: chảy máu sau cắt A (chảy máu với những rỉ máu do mao mạch).

* Xử trí máu chảy:

- Lấy nước đá cho người bệnh ngậm, bảo người bệnh nhẹ nhàng dùng nước đá tan và chất xuất tiết ra khay.
- Đồng thời dùng túi chườm lạnh chườm vào vùng cạnh cổ sát góc hàm trong thời gian 5 - 10 phút không cầm máu báo cáo bác sĩ để tiêm thuốc cầm máu.
- Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, quan sát tình trạng người bệnh (da, niêm mạc) 1 giờ 1 lần trong 3 giờ đầu, sau đó 3 giờ 1 lần trong 24 giờ.

* *Chú ý đối với trẻ em:*

- Nếu mạch nhanh nhỏ, thờ ơ với ngoại cảnh, biểu hiện của mất máu cấp, báo cáo bác sĩ ngay để xử trí. Đặt đường truyền tĩnh mạch bù lại khối lượng tuần hoàn (theo y lệnh). Nguyên nhân do trẻ nuốt máu vào dạ dày không đùn ra được, trẻ có thể chướng bụng và nôn ra máu màu nâu hoặc màu đỏ tươi, cần theo dõi sát để phát hiện sớm, tránh để xảy ra tình trạng này.

2. Chống nhiễm khuẩn, giảm đau:

- Thực hiện kháng sinh dự phòng, nếu không có điều kiện nên thực hiện y lệnh kháng sinh trước 2 giờ sau cắt amidan.
- Hướng dẫn người bệnh dùng nước muối 5% để súc miệng sau mỗi lần ăn: chuẩn bị nước muối 5% vừa đủ cho 2 - 3 lần tráng miệng, cho người bệnh ngậm một lượng nước muối vừa đủ bảo người bệnh từ từ ngửa cổ để nước muối xuống được vùng hốc amidan rồi làm động tác ngược lại là há miệng cho nước chảy ra khay quả đậu (tránh súc mạnh gây chảy máu). Người bệnh làm như thế từ 2 - 3 lần sau mỗi lần ăn.
- Sau khi cắt amidan (đã thoát mê) người bệnh sẽ thấy đau, đau có thể kéo dài từ 1 đến 2 tuần đầu nhưng giảm dần và hết hẳn. Nếu người bệnh đau quá có thể chườm lạnh cạnh cổ, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau (paracetamol uống với người lớn, viên đặt nifuzin (hậu môn với trẻ em).
- Trường hợp đau tăng lên và sốt phải đến bệnh viện khám lại.

3. Chế độ dinh dưỡng:

- Sau cắt amidan 3 giờ không chảy máu, y tá - điều dưỡng hướng dẫn người nhà cách pha sữa hoặc nước cháo có đường cho người bệnh uống.
- Sữa đặc có đường pha thành sữa bò tươi: 250 ml sữa đặc + 750 ml nước = 1000ml sữa bò tươi.
- Sữa bột: 125g sữa + 55g đường + 1000ml nước = 1000ml sữa tươi.
- Phương pháp cho người bệnh uống sữa (nước cháo đường):
+ Cho uống sữa lạnh trong 3 ngày đầu: lấy khoảng 150 - 200ml sữa pha trên vào cốc.
+ Đỡ người bệnh ngồi dậy cho uống từ từ, liên tục từ 2 - 3 hơi dài hết lượng sữa, tránh uống từng ngụm ngắt quãng sẽ gây đau (vì mỗi lần nuốt các cơ vùng họng sẽ co kéo gây cho người bệnh đau).
+ Từ hai giờ rưỡi đến 3 giờ cho người bệnh uống một lần.

* *Chú ý:*

- Không cho người bệnh ăn chua (nước chanh, cam) vì dung dịch axit toan làm tan nút máu đông gây chảy máu.
- Không cho người bệnh ăn uống các chất kích thích như: bia rượu, cà phê, thuốc lá, sâm và các thức ăn nóng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp,
- Số lượng sữa người bệnh đã uống trong 24 giờ.
- Ghi đầy đủ các diễn biến của người bệnh và thực hiện y lệnh
- Nếu có dấu hiệu bất thường (chảy máu) báo bác sĩ kịp thời để xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh phòng tránh chảy máu: không ăn các đồ cứng, không khạc nhổ trong 10 ngày đầu, khi đánh răng nên chải nhẹ nhàng tránh gây tổn thương vết mổ. Ngày thứ 6 - 10 người bệnh có thể có cảm giác ngứa họng, ho và muốn khạc nhổ vì giả mạc (vảy) trong vết mổ bắt đầu bong, nếu bong quá nhanh và mạnh sẽ gây chảy máu.
- Trường hợp chảy máu do bong giả mạc phải xử trí: để người bệnh nằm nghỉ trên giường, tránh gây sợ hãi, cho người bệnh ngậm nước đá 5 - 10 phút, nếu không cầm chảy máu phải đưa người bệnh đến bệnh viện.

** Hướng dẫn người bệnh phòng chống nhiễm khuẩn:*

- Chế độ vệ sinh cá nhân: không kiêng tắm rửa, 3 ngày đầu lau rửa, các ngày sau tắm bằng nước ấm 37 - 40°C, tắm nhanh lau khô người, thay quần áo.
- Vệ sinh răng miệng: sau các bữa ăn phải súc miệng bằng nước muối 5%, đánh răng hàng ngày.
- Nếu xuất hiện một trong các triệu chứng: đau, sưng các hạch vùng cổ, sốt cao; ở trẻ em sốt và đau tai phải đến bệnh viện khám ngay.
- Hướng dẫn về dinh dưỡng: phải đảm bảo về dinh dưỡng, không kiêng khem thiếu cơ sở khoa học. Sau 3 ngày đầu ăn chất mềm như cháo, xúp nghiền nhuyễn đủ chất, ngày thứ 7 - 8 ăn cơm mềm (hơi nát) sang ngày thứ 10 ăn bình thường.

** Chú ý:* không ăn các chất kích thích và nóng.

Hướng dẫn về phát âm: cắt amidan không gây ảnh hưởng cho cơ quan phát âm cho nên sau cắt A 24 giờ động viên người bệnh nói sớm (tránh gào thét hoặc khóc ở trẻ em gây chảy máu).

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE SỤN VÀNH TAI

I. MỤC ĐÍCH

- Dẫn lưu ổ áp xe.
- Phòng chống hoại tử sụn vành tai.
- Đảm bảo vệ sinh, chống nhiễm khuẩn.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: phòng thay băng.

2. Dụng cụ:

** Các dụng cụ thay băng:*

- Kẹp khuỷu 2 cái (1 có máu, 1 không máu).
- Kéo Sın nhỏ, bơm tiêm 10ml, 1 cốc kê, mèche, gạc, bông vô trùng, băng cuộn.

- Tăm bông.
- Khay quả đậu.
- Khăn vuông nhỏ.

* *Thuốc phục vụ thay băng:*

- Cồn iod 1%,
- Dung dịch betadin,
- Oxy già 12 đv thể tích,
- Bột clorocid, tinh thể boric,
- Dung dịch đẳng trương 9‰,
- Dầu paraffin.

3. Người bệnh: (trước khi nạo vết)

- Làm các xét nghiệm cấp (xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm HIV, kháng sinh đồ).
- Cắt tóc cao bên tai bệnh, cạo sạch, sát trùng và băng vô khuẩn.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân (tắm rửa, gội đầu).
- Giải thích về tính chất bệnh, động viên để người bệnh yên tâm điều trị.

4. Nhân viên y tế:

- Y tá - điều dưỡng: mang mũ, mặc áo choàng, khẩu trang, găng tay vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi hậu phẫu:

- Sau khi phẫu thuật người bệnh nằm trên giường bệnh, nơi yên tĩnh.
- Theo dõi toàn thân: mạch, huyết áp, nhịp thở 1 giờ 1 lần trong 3 giờ đầu, sau đó 2 lần/ngày.
- Theo dõi vết mổ: phát hiện máu thấm băng và kiểm tra nếu do băng lỏng phải băng ép lại.

Chú ý: bệnh nhân đau đầu, khó chịu do băng quá chặt, nới bớt băng).

- Theo dõi tiến triển của vết mổ, tùy thuộc vào tính chất vết mổ để thay băng: bẩn, xuất tiết nhiều thay băng ngày 1 lần; vết thương sạch, khô 2 ngày 1 lần.

2. Tiến hành thay băng:

- Y tá - điều dưỡng rửa tay, đi găng, người phụ cắt băng cho người bệnh, trải khăn vuông che lên vai và cổ người bệnh, vệ sinh vành tai bằng cồn iod 1% thấm khô.
- Dùng kẹp khuỷu rút hết mèche, lấy tăm bông tẩm oxy già lách rửa sạch các góc ngách của ổ áp xe rồi thấm khô, sát trùng lại bằng betadin.
- Nhét mèche được tẩm kháng sinh và dầu paraffin, chú ý đặt mèche sát đáy theo nguyên tắc chặt phía trong và lỏng dần phía ngoài, dùng gạc miếng phủ lên vết mổ.
- Đệm gạc bông trước sau vành tai rồi băng ép lại.
- Dụng cụ thay băng xong cho bệnh nhân phải được ngâm rửa riêng, không ngâm chung với dụng cụ thay băng của các người bệnh khác. Khử khuẩn dụng cụ đúng quy trình đảm bảo vô khuẩn.
- Nếu vết mổ sạch mủ, tổ chức hạt mọc thì không rửa vết thương bằng oxy già mà rửa bằng dung dịch đẳng trương 9‰ ấm, thôi không cần băng ép.

- Nếu tiến triển của vết mổ xấu đi: mủ nhiều, xuất hiện hoại tử sụn phải báo cáo bác sĩ để xử trí.

3. Thực hiện y lệnh thuốc:

Bệnh có tính chất viêm tự miễn, cộng nhiễm khuẩn chủ yếu vi khuẩn yếm khí (trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn kháng kháng sinh mạnh) người bệnh phải dùng thuốc kháng sinh, kháng histamin, corticoid và metronidazol kéo dài do đó phải theo dõi tác dụng phụ của thuốc như viêm, xuất huyết dạ dày, suy giảm chức năng gan. Nếu phát hiện các triệu chứng của các bệnh trên phải ngừng thuốc và báo cáo bác sĩ ngay để xử trí.

4. Dinh dưỡng:

- Giải thích để người bệnh tuân thủ phác đồ điều trị lí liệu pháp nhằm tăng cường dinh dưỡng tại chỗ.
- Dinh dưỡng toàn thân: ăn các chất giàu dinh dưỡng, vitamin như hoa quả, rau tươi, trứng, thịt, cá... tránh các chất kích thích, rượu, bia, thuốc lá v.v...

5. Vệ sinh:

Tăng cường vệ sinh cá nhân, răng miệng, phòng chống các bệnh ngoài da, niêm mạc, sinh dục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ diễn biến toàn trạng, vết mổ qua theo dõi thay băng hàng ngày và các biến chứng bất thường (tác dụng phụ của thuốc, hoại tử sụn vành).
- Thực hiện y lệnh và báo cáo với bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh: là một bệnh nhiễm trùng cơ hội sau các chấn thương hoặc côn trùng đốt vùng vành tai.
- Bệnh rất dễ lây lan qua các vật trung gian như chăn gối, khăn mặt, chậu rửa của người bệnh khi dùng chung. Vì vậy đồ dùng cá nhân phải dùng riêng; khăn mặt, chăn gối, quần áo khi thay phải được giặt bằng xà phòng và phơi khô (tốt nhất là hấp sấy).
- Do bệnh có tính chất suy giảm miễn dịch nên phải phòng chống các nhiễm trùng, tăng cường vệ sinh cá nhân, vệ sinh răng miệng.
- Phòng bệnh: khi vành tai bị chấn thương hoặc côn trùng đốt tuyệt đối không gãi hoặc nặn chích:
 - + Nếu ngứa do côn trùng đốt phải rửa bằng xà phòng, thấm khô, sát trùng bằng cồn iod 1% hoặc dung dịch betadin.
 - + Nếu sưng nóng, nổi nốt phỏng phải đến cơ sở y tế khám, không tự ý chích nặn.

Chương VIII

TÂM THẦN

-

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ Ý TƯỞNG, HÀNH VI TỰ SÁT

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời ý tưởng và hành vi tự sát.
- Biết diễn biến tâm lí nhất là nằm viện lâu ngày, vào viện nhiều lần, gia đình không đến thăm, bị quan chần nản về bệnh tật.
- Biết diễn biến bệnh lí như ảo thanh, bảo người bệnh phải chết, hoang tưởng bị tội lỗi, bị áp đặt, trạng thái trầm cảm.
- Phòng ngừa phản ứng tâm lí bất thường dẫn đến hành vi tự sát.
- Ngăn chặn hành vi xung động đột ngột.
- Phòng ngừa ý tưởng tự sát thành hành vi tự sát thực sự.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại khoa điều trị, hàng ngày theo dõi người bệnh. Tại phòng cấp cứu hoặc gần vị trí tự sát.
- Dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, bông băng, gạc, panh, kéo.
- Thuốc: vitamin B1 ống, vitamin C ống, heptamyl ống, dịch truyền, adrenalin và noradrenalin.
- Máy hỗ trợ thở oxy.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc người bệnh có ý tưởng tự sát:

- Thường xuyên gần gũi tiếp xúc với người bệnh.
- Làm tốt công tác tâm lí về giải thích, khuyên giải, động viên người bệnh yên tâm chữa bệnh, tin tưởng điều trị, tạo môi trường điều trị tốt, loại bỏ những ý nghĩ xấu như không muốn sống, muốn chết cho xong, hoặc những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
- Loại bỏ những vật dùng nguy hại đến tính mạng người bệnh (dao, kéo, dây, vật nhọn...)
- Thường xuyên theo dõi giám sát người bệnh nhất là khi giao trực, lúc giao thời và đêm khuya.
- Phải đi tua kiểm tra 15 phút/1 lần.
- Thông báo cho mọi nhân viên trong khoa về diễn biến của người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ để kịp thời xử trí.

2. Chăm sóc người bệnh có hành vi tự sát:

- Nhanh chóng loại trừ yếu tố gây tự sát: cắt nới dây thắt cổ, cắt nguồn điện, đưa lên bờ, cầm máu, gây nôn...
- Thực hiện các quy trình cấp cứu, hô hấp nhân tạo, ép tim ngoài lồng ngực...
- Báo bác sĩ để xử trí thuốc như: adrenalin, noradrenalin, tiêm truyền...
- Sử dụng máy hỗ trợ hô hấp.
- Nếu ngoài khả năng chuyên môn, phải báo bác sĩ để chuyển theo tuyến chuyên khoa sau khi đã sơ cứu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Trạng thái tâm lý, tâm thần đặc biệt.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Người bệnh:*

- Uống thuốc đều theo đơn, tin tưởng bác sĩ điều trị.
- Không uống rượu, bia, nước chè đặc, các chất kích thích khác.

** Gia đình:*

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Theo dõi sát và đề phòng hành vi tự sát.
- Quản lý thuốc chặt chẽ và bảo quản thuốc ở nơi khô ráo.
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hoà, tránh gây sang chấn tâm lý.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÍCH ĐỘNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm dịu hoặc chấm dứt cơn kích động tâm thần do người bệnh rối loạn hành vi, tác phong gây nguy hiểm cho bản thân, cho người xung quanh như đánh người, đập phá, đốt nhà... ảnh hưởng đến sự an toàn, trật tự của khoa.
- Hiểu được nguyên nhân kích động như:
 - + Kích động do phản ứng tâm lý.
 - + Kích động do diễn biến bệnh lý trong bệnh tâm thần phân liệt, loạn tâm thần hưng trầm cảm, trầm cảm kích động.
 - + Trạng thái hoang hôn trong động kinh tâm thần, các rối loạn tâm thần thực tổn não, nhiễm trùng, nhiễm độc, chậm phát triển tâm thần v.v..

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại khoa điều trị tâm thần cấp tính, có phòng riêng để cố định tạm thời người bệnh khi cần.
- Dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, bông, băng, cồn gạc, dây cố định to bản.
- Thuốc: an thần kinh thiết yếu aminazin, haloperidol, thuốc trợ tim mạch, thuốc chống dị ứng, các loại vitamin.

III. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Tìm hiểu nguyên nhân và hoàn cảnh phát sinh kích động: hỏi gia đình, người đi theo hoặc cơ quan.

- Dùng lời lẽ điềm đạm nói chuyện với người bệnh, giải thích, thuyết phục.
- Bình tĩnh lắng nghe ý kiến của người bệnh.

2. Trường hợp người bệnh kích động dữ dội: chống đối, đập phá phải cố định người bệnh thì cần 3-4 người, khống chế người bệnh đưa vào giường cố định.

- Không đi trước người bệnh, đi hai bên và sau người bệnh.
- Giữ người bệnh tại giường bằng cách cố định hai cổ tay và hai cổ chân. Nếu người bệnh chống đối mãnh liệt có thể cố định thêm hai bả vai người bệnh, thường xuyên kiểm tra theo dõi sát.

Chú ý: kiểm tra người bệnh, thu giữ đồ vật nguy hiểm (nếu có).

- Phòng cố định người bệnh không để dụng cụ đồ vật để đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- Không cố định người bệnh chặt quá làm tổn thương vùng cố định, cản trở lưu thông máu và chèn ép dây thần kinh; không lỏng quá tránh người bệnh tự được tay ra ngoài.
- Không cố định người bệnh quá 24 giờ.

3. Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp: trước và sau tiêm từ 10-15 phút. Nếu có bất thường báo bác sĩ khám và làm xét nghiệm cần thiết để loại trừ bệnh thực thể.

4. Chế độ ăn uống:

- Trong trạng thái kích động người bệnh thường mệt mỏi suy kiệt, cần chú ý bồi dưỡng cơ thể bằng chế độ ăn uống đầy đủ calo, vitamin và nguyên tố vi lượng.
- Người bệnh chống đối không ăn, phải cho ăn bằng ống thông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Các diễn biến bất thường.
- Trạng thái tâm thần đặc biệt.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* *Người bệnh:*

- Sau vài ngày tiêm, người bệnh đỡ kích động, có khả năng tiếp xúc, động viên người bệnh uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ, tin tưởng điều trị.
- Không uống rượu, bia, nước chè đặc và các chất kích thích.

* *Gia đình:*

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Tránh gây sang chấn tâm lý cho người bệnh vì dễ bị kích động lại.
- Khi người bệnh đã ổn định giải thích cho gia đình tạo mọi điều kiện giúp người bệnh hoà nhập trở lại gia đình và cộng đồng.
- Gia đình quản lý thuốc chặt chẽ, cho người bệnh uống thuốc đều theo đơn.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRẦM CẢM

I. MỤC ĐÍCH

- Làm cho người bệnh hết buồn phiền, lo âu, căng thẳng nhanh chóng trở lại trạng thái khí sắc bình thường.
- Từng bước đưa người bệnh tham gia các hình thức hoạt động, hoà nhập với cộng đồng: lao động, sinh hoạt vui chơi giải trí.
- Đề phòng ý tưởng, hành vi tự sát.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát, màu sắc êm dịu, dễ quan sát.
- Thuốc cấp cứu và máy hỗ trợ thở oxy, máy sốc điện.
- Y tá - điều dưỡng: được trang bị kỹ năng tâm lý tiếp xúc, hiểu biết xã hội và phải tận tụy với người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh trầm cảm nhẹ và vừa:

- Y tá - điều dưỡng thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh.
- Điều dưỡng viên thực hiện tốt công tác tâm lý, giải thích, khuyên giải, động viên người bệnh yên tâm chữa bệnh, tin tưởng vào điều trị, tạo môi trường tâm lý xã hội lành mạnh.
- Tăng cường vui chơi giải trí cho người bệnh để loại bỏ những ý nghĩ xấu, không muốn sống, những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
- Y tá - điều dưỡng thường xuyên động viên người bệnh tham gia lao động liệu pháp và các hoạt động liệu pháp khác.
- Tìm hiểu tâm lý người bệnh, biết nguyên nhân trầm cảm.
- Sắp xếp người bệnh trầm cảm vào buồng bệnh cùng với người bệnh ổn định để theo dõi.

2. Người bệnh trầm cảm nặng có ý tưởng, hành vi tự sát:

- Y tá - điều dưỡng làm tốt như các phần việc trên.
- Loại bỏ vật dụng nguy hại đến tính mạng (dao kéo, dây, vật nhọn...)
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, vệ sinh thân thể người bệnh.
- Thường xuyên theo dõi giám sát người bệnh khi giao trực, lúc giao thời và đêm khuya, đặt biệt giai đoạn người bệnh tỉnh táo đủ sức khoẻ để thực hiện ý tưởng tự sát.
- Phải đi tua kiểm tra 15 phút/lần.
- Thông báo cho nhân viên trong toàn khoa về diễn biến của người bệnh để cùng phối hợp.
- Trường hợp người bệnh có loạn thần như ảo giác, hoang tưởng phải báo cáo bác sĩ để kịp thời xử trí.
- Nếu người bệnh phải dùng liệu pháp sốc điện, y tá- điều dưỡng phải chăm sóc theo mục làm sốc điện.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Thể trạng chung, cân nặng.
- Mức độ ăn uống của người bệnh.
- Trạng thái tâm lý, tâm thần đặc biệt.
- Các diễn biến bất thường đã xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

*** Người bệnh:**

- Uống thuốc đều theo đơn để phòng cơn tái phát.
- Tin tưởng bác sĩ điều trị.
- Không uống chè, rượu, cà phê và các chất kích thích.

*** Gia đình:**

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Tạo môi trường gia đình xã hội hài hoà, tránh gây sang chấn tâm lý.
- Quản lý thuốc chặt chẽ và bảo quản thuốc nơi khô ráo, để phòng người bệnh lấy thuốc để thực hiện hành vi tự sát.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CĂNG TRƯƠNG LỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Phân biệt hội chứng căng trương lực do nhiều bệnh lý gây nên.
Ví dụ: bệnh tâm thần phân liệt, phản ứng stress cấp (sững sờ tâm sinh), bệnh gây tổn thương thực thể não (nhiễm trùng, nhiễm độc, u não...)
- Đưa người bệnh ra khỏi trạng thái căng trương lực và phòng ngừa biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại khoa điều trị.
- Dụng cụ y tế trang bị đầy đủ của khoa điều trị người bệnh tâm thần.
- Thuốc: thuốc an thần kinh thiết yếu, thuốc giải ức chế, thuốc bình thần, dịch truyền, thuốc chống dị ứng dimedron, thuốc trợ tim mạch vitamin B1, vitamin C, máy sốc điện.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Làm công tác tâm lý gần gũi tiếp xúc với người bệnh.
- Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Loại bỏ vật dùng có thể gây nguy hại đến tính mạng người bệnh và người xung quanh.
- Điều trị thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

1. Người bệnh kích động căng trương lực:

Chăm sóc như người bệnh kích động. Khi người bệnh kích động dữ dội có hành vi tấn công phá hoại có thể tạm thời cố định người bệnh tại giường trong phòng riêng.

2. Sống sờ căng trương lực:

- Ngoài chăm sóc điều trị thuốc men, phải đảm bảo chế độ ăn đủ calo, vitamin và khoáng chất cho người bệnh, có thể cho ăn bằng ống thông, truyền dung dịch.
- Vệ sinh thân thể người bệnh.
- Thực hiện sốc điện theo chỉ định của bác sĩ.
- Chăm sóc người bệnh sốc điện nếu có.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Các diễn biến về trạng thái căng trương lực, tình trạng ăn uống của người bệnh.
- Diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* Người bệnh:

- Sau khi đưa được người bệnh ra khỏi trạng thái căng trương lực phải thường xuyên gần gũi tiếp xúc động viên người bệnh, tin tưởng điều trị.
- Không uống rượu, bia, các chất kích thích.

* Gia đình: bảo quản thuốc nơi thông thoáng, khô ráo, quản lý thuốc chặt chẽ.

- Cho người bệnh uống thuốc đều theo đơn, không tự ý bỏ thuốc.
- Tạo thuận lợi cho người bệnh hoà nhập vào cuộc sống gia đình và xã hội.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN UỐNG VÀ TIÊM THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Biết được thuốc hướng thần đều có khả năng gây độc, gây nghiện, được xếp vào danh mục thuốc độc bảng A, bảng B.
- Đảm bảo thuốc vào cơ thể người bệnh đầy đủ và an toàn theo y lệnh.
- Phòng ngừa tai biến, theo dõi tác dụng phụ của thuốc, nếu có báo bác sĩ.

II. CHUẨN BỊ

Nơi thực hiện: tại phòng điều trị.

- Thuốc theo y lệnh.
- Giải thích cho người bệnh cần thiết phải dùng thuốc.
- Nước uống đun sôi để nguội.
- Chuẩn bị dụng cụ: tiêm đường nào thì chuẩn bị dụng cụ theo đường tiêm đó (bơm tiêm, kim tiêm, panh, cồn 70°, hộp chống choáng).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Uống thuốc:

- Cho người bệnh uống thuốc cân 2 y tá- điều dưỡng.
- Đưa thuốc và nước cho từng người bệnh uống.
- Quan sát, kiểm tra chặt chẽ kẽ tay, dưới lưỡi xem người bệnh có giấu thuốc không. Vì người bệnh tâm thần thường không muốn uống thuốc do phủ định bệnh, có người bệnh lại tích thuốc để thực hiện hành vi tự sát.

2. Tiêm thuốc:

- Thường để người bệnh ngồi, nằm ngửa, hoặc nằm sấp.
- Cần có người phụ giúp đỡ, giữ người bệnh.
- Trường hợp kích động mạnh thì phải cố định người bệnh tại giường bằng dây vải to bản.
- Đo huyết áp, mạch trước và sau khi tiêm 10 đến 15 phút.
- Y tá điều dưỡng ở tư thế thoải mái, để tiêm, để phòng người bệnh chống đối, đánh lại làm gãy kim, vỡ bơm tiêm.
- Tiêm xong để người bệnh nằm 10-15 phút tại giường. Nếu tiêm đường tĩnh mạch thì nằm lâu hơn, để phòng tụt huyết áp.
- Quan sát nét mặt người bệnh để phòng tai biến xảy ra.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp trước và sau khi tiêm thuốc.
- Trạng thái tâm thần.
- Các diễn biến bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh uống thuốc đều hàng ngày theo đơn.
- Không uống rượu, nước chè, cà phê và các chất kích thích khác.
- Ăn ngủ đúng giờ, không thức khuya dậy sớm.
- Tham gia lao động giản đơn.
- Gia đình và cơ quan quản lí thuốc chặt chẽ, đề phòng người bệnh uống thuốc liều cao tự sát.
- Bảo quản thuốc, nơi khô ráo.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHỐNG ĐỐI KHÔNG ĂN

I. MỤC ĐÍCH

- Chống đối không ăn là một tình trạng cấp cứu trong tâm thần do nhiều nguyên nhân.
- Đưa đủ lượng calo, chất khoáng, vitamin cần thiết hàng ngày cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng điều trị thoáng mát, sạch sẽ.
- Thức ăn ẩm đã được pha sẵn như súp loãng, sữa...
- Huyết áp kế, ống nghe.
- Bơm tiêm 50ml - 100ml.
- Cốc nước sôi để nguội.
- Tấm vải nilông.
- Dầu nhừn paraffin.
- Kim mở miệng.
- Chậu nước.
- Ống thông
- Thuốc theo y lệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Có nhiều phương pháp cho người bệnh ăn:

- Làm công tác tâm lí, giải thích, thuyết phục để người bệnh tự ăn.
- Vừa giải thích vừa bón cho người bệnh ăn.
- Có người bệnh phải ép và bắt buộc hoặc để suất ăn ở cạnh người bệnh đứng xa quan sát một lúc thấy người bệnh tự ăn.

* Nếu những phương pháp trên không kết quả thì ta cho:

- Người bệnh ăn bằng ống thông, tiến hành như kĩ thuật ăn bằng ống thông.
- Truyền dung dịch theo y lệnh của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi nhận xét vào phiếu chăm sóc: người bệnh ăn uống có hết suất không, người bệnh tự ăn hay phải ép buộc hoặc ăn qua ống thông, truyền dịch.
- Trạng thái tâm thần.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp và các diễn biến bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* *Hướng dẫn gia đình*: động viên an ủi người bệnh, cho người bệnh ăn uống điều độ, đảm bảo calo, chất khoáng, vitamin...

- Quản lý thuốc và cho người bệnh uống đều hàng ngày.

* *Người bệnh*: khuyên người bệnh không được uống rượu, nước chè đặc, cà phê và các chất kích thích.

- Uống thuốc đều đặn hàng ngày.
- Không thức khuya dậy sớm.
- Tích cực tham gia lao động.
- Ăn uống điều độ hàng ngày.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN CÓ Ý TƯỞNG BỎ VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện, ngăn chặn kịp thời ý tưởng hành vi bỏ viện của người bệnh.
- Biết những diễn biến tâm lý của người bệnh là những người bệnh không ý thức được bệnh của bản thân mình, những người bệnh nằm viện lâu ngày không có gia đình thăm hỏi.

II. CHUẨN BỊ

- Khi bệnh nhân vào viện phải ghi địa chỉ cụ thể của gia đình, cơ quan, số điện thoại (nếu có).
- Người bệnh phải mặc quần áo bệnh viện.
- Giám sát khi người bệnh đi chơi, đi lao động liệu pháp hay đi làm xét nghiệm...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh có ý tưởng bỏ viện:

- Thông báo cho nhân viên trong khoa biết để đề phòng.
- Giải thích hợp lý để người bệnh hiểu được bệnh mà yên tâm điều trị bệnh.
- Tạo điều kiện sinh hoạt giải trí trong khoa cho người bệnh.
- Những trường hợp kích động mới vào viện cần báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Giám sát chặt chẽ những người bệnh có ý tưởng bỏ viện.
- Trong giờ hành chính cũng như giờ trực, thường xuyên đi tua ít nhất 15 phút / lần.
- Tăng cường chú ý những giờ người bệnh hay bỏ viện như chập tối, khi uống thuốc, sáng dậy vệ sinh cá nhân và ăn sáng, đêm khuya.

Chú ý: những người bệnh tham gia lao động liệu pháp, các hoạt động vui chơi giải trí, thường lợi dụng cơ hội bỏ viện.

2. Người bệnh đã bỏ viện:

- Khi người bệnh đã bỏ viện cần báo ngay cho lãnh đạo bệnh viện hoặc trực cấp trên và tổ chức đi tìm.
- Khi đi tìm bệnh nhân ít nhất phải có 2 người để phòng hành vi chống đối nguy hiểm.
- Tìm theo hướng người bệnh đi về nhà và các ga tàu, bến xe. Những bệnh nhân chưa ổn định cần tìm tới nhà và báo tin cho gia đình biết người bệnh trốn viện để đưa đến viện điều trị tiếp.
- Báo tin cho công an nơi gần nhất nếu sau 24 giờ không tìm thấy, cần thông báo trên đài, vô tuyến.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào hồ sơ bệnh án, sổ giao ban giờ người bệnh bỏ viện, đường đi của người bệnh, tài sản mang theo.
- Đã đi tìm những đầu kết quả ra sao.
- Tình trạng người bệnh khi đưa về khoa. Nếu không thấy bệnh nhân phải báo cáo y tá trưởng, bác sĩ trưởng khoa và trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh phải yên tâm điều trị, giải thích cho người bệnh biết bệnh viện không phải là nơi giam giữ.
- Gia đình: thăm hỏi, động viên để người bệnh an tâm, không cho người bệnh giữ tiền khi đang nằm viện.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HOANG TƯỞNG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi diễn biến các loại hoang tưởng đã có.
- Phát hiện kịp thời các hoang tưởng mới xuất hiện.
- Phòng ngừa các hành vi nguy hiểm do hoang tưởng gây ra như: ý tưởng và hành vi tự sát, tấn công người xung quanh.
- Tạo môi trường tâm lý trong lành để người bệnh tin tưởng vào phương pháp điều trị của thầy thuốc.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại buồng bệnh và khoa phòng,
- Dụng cụ: dụng cụ tiêm truyền (panh, gạc, kéo, bơm tiêm), phương tiện cách li và cố định người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nắm bắt được một cách cụ thể các loại hoang tưởng ngay từ khi người bệnh mới vào viện.
 - Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh, tạo sự tin tưởng để người bệnh sẵn sàng thổ lộ những ý nghĩ vô lí nảy sinh trong suy nghĩ của mình nhằm phát hiện các hoang tưởng mới phát sinh.
 - Tổ chức các hoạt động văn nghệ, thể thao, vui chơi giải trí cho người bệnh để họ không bị chìm đắm vào các hoang tưởng, góp phần làm cho các hoang tưởng mờ nhạt dần.
 - Theo dõi chặt chẽ hành vi của người bệnh, phát hiện những hành vi bất thường do hoang tưởng chi phối, thông báo kịp thời cho bác sĩ điều trị và các nhân viên trong khoa để có kế hoạch theo dõi điều trị.
 - Với những người bệnh có nhiều loại hoang tưởng đặc biệt là các hoang tưởng tự buộc tội hay hoang tưởng bị chi phối, phải đi tua kiểm tra liên tục 15 phút một lần.
 - Loại bỏ những vật dụng nguy hiểm đến tính mạng người bệnh (dao, kéo, vật nhọn, các loại dây buộc...).
 - Nếu xảy ra các hành vi bất thường, phải can thiệp kịp thời đồng thời báo cáo bác sĩ để có biện pháp xử trí.
-

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Diễn biến của hoang tưởng, đặc biệt là những diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Ghi chép đầy đủ những ý nghĩ lệch lạc hay các hoang tưởng mới xuất hiện.
- Ghi chép tình trạng ăn uống, sinh hoạt, tác phong của người bệnh và các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

** Với người bệnh:*

Chấp hành việc tiêm uống thuốc đầy đủ theo y lệnh của bác sĩ. Tránh sử dụng các chất kích thích.

** Với gia đình:*

- Kết hợp cùng nhân viên y tế theo dõi, giám sát chặt chẽ người bệnh, phát hiện kịp thời những diễn biến bất thường trong suy nghĩ hay hành vi tác phong của người bệnh, thông báo kịp thời cho bác sĩ điều trị biết.
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị và tin tưởng vào kết quả điều trị.
- Giám sát việc uống thuốc của người bệnh, không để tình trạng người bệnh bỏ thuốc nhất là những người bệnh có hoang tưởng bị hại.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÊN CƠN ĐỘNG KINH LIÊN TỤC, CƠN LỚN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời cơn động kinh liên tục, báo cáo bác sĩ để áp dụng các biện pháp điều trị thích hợp.
- Hạn chế các thương tích do cơn động kinh gây ra như ngã vào lửa, vào vật sắc, nhọn hoặc xuống ao hồ.
- Không để xảy ra nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại phòng cấp cứu.
- Dụng cụ: đồng hồ đếm mạch, nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe, panh, kéo, kìm kéo lưỡi.
- Gối kê đầu người bệnh.
- Một cuộn băng hay một miếng đệm dày kê giữa hai hàm răng.
- Gạc, khăn mặt.
- Máy thở oxy.
- Thuốc: seduxen ống, dịch truyền, novocain, uabain, các loại vitamin, phenobarbital ống.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khi người bệnh chuẩn bị lên cơn:

- Y tá - điều dưỡng thường xuyên gần gũi người bệnh.
- Làm tốt công tác tiếp xúc, động viên an ủi người bệnh.
- Chuyển người bệnh về buồng riêng hoặc buồng cấp cứu.
- Nới lỏng quần áo, loại bỏ các vật cứng trên người có thể nguy hại đến tính mạng người bệnh.
- Thường xuyên túc trực bên người bệnh.
- Theo dõi các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Thông báo cho mọi nhân viên biết về tình trạng động kinh của người bệnh.
- Báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

2. Khi người bệnh lên cơn:

- Để người bệnh nằm trên giường cấp cứu có đệm, đầu nghiêng đặt dưới đầu một gối mỏng.
- Kê giữa hai hàm răng một cuộn băng hoặc một miếng đệm dày tránh cắn vào lưỡi.
- Giữ nhẹ đầu, thân thể, tứ chi tránh sai khớp hoặc gãy xương người bệnh.
- Lúc lên cơn có thể gây tụt lưỡi, cần phải dùng kìm kéo lưỡi hoặc dùng miếng gạc lót tay kéo lưỡi ra.

- Theo dõi các chỉ số: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Thực hiện các quy trình cấp cứu như: hô hấp nhân tạo khi người bệnh tím tái hoặc ngừng thở.
- Báo cáo bác sĩ để xử trí thuốc kịp thời.
- Sau cơn động kinh người bệnh có thể có cơn hoang hôn. Vì vậy cần phải quản lý chặt người bệnh để tránh những điều bất trắc xảy ra đối với chính người bệnh, với người bệnh khác hoặc ngay với cả nhân viên.
- Nếu người bệnh quá nặng, ngoài khả năng điều trị của mình thì phải chuyển tuyến trên.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến bất thường đã xảy ra.
- Trạng thái tâm lý của người bệnh trước khi xảy ra cơn động kinh.
- Miêu tả cơn động kinh cơn lớn, khoảng cách giữa các cơn.
- Trạng thái ý thức.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Đối với người bệnh:*

- Uống thuốc theo đơn, tin tưởng bác sĩ, yên tâm điều trị.
- Không uống rượu, bia hoặc các chất kích thích khác.
- Không điều khiển máy, phương tiện có động cơ.
- Không làm việc gần nước, lửa hoặc trên cao, các nơi nguy hiểm khác.

** Đối với gia đình:*

- Thường xuyên gần gũi, động viên an ủi người bệnh.
- Tránh gây sang chấn tâm lý cho người bệnh.
- Theo dõi sát để phòng khi người bệnh lên cơn, không để ngã vào nơi nguy hiểm.
- Cho uống thuốc theo đơn và quản lý thuốc chặt chẽ.
- Bảo quản thuốc: để nơi khô ráo.

10. CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Nhằm hỗ trợ và củng cố cho phương pháp hoá trị liệu.
- Nhằm phục hồi lại những năng lực tâm thần, những thói quen sinh hoạt trong cộng đồng vì khả năng lao động của người bệnh bị suy giảm.
- Hướng sự chú ý của người bệnh vào công việc, làm giảm sự khó chịu do các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác cho người bệnh.
- Nâng cao lòng tự tin của người bệnh, gắn người bệnh với tập thể.

- Nâng cao thể lực, ý thức tổ chức kỉ luật cho người bệnh trước khi ra viện về cộng đồng.

II. CHUẨN BỊ

* Nhân viên:

Phải có nghiệp vụ chuyên môn thành thạo.

* Phương tiện:

- Phải có đủ dụng cụ phương tiện:
- Dụng cụ lao động (máy may, khung dệt chiếu, cối...)
- Dụng cụ để tập thể lực.
- Dụng cụ cho lao động nông nghiệp: cuốc...
- Dụng cụ cho vui chơi giải trí: loa, đài, ti vi, đàn, sáo, báo, tam cúc, tú lơ khơ...
- Tùy từng người bệnh để bố trí vào các mặt hoạt động cho thích hợp.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thể dục:

- Thường xuyên cho người bệnh luyện tập vào buổi sáng.
- Có bài tập cụ thể.
- Hướng dẫn tận tình chu đáo.

2. Lao động thủ công:

Dệt chiếu: kĩ thuật viên phải hướng dẫn tỉ mỉ và cụ thể cho người bệnh...

3. Lao động sản xuất nông nghiệp:

Phải hướng dẫn người bệnh cách vun, xới, tưới cây và quản lí nhắc nhở người bệnh để phòng tai nạn lao động xảy ra.

4. Vui chơi giải trí:

- Hướng cho người bệnh xem ti vi chương trình phù hợp. Tổ chức những trò chơi đơn giản, ít phải suy nghĩ căng thẳng như: tam cúc, tú lơ khơ, chơi ô ăn quan...
- Cho người bệnh đi tham quan du lịch những danh lam thắng cảnh, di tích lịch sử gần nhất.
- Cho người bệnh tập thể dục liệu pháp những bài tập giản đơn để đề phòng tai nạn xảy ra.
- Vai trò của người y tá - điều dưỡng trong việc phục hồi chức năng tâm thần là rất quan trọng góp phần phục hồi sức khỏe cho người bệnh. Nên phải hiểu đặc tính của từng người bệnh, không luyện tập quá thời gian, làm việc quá sức hoặc làm việc cho cá nhân.
- Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp sau tập.
- Theo dõi sức khỏe sau một thời gian tham gia phục hồi chức năng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhận xét trong buổi luyện tập: có làm đúng động tác không, thành thạo không, có hiểu biết không ?
- Tình trạng mạch, nhiệt độ, huyết áp trước và sau tập.
- Tình trạng sức khoẻ trước và sau khi tham gia phục hồi chức năng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với gia đình: cho người bệnh lao động có thời gian nhất định. Không làm việc quá sức.
- Quản lý thuốc chặt chẽ và cho người bệnh uống đều hàng ngày.
- Đối với người bệnh: phải tích cực, năng động trong các hoạt động hàng ngày.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC ĐIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế nguy cơ ngừng thở kéo dài trên 3 phút sẽ gây nguy hiểm tới tính mạng người bệnh.
- Không để người bệnh gãy răng, cắn vào lưỡi khi lên cơn co giật.
- Không để xảy ra gãy xương, trật khớp.
- Không để người bệnh sợ hãi trong quá trình điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Làm công tác tâm lý giải thích để người bệnh yên tâm.
- Người bệnh được tiến hành sốc điện vào lúc đói.
- Cho người bệnh đại tiểu tiện trước khi sốc điện.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi sốc.
- Để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, nới dây lưng, mở khuy áo, tháo răng giả (nếu có), phụ nữ có cặp tóc phải lấy ra.
- Hai gối cuộn được đặt dưới gáy người bệnh và khuỷu chân. Một chăn mỏng đặt dưới thắt lưng người bệnh.
- Que đè lưỡi và cuộn gạc.
- Nếu có thuốc dẫn cơ thì tiêm tĩnh mạch người bệnh trước khi sốc 15' để tránh co giật quá mạnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Người phụ thứ nhất:* đặt hai điện cực lên hai bên thái dương người bệnh (điện cực đã được nhúng dung dịch natriclorua 9%).
- *Người phụ thứ 2:* đặt que đè lưỡi có cuộn gạc giữa hai hàm răng để tránh cắn vào lưỡi và môi, không để chèn đường thở. Giữ chặt hàm dưới để tránh trật khớp hàm.

- *Người phụ thứ 3*: giữ khớp vai và khớp gối.
- *Người phụ thứ 4*: giữ khớp vai bên đối diện.
- *Bác sĩ chính*: có nhiệm vụ bấm nút đóng mạch điện quyết định cường độ dòng điện và thời gian. Hết thời kì người bệnh co giật sang thời kì ngừng thở thì lật nghiêng người bệnh sang bên phải để đờm rãi dễ thoát ra ngoài, lau miệng cho người bệnh.
- *Người phụ thứ 3*: bỏ tay ở khớp vai và khớp gối, lấy tay ấn vào bụng đẩy cơ hoành lên. Sau khi người bệnh thở hơi đầu tiên thì để người bệnh nằm yên như vậy hay ở tư thế ngựa ban đầu. Sau 5 - 10 phút lấy ngáng miệng ra, theo dõi chăm sóc trong vài tiếng.
- Quan sát hơi thở, sắc mặt, giữ yên cho người bệnh không di lại tránh sự ồn ào lớn. Theo dõi để phòng người bệnh có cơn hoảng hôn. Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Kết quả choáng điện.
- Các diễn biến bất thường nếu có.
- Trạng thái tâm thần sau choáng điện.
- Các chỉ số sinh tồn: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh tin tưởng vào phương pháp điều trị, sau vài lần điều trị tình trạng rối loạn tâm thần sẽ được cải thiện.
- Giải thích cho gia đình biết tác dụng của sốc điện: đang được áp dụng ở nhiều nước phát triển, là liệu pháp cần thiết làm cho người bệnh nhanh chóng ra khỏi trạng thái bệnh lí.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN TUỔI GIÀ

I. MỤC ĐÍCH

- Những người bệnh cao tuổi thường kèm theo các bệnh cơ thể như: tim mạch, huyết áp, nhiễm trùng...
- Giúp người bệnh phục hồi chức năng tâm lí xã hội, tự làm được công việc thường hàng ngày.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: tại buồng bệnh khoa điều trị người bệnh.
- Chuẩn bị dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối với nhóm loạn thần tuổi già:

- Thường xuyên gần gũi tiếp xúc với người bệnh.
- Kết hợp giải thích với điều trị hoá dược để người bệnh không còn hoang tưởng tự cao, hay bị hại, hoang tưởng ghen tuông hoặc các rối loạn cảm giác bản thể.

* *Trường hợp trầm cảm:*

- Chăm sóc người bệnh ở trạng thái buồn rầu, kém tập trung, giảm vận động, giảm trí nhớ, giảm thể năng tâm thần bằng tâm lý tiếp xúc và giải thích.
- Phục hồi chức năng bằng lao động nhẹ nhàng, các công việc đơn giản và vệ sinh cá nhân.

* *Trường hợp hưng cảm:*

- Chăm sóc người bệnh trong trạng thái hưng cảm với phấn chấn và quá kích động, đặc biệt là lúc đầu thường có lú lẫn bằng quản lý sát người bệnh.
- Hướng dẫn cho người bệnh các công việc tự chăm sóc bản thân như vệ sinh thân thể, ăn uống điều độ, ngăn nắp chỗ ở.

2. Đối với nhóm mất trí tuổi già:

* *Chăm sóc người bệnh nếu có các biểu hiện:*

- Rối loạn trí nhớ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn hành vi, rối loạn tri giác, rối loạn kĩ năng thực hiện chức năng, rối loạn giấc ngủ bằng quản lý sát người bệnh, bằng tâm lý tiếp xúc.
- Hướng dẫn một số công việc cụ thể cho người bệnh thực hiện như: ăn, ngủ, nghỉ ngơi, thay và mặc quần áo, phục hồi cho người bệnh các thói quen sinh hoạt hàng ngày. Tập luyện trí nhớ cho người bệnh.
- Theo dõi các diễn biến bệnh cơ thể thường xảy ra ở những người cao tuổi như: huyết áp, tim mạch, phổi, nhiễm trùng...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các diễn biến rối loạn đã ổn định và các rối loạn tăng giảm hoặc các rối loạn mới xuất hiện.
- Các trạng thái tâm thần đặc biệt.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

* *Người bệnh:*

- Uống thuốc đều theo đơn, tin tưởng điều trị.
- Kiên các chất kích thích và không uống rượu, bia, nước chè, cà phê.
- Ăn kiêng theo bệnh lý (nếu có).

* *Gia đình:*

- Thường xuyên gần gũi với người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh trong phục hồi chức năng và tái thích ứng với xã hội.

- Tránh các sang chấn tâm lí.
- Quản lí thuốc và cho người bệnh uống thuốc theo đơn hàng ngày.

13. CHĂM SÓC TRẺ EM BỊ BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp đỡ phục hồi các chức năng tâm thần như học tập, giao tiếp, các hoạt động xã hội, trường lớp, gia đình...
- Bằng liệu pháp giáo dục hành vi, giúp trẻ chậm phát triển tâm thần nhẹ thực hiện được các hoạt động cơ bản đảm bảo tự phục vụ trong sinh hoạt cũng như học một nghề thích hợp.
- Bằng liệu pháp tâm lí nâng đỡ bồi dưỡng nhân cách, chỉnh lí thói hư tật xấu và củng cố lòng tin vào sự chữa bệnh để nhanh chóng đưa trẻ về với nhà trường, gia đình.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng điều trị:
 - + Tủ thuốc cấp cứu: thuốc an thần kinh các loại, trang bị như các khoa khác trong bệnh viện.
 - + Dụng cụ cấp cứu: bộ cho ăn qua ống thông, bộ rửa dạ dày, máy đo huyết áp dùng cho trẻ em.
 - + Máy thở oxy và các phụ kiện kèm theo.
 - + Buồng bệnh thoáng, sáng sủa, phân chia theo tính chất bệnh.
- Phòng chơi với các đồ chơi nhiều chủng loại thích hợp cho giới, lứa tuổi.
- Người bệnh: là trẻ bị rối loạn tâm thần cấp, cơn co giật, ý tưởng và hành vi tự sát, rối loạn hành vi tác phong.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhi kích động tâm thần: chăm sóc như mục Chăm sóc người bệnh kích động.
- Bệnh nhi có ý tưởng, hành vi tự sát tiến hành như mục Chăm sóc người bệnh có ý tưởng hành vi tự sát.
- Bệnh nhi động kinh chưa cắt cơn tiến hành chăm sóc như mục Chăm sóc người bệnh bị cơn động kinh liên tục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các kết quả theo dõi chi tiết vào bệnh án theo y lệnh của bác sĩ.
- Báo cáo kịp thời các diễn biến bất thường trong quá trình chăm sóc, theo dõi cho bác sĩ, và nhân viên trong kíp trực hoặc toàn khoa biết để có biện pháp xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Với bệnh nhi:
 - + Phải uống thuốc đều theo đơn của bác sĩ.
 - + Tránh thức khuya dậy sớm, tránh chơi ở nơi nguy hiểm như: lửa, nước, leo trên cao...
 - + Hết thuốc đến khám lại tại y tế chuyên khoa tuyến cơ sở.
- Với gia đình:
 - Kết hợp cùng nhân viên y tế theo dõi, giám sát bệnh nhi chặt chẽ, đồng thời báo cáo trực tiếp với bác sĩ khám bệnh.
 - Động viên bệnh nhi yên tâm và tin tưởng vào kết quả điều trị.
 - Giám sát việc uống thuốc của bệnh nhi, không để bệnh nhi bỏ thuốc.

**14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN**

I. MỤC ĐÍCH

- Người bệnh chậm phát triển tâm thần cũng có biểu hiện rối loạn tâm thần, nhất là phản ứng bùng nổ giận dữ, la hét, đòi hỏi...
- Cần phải giáo dục, hướng dẫn cho người bệnh có thể làm được các công việc đơn giản, giúp ích cho xã hội, gia đình và tự phục vụ bản thân.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh bố trí thích hợp, có phòng sinh hoạt tập thể.
- Y tá - điều dưỡng phải nhiệt tình, kiên trì, hăng say với công việc.
- Điều dưỡng viên cần được trang bị trình độ hiểu biết về tâm lý, giáo dục, xã hội và kỹ năng giao tiếp.
- Có đủ các phương tiện để dạy, hướng dẫn chăm sóc người bệnh như sách vở, đồ dùng, đồ chơi...
- Có phòng để dạy học, phòng chơi, phòng tâm lý...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh chậm phát triển mức độ nhẹ:

- Giúp đỡ bằng hướng dẫn giáo dục nhằm phát triển các kỹ năng và bù trừ các thiếu sót của họ, hướng dẫn lao động chân tay những việc đơn giản, tập thể dục buổi sáng.
- Hướng dẫn vui chơi giải trí, tập đọc sách, sử dụng đồ chơi.
- Hướng dẫn cho người bệnh tự chăm sóc bản thân: ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, đại tiểu tiện và các việc thực tế như quét nhà, lau nhà, rửa bát, dạy chữ, vui chơi cùng cộng đồng.

- Luyện tập thói quen thực hiện nội quy tham gia hoạt động theo giờ quy định.

2. Người bệnh chậm phát triển tâm thần vừa và nặng:

- Hướng dẫn giúp đỡ người bệnh tập làm những công việc tự phục vụ bản thân: ăn uống, tắm gội, quét nhà, gấp gọn chăn màn.
- Hướng dẫn vui chơi giải trí.
- Đảm bảo chế độ nuôi dưỡng người bệnh.
- Theo dõi sát các hoạt động hàng ngày, không để người bệnh đi ra ngoài khoa.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến của người bệnh trong quá trình nằm viện: ăn ngủ, học tập, lao động, vui chơi.
- Tình trạng tâm thần, có tiến triển không?
- Tình trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Người bệnh:

- Uống thuốc đều đặn theo chỉ dẫn của bác sĩ.
- Tuỳ tính chất bệnh mà hướng dẫn người bệnh làm những công việc cho phù hợp.

2. Gia đình:

- Thường xuyên động viên người bệnh.
- Quản lý thuốc cho người bệnh uống đều theo đơn.
- Thường xuyên hướng dẫn giúp đỡ người bệnh tham gia vệ sinh cá nhân và những công việc người bệnh có thể làm được.
- Kiên trì luyện tập thói quen, thực hiện nội quy hàng ngày cho người bệnh.

**15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
BẮT BUỘC CHỮA BỆNH TÂM THẦN**

I. MỤC ĐÍCH

- Quản lý chặt chẽ những người phạm tội mắc bệnh tâm thần do Viện kiểm sát hay Toà án ra quyết định bắt buộc chữa bệnh không để người bệnh trốn khỏi bệnh viện.
- Góp phần điều trị tốt người bệnh để đưa họ trở về với môi trường gia đình hoặc để họ có đủ điều kiện thực hiện trách nhiệm về hành vi.

II. CHUẨN BỊ

- Nơi thực hiện: khoa phòng phải đảm bảo hai yếu tố vừa thuận tiện cho việc quản lý chặt chẽ vừa dễ quan sát, theo dõi.

- Dụng cụ: phải có đầy đủ dụng cụ phục vụ cho việc tiêm, uống thuốc và theo dõi các chỉ số sinh tồn của người bệnh.
- Thuốc: đảm bảo đầy đủ các loại thuốc chuyên khoa tâm thần và các loại thuốc cấp cứu khác.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nắm bắt được tình trạng tâm thần của người bệnh ngay từ khi mới vào viện, đặc biệt những trường hợp có các rối loạn nặng nề như ý tưởng hành vi tự sát, chống đối không ăn, kích động.
- Với những người bệnh có ý tưởng hành vi tự sát phải theo dõi 24/24 giờ, để người bệnh ở những nơi dễ quan sát. Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc người bệnh và động viên họ yên tâm điều trị.
- Với người bệnh chống đối không ăn, phải quan tâm động viên, thậm chí phải đưa chất dinh dưỡng vào cơ thể bằng con đường khác như cho ăn qua ống thông, tiêm truyền các loại dịch.
- Với người bệnh kích động phải tìm cách động viên an ủi người bệnh rồi thực hiện tiêm thuốc, nếu người bệnh kích động dữ dội hoặc có hành vi nguy hiểm phải tìm cách khống chế thật nhanh rồi cố định người bệnh tại giường bằng dây rộng bản.
- Ngoài việc nắm bắt được đầy đủ các biểu hiện rối loạn về tâm thần thì cũng cần phải biết rõ những vấn đề liên quan đến pháp luật của người bệnh để có kế hoạch quản lý, chăm sóc cụ thể cho từng người bệnh. Đặc biệt những người bệnh đang trong giai đoạn thi hành án phạt tù và những trường hợp còn chịu trách nhiệm về hành vi của bản thân thì cần phải có sự giám sát chặt chẽ hơn.
- Đảm bảo cho người bệnh ăn uống, nghỉ ngơi đúng giờ giấc, thực hiện đầy đủ các y lệnh về chuyên môn do thầy thuốc đề ra.
- Tổ chức, hướng dẫn người bệnh tham gia các hoạt động văn nghệ, thể thao, vui chơi giải trí.
- Khi xảy ra các tai biến trong quá trình chăm sóc, điều trị phải tổ chức cấp cứu kịp thời, báo cho bác sĩ điều trị biết để có hướng xử trí thích hợp,
- Khi người bệnh trốn viện phải tổ chức ngay các biện pháp truy tìm, đồng thời báo cho trưởng phòng kế hoạch tổng hợp, giám đốc bệnh viện biết để có hướng giải quyết, gửi giấy báo cho công an, Viện kiểm sát hay Tòa án đã ra quyết định bắt buộc chữa bệnh biết để thông báo cho thân nhân của người bệnh.
- Khi có người bệnh tử vong, phải báo cho cơ quan điều tra thuộc công an tỉnh, thành phố và Viện kiểm sát đến để phối hợp giải quyết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ các diễn biến về tâm lý, trạng thái tâm thần và quá trình sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.
- Các diễn biến bất thường phải được ghi chép đầy đủ và tỉ mỉ.
- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp phải được ghi đầy đủ vào phiếu theo dõi riêng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

** Với người bệnh:*

- Phải thực hiện việc ăn uống, nghỉ ngơi, chế độ thuốc theo đúng y lệnh của thầy thuốc.
- Tránh dùng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê, thuốc lá...
- Thông báo ngay cho nhân viên y tế biết những diễn biến bất thường về tâm lý cũng như bệnh lý.

** Với gia đình và cán bộ quản lý:*

- Theo dõi, quản lý chặt chẽ để phòng người bệnh trốn viện.
- Thường xuyên động viên để người bệnh yên tâm, tin tưởng vào kết quả điều trị.
- Không có hành vi thô bạo với người bệnh.

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Trong giai đoạn sa sút: nhân cách người bệnh bị tan rã, mất khả năng hoạt động trí tuệ, tư duy, cảm xúc, hành vi. Người bệnh không quan tâm đến xung quanh và chính bản thân, một số hoạt động bản năng bị rối loạn.
- Người điều dưỡng phải động viên, khuyến khích hướng dẫn người bệnh hoạt động theo giờ quy định.
- Không để người bệnh nằm, ngồi một mình. Cần tổ chức hoạt động tập thể nhằm hạn chế sự tiến triển của giai đoạn sa sút tâm thần.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát, đủ giường chiếu, chăn, màn và đồ dùng cá nhân.
- Buồng bệnh phải đảm bảo an toàn, gọn gàng, ngăn nắp.
- Có phòng để người bệnh sinh hoạt chung.
- Các phương tiện phục vụ cần thiết như nước uống, nước sinh hoạt, xô, vại, khăn mặt...
- Các dụng cụ theo dõi chỉ số sinh tồn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh sa sút được sắp xếp xen lẫn với người bệnh ổn định, tỉnh táo.
- Y tá - điều dưỡng thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh, uốn nắn nhắc nhở và giúp đỡ họ hoạt động theo quy định của khoa như xếp hàng theo nhóm khi ăn cơm, uống thuốc, xem vô tuyến, nghe đọc báo...
- Đặc biệt chú ý bữa ăn hàng ngày cho người bệnh. Nếu người bệnh không ăn được phải bón cho ăn, nếu thức ăn làm tắc đường thở phải nhanh chóng lấy dị vật ra khỏi đường hô hấp và báo cáo bác sĩ để xử trí.

- Phải quy định một tuần ba lần tắm gội đầu, thay quần áo cho người bệnh.
- Xây dựng lịch sinh hoạt cụ thể cho người bệnh như tập thể dục buổi sáng, nghe đọc báo, xem vô tuyến; lao động đơn giản như quét lau nhà, làm vệ sinh, nhổ cỏ, gấp chăn màn...
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các diễn biến bất thường xảy ra.
- Các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Chế độ ăn của từng người bệnh, nhất là trường hợp nặng.
- Hoạt động hàng ngày của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Gia đình, người thân thường xuyên quan tâm động viên giúp đỡ người bệnh.
- Không để người bệnh tự động bỏ nhà đi lang thang.
- Gia đình quản lý thuốc cho người bệnh uống đều đặn hàng ngày đúng theo y lệnh.
- Gia đình, cộng đồng cần nâng đỡ, giúp đỡ tạo điều kiện cho hoạt động của người bệnh tâm thần.
- Người bệnh cần phải tích cực chủ động trong các hoạt động phục vụ bản thân.
- Ăn, ngủ, nghỉ ngơi đúng giờ quy định, không thức khuya dậy sớm.

17. CHĂM SÓC VỆ SINH THÂN THỂ CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì vệ sinh sạch sẽ, gọn gàng cho người bệnh.
- Phòng chống chấy rận, nhiễm trùng.
- Loại trừ mùi hôi của người bệnh và bệnh phòng.
- Đảm bảo mát về mùa hè, ấm về mùa đông.
- Phòng các bệnh ngoài da: ghẻ, lở, hắc bào, nấm...

II. CHUẨN BỊ

- Dủ cơ sở quần áo luân chuyển và dự phòng tại khoa.
- Trang bị cơ sở dụng cụ vệ sinh cá nhân: khăn mặt, bàn chải răng, xà phòng tắm, giấy vệ sinh, băng vệ sinh cho nữ, dụng cụ cắt tóc, cạo râu, cắt móng tay, lược thưa và mau.
- Phân công y tá điều dưỡng chịu trách nhiệm chăm sóc toàn diện theo nhóm người bệnh.
- Sắp xếp lịch tắm, thay quần áo hàng tuần.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đây là công việc đều đặn hàng ngày, hàng giờ của điều dưỡng viên.

1. Người bệnh mới vào:

- Kiểm tra thân thể người bệnh, râu, tóc, móng tay, ngoài da, nếu cần sửa ngay với nữ có thể cắt ngắn, tỉa bớt, loại bỏ vật dụng bất lợi.
- Mặc quần áo bệnh viện theo quy định.
- Trang bị một số đồ dùng cá nhân: băng vệ sinh nữ, giấy vệ sinh.

2. Người bệnh tự chủ hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày:

- Thông báo định kì: thay quần áo, tắm rửa hàng tuần.
- Đơn đốc nhắc nhở vệ sinh cá nhân và phòng ở, chăn, chiếu màn.

3. Với người bệnh mất chủ động trong sinh hoạt riêng:

- Phân công điều dưỡng riêng đơn đốc giúp đỡ hàng ngày duy trì trang phục và vệ sinh cá nhân: từ tắm, rửa mặt, đánh răng, cắt móng tay, chân, kì cọ cơ thể. Với người bệnh yếu và trời lạnh phải có nước ấm, với người bệnh không chịu mặc quần áo và xé rách cần có trang phục riêng cài khuy ra sau, loại vải bền hơn...
- Hướng dẫn đại, tiểu tiện, kiểm tra để người bệnh không bói bắn vào bản thân và bệnh phòng.
- Với người bệnh đang còn phải cố định tại giường cần thường xuyên kiểm tra kịp thời thay quần áo, chiếu, chống say sật, loét.

4. Với người bệnh có bệnh ngoài da:

- Dùng thuốc theo y lệnh.
- Có biện pháp chống lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi chép thông báo các trường hợp đặc biệt và có chế độ chăm sóc thân thể riêng bệnh ngoài da, không chịu vệ sinh cá nhân...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Với người bệnh: nhắc nhở thực hiện nội quy vệ sinh chung của bệnh phòng, cũng như duy trì vệ sinh cá nhân.
- Với gia đình: nhắc nhở duy trì việc giúp đỡ người bệnh trong sinh hoạt riêng.
- Nhắc nhở duy trì vệ sinh chung trong khoa, bệnh viện.

18. TÂM LÝ TIẾP XÚC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Tâm lý tiếp xúc người bệnh tâm thần là kĩ năng, nghệ thuật đặc biệt của giao tiếp.
- Giao tiếp để hình thành mối quan hệ tốt giữa y tá - điều dưỡng và người bệnh.

- Qua giao tiếp hiểu rõ được những diễn biến tâm lí, bệnh lí trong quá trình điều trị.
- Bằng con đường giao tiếp, y tá - điều dưỡng có thể nâng đỡ, bồi dưỡng, giáo dục nhân cách. Từ đó làm tăng lòng tin, hiệu lực của chăm sóc và điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Y tá - điều dưỡng phải được trang bị kiến thức tâm lí xã hội, luật pháp, đường lối chung về công tác y tế.
- Y tá - điều dưỡng luôn được bồi dưỡng phẩm chất nhân cách người cán bộ y tế.
- Thuộc và hiểu rõ 12 điều y đức do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** Tại khoa khám bệnh:*

- Cán bộ y tế là người đầu tiên tiếp xúc với người bệnh. Sự đón tiếp niềm nở, lịch sự, sự chỉ dẫn chu đáo tỉ mỉ làm cho người bệnh yên tâm hơn và vơi bớt đi nỗi lo lắng trong tâm hồn.
- Thái độ phải ân cần, cởi mở, chan hoà, thông cảm sâu sắc với người bệnh.
- Đón tiếp người bệnh niềm nở, tận tình, hướng dẫn làm các thủ tục tỉ mỉ giúp cho việc khám xét của thầy thuốc được thuận lợi.
- Phải công bằng với người bệnh, ai đến trước khám trước, ai đến sau khám sau, trường hợp đặc biệt điều dưỡng viên phải thông báo và xin phép các người bệnh đang ngồi đợi đến lượt mình.
- Tránh sự cáu gắt, to tiếng, ăn nói thô bạo hoặc thờ ơ, lạnh nhạt.
- Phòng đợi nên sạch sẽ, gọn gàng, để ghế ngồi, im lặng, tránh để người bệnh có ác cảm, đánh giá không tốt ngay từ lần đầu đến khám bệnh.

** Tại khoa điều trị:*

- Trách nhiệm điều dưỡng viên phải cố gắng gây cảm tình ngay với người bệnh. Điều dưỡng viên vui vẻ mời người bệnh vào phòng bác sĩ.
 - + Thái độ niềm nở, cởi mở, chân thành.
 - + Cử chỉ hoà nhã, tác phong dễ gần.
 - + Lời nói nhẹ nhàng, ôn tồn.
 - + Nét mặt vui vẻ, hấp dẫn.
- Tất cả những điều trên đều có khả năng chinh phục người bệnh ngay từ phút đầu gặp gỡ. Từ niềm tin và sự mến phục ấy, người bệnh dễ cởi mở và thoải mái trao đổi, thông báo với thầy thuốc về tình trạng bệnh của mình ngay cả những tình tiết riêng tư, kín đáo, thậm chí người bệnh không bao giờ nói với người thân nhất. Đặc biệt đối với người bệnh tâm thần trạng thái trầm uất, ý tưởng chán sống...

** Những điều cần tránh:*

- Cán bộ điều dưỡng không nên nóng nảy, cáu gắt, hay có nét mặt lạnh nhạt. Tuy nhiên trong khi tiếp xúc với người bệnh, phải biết tự kiềm chế mình, phải có văn hoá trong lời nói và trong nhiều trường hợp để tạo không khí cởi mở, thoải mái, chân thành, thông cảm.