

- Không được phê phán cách chăm sóc của đồng nghiệp trước mặt người bệnh, gây tổn hại uy tín đối với cả ngành y tế.
- Không nên cho biết cụ thể về chẩn đoán bệnh và tiên lượng bệnh, vì có những trường hợp gây cho người bệnh hoang mang lo nghĩ, dẫn đến những tai họa khôn lường (người bệnh tự sát...)

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các biểu hiện trạng thái tâm lý bất thường và các phản ứng tâm lý.
- Trạng thái bệnh lý chỉ phối hành vi tác phong về cảm xúc của người bệnh.
- Đánh giá mức độ truyền giảm.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

- Người bệnh tích cực tham gia các hoạt động tại cộng đồng để hoà nhập vào cuộc sống đời thường.
- Gia đình thường xuyên giúp đỡ, nâng đỡ, tạo không khí thoải mái, môi trường tâm lý xã hội hài hoà.
- Cộng đồng chấp nhận, không ác cảm, luôn luôn sẵn sàng đón nhận người bệnh.

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CAI NGHIỆN MA TUÝ

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh vượt qua giai đoạn cai đỡ đau đớn vật vã, khó chịu.
- Nâng đỡ thể trạng trong quá trình cai.
- Tạo cho người bệnh ý chí để khi ra viện có phương pháp, nghị lực chống tái phát. Cùng với địa phương tích cực phòng ngừa buôn bán, tàng trữ, sử dụng chất ma túy.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng bệnh thoáng mát, sạch sẽ, cách li với môi trường bên ngoài.
- Chuẩn bị đủ thuốc cai và thuốc cấp cứu khi bị ngộ độc ma túy.
- Y tá - điều dưỡng có kỹ năng tâm lý xã hội.
- Dụng cụ: ống nghe, huyết áp, nhiệt kế.
- Người cai phải tình nguyện kèm theo đơn cá nhân, gia đình và địa phương đề nghị.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Phải có phòng tiếp đón riêng biệt, kiểm tra kỹ tư trang, thay toàn bộ quần áo, dép guốc, đồ dùng cá nhân để loại trừ chất ma túy.
- Hướng dẫn nội quy của trung tâm cai.
- Kí bản hợp đồng cam kết giữa gia đình người bệnh với cơ sở cai.

- Đưa người bệnh đi làm các xét nghiệm tức thì: tìm chất gây nghiện trong nước tiểu để loại trừ, làm các xét nghiệm máu, HIV, X quang, điện não đồ, test tâm lí, nước tiểu 5 lần trong đợt cai 10 ngày.
- Không để cho người bệnh cai tiếp xúc với bên ngoài để phòng tiếp tế chất gây nghiện.
- Hầu hết người bệnh khi thiếu thuốc (ma túy) đều chống đối điều trị tùy mức nặng nhẹ: bỏ chạy, lẩn trốn, phá phách, đánh lại nhân viên, ăn nói thô lỗ, tục tĩu...
- Phải kiên trì giải thích động viên, thông cảm với cơn đau đớn của người bệnh, không xa lánh người bệnh, luôn phải tiếp cận người bệnh, xoa bóp bấm huyệt cho người bệnh.
- Nếu thấy tình trạng nguy kịch phải báo cáo trực cấp trên kịp thời xử lí.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh tại trung tâm và các loại hoa quả như chuối, cam, chanh, quýt... căng tin phục vụ người bệnh giải khát.
- Đề phòng lây nhiễm bệnh HIV.
- Nhân viên trực phải theo dõi sát người bệnh về uống thuốc, triệu chứng cai, mạch, nhiệt độ, huyết áp, theo giờ quy định của bác sĩ điều trị.
- Phát hiện những hành vi của mỗi người bệnh, quan hệ xung quanh, người thân tới thăm. Phát hiện và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị hoặc an ninh nếu thấy khả nghi đối tượng cai nghiện vi phạm quy định...
- Theo dõi diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng, để phòng những tai biến bất ngờ do đối thuốc...
- Trường hợp người bệnh kiên quyết không chịu cai cần báo bác sĩ, bảo vệ để giải quyết kịp thời.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi nhận xét những diễn biến trong quá trình cai vào phiếu theo dõi.
- Các biểu hiện tâm thần bất thường.
- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp và tình hình sức khỏe.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với người bệnh: luôn nhắc nội quy an toàn thuốc, tác hại của nghiện hút. Tư vấn cho người bệnh nghiện và mắc HIV tự quyết tâm xa lánh các tệ nạn xã hội.
- Gia đình phải biết giáo dục tâm lí, thuyết phục hoặc cứng rắn và ngăn ngừa, khai báo ý tưởng hành vi phạm luật...

20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện các diễn biến tâm lí bình thường và bất thường.
- Phát hiện các trạng thái diễn biến tâm thần đặc biệt.

- Phát hiện các biểu hiện giả bệnh lí.
- Phát hiện các hành vi có thể gây nguy hiểm để có biện pháp phòng ngừa.

II. CHUẨN BỊ

* Nơi thực hiện:

Tại khu riêng dành cho theo dõi giám định của khoa giám định pháp y, đảm bảo việc theo dõi, quan sát, thăm khám thuận lợi, có phòng theo dõi đặc biệt. Các trường hợp cần thiết phải theo dõi sát, thường xuyên 24/24 giờ bằng camera và ghi hình.

* Dụng cụ:

- Các dụng cụ thăm khám thông thường:
 - + Ống nghe.
 - + Huyết áp kế, nhiệt kế.
 - + Thuốc: các loại vitamin uống hoặc tiêm mang tính chất tâm lí.
- Các trường hợp đặc biệt khi có chỉ định điều trị của hội đồng giám định có chỉ định thuốc cụ thể riêng.
- Y tá - điều dưỡng được am hiểu về pháp luật cần thiết, có kĩ năng giỏi về kiến thức tâm thần.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khi can phạm giám định được tiếp nhận phải thăm khám kĩ trước khi cho vào buồng theo dõi.
- Y tá - điều dưỡng loại bỏ những vật dùng có thể gây nguy hiểm như dao, kéo, dây, vật nhọn, diêm, bật lửa...
- Thu giữ các loại thuốc (nếu có) khi can phạm giám định mang theo.
- Kết hợp với công an trông giữ can phạm đảm bảo hàng ngày, người được theo dõi giám định phải được thăm khám, vệ sinh thân thể, chăm sóc ăn uống.
- Làm tốt công tác tâm lí để can phạm yên tâm, hợp tác khi tiếp xúc.
- Không cho can phạm tiếp xúc với người ngoài.
- Thường xuyên giám sát can phạm, báo cáo bác sĩ kịp thời các diễn biến bất thường để xử trí.
- Buồng can phạm giám định luôn được khoá có hai chìa: công an giữ một và khoa quản lí một để xử trí những bất trắc xảy ra như tự sát, đập phá, cơn động kinh liên tục...
- Trường hợp nghi ngờ giả bệnh phải để ở buồng đặc biệt có phương tiện theo dõi riêng.
- Nếu can phạm tử vong phải báo cho bác sĩ trưởng khoa và lãnh đạo bệnh viện để mời khám nghiệm tử thi, lập biên bản giám định tử thi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các trạng thái tâm lí, tâm thần biểu hiện hàng ngày.
- Báo cáo bác sĩ những biểu hiện bất thường.
- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Tình trạng sức khoẻ chung.

21. CHĂM SÓC, NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa đủ lượng calo, vitamin và chất vi lượng cần thiết hàng ngày cho người bệnh.
- Đảm bảo đủ ấm trong mùa đông và thông thoáng trong mùa hè.
- Khoa, phòng ngủ sạch sẽ.

II. CHUẨN BỊ

- Nhà ăn sạch sẽ thoáng mát.
- Đủ phương tiện như bàn, ghế, bát, đĩa, thìa bằng nhôm hoặc nhựa.
- Có y tá quản lí hoặc trực tiếp cho người bệnh ăn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Do những đặc điểm phức tạp của người bệnh tâm thần nên việc tổ chức nuôi dưỡng có những đặc thù riêng.

1. Đối với khoa dinh dưỡng:

- Chế biến thức ăn theo đúng yêu cầu của thầy thuốc như ăn kiêng, ăn lỏng...
- Thức ăn phải được thái nhỏ, nấu nhừ, bỏ xương. Tránh trường hợp người bệnh ăn vội bị nghẹn, hóc xương...

2. Đối với khoa phòng:

- Bố trí cho những người bệnh phạm ăn, kích động, tham ăn ngồi riêng một bàn, có y tá giám sát.
- Những người bệnh ăn yếu, không chịu ăn ngồi riêng một khu có y tá trực tiếp trông nom hoặc bón cho người bệnh ăn. Không để người nhà hoặc người bệnh khác cho ăn..
- Đối với người bệnh phải ăn bằng ống thông thì cần chuẩn bị đầy đủ chế độ tiêu chuẩn. Đảm bảo đúng quy trình kĩ thuật đưa ống thông tới dạ dày.
- Đối với người bệnh chống đối không ăn thì làm công tác tâm lí tiếp xúc, động viên, giải thích. Nếu người bệnh vẫn không chịu ăn thì phải báo cáo bác sĩ cho y lệnh xử trí như truyền dịch, chuẩn bị phương tiện thực hiện đầy đủ.
- Đảm bảo nước uống cho người bệnh:
 - + Mỗi khoa đều phải có thùng nước uống, nước sôi để nguội (có thể pha chè, nhân trần), mùa đông nước phải được ủ ấm có ca, cốc cho người bệnh uống.
 - + Phải cung cấp đầy đủ nước uống cho người bệnh. Một người bệnh mỗi ngày khoảng 1 lít nước căn cứ vào số lượng người bệnh mà chuẩn bị.

- Bố trí cho người bệnh ngủ, nghỉ ngơi theo buồng và tính chất bệnh lí.
- Tạo điều kiện cho người bệnh giúp đỡ hỗ trợ nhau.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Nhận xét người bệnh có tự ăn uống được không, ăn có hết suất không hay phải cho ăn bằng đường thông và kết quả thế nào? Thường xuyên theo dõi chỉ số sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cho người bệnh ăn đủ tiêu chuẩn định lượng.
- Ăn kiêng nếu thấy cần thiết.
- Chế biến thức ăn cẩn thận.
- Quản lí thuốc và cho người bệnh uống đều hàng ngày.
- Không dùng các chất kích thích như rượu, nước chè, cà phê.

Chương IX

BỎNG

-

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC BỎNG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện kịp thời các dấu hiệu, triệu chứng của sốc bỏng.
- Chăm sóc và phòng ngừa các biến chứng.
- Thực hiện các y lệnh

II. CHUẨN BỊ

Có đầy đủ các dụng cụ theo dõi người bệnh chăm sóc cấp I: nhiệt kế, huyết áp, đồng hồ, máy hút, các loại ống thông (dạ dày, hậu môn, oxy, niệu đạo...).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi toàn thân:

- Đo thân nhiệt, theo dõi các tính chất của cơn sốt (rét run, sốt do thay băng, sốt do phản ứng dịch...)
- Tiến hành các biện pháp hạ nhiệt đơn giản: chườm mát, cởi bỏ quần áo, để nơi thoáng. Nếu thân nhiệt hạ: ủ ấm.
- Cân nặng hàng ngày.
- Da và niêm mạc: phát hiện các biểu hiện thiếu oxy như môi tím, da niêm mạc nhợt nhạt, nổi vân tím...
- Các trạng thái khác:
 - + Co giật.
 - + Vã mồ hôi, chân tay lạnh.

2. Theo dõi tâm thần kinh:

Phát hiện biểu hiện ức chế, li bì hoặc kích thích vật vã.

3. Theo dõi tuần hoàn:

- Mạch: tần số, trương lực mạch.
- Đo huyết áp động mạch cánh tay, động mạch khoeo.
- Đo huyết áp tĩnh mạch trung ương.

4. Theo dõi chăm sóc hô hấp:

- Theo dõi tần số hô hấp, phát hiện các rối loạn chu kỳ hô hấp (thở chậm nông, nhanh nông, ngáp cá...).
- Bảo đảm lưu thông đường thở: hút đờm dãi, khí dung theo chỉ định.
- Phát hiện triệu chứng sớm bỏng hô hấp: nói khàn, lông mũi cháy...

5 Theo dõi tiêu hoá:

Theo dõi các biểu hiện:

- Tình trạng ăn: phát hiện chán ăn, ăn kém, bỏ bú. Cho ăn theo chỉ định.
- Tình trạng đại tiện: bình thường, táo bón, ỉa chảy, ỉa phân đen.
- Tình trạng bụng: bụng mềm hay chướng, tiến triển của bụng chướng, điểm đau.
- Nôn, buồn nôn:
 - + Theo dõi số lần, số lượng, chất nôn, có máu trong chất nôn.
 - + Nhanh chóng cho người bệnh nằm đầu thấp, nghiêng một bên.

6. Theo dõi tiết niệu:

- Số lượng nước tiểu theo giờ và trên 24 giờ.
- Màu sắc nước tiểu: vàng trong hay vàng nhạt, đỏ hay sẫm nâu.
- Kiểm tra cầu bàng quang.

7. Chăm sóc theo dõi tại chỗ vùng tổn thương bỏng:

- Tình trạng dịch tiết, dịch mủ, viêm nề vùng bỏng và da lành.
- Giữ vệ sinh khi tiểu, tiện, nhất là bỏng ở vùng sinh dục, chi dưới.
- Giữ tư thế cơ năng chi thể khi bỏng, tránh tì đè vùng bỏng (kê cao chi thể...).
- Khi có hoại tử bỏng khô xung quanh chi phải theo dõi tình trạng tuần hoàn vi mô (đầu các ngón).

8. Chăm sóc các dụng cụ:

- Thở oxy: theo dõi áp lực, thời gian thở oxy, kiểm tra vị trí đầu ống thông.
- Ống thông bàng quang: luôn bảo đảm vô khuẩn khi đặt, cố định tốt và đảm bảo vô khuẩn hệ thống dẫn lưu nước tiểu.
- Ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Catheter truyền tĩnh mạch:
 - + Giữ vô khuẩn nơi chọc (hàng ngày kiểm tra và nếu cần bôi thuốc sát khuẩn và thay băng).
 - + Phát hiện các biến chứng: tắc, tụt, đứt dây, tràn khí dưới da.

9. Theo dõi dịch truyền:

- Thực hiện đúng y lệnh về số lượng và các loại dịch truyền, tốc độ truyền, tổng lượng dịch, các phản ứng khi truyền dịch. Nếu truyền máu cần bảo đảm thực hiện đúng quy trình.
- Ở người bệnh sốc nặng được theo dõi bằng máy liên tục các chỉ số (monitoring hoặc lifescope...): mạch, huyết áp động mạch (tối đa, tối thiểu, trung bình), điện tim, nồng độ bão hoà oxy...
- Nếu người bệnh sốc bỏng được nằm trên giường cân (cân điện tử) thực hiện theo dõi cân nặng người bệnh hàng ngày trong giai đoạn sốc.
- Thực theo y lệnh, lấy máu và nước tiểu để làm các xét nghiệm cần thiết trong theo dõi sốc bỏng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo kịp thời các tình huống cấp cứu, hoặc khi có các phản ứng trong truyền dịch, truyền máu.
- Bàn giao theo dõi các chế độ chăm sóc cấp I.
- Theo dõi các biến chứng của sốc bỏng như suy thận cấp, chảy máu đường tiêu hoá, rối loạn đông máu... và báo cáo kịp thời.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo lưu thông đường thở cho người bệnh bỏng đường hô hấp đã đặt nội khí quản hoặc mở khí quản, không khí thở ẩm.
- Bảo đảm hút đờm dịch để tránh bít tắc đường thở và thực hiện khí dung theo y lệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn.
- Máy khí dung, bình thuỷ tinh đựng thuốc khí dung.
- Thuốc khí dung: hydrocortison, kháng sinh, aminophilin, α chimotrypsin, vitamin C, mentol.
- Bình oxy hoặc nguồn oxy, dây thở oxy.
- Bông băng gạc vô trùng, bơm tiêm vô trùng.

2. Nhân viên y tế:

Y tá - điều dưỡng viên rửa tay diệt khuẩn, đeo khẩu trang và đi găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành hút dịch tiết, đờm dãi ở đường hô hấp qua ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản 1 giờ/ 1 lần hoặc khi có biểu hiện tăng tiết đờm dãi.
- Không được bật máy hút khi đang đưa ống hút vào ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản. Chỉ được bật máy hút khi kéo ống hút ra ngoài. Mỗi động tác hút dịch này không kéo dài trên 20 giây.
- Cho thở khí dung bằng hỗn dịch thuốc khí dung theo y lệnh.
- Cho thở oxy qua ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản theo chỉ định.

* Chăm sóc các dụng cụ:

- Dây thở oxy: theo dõi áp lực, thời gian thở oxy, kiểm tra vị trí đầu ống thông.
- Ống thông bằng quang: luôn đảm bảo vô khuẩn khi đặt, cố định tốt và đảm bảo vô khuẩn hệ thống dẫn lưu nước tiểu.

- Ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Catheter truyền tĩnh mạch:
 - + Giữ vô khuẩn nơi chọc (hàng ngày kiểm tra và thay băng đúng kỹ thuật).
 - + Phát hiện các biến chứng: tắc, tụt, đứt dây, tràn khí dưới da.
- Truyền dịch theo y lệnh và theo dõi trong và ngay sau khi truyền dịch.
- Theo dõi dịch truyền: đảm bảo y lệnh về thứ tự, số lượng và các loại dịch truyền, tốc độ truyền, tổng lượng dịch, các phản ứng khi truyền dịch.
- Nếu truyền máu cần đảm bảo thực hiện đúng quy trình.

** Theo dõi các diễn biến của người bệnh:*

- Ở người bệnh sốc nặng được theo dõi bằng máy các chỉ số liên tục (monitoring hoặc lifescope...): mạch, huyết áp động mạch (tối đa, tối thiểu, trung bình), điện tim, nồng độ bão hoà oxy.
- Nếu người bệnh sốc bỏng được nằm trên giường cân (cân điện tử) thực hiện theo dõi cân nặng người bệnh hàng ngày trong giai đoạn sốc.
- Lấy máu, nước tiểu để làm các xét nghiệm cần thiết trong theo dõi sốc bỏng.
- Theo dõi các biến chứng của sốc bỏng như suy thận cấp, suy hô hấp, chảy máu đường tiêu hoá, rối loạn đông máu... và báo cáo kịp thời.
- Rửa và thay băng ở chân lỗ mở khí quản 1 lần/ ngày.
- Bơm trực tiếp dung dịch kháng sinh vào khí quản qua ống nội khí quản hoặc qua ống mở khí quản khi có chỉ định.
- Cho người bệnh nằm tư thế Fowler hoặc cho ngồi dậy và hướng dẫn ho ra đờm.
- Phủ hai lớp gạc ẩm lên miệng ống mở khí quản để không khí được làm ẩm khi người bệnh thở, hai lớp gạc này phải được thay thường xuyên.
- Thở máy khi có chỉ định theo y lệnh.
- Theo dõi hoạt động của máy thở (nếu có).
- Theo dõi lượng đờm dịch tiết hút hoặc khạc nhổ: màu sắc và tính chất đờm, dịch tiết.
- Theo dõi các biểu hiện của suy hô hấp cấp và báo cáo kịp thời.
- Thực hiện lấy máu, lấy nước tiểu, làm xét nghiệm, cấy đờm dịch theo y lệnh.
- Trợ giúp bác sĩ lấy máu động mạch để đo khí máu hoặc trợ giúp người bệnh chụp X-quang phổi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo kịp thời các tình huống cấp cứu, hoặc có các phản ứng khi truyền dịch, truyền máu.
- Bàn giao theo dõi các chế độ hộ lý cấp I
- Đánh giá tốt: lưu thông đường thở, người bệnh không khó thở.
- Ghi hồ sơ theo dõi: tình trạng thở, tần số thở.
- Báo cáo bác sĩ khi có biểu hiện hạn chế lưu thông đường thở.
- Bàn giao theo dõi người bệnh theo chế độ chăm sóc cấp I.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG NẶNG NHIỄM ĐỘC, NHIỄM KHUẨN

I. MỤC ĐÍCH

Để đảm bảo việc theo dõi kịp thời các diễn biến, phát hiện sớm các biến chứng, chăm sóc chu đáo người bỏng nặng bị nhiễm độc, nhiễm khuẩn bỏng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện:

- Buồng bệnh, giường bệnh sạch, thoáng.
- Các phương tiện, dụng cụ theo dõi người bệnh: nhiệt kế, huyết áp kế, đồng hồ, máy theo dõi các chỉ số liên tục (monitoring).
- Các phương tiện, dụng cụ tiêm truyền, cấp cứu người bệnh.

2. Cán bộ y tế:

Hai y tá - điều dưỡng chuyên khoa bỏng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lấy mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp động mạch, đếm nhịp thở của người bệnh. Nếu có điều kiện cần theo dõi cân nặng người bệnh.
- Truyền dịch, tiêm thuốc cho người bệnh theo y lệnh, theo dõi lượng dịch vào và tốc độ dịch truyền, theo dõi các phản ứng khi truyền dịch, truyền máu.
- Đưa người bệnh đi thay băng và đón người bệnh từ buồng thay băng về.
- Thay vải trải giường khi người bệnh đi thay băng.
- Cho người bệnh ăn, uống theo giờ và theo chỉ định. Theo dõi tình trạng ăn uống của người bệnh. Thực hiện nuôi dưỡng người bệnh bằng ống thông dạ dày nếu có chỉ định.
- Theo dõi nước tiểu: số lượng, màu sắc, đo tỉ trọng.
- Theo dõi đại tiện trong ngày, theo dõi tình trạng chướng bụng, liệt ruột.
- Theo dõi quan sát màu sắc da, niêm mạc: tái nhợt do thiếu máu, vàng da niêm mạc do huyết tán hoặc viêm gan cấp, các nốt ban trên da.
- Theo dõi trạng thái tâm thần kinh: tỉnh, li bì, hốt hoảng, kích động, hôn mê.
- Trở mình, xoa bóp, xoa cồn, bột tan ở những vùng tì đè của cơ thể người bệnh.
- Người già bỏng đường hô hấp cần cho nằm tư thế Fowler, xoa, vỗ ở lưng, hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, ho khạc nếu có đờm.
- Tắm rửa, gội đầu, lau phần da lành không bị bỏng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép vào phiếu theo dõi và chăm sóc: mạch, nhiệt độ, các thông số theo dõi và ghi chép vào hồ sơ bệnh án. Thực hiện việc lấy bệnh phẩm, làm các xét nghiệm theo y lệnh.
- Báo cáo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị, tin tưởng vào chuyên môn.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình giữ vệ sinh vùng da khỏi bị bỏng.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY MÒN DO BỎNG

I. MỤC ĐÍCH

- Dự phòng các biến chứng và khắc phục các biến chứng ở người bệnh suy mòn bỏng.
- Chăm sóc toàn diện, nâng cao thể trạng người bệnh, tạo điều kiện cho người bệnh bỏng nặng phục hồi nhanh.

III. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện:

- Huyết áp, nhiệt kế, dụng cụ thay băng, bông, băng, gạc, thuốc thay băng, các loại ống thông.
- Máy thở, máy hút, máy khí dung, bình oxy, thuốc dây, cân, đệm chống loét.

2. Người bệnh:

Động viên người bệnh và gia đình người bệnh cùng cộng tác.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi chăm sóc toàn thân:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh hàng ngày, ghi vào bảng theo dõi, kịp thời báo cáo với bác sĩ. Theo dõi màu da, niêm mạc, trạng thái phù thiếu dưỡng, trạng thái tinh thần kinh.
- Theo dõi phân, nước tiểu (số lượng, tỉ trọng, màu sắc...)
- Cân nặng, mức độ ăn uống.

2. Nuôi dưỡng người bệnh suy mòn bỏng:

a. Bằng phương pháp ăn uống:

- Cho ăn thức ăn nhiều đạm, đủ calo

- Thức ăn dễ tiêu hoá.
- Dùng các loại men tiêu hoá theo chỉ định.
- Nếu người bệnh không tự ăn được phải đặt ống thông dạ dày và bơm các loại thức ăn lỏng.

b. Bằng phương pháp truyền dịch để nuôi dưỡng người bệnh:

- Truyền máu, huyết tương, albumin.
- Truyền đạm, lipid.

3. Thay băng hàng ngày:

- Giải thích cho người bệnh biết việc làm.
- Đưa người bệnh đến buồng thay băng hoặc thay băng tại giường.
- Đặt người bệnh tư thế thuận tiện cho việc thay băng.
- Có phương tiện để đựng băng gạc bẩn.
- Dùng kéo, kẹp bỏ băng gạc bẩn.
- Dùng hai kẹp phẫu tích thay băng theo nguyên tắc vô khuẩn.
- Lau khô vết bỏng, đắp gạc thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Băng kín vết thương.

4. Tập vận động: để tránh loét các điểm tì, sai lệch khớp, tránh biến chứng viêm phổi.

- Giải thích và động viên để người bệnh cùng phối hợp.
- Xoa bóp chi, tập vận động các chi.
- Tập cho người bệnh ngồi dậy, vận động, đi lại.
- Có thể cho người bệnh nằm nghiêng, nằm sấp tùy vào vị trí vết bỏng, để tránh tì đè.
- Dùng bột talc xoa bóp các điểm tì đè để bị loét: vùng cùi chỏ, xương sống, xương bả vai, xương sọ...
- Tập vận động đi lại nhẹ nhàng tại chỗ, sau đó đưa đến buồng tập vận động liệu pháp, để tránh cứng các khớp khi phải nằm bất động lâu ngày.

5. Chống nhiễm khuẩn: tắm cho người bệnh theo quy trình.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh trong ngày.
- Phương pháp chăm sóc theo dõi.
- Kết quả sau khi tiến hành các phương pháp.
- Cần báo cáo đầy đủ với bác sĩ hàng ngày để có chỉ định phương pháp điều trị hợp lý.

5. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ CẮT HOẠI TỬ SỚM, MỔ CẮT CỤT CHI, THÁO KHỚP Ở NGƯỜI BỆNH BỎNG.

I. MỤC ĐÍCH

Chuẩn bị đầy đủ (bệnh án, người bệnh) cho cuộc mổ, phát hiện các bất thường trước mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ theo dõi người bệnh (nhiệt kế, bộ đo huyết áp, bộ thụt tháo, bơm tiêm, xe đẩy người bệnh...).
- Bộ dụng cụ thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tuân thủ theo nguyên tắc chung chuẩn bị người bệnh cho trước mổ.

1. Kiểm tra, hoàn thành các xét nghiệm thường quy và cần thiết cho một cuộc mổ:

- Sinh hoá,
- Huyết học, thử phản ứng thuốc, X quang.

2. Kiểm tra đơn xin mổ: động viên tinh thần người bệnh.**3. Thực hiện y lệnh trước mổ:** cho người bệnh uống hoặc tiêm tiền mê.**4. Trước mổ 4 giờ không ăn uống.** Nếu cần: thụt tháo trước mổ.

Sáng ngày mổ: đại tiểu tiện trước mổ, nhịn ăn, nhịn uống.

5. Chuẩn bị tại chỗ:

- Vết bông được xử trí rửa sạch theo quy trình. rửa sạch bằng nước muối sinh lí 9‰, đắp một lớp gạc tẩm dung dịch berberin 1‰ hoặc dung dịch betadin 10%.
- Chuẩn bị vùng cho da (nếu có ghép da).
- Trước ngày mổ: rửa sạch bằng nước xà phòng, cạo sạch lông, tóc (nếu lấy da ở đầu), sau lau khô.
- Buổi sáng trước khi đi mổ: sát trùng lại vùng cho da bằng cồn 70°, băng kín lại.

6. Trước khi đưa người bệnh đi mổ:

- Kiểm tra lại toàn bộ hồ sơ bệnh án, lĩnh máu nếu có.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp và diễn biến bất thường khác.
- Đưa người bệnh lên phòng mổ bằng xe đẩy.
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ bệnh án cho phòng mổ.

7. Đối với người bệnh mổ tháo khớp, cắt cụt chi:

- Phát hiện biến chứng trước mổ: nhiễm khuẩn kị khí, tổn thương kèm vết thương gãy xương, viêm mủ khớp...
- Theo dõi tình trạng viêm nề tại vết bông, tuần hoàn ngoại vi chi thể.
- Sẵn sàng phương tiện cấp cứu chảy máu: dây garô, bộ dụng cụ tiểu phẫu...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo phẫu thuật viên các công việc đã làm và tình trạng người bệnh.
- Ghi chép mạch, nhiệt độ, huyết áp và các công việc đã làm vào bệnh án.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhịn ăn uống trước mổ theo quy định.
- Gửi lại tiền, đồ trang sức quý trước khi đi mổ.

**6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẮT HOẠI TỬ SỚM,
MỔ CẮT CỤT CHI, THÁO KHỚP Ở NGƯỜI BỆNH BÔNG**

I. MỤC ĐÍCH

Kịp thời phát hiện các biến chứng sau mổ và thực hiện các y lệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ theo dõi người bệnh sau mổ (buồng hậu phẫu, máy hút, huyết áp, nhiệt độ...).
- Có bộ dụng cụ thay băng, bộ tiểu phẫu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tuân thủ theo nguyên tắc chung: chăm sóc theo dõi người bệnh sau mổ.

1. Tình trạng toàn thân và các cơ quan

Theo dõi:

- Ý thức: đã tỉnh táo hoàn toàn chưa? còn li bì, hôn mê hoặc kích thích, cuồng sảng...
- Hô hấp:
 - + Duy trì thở oxy theo y lệnh, phát hiện tình trạng thiếu oxy cấp (môi tím tái, da niêm mạc nhợt...).
 - + Phát hiện suy hô hấp cấp, co thắt đường hô hấp.
 - + Lưu thông đường thở, hút đờm dãi.
- Tuần hoàn: kiểm tra mạch và huyết áp.
- Tiêu hoá:
 - + Nôn, buồn nôn: cho người bệnh nằm đầu nghiêng một bên.
 - + Bụng chướng: đặt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Phát hiện cầu bàng quang, theo dõi số lượng nước tiểu.
- Thân nhiệt:
 - + Nếu sốt cao: hạ nhiệt.
 - + Hạ thân nhiệt, rét run: ủ ấm.
- Khi người bệnh tỉnh táo hoàn toàn mới cho ăn uống nhẹ.
- Theo dõi dịch truyền, nhất là truyền máu sau mổ.
- Thực hiện y lệnh.

2. Theo dõi tại chỗ:

a. Sau mổ cắt hoại tử bông:

- Theo dõi tình trạng chảy máu sau mổ như máu thấm qua gạc, hoặc chảy ướt đầm gạc, kèm theo hội chứng mất máu. Xử trí:
+ Kê cao chi, băng ép.
+ Báo bác sĩ kịp thời kiểm tra khâu buộc cầm máu.
- Theo dõi diễn biến bông, thay băng theo quy trình.

b. Sau mổ cắt cụt và tháo khớp:

Theo dõi và phát hiện:

- Chảy máu sau mổ, sẵn sàng phương tiện cầm máu cấp cứu: dây ga rô.
- Phù nề chi tại mỗm cụt và vùng da lành.
- Nhiễm khuẩn mỗm cụt, đặc biệt nhiễm khuẩn kỵ khí.
- Thay băng hằng ngày theo quy trình, rửa mỗm cụt bằng các dung dịch sát khuẩn (betadin, cồn iod). Dùng gạc ép hết máu tụ, không khí, mủ đọng. Nếu mỗm cụt hở: rửa oxy già, thuốc tím... Khi có chỉ định đắp các thuốc sát khuẩn.
- Kiểm tra đường khâu, rửa dẫn lưu và rút dẫn lưu theo chỉ định.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng toàn thân (tĩnh táo hoàn toàn) và tại chỗ, ghi chép diễn biến vào bảng theo dõi.
- Báo cáo với phẫu thuật viên, đặc biệt khi có biến chứng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Bàn giao theo dõi người bệnh theo chế độ chăm sóc sau mổ.
- Khi người bệnh tỉnh hoàn toàn mới cho uống sữa hoặc ăn loãng
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

7. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ GHÉP DA

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh.
- Đảm bảo da ghép sống tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Dụng cụ để tắm cho người bệnh: bồn tắm, vòi tắm...
- Dao cạo.

- Dụng cụ cần thiết theo dõi người bệnh: nhiệt kế, huyết áp kế...
- Dụng cụ thay băng.

2. Nhân viên y tế:

Hai y tá- điều dưỡng chuyên ngành ngoại bỏng hoặc ngoại.

3. Người bệnh:

Động viên người bệnh yên tâm khi đi mổ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ngày trước mổ

- Tắm cho người bệnh.
- Cạo lông vùng lấy da (theo chỉ định của bác sĩ), cạo lông mu, nếu lấy da ở bụng đùi, cạo lông nách nếu lấy da ở cánh tay, cắt tóc cạo trọc đầu nếu lấy da đầu.

2. Sáng ngày mổ:

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.
- Thụt tháo nếu có chỉ định.
- Thay băng vùng ghép da: đắp một lớp gạc berberin 1⁰/_∞.
- Sát trùng cồn 70⁰, băng vô trùng vùng lấy da.
- Tiêm thuốc tiền mê (theo chỉ định).
- Chuyển người bệnh lên phòng mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép mạch, nhiệt độ, huyết áp và các công việc đã làm vào bệnh án.
- Báo cáo phẫu thuật viên về tình trạng người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhịn ăn uống sáng trước mổ.
- Gửi lại tiền, đồ trang sức quý trước khi đi mổ.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GHÉP DA

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo da ghép sống tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Dụng cụ cần thiết theo dõi người bệnh và cấp cứu.
- Dụng cụ thay băng.

2. Nhân viên y tế:

Hai y tá - điều dưỡng chuyên ngành bỏng hoặc ngoại khoa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Ngày mổ:

- Nhận bàn giao tình trạng người bệnh với phòng mổ.
- Đón người bệnh về buồng hậu phẫu.
- Đo và theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Nếu người bệnh bị nôn: cho nằm đầu nghiêng về một bên, lau hút đờm dãi, chất nôn..

2. Ngày sau mổ:

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch theo chỉ định.
- Thay băng vùng ghép da: nhẹ nhàng tháo bỏ các lớp gạc, đặc biệt lớp gạc trong cùng, không để bong cả mảnh da ghép lên.
- Vùng lấy da: nhẹ nhàng tháo các lớp gạc, để lại lớp gạc trong cùng, sấy khô.
- Kê cao chân, tay để vùng lấy da không chạm vào vải trải.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Đánh giá khả năng bám dính của mảnh da ghép.
- Ghi bệnh án: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Báo cáo bác sĩ về tình trạng người bệnh và những diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi người bệnh tỉnh mới cho người bệnh uống sữa hoặc ăn thức ăn lỏng, dễ hấp thu.
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG ĐIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Cứu sống được người bệnh khi bị điện giật.
- Hạn chế và dự phòng được các biến chứng nguy hiểm đối với người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Các phương tiện cấp cứu ngừng tuần hoàn, hô hấp, dây garô.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Cấp cứu và chăm sóc tại nơi xảy ra tai nạn:**

- Nhanh chóng ngắt dòng điện, cắt cầu giao, lấy bỏ cầu chì, dùng vật không dẫn điện gạt người bệnh tách khỏi luồng điện.
- Nếu có ngừng tim, ngừng hô hấp thì phải ép tim ngoài lồng ngực, hô hấp nhân tạo:
 - + Đặt người bệnh nằm ngửa trên ván cứng, chân cao giúp máu dồn về tim.
 - + Cấp cứu viên quỳ một bên nạn nhân ngừng tim.
 - + Đặt hai gốc bàn tay lên 1/3 dưới của xương ức, tay này chống lên tay kia, các ngón tay, bàn tay dưới xuôi theo xương ức, hướng về nạn nhân.
 - + Dồn sức nặng của thân mình qua hai gốc bàn tay ấn xuống lồng ngực nạn nhân 60-80 lần / phút. Cùng lúc người thứ hai làm động tác hô hấp nhân tạo (từ 16 đến 18 lần/phút)

2. Chăm sóc, điều trị sốc bỏng:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi nước tiểu: số lượng, màu sắc, độ pH, tỉ trọng. Lấy nước tiểu làm xét nghiệm tế bào, cặn lắng.

3. Thay băng hàng ngày:

- Thay băng rửa vết thương bằng nước muối sinh lí 9‰.
- Cắt lọc dần phần da, cơ hoại tử.
- Không cắt bỏ những mạch máu, thần kinh bị lộ ra ở buồng băng.
- Dùng các loại màng sinh học phủ lên ổ khuyết khi đã cắt bỏ hoại tử.
- Phát hiện những dấu hiệu bất thường báo cho bác sĩ.

4. Theo dõi chảy máu thứ phát:

- Đặt garô chèn phía trên chi thể bị bỏng.
- Giải thích cho người nhà và gia đình người bệnh cùng phối hợp để theo dõi.
- Khi có chảy máu, garô ngay và báo cáo bác sĩ xử trí.
- Trong trường hợp không có garô dùng các ngón tay chèn đường đi của các động mạch.

5. Theo dõi tiến triển của vùng bỏng sâu hoại tử thứ phát.**6. Tập vận động:**

- Đối với những người bệnh bỏng nặng vùng chi thể tập cho người bệnh vận động tại chỗ tránh ứ đọng.
- Những người bệnh bỏng vùng khớp, các ngón chân, tay tập vận động, xoa bóp hàng ngày, kết hợp lí liệu pháp làm cho khớp mềm mại.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá ghi chép tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh vào phiếu theo dõi vào chăm sóc.
- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo với bác sĩ để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh an tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh đảm bảo chế độ ăn giàu dinh dưỡng, chế độ vệ sinh cá nhân.
- Hướng dẫn người bệnh luyện tập phục hồi chức năng các khớp.

10. DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH BỊ BỎNG ĐƯỢC NUÔI BẰNG ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. MỤC ĐÍCH

Ở những người bỏng vừa hoặc nặng khi có rối loạn tiêu hoá luôn lợm giọng, buồn nôn, nôn, không thèm ăn, không chịu ăn nhưng không có các biến chứng cấp đường tiêu hoá, không bị chướng dạ dày- ruột có chỉ định nuôi người bệnh bằng dung dịch nuôi qua ống thông dạ dày nhằm mục đích đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh, phòng chống suy mòn bỏng.

II. CHUẨN BỊ

- Ống thông cho ăn bằng chất dẻo, mềm (polietilene) dài 1mét đến 1,5 mét, cỡ đường kính chọn phù hợp theo lứa tuổi.
- Ống thông vô khuẩn, bôi vaselin hoặc glicerol vô khuẩn cho trơn, được bọc trong một túi nilon vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ: hệ thống ống nhỏ giọt và chai đựng dịch nuôi treo trên một cái giá di động.
- Dịch nuôi đựng trong chai theo số lượng: 500ml - 1000ml theo y lệnh. *Dịch nuôi được bộ phận dinh dưỡng của bệnh viện tự pha chế theo các công thức đã quy định hoặc các dịch nuôi được các hãng dược phẩm pha chế sẵn như: aminopeptid, Dextrosol, dung dịch đạm thủy phân... Tất cả các dịch nuôi phải được bảo đảm theo các quy tắc an toàn thực phẩm một cách nghiêm ngặt chỉ được pha trước khi nuôi (nếu bảo quản phải để ở tủ lạnh).*
- Một số dụng cụ theo dõi chăm sóc như: nước uống, ca, chậu, khăn, huyết áp kế, nhiệt độ...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám người bệnh: đếm mạch, huyết áp động mạch, nhiệt độ.
- Kiểm tra vùng miệng mũi, vùng ổ bụng. Lau sạch vùng mũi, mồm.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Tư thế người bệnh ngồi, đầu cúi về phía trước, trải một khăn che lên phía bụng và đùi người bệnh.

- Đánh dấu chiều dài của ống thông cho ăn (bằng cách đo từ cánh mũi vòng qua dái tai cùng bên tới mồm xương ức, tương ứng với tâm vị).
- Cho ống thông qua đường lỗ mũi một cách nhẹ nhàng, khi ống xuống tới họng người bệnh làm động tác nuốt để ống tự xuống qua thực quản rồi qua tâm vị vào tới dạ dày. Khi ống đã vào tới dạ dày (chiều dài ống vào được ở người lớn thường là từ 50-60cm).
- Nếu người bệnh buồn nôn khi ống vào tới họng, ho sặc sụa và tím tái hoặc ống bị quẩn vòng ngay tại họng mà không xuống thực quản được, rút ống ra và làm lại.
- Kiểm tra xem ống đã chắc chắn vào đúng dạ dày bằng cách sau:
 - + Hút dịch vị dạ dày: dùng bơm tiêm hút nếu có dịch dạ dày chắc chắn là được.
 - + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước, nếu không sủi bọt chắc chắn là được.
- Sau đó dùng băng dính cố định đầu ngoài ống thông vào má hoặc trán.
- Nối ống thông và mở hệ thống nhỏ giọt để tốc độ chảy 30 đến 60 giọt/ phút (như thế cứ 2 giờ sẽ đạt 150-200ml dịch nuôi vào dạ dày). Trong 24 giờ nuôi 4-6 lần như trên. Những ngày đầu chỉ nuôi 500ml/24giờ. Từ ngày thứ 5 trở đi, tăng dần lượng dịch nuôi hàng ngày lên tới 1000ml rồi 2000ml đến 3000ml. Mức tối đa có thể tới 4000ml/24giờ nhưng số lượng này tùy mức thích nghi chịu đựng của từng người bệnh.
- Không nên cho người bệnh ăn quá nhiều ngay từ đầu vì người bệnh dễ bị tiêu chảy. Nếu bị tiêu chảy phải giảm số lượng dịch nuôi. Các chai dịch nuôi ngay trước khi dùng phải được ngâm ấm lên tới 38°C để khi vào dạ dày không gây hạ nhiệt khó tiêu hoá.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi nhỏ giọt đợt 1 (2 giờ đầu) cần lấy mạch, đo huyết áp động mạch, đo nhiệt thân, xem tình trạng ổ bụng và trạng thái hô hấp, hỏi cảm giác người bệnh rồi ghi hồ sơ và báo cáo.
- Những đợt nuôi tiếp theo vẫn cần theo dõi tốt để tránh các biến chứng như ống thông vào đường thở, việc đặt ống thông liên tục nhiều ngày ở người bệnh suy mòn bông có thể gây biến chứng loét thủng thành thực quản.
- Hàng ngày cần theo dõi kết quả nuôi dưỡng (da, niêm mạc, cân nặng...) và cần chăm sóc vệ sinh miệng, họng, mũi và báo cáo bác sĩ điều trị.
- Khi thôi nuôi dưỡng theo y lệnh, thì rút ống thông ra và ghi vào bệnh án.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH VÀ NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn người bệnh không được tự động rút ống thông ra vì khó chịu.
- Hướng dẫn người thân chăm sóc chú ý theo dõi tình trạng thở, chương bụng, tiêu chảy để báo cáo.

11. THEO DÕI CHĂM SÓC BỎNG TRẺ EM

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi các triệu chứng: phòng tránh và phát hiện các biến chứng.
- Chăm sóc, nuôi dưỡng và vệ sinh cho trẻ.

II. CHUẨN BỊ

- Có đầy đủ dụng cụ theo dõi người bệnh bỏng nặng: nhiệt kế, bộ đo huyết áp....
- Làm tốt công tác tiếp xúc với bệnh nhi và gia đình.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Theo dõi toàn thân và các cơ quan, phát hiện và xử trí kịp thời các cấp cứu.

1. Toàn thân:

- Theo dõi thân nhiệt. Nếu có sốt phải theo dõi tính chất cơn sốt (sau thay băng, rét run từng cơn...).
- Tình trạng da và niêm mạc: phát hiện các biểu hiện như thiếu oxy, xuất huyết dưới da, nốt ecthyma, da và niêm mạc vàng (cần có chế độ cách li trong khi chờ chẩn đoán xác định).
- Phù nề toàn thân, theo dõi cân nặng (để phòng truyền nhiễm dịch gây phù phổi cấp).
- Co giật (do sốc bỏng, do sốt cao, do hạ đường máu...).
- Hạ thân nhiệt: vỗ mông hồi, chân tay lạnh.

2. Tâm thần kinh:

Theo dõi các biểu hiện:

- Li bì, thờ ơ, giảm cảm giác.
- Mê sảng, quấy khóc, vật vã (sốc bỏng, sốc nhiễm khuẩn).

3. Tuần hoàn:

- Theo dõi mạch (tần số, trương lực), huyết áp.
- Phát hiện huyết áp hạ (sốc) hoặc tăng (nhất là cơn tăng huyết áp kịch phát ở trẻ em sốc bỏng).
- Luôn đề phòng cơn tụt huyết áp, ngừng thở, ngừng tim ở người bệnh suy mòn nặng, nhiễm khuẩn huyết.

4. Tiêu hoá:

Theo dõi

- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, bỏ bú, ăn kém, chướng bụng.
- Đột ngột ăn khoẻ lên: không cho ăn quá no gây khó thở.
- Tình trạng đại tiện: táo bón, ỉa lỏng (số lần, tính chất).
- Tình trạng xuất huyết tiêu hoá (nôn ra máu, ỉa phân đen).
- Tình trạng bụng chướng: gây suy thở.

- Nếu nôn: cần để đầu trẻ nghiêng về một bên để tránh hít phải chất nôn và tránh chất nôn làm tắc đường hô hấp.

5. Hô hấp:

- Phát hiện suy hô hấp cấp: tím tái, thở nhanh nông trên 50 lần/ phút hoặc rối loạn hô hấp có chu kỳ.
- Dự phòng sặc sữa hoặc thức ăn và xử trí kịp thời.
- Theo dõi tần số hô hấp.
- Dự phòng viêm phổi phế quản: giữ ấm về mùa đông, vỗ rung lồng ngực.
- Bảo đảm lưu thông đường thở.

6. Theo dõi số lượng nước tiểu theo chỉ định: màu sắc nước tiểu, phát hiện cầu bàng quang.

7. Chăm sóc chống loét: tập vận động sớm, xoa bóp vùng tì đè, thay đổi tư thế.

8. Chăm sóc nuôi dưỡng:

- Ăn uống theo đường miệng, càng sớm càng tốt (cho bú sớm).
- Không phải kiêng, ăn tăng đậm, hoa quả.
- Nếu ăn qua ống thông: giữ vệ sinh thức ăn và dụng cụ cho ăn.

9. Vệ sinh thân thể:

- Vệ sinh miệng, răng, lưỡi: chú ý chống nhiễm nấm *Candida albicans*.
- Duy trì liệu pháp tắm.
- Giữ vệ sinh cơ thể, đặc biệt các vùng (nách, bẹn, sinh dục) tránh viêm da. Giữ không để dính phân và nước tiểu ra vết thương.

10. Chăm sóc theo dõi tại chỗ:

- Giữ vệ sinh vùng bông, thay băng theo quy trình.
- Phát hiện tình trạng xuất huyết, hoại tử thứ phát vết bông.

11. Theo dõi chăm sóc các dụng cụ:

- Theo dõi chăm sóc các dụng cụ: mở khí quản, ống thông dạ dày, hậu môn, catheter, ống thông bàng quang... theo quy định.
- Duy trì tốt đường truyền, bảo vệ tốt đường tĩnh mạch.
- Theo dõi sát dịch truyền (quá nhiều gây phù não, phù phổi): tổng lượng dịch, thứ tự dịch truyền, tốc độ truyền dịch.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tại chỗ và toàn thân, ghi chép diễn biến vào bảng theo dõi - chăm sóc
- Bàn giao người bệnh theo chế độ quy định.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh và gia đình yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn giữ vệ sinh và chế độ ăn uống.

12. CHĂM SÓC, THEO DÕI NGƯỜI CAO TUỔI BỊ BỎNG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi các triệu chứng, diễn biến toàn thân và tại vùng bỏng.
- Kịp thời phát hiện các diễn biến khác thường, các biến chứng để xử trí kịp thời.
- Thực hiện các y lệnh điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chuẩn bị dụng cụ: bộ dụng cụ theo dõi người bệnh thông dụng như bộ đo huyết áp động mạch, nhiệt kế.
- Bô, vệt, ca, khăn, chậu, xà phòng, túi chườm, đệm chống loét, túi sưởi ấm.

2. Người bệnh:

Đánh giá mức độ tổn thương bỏng, diễn biến bệnh bỏng, bệnh khác kết hợp, tình hình tâm lý - xã hội - kinh tế qua bệnh án và hỏi gia đình người nhà.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hỏi người bệnh: họ tên, tình trạng ngủ, ăn, uống, đại tiểu tiện, đi lại, thở, nuốt, nóng lạnh, đau mỗi và một số yêu cầu của người bệnh, chú ý người già thường bị ngênh ngãng khi nghe, mắt nhìn kém, có người ở trong tình trạng suy giảm trí tuệ, lẫn trí khôn, có người có rối loạn cơ vòng gây tiểu tiện không tự chủ.... có người xơ vữa mạch với cơn huyết áp cao.
- Khám người bệnh: nhìn da, niêm mạc phát hiện các vùng da bị tê đê thâm do nằm kéo dài, tiến hành rửa sạch bằng nước ấm với xà phòng, lau thấm khô rồi dùng đệm chống loét. Nếu có bột talc thì bôi rắc vào vùng da đó. Nếu có biểu hiện viêm loét cần thay băng rửa sạch, dùng gạc tẩm thuốc mỡ madhuxin đắp phủ đầy lên và thay băng hàng ngày theo y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Nếu phát hiện tiểu tiện không tự chủ phải làm vệ sinh vùng tăng sinh môn, đặt bô vệt và thay rửa kịp thời. Tránh để phân, nước tiểu gây nhiễm bẩn vào vết thương bỏng vùng lân cận.
- Nếu phát hiện tắc nghẽn đường thở do đàm dãi ứ trong khí phế quản, để người bệnh ở tư thế Fowler (nửa nằm, nửa ngồi, đầu nghiêng sang một bên), lau hút đàm dãi ở họng mũi, bảo đảm thông khí, động viên người bệnh tập ho, khạc nhổ đàm, tự thở đều, bảo đảm thoáng khí trong buồng bệnh.
Cần xoa bóp vùng nền ngực, hai bên lưng. giữ ấm vùng ngực, cổ khi trời tiết lạnh. Nếu viêm họng, ho thực hiện y lệnh về khí dung, dùng thuốc long đàm, giảm ho.
- An ủi động viên người bệnh.

- Bảo đảm việc dinh dưỡng cho người già, răng mọc, răng rụng bằng cách cho ăn thức ăn lỏng, mềm, dễ tiêu, hợp khẩu vị người già. Chú ý chống các rối loạn tiêu hoá, táo bón.
- Nếu có các biểu hiện bệnh kèm theo: cao huyết áp, tim mạch, đái tháo đường, hen phế quản, viêm khớp... hoặc có di chứng tai biến mạch máu não, liệt chi... cần thực hiện công tác theo dõi chăm sóc đặc biệt. Cần lưu ý người già có thể có những diễn biến đột ngột nên cần phải theo dõi chăm sóc thực hiện đúng y lệnh, nghiêm túc, chu đáo.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá:
 - + Diễn biến tại vết bỏng, vùng mổ, vùng ghép da...
 - + Diễn biến bệnh bỏng.
 - + Diễn biến các bệnh kèm theo.
- Ghi hồ sơ: các thông số theo dõi và diễn biến của người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ những diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình hiểu rõ về bệnh tật.
- Hướng dẫn chế độ ăn thích hợp với người già.
- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh tránh nhiễm khuẩn vùng bỏng.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG VÙNG MẶT

I. MỤC ĐÍCH

Mặt là vùng ghồ ghề, xương nhô ra (xương gò má), có các giác quan, các lỗ tự nhiên, có cơ quan hô hấp, tiêu hoá. Da vùng mặt có nhiều mạch máu nên khi bỏng thường phù nề rất mạnh, khi bỏng nông dịch xuất tiết thường đóng khô tạo vảy. Vùng mặt là nơi thẩm mỹ, biểu hiện cảm giác. Bỏng vùng mặt thường kèm theo bỏng hô hấp khi hít thở các khí khói nóng trong các buồng kín, các hầm sâu.

Mục đích chăm sóc bỏng vùng mặt:

- Theo dõi và phát hiện các biến chứng.
- Thực hiện y lệnh.

II. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.
- Bộ dụng cụ thay băng (nĩa, kéo, bông, gạc).
- Lọ thuốc tra mắt cloramphenicol 4⁰/₁₀₀.
- Kéo cắt tóc, bộ dao cạo râu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Cần nhanh chóng phát hiện có biểu hiện bỏng hô hấp kèm theo:**

- Thường do bỏng lửa, bỏng trong phòng kín.
- Biểu hiện lông mũi, tóc, lông mày bị cháy sém.
- Người bệnh có biểu hiện khó nói, nói khàn hoặc không nói được.
- Nặng hơn: biểu hiện suy hô hấp (khó thở, môi tím tái, thở nhanh):
 - + Người lớn: trên 30 lần/phút.
 - + Trẻ em: trên 50 lần/phút.
- Khi có bỏng đường hô hấp: nguy cơ suy hô hấp luôn xảy ra, cần theo dõi sát (hộ lí cấp I).

2. Theo dõi tình trạng phù nề vùng mặt:

- Phù nề rất to trong 3 ngày đầu, có thể dẫn đến nguy cơ chèn ép đường thở.
- Phát hiện triệu chứng chèn ép đường thở, người bệnh có biểu hiện suy hô hấp: báo cáo ngay bác sĩ.
- Cho người bệnh nằm đầu cao (tư thế Fowler).
- Phân biệt với phù nề do truyền dịch:
 - + Liên quan lượng dịch và vị trí truyền dịch vùng đầu.
 - + Biểu hiện phù nề rõ hai mí mắt và phù nề toàn thân.

3. Chăm sóc theo dõi vết thương bỏng vùng mặt:*a. Bỏng nông:*

- Có thể để hở, dịch xuất tiết đóng khô tạo vảy.
- Theo dõi tình trạng dịch tiết, dịch mủ. Nếu có mủ đọng dưới vảy: xử trí như vết bỏng nhiễm khuẩn.
- Khi vảy khô, không nhiễm khuẩn: bôi các mỡ kháng sinh, mật ong, glycerinborat 3% ở hai bên miệng.
- Khi vảy bong: kịp thời cắt bỏ vảy.

b. Bỏng sâu:

- Băng kín, điều trị theo phác đồ điều trị vết bỏng nhiễm khuẩn.
- Theo dõi dịch tiết, mủ, băng bỏng gạc vừa đủ dày, không để thấm qua gạc, chảy qua gạc vào các lỗ: mũi, tai, miệng hoặc chảy vào mắt.
- Băng kín vết bỏng nhưng không che kín các giác quan, lỗ tự nhiên.

c. Vệ sinh vết bỏng theo quy định:

- Cạo tóc, cạo râu, đặc biệt trước khi đi mổ.
- Định kì tắm, gội đầu: 1-2 ngày / lần, bằng các dung dịch xà phòng diệt khuẩn.

4. Chăm sóc theo dõi bỏng ở vị trí đặc biệt trên mặt:*a. Bỏng tai:*

- Bỏng có nốt phỏng, bỏng sâu nên băng kín.
- Nút bông lỗ tai tránh dịch xuất tiết, mủ chảy vào.
- Khi bỏng sâu có tổ chức hạt: nút ống polyethylen tránh dính gây bịt lỗ tai.

- Phát hiện triệu chứng viêm sưng vành tai: tai sưng to nóng đỏ, có điểm mủ động, hờ sưng vành tai màu trắng. Toàn thân thường kèm theo sốt: báo bác sĩ, thực hiện y lệnh.

b. Bọng mắt:

- Tra thuốc theo đơn của bác sĩ chuyên khoa mắt.
- Thường xuyên có bông thấm dịch mủ, dịch xuất tiết từ vết bọng mắt.
- Thấm bông không để dịch mủ từ vết bọng xung quanh chảy vào mắt, tra rửa mắt bằng cloramphenicol 4⁰/_∞ 4-6 lần/ ngày.
- Phát hiện bọng sâu gây co kéo làm lộn mi: mắt không nhắm kín, nhìn thấy củng mạc, phải cáo bác sĩ ngay.
- Cấp cứu bọng hoá chất:
 - + Dùng dung dịch đệm (đệm photphas, đệm citric) là tốt nhất cho cả bọng do kiềm, do acid. Nếu không có: dùng dung dịch đẳng trương 9‰, nước sạch, nước cất rửa liên tục tới khi pH của dịch tiết (đo bằng giấy quỳ) trung tính.
 - + Với bọng do vôi bột, vôi cục: cần gấp bỏ nhẹ nhàng sau đó mới rửa.
 - + Chuyển bác sĩ chuyên khoa xử trí sau khi sơ cứu.

c. Bọng mũi:

- Thấm, lau thường xuyên không để dịch xuất tiết, mủ chảy vào lỗ mũi.
- Nếu bọng sâu gây khuyết hụt một phần mũi: đặt một miếng polyethylen tránh gây dính, co kéo tắc lỗ mũi.
- Bọng niêm mạc mũi: yêu cầu thường xuyên làm thông thoáng đường thở:
 - + Hút dịch xuất tiết, mủ máu: yêu cầu nhẹ nhàng không gây chảy máu.
 - + Tra rửa dung dịch sát khuẩn: cloramphenicol 4⁰/_∞.
 - + Gấp bỏ nhẹ nhàng các cục dị vật, dịch xuất tiết khô tạo cục.
 - + Luôn theo dõi để phòng suy hô hấp cấp.

d. Bọng miệng:

- Thấm lau thường xuyên không để dịch xuất tiết, mủ ở vết bọng lân cận chảy vào miệng.
- Giữ vệ sinh răng miệng: xúc miệng, đánh răng sau khi ăn, không để thức ăn rơi, chảy vào vết bọng xung quanh.
- Bọng sâu vùng miệng: khi băng nhớ tách hai mép của môi.
- Bọng niêm mạc miệng: xúc miệng bằng nước sạch, nước muối. Sau đó nếu bọng do hoá chất: xúc miệng bằng dung dịch trung hoà nhẹ (nước vôi nhè, natribicacbonat 3-5% với bọng do acid; chanh, đường, sữa (acid nhẹ) và acid boric 3-5% với bọng do kiềm).
- Những ngày sau xúc miệng bằng dung dịch sát khuẩn nhẹ: glycerin borat 3 - 5% bôi mặt ong...
- Luôn ghi nhớ bọng niêm mạc miệng thường kèm theo bọng đường tiêu hoá: điều trị theo phác đồ.

5. Chăm sóc tâm lý:

Làm tốt công tác tâm lý liệu pháp đặc biệt ở lần soi gương đầu tiên và với phụ nữ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.
- Ghi chép diễn biến vào bảng theo dõi chăm sóc, đặc biệt chú ý trạng thái hô hấp.
- Báo cáo bác sĩ nếu phát hiện dấu hiệu bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên người bệnh an tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình giữ vệ sinh, tránh nhiễm khuẩn nhất là vùng răng, miệng, mắt...

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÔNG BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

Phục hồi chức năng vận động và cảm giác của bàn tay.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ thay băng vô khuẩn: bông băng gạc vô khuẩn.
- Nhân viên y tế: mặc quần áo công tác, rửa tay và đi găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thay băng vô khuẩn vùng bàn tay bị bông theo quy trình.
- Đặt lớp gạc thuốc đắp tại chỗ vào các khe kẽ ngón tay để tránh hiện tượng dính các ngón tay sau này.
- Đặt bàn và ngón tay ở tư thế cơ năng: chèn vào gan tay một nắm gạc bông vừa phải, bàn tay để ở tư thế nửa sấp nửa ngửa.
- Treo tay cao để giảm phù nề.
- Tập vận động sớm các khớp ngón tay, bàn tay để tránh cứng khớp và dính khớp.
- Đối với bông sâu vùng bàn ngón tay, cần báo cáo cho bác sĩ ngay để sớm tiến hành rạch hoại tử bông tránh hiện tượng chèn ép kiểu garô.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá: tình trạng vết bông giảm phù nề, hiện tượng biểu mô hoá tốt.
- Theo dõi ghi hồ sơ: tình trạng phù nề, dính khớp, cứng khớp.
- Báo cáo bác sĩ điều trị khi phù nề bàn ngón tay tăng dần, hoặc khi có chảy máu do tổn thương các mạch máu ở ngón tay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh vết bỏng.
- Hướng dẫn người bệnh tập vận động bàn, ngón tay.
- Treo tay cao để giảm phù nề.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG TẦNG SINH MÔN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo vệ sinh vết bỏng vùng tầng sinh môn.
- Hạn chế nhiễm khuẩn vết bỏng do các vi khuẩn xâm nhập từ đường tiêu hoá.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Dụng cụ thay băng vô khuẩn, thuốc rửa vết bỏng, thuốc đắp tại chỗ vết bỏng.
- Băng băng, gạc vô khuẩn.

2. Nhân viên:

Trước khi thay băng phải rửa tay vô khuẩn và đi găng vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thay băng hàng ngày theo quy trình:

- Dùng bông cầu thấm dung dịch natriclorid 0,9% hoặc dung dịch rivanol 1%, dung dịch berberin 1‰ hoặc dung dịch povidin 3%.
- Rửa vết bỏng vùng tầng sinh môn từ vùng sạch đến vùng bẩn, cuối cùng rửa vùng hậu môn.
- Thấm khô vùng bỏng bằng gạc vô khuẩn.
- Đối với bỏng nông: để hở hoặc bán hở theo chỉ định.

2. Theo dõi trong ngày:

Sau mỗi lần người bệnh đi vệ sinh, cần phải rửa lại tầng sinh môn như các bước khi thay băng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng vết bỏng: không để nước tiểu và phân dính vào vết thương bỏng.
- Theo dõi ghi hồ sơ: số lần tiểu tiện và đại tiện, tình trạng nhiễm trùng vết bỏng.
- Báo cáo bác sĩ khi người bệnh tiêu chảy nhiều lần để cho thuốc chống tiêu chảy hạn chế phân dính vào vết bỏng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh cần giữ vệ sinh tốt mỗi lần đi vệ sinh, tránh làm dính phân và nước tiểu vào vết bỏng.

**16. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ
DI CHỨNG BỎNG VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH****I. MỤC ĐÍCH**

Phẫu thuật người bệnh di chứng bỏng và phẫu thuật tạo hình là loại phẫu thuật có chuẩn bị trước về mọi mặt để đảm bảo an toàn tính mạng và kết quả của phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

- Hồ sơ bệnh án, kiểm tra các thủ tục về bệnh án, tư trang, viện phí... buồng bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh làm xét nghiệm đầy đủ.
- Kiểm tra cân nặng, mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.
- Vệ sinh vùng lấy da và ghép da sau cắt sẹo hoặc tạo hình.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn người bệnh nhịn ăn để làm các xét nghiệm cơ bản.
- Cân người bệnh, thử phản ứng thuốc tại khoa.
- Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.
- * *Trước ngày phẫu thuật:*
 - Nếu là phụ nữ: hỏi xem có bị hành kinh không? phải kiểm tra cụ thể để phòng người bệnh không dám nói.
 - Vệ sinh vùng mổ: theo hướng dẫn của bác sĩ.
 - Ví dụ: tắm, cạo lông vùng lấy da, băng vô trùng. Cắt móng tay, móng chân (nếu ở vùng cần phẫu thuật).
- * *Ngày mổ:*
 - Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - Tiêm thuốc tiền mê (nếu có)
 - Mặc quần áo người bệnh và đưa lên phòng mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo cho bác sĩ biết về tình trạng người bệnh: ho, sốt... hoặc có xét nghiệm nào nghi ngờ.
- Phụ nữ bị hành kinh thì có kế hoạch xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tối ngày trước mổ: phải nghỉ tại khoa, uống thuốc (nếu có).
- Động viên người bệnh yên tâm khi lên bàn mổ.
- Buổi sáng trước khi mổ phải nhịn ăn, uống, thụt tháo (nếu có chỉ định).
- Để lại tất cả tiền, đồng hồ, hoặc các đồ trang sức cho người nhà giữ hoặc gửi tại khoa (có 02 nhân viên chứng kiến và có giấy biên nhận).

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ DI CHỨNG BỎNG VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

I. MỤC ĐÍCH

Để đảm bảo cho kết quả phẫu thuật và xử trí kịp thời sau phẫu thuật.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Ngày mổ:**

- Đón người bệnh về buồng hậu phẫu.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch, nhịp thở ghi vào bảng theo dõi.
- Ghi nhận bàn giao người bệnh với phòng mổ về thời gian và các số liệu kiểm tra.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ huyết áp theo giờ quy định.
- Theo dõi vùng mổ về: chảy máu, màu sắc tuần hoàn ở đầu chi (nếu phẫu thuật ở chi).
- Theo dõi tình trạng khó thở.
- Nếu người bệnh bị nôn: cho nằm nghiêng đầu, lau, hút đờm dãi.
- Theo dõi tình trạng tiểu tiện, đại tiện.
- Đặt nẹp cố định hoặc tham gia cùng bác sĩ làm nẹp bột.
- Tiêm truyền thuốc theo chỉ định.

2. Những ngày sau mổ:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp ngày 2 lần hoặc theo giờ tùy theo tình trạng người bệnh.
- Tình trạng chảy máu vùng mổ.
- Tuần hoàn chi, màu sắc ngón, tình trạng phù nề, đau tức tại vùng mổ.
- Thay băng, cắt chỉ từng phần theo chỉ định của bác sĩ.

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi ngay sau mổ và những ngày sau mổ, có điều gì bất thường phải báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Ghi hồ sơ các thông số phải theo dõi và tiến triển tại vùng mổ.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi người bệnh tỉnh mới cho người bệnh uống sữa hoặc ăn thức ăn lỏng, dễ hấp thu.
- Sau ăn, uống mà không bị nôn sẽ cho uống thuốc hoặc tiêm thuốc theo chỉ định.
- Hướng dẫn người bệnh giữ gìn vệ sinh vùng mổ, tập vận động vùng mổ ở khớp hoặc thời gian và cách đặt nẹp ở vùng mổ, nhất là trẻ em phải động viên kịp thời.

**18. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ
TẠO HÌNH DI CHỨNG BỎNG VÙNG MẶT CỔ****I. MỤC ĐÍCH**

- Tạo hình vùng mặt cổ để phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh di chứng bỏng.
- Ở vùng mặt cổ có nhiều cơ quan chức năng: mắt, mũi, miệng, tai, tóc nên cần chuẩn bị chu đáo.

II. CHUẨN BỊ

Người bệnh:

- Nhìn ăn sáng để làm xét nghiệm.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng.
- Khám các chuyên khoa (nếu cần).
- Vệ sinh vùng cơ thể phải lấy da hoặc vùng mổ theo chỉ định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn người bệnh nhịn ăn để làm xét nghiệm.
- Cân người bệnh, thử phản ứng thuốc.
- Khi có xét nghiệm về dán vào bệnh án theo mẫu quy định.

** Trước ngày mổ:*

- Vệ sinh: tắm, cạo lông bằng vô trùng vùng lấy da, cắt tóc, cạo tóc (nếu có chỉ định)
- Nghỉ tại khoa.
- Uống thuốc (nếu có).

** Ngày mổ:*

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Tiêm thuốc tiền mê (nếu có).
- Nếu là nữ: cân đội mũ bịt tóc cho gọn (nếu không phải cắt tóc).
- Kiểm tra tư trang không được mang theo khi đi vào phòng mổ.
- Mặc quần áo người bệnh.
- Đưa người bệnh lên phòng mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cho bác sĩ biết nếu người bệnh: sốt, ho hoặc có xét nghiệm nào nghi ngờ, phụ nữ mới bị kinh nguyệt để có biện pháp xử trí.
- Báo cáo bác sĩ về tư tưởng người bệnh, họ có thể thay đổi muốn hoặc không muốn mổ ở vị trí này, vị trí khác trên mặt.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tối ngày trước mổ phải nghỉ tại khoa, không thức khuya, uống thuốc (nếu có).
- Động viên người bệnh yên tâm để mổ.
- Nhịn ăn, uống sáng ngày mổ.
- Để lại tất cả tiền đồng hồ, đồ trang sức cho người nhà giữ hoặc giữ tại khoa (có 2 nhân viên chứng kiến và có giấy biên nhận)

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TẠO HÌNH DI CHỨNG BÔNG VÙNG MẶT CỔ

I. MỤC ĐÍCH

Để đảm bảo cho tính mạng người bệnh và kết quả phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

- Buồng hậu phẫu: có đầy đủ phương tiện như bộ tiểu phẫu, bông băng gạc, thuốc cấp cứu, máy hút, bình oxy.
- Dụng cụ đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, bảng ghi theo dõi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiếp nhận, bàn giao với phòng mổ về tình trạng người bệnh.
- Theo dõi, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo chỉ định của bác sĩ ghi vào phiếu theo dõi chăm sóc.
- Điều quan trọng cần theo dõi chăm sóc khi phẫu thuật vùng mặt cổ:
 - + *Tình trạng hô hấp* (nếu băng ép ở vùng cổ, phẫu thuật vùng mũi), bảo đảm lưu thông đường thở. Cần lau rửa ống thông đặt ở lỗ mũi người bệnh.
 - + *Tình trạng chảy máu sau mổ*: chảy máu tại mũi (có thể gây chảy máu tràn vào đường hô hấp), chảy máu ở các vết da chuyển.

* *Mổ vùng miệng*:

- Khi người bệnh chưa tỉnh hẳn hoặc bị nôn, chất nôn dễ bị tràn vào đường hô hấp, phải cho người bệnh nghiêng đầu, lau miệng. Chất nôn để ngấm vào bông gạc, gây nhiễm trùng phải thay băng lại.

* *Phẫu thuật vùng quanh mắt:*

- Cần nhỏ thuốc nước (chloromycetin) ngày 2 -3 lần, lau sạch dịch, rỉ mắt.
- Thay băng: là kĩ thuật có tính chuyên khoa thực hiện theo chỉ định của bác sĩ về thời gian và kĩ thuật để hở, bán hở, băng kín, thuốc sử dụng tại chỗ, cắt chỉ.

* *Chú ý: không để côn, dung dịch sát khuẩn chảy vào mắt, mũi, người bệnh.*

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Trong khi theo dõi người bệnh thay băng có vấn đề gì nghi ngờ (nhất là thay băng khi đầu) cần báo cho bác sĩ kiểm tra trực tiếp để xử lí kịp thời.
- Khi có điều gì bất thường cần báo ngay cho bác sĩ hoặc kíp trực biết để có biện pháp xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn khi ra viện cần giữ vệ sinh, giảm tiếp xúc với ánh sáng mặt trời ở vùng ghép da mặt, chế độ ăn uống.

20. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ DI CHỨNG BÔNG BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

Công tác điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước mổ di chứng bông bàn tay nhằm đảm bảo cho cuộc phẫu thuật tạo hình được thuận lợi với kết quả cả về chức năng và thẩm mĩ.

II. CHUẨN BỊ

- Khám bàn tay bị di chứng theo các loại sẹo (sẹo sơ, sẹo phì đại, sẹo lồi, sẹo gây co kéo, sẹo dính) và các mức độ khuyết phế tật để có kế hoạch chuẩn bị cho phẫu thuật.
- Nắm tình hình chung của người bệnh đã được mổ trước kia để chuẩn bị tư tưởng. Nếu mổ lấy vật da cần chuẩn bị tốt tư tưởng người bệnh.
- Chuẩn bị bộ dụng cụ vệ sinh chi thể (chậu nước, xà phòng, khăn, kéo cắt móng tay, dao cạo lông...) và bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn.
- Chuẩn bị theo y lệnh các loại nẹp bàn ngón tay thích hợp với người bệnh và loại phẫu thuật tạo hình bàn ngón tay. Chuẩn bị băng bột theo y lệnh.
- Chuẩn bị máu truyền theo y lệnh (nếu có).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vệ sinh vùng mổ: bàn ngón tay, kẽ tay, cắt các móng tay, rửa nước ấm, xà phòng, thấm khô, sát khuẩn cồn 70°C, sát khuẩn các đầu móng tay bằng cồn iod. Cần chú ý các kẽ hẹp chứa các ghết bụi. Sau khi làm vệ sinh sạch, băng lại (băng vô khuẩn).
- Vệ sinh vùng lấy da: tùy loại lấy da (mảnh mỏng, vừa, dày; vật da: tại chỗ, chuyển từ xa...) theo y lệnh làm vệ sinh vùng lấy da bao gồm: cạo lông, rửa da sạch bằng nước ấm xà phòng, lau khô sát khuẩn bằng cồn 70°C, băng vùng lấy da bằng gạc vô khuẩn kín.
- Chuẩn bị theo y lệnh:
 - + Các nẹp bàn ngón tay, các băng bột theo kích thước yêu cầu.
 - + Đo huyết áp động mạch, mạch, nhiệt độ, kiểm tra các xét nghiệm đặc biệt là máu đông, máu chảy.
 - + Thực hiện y lệnh của bác sĩ gây mê trước mổ
 - + Đáp ứng những yêu cầu của người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Sau khi hoàn tất chuẩn bị, ghi vào hồ sơ và báo cáo tổ trưởng điều dưỡng, bác sĩ điều trị và bác sĩ trực.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nhìn ăn sáng hôm mổ, không được ăn uống trước khi gây mê, không được tự bỏ các băng vô khuẩn tại vùng mổ và vùng lấy da.
- Hướng dẫn người thân thực hiện đúng những điều đã dặn người bệnh về chuyên môn trước mổ

21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ DI CHỨNG BÔNG BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

Bảo đảm kết quả của phẫu thuật tạo hình di chứng bông bàn tay cả về chức năng và thẩm mỹ.

II. CHUẨN BỊ

- Các bộ nẹp bàn ngón tay.
- Các phương tiện dụng cụ thay băng, cầm máu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch.

- Theo dõi ý thức người bệnh, hỏi về các cảm giác đau, mất ngủ, kém ăn để báo cáo bác sĩ và chăm sóc hợp lí.
- Theo dõi vùng mổ:
 - + Phù, sưng, viêm nề, tụ máu, chảy máu, toác vết mổ, mủ vùng chân chỉ, hoại tử mảnh da, vật da.
 - + Tình trạng tuần hoàn các ngón đặc biệt là vùng đầu móng ngón: theo dõi xem có tím, mất cảm giác hoặc cảm giác tê, nhức, đau, khó chịu, căng tức.
 - + Theo dõi vùng lấy da: viêm, nhiễm khuẩn, chảy máu, mủ.
 - + Theo dõi các chi được bó bột: tình trạng thiếu máu do bột bó chặt.
- Khi phát hiện các dấu hiệu bất thường phải báo cáo và xử trí theo y lệnh:
 - + Thay băng, cắt chỉ, cầm máu tại chỗ, băng bó sung...
 - + Nới lỏng băng, rạch mở rộng bột.
 - + Tháo mủ, dẫn lưu, băng thuốc kháng sinh, kháng khuẩn tại chỗ.
- Sau giai đoạn bất động để mảnh da ghép, vật da ghép bám sống tốt, cần thực hiện y lệnh về vận động sớm các ngón, các khớp.
- Khi mảnh da hoặc vật da đã sống bám tốt, chuẩn bị cho việc cắt chỉ hoặc phẫu thuật cắt cuống vật da.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các theo dõi trên được ghi hàng ngày vào hồ sơ bệnh án và báo cáo cho bác sĩ.
- Theo dõi, phát hiện các dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình thực hiện nội quy, cách chăm sóc người bệnh theo đúng chế độ, đảm bảo chế độ dinh dưỡng, vệ sinh.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình vận động sớm các ngón tay, các khớp.

Chương X

UNG THƯ

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

Theo dõi, chăm sóc những người bệnh được loại bỏ khối u ra khỏi lồng ngực bằng các thủ thuật cắt đoạn phổi hoặc cắt lá phổi.

II. CHUẨN BỊ

Mổ phổi không phải là một loại phẫu thuật cấp cứu, có thể mổ phiên, chuẩn bị tốt thì kết quả càng khả quan. Người bệnh cần được theo dõi, chuẩn bị tỉ mỉ, chu đáo trước, trong và sau mổ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị trước mổ:

- Phải giải thích trước cho người bệnh để người bệnh an tâm và tin tưởng. Nắm được tình trạng cơ thể, tình trạng bệnh lý và những rối loạn chức năng đang có của người bệnh.
- Làm đầy đủ các xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chức năng gan, điện giải, điện di protein, XQ, làm điện tim, đo chức năng hô hấp v.v...
- Cho người bệnh tập vận động, tập thở và ho khạc 3 lần/ngày.
- Bồi dưỡng, nâng cao thể trạng.

2. Chăm sóc sau mổ: quan trọng nhất là trong 24 giờ đầu.

- Sau khi mổ xong, cho người bệnh nằm tư thế Fowler.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, trong 6 giờ đầu: đo huyết áp, nhiệt độ, đếm mạch, đếm nhịp thở 30 phút/lần. Từ 6-12 giờ cứ 1 giờ 1 lần, sau 12 giờ: 2 giờ 1 lần đến hết 24 giờ.
- Ghi tần số mạch, nhịp thở, giá trị huyết áp lên phiếu theo dõi sau mổ.
- Nối ống dẫn lưu màng phổi vào bình hút, cho hút liên tục với áp lực - 20cm H₂O. Ngày sau có thể tăng áp lực lên - 40cm H₂O (nếu phổi chưa nở hết).
- Theo dõi số lượng máu, dịch hút ra trong bình. Nếu nghi ngờ có chảy máu trong thì phải theo dõi 30 phút - 1 giờ 1 lần.
- Phải đảm bảo hệ thống dẫn lưu được kín, thông suốt, hoạt động theo một chiều bằng van hoặc nhúng vào lọ nước, phải đảm bảo vô khuẩn và ghi vào phiếu sau mổ.
- Bảo đảm sự lưu thông của đường hô hấp: hút đờm dãi khi người bệnh thở khò khè, có đờm và dịch tiết. Chú ý làm sạch ống hút, bảo đảm vô khuẩn.

- Trong 24 giờ sau mổ cho thở O_2 lưu lượng 2 - 4 lít/phút. Sau 12 giờ nếu bệnh nhân thở tốt có thể giảm hoặc ngừng O_2 cho thở ngắt quãng, cứ 2 giờ cho thở một lần khoảng 1 giờ.
- Theo dõi việc truyền dịch, tốc độ truyền (30-60 giọt/phút tùy theo tình hình huyết áp), đo lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Sau khi người bệnh tỉnh, hướng dẫn người bệnh cử động các ngón tay, ngón chân, bàn tay, cổ tay, bàn chân, cổ chân, các khớp, các chi (trừ ở chi có truyền dịch), vận động nhẹ đầu cổ, xoa bóp nhẹ cho người bệnh (6 giờ 1 lần).
- Sau khi người bệnh trung tiện được thì có thể cho ăn nước cháo, xúp, sữa bò v.v... Mổ phổi không ảnh hưởng đến ống tiêu hóa.
- Sau 24 giờ, nếu tình trạng sức khỏe tốt: ngừng truyền dịch, ngừng thở O_2 , đỡ người bệnh ngồi dậy trên giường, bỏ thông chi dưới, tập đi dần. Kiểm tra XQ độ giãn nở của phổi và tình trạng của ổ màng phổi.
- Sau 48 giờ người bệnh có thể ngồi dậy đi quanh giường, ngồi chơi trong buồng bệnh ngoài hành lang v.v... Rút ống dẫn lưu nếu phổi nở tối và ống dẫn lưu khô, khâu kín lỗ dẫn lưu hoặc buộc nút chỉ đã khâu sẵn sau mổ.
- Sau mổ vẫn tiếp tục theo dõi tình hình sức khỏe của người bệnh. Cải thiện môi trường sống cho người bệnh, cho người bệnh tiếp tục tập thở, tập thở và ho khạc đờm, vận động, đi lại.
- Thực hiện đầy đủ các y lệnh của bác sĩ điều trị, tránh sai sót.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi hồ sơ diễn biến bệnh tật của người bệnh vào phiếu theo dõi chăm sóc hàng ngày các thông số như: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tình trạng ống dẫn lưu dịch theo quy định.
- Báo cáo kịp thời những diễn biến của người bệnh với bác sĩ điều trị.

2. CHĂM SÓC TÂM LÍ NGƯỜI BỆNH UNG THƯ

Ung thư gợi nên nỗi sợ đau, lo lắng, phụ thuộc, biến dạng cơ thể và chết. Nỗi sợ bệnh tật quá mức làm người bệnh thường ngạp ngừng, chậm trễ khi khám bệnh, hi vọng rằng các triệu chứng ban đầu sẽ biến đi. Khi được báo tin hoặc bị nghi ngờ mắc ung thư, người bệnh lại quá lo lắng, ngất xỉu hoặc bồn chồn không yên. Điều dưỡng là người theo sát và gần gũi người bệnh, sẽ là cố vấn tinh thần rất quan trọng trong quá trình khám chữa và theo dõi bệnh.

I. MỤC ĐÍCH

- Động viên an ủi người bệnh ở giai đoạn thăm khám và chẩn đoán bệnh ung thư.
- Khuyến khích, hướng dẫn và giúp đỡ người bệnh ở giai đoạn được điều trị bằng các biện pháp chuyên khoa: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, theo dõi...
- Động viên, an ủi khi người bệnh có tái phát hoặc di căn.
- Chăm sóc, giảm đau khi người bệnh ung thư ở giai đoạn cuối, chia buồn và giúp đỡ thân nhân tổ chức tang lễ và sau tang lễ khi người bệnh chết.

II. CHUẨN BỊ

- Cần nắm vững các phản ứng tâm lí khác nhau của người bệnh ung thư ở các giai đoạn mắc bệnh.
- Giải thích cho người nhà, cho người bệnh tạo hứng khởi tích cực.
- Chuẩn bị sách vở, tờ tuyên truyền, sách giải trí, đồ chơi và các vật dụng cần thiết.
- Chuẩn bị thuốc chống đau, phác đồ dùng thuốc.
- Tổ chức đội công tác ngoại trú gồm bác sĩ, y tá, nhà tâm lí và có thể cả những nhà tu hành (nếu có điều kiện) để tới thăm hỏi người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Giai đoạn khám chẩn đoán:**

- Nhiều người bệnh chỉ nghĩ đến ung thư, nhắc đến ung thư đã hoảng hốt mất ăn, mất ngủ. Đọc sách báo tuyên truyền liên hệ với những triệu chứng của mình thế là lo nghĩ luẩn quẩn. Ngược lại nhiều người bệnh lại chủ quan, khi bệnh đã lở loét, di căn hạch mới đi khám bệnh thì đã quá muộn.
- Đối với người mắc bệnh tưởng ung thư phải kiên trì giải thích và trả lời khẳng định. Nếu cần thiết có thể cho làm một vài xét nghiệm đơn giản kiểm tra để chứng minh bệnh tưởng của họ là vô lí.
- Khi bác sĩ thông báo tin ung thư được chẩn đoán xác định cho người bệnh, tình huống thường là gay cấn nhất. Lí tưởng nhất là bác sĩ gia đình hoặc những bác sĩ đã quen xử sự với những tình huống như vậy trực tiếp nói chuyện với người bệnh. Cuộc nói chuyện phải riêng tư, nghiêm túc và không vội vàng, mang đến niềm hi vọng thực sự và đảm bảo cho người bệnh. Bác sĩ, y tá - điều dưỡng luôn sẵn sàng bên cạnh người bệnh, thân nhân của người bệnh có mặt càng tốt. Thông tin cần được trình bày tùy theo hiểu biết của người bệnh. Nếu cần thông tin cho người bệnh từ từ, chia ra từng bước qua 2-3 lần thăm hỏi tiếp xúc. Các lần thông tin cần được nhắc lại, vì sự quá lo lắng có thể làm người bệnh nghe không rõ, hiểu biết lệch lạc và méo mó thông tin.
- Nếu người bệnh choáng váng, mất lòng tin cần nghỉ ngơi, thấy thuốc động viên và hẹn gặp lại vào một buổi khác. Nếu người bệnh tiếp tục thất vọng mất tập trung, hoang tưởng tội lỗi, chán ăn, mất ngủ, rối loạn tâm thần cần tham khảo chuyên khoa tâm thần sớm.
- Nếu người bệnh thất vọng đi tìm các điều trị thay thế như đông y, thuốc lang băm cần ôn tồn phân tích về sự tổn hại về thời gian và tiền bạc cho người bệnh. Nếu cần chấp thuận vừa điều trị đặc hiệu chuyên khoa vừa điều trị đông y.

2. Giai đoạn điều trị:**a. Điều trị phẫu thuật:**

- Hầu hết các người bệnh quan niệm phẫu thuật là phương pháp chữa khỏi tốt nhất. Tuy nhiên do tính chất xâm nhập, phẫu thuật làm cho người bệnh sợ hoặc ngại, người bệnh sẽ sợ đau, sợ tử vong do mê không tỉnh...
- Cần giải thích cho người bệnh là thuốc tê và thuốc mê cắt hoàn toàn cảm giác đau và tỉ lệ tai biến gây mê ít gặp.

- Một số sợ dụng dao kéo vào, ung thư dễ di căn. Sự thực trong một số khối ung thư viêm tấy, việc mổ xẻ vào u hoặc vùng viêm tấy làm phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên, ung thư dễ lan tràn. Khi khối u viêm tấy nóng như vậy, bác sĩ phải chỉ định xạ trị hoặc hóa trị cho u nguội đi rồi mới phẫu thuật. Thực tế, u viêm tấy ít gặp, vì vậy hầu hết các trường hợp phẫu thuật gọn khối u là một sự lựa chọn thuận lợi nhất.

b. Điều trị tia xạ:

- Xạ trị trong ung thư được chỉ định để điều trị triệt căn tạm thời hay kiểm soát u tại chỗ. Các mục đích này cần được giải thích đầy đủ cho người bệnh. Người bệnh luôn có mối lo sợ quá mức cần thiết, lo bị quá liều và lo các tác dụng phụ của xạ trị. Kỹ thuật viên vận hành máy, hoặc điều dưỡng viên cần hướng dẫn người bệnh cả quy trình điều trị, chỉ cho người bệnh hệ thống theo dõi, kiểm soát liều để gây niềm tin cậy cho người bệnh.

c. Hóa trị liệu:

Những năm 50-60 của thế kỉ 20 dùng hóa chất alkylan liều cao, người bệnh bị rụng tóc, giảm bạch cầu tạo nên hình ảnh khủng khiếp về hóa trị liệu. Cần thông tin cho người bệnh về những công thức thuốc hóa trị liệu hiện đại ít độc, có thể điều trị ngoại trú được. Bên cạnh đó các thể hệ thuốc chống nôn, thuốc tăng bạch cầu, thuốc giải độc, thuốc đối vận trung hòa đã làm cải thiện rất nhiều chất lượng cuộc sống của người bệnh được hóa trị liệu.

3. Giai đoạn ung thư tái phát, di căn:

Tác động tâm lí khi ung thư tái phát cũng tương tự như lúc chẩn đoán ban đầu nhưng ở mức độ cao hơn. Tình hình thực tế sẽ phức tạp hơn nhiều do nguy cơ thất bại cao hơn. Cần phải thảo luận với người bệnh các mục tiêu điều trị và có thể duy trì được niềm hi vọng thực tế. Người bệnh có thể chịu đựng lần thứ nhất, thứ hai, thứ ba nhưng càng ngày càng khó khăn.

4. Giai đoạn cuối:

- Hầu hết người bệnh ý thức được tiến triển của bệnh tật ở giai đoạn cuối, dù có được giải thích hay không thì 50% người bệnh ung thư giai đoạn cuối có đau đớn, cần phải cho thuốc giảm đau. Tùy theo mức độ đau mà cho thuốc: aspirin, codein hay morphin (xin tham khảo thêm bài điều trị giảm đau do ung thư).
- Những nỗi sợ tâm lí sau đây cũng cần chú ý:
 - + Sợ bị bỏ rơi: các nhân viên y tế không muốn quan tâm nữa.
 - + Lo lắng biến dạng cơ thể và mất phẩm giá.
 - + Sợ đau không có đủ thuốc.
 - + Sợ bỏ dở công việc của bản thân, gia đình và sự nghiệp.
- Những phản ứng tiêu cực có thể gặp:
 - + Uống rượu mạnh, uống thuốc ngủ hoặc có những hoạt động nguy hiểm để quên căng thẳng lo lắng.
 - + Trốn chạy cuộc sống đi vào cô đơn.
 - + Trách cứ thân nhân, hoàn cảnh và thượng đế.
 - + Trở nên hung bạo.
 - + Mặc cảm tội lỗi, tự kỉ ám thị.

- Các biện pháp tâm lý có thể áp dụng:
 - + Phổ biến những khía cạnh tích cực của phương pháp điều trị.
 - + Dùng hài hước để làm nhẹ tình hình căng thẳng.
 - + Chia sẻ, tâm sự với thân nhân bạn bè.
- Sử dụng các kỹ thuật giải trí khác nhau.
- Tìm các biện pháp điều trị thay thế hỗ trợ kết hợp.
- Điều dưỡng chuyên ngành ung thư có thể tác động vào gia đình người bệnh như sau:
 - + Tạo điều kiện có chăm sóc chất lượng cao.
 - + Trao đổi thông tin thường xuyên với gia đình người bệnh.
 - + Nghe ý kiến của người bệnh và gia đình.
 - + Cố vấn cho gia đình người bệnh sắp xếp bố trí công việc chăm sóc hợp lý.
 - + Tổ chức đội chăm sóc người bệnh tại gia đình gồm bác sĩ, điều dưỡng, nhà tâm lý (nếu có điều kiện).
 - + Giúp đỡ gia đình chăm sóc người bệnh tại bệnh viện, hoặc tại nhà điều dưỡng.
 - + Hướng dẫn cho gia đình tự chăm sóc người bệnh ở nhà.
 - + Không quên góp ý kiến về những việc nhỏ trong gia đình như vệ sinh, thông gió, tẩy mùi, cắm hoa và sum họp bữa ăn tối...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Cần phối hợp với bác sĩ về các chỉ định thuốc, phẫu thuật, điều trị tia cho kịp thời.
- Các hoạt động chăm sóc tích cực, chính xác với tay nghề thành thạo. Người bệnh rất nhạy cảm và luôn quan sát từng cử chỉ, lời ăn tiếng nói của điều dưỡng, bác sĩ. Người bệnh ung thư thường rất tinh táo và sáng suốt theo dõi tình hình, nếu thấy thuốc không ý thức được điều này việc chăm sóc dễ dàng thất bại.
- Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ theo dõi, trong một số trường hợp phát giấy bút cho người bệnh tự ghi chép để tham khảo thông tin.

V. THEO DÕI

- Ung thư là bệnh mãn tính, quá trình chữa bệnh thường kéo dài vài tháng tới vài năm. Vì vậy việc theo dõi thường xuyên để phát hiện diễn biến tâm lý là đặc biệt quan trọng. Hồ sơ bệnh án cần được lưu giữ cẩn thận, các lần khám lại người bệnh, các bước theo dõi về bệnh tật, tâm lý cũng cần được ghi nhận đầy đủ.
- Chăm sóc tâm lý người bệnh ung thư là một môn học đặc biệt trong chăm sóc điều dưỡng người bệnh ung thư, tạo nên một nét đặc thù của ngành ung bướu học.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT TỬ CUNG

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) vẫn thường gặp tại Việt Nam. Tại thành phố Hồ Chí Minh có tỉ lệ mắc 20/100.000 dân, đứng đầu trong các ung thư ở phụ nữ. Tại Hà Nội có tỉ lệ mắc 7/100.000 dân đứng hàng thứ 4 các ung thư ở nữ. Nếu phát hiện sớm được ở giai đoạn 1, 2 phẫu thuật hoặc xạ trị có tỉ lệ sống 5 năm là 60-90%, nếu ung thư ở giai đoạn 3, 4 xạ trị ngoài hoặc tại chỗ chỉ đưa lại 10-20% người bệnh sống 5 năm.

Ung thư cổ tử cung hay gặp ở phụ nữ trẻ 40-50 tuổi. Nguyên nhân trực tiếp gây bệnh là nhiễm virus Herpes typ II và virus sinh u nhú trên người (HPV) typ 16 và 18. Các đối tượng mắc thường có hoàn cảnh kinh tế xã hội khó khăn, chữa đẻ nhiều, quan hệ tình dục phức tạp. Vì vậy người điều dưỡng chăm sóc cần có hiểu biết tâm lý để hỗ trợ tinh thần, đồng thời phải có biện pháp phòng ngừa tránh lây nhiễm virus từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ người bệnh vào bản thân mình.

I. MỤC ĐÍCH

- Giải thích cho người bệnh hiểu về bệnh ung thư cổ tử cung, tránh những mặc cảm vô lý, biết được phương pháp điều trị và theo dõi.
- Thực hiện được quy trình chăm sóc chuẩn bị phẫu thuật và theo dõi chăm sóc sau phẫu thuật.
- Phát hiện những dấu hiệu tái phát, di căn để điều trị kịp thời
- Biết được những yếu tố nguy cơ để phòng và phát hiện được sớm ung thư cổ tử cung.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị tài liệu, kiến thức để tiếp xúc với người bệnh.
- Chuẩn bị địa điểm tiếp xúc: riêng tư, kín đáo.
- Chuẩn bị dụng cụ: bộ để thay băng thường, mỏ vịt, bông tròn, các dung dịch sát khuẩn.
- Chuẩn bị các túi rác thải y tế theo quy định, đặc biệt chú ý các dụng cụ dùng một lần như găng, bơm tiêm, dẫn lưu... vì nguy cơ lây nhiễm cao.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Giải thích về phẫu thuật ung thư cổ tử cung:

- Phẫu thuật đường bụng sẽ có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng và ảnh hưởng tới hệ tiêu hóa.
- Phẫu thuật có vết hạch nên ảnh hưởng đến các tạng ở thành chậu hông.
- Phẫu thuật có cắt một phần âm đạo, toàn bộ tử cung buồng trứng nên sẽ ảnh hưởng tới chức năng sinh dục.

2. Thay băng vết mổ bụng:

- Gỡ băng bẩn cũ.
- Hút các ống dẫn lưu và rút theo chỉ định của phẫu thuật viên.
- Sát khuẩn bằng oxy già 6 đơn vị thể tích, cồn iod 1% hoặc betadin.
- Băng lại vết mổ.

3. Rửa âm đạo:

- Đưa mỏ vịt vào âm đạo mở nhẹ nhàng.
- Dùng bông tròn nhúng oxy già 6 thể tích rửa âm đạo, lau khô, dùng betadin sát trùng môm cụt (chú ý tránh làm trầy xước âm đạo). Nếu có dẫn lưu âm đạo cần rửa thận trọng và rút theo chỉ định của phẫu thuật viên.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng bụng, mức độ lưu thông tiêu hóa sau mổ, các dịch dẫn lưu.
- Đánh giá tình trạng vết mổ bụng.
- Đánh giá vết mổ qua rửa âm đạo.
- Ghi hồ sơ các tình trạng đánh giá trên, dịch dẫn lưu.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Hướng dẫn trước mổ:

Thực hiện như chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật và cần chú ý:

- + Vệ sinh âm đạo sạch sẽ.
- + Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

2. Hướng dẫn ngay sau mổ:

- Ngồi dậy sớm cho lưu thông tiêu hóa nhanh.
- Ăn uống theo chỉ định của thầy thuốc. Theo dõi lưu thông tiêu hóa.
- Thay quần áo, ga, màn sạch thường xuyên.

3. Hướng dẫn sau mổ:

- Tuân theo chỉ định điều trị bổ sung như xạ trị hoặc hóa trị.
- Theo đúng lịch trình khám lại.
- Cần theo dõi bệnh tái phát, hoặc bệnh liên quan của các người bạn tình trước đây.
- Có thể bỏ bụng (gáine bụng) khoảng 2- 4 tháng tránh sẹo nở giãn sinh sẹo lồi hoặc để thoát vị.
- Hướng dẫn người bệnh đến khám lại theo hẹn của bác sĩ.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT BỘ PHẬN SINH DỤC NGOÀI

Bộ phận sinh dục ngoài (BPSDN) ở nam gồm dương vật và tinh hoàn; ở nữ gồm âm hộ, âm vật. Nguồn gốc phôi thai của bộ phận sinh dục ngoài là ổ nhóp nên BPSDN liên quan gần gũi với đường bài tiết phân và nước tiểu (là hai nơi thải cặn bã của cơ thể) dễ bị nhiễm trùng. Ung thư BPSDN hay gặp ở những người có hoàn cảnh kinh tế xã hội thấp, điều kiện vệ sinh chăm sóc kém nên đòi hỏi người điều dưỡng phải kiên trì, thông cảm và biết phương pháp xử lý. Ngoài ra ung thư dương vật, âm hộ, âm vật có liên quan đến nhiễm trùng virus sinh u nhú ở người (HPV) nên việc phòng lây nhiễm từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ người bệnh sang thầy thuốc cũng cần phải chú ý đặt ra.

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện được các yếu tố nguy cơ của bệnh ung thư bộ phận sinh dục ngoài để phòng và phát hiện sớm điều trị kịp thời.
- Thực hiện các bước tiến hành, chuẩn bị trong điều trị ung thư bộ phận sinh dục ngoài.

- Hiểu và hướng dẫn bệnh nhân, gia đình cùng phối hợp thực hiện các bước chuẩn bị trước phẫu thuật và theo dõi lâu dài.

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị địa điểm làm việc: riêng tư, kín đáo.
- Chuẩn bị dụng cụ: bộ đồ thay băng thông thường, các dung dịch sát khuẩn.
- Chuẩn bị các túi rác thải y tế theo quy định, đặc biệt chú ý các dụng cụ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị phẫu thuật:

- Không hoạt động tình dục trước mổ ít nhất 1 tuần.
- Vệ sinh toàn thân.
- Vệ sinh tại chỗ.

2. Thay băng vết mổ:

- Gỡ băng bản cũ.
- Hút các ống dẫn lưu và rút theo chỉ định của phẫu thuật viên.
- Sát khuẩn bằng oxy già 6 đơn vị thể tích, cồn iod 1% hoặc betadin.
- Vùng sinh dục ngoài gồm nhiều bộ phận cứng nên dễ chảy máu, cần quan sát hiện tượng rỉ máu, bầm máu và tụ máu.
- Băng lại vết mổ.
- Chú ý xử lý xem lưu thông nước tiểu, phân có ảnh hưởng gì không, có dây bản hay lây nhiễm không?

3. Vệ sinh toàn thân:

- Lau người bằng nước ấm ngày một lần.
- Thay quần áo, ga, màn, đệm, mền sạch thường xuyên.
- Phòng bệnh luôn thông thoáng, nếu có ánh nắng mặt trời càng tốt.
- Nhắc người nhà chú ý tránh lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng lưu thông nước tiểu, phân.
- Đánh giá tình trạng dẫn lưu máu và bạch huyết.
- Đánh giá vết mổ.
- Đánh giá tình trạng vệ sinh toàn thân.
- Ghi hồ sơ các tình trạng được đánh giá ở trên.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Hướng dẫn trước mổ:

Ngoài hướng dẫn thông thường trước phẫu thuật, cần chú ý:

- Vệ sinh vùng hậu môn và bộ phận sinh dục ngoài.
- Không sinh hoạt tình dục trước mổ một tuần.

2. Hướng dẫn ngay sau mổ:

- Ngồi dậy sớm.
- Ăn uống bình thường, kiêng ăn quá ngọt.
- Khi đi ngoài, đi tiểu cần chú ý tránh dấy bẩn.
- Thay quần áo, ga, mền, màn sạch thường xuyên.

3. Hướng dẫn sau mổ:

- Tuân theo chỉ định điều trị bổ sung như xạ trị hoặc hóa trị.
- Theo đúng lịch trình khám lại.
- Cần theo dõi bệnh tái phát, hoặc bệnh có liên quan của các người bạn tình cũ (đối với ung thư dương vật và âm hộ, âm vật).

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ GIAI ĐOẠN CUỐI

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp các dịch vụ về điều trị, chăm sóc và nâng đỡ cho người bệnh, tạo cho người bệnh một môi trường thích hợp và đáp ứng nhu cầu của người bệnh.
- Hỗ trợ về mặt thể chất, tâm lý, tình cảm và tinh thần cho người bệnh và người thân, động viên cho gia đình và những người chăm sóc khác trước những mất mát, đau buồn từ khi người bệnh mắc bệnh và tiếp tục sau khi tử vong.

II. CHUẨN BỊ

- Cần lưu ý mỗi quan tâm hàng đầu là đem lại sự thanh thản, thoải mái cho người bệnh. Kiến thức về bệnh lý chỉ nhằm giúp cho việc hiểu về triệu chứng và dự đoán về tiên lượng của bệnh mà thôi, cần nắm vững diễn biến tâm lý của người bệnh.
- Cần phân biệt vấn đề nào là của người bệnh và vấn đề nào mà gia đình người bệnh đang phải trải qua. Qua đó giải thích cho người nhà người bệnh, tạo điều kiện phối hợp tích cực trong chăm sóc người bệnh.
- Nắm vững các triệu chứng, biến chứng người bệnh đang phải trải qua để có hướng xử lý thích hợp.
- Chuẩn bị thuốc giảm đau, chống nôn, thuốc sát khuẩn, thuốc chống táo bón và hồ sơ ghi chép... tùy theo các triệu chứng người bệnh đang mắc phải.
- Chuẩn bị sách, báo, phương tiện giải trí và dụng cụ cần thiết khác.
- Phối hợp với cá nhân và đoàn thể (nếu có) tham gia chăm sóc người bệnh ở giai đoạn cuối: các chuyên gia, bác sĩ, điều dưỡng viên ở bệnh viện và chăm sóc tại nhà. Ngoài ra có thể còn có các nhóm tự nguyện, các tổ chức nhân đạo... Mục tiêu của sự hợp tác là kết nối các dịch vụ này thành một mạng lưới để đạt hiệu quả cao nhất trong chăm sóc người bệnh ung thư giai đoạn cuối.

- Lập kế hoạch chăm sóc một cách toàn diện cả về thể chất và tinh thần, bao gồm chăm sóc cơ bản và chăm sóc các triệu chứng đặc hiệu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc cơ bản:

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ
- Chế độ nghỉ ngơi: giải thích, động viên, an ủi người bệnh khi nằm viện.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng:
 - + Đảm bảo đủ các chất nuôi dưỡng bằng đường ăn qua ống thông hoặc đường tĩnh mạch. Chế độ ăn đủ calo, ít mỡ, nhiều vitamin.
 - + Nhu cầu về calo: 2000-2480 calo/ngày
- Vệ sinh hàng ngày:
 - + Vệ sinh răng, miệng, mũi để ngăn ngừa bội nhiễm, cho người bệnh súc miệng bằng nước muối sinh lý 9‰ hoặc nước oxy già 5 thể tích, chấm các vết loét bằng glycerinborat.
 - + Lau người bằng nước ấm, tránh gây xước da, lau rửa sạch khi người bệnh đi đại tiện để tránh nhiễm khuẩn da.
- Thay đổi tư thế tránh gây loét, nhiễm trùng da.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở tùy theo chế độ hợp lý. Nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

2. Chăm sóc khác:

- Chăm sóc người bệnh đau do ung thư (xem bài Chăm sóc người bệnh ung thư đau).
- Chăm sóc tâm lý người bệnh ung thư (xem bài Chăm sóc tâm lý người bệnh ung thư).

* Theo dõi, chăm sóc nôn và buồn nôn:

- Theo dõi số lượng và tính chất của dịch nôn.
- Theo dõi ảnh hưởng của nôn và buồn nôn tới dinh dưỡng, chuyển hóa.
- Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới nôn như lo sợ, thức ăn lạnh.
- Dùng thuốc chống nôn theo chỉ định của bác sĩ.
- Khuyến người bệnh không nên dùng thức ăn quá ngọt, béo, cay, mùi nồng để kích thích gây nôn. Nếu đang truyền hóa chất, nên ăn nhẹ và chia làm nhiều bữa trước hoặc sau truyền hóa chất 3 - 4 giờ.
- Để người bệnh nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái đỡ gây nôn trong môi trường yên tĩnh.
- Để người bệnh hít thở không khí trong lành bên cửa sổ, mang đến cho người bệnh sự sảng khoái bằng nghe nhạc vui, xem tivi, nói chuyện về những người có ý nghĩa tích cực trong đời sống tinh thần của người bệnh.

* Theo dõi táo bón:

Táo bón thường gặp trong giai đoạn cuối của bệnh ung thư do ít hoạt động, uống ít nước, suy yếu các cơ bụng và đáy chậu làm giảm khả năng bài tiết qua trực tràng. Hơn nữa, hầu hết các thuốc giảm đau mạnh đều gây liệt nhẹ đám rối thần kinh của ruột và gây táo bón.

- + Theo dõi người bệnh về chế độ ăn, các triệu chứng đi kèm với táo bón như đau đầu, tính chất phân và số lần đi ngoài.

+ Báo cáo bác sĩ để có thể có chỉ định dùng thuốc trong các nhóm:

* *Thuốc:*

- Thuốc làm mềm phân, nhuận tràng: lactulose, docusate, bisacodyl, sunphatmagiê.
- Thuốc dầu: paraffin.
- Thuốc làm tăng hoạt động cơ trơn: senna, durolax, prostigmin.
- Tăng cường chất xơ trong chế độ ăn bằng ăn thêm rau, hoa quả...
- Uống nhiều nước (3000 ml) mỗi ngày (trừ khi có chống chỉ định), đặc biệt là uống nước trái cây ấm nóng rất có tác dụng.
- Khuyến người bệnh tăng cường vận động, đi lại nhẹ nhàng sẽ giúp cho bài tiết phân dễ dàng hơn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ theo dõi theo các mẫu thống nhất.
- Ghi chép diễn biến của từng triệu chứng.
- Báo cáo bác sĩ nếu có các diễn biến bất thường để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình báo cho nhân viên y tế khi có diễn biến bất thường.
- Hướng dẫn người nhà, người tình nguyện cách chăm sóc người bệnh.
- Hướng dẫn người nhà cho ăn uống hợp lí, tránh táo bón.
- Chăm sóc toàn diện, thường xuyên và sâu sát là đặc biệt quan trọng đối với người bệnh ung thư giai đoạn cuối. Ở các nước phát triển vấn đề này đang được đặc biệt quan tâm với mục đích mang lại sự thanh thản cho người bệnh trong khoảng thời gian cuối cùng của cuộc sống.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ HỞ NHIỄM TRÙNG

I. MỤC ĐÍCH

Thay băng, rửa và loại bỏ các tổ chức hoại tử do ung thư hở nhiễm trùng nhằm:

- Hạn chế lây lan nhiễm khuẩn đến các bộ phận khác trên cơ thể người bệnh và những người xung quanh.
- Góp phần nâng cao hiệu quả của các phương pháp điều trị: phẫu thuật, tia xạ, hóa chất...
- Cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.
- Giữ gìn vệ sinh môi trường.

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng viên:

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng trước khi chuẩn bị dụng cụ.

2. Dụng cụ:

* *Dụng cụ vô khuẩn:*

- Kẹp, kéo, panh tùy theo tổn thương cụ thể.
- Gạc, bông, củ ấu, gạc gấp, gạc dài...
- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn.
- Tất cả các dụng cụ được đặt trên khay vô khuẩn.

* *Các dung dịch sát khuẩn ngoài:*

- Cồn iod 1%.
- Cồn 70°.

* *Các dung dịch rửa tổn thương:*

- Oxy già 10 thể tích.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, betadin.
- Trường hợp cần rửa liên tục, cần có các dung dịch dakin, nitrat bạc, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ đựng trong chai nối với bộ dây truyền có bầu đếm giọt và khóa điều chỉnh.
- Các thuốc dùng tại chỗ (nếu có chỉ định) như mỡ kháng sinh.

* *Các dụng cụ khác:*

- Xe đẩy hai tầng.
- Khay quả đậu và dụng cụ phân loại đựng chất thải theo quy định.
- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn để đựng dụng cụ đã nhiễm khuẩn.
- Hai tấm nylon rộng.
- Nếu rửa tổn thương liên tục cần một chậu đựng nước rửa, trụ treo dịch rửa, nẹp và dây nếu cần cố định.

3. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh việc sắp làm để người bệnh yên tâm cùng hợp tác.
- Nếu thủ thuật gây đau, dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ trước lúc tiến hành.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa dụng cụ đã chuẩn bị trên xe đẩy đến bên giường bệnh.
- Mùa lạnh cần tránh gió lùa và nên có lò sưởi để chống rét cho người bệnh khi bộc lộ tổn thương.
- Hướng dẫn người bệnh tư thế thích hợp, nếu người bệnh bị liệt hoặc hôn mê, đặt người bệnh ở tư thế sao cho vừa thuận tiện công việc, vừa đảm bảo các chức năng sống cho người bệnh.

- Lót mảnh nylon dưới tổn thương. Đặt khay quả đậu và chậu đựng dụng cụ bẩn ở vị trí thuận tiện. Nếu rửa tổn thương liên tục cần mắc sẵn chai đựng dịch rửa đã nối với bộ dây truyền lên cột treo.
- Tháo băng bẩn bằng kẹp phẫu tích và kéo sạch, dùng xong bỏ vào chậu đựng cụ bẩn.
- Quan sát tình trạng tổn thương.
- Đi gang và tiến hành thay băng.
- Để riêng một kẹp phẫu tích chỉ dùng để gấp băng, gạc sạch, không được tiếp xúc với tổn thương.
- Sát khuẩn xung quanh tổn thương bằng gạc củ ấu tẩm cồn iod 1% (tránh niêm mạc).
- Dùng bông, gạc nhúng vào dung dịch rửa (oxy già, dakin...) rửa vết thương nhiều lần cho tới khi sạch, nếu có nhiều tổ chức hoại tử có thể cắt lọc.
- Nếu có chỉ định rửa liên tục cần thực hiện thêm một số bước:
 - + Đặt đầu dây rửa vào vị trí cao nhất của tổn thương, phủ gạc che. Dùng băng dính cố định dây rửa và gạc.
 - + Thay tấm nylon khác.
 - + Với tổn thương ở tay, chân, cần cố định: đặt tay, chân lên khung cố định và buộc lại.
 - + Đặt chậu bên dưới để hứng nước.
 - + Mở khoá cho nhỏ giọt, từ 5-10 giọt trong một phút.
- Các trường hợp chung khác: sau khi rửa sạch, thấm khô tổn thương, sát khuẩn lại vùng da xung quanh bằng cồn iod và cồn 70°. Đặt gạc che phủ vết thương và dùng băng dính hoặc băng vải băng lại.
- Đặt người bệnh trở lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

* Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ thay băng.
- Tình trạng tổn thương.
- Dung dịch sát khuẩn và rửa đã dùng.
- Tên người làm thủ thuật.
- Báo cáo bác sĩ tình trạng tổn thương, các diễn biến đặc biệt, các biến chứng (nếu có).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh:

- Không tự mở tổn thương ra xem.
- Không tự bôi đắp bất kì loại thuốc nào lên tổn thương.
- Không tự điều chỉnh tốc độ chảy của dung dịch rửa (nếu có).
- Hướng dẫn người bệnh mặc quần áo, tư trang và các tư thế cần thiết trong sinh hoạt hàng ngày nhằm giảm thiểu khả năng nhiễm khuẩn.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện tiêm truyền thuốc hóa chất an toàn cho người bệnh.
- Phát hiện và xử trí kịp thời những tai biến, cách đề phòng tai biến.

II. CHUẨN BỊ

1. Y tá - điều dưỡng:

- Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng.
- Dùng kính bảo hộ khi pha thuốc

2. Dụng cụ:

- Đa số thuốc hóa chất được sử dụng dưới dạng tiêm hoặc truyền tĩnh mạch, động mạch.
- Thuốc phải được pha trong một buồng riêng, tốt nhất là có tủ pha thuốc với kính chắn để bảo vệ cho người pha thuốc.
- Tủ pha thuốc phải tuân theo các nguyên tắc vô trùng, khô, thoáng, đầy đủ ánh sáng, nhiệt độ thích hợp nhất là từ 20⁰- 25⁰C. Trước khi pha phải nắm chắc ý lệnh của bác sĩ về tên thuốc, liều thuốc, loại dịch pha (thường là dung dịch glucose đẳng trương 5% hoặc dung dịch đẳng trương NaCl 9‰..), số lượng dịch, chất lượng thuốc (xem có vốn cục, vẩn đục hay có đổi màu sau khi pha không?). Không bao giờ pha hai loại thuốc hóa chất trong một chai huyết thanh. Lưu ý khi pha thuốc phải có độ chính xác cao vì đây là loại thuốc có nhiều tác dụng phụ, liều lượng thuốc được bác sĩ tính toán đến từng mg, không thể tùy tiện tăng hay giảm liều lượng, điều này sẽ ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh và kết quả điều trị bệnh.
- Thuốc sau khi pha nên được tiêm truyền ngay trong vòng vài giờ. Nếu vì lý do nào đó phải chờ đợi, nên để chai thuốc nơi thoáng, mát, vô trùng. Một số loại còn phải tránh tiếp xúc với ánh sáng (5FU).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Tư thế: cho người bệnh được truyền ở tư thế mà họ thích nhất. Không nhất thiết phải nằm.
- Tư tưởng: an ủi, động viên để người bệnh yên tâm, tin tưởng, không quá lo lắng sợ hãi các tác dụng phụ của thuốc.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và báo cho bác sĩ điều trị biết khi:
 - + Mạch nhanh: trên 120 lần/phút.
 - + Thân nhiệt cao: trên 38⁰C.
 - + Huyết áp: tối đa > 140 mmHg hoặc tối đa < 80 mmHg
tối thiểu > 90 mmHg

- + Nhịp thở: trên 30 lần/phút.
- + Thể trạng chung: mệt mỏi, quá ưu phiền, lo lắng....

2. Theo dõi người bệnh trong và sau truyền thuốc:

Trong quá trình truyền, theo dõi sát diễn biến của người bệnh:

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo chỉ định.
- Tốc độ truyền dịch, sự lưu thông của thuốc.
- Tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, đau bụng...).
- Những dấu hiệu bất thường khác báo ngay cho bác sĩ điều trị để kịp thời xử trí.

3. Một số tai biến trong khi thực hiện các thao tác, cách đề phòng và xử trí:

a. Đối với người bệnh tổn thương mạch máu trong khi đang truyền thuốc:

** Triệu chứng:*

- Thường lúc đầu người bệnh không cảm thấy đau nên dễ bị bỏ qua.
- Sau một thời gian, dịch truyền tiếp tục thoát ra ngoài, trên điểm chọc kim thấy sưng phồng hay mẩn đỏ.
- Sau 1 đến 3 tháng, hệ mạch máu sẽ bị viêm, dẫn đến hoại tử, hoặc xơ hóa.

** Cách đề phòng:*

- Tiêm truyền càng xa các khớp càng tốt.
- Tránh những vùng có nhiều gân hay tổ chức thần kinh bên dưới.
- Không nên bơm thuốc trực tiếp vào ven, mà phải thông qua một đoạn dây dẫn trung gian.
- Tiêm truyền càng nhanh, nguy cơ bị tai biến càng cao.
- Rửa ven sau truyền thuốc bằng dung dịch đẳng trương glucose 5% từ 50-100ml
- Nếu người bệnh kêu đau tại mạch máu định tiêm truyền, nên đổi sang vị trí khác.
- Khi phát hiện mạch bị vỡ, dù chưa xảy ra tai biến gì cũng phải đổi ngay sang vị trí khác.

** Điều trị:*

Khi nghi ngờ có tổn thương mạch máu:

- + Ngừng truyền và giữ kim tại chỗ.
- + Đánh dấu quanh vùng đó bằng bút dạ.
- + Rút ra từ 3-5ml máu.
- + Rửa bằng 5ml dung dịch natri bicarbonat 14%.
- + Làm giảm sự viêm nhiễm bằng cách tiêm dexamethason pha loãng 4mg/ml, tiêm 2ml dưới da tại 4 điểm quanh vùng tổn thương.

b. Trường hợp hoại tử:

- + Rửa ổ hoại tử bằng dung dịch sát trùng pha loãng (oxy già, dung dịch đẳng trương NaCl 9%, betadin...).
- + Bôi thuốc mỡ để chống làm sẹo.
- + Nếu sẹo hoại tử lớn: phẫu thuật ghép da.

c. Đối với điều dưỡng viên tiêm truyền và pha thuốc: nếu trong lúc thao tác, sơ ý để thuốc bắn vào mắt, vào da hay vào niêm mạc, gây nên một trong các triệu chứng sau:

- Ngứa.

- Phồng rộp da.
- Ăn da.
- Gây hoại tử tại chỗ.
- * *Các biện pháp để phòng:*
 - Đi găng tay vô trùng.
 - Đội mũ.
 - Đeo kính.
 - Đeo khẩu trang.
 - Mặc áo choàng dài tay.
- * *Các thao tác cụ thể khi tiến hành pha thuốc:*
 - Rửa tay trước và sau khi đi găng tay.
 - Chú ý không làm rách găng.
 - Lấy thuốc ngay sau khi mở nắp lọ thuốc hoặc bẻ đầu ống thuốc.
- * *Nếu bị thuốc bắn vào da:*
 - Phải rửa sạch bằng nước và xà phòng, hoặc rửa bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ và xà phòng.
 - Bôi kem, thuốc.
- * *Nếu thuốc bắn vào mắt:*
 - Rửa mắt bằng nước sạch, tốt nhất là bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
 - Sau đó nhỏ mắt bằng dung dịch thiosylfate de Na 3%

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu chăm sóc:
- Thuốc dùng.
 - Đường dùng thuốc.
 - Tốc độ truyền.
 - Giờ bắt đầu và giờ kết thúc truyền thuốc.
 - Dịch truyền kèm theo.
 - Mạch, nhiệt độ, huyết áp trước và sau truyền.
 - Tình trạng chung người bệnh trước và sau truyền.
 - Các diễn biến bất thường trong và sau truyền thuốc.
 - Báo cáo bác sĩ các diễn biến bất thường trong và sau truyền để kịp thời xử trí

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người nhà người bệnh báo cho nhân viên y tế nếu có diễn biến bất thường.
- Giải thích, hướng dẫn người bệnh biết một số tác dụng phụ của điều trị hóa chất có thể có và cách giảm thiểu hậu quả của tác dụng phụ do dùng thuốc.
- Cần theo dõi các tác dụng phụ như giảm bạch cầu, nôn, buồn nôn, rối loạn tiêu hóa, viêm loét niêm mạc... kịp thời báo cho bác sĩ điều trị để có biện pháp điều trị kịp thời.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐAU DO UNG THƯ

Người bệnh ung thư cần được giảm đau ở tất cả các giai đoạn bệnh của họ. Có khoảng 1/3 số người bệnh được điều trị ung thư có xuất hiện đau. Ở các trường hợp này, phương pháp điều trị giảm đau và điều trị chống ung thư phải kết hợp chặt chẽ. Những người bệnh ở giai đoạn muộn, hơn 2/3 trong số này có đau và việc kiểm soát đau trở thành mục đích của điều trị. Bản chất sinh lý học của đau trong ung thư bao gồm nhiều cơ chế đa dạng.

I. MỤC ĐÍCH

Làm giảm đau, giúp người bệnh có thể hoạt động dễ dàng và cuối cùng khi tử vong không bị đau đớn.

II. CHUẨN BỊ

- Nắm được kiến thức cơ bản về đau do ung thư. Dù bất cứ nguyên nhân nào, cảm giác đau chịu tác động của nhiều yếu tố phối hợp, đau sẽ tăng lên khi lo lắng, trầm cảm, cô đơn và các triệu chứng gây khó chịu khác như táo bón... Đau sẽ giảm nhờ vào giải trí, thư giãn, bình tĩnh và tình thân hữu.
- Chuẩn bị sách, vở, tờ tuyên truyền, vật dụng giải trí và các vật dụng cần thiết.
- Chuẩn bị thuốc giảm đau, phác đồ dùng thuốc và các phương tiện giảm đau kèm theo.
- Hỏi tiền sử bệnh lý dạ dày, tá tràng.
- Tổ chức đội chăm sóc chống đau bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, nhà tâm lý, người tình nguyện (nếu có điều kiện).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân thông hiểu về đau do ung thư, qua đó nhận thức về điều trị và hợp tác với nhân viên y tế.
- Quan sát, hỏi và lắng nghe mô tả cơn đau của người bệnh qua đó xác định vị trí đau, hướng lan, tính chất đau, thời gian xuất hiện và mức đau theo thang điểm đau.
- Khuyến người bệnh giảm bớt hoạt động hàng ngày bằng cách nghỉ ngơi, bất động, đối với đau ở chi có thể dùng nẹp mềm hoặc băng treo. Tuy nhiên không để lâu ở một tư thế tránh gây loét.
- Động viên tạo niềm hứng khởi cho người bệnh.
- Sử dụng các phương tiện giải trí khác nhau: tivi, đài, báo...
- Dùng thuốc giảm đau theo chỉ định: đây là phương pháp điều trị chính có thể giảm đau cho 70-90% người bệnh ung thư.
 - + Theo đường uống.
 - + Theo giờ.
 - + Theo bậc thang.
 - + Theo từng cá thể.
- Theo dõi hiệu quả của thuốc giảm đau: mức độ giảm, thời gian tác dụng.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau có thể gây viêm, loét, chảy máu đường tiêu hóa gây nôn ra máu, ỉa phân đen.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

* Ghi vào phiếu chăm sóc:

- Vị trí đau (có hình vẽ cụ thể).
- Thời gian kéo dài cơn đau.
- Tính chất đau.
- Số lần đau trong ngày, giờ.
- Mức độ đau nhẹ, trung bình, nặng theo thang điểm.
- Tên thuốc giảm đau.
- Thời gian dùng thuốc giảm đau.
- Mức độ giảm đau của thuốc giảm đau.
- Khoảng thời gian tác dụng của thuốc giảm đau.
- Các tác dụng phụ của thuốc giảm đau nếu có.

* Báo cáo bác sĩ các diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Có thể hướng dẫn gia đình chăm sóc người bệnh cách xoa bóp làm dịu một phần đau cho người bệnh.
- Không tự dùng thuốc giảm đau khi chưa có chỉ định của bác sĩ.
- Liên kết các thành viên trong đội chăm sóc (nếu có) thành một khối thống nhất tạo điều kiện chăm sóc một cách toàn diện cho người bệnh bao gồm cả chăm sóc về thể chất và tinh thần là yếu tố quan trọng quyết định thành công của chăm sóc chống đau.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XẠ TRỊ VÙNG ĐẦU CỔ

A- CHĂM SÓC DA VÙNG BỊ CHIẾU XẠ

I. MỤC ĐÍCH

Chăm sóc da vùng tia xạ nhằm mục đích phòng và chống viêm loét giúp cho quá trình xạ trị không bị ngắt quãng, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh trong và sau quá trình xạ trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Xe đẩy đựng dụng cụ.

- Khăn phủ bàn vô khuẩn.
- Khay vô khuẩn.
- Kẹp vô khuẩn.
- Bông vô khuẩn.

2. Thuốc phòng và chống cháy da:

- Các loại thường dùng là:
- Biafine loại 50 hoặc 100 gam.
- Kem phenergan ống 20-50 gam.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Người bệnh cởi bỏ mũ, khăn quàng và cổ áo, để lộ da vùng đầu cổ cần chăm sóc.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng viên đẩy xe dụng cụ đến giường người bệnh.
- Người bệnh ngồi trên giường.
- Dùng kẹp bông vô khuẩn, bôi một lượng thuốc khoảng 1/2 ml theo chỉ định lên bề mặt da vùng bị chiếu xạ (bôi nhẹ một lớp), ngày bôi 2 lần sáng và chiều.
- Bôi phòng cháy da nên bắt đầu từ buổi xạ trị đầu tiên và bôi chống viêm, chống loét tiếp tục cho đến khi da đã ổn định một tuần sau khi ngừng xạ trị.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Loại thuốc dùng.
- Tình trạng da vùng chăm sóc.
- Đỏ da.
- Viêm da khô.
- Viêm da xuất tiết.
- Loét da nhẹ.
- Loét da nặng.
- Hoại tử da.
- Hoại tử da và tổ chức dưới da...
- Điều dưỡng viên phải báo cáo kịp thời các diễn biến của da nhất là khi da đã loét, hoại tử cho bác sĩ điều trị biết để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh tránh:

- Ánh nắng mặt trời, ẩm ướt, cọ sát... trong quá trình xạ trị.
- Hướng dẫn người bệnh nên mặc áo sợi bông thông thoáng.
- Hướng dẫn người bệnh luôn để hở vùng da cổ nơi xạ trị.
- Mùa nóng bức khuyên người bệnh quạt mát vùng da bị tia xạ.
- Khuyên người bệnh cắt móng tay thường xuyên để tránh gãi làm xước da vùng xạ trị.

B- XÔNG HỌNG MIỆNG

I. MỤC ĐÍCH

Tia xạ vùng họng miệng để điều trị các ung thư trong khoang miệng có thể gây ra các biến chứng cho niêm mạc, ở các mức độ khác nhau:

- Viêm tấy đỏ niêm mạc.
- Viêm loét niêm mạc.
- Viêm loét hoại tử niêm mạc.

Xông họng nhằm mục đích:

- Phòng viêm loét niêm mạc.
- Chống bội nhiễm.
- Giúp cho quá trình xạ trị không bị ngắt quãng.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Máy xông họng cá nhân (nếu có nhiều máy, ít người bệnh).
- Máy xông họng tập thể (nếu cơ sở ít máy, người bệnh đông).
- Ghế tựa một cái.

2. Thuốc xông:

- Gentamycin 80mg x 1 ống
- Hydrocortison 125mg x 0,5 ống.

3. Người bệnh:

- Hướng dẫn và giải thích để người bệnh yên tâm, nhất là lần đầu.
- Đưa người bệnh sang phòng làm thủ thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm thuốc đã pha sẵn vào ống xông ngâm bằng thủy tinh nếu là máy xông cá nhân.
- Bơm thuốc đã pha sẵn vào ống để thuốc nếu là máy xông tập thể.
- Lắp ống dẫn hơi vào ống ngâm xông họng.
- Người bệnh cầm ống ngâm bằng thủy tinh ngâm vào miệng.
- Bật công tắc máy xông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Tình trạng người bệnh trong quá trình xông và sau khi xông.
- Theo dõi tắc kim phun: khi tắc kim phun cần ngắt công tắc điện để sửa chữa ngay.
- Theo dõi dị ứng kháng sinh nhất là người bệnh xông lần đầu (nếu có) báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh cầm ống xông thuỷ tinh không đưa quá sâu hoặc để quá nông.
- Không cầm ống xông nằm ngang để đề phòng thuốc trào ra ngoài.

C- RỬA VÀ NGÂM VÒM HỌNG

I. MỤC ĐÍCH

Ngâm rửa vòm họng nhằm phòng và chống viêm loét hoại tử vòm họng, ngoài ra ngâm rửa vòm họng còn làm cho các tổ chức hoại tử được đào thải ra ngoài giúp cho người bệnh dễ chịu và thở được dễ dàng.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Ghế chuyên dụng (đặt trên mặt chiếc ghế đầu một tấm xốp dày 10cm có khoét lỗ đủ để vừa vùng cằm và đỉnh đầu người bệnh), ghế này thấp hơn mặt giường bệnh từ 7-10 cm).
- Bơm tiêm 5ml x 1 cái.

2. Thuốc ngâm và rửa vòm:

- Gentamicin 80mg x 1 ống.
- Hydrocortison 125mg x 0,5 ống.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Đưa người bệnh sang buồng làm thủ thuật.
- Đặt người bệnh nằm ngửa trên giường, kê vùng đỉnh cằm vào lỗ tấm xốp đặt trên ghế đầu chuyên dụng sao cho đường thẳng cằm cằm vuông góc với mặt phẳng giường (để vòm họng hứng và giữ được thuốc ngâm rửa không bị trào ra mũi và họng miệng).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Pha thuốc ngâm vòm vào trong bơm tiêm 5ml.
- Rút kim tiêm khỏi bơm tiêm, bơm từ từ thuốc ngâm vòm qua cửa mũi trước phải hoặc trái.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HIỂU SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Tình trạng người bệnh trong và sau khi làm thủ thuật

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nằm bất động đầu trong suốt quá trình ngậm vòm. Thời gian này có thể thay đổi từ 20-30 phút mỗi lần, ngày có thể làm 2 lần.
- Khi ngừng ngậm vòm, điều dưỡng viên hướng dẫn người bệnh nằm nghiêng đầu để dịch ngậm chảy qua mũi ra khay hạt đậu.
- Dẫn người bệnh tránh ho trong lúc ngậm để đề phòng sặc dịch ngậm tràn vào phế quản.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU XẠ TRỊ TẠI CHỖ (RADIUM HOẶC SESIUM)

- Chăm sóc người bệnh sau radium vòm họng, lưỡi nền miệng.
- Dùng xạ áp sát để điều trị đơn thuần hoặc phối hợp với phẫu thuật xạ ngoài vòm họng, họng miệng, nền miệng, lưỡi. Xạ trị tại chỗ diệt các tế bào ung thư nhưng đồng thời cũng gây nhiều biến chứng cho tổ chức lành xung quanh gây nên tình trạng viêm loét hoại tử. Các biến chứng này tùy thuộc vào vị trí liều lượng mà gây viêm loét hoại tử cho các tổ chức lành xung quanh ít hay nhiều. Ở liều điều trị từ 40-70 Gy, xạ trị áp sát gây ra viêm loét đôi khi hoại tử niêm mạc tổ chức lành xung quanh kéo dài. Trường hợp nhẹ sự phục hồi tự nhiên phải mất một đến hai tuần. Trường hợp nặng sự phục hồi kéo dài tới 1 - 2 tháng.
- Vì vậy mục đích của chăm sóc sau xạ trị tại chỗ là làm cho quá trình viêm loét hoại tử chóng hồi phục.

A - CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ LƯỠI, NỀN MIỆNG SAU XẠ ÁP SÁT**I. MỤC ĐÍCH**

Làm giảm viêm loét hoại tử tại chỗ vùng xạ trị giúp cho người bệnh nhanh chóng phục hồi các chức năng nói nuốt.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Bàn để dụng cụ.
- Khăn phủ bàn vô khuẩn.
- Một khay men vô khuẩn.
- Một bộ đèn Clar.
- Một đèn lưỡi.
- Kẹp vô khuẩn một cái.
- Bông vô khuẩn.

2. Thuốc:

Betadin 1% loại dùng cho đường miệng x 1 lọ.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Đưa người bệnh sang buồng thủ thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng viên đeo đèn Clar nếu phòng thiếu ánh sáng.
- Đeo lưỡi người bệnh.
- Kẹp bông vô khuẩn tẩm betadin, thấm nhẹ vào diện tổn thương 2 lần.
- Cho người bệnh ngậm 20 ml dung dịch betadin 1%. Bảo người bệnh xúc ngậm và ngậm khoảng 10 phút, ngày làm 2 lần cho đến khi khỏi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày giờ làm thủ thuật.
- Ghi diễn biến viêm loét hoại tử.
 - + Viêm tấy đỏ.
 - + Viêm loét.
 - + Viêm loét hoại tử diện hẹp.
 - + Viêm loét hoại tử diện rộng.
 - + Hoại tử nặng....

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Theo dõi tình trạng phản ứng của thuốc.
- Theo dõi diễn biến tình trạng viêm loét hoại tử.
- Hướng dẫn người bệnh không được uống rượu, hút thuốc lá, ăn trầu trong quá trình viêm loét và sau viêm loét vài tháng.

B- CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG SAU ĐẶT RADIUM HOẶC SESIUM**I. MỤC ĐÍCH**

Chăm sóc sau xạ áp sát trong ung thư cổ tử cung và âm đạo nhằm mục đích làm giảm quá trình viêm loét, giúp cho các chất hoại tử được tống ra ngoài làm cho quá trình phục hồi tổn thương nhanh hơn, người bệnh chóng phục hồi hơn.

II. CHUẨN BỊ**1. Dụng cụ:**

- Bàn khám phụ khoa.

- Bàn để dụng cụ.
- Khăn trải bàn vô khuẩn.
- khay men vô khuẩn 25 x 30cm
- Một mỏ vịt vô khuẩn.
- Một kẹp phụ khoa vô khuẩn.
- Bông gạc vô khuẩn.

2. Thuốc:

Thuốc chăm sóc trong phụ khoa có nhiều loại, tuy nhiên hai loại hay được sử dụng nhất là:

- Betadin 1% dùng trong phụ khoa x 1 lọ.
- Hoặc cytal chai 250ml x 1 lọ.

3. Người bệnh:

- Báo trước và giải thích để người bệnh yên tâm.
- Đưa người bệnh sang buồng làm thủ thuật.
- Người bệnh nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng tăng sinh môn, âm hộ.
- Đặt mỏ vịt mở âm đạo.
- Dùng kẹp, kẹp bông vô khuẩn tẩm dung dịch betadin 1%, tiến hành lau rửa âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, các túi cùng, ba lần. Sau đó đặt một gạc vô khuẩn tẩm betadine 1% trong âm đạo. Gạc này lấy ra sau 24 giờ, ngày làm một lần liên tục cho đến khi khỏi.
- Trường hợp viêm hoại tử nặng có thể làm như trên ngày 2 lần.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày giờ làm thủ thuật.
- Mức độ tiến triển của tình trạng viêm loét hoại tử.
- Khi viêm loét hoại tử nặng phải báo cáo ngay cho bác sĩ điều trị để kịp thời xử trí.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tránh giao hợp thời gian tối thiểu 2 tháng sau khi khỏi viêm loét.
- Giữ vệ sinh thân thể và bộ phận sinh dục sạch sẽ.

Chương XI

DA LIỄU

-

1. CHĂM SÓC TRẺ GIANG MAI BẨM SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Điều trị tại chỗ, làm sạch tổn thương.
- Tránh sự lây lan cho những người xung quanh do những thương tổn hở ngoài da như sẩn loét, mảng viêm mào, sẩn phỏng nước, thương tổn niêm mạc mũi v.v...
- Tránh các biến chứng đưa đến tình trạng trầm trọng thêm của người bệnh, nhất là các viêm nhiễm đường hô hấp.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ, thuốc:

- Thuốc: dung dịch màu (dd millian, dd castellani).
- Mỡ kháng sinh.
- Tăm bông.
- Bông gạc nhỏ.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Hộp lồng đựng nước muối sinh lí.
- Kẹp.
- Khay quả đậu.
- Lò sưởi.

3. Người bệnh:

Nằm ngửa trên giường (nếu trẻ lớn) hoặc mẹ bế (nếu trẻ nhỏ).

4. Nhân viên:

Điều dưỡng đeo găng tay, khẩu trang vô khuẩn, đội mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng kẹp, kẹp bông hay gạc nhỏ nhúng vào dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ ở hộp lồng, lau sạch tổn thương, dùng bông hay gạc khô thấm khô thương tổn.
- Dùng kẹp lấy miếng bông nhỏ nhúng vào dung dịch màu hay mỡ kháng sinh bôi tại tổn thương.
- Nếu có thương tổn ở mũi, dùng tăm bông ngoáy sạch mũi xong nhỏ 1-2 giọt dung dịch argyrol 1% hoặc dung dịch nitrat bạc 1%.
- Ủ ấm cho trẻ.
- Kiểm tra lại các tổn thương đã được chăm sóc

- Báo lại cho bác sĩ tình trạng các thương tổn và tình trạng chung của trẻ.

Dinh dưỡng:

- Lau sạch vú mẹ, cho trẻ bú.
- Nếu không bú được, vắt sữa mẹ ra cốc con sạch dùng thìa con để đổ hoặc nhỏ giọt cho trẻ.

III. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sức khỏe chung, theo dõi cân nặng của trẻ, ăn uống, đại tiểu tiện.
- Báo cáo lại cho bác sĩ điều trị khi có dấu hiệu bất thường.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trẻ giang mai bẩm sinh thường thiếu thốn yếu ớt vì nhiều tổn thương ở phủ tạng gan lách, có thể chết đột ngột nên mẹ phải theo dõi thật tỉ mỉ và báo lại cho bác sĩ biết để đối phó kịp thời.
- Chăm sóc ăn uống cho trẻ.

2. CHĂM SÓC TRẺ ĐỎ DA TOÀN THÂN

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch da, hô hấp da được dễ dàng.
- Làm da mềm mại, không khô căng khó chịu.
- Tuỳ theo căn nguyên để có sự chăm sóc phù hợp.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường người bệnh.

2. Dụng cụ, thuốc:

- Chậu tắm.
- Nước ấm pha thuốc tím 1/10.000.
- Khăn bông lau người, quần áo tã lót.
- Khăn gạc để tắm.
- Bột talc hoặc dầu (baby oil).
- Dung dịch argyrol 1% hoặc nitrat bạc 1% để tra mắt.
- Lò sưởi.

3. Người bệnh: đặt trẻ nằm trên giường, cởi bỏ quần áo.

4. Nhân viên:

Y tá - điều dưỡng: đeo găng tay, mang khẩu trang vô khuẩn, đội mũ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bắt đầu tắm từ mặt, đầu cổ, sau cho cháu vào chậu nước ấm kì nhẹ nhàng các kẽ da và toàn bộ da. Nhanh chóng quần trẻ vào khăn tắm, lau khô, rồi mặc quần áo cho trẻ.
- Nếu là đỏ da do liên cầu, do nhiễm độc thuốc thì xoa bột talc đều cả người, kể cả các kẽ.
- Nếu là đỏ da dạng vảy cá thì xoa bột talc vào các kẽ, xoa dầu vào toàn thân.
- Tra mắt mỗi bên 1 giọt argyrol 1% hoặc nitrat bạc 1%
- Ủ ấm cho trẻ.

Dinh dưỡng:

Lau đầu vú cho trẻ bú mẹ. Nếu trẻ không bú được vắt sữa mẹ vào cốc nhỏ sạch dùng thìa con cho ăn hoặc nhỏ giọt cho trẻ qua ống thông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sức khỏe chung, dinh dưỡng, đại tiểu tiện.
- Tình hình ngoài da, đỏ thêm hay giảm đi, có bong vảy không, có mụn nước hay khô da bong từng mảng.
- Báo cáo bác sĩ điều trị

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho mẹ người bệnh cách cho bú, cho ăn sữa nếu không bú được.
- Theo dõi tiến triển chung của bệnh.

3. CHĂM SÓC TRẺ LI THƯƠNG BÌ BỌNG NƯỚC BẨM SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch tổn thương, tránh bội nhiễm
- Tránh các biến chứng như chàm hoá, nhiễm trùng ăn sâu xuống hoặc vào các phủ tạng
- Trường hợp có loạn dinh dưỡng từ trong bào thai làm co bàn chân lên, phải chỉnh bằng nẹp để bé có thể đi lại được khi lớn lên.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường người bệnh.

2. Dụng cụ:

- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Bông cắt nhỏ.

- Gạc xếp thành miếng.
- Băng.
- Nẹp chữ T.
- Dung dịch màu: castellan hoặc millian.
- Kẹp.
- Khay quả đậu.
- Cốc thuỷ tinh vô trùng.
- Lò sưởi.

3. Người bệnh: nằm ngửa trên giường có trải tấm nylon.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dung dịch nước muối được đổ ra cốc thuỷ tinh vô trùng.
- Dùng kẹp cặp một miếng bông thấm dung dịch nước muối lau rửa các tổn thương.
- Thấm khô.
- Dùng kẹp bông thấm dung dịch màu bôi lên các vết thương.
- Nếu bàn chân bị co lên phải đặt nẹp: quần gạc vào nẹp chữ T, đặt thẳng dọc gót chân và bàn chân, đẩy gạc lên rồi dùng băng để cố định lại.
- Mặc quần áo và ủ ấm cho trẻ.

Dinh dưỡng:

- Nếu trẻ bú được, lau sạch đầu vú mẹ, cho bú.
- Nếu trẻ không bú được phải vắt sữa mẹ ra cốc con, dùng thìa hoặc nhỏ giọt cho trẻ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sức khoẻ chung: dinh dưỡng, đại tiểu tiện.
- Tình hình các tổn thương da: còn bong nước, vết trợt hay sẹo co rúm, có vẩy tiết hoặc có nhiều mủ hay không.
- Tình hình bàn chân bị loạn dưỡng co kéo lên như thế nào.
- Báo lại bác sĩ điều trị.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ ăn sữa bằng thìa nếu trẻ không bú được.
- Hướng dẫn bà mẹ cách giữ chỗ cố định ở chân trẻ.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LẬU MẮT

I. MỤC ĐÍCH

- Điều trị tại chỗ, làm sạch mù ở mắt.
- Tránh các biến chứng gây viêm loét giác mạc, sẹo giác mạc đưa đến giảm thị lực hoặc mù loà.
- Tránh lây nhiễm cho người khác, nhất là những người trực tiếp chăm sóc.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ:

- Dung dịch penicillin 10.000 đv/10 ml, dung dịch nitrat bạc 1% hoặc dung dịch argyrol 1%.
- Bông, gạc nhỏ.
- Nước muối sinh lý 9‰
- Khay quả đậu.
- Panh, kẹp.
- Ống nhỏ giọt (compte gouttes).
- Lò sưởi.

3. Người bệnh:

Nằm ngửa (nếu là trẻ lớn hoặc người lớn) hoặc mẹ bế (nếu trẻ bé), đầu nghiêng sang khay quả đậu.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng ống nhỏ giọt lấy dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ nhỏ mắt từ phía góc trong chảy ra góc ngoài của mắt, phía dưới hứng bằng khay quả đậu. Đồng thời dùng cặp bông vô khuẩn rửa nhẹ, vừa rửa vừa nhỏ giọt, rửa sạch bên này chuyển sang mắt bên kia.
- Lấy gạc thấm khô sau rửa, mỗi ngày rửa mắt 3- 4 lần.
- Sau rửa, nhỏ mắt bằng dung dịch penicillin pha loãng 10.000 đv/1ml, mỗi bên 2 giọt, cứ 30 phút nhỏ 1 lần, khoảng 10-15 lần mỗi ngày.

Dinh dưỡng:

Lau sạch vú mẹ rồi cho trẻ bú. Nếu trẻ không bú được, vắt sữa mẹ ra cốc, cho trẻ ăn bằng thìa hoặc nhỏ giọt cho bé.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng chung của trẻ.
- Tại mắt: sưng nhiều, có mở mắt được không, có nhiều mủ ở mắt chảy ra không.
- Báo lại cho bác sĩ điều trị.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Mẹ không được dùng khăn bẩn lau lên mắt, không dùng chung khăn mặt với trẻ.
- Chăm sóc trẻ xong phải rửa tay thật sạch bằng xà phòng, không đưa tay lên mắt để tránh lây bệnh.
- Chăm sóc ăn uống cho trẻ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH PHONG

I. MỤC ĐÍCH

- Để mảnh da ghép, gân cơ, chuyển vật sống không dính, liền sẹo tốt và sẹo đẹp.
- Không bị nhiễm khuẩn tại chỗ và toàn thân.
- Chống chảy máu tại chỗ.
- Chống các rối loạn toàn thân, các tai biến ngay sau phẫu thuật.
- Đảm phục hồi chức năng, thẩm mỹ sau khi phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Băng cuộn, gạc vô trùng, bột bó, băng dính.
- Cưa bột, kéo, kẹp cầm máu, garô (dây băng cao su).
- Các thuốc an thần, chống dị ứng, cầm máu như seduxen, dimedron, adrenalin, calci-clorua, danzen.

3. Người bệnh:

- Nằm ngửa, được giải thích, hướng dẫn kĩ cho từng loại phẫu thuật.
- Để chỉ đã được phẫu thuật ngang hoặc cao hơn mức tim để đề phòng chảy máu, phòng phù nề gây chèn ép.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tùy từng loại phẫu thuật và các bộ phận được phẫu thuật mà có cách chăm sóc khác nhau, nhưng các tai biến thường gặp là chảy máu và chèn ép do bột, nhiễm trùng vết mổ, sẹo cứng, dính, co kéo.
- Theo dõi mạch, HA, T^o 30 phút 1 lần trong vòng 3 - 6 giờ đầu để phòng chảy máu vết mổ, chèn ép do bột.
- Trường hợp chảy máu nhẹ (thấm máu qua bột trong 3 giờ đầu): để chi cao, tiêm tĩnh mạch 1 ống calciclorua 0,5g /5 ml (nếu cần).
- Trường hợp chảy máu nhiều (máu thấm qua bột, đỏ tươi, huyết áp tối đa giảm từ 10-20 mmHg), báo bác sĩ.
- Nếu có hiện tượng chèn ép: các đầu chi tím dần, lạnh, ấn đầu chi, không thấy máu trở lại, người bệnh kêu đau tức báo lại cho bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép vào hồ sơ bệnh án: huyết áp, mạch, các thuốc sử dụng.
- Báo cáo bác sĩ nếu phát hiện những dấu hiệu bất thường.
- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh thân thể và vết mổ.

V. HƯỚNG DẪN CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu thấy những dấu hiệu bất thường báo cho nhân viên y tế.
- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh vết mổ.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ CƠN PHẢN ỨNG PHONG NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện viêm dây thần kinh, biến chứng.
- Tránh được hậu quả tàn tật của cơn phản ứng.
- Để phòng bội nhiễm, có liệt, viêm móng mắt thể mi.
- Điều trị có hiệu quả.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc:

- Bột bó, nẹp tre hoặc nẹp nhựa đúc sẵn, băng cuộn để bất động chi trên, chi dưới ở tư thế cơ năng khi có viêm dây thần kinh (TK).
- Khăn mặt sạch, kính râm cho người bệnh có viêm móng mắt thể mi, viêm kết mạc mắt, mắt hờ mi.
- Mỡ kháng sinh, dung dịch màu.

3. Người bệnh: nằm bất động tại giường.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, tuyệt đối.
- Bất động các chi có dây TK viêm ở tư thế cơ năng. Chi trên: cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay duỗi 30^0 ; chi dưới: khớp gối duỗi 170^0 , bàn chân vuông góc cẳng chân.
- Bôi dung dịch màu sát khuẩn tại các thương tổn loét.
- Nếu có viêm tĩnh mạch cần cho người bệnh mặc quần chặt hoặc đeo băng để cố định
- Nếu có viêm móng mắt thể mi hay viêm giác mạc, cần tra thuốc theo chỉ định của bác sĩ, đeo kính râm hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ, các dấu hiệu bất thường như: yếu cơ mặt hay giảm cảm giác, khó nhìn.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh các triệu chứng của cơn phản ứng phong, cách phòng chống để có hạn chế dị hình, tàn tật do các cơn phản ứng phong lần sau (nếu có).

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ZONA (MẮT)

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh biến chứng giảm thị lực, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào cho người bệnh.
- Tránh bội nhiễm.
- Rút ngắn thời gian điều trị.
- Giảm đau, hạn chế, ngăn ngừa di chứng đau sau Zona.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Panh, bông băng gạc vô trùng, khay quả đậu.
- Dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.

- Thuốc bôi ngoài da: dung dịch màu, hồ nước, mỡ kháng sinh.
- Thuốc mỡ tra mắt: acyclovir.

3. Người bệnh: nằm trên giường bệnh.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trước hết đối với Zona vùng mắt: cho người bệnh khám chuyên khoa mắt để đánh giá có hay không tổn thương mắt, mức độ thị lực? Viêm loét giác mạc? Viêm màng bồ đào...? sau đó dùng thuốc tra mắt theo chỉ định của chuyên khoa mắt.
- Rửa tổn thương da vùng xung quanh mắt bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰.
- Với những tổn thương mới, ít bọt nước có thể bôi hồ nước hoặc kem chứa acyclovir sau khi đã rửa sạch tổn thương: 2-3 lần/ngày.
- Với những tổn thương có bọt nước căng to gây đau rất nhiều, có thể dùng bơm tiêm vô khuẩn hút bớt dịch.
- Tổn thương nhiễm khuẩn hoặc đã dập vỡ: bôi dung dịch màu milian, castellani.
- Nếu tổn thương phù nề hoặc đau nhức nhiều có thể chiếu tia cực tím, laser He-Ne theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Chú ý những thay đổi bất thường, nhất là về thị lực của người bệnh zona mắt và tính chất đau của những người bệnh lớn tuổi để báo bác sĩ kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc đôi mắt, tuyệt đối không tra mắt bằng chế phẩm có corticoid để tránh tai biến viêm, loét giác mạc gây mù.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị, không nên quá lo lắng vì bệnh sẽ khỏi trong vòng 2-3 tuần.
- Ăn các loại thức ăn giàu vitamin nhóm B.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO DA

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh bội nhiễm.
- Tránh tự lây truyền.
- Hạn chế lây lan cho những người xung quanh.
- Rút ngắn thời gian điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. **Nơi thực hiện:** tại buồng bôi thuốc.

2. **Dụng cụ:**

- Panh, bông băng gạc vô trùng, khay quả đậu.
- Nước thuốc tím loãng 1/10.000 hoặc nước muối 9‰.
- Thuốc bôi: mỡ rifampicin, dung dịch màu millian, castellani,...

3. **Người bệnh:** nằm hoặc ngồi bệc lộ tổn thương.

4. **Nhân viên:**

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, khẩu trang và mang găng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rửa vết thương bằng thuốc tím 1/10.000 hoặc nước muối 9‰. Lưu ý rửa xung quanh tổn thương trước, từ vùng da lành đến vùng da bị bệnh.
- Đối với tổn thương khô như Lupus lao, không có loét, sau khi rửa sạch bôi thuốc mỡ rifampicin.
- Đối với tổn thương loét lao thường có bờ lởm chởm, hàm ếch, đáy lổn nhổn, tiết dịch thì dùng gạc lau rửa thật sạch dịch tiết, nặn mủ nếu có. Thấm khô, sau đó chấm dung dịch màu như millian, castellani, hoặc mỡ rifampicin.
- Băng thương tổn bằng lớp gạc mỏng để tránh bụi bẩn nhiễm khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tiến triển của thương tổn.
- Báo cáo bác sĩ những thay đổi bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, tránh gico rắc mầm bệnh.
- Giải thích để người bệnh yên tâm điều trị.
- Ăn chế độ giàu đạm, giàu vitamin.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM TRÙNG DA NẶNG

(Chốc loét, nhọt, viêm hạch, hậu bối)

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch các thương tổn.
- Giúp điều trị có hiệu quả.
- Tránh được các biến chứng như hoại thư, nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm thận...
- Rút ngắn thời gian điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại buồng bôi thuốc.

2. Dụng cụ:

- Panh, bông, băng, gạc vô trùng, khay quả đậu.
- Dung dịch thuốc tím 1/10.000.
- Dung dịch oxy già.
- Thuốc bôi: mỡ kháng sinh, dung dịch millian, castellani.

3. Người bệnh:

Nằm hoặc ngồi, tư thế thoải mái để bộc lộ tổn thương, để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nếu thương tổn loét chảy máu, rửa bằng nước thuốc tím 1/10.000 hay dung dịch đẳng trương NaCl 9‰. Rửa nhẹ nhàng tránh chảy máu.
- Nếu thương tổn bẩn, nhiều ngóc ngách rửa bằng oxy già.
- Lau sạch, thấm khô thương tổn.
- Bôi các dung dịch màu hoặc mỡ kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tiến triển của tổn thương.
- Lập kế hoạch chăm sóc tổn thương những ngày tiếp theo.
- Báo cáo bác sĩ những bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh cá nhân sạch sẽ, đặc biệt là vùng thương tổn.
- Không tự ý bôi, đắp các thuốc khác khi không có chỉ định.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LUPUS ĐỎ HỆ THỐNG**I. MỤC ĐÍCH**

- Tránh bội nhiễm các thương tổn ở da.
- Nâng cao hiệu quả điều trị.
- Rút ngắn thời gian điều trị.
- Tránh được các biến chứng trầm trọng có thể xảy ra.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại buồng bôi thuốc.

2. Dụng cụ:

- Bông, cotton, băng, gạc.
- Panh, kéo.
- Nước muối sinh lý hoặc nước thuốc tím pha loãng 1/10.000.
- Mỡ corticoid, mỡ kháng sinh, dung dịch màu như millian, castellani.

3. Người bệnh:

Nằm hoặc ngồi theo tư thế thoải mái, dễ thao tác.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nếu thương tổn là các dát đỏ, dát xuất huyết: bôi mỡ corticoid /hydrocortison.
- Nếu thương tổn là bong nước, vết loét: bôi dung dịch millian hay castellani.
- Nếu thương tổn có bội nhiễm: rửa sạch bằng nước muối sinh lý 9‰ hay dung dịch thuốc tím 1/10.000 rồi bôi bằng mỡ kháng sinh hay dung dịch màu.
- Với người bệnh nặng, tiêm truyền theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi diễn biến bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu 24 giờ.
- Ăn uống giàu chất dinh dưỡng, nâng cao thể trạng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các diễn biến hàng ngày một cách cụ thể.
- Báo cho bác sĩ phụ trách nếu có bất thường xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- An tâm điều trị, không lo lắng.
- Giữ vệ sinh vùng thương tổn.
- Hướng dẫn người bệnh khi ra nắng phải đội nón mũ, bôi kem chống nắng
- Hướng dẫn cách chải dầu để tránh rụng tóc.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ UNG THƯ DA**I. MỤC ĐÍCH**

- Chống nhiễm khuẩn cho vết mổ.
- Đảm bảo cho vết mổ khô sạch.
- Đảm bảo cho vết mổ nhanh tạo tổ chức hạt và lành sẹo.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng bôi thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Dung dịch sát khuẩn và rửa vết mổ: dung dịch đẳng trương NaCl 9‰, dung dịch thuốc tím 1/10.000, cồn iod, dung dịch betadin.
- Gạc, bông vô trùng.
- Băng dính.
- Kẹp.
- Kéo.
- Khay vô khuẩn.

3. Người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để nhân viên y tế dễ thao tác rửa vết mổ và thay băng gạc.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc vết mổ:

- Tháo băng gạc cũ
- Tiến hành rửa vết mổ bằng các dung dịch nước muối hoặc betadin.
- Kiểm tra cẩn thận vết mổ để phát hiện nhiễm khuẩn nếu có.
- Sát khuẩn vết mổ
- Bôi dung dịch hoặc mỡ kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn.

2. Cắt chỉ vết mổ:

- Cắt chỉ vết mổ theo chỉ định của bác sĩ, thời gian thường sau một tuần.
- Kiểm tra kĩ xem còn sót chỉ và xem vết mổ có bị nhiễm khuẩn không?
- Kiểm tra vết mổ có khô và liền vết mổ không?

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các công việc đã làm và tình trạng vết mổ hàng ngày
- Báo cáo tình hình chăm sóc và tình trạng vết mổ của người bệnh cho bác sĩ phụ trách.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích để người bệnh hiểu rõ được việc cần thiết bảo vệ vết mổ không bị nhiễm khuẩn.
- Giữ cho vết mổ khô sạch và có chế độ dinh dưỡng tốt để cho vết mổ chóng lành.
- Hướng dẫn gia đình chăm sóc người bệnh sau khi ra viện.

- Theo dõi định kỳ để kiểm tra xem bệnh có bị tái phát không.
- * **Ghi chú:** bài này chỉ đề cập đến chăm sóc vết mổ cho người bệnh bị ung thư tế bào đáy được phẫu thuật nhưng không cần chạy tia hoặc dùng hoá chất

12. CHĂM SÓC BỆNH NHI NHIỄM TRÙNG DA NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Chống nhiễm khuẩn da lan rộng hơn.
- Chống biến chứng nhiễm khuẩn huyết xảy ra.
- Chống lại tình trạng thoát dịch qua thương tổn.
- Chống biến chứng chàm hoá do chăm sóc và bôi thuốc không đúng.
- Đề phòng các biến chứng về sau như thấp tim, biến chứng thận do nhiễm trùng dai dẳng và tái phát nhiều lần.

II. CHUẨN BỊ

1. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh.

2. **Dụng cụ và thuốc men:**

- Băng, băng, gạc vô trùng.
- Kẹp, kéo.
- Dung dịch nước muối sinh lý, thuốc tím 1/10.000. Dung dịch thuốc màu: xanh methylen, millian, castellani.
- Các thuốc mỡ kháng sinh bôi: mỡ tetracyclin, erythromycin...
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng hoặc loại kháng sinh mà vi khuẩn nhạy cảm (qua kết quả kháng sinh đồ).
- Các loại huyết thanh mẫn, ngọt đẳng trương, dung dịch kiềm.
- Ga trải giường.

3. **NGƯỜI BỆNH:**

Người bệnh nằm theo tư thế thuận lợi để thao tác chăm sóc nơi nhiễm trùng được dễ dàng.

4. **Nhân viên:**

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chăm sóc vùng da bị nhiễm khuẩn:

- Rửa tổn thương bằng các dung dịch sát khuẩn.
- Bôi các dung dịch thuốc màu hoặc mỡ kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ.

- Truyền dịch, tiêm kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ.
- Đảm bảo dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân cho người bệnh.
- Thay ga hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Chăm sóc da bị thương tổn.
- Thời gian truyền dịch, lượng dịch truyền, các thuốc đã sử dụng cho người bệnh.
- Báo cáo tình hình cho bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích và hướng dẫn cho gia đình người bệnh cách chăm sóc da lành và da tổn thương.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng giàu năng lượng và sinh tố.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NẤM SÂU

I. MỤC ĐÍCH

- Chống lại tình trạng bội nhiễm thương tổn.
- Chống thoát dịch qua thương tổn.
- Chống lại tình trạng nhiễm độc nhiễm khuẩn nếu có.
- Phát hiện kịp thời nếu người bệnh bị nhiễm HIV.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng bồi thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Thuốc: thuốc điều trị nấm sâu như sporol, nizoral, diflucan, kali iodur.
- Băng, băng, gạc, băng dính.
- Các dung dịch sát khuẩn: thuốc tím 1/10.000, cồn iod, betadin.
- Các dung dịch màu: millian, castellani.
- Kẹp, kéo, khay chữ nhật, khay quả đậu.
- Ga trải giường.
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn và dung dịch truyền (nếu cần).

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để y tá điều dưỡng dễ thao tác chăm sóc tổn thương.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chăm sóc da bị thương tổn:
 - + Rửa thương tổn 1-2 lần/ngày bằng các dung dịch sát khuẩn.
 - + Bôi các dung dịch màu.
- Thay ga hàng ngày.
- Thực hiện thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại các việc đã thực hiện chăm sóc hàng ngày.
- Tình hình tiến triển của thương tổn.
- Báo cáo cho bác sĩ những diễn biến của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về việc chăm sóc da bị bệnh, cần tránh bội nhiễm vi khuẩn. Người bệnh và gia đình cần biết rằng thương tổn sẽ tiến triển chậm và cần phải điều trị đủ liệu trình trong nhiều tháng.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.

Ghi chú: Trong phần này không đề cập đến chăm sóc người bệnh bị nhiễm HIV.

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH APHTOSE VÀ VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Chống lại tình trạng loét, phù nề niêm mạc miệng.
- Chống lại tình trạng nhiễm khuẩn.
- Chống lại tình trạng đau rát niêm mạc gây cản trở người bệnh ăn uống.
- Đề phòng nhiễm khuẩn lan xuống đường hô hấp và đường tiêu hoá.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại phòng bôi thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Các dung dịch sát khuẩn miệng như nước muối sinh lí, dung dịch tetracyclin 5%, dung dịch glycerinborat 2%.
- Dung dịch màu như xanh methylen 1 - 2%.

- Thuốc bôi chống đau rát kamistad-gel.
- Các thuốc kháng sinh, acyclovir theo chỉ định của bác sĩ.
- Băng, băng, gạc vô khuẩn.
- Kẹp, kéo.

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh ở tư thế thoải mái để dễ thao tác chăm sóc.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc tổn thương miệng:

- Rửa thương tổn bằng nước muối sinh lý 9 ‰, ngày 2- 3 lần.
- Bôi thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Bôi thuốc chống đau kamistad- gel.

2. Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

3. Giúp người bệnh ăn, uống: ăn lỏng, giàu dinh dưỡng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Quá trình chăm sóc tổn thương niêm mạc.
- Dinh dưỡng của người bệnh.
- Báo lại cho bác sĩ quá trình chăm sóc và tiến triển của thương tổn.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh.
- Gia đình và người bệnh không tự bôi thuốc ngoài chỉ định của thầy thuốc.
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG LIELL VÀ STEVENS - JOHNSON

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh tình trạng nhiễm trùng dị ứng.
- Tránh rối loạn nước và điện giải, rối loạn chức năng gan thận.
- Tránh tình trạng thoát dịch qua thương tổn bội nhiễm và nhiễm trùng toàn thân.
- Để phòng tình trạng urê huyết cao, toan hoá máu (nếu có).

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc:

a. Thuốc:

- Corticoid tiêm truyền tĩnh mạch. Các loại huyết thanh: mận, ngọt, đẳng trương, dung dịch kiềm.
- Thuốc kháng sinh, nâng cao thể trạng.
- Bột talc, glycerinborat 2%, dung dịch màu sát khuẩn như: millian, castellani

b. Dụng cụ:

- Băng dính, bông, băng, gạc vô khuẩn, cồn 70°.
- Bơm kim tiêm.
- Panh, kéo, kẹp, khay quả đậu.
- Dây garô, đệm tay truyền dịch.
- Ga trải giường.

3. Tư thế người bệnh

Nằm theo tư thế thoải mái để thao tác.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc da bị tổn thương:

- Thay ga hàng ngày 1 - 2 lần.
- Thấm rửa các tổn thương da, niêm mạc bằng dung dịch nước muối sinh lý 9‰ hoặc nước muối tím 1/10.000.
- Thấm khô thương tổn, xoa bột talc lên da vùng da tổn thương.
- Bôi các dung dịch màu vào các vùng da bị trợt loét, nhiễm khuẩn.
- Rắc bột talc lên ga, người bệnh nằm giường bột talc.

2. Chăm sóc thương tổn ở niêm mạc mắt, mũi và hốc tự nhiên khác:

- Lau rửa mắt bằng nước muối sinh lý.
- Tra mắt các loại thuốc theo chỉ định của chuyên khoa mắt nhằm chống lại bội nhiễm và dính cùng đồ kết mạc.
- Bôi glycerinborat 2% vào miệng.
- Rửa âm hộ, âm đạo sau bôi bằng glycerinborat 2% hoặc dung dịch millian.

3. Thực hiện thuốc uống, tiêm truyền: theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tiến triển của thương tổn.
- Các kỹ thuật bà thuốc đã thực hiện.
- Báo cáo bác sĩ các bất thường về tình trạng của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- An ủi, động viên người bệnh và người nhà để họ yên tâm tin tưởng và hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế cho người bệnh hàng ngày.
- Cho người bệnh ăn lỏng, giàu dinh dưỡng, giàu vitamin.

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM ĐỘC DA DO THUỐC

(Bọng nước xuất huyết, hồng ban đa dạng)

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh tình trạng nhiễm độc dị ứng do thuốc
- Tránh tình trạng rối loạn nước và điện giải, rối loạn chức năng gan thận.
- Tránh tình trạng nhiễm trùng thứ phát, nhất là nhiễm trùng đường hô hấp.
- Tránh tình trạng nhiễm độc toan (nếu có).

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc.

a. Thuốc:

- Corticoid tiêm truyền tĩnh mạch.
- Các loại dịch truyền: dung dịch kiềm, đẳng trương, ưu trương.
- Thuốc dùng ngoài da: bột talc.
- Thuốc nhỏ mắt: argyrol 1%, millian, casterllani.

b. Dụng cụ:

- Bông, băng dính, gạc, cồn, dung dịch nước muối sinh lý 9‰.
- Bơm tiêm.
- Panh, kéo, kẹp, khay quả đậu.
- Dây garô, đệm tay truyền dịch.

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc da bị tổn thương:

- Thay ga hàng ngày 1 lần.

- Rắc bột talc lên vùng có thương tổn.
- Nếu có bong máu lớn, dùng kim vô khuẩn có chỉ chọc qua bong máu theo chiều song song với mặt da, lưu chỉ lại để dẫn dịch.
- Bôi dung dịch màu vào các bong nước đã trật vỡ.

2. Rửa các hốc tự nhiên: không có thương tổn cũng phải rửa ngày 2 lần bằng dung dịch nước muối sinh lý 9‰ và nhỏ mắt ngày 2 - 3 lần.

3. Thực hiện thuốc: theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tiến triển của các thương tổn da, niêm mạc.
- Báo cáo lại với bác sĩ điều trị.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, người nhà cách giữ vệ sinh thương tổn.
- Hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế người bệnh khi tình trạng bệnh quá nặng.
- Cho người bệnh ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng và vitamin.

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PEMPHIGUS VULGARIS

-

I. MỤC ĐÍCH

- Chống ngứa.
- Chống nhiễm trùng.
- Tránh tình trạng thoát dịch qua thương tổn.
- Chống suy kiệt.

II. CHUẨN BỊ

1. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

2. Dụng cụ và thuốc:

a. Thuốc:

- Corticoid tiêm truyền tĩnh mạch.
- Các loại dịch truyền: dung dịch đẳng trương, moriamin, plasma.
- Kháng sinh.
- Bột talc.
- Các thuốc dùng ngoài da: mỡ corticoid, mỡ kháng sinh, dung dịch glycerinborat 2%.
- Dung dịch màu chống nhiễm khuẩn: millian, castellani.
- Dung dịch nước muối sinh lý 9‰,

b. Dụng cụ:

- Bông, gạc vô khuẩn, băng dính, cồn 70°.
- Bơm kim tiêm.
- Panh, kéo, kẹp, khay quả đậu.
- Ga trải giường.

3. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm theo tư thế thoải mái để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc thương tổn da:

- Thay ga hàng ngày 1 - 2 lần.
 - Thấm rửa các thương tổn da, niêm mạc bằng dung dịch nước muối sinh lý 9‰ hoặc nước thuốc tím 1/10.000.
 - Thấm khô, rồi xoa bột talc lên vùng da thương tổn.
 - Bôi dung dịch màu vào các vùng da bị trợt loét, nhiễm khuẩn hoặc các kẽ.
- * Lưu ý: không nên bôi dung dịch màu castellani trên diện rộng.

2. Chăm sóc thương tổn ở miệng:

- Rửa lau nhẹ nhàng bằng dung dịch nước muối 9‰.
- Bôi glycerinborat vào niêm mạc miệng.
- Rửa âm hộ, âm đạo sau bôi bằng glycerinborat hoặc dung dịch millian.

3. Thực hiện thuốc: theo chỉ định của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng tiến triển của các thương tổn.
- Các kĩ thuật và thuốc đã thực hiện.
- Báo cáo cho bác sĩ về các bất thường của người bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- An ủi động viên người bệnh và người nhà để họ yên tâm tin tưởng và hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế cho người bệnh hàng ngày.
- Cho người bệnh ăn lỏng, giàu chất dinh dưỡng và vitamin.

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỎ DA TOÀN THÂN**(Đỏ da toàn thân do vảy nến, đỏ da toàn thân do liên cầu)****I. MỤC ĐÍCH**

- Chống ngứa.
- Chống lại tình trạng đỏ da, bong vảy.
- Chống nhiễm trùng.

II. CHUẨN BỊ**1. Nơi thực hiện:**

- Tại buồng bôi thuốc.
- Tại bồn tắm ngâm nước có pha thuốc.

2. Dụng cụ và thuốc men:

- Mỡ salicyl 5%, mỡ corticoid.
- Dung dịch chống nhiễm khuẩn: millian (dùng cho đỏ da toàn thân do liên cầu).
- Thuốc tím để pha với nước ấm cho bệnh nhân tắm ngâm hàng ngày (dung dịch 1/10.000).
- Thau, chậu.
- Lọ đựng thuốc, que bôi thuốc, giấy lau que bôi thuốc.

3. Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân ngồi theo tư thế thoải mái, để dễ thao tác.

4. Nhân viên:

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

III. KỸ THUẬT CHĂM SÓC**1. Chăm sóc da bệnh bằng bôi thuốc**

Bôi mỡ salicyl hoặc mỡ kháng sinh, hoặc corticoid ngày 1 lần (buổi sáng bôi tứ chi, buổi chiều bôi thân mình). Các chỗ da nứt bị lên nhau nhiễm trùng bôi thuốc chống nhiễm khuẩn trước, sau đó bôi các loại mỡ sau (bôi chống).

2. Chăm sóc da bệnh bằng ngâm tắm:

- *Mùa đông*: pha thuốc tím với nước ấm theo tỉ lệ 1/10.000, hai ngày ngâm 1 lần, thời gian 20-30 phút vào lúc 10h30 hoặc 14h30. Ngâm xong tắm lại bằng nước thường.
- *Mùa hè*: pha thuốc tím với nước ấm hoặc nước thường (nước trực tiếp trong máy nước) theo tỉ lệ 1/10.000.

* *Chú ý*: với bệnh nhân cao tuổi không được ngâm nước lạnh lâu quá (để viêm phổi).

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào bệnh án các thuốc đã bôi, số ngày, số lần tắm.
- Tiến triển của bệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Không cào gãi, nhất là dùng các vật cứng để cào gãi lên da.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH**

CHỊU TRÁCH NHIỆM XUẤT BẢN

Hoàng Trọng Quang

Nguyễn Thị Kim Liên

Biên tập và sửa bản can:

Vũ Thị Bình

Nguyễn Thị Lan

Đinh Thị Thu

Trình bày bìa:

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẬP I

MS $\frac{61 - 6103}{YH - 2002}$ 96 - 2002

GIÁ: 77.500Đ

In 3.000 cuốn, khổ 19x27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Giấy phép xuất bản số: 112-96/XB-QLXB, cấp ngày 28/01/2002.
In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2002.

