

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
TẬP I

(Ban hành kèm theo Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT
ngày 22 tháng 3 năm 2002)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Hà Nội – 2002

BỘ Y TẾ

Số: 940/2002/QĐ-BYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 22 tháng 03 năm 2002

QUYẾT ĐỊNH CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh” tập I

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

- Căn cứ quyết định số 68/CP ngày 11/10/1993 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ quyền hạn và tổ chức bộ máy Bộ Y tế.
- Căn cứ biên bản họp Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh ngày 13 tháng 04 năm 2001
- Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ điều trị.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Nay ban hành kèm theo quyết định này “ Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập I” gồm 11 chương có 250 quy trình chăm sóc:

Chương I:	Chăm sóc người bệnh Nội khoa - Hồi sức cấp cứu
Chương II:	Chăm sóc người bệnh Ngoại khoa
Chương III:	Chăm sóc người bệnh chuyên khoa Nhi
Chương IV:	Chăm sóc người bệnh Sản phụ khoa
Chương V:	Chăm sóc người bệnh Lao và bệnh phổi
Chương VI:	Chăm sóc người bệnh chuyên khoa Mắt
Chương VII:	Chăm sóc người bệnh chuyên khoa Tai-Mũi-Họng
Chương VIII:	Chăm sóc người bệnh chuyên khoa Tâm thần
Chương IX:	Chăm sóc người bệnh chuyên khoa Bỏng
Chương X:	Chăm sóc người bệnh Ung thư
Chương XI:	Chăm sóc người bệnh chuyên khoa Da liễu

Điều 2. “Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh” tập I là tài liệu hướng dẫn về thực hành chuyên môn kỹ thuật chăm sóc người bệnh được áp dụng trong tất cả các cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước, tư nhân và các cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư của nước ngoài.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 6 năm 2002.

Điều 4. Các ông, bà Chánh văn phòng, Vụ trưởng Vụ Điều trị, Chánh thanh tra và Vụ trưởng các Vụ của Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc các viện, bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế ngành, người đứng đầu các cơ sở khám chữa bệnh chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 4
- Lưu Điều trị, Pháp chế
- Lưu trữ

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
THỨ TRƯỞNG
Lê Ngọc Trọng
(Đã ký)

LỜI NÓI ĐẦU

Để đáp ứng yêu cầu nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh, hạn chế những sai sót xảy ra trong quá trình chăm sóc phục vụ người bệnh. Bộ Y tế phối hợp với các chuyên khoa đầu ngành biên soạn cuốn sách "Hướng dẫn Quy trình chăm sóc người bệnh" tập I. Mục đích của cuốn sách nhằm: chuẩn hoá các quy trình chăm sóc người bệnh và là tài liệu dùng để huấn luyện kiến thức, kỹ năng cơ bản cho y tá-điều dưỡng, nữ hộ sinh trong các cơ sở khám chữa bệnh Nhà nước, tư nhân và các cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư của nước ngoài.

Cuốn sách "Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh " tập I gồm 11 chương với tổng số 250 quy trình chăm sóc người bệnh thuộc các chuyên khoa Nội - Hồi sức cấp cứu, ngoại, nhi, sản phụ khoa, tâm thần, mắt, tai mũi họng, bỏng, ung thư và da liễu. Các quy trình chăm sóc người bệnh do tập thể các giáo sư, bác sĩ, y tá - điều dưỡng và nữ hộ sinh có kinh nghiệm lâm sàng biên soạn theo mẫu quy định. Sau đó được các bệnh viện, các Trường trung học kỹ thuật y tế, Trường Cao đẳng y tế và Trường Đại học y góp ý. Trên cơ sở góp ý của các đơn vị, Ban thư ký đã biên tập lại và chuyển cho các chuyên khoa đầu ngành (Hội đồng khoa học của các viện, bệnh viện) xem xét và chỉnh lý. Cuốn sách "Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh" tập I đã được Hội đồng chuyên môn của Bộ Y tế nghiệm thu.

Mặc dù cuốn sách được biên soạn công phu nhưng chắc chắn không tránh khỏi những khiếm khuyết cần được điều chỉnh bổ sung và cập nhật cho phù hợp với sự tiến bộ của khoa học. Ban biên tập mong nhận được góp ý của các cơ sở khám chữa bệnh trong quá trình thực hiện. Mọi ý kiến góp ý xin phản ánh về Bộ Y tế (Vụ Điều trị) để nghiên cứu bổ sung.

Ban biên tập chân thành cảm ơn các viện, bệnh viện và các tác giả đã nhiệt tình tham gia vào công việc biên soạn "Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh" tập I.

Xin trân trọng cảm ơn.

Tháng 3/2002
Ban biên soạn

BAN BIÊN SOẠN

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH - TẬP I

Chủ biên:

1. PGS. TS. Lê Ngọc Trọng, Thứ trưởng Bộ Y tế

Phó chủ biên:

2. TS. Trần Thu Thủy, Vụ trưởng vụ Điều trị
3. TS. Đỗ Kháng Chiến, Phó vụ trưởng Vụ Điều trị

Thư kí biên soạn:

4. Ths. Phạm Đức Mục, Trưởng phòng Y tá Vụ Điều trị
5. Ths. Nguyễn Bích Lưu, chuyên viên Vụ Điều trị
6. CN. Vũ Thị Hồng Ngọc, giáo viên Trường THYT Hà Nội
7. CN. Nguyễn Thuý Mai, giáo viên Trường THYT Bạch Mai
8. Bà Nguyễn Ánh Tuyết, Văn phòng TW Hội Điều dưỡng Việt Nam

Hiệu đính:

9. GS. Nguyễn Công Khanh, Viện trưởng Viện Nhi
10. GS. Vũ Văn Đính, Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Ban biên soạn:

11. GS. TS. Trần Quý, Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai
12. PGS. TS. Nguyễn Mạnh Nhâm, trưởng phòng KHTH-BV Việt Đức.
13. PGS. TS. Trần Văn Trường, Giám đốc Viện R.H.M- Hà Nội
14. TS. Nguyễn Đức Vi, Giám đốc Viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh
15. GS.TS. Nguyễn Việt Cổ, Giám đốc Viện Lao và Bệnh phổi TW
16. PGS. TSKH. Nguyễn Văn Dịp, Vụ trưởng Vụ KH và ĐT- Bộ Y tế.
17. BS. Nguyễn Huy Thìn, Phó vụ trưởng Vụ Điều trị – Bộ Y tế
18. Ths. Đỗ Đình Xuân, Hiệu trưởng Trường Cao đẳng y tế Nam Định
19. BS. Đinh Ngọc Đệ, Phó hiệu trưởng Trường Cao đẳng y tế Nam Định
20. BS. Nguyễn Ngọc Tường, Phó hiệu trưởng Trường THYT Bạch Mai
21. Bà Vi Nguyệt Hồ, Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam
22. Bà Nguyễn Thị Minh Tâm, Phó phòng NVY-ĐDDT Sở y tế Hà Nội

DANH SÁCH THÀNH VIÊN THAM GIA BIÊN SOẠN

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH - TẬP I

1.	TS. Trần An	Viện Mắt Trung ương
2.	Ths. Nguyễn Đạt Anh	Bệnh viện Bạch Mai
3.	BS. Đỗ Tuấn Anh	Bệnh viện Việt Đức
4.	TS. Trần Lan Anh	Viện Da Liễu
5.	BS. CKII Lê Huy Biên	Viện Mắt Trung ương
6.	Ths. Lê Thị Bình	Trường THYT Bạch Mai
7.	TS. Hoàng Minh Châu	Viện Mắt Trung ương
8.	BS. Nguyễn Gia Bình	Bệnh viện Bạch Mai
9.	GS. Dương Thị Cương	Trường ĐHYK Hà Nội
10.	BS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
11.	BS. Nguyễn Đức Chính	Bệnh viện Việt Đức
12.	GS.TS Nguyễn Việt Cổ	Viện Lao và Bệnh phổi
13.	BS. Hoàng Bội Cung	Viện Nhi
14.	TS. Trần Văn Cường	Viện Tâm thần TW
15.	TS. Hoàng Đình Chân	Viện K
16.	GS. Vũ Văn Đính	Bệnh viện Bạch Mai
17.	PGS. TS Nguyễn Thị Dụ	Bệnh viện Bạch Mai
18.	BS. Phạm Duệ	Bệnh viện Bạch Mai
19.	ĐD. Tô Thị Điền	Bệnh viện Việt Đức
20.	BS. Nguyễn Khắc Đức	Bệnh viện Việt Đức
21.	PGS.TS. Trần Thị Dung	Viện Lao và Bệnh phổi TW
22.	TS. Nguyễn Cự Đồng	Viện Lao và Bệnh phổi TW
23.	BS. Vũ Quý Đường	Viện Lao và Bệnh phổi TW
24.	TS. Trần Tố Dung	Viện Tai- Mũi -Họng
25.	ĐD. Lưu Tuấn Đạt	Viện Tâm thần TW
26.	BS. Trương Đình Đính	Viện Tâm thần TW
27.	TS. Nguyễn Bá Đức	Giám đốc Bệnh viện K
28.	PGS.TS. Phan Trường Duyệt	VBVSKBMTSS
29.	BS. CKII. Nguyễn Thị Đợi	Viện Mắt TW
30.	Ths. Phạm Ngọc Đông	Viện Mắt TW
31.	BS. Phạm Thứ Hà	Bệnh viện Bạch Mai
32.	PGS.TS. Phạm Văn Hải	Viện Da liễu
33.	BS. Đỗ Mạnh Hùng	Bệnh viện Việt Đức
34.	Ths. Nguyễn Xuân Hùng	Bệnh viện Việt Đức
35.	BS. Nguyễn Thế Hào	Bệnh viện Việt Đức
36.	Ths. Phạm Đức Huân	Trường ĐHYK Hà Nội

37.	TS. Lê Ngọc Hưng	Viện Lao và Bệnh phổi TW
38.	CN. Lê Mạnh Hùng	Viện Lao và Bệnh phổi TW
39.	TS. Nguyễn Văn Huệ	Phó viện trưởng Viện Bỏng Quốc gia
40.	Ths. Đặng Hùng	Chủ nhiệm khoa phẫu thuật tạo hình Viện Bỏng Quốc gia
41.	Ths. Nguyễn Đức Hình	Viện BVSKBMTSS
42.	NHS. Nguyễn Bích Hà	Viện BVSKBMTSS
43.	TS. Đỗ Như Hân	Viện Mắt TW
44.	CN. Nguyễn Quốc Hùng	Viện Tai - Mũi - Họng
45.	PGS.TS. Phạm Văn Hiến	Viện Da Liễu
46.	Ths. Nguyễn Sĩ Hoá	Viện Da Liễu
47.	BS. Nguyễn Duy Hưng	Viện Da Liễu
48.	PGS. BS. Trần Gia Khánh	Phó trưởng khoa phẫu thuật gan mật Bệnh viện Việt Đức
49.	PGS. Đinh Thị Khánh	Viện Mắt TW
50.	TS. Trần Hậu Khang	Viện Da Liễu
51.	Ths. Phùng Nam Lâm	Bệnh viện Bạch Mai
52.	BS. Trần Bảo Long	Bệnh viện Việt Đức
53.	PGS. TS. Trần Đình Long	Viện Nhi
54.	BS. Lê Ngọc Lan	Viện Nhi
55.	TS. Nguyễn Thanh Liêm	Phó Giám đốc Viện Nhi
56.	BS. CKII. Bùi Bạch Liên	Viện Mắt TW
57.	PGS. Ngô Ngọc Liên	Viện Tai-Mũi -Họng
58.	BS. Nguyễn Đình Mười	Viện Nhi
59.	PGS. BS. Đinh Thế Mỹ	Viện BVSKBMTSS
60.	CN. Nguyễn Tuyết Mai	Viện Tâm thần TW
61.	TS. Lê Năm	Viện trưởng - Viện Bỏng Quốc Gia
62.	BS. Nguyễn Xuân Nghiêm	Viện Lao và Bệnh phổi TW
63.	BS. Nguyễn Kim Nga	Viện Nhi
64.	BS. Ths. Hoàng Việt Nga	Viện mắt TW
65.	BS. CKII. Bùi Minh Ngọc	Viện mắt TW
66.	PGS. Trần Việt Nghị	Viện Tâm thần TW
67.	TS. Đoàn Hữu Nghị	Phó giám đốc - Viện K
68.	ĐDT. Đặng Thị Phúc	Viện mắt TW
69.	CN. Trần Thị Phúc	Viện Tai-Mũi -Họng
70.	BS. Nguyễn Kim Phương	Viện Tâm thần TW
71.	BS. Thân Văn Quang	Viện Tâm thần TW
72.	Ths. Võ Thanh Quang	Viện Tai-Mũi -Họng
73.	BS. Nguyễn Kim Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
74.	Ths. Lợi Hồng Sơn	Trưởng khoa phẫu thuật nhi Bệnh viện Việt Đức

75.	BS. Đặng Thị Xuân	Bệnh viện Bạch Mai
76.	BS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
77.	BS. Nguyễn Công Tấn	Bệnh viện Bạch Mai
78.	ĐD. Nguyễn Thị Thủy	Bệnh viện Bạch Mai
79.	BS. Phạm Văn Vững	Vụ Điều Trị - Bộ Y tế
80.	BS. Bé Hồng Thu	Bệnh viện Bạch Mai
81.	Ths. Lê Ngọc Thành	Bệnh viện Việt Đức
82.	BS. Ngô Văn Toàn	Phó trưởng khoa chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức
83.	BS. Phạm Văn Trung	Bệnh viện Việt Đức
84.	Ths. Đoàn Thanh Tùng	Phó trưởng khoa phẫu thuật Bệnh viện Việt Đức
85.	GS. TSKH. Lê Thế Trung	Viện Bỏng Quốc Gia
86.	TS. Nguyễn Gia Tiến	Viện Bỏng Quốc Gia
87.	TS. Nguyễn Ngọc Tuấn	Chủ nhiệm khoa nhi Viện Bỏng Quốc Gia
88.	YS. Phạm Minh Truyền	Viện Lao và Bệnh phổi TW
89.	BS. Nguyễn Văn Thắng	Viện Nhi
90.	BS. Đào Minh Tuấn	Viện Nhi
91.	NHS. Nguyễn Thanh Thủy	Viện BVSKBMTSS
92.	Ths. Vũ Bích Thủy	Viện mắt TW
93.	BS. Lê Thanh	Viện mắt TW
94.	BS. Phạm Đức Thịnh	Viện Tâm thần TW
95.	PGS. Nguyễn Việt Thiêm	Viện Tâm thần TW
96.	BS. Nguyễn Thọ	Viện Tâm thần TW
97.	BS. Lương Hữu Thông	Viện Tâm thần TW
98.	BS. Nguyễn Minh Tuấn	Viện Tâm thần TW
99.	TS. Nguyễn Hữu Thới	Trưởng khoa xạ I - Viện K
100.	ĐD. Hoàng Phương Thúy	Viện K
101.	TS. Trần Xuân Vân	Viện Bỏng Quốc Gia
102.	TS. Nguyễn Đức Vy	Viện trưởng Viện BVSKBMTSS
103.	TS. Phạm Khánh Vân	Viện Mắt
104.	ĐD. Nguyễn Thị Yến	Viện Nhi

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. NỘI KHOA – HỒI SỨC CẤP CỨU

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

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

CHƯƠNG II. NGOẠI KHOA

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

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

CHƯƠNG III. NHI KHOA

-

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

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

CHƯƠNG IV. SẢN PHỤ KHOA

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

CHƯƠNG V. LAO VÀ BỆNH PHỔI

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

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

CHƯƠNG VI. MẮT

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

CHƯƠNG VII. TAI – MŨI – HỌNG

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

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

CHƯƠNG VIII. TÂM THẦN

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

CHƯƠNG IX. BỎNG

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

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

CHƯƠNG X. UNG THƯ

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

CHƯƠNG XI. DA LIỄU

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

Chương I

NỘI KHOA

HỒI SỨC CẤP CỨU

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hút đờm
- Chăm sóc lỗ mổ

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

1. Hút đờm:

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

2. Chăm sóc lỗ MKQ:

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

3. Chăm sóc bóng chèn:

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

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

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

5. Kiểm tra tắc:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

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

4. Dụng cụ:

a- Dụng cụ đặt ống nội khí quản:

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

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

b- Dụng cụ cấp cứu:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

1. Hút đờm:

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

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

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

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

3. Chăm sóc bóng chèn:

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

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

4. Kiểm tra vị trí của ống NKQ:

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

5. Kiểm tra tắc:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

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

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

3. Nơi thực hiện:

- Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

* *Dụng cụ vô khuẩn gồm có:*

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

* *Dụng cụ khác gồm:*

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

- + Nếu vết thương khô lau bằng gạc tẩm dung dịch Betadin.
- Thay dây buộc canun khí quản (chú ý: khi tháo phải dùng một tay giữ canun, dặn người bệnh nín ho để tránh bật canun), thay từng bên, lột gạc (phủ 1 lớp gạc mỏng tẩm dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰ để tránh dị vật rơi vào khí quản và làm ẩm không khí trước khi vào phổi, khi gạc khô lại tiếp tục nhỏ dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰ hoặc nước cất, thay gạc khác khi thấm đẫm), luồn dây của canun rồi buộc lại. Trong khi tiến hành chăm sóc luôn luôn phải theo dõi tình trạng thở của người bệnh
- Nếu có chỉ định thay ống trong canun khí quản:
 - + Mời bác sĩ đứng bên cạnh theo dõi.
 - + Vận chốt hãm ống trong của canun khí quản.
 - + Rút ống trong ra, rửa sạch, hút sạch đờm dãi, đặt ống trong vô khuẩn vào.

Chú ý: trong khi làm phải thật nhẹ nhàng tránh làm di động ống canun khí quản gây kích thích, sây sát.

- Đặt người bệnh trở về tư thế thích hợp.
- Lau rửa, thay quần áo sạch cho người bệnh
- Thu dọn dụng cụ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

4.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

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

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

5. NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

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

4. Dụng cụ:

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

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

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

- Bộ dụng cụ tiêm truyền tĩnh mạch
- Dung dịch nuôi dưỡng thông thường:

- Glucose 10%, 20%	1g G = 4Kcal
- A.amin (Nutrisol....)	1g P = 4 Kcal
- Lipid (intralipide 20%)	1g L = 9 Kcal

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

c- Các dụng cụ khác:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hoạt động của máy thở:

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

2. Nuôi dưỡng:

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

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

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

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

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

3. Tính toán lượng calo cần thiết:

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

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

4. Cách thức nuôi dưỡng:

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

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

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

2. Người thực hiện:

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

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

4. Dụng cụ:

a- Dụng cụ soi rửa phế quản:

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

b- Thuốc:

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

c- Dụng cụ cấp cứu:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây tê:

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

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

2. Soi rửa phế quản:

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

3. Kết thúc cuộc soi:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GIẢI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

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

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DẪN LƯU DỊCH MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Theo dõi người bệnh:

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

Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

8.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DẪN LƯU KHÍ MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

* Theo dõi:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CAI THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện:

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

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÔI THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện:

- Tại phòng hậu phẫu hoặc khoa HSCC.

4. Dụng cụ:

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Làm giảm sự lo lắng cho người bệnh:

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

2. Thực hiện thủ thuật để dẫn lưu mủ:

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

3. Theo dõi người bệnh:

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

4. Thực hiện thuốc và xét nghiệm:

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

5. Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

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

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

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

7. Giúp người bệnh vệ sinh và chống loét:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY HÔ HẤP CẤP

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

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

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

- Tình trạng đờm dãi (số lượng, màu sắc).

* *Khi thấy:*

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bảo đảm hô hấp cho người bệnh:

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

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

2. Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh tối thiểu:

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

3. Duy trì cân bằng nước điện giải:

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

4. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân:

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRỤY MẠCH (SỐC)

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo theo dõi tình trạng huyết động:

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

2. Bảo đảm thông khí cho người bệnh:

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

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

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

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

4. Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:

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

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

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các dấu hiệu màu sắc da.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu.
- Điện tim,
- Nhịp thở tự nhiên.
- SpO_2
- Kết quả xét nghiệm các khí trong máu.
- Kết quả điện giải đồ máu.
- Kịp thời báo bác sĩ nếu xét nghiệm bất thường (ví dụ K^+ máu tăng $> 5\text{mmol/l}$ hoặc giảm $< 3,5\text{mmol/l}$).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

16.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

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

3. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ:

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

4. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

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

5. Chế độ nghỉ ngơi:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI IIỔ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM PHẾ MẠN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá tình trạng chung người bệnh:

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

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

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

3. Thực hiện thuốc theo y lệnh.

4. Thực hiện các xét nghiệm theo y lệnh.

5. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

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

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

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

7. Chế độ nghỉ ngơi, vận động:

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi đầy đủ các dấu hiệu:

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:

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

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

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHỤ TIM

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá tình trạng người bệnh:

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

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

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

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

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

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

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

7. Chống tắc mạch do suy tim:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG

I. MỤC ĐÍCH

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

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

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá:

a. Có dấu hiệu chảy máu nhẹ:

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

b. Dấu hiệu chảy máu nặng:

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

2. Ghi hồ sơ và báo cáo bác sĩ:

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LÀM SỐC ĐIỆN

I. MỤC ĐÍCH

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

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện:

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

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

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

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

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

2. Giảm lo lắng:

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

Thực hiện thuốc:

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

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

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

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

- Suy tim ở giai đoạn đầu lấy mạch ngày 2 lần vào sáng, chiều.
- Suy tim nặng phải lấy mạch nhiều lần trong ngày tùy theo yêu cầu của bác sĩ. Khi đếm mạch phải chú ý đến tần số, biên độ, sức căng của mạch, phải đếm mạch trong 1 phút, khi có loạn nhịp tim, phải đếm nhịp tim, không đếm mạch.
- Theo dõi trên monitor tim mạch: theo dõi huyết áp, SpO_2 , điện tim, ghi vào phiếu theo dõi, báo bác sĩ: nếu $SpO_2 < 60\%$ loạn nhịp tim ngoại tâm thu nhiều trên 10%, huyết áp vọt lên quá cao hoặc đột nhiên hạ thấp, nhịp thở > 25 lần/1 phút hoặc dưới 10 lần/1 phút, nhịp tim < 60 lần/phút hoặc > 120 lần/phút.

5. Thay đổi tư thế:

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

6. Theo dõi số lượng nước tiểu:

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

7. Theo dõi phù và vệ sinh:

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

8. Cân người bệnh hàng ngày:

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

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

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

** Đảm bảo dẫn lưu dịch chảy ra tốt:*

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

** Xử trí:*

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

1. Chống nhiễm khuẩn thứ phát:

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

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

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

3. Đảm bảo dinh dưỡng:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU NGỪNG TIM

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

* *Chức năng hô hấp:*

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

* *Chức năng tuần hoàn:*

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

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

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

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

3. Chống nhiễm trùng thứ phát:

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

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

24. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện: Y tá- điều dưỡng.

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

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

2. Thực hiện y lệnh:

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

3. Chế độ nghỉ ngơi vệ sinh:

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

4. Chế độ dinh dưỡng:

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

5. Theo dõi các biến chứng:

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

* Sau khi thực hiện y lệnh chăm sóc xong:

- Thu dọn dụng cụ.
- Rửa tay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Người bệnh được chăm sóc tốt khi:

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

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

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

26. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC THỨC ĂN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

27. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐƯỜNG MẬT

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh:

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

2. Chế độ ăn uống:

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

3. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

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

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

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

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

5. Thực hiện y lệnh:

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

** Theo dõi các biến chứng:*

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

28. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

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

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

IV. ĐÁNH GIÁ - GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

29. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY THẬN CẤP

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Nằm đầu cao khi có khó thở

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

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

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích và động viên người bệnh.

2. Người thực hiện:

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

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ:

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước chạy TNT:

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

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

3. Sau chạy TNT:

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

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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