

- Nếu có gì bất thường phải báo cáo cho bác sĩ điều trị (dịch bơm vào nhiều nhưng ra ít)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho người bệnh tập ho, tập thở, tập thổi khí dung kế.
- Làm vệ sinh toàn thân, nhất là vùng ngực, nách.
- Hướng dẫn người bệnh nếu có gì bất thường báo ngay cho nhân viên trực: đau ngực, khó thở, chảy máu, sốt cao....

21. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO HỖ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo chế độ vô khuẩn, tránh các biến chứng nhiễm trùng
- Đảm bảo vệ sinh và dinh dưỡng cho người bệnh
- Phát hiện sớm các biến chứng: gây mê, chảy máu sau mổ, nhiễm trùng, động kinh, suy thở.

II. CHUẨN BỊ

- Mũ, khẩu trang, găng tay vô khuẩn
- Xé băng với các dụng cụ vô khuẩn, thuốc sát trùng.
- Các dụng cụ để theo dõi: nhiệt độ, máy đo huyết áp, ống nghe, đèn soi đồng tử.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc:

- Đặt người bệnh ở tư thế đầu cao 20 -30°
- Dẫn lưu để ngang đầu
- Thay băng vết thương hàng ngày, khi thay băng phải đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn, đảm bảo chế độ vô khuẩn tuyệt đối. Khi thay băng cũng cần phát hiện sớm: vết mổ sưng tấy đỏ, chảy dịch vàng, dịch mủ.
- Dẫn lưu rút sau mổ 24-48 giờ tùy theo chỉ định, khi rút dẫn lưu phải cấp Agrav hoặc khâu lại chân dẫn lưu.
- Hướng dẫn và giúp đỡ cho người bệnh vệ sinh răng miệng, thân thể nếu người bệnh tỉnh
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng sớm và đầy đủ. Cho ăn ngay ngày đầu sau mổ, ăn qua miệng (nếu người bệnh tỉnh) hoặc ăn qua ống thông (nếu người bệnh mê).
- Cắt chỉ vết mổ thường sau 7 ngày.

2. Theo dõi:

- Ngày đầu sau mổ (24 giờ đầu) theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, các dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt nửa người, giãn đồng tử, nói khó, theo dõi 1 giờ/1 lần.
- Từ ngày thứ 2 sau mổ: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, nhiệt độ, cơn động kinh, theo dõi 3-4 giờ/1 lần.
- Theo dõi lượng máu dịch chảy qua dẫn lưu.
- Các dấu hiệu nhiễm trùng: sốt, bạch cầu cao...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá nhịp thở: tần số, kiểu thở
- Nếu người bệnh thở chậm, ngừng thở có thể phổi hợp có huyết áp tụt hoặc không, là có liên quan đến gây mê, hoặc các thương tổn toàn thân khác phổi hợp (phát hiện không để sót tổn thương)
- Đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow. Nếu tri giác giảm đi 2 điểm tức là có suy giảm tri giác có thể có liên quan với vấn đề phù não, chảy máu sau mổ.
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt nửa người, giãn đồng tử một bên, nói khó) nếu mới xuất hiện là rất có giá trị chẩn đoán chảy máu sau mổ, nhất là đi kèm với suy giảm tri giác.
- Theo dõi sát nhiệt độ, nhất là từ ngày thứ 3 trở đi, nếu sốt dao động có thể liên quan đến nhiễm trùng.
- Tất cả những lần đánh giá đều được ghi lại đầy đủ vào hồ sơ: giờ, dấu hiệu, khi có thay đổi bất thường phải báo ngay cho bác sĩ điều trị

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trong ngày đầu sau mổ biến chứng chính: là biến chứng sau gây mê và các biến chứng chảy máu: chảy máu vết mổ, chảy máu trong sọ.
- Ngày thứ 3 trở đi biến chứng chủ yếu là biến chứng nhiễm trùng, viêm màng não, nhiễm trùng vết mổ.
- Các biến chứng xa (sau 3-4 tuần): viêm xương, áp xe não động kinh.

22. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ SỌ NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm các biến chứng sau mổ để xử lý kịp thời.
- Tránh các biến chứng do chăm sóc không đúng kỹ thuật.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh: nằm tại giường bệnh

** Dụng cụ:*

- Đèn soi đồng tử
- Máy đo huyết áp, ống nghe
- Nhiệt kế
- Đồng hồ để đếm mạch
- Lọ dẫn lưu sạch
- Dụng cụ thay băng vô khuẩn
- Găng vô khuẩn
- Dụng cụ sát khuẩn

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi:

- Đánh giá tri giác của người bệnh cho điểm theo bảng điểm Glasgow.
- Theo dõi người bệnh có liệt mới xuất hiện hoặc liệt tăng lên không.
- So sánh đồng tử hai bên
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Theo dõi vết mổ.
- Dẫn lưu: số lượng, màu sắc.
- Phát hiện các dấu hiệu của viêm màng não: sốt, nôn, cổ cứng...

2. Chăm sóc:

- Thay lọ dẫn lưu hàng ngày, khi thay phải đi găng, sát khuẩn miệng lọ. Lưu ý vị trí để chai dẫn lưu
- Dẫn lưu ngoài màng cứng, dưới da đầu để lọ dẫn lưu thấp hơn so với đầu người bệnh.
- Dẫn lưu dưới màng cứng hoặc trong não để lọ ngang với đầu người bệnh.
- Dẫn lưu não thất: để lọ dẫn lưu cao hơn đầu người bệnh từ 8-10 cm khi rút dẫn lưu phải khâu hoặc khép kín chân dẫn lưu bằng kẹp sắt. (Agrap)
- Nếu vết mổ khô, người bệnh không sốt không cần thay băng hàng ngày.
- Nếu vết mổ đỏ, người bệnh sốt xử lý theo chỉ định của bác sĩ.
- Chỉ cho người bệnh ăn, uống bằng miệng khi người bệnh đã tỉnh hoàn toàn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại những dấu hiệu đã được theo dõi vào bảng theo dõi ghi rõ giờ, ngày, người theo dõi.
- Báo lại cho bác sĩ tất cả những thay đổi, tiến triển xấu đi của người bệnh.
- Đánh giá: người bệnh có biến chứng chảy máu sau mổ hoặc nhiễm trùng không.

23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc người bệnh sau mổ đường tiết niệu cũng giống như những người bệnh sau mổ các bệnh khác - nhưng có những điểm khác với những bệnh khác là phẫu thuật ở đây thường là ngoài phúc mạc và phẫu thuật ở bộ máy tiết niệu.
- Việc chăm sóc nhằm nâng cao kết quả phẫu thuật, rút ngắn ngày điều trị, tránh các biến chứng nhiễm trùng, tắc ống thông, tắc ống thông, chảy máu... v.v.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh sau mổ được theo dõi chu đáo, được lập bảng theo dõi về mạch, nhiệt độ, huyết áp, lập bảng theo dõi nước tiểu, các ống dẫn lưu tình trạng nước tiểu (màu sắc, số lượng, sinh hoá).
- Làm các xét nghiệm bổ sung như công thức máu, Hb, sinh hoá máu, nước tiểu, kháng sinh đồ nước tiểu.
- Lập bảng theo dõi về thuốc cho trong ngày (kháng sinh, dịch truyền).
- Đối với người già cần có chế độ cụ thể như theo dõi về huyết áp, điện tâm đồ, về hô hấp, tiêu hoá, tránh táo bón.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Sau khi người bệnh mổ về được xem xét cụ thể: người bệnh già hay trẻ mổ loại gì, phương pháp nào, mổ ở đâu để chuẩn bị tư thế cho người bệnh.

- Lập bảng theo dõi, ghi cách thức mổ.
- Đo mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ghi vào bảng theo dõi.
- Kiểm tra các ống dẫn lưu, ghi bảng theo dõi cân bằng dịch vào và ra cụ thể.
- Thực hiện y lệnh dịch truyền, thuốc kháng sinh.
- Kiểm tra lại vết mổ.
- Lấy bệnh phẩm làm các xét nghiệm (máu, sinh hoá) theo chỉ định của bác sĩ

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân sau mổ: tỉnh táo ? Mạch, nhiệt độ, HA, nước tiểu.
- Tình trạng ổ bụng: đã trung tiện chưa? đã ăn được chưa?
- Tình trạng vết mổ.
- Số lượng nước tiểu, màu sắc.
- Tình trạng vận động, di lại của người bệnh, ăn uống, có di chứng của gây mê hay không: đau đầu, táo bón, liệt (do gây tê tuỷ sống).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tuỳ theo phẫu thuật mà có cách hướng dẫn cụ thể: ví dụ mổ cắt thận bán phần thì nên cho nằm bất động sau mổ. Mổ nội soi u phì đại tuyến tiền liệt thì tránh táo bón v.v...
- Mổ tiết niệu ở ngoài phúc mạc nên có thể cho người bệnh ăn uống sớm.
- Đối với người già nên kiểm tra về huyết áp, về các bệnh hô hấp, tim phổi, khớp, da dày để điều trị kết hợp.

24. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU MỔ NỘI SOI CẮT U TUYẾN TIỀN LIỆT HAY U BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

- Biết cách chăm sóc một người bệnh sau mổ cắt nội soi u tuyến tiền liệt hay u bàng quang.
- Theo dõi để phát hiện các biến chứng có thể gặp sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Các dụng cụ để đón người bệnh từ nhà mổ về như những trường hợp sau mổ thông thường khác bao gồm:
 - + Nhiệt kế
 - + Đồng hồ (để đếm mạch và nhịp thở)
 - + Huyết áp kế, ống nghe
 - + Các dung dịch mặn, ngọt theo y lệnh
 - + Túi đựng nước tiểu
 - + 03 bơm tiêm và các ống đựng bệnh phẩm thông thường.
 - + Thuốc cầm máu, thuốc hạ huyết áp theo y lệnh của bác sĩ
 - + Huyết thanh mặn ưu trương 10 - 20 ống
 - + Hệ thống truyền dịch tươi rửa bàng quang.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc:

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Truyền đường tĩnh mạch các dung dịch mặn ngọt trong 24h đầu sau mổ theo chỉ định.
- Rửa bàng quang liên tục bằng nhỏ giọt dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ qua ống thông niệu đạo vào bàng quang.
- Kháng sinh đường toàn thân từ 3 đến 5 ngày sau mổ theo y lệnh.

- Lập bảng tổng kết dịch vào và dịch ra để biết số lượng nước tiểu trong 01 ngày đêm (24 giờ).
- Người bệnh ăn nhẹ vào buổi chiều cùng ngày mổ và ăn uống bình thường từ ngày thứ 2 sau mổ.
- Rút ống thông niệu đạo khi dịch rửa bàng quang chảy ra trong (thường vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 sau mổ theo y lệnh).

2. Theo dõi để phát hiện các biến chứng có thể gặp sau mổ:

2.1. Hội chứng chảy máu:

a) Triệu chứng:

- Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ (khi chảy máu nặng). Lưu ý người già có tiền sử cao huyết áp
- Dịch rửa bàng quang chảy ra đỏ, có máu cục, ống thông niệu đạo bị tắc.
- Xét nghiệm máu: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm.

b) Xử trí:

- Bơm rửa lấy máu cục trong bàng quang theo y lệnh.
- Báo bác sĩ.

2.2. Hội chứng nội soi:

a) Triệu chứng:

- Tri giác: lơ mơ, lẫn lộn.
- Co giật.
- Nhìn mờ, đồng tử giãn.
- Mạch và nhịp tim chậm.
- Hội chứng sốc, huyết áp hạ.
- Bụng chướng.
- Xét nghiệm máu: Natri, Clo giảm.

b) Xử trí:

- Báo bác sĩ.

2.3. Hội chứng nhiễm khuẩn:

a) Các triệu chứng:

- Da, niêm mạc tái.
- Sốt cao, rét run.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ (khi có nhiễm khuẩn máu).

b) Xử trí:

- Cấy máu, nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa bàng quang chảy ra.
- Rửa bàng quang bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ pha Betadin
- Báo bác sĩ.

2.4. Hội chứng rối loạn đường tiểu sau khi rút ống thông tiểu.

a) Tiểu máu:

- Đi tiểu được, nước tiểu đỏ.
- Xử trí: đặt lại ống thông niệu đạo, nếu cần nhỏ giọt rửa bàng quang bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰

b) Bí tiểu:

- Người bệnh không đi tiểu được, khám có cầu bàng quang.

- Đặt lại ống thông niệu đạo.
- c) Tiểu rĩ:
 - Tiểu void, hoặc nước tiểu rĩ liên tục không thành bãi.
 - Hướng dẫn người bệnh đo bao cao su.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Số lượng, màu sắc nước tiểu 24 giờ.
- Tình trạng vết mổ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được tự ý rút ống thông niệu đạo
- Chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng.
- Nếu có bất thường báo ngay nhân viên y tế.

25. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Vết thương phần mềm là vết thương làm tổn thương tới cấu trúc của da, tổ chức dưới da, cơ, đôi khi có những vết thương vào sâu bên trong làm tổn thương tới mạch máu và thần kinh quan trọng.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc, theo dõi toàn thân và tình trạng của vết thương sau khi đã được xử trí.
- Đánh giá và phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng.
- Với những vết thương ở gần ngay vùng vận động của khớp cần biết được để hướng dẫn người bệnh tập luyện (đặc biệt lưu ý các vết thương phần mềm của bàn tay).

II. CHUẨN BỊ

- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản: kéo, pince, kẹp phẫu tích và gạc hấp vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn như Betadin, cồn iode 0,25%
- Toan (khăn sạch), băng cuộn, băng chun...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Với người bệnh: động viên và giải thích rõ và kỹ cho người bệnh về công việc sắp làm của nhân viên y tế.

* Với nhân viên y tế:

- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp để phát hiện các biến chứng nếu có
- Thay băng vết thương thật nhẹ nhàng bằng dụng cụ đã được vô khuẩn.

- Nếu gạc dính nhiều vào vết thương thì cần thấm ướt gạc bằng dung dịch nước muối vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý 9‰ để thuận lợi khi mở để kiểm tra.
- Sát khuẩn xung quanh vết thương, chân dẫn lưu nếu có.
- Lau sạch máu và dịch thấm xung quanh vết mổ.
- Quan sát tình trạng vết mổ, quá trình liền sẹo.
- Đắp lên vết thương gạc sạch đã vô trùng hoặc gạc mỡ kháng sinh với vết thương có lộ tổ chức hạt, cố định lại bằng băng cuộn hoặc băng dính.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh.
- Nhiệt độ, mạch và huyết áp
- Tình trạng của vết thương và phần mềm xung quanh của vết thương
- Với vết thương phần mềm lớn ở chi: cần kiểm tra thương tổn, chèn ép thần kinh, mạch máu đi qua vùng đó....(cảm giác, vận động...)
- Tình trạng chân ống dẫn lưu và dịch chảy qua dẫn lưu.
- Sự vận động và cảm giác của chi

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hiểu được tình trạng vết thương của người bệnh để chăm sóc giữ vệ sinh
- Hướng dẫn tập vận động thụ động và chủ động với những vết thương phần mềm ở gần vùng khớp, hoặc vết thương phần mềm ở bàn tay.

26. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GHÉP DA, CHUYỂN VẬT DA

Phẫu thuật ghép da hoặc chuyển vật da nhằm che phủ những khuyết tổn phần mềm của cơ thể, tùy theo tổn thương và vị trí của tổn thương mà có thể dùng phẫu thuật ghép da mỏng, ghép da nửa dày, ghép da dày toàn bộ hoặc chuyển vật che phủ có cuống mạch liền hoặc cuống mạch tự do bằng kỹ thuật vi phẫu.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi nơi nhận da ghép, vật được ghép, tình trạng của nơi lấy da để ghép cũng như nơi lấy vật ghép.
- Luôn đảm bảo cho vết thương được sạch sẽ và khô ráo.
- Theo dõi sát về màu sắc, nhiệt độ, tình trạng của vật được cấy ghép đặc biệt là về sức sống của vật.
- Theo dõi tình trạng băng hoặc bột bất động sau khi được cấy ghép da hoặc chuyển vật, lưu ý tới những người bệnh là trẻ nhỏ.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản

- Dụng cụ cần thiết để mở bột, cắt bột
- Gạc và băng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn.
- Huyết áp kế, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chào hỏi, động viên và giải thích rõ cho người bệnh về công việc sắp được tiến hành.
- Vệ sinh sạch sẽ tay, đi găng vô trùng
- Dùng toan (vải) sạch che phủ xung quanh nơi vết thương
- Thay băng hết sức nhẹ nhàng và theo thứ tự bóc băng từng lớp tuyệt đối tránh làm những động tác mạnh và thô bạo.
- Luôn làm ẩm ướt gạc nơi vết thương để bóc băng dễ dàng tránh làm bong mảnh ghép.
- Vệ sinh sạch và kĩ vùng được vá da, chuyển vật cũng như nơi lấy da và lấy vật.
- Đắp lên vết thương gạc có tẩm mỡ kháng sinh hoặc có tẩm mỡ Betadin.
- Băng bất động bằng băng cuộn hoặc dụng cụ bất động như nẹp bột hoặc bột.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch và huyết áp
- Tình trạng của diện được ghép da và nhận vật ghép (lưu ý ghi rõ: màu sắc, nhiệt độ, dịch thấm xung quanh...)

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích kĩ cho người bệnh hiểu và nắm được sơ bộ kĩ thuật của thầy thuốc đã làm qua đó có biện pháp giữ gìn vệ sinh cũng như chấp hành tuyệt đối việc bất động sau mổ.
- Hướng dẫn tập vận động thụ động và chủ động cho người bệnh.

27. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẤP CỨU VẾT THƯƠNG BÀN TAY

Vết thương bàn tay là thương tổn phối hợp, thường xảy ra trong cuộc sống hàng ngày, tổn thương thường gặp là tổn thương da, gân, dây, mạch máu, thần kinh và thương tổn về xương.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng chung sau phẫu thuật.
- Kiểm tra và đánh giá xem kĩ thuật băng và bất động có đúng quy cách hay không.

- Hạn chế tới mức tối đa sự teo cơ, cứng khớp và thoái hoá do bất động không đúng quy cách hoặc bất động lâu ngày.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động vốn có của bàn tay.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản
- Dụng cụ để mở và cắt bột
- Bông và gạc hấp vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn theo chỉ định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Với người bệnh: cần động viên và giải thích kĩ cho người bệnh về công việc mà nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Cắt băng, mở bột bằng dụng cụ
- Thay băng hết sức nhẹ nhàng sau khi gạc đã được tẩm ướt bằng nước muối sinh lí 9‰.
- Lau sạch dịch và máu xung quanh vết thương
- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch Betadin
- Đắp gạc mỡ kháng sinh hoặc gạc đã được tẩm ướt bằng nước muối sinh lí lên vết thương.
- Khi đắp gạc phải lưu ý để gạc giữa các khoang của kẽ ngón tay.
- Bất động bằng băng cuộn hoặc nẹp theo tư thế chức năng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng của vết mổ cũng như sự sưng nề của phần mềm xung quanh.
- Tình trạng tuần hoàn của các đầu ngón tay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho người bệnh biết tình trạng của bệnh và phương thức bất động.
- Luôn treo tay cao để tránh sưng, nề
- Hướng dẫn tập vận động thụ động và chủ động theo kế hoạch.

28. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẤP CỨU GÃY HỖ CHI TRÊN

Gãy xương hở là loại gãy thường gặp trong cấp cứu gãy xương nói chung, gãy xương hở nguy cơ nhiễm trùng cao, do vậy việc chăm sóc và theo dõi sau mổ là công việc hết sức quan trọng và cần thiết.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc tình trạng của vết mổ và toàn thân của người bệnh sau phẫu thuật.
- Kiểm tra sự bất động của bột có đúng quy cách và có đủ vững hay không.
- Đánh giá xem tình trạng dịch và máu của vết thương có thẩm ra bột nhiều hay không, nếu cần phải thay bột khác để bất động.
- Nếu gãy xương được kết hợp xương bằng các phương tiện kết xương bên trong cũng như cố định bên ngoài thì sự theo dõi và chăm sóc sau mổ sẽ thuận lợi hơn.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ để tháo và cắt bột
- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản
- Gạc, bông vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn Betadin
- Cần có 2 kĩ thuật viên cùng làm để nâng đỡ phần chi bị gãy xương giúp công việc thay băng thuận tiện.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh biết về công việc của nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Mỏ, cắt bột nhẹ nhàng, tránh lôi kéo, giằng giật
- Cần có người trợ giúp để nâng đỡ chi bị gãy xương
- Thay băng vết thương theo đúng quy trình.
- Sát khuẩn vết mổ và phần mềm xung quanh, vệ sinh sạch sẽ chân của ống dẫn lưu và chân đinh của dụng cụ cố định ngoài (nếu có).
- Lau sạch máu và dịch nơi vết thương và ở phần mềm xung quanh, lau sạch sẽ khung cố định ngoài.
- Đắp gạc mỡ kháng sinh nơi lộ tổ chức phần mềm, đắp gạc sạch lên vết thương.
- Giữ trục của chi cho thẳng, tránh để gấp góc hoặc xoắn vặn sau khi thay băng.
- Băng ép hoặc băng chun cố định.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Tình trạng của vết mổ và các thương tích phần mềm kèm theo.
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng chân ống dẫn lưu, dịch chảy qua ống cũng như tình trạng chân đinh của dụng cụ cố định ngoài vì.
- Tình trạng bột (chặt, lỏng), tình trạng vận động về cảm giác đầu chi.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự quan trọng của công việc thay băng hàng ngày
- Sự cần thiết phải bất động sau mổ

- Tuỳ theo phương pháp bất động mà đề xuất phương án luyện tập cho phù hợp.
- Cần luyện tập thụ động và chủ động sau mổ để tránh thoái hoá, teo cơ và cứng khớp

29. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GỠ TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy trên lõi cầu xương cánh tay là loại gãy thường gặp nhất trong loại gãy xương chi trên ở trẻ em, rất hiếm khi gặp ở người trưởng thành. Là loại gãy được điều trị bảo tồn là chính, điều trị phẫu thuật được đặt ra khi gãy có kèm theo biến chứng mạch máu và thần kinh, hoặc gãy di lệch nhiều mà nắn bó bột khó đạt kết quả như mong muốn.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng của người bệnh sau phẫu thuật.
- Hạn chế tới mức tối đa của sự thoái hoá, teo cơ, cứng khớp.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động của khuỷu.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ cắt và tháo bột.
- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản
- Gạc, băng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin, cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh biết về công việc của nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Mở cắt bột nhẹ nhàng, tránh co kéo giằng giật.
- Thay băng vết thương nhẹ nhàng bằng dụng cụ đã được tiệt khuẩn
- Lau sạch máu và dịch ở xung quanh vết mổ.
- Đắp gạc sạch lên vùng mổ, cố định bằng băng cuộn và đặt lại nẹp bột khi cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GIỚI THỨC VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng chung của vết mổ và phần mềm xung quanh
- Nhận xét về tình trạng sưng nề, sự vận động của cổ tay và các ngón tay.
- Tình trạng của động mạch quay (số lần, rõ hay không...)
- Tình trạng của ống dẫn lưu và số lượng dịch chảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự cần thiết phải bất động ở tư thế cơ năng trong khoảng thời gian quy định.
- Luyện tập vận động thụ động và chủ động sau phẫu thuật.

30. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

- Gãy cổ xương đùi thường gặp ở người cao tuổi sau chấn thương đôi khi có thể gặp ở người trưởng thành hoặc trẻ nhỏ sau những chấn thương mạnh.
- Ngày nay với những phương tiện thay thế hoặc kết hợp xương một cách vững chắc đã mang lại nhiều kết quả tốt.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng sau phẫu thuật.
- Hạn chế tới mức tối đa sự teo cơ, cứng khớp.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động của khớp háng và khớp gối.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản (kéo, pince, kẹp phẫu tích) và gạc vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin hoặc cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên và giải thích rõ cho người bệnh về công việc của nhân viên y tế.
- Thay băng nhẹ nhàng bằng dụng cụ đã vô khuẩn
- Sát khuẩn vết mổ và chân dẫn lưu
- Lau sạch máu và phần xung quanh vùng mổ
- Đắp lên vết mổ gạc vô khuẩn và cố định lại bằng băng dính hoặc băng cuộn.
- Tránh các biến chứng của phổi: vỗ, ho, tập thở.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng của vết mổ và phần mềm xung quanh vết mổ
- Tình trạng chân ống dẫn lưu, dịch truyền qua dẫn lưu

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Tập vận động khớp háng và khớp gối (lưu ý động tác gấp, duỗi, khép và giàng).

31. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

Vỡ xương bánh chè là loại hay gặp trong chấn thương vùng khớp gối, là loại vỡ thường gây biến chứng teo cơ, cứng khớp sau phẫu thuật. Do vậy theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn sau mổ là một công việc hết sức quan trọng.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc tình trạng vết mổ và toàn thân của người bệnh sau phẫu thuật.
- Kiểm tra bột bất động có đúng quy cách hay không
- Hạn chế tối đa sự thoái hoá, teo cơ và cứng khớp.
- Phục hồi chức năng sớm để trả lại sự vận động của khớp gối.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ để cắt và tháo bột cần thiết.
- Hộp đựng dụng cụ thay băng cơ bản.
- Gạc, băng vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn Betadin, hoặc cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh biết về công việc của nhân viên y tế sắp tiến hành.
- Mỡ, cắt bột nhẹ nhàng, tránh co kéo giãn gân giập.
- Thay băng vết thương theo đúng quy trình bằng dụng cụ vô khuẩn.
- Sát khuẩn vết mổ và phần mềm xung quanh vết mổ, vệ sinh sạch sẽ chân của ống dẫn lưu.
- Lau sạch máu và dịch ở xung quanh vết mổ.
- Đắp gạc lên vùng mổ, cố định bằng băng cuộn, băng chun hoặc bột khi cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Toàn trạng chung của người bệnh
- Tình trạng của vết mổ và phần mềm xung quanh
- Tình trạng của chân ống dẫn lưu và số lượng dịch chảy ra.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Sự cần thiết phải bất động sau mổ
- Tuỳ theo phương pháp kết hợp xương mà đề xuất phương án luyện tập cho phù hợp.
- Cần tập vận động thụ động và vận động sớm sau mổ nhằm tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp.

32. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THAY KHỚP HÁNG

Phẫu thuật thay khớp háng ngày càng được phát triển và hoàn thiện về kĩ thuật, tùy theo lứa tuổi và tổn thương bệnh lí mà có thể tiến hành thay khớp háng toàn phần hoặc bán phần.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và theo dõi tình trạng vết mổ cũng như toàn trạng của người bệnh sau phẫu thuật.
- Hạn chế tới mức tối đa sự thoái hoá, teo cơ và cứng khớp.
- Phục hồi chức năng để trả lại sự vận động của khớp háng cũng như các khớp lân cận như khớp gối và khớp cổ chân.

II. CHUẨN BỊ

- Hộp dụng cụ thay băng cơ bản (pince, kẹp phẫu tích, kéo...)
- Gạc và băng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin hoặc cồn iode 0,25%

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Động viên, giải thích rõ cho người bệnh về công việc của nhân viên y tế.
- Thay băng nhẹ nhàng bằng dụng cụ vô khuẩn
- Sát khuẩn vết mổ và chân ống dẫn lưu
- Lau sạch máu và dịch xung quanh vùng mổ
- Đắp gạc vô khuẩn lên vùng mổ và cố định bằng băng cuộn hoặc băng dính.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Toàn trạng chung của người bệnh
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp
- Tình trạng của vết mổ và phần mềm xung quanh vùng mổ
- Tình trạng chân ống dẫn lưu, dịch chảy qua dẫn lưu.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Tập vận động và phục hồi chức năng sau phẫu thuật
- Tập vận động thụ động và chủ động theo kế hoạch

33. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU NỘI SOI CAN THIỆP VÀ NỘI SOI CHẨN ĐOÁN

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi và phát hiện kịp thời các tai biến sau nội soi can thiệp (Thí dụ: mở cơ vòng Oddi nội soi: SE) hoặc nội soi chẩn đoán (Thí dụ: chụp mật tụy ngược dòng nội soi: CPRE) nếu có.
- Giúp người bệnh có thể phục hồi sức khỏe một cách nhanh chóng nhất sau nội soi.

II. CHUẨN BỊ

Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ, nhiệt kế, ống thông dạ dày.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trong 6 giờ đầu cần theo dõi sát nhịp thở, mạch, nhiệt độ 1 giờ/lần.
- Đặt ống thông dạ dày cho người bệnh và theo dõi dịch dạ dày. Nếu người bệnh đã được đặt ống thông vào đường mật (Naso - Biliaire) thì theo dõi dịch mật qua ống thông này.
- Xét nghiệm amylase máu, amylase niệu vào sáng hôm sau (24 giờ sau nội soi), và HC, HST, hematocrit.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Tất cả các dữ kiện theo dõi cần ghi đầy đủ và chính xác vào hồ sơ, ngày giờ cụ thể và báo cáo bác sĩ kịp thời trường hợp có bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với người bệnh làm nội soi chẩn đoán (CPRE) nếu không có gì bất thường, có thể cho ăn nhẹ sau 6 giờ và ngồi dậy đi lại.
- Đối với người bệnh làm nội soi can thiệp (SE) cần dặn người bệnh nhịn ăn uống trong vòng 12 giờ, nếu không có gì bất thường, người bệnh có thể ăn nhẹ được và ngồi dậy đi lại.

34. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV TRONG NGOẠI KHOA

I. MỤC ĐÍCH

1. Phát hiện HIV trước mổ để làm tốt tất cả các khâu tiết trùng trong bệnh viện từ phòng khám tới phòng mổ đến phòng giặt là, hấp và phòng xét nghiệm.

2. Biết chăm sóc người bệnh HIV trong phẫu thuật, tránh lây nhiễm chéo, bảo đảm an toàn cho nhân viên Y tế và những người bệnh khác.
3. Phát hiện sớm các biến chứng sau mổ: chảy máu, rò tiêu hoá, giúp người bệnh chóng hồi phục sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh nằm giường cách li.
- Bộ dụng cụ riêng thay băng cho người bệnh nhiễm HIV: Pince, kéo sau mỗi lần sử dụng phải tiệt trùng, bơm tiêm dùng một lần, một gói gạc riêng dùng cho mỗi lần thay băng, găng khám bệnh.
- Túi đựng đồ thải riêng cho người bệnh nhiễm HIV.
- Các thuốc sát trùng: cồn 70⁰, ether, betadin, nước muối sinh lí...
- Máy hút, ống nghe, máy đo huyết áp, nhiệt kế riêng.
- Nhân viên y tế phải có mũ khẩu trang, áo quần công tác, kính bảo vệ mắt, găng tay.
- Có dụng cụ đốt đầu kim để tại bộ phận tiêm truyền và bộ phận lấy máu làm xét nghiệm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra y lệnh của bác sĩ, các dụng cụ cần thiết.
- Khi thay băng phải đội mũ, đeo khẩu trang, mặc quần áo công tác, đeo kính bảo vệ, đi găng tay.
- Các bước tiến hành chăm sóc, thay băng giống như đối với những người bệnh phẫu thuật khác. Điều đáng lưu ý là động tác phải rất nhẹ nhàng, tránh làm lây nhiễm ra xung quanh: dịch máu, mủ, chất thải.
- Nhân viên y tế có tổn thương sâu sát rỉ nước, rỉ máu ngoài da ở những chỗ dễ tiếp xúc không được trực tiếp chăm sóc người bệnh khi tổn thương chưa lành.
- Khi bị vật sắc nhọn đâm vào tay gây chảy máu: nặn máu ở vết thương, sát khuẩn ngay vết thương bằng cồn 70⁰, hoặc betadin. Phải báo cáo tại y tế cơ quan, tiến hành thử HIV ngay sau khi bị sự cố sau đó 3 tháng kiểm tra lại, đồng thời liên hệ với trung tâm y tế dự phòng bệnh lây để được tư vấn và phòng bệnh tiếp tục.
- Nếu bị dịch máu bắn vào tay phải rửa tay sạch bằng Betadin.
- Quần áo nhân viên sau thời gian chăm sóc người bệnh cần được xử lý theo quy định
- Áo quần dính máu, dịch sau khi thay băng phải được xử lý theo quy định về đồ vải đối với người bệnh bị nhiễm HIV.
- Dụng cụ sau khi thay băng tiến hành thủ thuật phải được ngâm rửa riêng, xử lý theo quy định hiện hành của Bộ Y Tế đối với người bệnh nhiễm HIV.
- Băng, bông, gạc... sau khi thay băng xong phải được đựng trong túi riêng để xử lý riêng.
- Đối với phân, nước tiểu của người bệnh, xử lý như người bệnh khác (chú ý phải có hồ riêng của người bệnh).
- Đối với các dẫn lưu: chăm sóc dẫn lưu như các người bệnh khác, riêng xử lý các chất dịch dẫn lưu: dịch ổ bụng, màng phổi, màng tim, ổ chảy máu... phải xử lý như các

bệnh phẩm có nguy cơ cao, phải xử lý riêng theo quy định về HIV. Khi rút dẫn lưu đồng tác phải thật nhẹ nhàng, tránh lây nhiễm xung quanh.

- Sử dụng dụng cụ đốt đầu kim hoặc được thu gom vào dụng cụ bằng nhựa sau đó đốt.
- Tất cả các dụng cụ trong mổ đều được rửa riêng và ngâm vào dung dịch khử khuẩn trước khi rửa và sau đó mới gửi đi hấp sấy tiệt trùng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Như các người bệnh thông thường khác.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Bác sĩ ngoài việc điều trị cho người bệnh còn phải biết tư vấn cho việc chăm sóc và tiếp tục quản lý HIV (+).
- Nhân viên chăm sóc người bệnh HIV phải được tập huấn riêng, luôn luôn được học tập, đào tạo biết cách tư vấn cho người bệnh và người nhà.
- Đối với người bệnh phải ân cần khuyên giải những nguy cơ, cách phòng ngừa, cách lây lan, động viên an ủi họ, đảm bảo giữ bí mật cho người bệnh.
- Đối với người nhà: hướng dẫn cách tiếp xúc, chăm sóc người bệnh, nguy cơ lây nhiễm..., giúp cho người bệnh sống hoà nhập với cộng đồng.
- Giới thiệu người bệnh đến với trung tâm tư vấn HIV ở địa phương.

35. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN TRONG NGOẠI KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho vết thương chóng khỏi, người bệnh sớm hồi phục.
- Phát hiện các biến chứng có thể xảy ra do bệnh như sặc đờm dãi, ngạt thở... để xử lý kịp thời.
- Hạn chế tối đa mức độ lây lan của vi khuẩn, tránh lây nhiễm chéo trong bệnh phòng và lây nhiễm cho nhân viên Y tế.
- Phòng các biến chứng do nằm lâu như loét, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, suy kiệt...

II. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Chuẩn bị đầy đủ các thuốc phòng tránh cơn giật có thể dùng: Seduxen 10mg/ống hay dùng hỗn hợp thuốc đông miên Cocktailitque M1 gồm:
 - Dolargan 100 mg.
 - Aminagin 50 mg.
 - Pipolphen 50 mg.

- Bộ dụng cụ riêng dùng thay băng chăm sóc người bệnh: bơm tiêm dùng một lần, hộp pince, kéo... riêng, một gói gạc đủ dùng cho mỗi lần thay băng chăm sóc, găng khám bệnh.
- Các thuốc sát khuẩn cồn 70°, betadin, oxy già, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Chuẩn bị sẵn máy hút, oxy, bóng Ambu.
- Ống nghe tim phổi, đo huyết áp, nhiệt kế.
- Nhân viên y tế đội mũ, đeo khẩu trang.
- Túi để đồ thải của người bệnh sau thủ thuật, thay băng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra thuốc, dụng cụ máy móc, buồng bệnh, các y lệnh điều trị:

- Nhân viên Y tế mang mũ, khẩu trang, đi găng.
- Buồng bệnh: tốt nhất là cho người bệnh nằm phòng cách li. Nếu phòng chung phải đảm bảo yên tĩnh giảm tiếng động tối đa. Buồng bệnh đạt yêu cầu sạch sẽ, thoáng mát mùa hè, ấm áp về mùa đông.

2. Kiểm tra toàn trạng người bệnh:

- Tư thế nằm ngửa đầu hơi ưỡn sau.
- Đầu tóc, cơ thể, móng chân tay phải gọn, sạch.
- Đang dùng đông miên, thở máy qua mở khí quản hay qua ống nội khí quản.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông tiểu, ống nội khí quản, các dẫn lưu Nếu có (số lượng, màu sắc, mùi...), đường truyền...
- Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, tình trạng thở.

3. Tiến hành chăm sóc thay băng:

- Nếu người bệnh nằm yên thì có thể tiến hành, nếu không phải tiêm một liều đông miên hoặc seduxen trước khi tiến hành chăm sóc hay mỗi khi tiến hành các thủ thuật (theo y lệnh của bác sĩ).
- Hút ống nội khí quản, xả nước tiểu, thay các chai dẫn lưu...
- Tiến hành các thủ thuật, thay băng... nhanh, chính xác và nhẹ nhàng, tránh mọi kích thích về ánh sáng, tiếng động mạnh xảy ra là nguyên nhân gây cơn giật. Lưu ý là vết thương luôn để hở da.
- Ngoài việc thay băng thì người bệnh uốn ván có thở cần theo dõi sát những ngày đầu từ 15 đến 30 phút một lần về cơn giật, tần số giật, cường độ, đặc biệt chú ý theo dõi hoạt động của máy thở.
- Sau khi thay băng, làm các thủ thuật cần dọn những đồ huỷ theo đúng quy định, để riêng vào những túi đã chuẩn bị sẵn.
- Sau khi thay băng, làm các thủ thuật cần rửa tay. Cuối buổi cần thay mũ, khẩu trang. Nếu có mũ, khẩu trang giấy dùng một lần là tốt nhất.
- Nuôi dưỡng người bệnh qua ống thông dạ dày với lượng calo tối thiểu 1500 calo/ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi chăm sóc người bệnh phải xem người bệnh có sốt không, mạch, huyết áp, nhịp thở, có khò khè đờm dãi không, nước tiểu trong hay đục, số lượng, màu sắc... đặc biệt theo dõi có cơn giạt không: tần số cường độ mạnh, ít kéo dài bao nhiêu lâu... so sánh với lần trước có tiến triển không. Tình trạng vết thương.
- Sau khi đánh giá xem xét xong phải ghi vào tờ phiếu chăm sóc người bệnh:
 - Giờ thăm, làm thủ thuật
 - Các chỉ số sống của người bệnh: nhiệt độ, huyết áp, mạch, nhịp thở.
 - Cơn co, giờ bắt đầu, giờ kết thúc: tần số, cường độ.
- Các ống (NKQ, dẫn lưu, ống thông dạ dày, ống thông tiểu...) tình trạng tiến triển vết thương: đỏ, sạch hay còn mủ, có tổ chức hoại tử... tình trạng thở, cơn co giạt để bác sĩ có hướng xử trí điều trị tiếp theo.
- Bàn giao tỉ mỉ cho người chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh hộ lí cấp 1, dùng thuốc đông miền nên vai trò chủ yếu là của nhân viên y tế chăm sóc toàn diện cho người bệnh chứ không giao phó cho người nhà. Tuy nhiên giải thích cho gia đình người bệnh biết tình trạng người bệnh để phối hợp cùng gia đình chăm sóc tốt nhất cho người bệnh như ăn đúng quy cách (qua ống thông dạ dày) đủ dinh dưỡng (khoảng 1000 đến 1500 calo/ngày, cho các thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng như vivonex, ensure..., nước hoa quả nghiền) vệ sinh thân thể: đầu tóc, răng miệng, chân tay, chống loét do nằm lâu...
- Chất thải (phân, nước tiểu, đờm...) phải tập trung để đúng nơi quy định.

36. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LAO TRONG NGOẠI KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho các thương tổn về lao cần can thiệp ngoại khoa hoặc các bệnh ngoại khoa trên người bệnh lao chóng ổn định, người bệnh sớm hồi phục.
- Hạn chế tối đa mức độ lây nhiễm chéo của bệnh trong bệnh viện và lây nhiễm cho nhân viên y tế.
- Phòng các biến chứng của bệnh lao gây ra như: nhiễm trùng bội nhiễm, suy kiệt, rò...

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh nằm buồng riêng cách li.
- Chuẩn bị y lệnh của bác sĩ.

- Bộ dụng cụ riêng dành cho thay băng chăm sóc người bệnh: bơm tiêm một lần, hộp dụng cụ có pince, kéo... một gói gạc đủ dùng cho mỗi lần thay băng, làm thủ thuật. Găng khám bệnh.
- Các loại thuốc thay băng, sát trùng như cồn 70^o, Betadin, dung dịch đẳng trương NaCl 9‰
- Máy hút, máy thở, oxy... với người bệnh có lao phổi.
- Bóng Ambu, màng lọc nếu người bệnh có thở máy.
- Ống nghe tim phổi, đo huyết áp, nhiệt kế.
- Nhân viên y tế có mũ, khẩu trang.
- Túi để các đồ thải của người bệnh sau thủ thuật, chăm sóc.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra lại toàn bộ thuốc, dụng cụ, máy móc, buồng bệnh, y lệnh điều trị:

- Nhân viên y tế mang mũ, khẩu trang, đi găng.
- Phòng bệnh cần thoáng mát, yên tĩnh. Nên xếp buồng riêng hoặc khu vực cách li ở cơ sở ngoại khoa chung.

2. Kiểm tra toàn trạng người bệnh:

- Đầu tóc, móng, chân tay.
- Các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch huyết áp, tình trạng thở, nhất là người bệnh có lao phổi. Tình trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông tiểu, các dẫn lưu nếu có (ngực, bụng)... các đường truyền.
- Các chất thải: đờm máu (trong lao phổi) chất nôn dịch dạ dày, phân (lao đường tiêu hoá), nước tiểu (lao đường tiết niệu).

3. Tiến hành chăm sóc thay băng:

- Giải thích cho người bệnh trước khi làm.
- Thay băng, các thủ thuật như đặt đường truyền, ống thông tiểu... nhanh chính xác, nhưng phải nhẹ nhàng.
- Nhân viên y tế cần thay mũ, khẩu trang sau mỗi buổi, có điều kiện thì có thể dùng khẩu trang mũ giấy dùng một lần.
- Sau mỗi lần thay băng, làm thủ thuật cần rửa tay.
- Sau khi thay băng, thủ thuật, thu dọn đồ huỷ để vào nơi quy định để huỷ.
- Đối với người bệnh lao vấn đề dinh dưỡng là rất quan trọng, cung cấp cho người bệnh đảm bảo mỗi ngày 1000-1500 calo bằng chế độ ăn uống giàu dinh dưỡng, nhiều hoa quả, dễ tiêu, nếu nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch hay qua ống thông dạ dày hồng tràng cũng phải đảm bảo cung cấp đủ số lượng calo cần thiết cho người bệnh.
- Người bệnh cần được tập lí liệu pháp ngồi và vận động sớm sau các phẫu thuật.
- Người bệnh được uống thuốc đủ và đúng liều theo đúng phác đồ, (nhân viên y tế kiểm tra).

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng bệnh và thể trạng chung có tiến triển không so với trước đó: tình trạng sốt, ho khạc đờm, có máu mũi không, vết thương khô sạch, hoặc nhiễm trùng (có mủ), các ống dẫn lưu (tình trạng, số lượng, màu sắc dịch chảy ra...)
- Những xem xét đánh giá này được ghi chép đầy đủ vào sổ chăm sóc người bệnh:
 - Giờ thăm, làm thủ thuật, những bất thường.
 - Ghi các chỉ số sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, thở nếu lao phổi.

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đối với người nhà: giúp người bệnh vận động sớm, ăn uống đủ dinh dưỡng, cho người bệnh uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Các đồ dùng riêng giữ sạch sẽ. Chất thải, đờm, mủ, dịch... để tập trung vào nơi quy định để hủy.
- Đối với người bệnh: phải tập vận động sớm, ăn uống đủ chất dinh dưỡng, tôn trọng quy định về nội quy vệ sinh của bệnh viện như: khạc nhổ đờm, vứt đồ thải... đúng nơi quy định.

Chương III

NHI KHOA

1. CHĂM SÓC BỆNH NHI SỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm việc tưới máu tối ưu cho các cơ quan.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng.
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Phòng chống nhiễm khuẩn.

II. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

1. Các dụng cụ phục vụ cho hô hấp hỗ trợ:

- Bóng Ambu.
- Oxy nối với bóng Ambu.
- Ống thông hút đờm vô khuẩn, các cỡ khác nhau phù hợp với tuổi: sơ sinh cỡ ống 6, trẻ lớn đường kính ống <1/2 đường kính ống nội khí quản (NKQ).
- Sử dụng ống hút một lần.

2. Các dụng cụ phục vụ cho giám sát tuần hoàn:

- Máy đo huyết áp.
- Ống đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (TMTT).
- Máy ghi điện tim, máy theo dõi nhịp tim (Monitor).

3. Các dụng cụ truyền dịch, thuốc:

Qua tĩnh mạch ngoại biên, TMTT hoặc truyền trong xương.

4. Các dụng cụ cho ăn qua ống thông mũi - dạ dày:

- Ống thông dạ dày với các cỡ phù hợp theo tuổi: sơ sinh cỡ ống số 6.
- Bơm tiêm 20 - 50ml, chai dịch chứa thức ăn khi cần nhỏ giọt dạ dày.
- Dịch dinh dưỡng: sữa mẹ, sữa năng lượng cao, súp...
- Ống thông bàng quang để theo dõi nước tiểu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bệnh nhi:

* Tư thế:

- Đầu thấp (khi HA hạ), kê gối vai làm thẳng đường thở.
- Đầu cao: khi HA bình thường, đặc biệt trong phù phổi cấp huyết động, phù phổi cấp tổn thương.

- Giường đệm chống loét.

2. Theo dõi truyền dịch: loại dịch, lượng dịch, tốc độ truyền theo đúng y lệnh.

3. Đo huyết áp, mạch, nhịp thở, vân tím da (reill), nước tiểu

Đo áp lực TMTT (C.V.P)... 1 giờ/1 lần tùy theo tình trạng sốc.

Phát hiện, ghi điện tim khi có biểu hiện rối loạn nhịp.

4. Theo dõi tình trạng hô hấp hỗ trợ:

- Hoạt động của máy thở, các thông số thở máy có đúng theo y lệnh không.
- Bóp bóng qua NKQ đúng kỹ thuật (nếu có chỉ định)
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi: di động lồng ngực, sắc môi, nhịp tim 1 giờ/1 lần.
- Hút dịch NKQ, hút đờm dãi: 1 giờ/1 lần, theo mức độ xuất tiết.

5. Tiến hành các xét nghiệm đầy đủ, kịp thời:

Bao gồm xét nghiệm: huyết học, sinh hoá, X-quang, khí máu, các dịch cấy máu... theo chỉ định.

6. Đặt ống thông dạ dày qua mũi hoặc miệng (sau khi đặt canun Mayo)

- Đo chiều dài ống thông đúng quy trình kỹ thuật, kiểm tra vị trí đúng ống thông ở trong dạ dày.
- Cho ăn:
- + Kiểm tra dịch dạ dày: màu, thức ăn cũ?
- + Bơm thức ăn (sữa mẹ, sữa bò, súp...) với lượng ăn theo chỉ định.
- Cho ăn nhỏ giọt dạ dày nếu trẻ trướng bụng, nôn.
- Dịch dạ dày nâu đen; rửa bằng dung dịch NaCl 9‰ cho đến khi trong, cho ăn lại và theo dõi theo y lệnh bác sĩ chỉ định.
- Bơm thuốc bao niêm mạc dạ dày và thuốc kháng H2 như cimetidin theo y lệnh.
- Kiểm tra phân, cân bệnh nhi (nếu có thể).

7. Theo dõi nhiệt độ: đo nhiệt độ 2 lần/ngày theo cấp chăm sóc I, II, III.

- Trẻ sốt cho cởi bớt quần áo.
- Trẻ hạ thân nhiệt (<36°C): ủ ấm, sưởi.

8. Thay đổi tư thế 3 - 4 lần/ngày, xoa bóp, vỗ rung

9. Vệ sinh lau rửa hàng ngày:

- Mắt, mũi, miệng,
- Hậu môn sinh dục, các nếp gấp nách, bẹn, cổ.

10. Thay băng, vệ sinh: chấm cồn iod chân ống thông dẫn lưu, ống thông TMTT. Thay ống NKQ 2 lần/tuần. Ống thông ăn, thông bàng quang tối đa 2 ngày/ lần.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sốc: mạch, HA, nhịp thở, tím, nước tiểu theo bảng.
- Các thông số thở máy, tình trạng bệnh nhi theo bảng.

- Tình trạng đờm: lượng, màu sắc.
- Tình trạng tiêu hoá: lượng ăn, nôn, phân.
- Nhiệt độ.
- Nếu có các dấu hiệu bất thường báo bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích tình trạng bệnh, giúp bà mẹ và gia đình yên tâm hợp tác.
- Giải thích tầm quan trọng vệ sinh cá nhân và giúp bà mẹ cách vệ sinh đúng cho trẻ.
- Không tự ý thay đổi tốc độ truyền dịch, tháo bỏ ống thông, dây dẫn lưu, sờ mó vào máy.
- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn: mặc áo của viện, rửa tay vô khuẩn.
- Duy trì: nguồn sữa mẹ hoặc thức ăn bổ sung đầy đủ.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY THỞ

I. MỤC ĐÍCH

- Cải thiện tình trạng thiếu oxy và tăng CO_2 trong máu.
- Bảo đảm cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhi.
- Bảo đảm vệ sinh, tránh nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

II. CHUẨN BỊ

1. Buồng bệnh:

- Thoáng khí.
- Nhiệt độ từ 20 - 25°C
- Giường đệm sạch sẽ.

2. Dụng cụ:

a. Dụng cụ cung cấp oxy

- Nguồn oxy đã qua hệ thống làm ấm và làm ẩm được gắn với đồng hồ đo lưu lượng.
- Ống thông, mặt nạ, bóng bóp, chụp đầu để thở oxy, lồng ấp, lều thở oxy các cỡ.
- Máy thở đã tiệt trùng và bảo đảm hoạt động tốt.
- Ống thông thở oxy qua nội khí quản các cỡ.

b. Dụng cụ để theo dõi bệnh nhi

- Đồng hồ bấm giây.
- Nhiệt kế.
- Máy đo huyết áp có các cỡ băng.
- Máy đo độ bão hoà oxy máu động mạch qua da nếu có.

c. Dụng cụ để tiến hành chăm sóc và nuôi dưỡng

- Máy hút đã được tiệt trùng.
- Găng tay vô khuẩn.
- Ống thông hút miệng họng
- Hai chai nước vô khuẩn (tráng ống thông hút sau mỗi lần hút miệng họng, nội khí quản).
- Ống thông dạ dày các cỡ.
- Bơm tiêm 50ml, dây truyền.
- Băng dính.
- Sữa mẹ, sữa phù hợp với lứa tuổi hoặc sữa có năng lượng cao.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Làm thông đường thở:**

- Đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng trước khi chăm sóc bệnh nhi.
- Đặt bệnh nhi đầu cao từ 15 - 30°, kê một gối mỏng ở dưới hai vai.
- Cởi bớt quần áo.
- Hút sạch chất tiết ở miệng, mũi, họng.
- Nếu bụng trương gây khó thở nên đặt một ống thông dạ dày hút hết khí.

2. Cung cấp oxy:

Tuỳ theo tình trạng, tuổi của bệnh nhi mà lựa chọn phương pháp cũng như liều lượng thở oxy cho thích hợp.

- Thở oxy qua ống thông mũi: độ dài của ống thông đưa vào mũi bằng độ dài từ cánh mũi đến dải tai cùng bên. Liều lượng từ 1 - 4 lít/1 phút.
- Thở oxy qua mặt nạ: liều lượng 4-8 lít/1 phút.
- Thở oxy qua ống thở oxy 2 mũi). Liều lượng từ 0,5 - 6 lít/1 phút.
- Thở oxy qua chụp đầu. Liều lượng từ 10 - 14 lít/phút.
- Thở oxy qua lều: liều lượng từ 7 - 10 lít/phút.
- Nếu bệnh nhi nặng có chỉ định thở máy, mọi chăm sóc và theo dõi phải tuân thủ theo bài “chăm sóc bệnh nhi thở máy”

3. Chăm sóc và theo dõi:*a. Chăm sóc:*

- Hút dịch mũi họng 30 phút - 1 giờ/1 lần, thời gian hút mỗi lần không quá 20 giây, trước và sau khi hút phải tăng nồng độ oxy trong thời gian 5-10 phút. Ống thông hút chỉ dùng 1 lần (nếu muốn sử dụng lại phải cho hấp sấy vô khuẩn).
- Bệnh nhi có ứ đọng đờm dãi cần phải vỗ rung dẫn lưu tư thế.
- Thay đổi tư thế bệnh nhi 3 giờ /1 lần.
- Lau sạch mồ hôi bằng khăn mềm, ẩm.
- Cho ăn: bảo đảm đủ số lượng và calo cần thiết có thể cho bệnh nhi bú mẹ, ăn bằng thìa hay qua ống thông dạ dày. Dụng cụ sau mỗi lần cho ăn phải được thay.

b. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng suy hô hấp.

- Nếu bệnh nhi tốt lên cần giảm nồng độ oxy, không nên cho bệnh nhi thở oxy nồng độ cao, kéo dài.
- Phát hiện sớm cơn ngừng thở để kịp thời hỗ trợ hô hấp bằng bóp bóng, máy thở...
- Đếm nhịp thở, mạch, huyết áp 1 giờ/1 lần.
- Cặp nhiệt độ ngày 2 lần.
- Cân hàng ngày.
- Theo dõi phân, nước tiểu, các dịch qua ống dẫn lưu...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào bảng theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, huyết áp, tri giác, cân nặng.
- Màu sắc của da và niêm mạc.
- Tính chất, màu sắc của dịch hút.
- Giờ thay đổi tư thế.
- Giờ chuyển đổi chế độ xử lý.
- Giờ cho ăn, số lượng ăn mỗi bữa.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích tình trạng bệnh của bệnh nhi để bà mẹ yên tâm, cùng hợp tác chăm sóc và điều trị.
- Hướng dẫn cho bà mẹ thấy rõ tầm quan trọng của vệ sinh, vô khuẩn để tránh lây nhiễm.
Bảo đảm chế độ ăn, nghỉ ngơi cho bà mẹ để duy trì nguồn sữa.
- Khi ra viện: hướng dẫn bà mẹ nhận biết được dấu hiệu sớm của suy hô hấp để đưa trẻ đến cơ sở y tế kịp thời.

3. CHĂM SÓC BỆNH NHI THỞ MÁY

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho bệnh nhi luôn được thông khí tốt.
- Đảm bảo cho máy thở luôn hoạt động tốt trong suốt thời gian thở máy.
- Bảo đảm cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhi khi đang được thở máy.
- Đảm bảo vệ sinh cho bệnh nhi, cho máy thở. Tránh nhiễm khuẩn chéo khi bệnh nhi đang được thở máy.

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ:

- Máy thở: đã được tiệt trùng và được kiểm tra, đảm bảo máy hoạt động tốt trước khi cho bệnh nhi thở máy.

- Bóng Ambu (vô trùng và đúng cỡ với tuổi), nguồn oxy.
- Ống thông vô khuẩn dùng để hút ống nội khí quản (tốt nhất là có hệ thống hút kín). Kích thước của ống thông phải phù hợp với kích thước ống nội khí quản (đường kính ngoài của ống thông không lớn hơn 1/2 đường kính trong của ống nội khí quản).
- Máy hút.
- Bơm kim tiêm vô khuẩn (10 - 20ml) và dung dịch (NaCl 9 ‰). Chai đựng nước vô khuẩn.

2. Các dụng cụ dùng để theo dõi các chỉ số sinh học của bệnh nhi và hoạt động của máy:

- Dụng cụ lấy máu để đo khí máu.
- Máy đo độ bão hoà oxy máu động mạch qua da.
- Đồng hồ đo lưu lượng khí thở ra (khi bệnh nhi tự thở).

3. Các dụng cụ để săn sóc và nuôi dưỡng bệnh nhi

- Ống thông dạ dày (phù hợp với từng lứa tuổi).
- Bơm tiêm (20ml - 50ml) và bơm cho ăn tự động (nếu có).
- Sữa mẹ, sữa phù hợp với tuổi hoặc dung dịch dinh dưỡng và năng lượng cao.

4. Bệnh nhi

- Nếu là trẻ lớn, bệnh nhi tỉnh phải giải thích cho bệnh nhi việc cần phải thở máy và cho ăn bằng ống thông để bệnh nhi phối hợp với máy và y tá - điều dưỡng viên.
- Hút đờm dãi ở mũi họng, rửa mũi, miệng bằng nước muối sinh lý trước khi đặt ống thông cho ăn.
- Khi đặt ống thông mũi - dạ dày, nên đặt bệnh nhi nằm nghiêng. Phải chắc chắn đầu ống thông đã nằm trong dạ dày (thử bằng cách hút ra dịch vị, bơm hơi vào dạ dày...) trước khi bơm rửa cho bệnh nhi.
- Trong khi thở máy nếu bệnh nhi chống máy, kích thích sợ hãi phải dỗ dành, vỗ về bệnh nhi. Nếu cần báo bác sĩ để cho chỉ định thuốc an thần.
- Theo dõi nước tiểu (số lượng, màu sắc). Đặt ống thông tiểu khi có chỉ định của bác sĩ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hoạt động của máy thở và đáp ứng của bệnh nhi

- Các thông số của máy thở đúng như chỉ định của bác sĩ.
- Kiểm tra nội khí quản, phải chắc chắn đầu ống nội khí quản ở đúng vị trí.
- Kiểm tra bệnh nhi có được nối với máy hay không. Các đường ống dẫn khí của máy có quá nhiều nước tích tụ lại hoặc bị tắc không. Các đầu nối của hệ thống dẫn khí có được nối chắc chắn với nhau không.
- Kiểm tra hệ thống làm ẩm và làm ấm khí thở vào có hoạt động tốt không (thường khí thở vào được làm ẩm từ 32 - 36°C).
- Theo dõi thường xuyên áp lực trong đường thở. Khi áp lực tăng, cần kiểm tra ống nội khí quản, có thể là do đờm dãi tích lũy trong ống nội khí quản.

Phải luôn luôn đánh giá tình trạng hô hấp của bệnh nhi bao gồm nhịp thở, di động lồng ngực có tốt không, khí vào hai phổi có tốt không, bệnh nhi hồng hào hay tím tái.

- Thay đổi tư thế bệnh nhi từ 30 - 60 phút/lần.
- Luôn theo dõi các thông số của máy thở - phải chắc chắn rằng nút báo động của máy ở vị trí bật (on). Theo dõi 1 giờ/1 lần.
- Theo dõi các tai biến có thể xảy ra: tím tái, tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi. Báo ngay bác sĩ nếu có nghi ngờ.
- Nếu có điều kiện theo dõi bệnh nhi dựa vào SpO_2 , PaO_2 , $PaCO_2$ của bệnh nhi (khí máu).

2. Chăm sóc bệnh nhi và phòng nhiễm khuẩn

- Đặt ống thông mũi - dạ dày.
- Cho bệnh nhi ăn theo chỉ định của bác sĩ (Đúng số lượng, chất lượng, đúng giờ).
- Vệ sinh thân thể hàng ngày.
- Hút đờm dãi ở mũi, họng và nội khí quản khi cần. Đánh giá tình trạng đờm, tiết dịch, màu sắc, số lượng.
- Theo dõi nhiệt độ hàng ngày, báo bác sĩ nếu thấy bất thường.
- Thay ống hút, các ống dẫn khí, màng lọc, giấy lọc, nước làm ẩm hàng ngày.
- Tuyệt đối tuân thủ các nguyên tắc vô trùng nếu không cần thiết tránh tiếp xúc với bệnh nhi để tránh lây chéo (kể cả bệnh nhi và thầy thuốc).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI NHẬT KÝ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào bảng theo dõi (có mẫu kèm theo)
- Ngày, giờ, bệnh nhi được cho thở máy. -
- Tên bác sĩ chỉ định - kích thước ống nội khí quản.
- Các thông số thở máy: kiểu thở, tần số, V_T , dòng chảy, tỉ lệ I: E, thời gian thở vào, PEEP...
- Tính chất đờm (khi hút nội khí quản): quánh; lỏng; trắng; vàng, xanh, có máu.
- Thông khí phổi hai bên.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Tầm quan trọng của vệ sinh, phòng tránh lây nhiễm.
- Không tự ý thay đổi các dụng cụ, máy móc, dây truyền.
- Phối hợp với y tá - điều dưỡng viên chăm sóc bệnh nhi.

4. CHĂM SÓC BỆNH NHI HÔN MÊ VÀ KHÔNG THỨC TỈNH

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông khí tốt
- Đảm bảo vệ sinh, chống loét mục

- Hỗ trợ bài tiết phân
- Hỗ trợ vận động cơ xương
- Đảm bảo dinh dưỡng tốt
- Kích thích cảm giác, giác quan.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

Bệnh nhi được nằm ở phòng cấp cứu với nhiệt độ thích hợp 28°C, phòng thoáng, đủ ánh sáng, dễ quan sát...

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ oxy, bóng bóp, ống thông hút các cỡ số, máy hút, nguồn oxy...
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản.
- Bộ dụng cụ bóc lộ tĩnh mạch.
- Các thuốc cấp cứu theo quy định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bệnh nhi được đặt trong phòng cấp cứu.

1. Đảm bảo thông khí tốt:

- Đặt trẻ nằm nghiêng một bên hoặc nửa sấp, đầu quay cùng bên để tránh trào ngược.
- Hút dịch tiết mũi họng.
- Hút dịch dạ dày nếu bụng căng trướng.
- Cho thở oxy theo y lệnh.
- Thay đổi tư thế từ 2 đến 4 giờ một lần để tránh ứ đọng hô hấp và tuần hoàn (trừ trường hợp hôn mê có tăng áp lực nội sọ).
- Chú ý: trẻ hôn mê có tăng áp lực nội sọ phải đặt trẻ đầu cao 30 độ, đầu ở vị trí trung gian, không gấp, ngửa cổ quá mức để hạn chế tăng áp lực nội sọ.
- Theo dõi tiếng thở bất thường, nhịp thở, tần số thở, co rút lồng ngực.

2. Theo dõi các chức năng sống:

- Theo dõi nhiệt độ nếu sốt cao phải hạ nhiệt độ, kết hợp với chườm lạnh...
- Theo dõi nhịp thở, những cơn ngừng thở.
- Theo dõi huyết áp và tần số mạch, tim.
- Theo dõi cơn co giật nếu có và chăm sóc trẻ bị co giật (Xem bài chăm sóc trẻ co giật).

3. Vệ sinh da, để phòng loét mục:

- Đặt trẻ trên đệm hơi chống loét, hoặc trên một đệm mềm để tránh cọ sát.
- Nếu trẻ không có tăng áp lực nội sọ, thay đổi tư thế 2 giờ 1 lần.
- Xoa bóp vùng da ở xương nhô lên và tiếp xúc nền giường 4 giờ một lần.
- Vùng da có nguy cơ loét sẽ phù nề đỏ, phải rửa bằng dung dịch rửa vết thương hàng ngày.

- Tắm rửa bệnh nhi hàng ngày.

4. Hỗ trợ bài tiết phân:

- Cung cấp đủ dịch hàng ngày để tránh táo bón.
- Cho uống thuốc nhuận tràng nhẹ để làm mềm phân hoặc đặt viên đạn glycerin ở hậu môn theo y lệnh.

5. Hỗ trợ vận động cơ xương:

- Xoa bóp và vận động từng phần cơ thể thụ động
- Trẻ được đặt nằm tư thế ngay ngắn.
- Tay trẻ được nắm vật mềm tròn để điều chỉnh tư thế ngón tay. Bàn chân trẻ nếu bị ruỗi đồ thì phải cố định ở tư thế cơ năng 2 giờ một lần, nghỉ 2 giờ.

6. Cung cấp đủ dinh dưỡng:

- Cung cấp đủ dịch và Calo trong những ngày đầu bằng truyền dịch và cho ăn qua ống thông dạ dày.
- Đánh giá tình trạng mất nước và quá tải nước.

* Cho ăn bằng ống thông mũi (miệng) dạ dày:

- Trước khi cho ăn, kiểm tra đầu dưới của ống thông nằm trong dạ dày: hút dịch dạ dày bằng bơm tiêm 20 ml hoặc bơm hơi vào trong dạ dày. Ống đặt đúng, nếu hút được dịch dạ dày hoặc nghe thấy khí cọ sát trong dạ dày.
- Kiểm tra thức ăn có được tiêu hóa trong dạ dày qua dịch hút ở dạ dày.
- Sữa hoặc dịch nuôi dưỡng phải được hâm nóng để dễ hấp thu. Số lượng theo y lệnh.
- Thức ăn được cho vào ống thông bằng bơm tiêm 20 ml hoặc được truyền nhỏ giọt dạ dày qua túi đựng thức ăn và dây truyền.
- Bơm vào ống thông 10 ml nước sạch để làm sạch ống thông sau bữa ăn.
- Ống thông cho ăn phải thay hàng ngày, túi thức ăn và dây truyền phải bỏ sau mỗi bữa ăn.
- Đặt trẻ nằm nghiêng để nguyên tối thiểu 1 giờ.
- Ghi khối lượng thức ăn đã cho.

7. Gây kích thích cảm giác, giác quan:

- Gây kích thích cảm giác, đặc biệt cảm giác nghe là quan trọng đối trẻ không thức tỉnh. Nếu trẻ có thể nghe, y tá - điều dưỡng viên gọi, chào tên, giải thích về thủ thuật, cho uống thuốc với giọng nói dịu dàng. Kích thích này có thể tạo ra kích thích khác.
- Kích thích thị giác được kêu gọi bằng tiếng động âm thanh hoặc hình ảnh như xem ti vi tùy theo tuổi bệnh nhi.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số cơ bản như nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Ghi lượng dịch cho ăn, uống, số lần cho ăn; Lượng dịch bài tiết như phân, nước tiểu, (có bảng theo dõi).
- Ghi các diễn biến bất thường như cơn co giật, số lần co giật... cơn ngừng thở, tình trạng thức tỉnh....

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giữ gìn nguồn sữa mẹ trong những ngày đầu trẻ không bú, bằng cách vắt sữa theo đúng phương pháp. Tận dụng nguồn sữa để nuôi trẻ qua ống thông dạ dày.
- Giải thích cho bà mẹ và gia đình bệnh nhi về căn nguyên để an tâm điều trị, và tuân theo các y lệnh chăm sóc.
- Hướng dẫn chăm sóc phục hồi chức năng cho trẻ sau khi ra viện

5. CHĂM SÓC BỆNH NHI HẠ THÂN NHIỆT

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa thân nhiệt của bệnh nhi trở lại bình thường.
- Phòng chống truy tim mạch nhiễm khuẩn.
- Bảo đảm dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

- Bảo đảm ấm, duy trì nhiệt độ từ 21 - 24°C
- Không có gió lùa.
- Giường đệm ấm.

2. Dụng cụ:

- Nhiệt kế đo được nhiệt độ từ 20°C
- Nguồn oxy đã được làm ấm và ẩm.
- Mặt nạ thở oxy, bóng bóp, ống thông hút, máy hút.
- Khăn to, ẩm (nhiệt độ từ 38 - 42°C)
- Chai và túi chườm.
- Dung dịch đường glucose và muối đẳng trương.
- Chậu nước ấm.
- Ống thông dạ dày, bơm tiêm.
- Sữa ấm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi đến viện:

- Đưa bệnh nhi vào nơi ấm, kín gió.
- Cởi hết quần áo ướt.
- Lau khô toàn thân.
- Dùng khăn ấm quấn lên đầu và toàn thân bệnh nhi.
- Chuyển bệnh nhi đến cơ sở y tế gần nhất. Trên đường chuyển phải có nhân viên y tế đi kèm, phải đầy đủ dụng cụ cấp cứu.

2. Tại bệnh viện:

Rửa tay trước khi chăm sóc bệnh nhi.

** Nếu bệnh nhi hạ thân nhiệt từ 32 - 35,5°C:*

- Đặt bệnh nhi nằm trên giường có đệm ấm.
- Bảo đảm nhiệt độ phòng 21 - 24°C
- Tiếp tục đắp chăn ấm, có thể dùng tia hồng ngoại để sưởi.
- Ủ ấm bằng túi chườm hay chai nước ấm.

** Chú ý:* Túi chườm và chai phải bọc vào khăn, không chườm trực tiếp vào da bệnh nhi tránh gây bỏng.

- Hút sạch dịch tiết ở miệng, mũi họng.
- Thở oxy đã được làm ấm và ẩm ở nhiệt độ 42 - 44°C qua mặt nạ hay ống thông mũi.
- Dịch truyền cho bệnh nhi phải ấm từ 37 - 41°C.
- Hạn chế các thủ thuật không thật cần thiết khi đang cấp cứu.
- Kiểm tra nhiệt độ trung tâm, mạch, HA, nhịp thở, tri giác 15 - 30 phút/1 lần.
- Theo dõi trên điện tâm đồ, phát hiện kịp thời những rối loạn như: mạch chậm, rung nhĩ, rung thất...
- Cho ăn sữa ấm qua ống thông dạ dày: số lượng theo y lệnh.

** Nếu bệnh nhi hạ thân nhiệt dưới 32°C:* những biện pháp làm ấm lại như trên và thêm: Bơm rửa dạ dày, thụt hậu môn, rửa bằng quang bằng dung dịch đẳng trương NaCl 9‰ ấm ở nhiệt độ 40 - 42°C.

** Những biện pháp trên không có hiệu quả báo bác sĩ trực, tiến hành rửa màng bụng với dung dịch nước muối đẳng trương hâm ấm 37 - 43°C.*

** Nếu chân tay bệnh nhi bị cứng lạnh:*

- Ngâm vào chậu nước ấm 39 - 40°C trong khoảng thời gian 20 - 30 phút hoặc cho đến khi màu sắc của chi trở lại bình thường.
- Bệnh nhi bị hạ nhiệt độ phải được chăm sóc và cấp cứu tích cực trong thời gian dài mặc dù các dấu hiệu thần kinh rất nặng như: hôn mê, đồng tử giãn mất phản xạ, ngừng thở... vì trẻ vẫn có khả năng hồi phục.
- Đối với trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ đẻ non khi bị hạ thân nhiệt, nên dùng phương pháp chuột túi (Kangaroo Care) để ủ ấm cho trẻ. Đây là một biện pháp dễ làm, mang lại kết quả tốt.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, mạch, huyết áp nhịp thở 1 giờ/1 lần.
- Nhiệt độ hậu môn 30 phút/1 lần.
- Dịch tiết.
- Phát hiện những dấu hiệu nhiễm trùng, đặc biệt là viêm phổi.
- Số lượng và số bữa ăn hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích để bà mẹ yên tâm và cùng hợp tác chăm sóc.

- Phổ biến cho bà mẹ kiến thức biết chăm sóc con khi thời tiết lạnh cũng như những sơ cứu ban đầu khi bị hạ thân nhiệt.
- Tuyên truyền cho bà mẹ biết cách ủ ấm cho con bằng phương pháp chuột túi, đặc biệt là trẻ đẻ non, thấp cân.

6. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI BỆNH NHI TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn khi trẻ bị mất nước, mất máu.
- Nuôi dưỡng bệnh nhi.
- Giải độc, lợi tiểu.
- Đưa thuốc vào cơ thể để điều trị bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị bệnh nhi

- Giải thích cho bệnh nhi và người nhà hiểu và yên tâm cộng tác với y tá - điều dưỡng.
- Cho bệnh nhi đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi truyền dịch.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dịch truyền, thuốc số lượng theo y lệnh của bác sĩ.
- Dây truyền dịch, bơm tiêm, kim tiêm, kim cánh bướm các cỡ vô khuẩn.
- Băng băng gạc, băng cuộn, băng dính, nẹp.
- Panh, kéo, dây garô, đồng hồ đếm giọt, quang treo chai dịch, xe đẩy.
- Hộp bọc lọ tĩnh mạch.
- Thuốc cấp cứu chống sốc.
- 01 khay quả đậu đựng bông gạc bẩn,
01 khay quả đậu đựng dung dịch sát khuẩn.
- Huyết áp kế, ống nghe, phiếu truyền dịch

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra dụng cụ, thuốc, dịch truyền, đẩy xe tới giường bệnh nhi - thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.
- Điều dưỡng rửa tay, đeo khẩu trang.
- Pha thuốc vào dịch truyền (nếu có), cắm dây truyền vào chai, đuổi khí.
- Chọn vị trí tiêm, sát khuẩn chỗ tiêm.
- Đâm kim vào tĩnh mạch, có máu chảy ra, lắp dây truyền vào kim.

- Dùng băng dính cố định kim, cố định nếp vào tay hoặc chân bệnh nhi.
- Điều chỉnh số giọt, theo chỉ định của bác sĩ.
- Cho bệnh nhi nằm thoải mái, theo dõi sát trong 15 phút đầu sau truyền để phòng có phản ứng và trong suốt quá trình truyền.
- Dung dịch còn khoảng 5 ml trong chai, khoá dây truyền, rút kim, sát khuẩn nơi tiêm. Nếu có chảy máu, cầm máu bằng bông vô khuẩn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi hồ sơ dịch truyền, thuốc, giờ truyền, số giọt, giờ hết truyền, người truyền.
- Ghi chép tình trạng bệnh nhi trong quá trình truyền dịch, phản ứng nếu có.
- Ghi kết quả đo huyết áp, đếm mạch, nhiệt độ của bệnh nhi trước truyền.
- Nếu bệnh nhi có phản ứng, ngừng truyền, ủ ấm, báo bác sĩ xử trí.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giữ bệnh nhi cẩn thận, tránh giãy giụa làm chệch ven.
- Không tự ý điều chỉnh số giọt truyền.
- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình phát hiện những phản ứng của trẻ: sốt cao, nổi ban, tím tái, khó thở phải báo ngay để xử trí.

7. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY TIM

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế các yếu tố làm suy tim nặng hơn.
- Theo dõi, phát hiện và xử trí bước đầu các triệu chứng, biến chứng do suy tim gây ra.
- Phát hiện sớm các biểu hiện độc và tác dụng phụ của thuốc điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Buồng bệnh:

- Yên tĩnh, sạch sẽ, thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông.
- Có loại giường riêng cho bệnh nhi suy tim, khi cần có thể nâng cao đầu được.
- Có một số phương tiện cấp cứu tối thiểu, hoặc bố trí gần phòng cấp cứu. Các trường hợp suy tim nặng cấp tính nên nằm tại phòng cấp cứu.

2. Dụng cụ, trang thiết bị:

- Đồng hồ bấm giây, nhiệt kế, máy đo huyết áp, máy ghi điện tim, bình (hoặc nguồn) oxy, máy hút, bộ đặt nội khí quản.
- Ở các cơ sở chuyên khoa, cần chuẩn bị thêm: bộ kim chọc dò

3. Bệnh nhi:

Giải thích cho bệnh nhi và gia đình về tình hình bệnh tật, các diễn biến có thể xảy ra, tiên lượng của bệnh và sự cần thiết của các phương pháp điều trị (dùng thuốc, thủ thuật, phẫu thuật, shock điện...) cần tạo ra sự tin tưởng cần thiết để bệnh nhi yên tâm điều trị.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc chung:***a. Ăn, uống:*

- Ăn chế độ hạn chế muối là một nguyên tắc trong điều trị suy tim.
- Ăn nhạt tuyệt đối (lượng muối $<0,5\text{g}/24\text{h}$): đối với các trẻ lớn đang trong giai đoạn suy tim nặng, cấp tính (khó thở, phù, đái ít).
- Ăn nhạt tương đối (lượng muối tối đa $1-2\text{g}/24\text{h}$): với các trường hợp suy tim nhẹ và trẻ nhỏ.
- Nên cho ăn chế độ lỏng, dễ tiêu, giàu kcalo, ăn làm nhiều bữa, không nên ăn quá no. Ở trẻ nhỏ suy tim nặng kèm suy hô hấp, nên hướng dẫn mẹ vắt sữa và cho ăn bằng thìa (lúc này bú mẹ cũng là động tác gắng sức).
- Cho ăn thêm các loại quả có chứa nhiều kali như: chuối tiêu, hồng xiêm, cam, nho v.v...
- Hạn chế lượng nước (uống, truyền) đưa vào cơ thể trong giai đoạn phù nhiều. Nên đo lượng nước do ăn uống cung cấp.

b. Nghỉ ngơi:

- Nghỉ tại giường trong quá trình điều trị, tránh các hoạt động gắng sức (cả về thể lực và tâm thần).
- Suy tim cấp tính, suy tim nặng (độ III, độ IV) phải được thực hiện chế độ phục vụ tại giường (chăm sóc cấp I) và nằm nghỉ ở tư thế Fowler (nửa nằm nửa ngồi.).

c. Vệ sinh thân thể:

- Vệ sinh cá nhân và thân thể hàng ngày. Chú ý nơi tắm cần ấm, tránh gió lùa.
- Các trường hợp suy tim giai đoạn nặng hoặc có biến chứng liệt (do tắc mạch máu não) cần chú ý xoa bóp, thay đổi tư thế cho nằm đệm chống loét...

2. Các theo dõi cần thiết:*a. Nhiệt độ:*

- Ngày lấy nhiệt độ 2 lần, cách nhau 8 giờ. Trừ những trường hợp có y lệnh đặc biệt phải lấy nhiệt độ nhiều lần trong ngày.
- Sốt cao trên 39°C : lau mồ hôi, có thể lau khăn tắm cồn, cởi rộng quần áo, bỏ bớt tã lót, chườm mát, cho thuốc hạ sốt theo y lệnh.
- Hạ nhiệt độ ($<36^{\circ}\text{C}$) phải ủ ấm, cho uống nước đường ấm và báo bác sĩ khám lại.

b. Mạch:

- Ngày lấy mạch 2 lần trùng với thời điểm cặp nhiệt độ. Trừ các trường hợp đặc biệt (bệnh nhi có rối loạn nhịp tim, dùng thuốc ảnh hưởng tới nhịp tim...) phải lấy mạch theo chỉ định đặc biệt.

- Cần chú ý: tần số mạch (đếm mạch trong 1 phút) mạch rất nhanh (>200 lần/phút) mạch rất chậm $<$ dưới 50l/phút; mạch không đều, mạch yếu hoặc không bắt được, hiện tượng nghịch mạch; không bắt được mạch phải báo ngay cho bác sĩ để xử trí.

c. Nhịp thở và tình trạng suy hô hấp:

- Đếm nhịp thở cùng lúc với lấy mạch, đo nhiệt độ và bất kì lúc nào phát hiện thấy bệnh nhi có khó thở.
- Đếm nhịp thở trong một phút, kết hợp với các biểu hiện khác như: tím, sự co rút các cơ hô hấp, kiểu thở... để đánh giá tình trạng suy hô hấp.
- Cần nắm vững tính chất cơn khó thở:

Khó thở đột ngột thường do suy tim nặng cấp tính hoặc có biến chứng như phù phổi cấp, chèn ép tim cấp... Khó thở từ từ thường thấy ở các bệnh nhi suy tim mạn tính. Khó thở về đêm gặp trong các bệnh tim bẩm sinh tăng lưu lượng phổi hoặc có kèm bệnh ở phổi. Cơn khó thở vào sáng sớm kèm theo tím tái nặng là biểu hiện của cơn thiếu oxy não trong các bệnh tim bẩm sinh tím v.v...

Xử trí: cần giải thích cho bệnh nhi yên tâm, cởi bớt quần áo, khăn quàng cổ, nằm tư thế dễ thở, hút đờm dãi, cho thở oxy, báo bác sĩ xử trí và chuẩn bị sẵn các phương tiện cấp cứu, điều trị... sẵn sàng thực hiện y lệnh.

d. Huyết áp:

- Đo huyết áp động mạch ngày 2 lần, hoặc khi bệnh nhi có các triệu chứng cơ năng của cơn cao huyết áp (nhức đầu, đỏ bừng mặt).
- Những bệnh nhi có chỉ định đo áp lực tĩnh mạch trung tâm cần được theo dõi sát theo quy trình chăm sóc tích cực.
- Khi phát hiện những thay đổi huyết áp bất thường phải báo ngay cho bác sĩ xử trí và giải thích để bệnh nhi yên tâm.
- Để có kết quả đo chính xác, phải nắm vững kỹ thuật đo và chọn băng đo phù hợp với lứa tuổi.

e. Nước tiểu:

Đo lượng nước tiểu 24 giờ, để có số lượng chính xác, ở trẻ nhỏ đặc biệt ở trẻ nữ, cần phải thu gom nước tiểu bằng túi nilon dính ở bộ phận sinh dục. Tập xi trẻ đái trước khi đi ỉa, đi tắm.

g. Cân nặng:

Cân bệnh nhi hàng ngày vào một giờ nhất định, cân vào lúc đói, để đánh giá tình trạng phù trong giai đoạn bệnh nặng.

3. Phát hiện biểu hiện độc hoặc tác dụng phụ của các thuốc điều trị:

- Bệnh nhi thấy mệt, nhức đầu, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, đau bụng, loạn sắc, mạch chậm hoặc loạn nhịp... có thể do ngộ độc digitalis (thuốc trợ tim).
- Bệnh nhi thấy ho nhiều trong khi đang dùng thuốc ức chế men chuyển, nếu không có viêm nhiễm ở phổi có thể do tác dụng phụ của thuốc.
- Bệnh nhi mệt lả, môi khô, mắt trũng, da niêm da giảm có thể bị mất nước do dùng thuốc lợi tiểu.
- Trẻ nôn máu, ỉa phân đen, xuất huyết dưới da có thể liên quan tới thuốc corticoid, salicylat, thuốc chống đông...

Khi thấy các biểu hiện bất thường phải báo bác sĩ xử trí và giám sát việc thực hiện chế độ điều trị của bệnh nhi (ví dụ: bệnh nhi tự uống thuốc quá liều, không uống kali khi dùng thuốc lợi tiểu, trợ tim... uống aspirin lúc đói v.v...)

4. Phát hiện các triệu chứng hoặc biến chứng trong điều trị:

Khó thở dữ dội, hoảng hốt, ho ra bọt màu hồng. Cơ khó thở hỗn hển vào sáng sớm, kích thích vật vã, tím toàn thân, da tái nhợt, thở ngáp hoặc ngừng thở, không bắt được mạch ở bẹn, cổ, phải kịp thời báo bác sĩ và xử trí bước đầu như giải thích cho bệnh nhi yên tâm, cho thở oxy, bóp bóng, ép bóp tim ngoài lồng ngực... đồng thời chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu và nhanh chóng thực hiện y lệnh.

5. Theo dõi hoạt động của máy móc, trang thiết bị và phát hiện các thông số, các hoạt động bất thường của các phương tiện báo cho bác sĩ biết để xử lý.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Hàng ngày cần ghi vào hồ sơ:

- Việc thực hiện chế độ ăn, uống, chế độ chăm sóc.
- Các thông số: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp, cân nặng, số lượng nước tiểu 24h.
- Các triệu chứng, diễn biến bất thường phát hiện được.
- Những trường hợp chăm sóc đặc biệt, ghi thêm các thông số như: áp lực tĩnh mạch trung tâm, kết quả phân tích khí máu, các thông số máy thở, Monitoring...

V. HƯỚNG DẪN BỆNH NHỊ VÀ GIA ĐÌNH

1. Tại bệnh viện:

- Yên tâm điều trị.
- Nghỉ tại giường, hạn chế hoạt động nặng.
- Ăn nhạt theo chỉ định của bác sĩ.
- Uống thuốc và thực hiện các quy định về điều trị và chăm sóc của bệnh viện.
- Không tự ý uống thêm thuốc hoặc tự tháo bỏ các dụng cụ, phương tiện theo dõi và cấp cứu (như ống thông thở oxy, dây truyền, ống dẫn lưu, máy móc...)
- Báo cho nhân viên y tế các triệu chứng hoặc các diễn biến bất thường (đau ngực, cơ khó thở, cơ tím, ho máu, nôn, ỉa máu, ngất...)

2. Sau khi xuất viện:

- Tránh các hoạt động gắng sức.
- Ăn nhạt khi thấy mệt, phù, đái ít.
- Giữ ấm về mùa đông.
- Uống thuốc theo đơn.
- Đi khám, tiêm phòng, uống thuốc phòng theo đúng lịch quy định.
- Đi khám ngay nếu có các dấu hiệu bất thường trong quá trình theo dõi: mệt, phù, cơ khó thở, đau ngực, tím tái, ngất...

8. CHĂM SÓC BỆNH NHI UỐN VÁN RỖN

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế cơn co giật.
- Phát hiện và xử trí kịp thời cơn ngừng thở.
- Phòng suy dinh dưỡng, viêm phổi.
- Hạ thấp tử vong.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

Nhiệt độ ổn định 26 - 28°C

Phòng phải yên tĩnh tránh tiếng động mạnh, ồn ào.

Phòng thoáng, ánh sáng vừa đủ để có thể quan sát bệnh nhi, không sáng quá.

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ, bóng bóp, nguồn oxy, ống thông hút, máy hút... luôn có sẵn tại buồng bệnh và tiện lợi khi sử dụng.
- Ống thông cho ăn, bơm để bơm sữa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt bệnh nhi trong phòng riêng, tránh động chạm vào người khi không cần thiết.
- Rửa rốn bằng oxy già 3đv thể tích, hoặc nước muối sinh lý 9‰. Dùng betadin 1% chấm vào chân rốn, không băng để rốn nhanh khô và sạch.
- Vệ sinh tắm rửa hàng ngày: đặc biệt những nếp gấp như bẹn, nách, cổ, lòng bàn tay phải được rửa, lau khô và lót một ít bông hút ẩm ở những vị trí đó để tránh ẩm ướt tại chỗ.
- Phân và nước tiểu ra tã phải được thay ngay.
- Thay đổi tư thế: 3-4 lần/ngày. Đặt bệnh nhi nghiêng trái rồi nghiêng phải để tránh ứ đọng ở phổi.
- Hút dịch xuất tiết ở mũi, miệng 30 phút - 1 giờ/1 lần tùy theo mức độ xuất tiết nhiều hay ít.
- Đo nhiệt độ 2 lần/ngày. Nếu bệnh nhi có sốt cởi bột tã lót.
- Cân hàng ngày.
- Theo dõi cơn giật và khoảng cách giữa các cơn giật
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi sau cơn giật xem có nhịp thở trở lại hay không, phát hiện kịp thời cơn ngừng thở để hỗ trợ hô hấp bằng thổi ngạt, bóp bóng, thở máy v.v...
- Nếu bệnh nhi có thở máy phải theo dõi các thông số theo quy định.
- Cho ăn:
- *Thức ăn:* sữa mẹ hoặc sữa bột (nếu mẹ không có sữa)

- **Ăn nhỏ giọt dạ dày:** nhỏ giọt dạ dày để tránh ứ đọng và trào ngược sữa sau mỗi cơn giật trong 10 - 15 ngày đầu phải dùng phương pháp nhỏ giọt dạ dày 7-8 lần một ngày với số lượng bảo đảm theo nhu cầu trên 1kg/24 giờ. Cụ thể là:
 - + Trẻ đẻ non:

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	30ml/kg/24h
Ngày thứ hai sau đẻ	:	50ml/kg/24h
Ngày thứ ba sau đẻ	:	80ml/kg/24h
Ngày thứ tư sau đẻ	:	100ml/kg/24h
Ngày thứ năm sau đẻ	:	120ml/kg/24h
Ngày thứ sáu, bảy sau đẻ	:	140-150ml/kg/24h
Từ ngày thứ 8 trở đi cho	:	180 - 200 ml/kg/24h.
 - + Trẻ đủ tháng:

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	60ml/kg/24h
Ngày thứ hai sau đẻ	:	90ml/kg/24h
Ngày thứ ba sau đẻ	:	110ml/kg/24h
Ngày thứ tư sau đẻ	:	140ml/kg/24h
Ngày thứ năm → bảy	:	150ml/kg/24h
Từ tuần thứ hai trở đi	:	180 - 200 ml/kg/24h.
- Ống thông đặt dạ dày phải thay hàng ngày.
- Chai đựng sữa và dây truyền phải được thay từng bữa.
- * **Ăn bằng ống thông:**
 - Khi bệnh nhi hết giật chỉ còn co cứng, bơm sữa từ từ qua ống thông trong vòng 15 phút.
 - Khi trẻ khóc miệng há còn hạn chế có thể cho trẻ ăn bằng thìa. Chỉ bú mẹ khi trẻ há miệng và khóc to. Lưu ý vệ sinh các dụng cụ cho ăn sau từng bữa.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sống như: mạch, nhịp thở 1-2h/lần.
- Tình trạng bệnh nhi sau mỗi cơn giật: tím tái, ngừng thở v.v...
- Số cơn giật, thời gian kéo dài mỗi cơn giật.
- Giờ hút, tính chất dịch hút.
- Giờ thay đổi tư thế.
- Nhiệt độ, cân nặng hàng ngày.
- Tình trạng tiêu hoá: bệnh nhi có nôn, trướng bụng.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Duy trì nguồn sữa mẹ trong những ngày trẻ không bú được bằng cách hướng dẫn mẹ vắt sữa theo đúng phương pháp.
- Giải thích cho bà mẹ: căn nguyên và dấu hiệu đơn giản về bệnh của trẻ để mẹ yên tâm trong điều trị.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vệ sinh da, rốn cho con, và tránh động chạm vào trẻ khi không cần thiết.
- Hướng dẫn cách phòng bệnh:

- + Phải tiêm phòng đủ hai mũi vaccin phòng uốn ván khi có thai.
- + Để tại cơ sở y tế có đủ điều kiện để sạch và an toàn.

9. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH THẤP CÂN BỊ BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ ($36 - 37^{\circ}\text{C}$)
- Tránh nhiễm khuẩn bội phụ
- Nuôi dưỡng đầy đủ
- Phát hiện và xử trí kịp thời các biểu hiện bệnh lí
- Bảo đảm các yêu cầu chăm sóc đặc biệt theo từng loại bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của trẻ:

- Kín gió, sạch sẽ, nhiệt độ ổn định ($28 - 30^{\circ}\text{C}$)
- Lồng ấp bảo đảm vô khuẩn (xem bài “Chăm sóc trẻ nằm lồng ấp”)
- Nếu không có lồng ấp phải có bà mẹ hoặc người nhà để sẵn sàng ủ ấm cho trẻ theo phương pháp Kangaroo

2. Dụng cụ:

- Ống thông cho ăn, thìa, cốc, bơm cho ăn vô trùng.
- Nước ấm, tã lót khô, sạch để tắm cho trẻ hàng ngày.
- Dụng cụ cấp cứu: bóng bóp, nguồn oxy, máy hút, ống thông hút

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ:

- Nếu có lồng ấp: xem bài “Chăm sóc trẻ nằm lồng ấp”.
- Nếu không có lồng ấp, trẻ không suy hô hấp: thực hiện phương pháp Kangaroo:
 - + Bà mẹ cởi áo, đặt trẻ lên ngực mẹ, da trẻ kề sát da mẹ.
 - + Đầu trẻ gối giữa hai vú mẹ.
 - + Mẹ mặc áo, trùm lên trẻ và đắp chăn bên ngoài
- Nếu không có lồng ấp, trẻ đang suy thở:
 - + Quấn tã lót, chân cho trẻ đủ ấm.
 - + Sử dụng lò sưởi để sưởi ấm phòng.
 - + Ủ ấm bằng túi hoặc chai nước nóng: dùng hai chai nước nóng, vặn nút chặt, quấn vải ra ngoài chai nước nóng để tránh chai nước nóng áp trực tiếp vào da trẻ gây bỏng. Thay nước trong chai khi chai nước nguội.

2. Đảm bảo vô khuẩn, vệ sinh cho trẻ:

- Giường, lồng ấp, phòng ở, cửa phải được lau, vệ sinh hàng ngày.
- Dụng cụ chăm sóc: ống thông ăn, bơm ăn, cốc, thìa phải được luộc sôi, để nơi sạch sẽ, trong hộp có nắp đậy.
- Nhân viên phục vụ phải rửa tay trước khi chăm sóc, thăm khám từng trẻ.
- Hàng ngày tắm hoặc lau rửa cho trẻ tại giường (xem bài “Tắm trẻ”).
- Giữ cho trẻ khô, ấm. Khi trẻ đái, ỉa phải lau sạch thay tã ngay.

3. Nuôi dưỡng:

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ để thấp cân. Khi trẻ chưa bú được phải cho ăn qua ống thông dạ dày. Lượng sữa được tính như sau:

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	30 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ hai sau đẻ	:	50 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ ba sau đẻ	:	80 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ tư sau đẻ	:	100 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ năm sau đẻ	:	120 ml/kg cân nặng/24 giờ.
Ngày thứ sáu, bảy sau đẻ	:	140-150 ml/kg cân nặng/24h.

Từ ngày thứ tám trở đi cho 180 đến 200 ml/kg cân nặng/24 giờ.

Vì dạ dày của trẻ còn nhỏ: nên càng nhỏ và càng ít ngày tuổi thì càng phải cho ăn nhiều bữa trong ngày (12 - 14 bữa trong ngày).

4. Cho thở oxy, truyền dịch, tùy từng bệnh theo y lệnh**IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Theo dõi các dấu hiệu sống: mạch, nhịp thở, màu sắc da 2 giờ 1 lần,
- Theo dõi nhiệt độ, cân nặng hàng ngày.
- Ghi lượng sữa ăn từng bữa, số lần nôn, tính chất dịch nôn.
- Số lượng và màu sắc phân, nước tiểu

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích tình hình bệnh của trẻ.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa khi trẻ chưa bú được, cách đổ thìa, cách cho trẻ bú đúng khi trẻ bắt đầu bú được.
- Phòng tránh đẻ thấp cân khi mang thai:
 - + Mẹ được ăn uống đầy đủ.
 - + Không lo lắng, không làm việc nặng.
 - + Khám thai đầy đủ để được hướng dẫn

10. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NẪM LÔNG ẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ.
- Bảo đảm vô khuẩn trong chăm sóc trẻ.
- Bảo đảm nuôi dưỡng đầy đủ cho trẻ
- Phát hiện và xử trí kịp thời các diễn biến bất thường của trẻ

II. CHUẨN BỊ

1. Lồng ấp:

- Làm vệ sinh sạch sẽ, chiếu đèn tử ngoại để tiệt trùng trước khi dùng.
- Kiểm tra xem hệ thống điều chỉnh nhiệt độ, độ ẩm, oxy có hoạt động tốt không.
- Kiểm tra xem hệ thống báo động có hoạt động không.

2. Các dụng cụ chăm sóc:

- Tã lót, bơm cho ăn, ống thông, thìa, cốc, đều được tiệt trùng.
- Nước ấm, xà phòng cho trẻ nhỏ, để tắm tại giường hàng ngày.

3. Các dụng cụ cấp cứu:

Mặt nạ, bóng bóp, nguồn oxy, máy hút, ống thông hút

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Cắm điện cho lồng ấp, bật công tắc, điều chỉnh các thông số của lồng ấp:

- *Nhiệt độ:* tùy theo cân nặng và tuổi của trẻ mà đặt nhiệt độ thích hợp:

Cân nặng	Tuổi		
	1 ngày	4 ngày	8 ngày
≤ 1500g	36°C	35°C	34°C
1501 - 2000g	35°C	34°C	34°C
2001 - 2500g	34°C	33°C	33°C
>2500g	33°C	32°C	32°C

- *Độ ẩm:* thường để độ ẩm 60%
- *Oxy:* tùy theo y lệnh cho các trường hợp cụ thể
- Đặt bệnh nhi vào lồng ấp:
 - + Chờ cho nhiệt kế trong lồng ấp chỉ đúng nhiệt độ theo yêu cầu
 - + Đặt bệnh nhi vào lồng ấp, cởi áo, không quấn tã, chỉ quấn khố để không đái ỉa ra lồng ấp.
- Theo dõi mạch, nhịp thở, nhiệt độ, cân nặng
- Hàng ngày tắm cho trẻ ở trong lồng ấp (xem bài tắm trẻ)

- Mọi động tác chăm sóc đều thực hiện ở trong lồng ấp, người chăm sóc chỉ cho tay vào trong lồng ấp qua cửa sổ của lồng ấp.
- Trước khi tiến hành các động tác chăm sóc, thăm khám, điều trị, nhân viên y tế phải rửa và lau khô tay cẩn thận.
- Cho trẻ ăn đầy đủ theo y lệnh.
- Khi lồng ấp bẩn phải thay lồng ấp sạch cho bệnh nhi.
- Nếu có tín hiệu báo động ở lồng ấp phải điều chỉnh ngay thông số có rối loạn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu sống như mạch, nhịp thở, 2 giờ một lần.
- Cân bệnh nhi hàng ngày.
- Ghi nhiệt độ bệnh nhi ngày 2 lần.
- Ghi chép số lượng và tính chất phân, nước tiểu hàng ngày.
- Ghi chép và xử lý ngay các dấu hiệu bất thường như: khó thở, tím tái, nôn, trướng bụng.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHỊ

Giải thích tình hình bệnh và các diễn biến có thể xảy ra.

- Hướng dẫn bà mẹ cách duy trì nguồn sữa (cách vắt sữa, cách cho con bú có hiệu quả khi trẻ bú được).
- Hướng dẫn phòng bệnh: tùy theo từng bệnh cụ thể của từng bệnh nhi.

11. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho trẻ được chiếu đèn đúng phương pháp, đạt hiệu quả cao.
- Phát hiện các dấu hiệu vàng da nặng để xử lý kịp thời.
- Đảm bảo nuôi dưỡng, vệ sinh tốt cho trẻ.

II. CHUẨN BỊ

1. Chiếu đèn:

- Đèn ánh sáng xanh chuyên dùng, đủ số lượng, công suất, bóng đèn còn thời gian sử dụng.
- Điều chỉnh cho khoảng cách từ đèn đến trẻ là 50 cm.

2. Lồng ấp:

- Sạch sẽ, vô khuẩn, đảm bảo tiêu chuẩn chuyên môn (xem bài chăm sóc trẻ sơ sinh nằm lồng ấp).
- Dùng băng nâu hoặc đen để che mắt trẻ trong khi chiếu đèn, tránh hại mắt cho trẻ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bật lồng ấp, đặt các thông số thích hợp (xem bài “ Chăm sóc trẻ sơ sinh nằm lồng ấp”).
- Chờ cho lồng ấp nóng đạt mức yêu cầu mới đặt bệnh nhi vào.

Bệnh nhi:

- + Cởi trần, không quấn tã, chỉ quấn khố để tránh đái ỉa ra lồng ấp. Cố gắng bọc lộ được càng nhiều phần da để chiếu đèn càng tốt.
- + Dùng gạc che kín 2 mắt của trẻ.
- Bật đèn chiếu, kiểm tra và sửa lại cho cả dàn đèn đều sáng rõ.
- Thay đổi tư thế của bệnh nhi 2 giờ 1 lần để cho tất cả các phần da đều được đèn chiếu.

*** Nuôi dưỡng:**

- Trẻ chiếu đèn vẫn được bú sữa mẹ. Khi đưa trẻ ra ngoài lồng ấp để bú mẹ phải quấn ấm cho trẻ.
- Nếu trẻ không bú được phải cho trẻ ăn qua ống thông theo đúng y lệnh. Lượng sữa cần cho trẻ được tính như sau:
- *Trẻ đẻ non và thấp cân dưới 2.500g:*

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	25 - 30 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ hai sau đẻ	:	50 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ ba sau đẻ	:	80 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ tư sau đẻ	:	100 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ năm sau đẻ	:	120 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ sáu, bảy sau đẻ	:	140 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ tám trở đi	:	180 ml/kg/24 giờ.
- *Trẻ đủ tháng:*

Ngày thứ nhất sau đẻ	:	60 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ hai sau đẻ	:	90 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ ba sau đẻ	:	110 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ tư sau đẻ	:	140 ml/kg/24 giờ.
Ngày thứ năm - bảy sau đẻ	:	150 ml/kg/24 giờ.
Từ tuần thứ hai trở đi	:	Cho 180 đến 200 ml/kg/ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi nhiệt độ: ghi ngày hai lần. Để phòng trẻ bị sốt do chiếu đèn hoặc nhiệt độ lồng ấp quá cao.
- Theo dõi trương lực cơ: nếu tăng là có nguy cơ vàng nhân não.
- Các dấu hiệu suy hô hấp: nhịp thở, tím tái, rút lõm lồng ngực.
- Ghi hàng ngày:
 - + Mức độ vàng da tăng hay giảm.
 - + Lượng ăn của trẻ, cân nặng
 - + Màu sắc phân, nước tiểu

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Hướng dẫn bà mẹ duy trì nguồn sữa mẹ.
- Giải thích tình hình bệnh và các diễn biến có thể xảy ra.

*** Hướng dẫn cách phòng bệnh vàng da:**

- Cho bú mẹ càng sớm càng tốt ngay sau đẻ. Đặc biệt cần chú ý tận dụng sữa non vì có tác dụng nhuận tràng nhẹ làm cho trẻ ỉa phân su sớm để đào thải sớm chất gây vàng da ra ngoài.
- Hàng ngày bà mẹ phải bế con ra nơi có ánh sáng mặt trời để quan sát da của trẻ xem có bị vàng da không.
- Khi trẻ mới sinh bị vàng da và có 1 trong những dấu hiệu nguy hiểm sau cần đưa đến ngay cơ sở y tế:
 - + Anh hoặc chị cháu bé bị vàng da nặng thời kỳ sơ sinh
 - + Vàng da xuất hiện ngay trong 2 ngày đầu sau đẻ
 - + Trẻ nôn hoặc li bì
 - + Trẻ bú kém
 - + Trẻ sốt
 - + Trẻ ỉa phân bạc màu.

12. CHĂM SÓC BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN**I. MỤC ĐÍCH**

- Phát hiện và đánh giá được mức độ khó thở.
- Xử trí kịp thời cơn khó thở.
- Phòng bội nhiễm viêm phổi
- Chống kiệt sức do gắng sức co kéo cơ hô hấp.
- Hướng dẫn cách kiểm soát bệnh ngoài cơn hen

II. CHUẨN BỊ**1. Phòng chăm sóc, theo dõi:**

- Thoáng, sáng, ấm (26 - 28°C).
- Phòng có hệ thống oxy dự trữ càng tốt.

2. Dụng cụ:

- Hệ thống thở oxy đầy đủ: nguồn oxy, dây dẫn, bình ẩm, masque, ống thông thở oxy.
- Dụng cụ cấp cứu hỗ trợ hô hấp: bóng bóp, bộ đèn và ống đặt nội khí quản.
- Máy hút, ống thông hút cỡ số phù hợp với bệnh nhi.
- Máy khí dung (aerosol)
- Dụng cụ dùng kèm bình xịt thuốc giãn phế quản như bình thở trẻ em: Ventolin Inhaler, Bricanyl Inhaler

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chú ý tâm lý tiếp xúc bệnh nhi, cần vỗ về an ủi động viên và giải thích (nếu trẻ hiểu) giúp trẻ tránh lo lắng sợ hãi, tránh gắng sức, thở đều và hợp tác với bác sĩ, điều dưỡng.
- Khi bệnh nhi có biểu hiện khó thở phải để ở tư thế đầu cao, gắn hệ thống oxy, nói rộng áo vùng cổ, ngực.
- Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng của cơn khó thở như đếm nhịp thở, dấu hiệu co kéo cơ hô hấp, tím tái, 1h/lần. Đánh giá mức độ nặng cơn hen, báo bác sĩ để cho y lệnh kịp thời.
- Hút dịch xuất tiết ở mũi họng nếu có.
- Thở khí dung các loại thuốc giãn phế quản theo y lệnh hoặc dùng các dụng cụ như bình trợ giúp hít thở cho trẻ em để sử dụng các thuốc điều trị đặc hiệu.
- Sau khi khí dung cần vỗ rung với tần số vỗ nhanh, nhưng biên độ thấp lí liệu pháp hô hấp, hút kĩ đờm dãi thông thoáng đường thở, dẫn lưu tư thế v.v...
- Nếu có chỉ định thở oxy phải khẩn trương cho thở oxy đúng phương pháp (qua ống thông mũi, qua mặt nạ v.v...) đủ lưu lượng, nồng độ oxy.
- Cập nhật độ 2 lần/ngày.
- Cân hàng ngày.
- Vệ sinh cơ thể.
- Đảm bảo chế độ ăn đủ calo: nếu trẻ không ăn được phải đổ thìa hay cho ăn bằng ống thông dạ dày theo định lượng và thời gian, chủ yếu là sữa và thức ăn lỏng

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các dấu hiệu toàn thân: nhiệt độ, cân nặng, tinh thần.
- Theo dõi: nhịp thở, nhịp tim, 1 giờ/lần.
- Đánh giá mức độ nặng cơn khó thở dựa vào: tím tái, thở gắng sức, thời gian kéo dài cơn khó thở.
- Lượng và tính chất dịch tiết đờm dãi hút được.
- Các thông số thực hiện y lệnh nếu có tiến hành biện pháp oxy: lưu lượng, nồng độ v.v...
- Tình trạng ăn uống

V. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH

** Các biện pháp không chế bệnh hen và không làm cho các cơn hen xuất hiện:*

- Tránh xa các nguyên nhân khởi phát cơn hen như: lông thú, bụi nhà, hay gắng sức....
- Dùng thuốc điều trị dự phòng theo đúng đơn của bác sĩ.
- Kiểm tra định kì, liệu pháp tâm lí cho trẻ hàng ngày.
- Đảm bảo nuôi dưỡng trẻ đầy đủ.
- Hạn chế gắng sức.
- Cần cho khám và điều trị dứt điểm các đợt ho sốt, viêm nhiễm đường hô hấp.

13. CHĂM SÓC BỆNH NHI VIÊM PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Phát hiện và xử trí kịp thời tình trạng suy hô hấp.
- Đề phòng kiệt sức do khó thở gây ra.
- Hạ thấp tỉ lệ tử vong do viêm phổi nặng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi:

Phòng điều trị phải rộng rãi, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông. Tránh gió lùa.

2. Các phương tiện để chăm sóc:

- Đồng hồ để đếm nhịp thở, mạch.
- Hệ thống thở oxy: bình oxy, dây dẫn, lọ nước làm ẩm, ống thông, mặt nạ...
- Máy hút, ống thông vô khuẩn có các cỡ số phù hợp.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nới rộng quần áo, tã lót.
- Làm thông thoáng đường hô hấp bằng cách hút-đờm dãi và các chất xuất tiết ở mũi họng. Cỡ ống thông số 6 - 8 cho trẻ nhỏ, số 8 - 10 cho trẻ lớn. Chú ý hút đúng phương pháp.
- Khi có suy hô hấp cho bệnh nhi thở oxy qua ống thông mũi. Liều lượng: trẻ sơ sinh: 0,5 l/phút, trẻ nhỏ 1,5 l/phút, trẻ lớn 3 l/phút. Nếu thở oxy qua ống thông mũi bị kích thích nhiều cho trẻ thở oxy qua mặt nạ.

Chú ý: Oxy phải được làm ẩm qua bình nước; thường xuyên kiểm tra ống thông để phòng tắc.

- Vỗ rung nhiều lần trong ngày khi trẻ khò khè, ứ đọng đờm dãi, sau đó hút cho trẻ
- Đếm nhịp thở. Trường hợp nặng 3 h/lần.
- Đo mạch và nhiệt độ hàng ngày.
- Cân theo định kì 3 ngày/lần
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu nặng của bệnh: bú kém, bỏ bú, không uống được, thở nhanh hơn, thở khó hơn, tím tái, các tiếng thở bất thường: tiếng rít, tiếng khò khè...

* Chế độ ăn:

- Đảm bảo cho trẻ bú sữa mẹ. Khi trẻ khó thở nhiều vắt sữa đổ bằng thìa. Nếu trẻ không nuốt được cho trẻ ăn qua ống thông dạ dày.
- Trẻ lớn cho ăn lỏng, dễ tiêu, chia nhiều bữa, đủ calo.
- Cho uống nhiều nước để bù lại lượng nước đã mất do sốt, thở nhanh, tiêu chảy.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhịp thở, nhịp tim, nhiệt độ.
- Tình trạng khó thở, rút lõm lồng ngực, tím tái, tiếng thở bất thường.
- Tình trạng xuất tiết, các chất dịch hút được.
- Nếu phải thở oxy: ghi tình trạng trước và sau khi thở oxy.
- Tình trạng dinh dưỡng và tiêu hóa: ăn, uống, nôn, bỏ bú, bỏ uống, tiêu chảy

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Giải thích cho bà mẹ tình trạng bệnh của trẻ để gia đình hiểu và cộng tác chăm sóc.
- Giải thích bà mẹ cho bú nhiều lần hơn khi trẻ ốm. Nếu trẻ không bú được hướng dẫn vắt sữa và cho uống bằng thìa đúng phương pháp.
- Hướng dẫn bà mẹ báo ngay cho thấy thuốc khi trẻ có các biểu hiện: không bú được, trẻ mệt hơn, trẻ thở nhanh hơn, thở khó hơn.

** Hướng dẫn cách phòng bệnh:*

- Giữ ấm cho trẻ, tránh nhiễm lạnh.
- Tiêm phòng đầy đủ.
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Phát hiện và điều trị sớm các nhiễm khuẩn của mũi, họng.

14. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÓ ỐNG THÔNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm dẫn lưu màng phổi tốt.
- Theo dõi dịch chảy ra, hiệu quả của dẫn lưu.
- Chăm sóc vết thương mở thông màng phổi

II. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân:

- Nằm phòng riêng có hệ thống dẫn lưu kín liên tục bằng khí nén (nếu có) hoặc hệ thống chai dẫn lưu kín, vô khuẩn.
- Nằm tư thế Fowler

2. Dụng cụ:

Máy hút liên tục hoạt động bằng khí nén hoặc chai dùng để dẫn lưu, nguồn oxy, ống thông hút vô khuẩn, máy hút, mặt nạ, bóp bóng... luôn có sẵn tại buồng để tiện lợi khi sử dụng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Dẫn lưu bằng máy hút liên tục hoạt động bằng khí nén:**

- Kiểm tra hệ thống khí nén xem có đủ áp lực hoạt động. Đổ nước sát khuẩn vào bình đựng dịch, có đánh dấu mức dịch.
- Đổ nước mềm vào bình tạo áp lực. Điều chỉnh áp lực hút tính theo cm nước theo y lệnh.
- Lắp đặt hệ thống dây hút, tiếp nối vào hệ thống khí nén.
- Kiểm tra lại các nơi tiếp giáp: các bình - dây dẫn - các nắp... xem có bị hở không.
- Mở hệ thống khí nén kiểm tra hoạt động của máy trước khi tiếp nối với bệnh nhi.
- Nối hệ thống máy hút với ống thông dẫn lưu ở phổi của bệnh nhi.
- Cố định ống dẫn để phòng tuột ống thông khi bệnh nhi thay đổi tư thế.
- Hướng dẫn người nhà cách giữ bệnh nhi, cách cho ăn, không thay đổi tư thế khi đang dẫn lưu.

2. Dẫn lưu kín bằng chai:

- Đổ dịch sát khuẩn vào chai, có đánh dấu mức dịch.
- Đậy nắp cao su đã có ống dẫn lưu đi qua, đầu ống dẫn có buộc ngón tay găng thủng, nhúng sâu 3 - 5 cm vào dịch sát khuẩn.
- Kiểm tra ống thông khí ở nút chai, kiểm tra độ khít của nút chai.
- Đặt chai ở nơi ít va chạm, chai dẫn lưu phải luôn ở thấp hơn chân ống dẫn lưu 50 - 60 cm nhưng không được để tiếp giáp với mặt đất.
- Nối ống dẫn lưu với bệnh nhi, sau đó mở kẹp ống dẫn lưu màng phổi.
- Kiểm tra lại các ống dẫn để đảm bảo không có hiện tượng bị gấp, bị xoắn vặn.

3. Chăm sóc hàng ngày:*a. Thay băng:*

- Vén áo bộc lộ rõ vùng dẫn lưu
- Tháo băng cũ, thận trọng, nhẹ nhàng tránh làm tuột ống.
- Rửa sạch xung quanh chân ống thông bằng oxy già, nếu chân ống thông nhiễm trùng sát khuẩn quanh chân ống thông bằng betadin, sát khuẩn rộng ra vùng xung quanh 5 cm
- Thấm khô, đặt băng gạc vô khuẩn có cắt rãnh bao quanh chân ống thông.
- Dán băng dính cố định.

b. Thay chai dịch đã dẫn lưu:

- Dùng kẹp kẹp ống dẫn lưu.
- Ghi lại lượng dịch trước khi đổ.
- Làm vệ sinh chai (bình) đổ dịch sát khuẩn bằng mức cũ để tiện việc theo dõi.
- Kiểm tra các nút để đảm bảo kín, nối với bệnh nhi sau đó mở kẹp.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số lượng, dịch hút ra, màu sắc, tính chất (đặc hay loãng, có máu hay có lẫn bọt khí).
- Tình trạng vết thương.
- Tình trạng hô hấp và tình trạng chung của bệnh nhi.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích cho bà mẹ và gia đình về tình trạng bệnh của trẻ để gia đình biết và cùng hợp tác trong chăm sóc, điều trị.
- Hướng dẫn bà mẹ khuyến khích trẻ thở sâu, ho.
- Hướng dẫn cho bà mẹ và gia đình cách nuôi dưỡng trẻ: ăn đủ chất, ăn sữa mẹ (nếu trẻ nhỏ), ăn nhiều bữa.
- Hướng dẫn bà mẹ cần báo ngay cho bác sĩ hoặc điều dưỡng nếu trẻ có dấu hiệu bất thường như thở nhanh, khó thở, bỏ bú.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vệ sinh răng, miệng, mũi và cơ thể cho trẻ.

Chú ý:

* Nếu ống dẫn lưu bị tuột, ngay lập tức dùng băng gạc đắp ngay vào vết chân ống thông, giữ tay mình áp chặt vào đó, sau đó dán cố định bằng băng dính to bản, tránh khí ulla vào khoang màng phổi qua lỗ chân ống dẫn lưu.

15. CHĂM SÓC BỆNH NHI THẤP TIM

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi và chăm sóc bệnh nhi theo từng thể bệnh: viêm tim, viêm đa khớp, múa giật.
- Theo dõi tai biến và tác dụng phụ của thuốc.
- Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn bệnh nhi và gia đình hợp tác chăm sóc phòng bệnh thấp tim.

II. NỘI DUNG CHĂM SÓC BỆNH NHI THẤP TIM

1. Đối với thể viêm đa khớp:

- Trẻ nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn viêm khớp, chỉ để tư thế gập nhẹ.
- Hướng dẫn trẻ vận động gập duỗi khớp khi giảm viêm và đau.

2. Đối với thể viêm tim:

- Thực hiện đúng, đầy đủ, kịp thời y lệnh của bác sĩ.
- Đo huyết áp, đếm mạch, đếm nhịp tim, ít nhất 1 lần trong ngày. Đếm nhịp thở trong trường hợp cần thiết.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ. Hướng dẫn gia đình cách thu thập và đo số lượng nước tiểu.
- Cân nặng ít nhất 2 lần/tuần hoặc nhiều hơn nếu bệnh nhi có suy tim nặng.
- Chế độ ăn và nghỉ ngơi có tầm quan trọng như thuốc điều trị, đặc biệt khi có suy tim nặng.

+ Ăn nhạt: tùy mức độ suy tim: nhạt tuyệt đối (không có muối) hoặc nhạt tương đối (từ 2 đến 4 gam muối/ngày). Động viên gia đình tự nấu ăn cho trẻ (lược hoặc rán

không có muối) hoặc ăn theo chế độ ăn nhạt của bệnh viện. Lưu ý trẻ và gia đình một số thức ăn “nhạt” mà vẫn có muối: bánh mì, xôi, cháo, phở.... Giải thích sao cho trẻ vui vẻ, tự giác chấp nhận chế độ ăn “không ngon miệng” này, tránh ăn vụng muối.

+ Đối với các thức ăn khác: không hạn chế, không kiêng nên ăn nhiều rau, hoa quả, thức ăn giàu đạm. Khi trẻ đang được điều trị trợ tim và lợi tiểu: khuyến khích ăn hoa quả có nhiều kali: hồng xiêm, chuối tiêu, nho....

Không nên uống nhiều nước khi có phù, suy tim nặng.

+ Thực hiện nghiêm túc chế độ chăm sóc cấp 1. Trẻ suy tim nặng cần nghỉ ngơi, ăn uống vệ sinh mỗi ngày tại giường, thay đổi tư thế nhẹ nhàng, trẻ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi khi khó thở nhiều. Đánh giá chi tiết chế độ ăn, lượng nước uống và nước tiểu bệnh nhi hàng ngày.

+ Đối với các trường hợp không suy tim hoặc suy tim nhẹ cũng cần chế độ nghỉ ngơi để tránh các biến chứng dẫn tới suy tim hoặc suy tim nặng thêm. Trong thời gian ở bệnh viện trẻ sinh hoạt tại khoa phòng, không tự ý rời khỏi khoa. Chế độ nghỉ ngơi còn phải thực hiện trong nhiều tuần ở nhà để viêm tim hồi phục hoàn toàn, tránh đi chứng van.

3. Đối với thể mùa giạt:

- Tùy thuộc mức độ nặng, trẻ cần được phục vụ hoàn toàn (vệ sinh thân thể, ăn uống), theo dõi sát, tránh để trẻ ngã, sảy sát.
- Khích lệ, động viên trẻ, tránh lo âu quá mức.

4. Chăm sóc tâm lý:

- Thấp tim không phải là bệnh cấp tính, thời gian nằm viện trung bình 2 - 3 tuần, cần phải theo dõi và phòng bệnh lâu dài. Người y tá - Điều dưỡng cần cởi mở, thân thiện với trẻ và gia đình trẻ.
- Để tránh những lo âu không cần thiết, trước khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, điều trị. Nên giải thích cho trẻ: mục đích, sự cần thiết của công việc để trẻ biết và hợp tác.
- Tạo ra khung cảnh vui vẻ, trẻ có những trò chơi giải trí nhẹ nhàng phù hợp với sức khỏe: đọc báo, đồ vui... Khi bệnh đỡ, khuyến khích trẻ đem sách vào học ở bệnh viện để khi ra viện trẻ không bị lỡ học

III. THEO DÕI VÀ PHÁT HIỆN CÁC TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC

Để điều trị bệnh thấp tim trẻ phải dùng nhiều thuốc: kháng sinh, kháng viêm (aspirin, prednison), trợ tim (digoxin), lợi tiểu và một số thuốc khác.

1. Phát hiện các tai biến, tác dụng phụ của thuốc:

- Digoxin: nhịp chậm, nhịp nhanh bất thường, loạn nhịp, trẻ kêu nhìn màu vàng, đau bụng, buồn nôn....
- Thuốc kháng viêm: đau thượng vị, nôn, ợ chua, nôn máu, phân đen...
- Thuốc lợi tiểu: bệnh nhi đái quá nhiều, mất nước, hạ kali làm tăng nguy cơ ngộ độc digoxin.
- Các biểu hiện dị ứng thuốc: như nổi mề đay, ngứa.

2. Chăm sóc:

Để tránh các tác hại này cần thực hiện theo y lệnh của bác sĩ đồng thời giám sát bệnh nhi để đảm bảo thuốc được dùng đúng và đầy đủ.

- Thuốc kháng viêm được uống khi đã ăn no, prednison được dùng toàn bộ liều (nếu liều nhỏ) hoặc 2/3 liều vào buổi sáng.
- Digoxin uống đúng giờ theo y lệnh, luôn luôn kiểm tra mạch trước khi cho bệnh nhi dùng thuốc, nếu mạch chậm (dưới 60 lần/phút) hoặc có các biểu hiện bất thường, ngừng thuốc, báo bác sĩ.

IV. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH PHÒNG THẤP THỨ PHÁT

- Nói rõ cho gia đình biết phòng thấp thứ phát là điều kiện để khỏi bệnh, nhằm giảm tỉ lệ tái phát, tỉ lệ bệnh van tim.
- Thời gian phòng bệnh phụ thuộc vào tình trạng bệnh, ít nhất trong 5 năm.
- Bệnh nhi cần được tiêm mông Rectarpen 4 tuần/1 lần.
- Tìm hiểu những khó khăn khi bệnh nhi tiêm phòng thấp ở địa phương, từ đó đề xuất với bác sĩ, thuyết phục gia đình đảm bảo sao cho mọi trẻ thấp tim đều được phòng thấp đầy đủ.

16. CHĂM SÓC TRẺ BỊ NÔN TRỞ**I. MỤC ĐÍCH**

- Phòng và xử trí kịp thời chất nôn trở sặc vào đường thở của trẻ.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các dấu hiệu mất nước và điện giải do hậu quả của nôn để xử trí kịp thời các dấu hiệu mất nước - điện giải.
- Theo dõi và phát hiện các triệu chứng biểu hiện nguyên nhân gây nôn: các biểu hiện cấp cứu ngoại khoa, để kịp thời chẩn đoán và xử trí (tắc ruột - lồng ruột).

II. CHUẨN BỊ

- Tất cả bệnh nhi nôn nhiều cần lưu tại phòng cấp cứu, theo dõi 24 - 48 giờ
- Chuẩn bị sẵn sàng bộ sạch cho trẻ nôn, theo dõi chất nôn.
- Máy hút, ống thông hút vô khuẩn phòng khi trẻ nôn và sặc chất nôn, nếu không có máy hút có thể dùng bơm tiêm 20 ml hoặc dụng cụ hút miệng đối với sơ sinh.
- Ống thông nhỏ giọt dạ dày, dung dịch Oresol hoặc dụng cụ truyền tĩnh mạch và dịch truyền khi trẻ mất nước.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc khi trẻ nôn:**

- Để trẻ nằm đầu cao nghiêng về một bên.
- Dùng khăn lau sạch chất nôn ở miệng.

- Dùng máy hút hoặc miệng hút sạch chất nôn trào qua mũi trẻ tránh trẻ sặc.
- Khi trẻ bị nôn cho trẻ ăn uống cần phải cẩn thận, cho ít một, đổ nghiêng vào một bên má.

2. Theo dõi các biểu hiện của triệu chứng nôn và các biểu hiện của dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải.

- Theo dõi số lần nôn và chất nôn, số lượng mỗi lần nôn, có thức ăn lâu tiêu hoặc có máu trong chất nôn không.
- Trẻ khát nước, da niêm mạc khô, mạch quay nhanh nhỏ, tiểu ít khi mất nước nhiều, cân hàng ngày để đánh giá sự sụt cân do mất nước.

3. Theo dõi các triệu chứng đi kèm theo với triệu chứng nôn:

- Đau bụng: khóc thét từng cơn, đi ngoài ra máu: khi lồng ruột, tắc ruột, bán tắc ruột, cấp cứu ngoại khoa.
- Sốt, co giật nhưic đầu kèm nôn khi trẻ bị các bệnh viêm màng não, u não.
- Kèm theo với tiêu chảy, đau bụng khi trẻ bị tiêu chảy, ngộ độc thức ăn.

4. Nếu trẻ nôn nhiều không ăn uống được có thể:

- Đặt ống thông dạ dày - tá tràng, nhỏ giọt dung dịch Oresol hoặc sữa (kỹ thuật và theo dõi như phần đặt ống thông dạ dày tá tràng).
- Nếu trẻ mất nước nặng, báo bác sĩ để truyền tĩnh mạch để bù nước, điện giải (kỹ thuật, chăm sóc, theo dõi như phần truyền tĩnh mạch).

5. Các xét nghiệm cần làm để theo dõi trẻ nôn:

- Xét nghiệm công thức máu, điện giải đồ, hemotocrit để đánh giá tình trạng mất nước.
- Các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân nôn như: chụp bụng không chuẩn bị, xét nghiệm nước não tủy... theo y lệnh của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá sự diễn biến của triệu chứng nôn: số lần nôn ngày càng tăng, nôn kéo dài, số lượng chất nôn, chất nôn có nước mật và máu là có diễn biến xấu cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.
- Đánh giá diễn biến của các triệu chứng mất nước: khát nước, mắt trũng, nếp véo da. Triệu chứng mất nước nặng có nghĩa là: nôn nhiều gây rối loạn điện giải.
- Cần ghi hồ sơ và báo cáo ngay bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NẾU CÓ XUẤT HIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG ĐẶC BIỆT KÈM THEO NÔN NHƯ NHỨC ĐẦU, SỐT, TIÊU CHẢY...

- Hướng dẫn gia đình bình tĩnh xử trí khi trẻ nôn: đỡ đầu cho trẻ, hoặc đặt trẻ nằm nghiêng để tránh cho chất nôn sặc vào đường hô hấp.
- Hướng dẫn gia đình có thể cho trẻ uống nước từ từ từng thìa nhỏ một giữa các đợt nôn để tránh sự mất nước do nôn.

- Hướng dẫn gia đình cách cho trẻ ăn để phòng tránh nôn trớ ở trẻ nhỏ.
- Khi cho trẻ ăn sữa bình, sữa phải ngập cổ bình, không để trẻ bú phải hơi.
- Sau khi cho trẻ ăn bế trẻ ở tư thế đứng vỗ nhẹ vào sau lưng hoặc nghiêng chếch để trẻ dễ ợ hơi.
- Nếu đặt nằm: cần đợi sau khi trẻ đã ợ hơi, đặt trẻ nằm nghiêng trái cho hơi qua hết tá tràng rồi mới đặt trẻ nằm ngửa.

17. CHĂM SÓC BỆNH NHI TIÊU CHẢY CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi diễn biến của bệnh tiêu chảy.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các triệu chứng mất nước, mất điện giải.
- Bù nước đúng theo tình trạng mất nước.
- Đảm bảo tiếp tục nuôi dưỡng trẻ.

II. CHUẨN BỊ

- Nếu bệnh nhi bù nước bằng đường uống, cần chuẩn bị chỗ ngồi để mẹ có thể cho con uống Oresol dễ dàng trong 3 - 4 giờ.
- Nếu trẻ cần truyền dịch tĩnh mạch, nên truyền tại phòng cấp cứu để có thể theo dõi trong quá trình truyền.
- * Chuẩn bị
 - Oresol 1 gói, nước pha Oresol 1 lít, bình định lượng Oresol uống trong 4 giờ - thìa, cốc sạch.
 - Dịch truyền: Ringerlactat, dung dịch muối sinh lý 9‰.
 - Dung dịch bicarbonat 14‰, kim bướm, dây truyền,
 - Ống thông dạ dày nhỏ giọt Oresol khi trẻ nôn nhiều không truyền tĩnh mạch ngay.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nội dung theo dõi diễn biến của tiêu chảy: 2 giờ - 4 giờ - 6 giờ /1 lần

- Phân: số lần tiêu chảy 24 giờ, tính chất phân, số lượng.
- Nôn: số lần, khối lượng, chất nôn.
- Đau bụng: khóc, quằn quại khi đi ngoài, mót rặn, phân nhày mũi máu.
- Bụng trương: bụng trương căng khi hạ kali.
- Biếng ăn, sốt, đái ít.

2. Nội dung theo dõi dấu hiệu mất nước: 2 giờ - 4 giờ/1 lần.

- Toàn trạng: tỉnh táo, kích thích vật vã.
- Khát nước: uống bình thường, khát nước uống háo hức, li bì không uống được.
- Nếp véo da.
- Mạch, huyết áp, lượng nước tiểu ml/giờ.

3. Khối lượng Oresol uống, khối lượng dịch truyền trong từng giai đoạn:

2 giờ - 4 giờ, khối lượng nước uống, thức ăn.

Diễn biến các triệu chứng mất nước được chẩn đoán theo mức độ. Mất nước A - B - C (xem bảng chẩn đoán các dấu hiệu mất nước trong phác đồ điều trị)

4. Khi bù nước bằng đường uống:

- Giải thích cho bà mẹ yên tâm: bù dịch bằng cách cho trẻ uống Oresol
- Hướng dẫn mẹ cho con uống đúng cách: cho trẻ uống từng ngụm hoặc từng thìa một.
- Theo dõi số lượng dung dịch Oresol đã uống trong 4 giờ.
- Sau 4 giờ hướng dẫn mẹ cho trẻ bú hoặc ăn lại bình thường.

5. Khi bù nước bằng đường tĩnh mạch:

- Sau khi truyền tĩnh mạch: theo dõi tốc độ, khối lượng dịch truyền, phát hiện sớm các triệu chứng sốc huyết thanh để ngừng truyền và xử trí kịp thời.
- Nếu trẻ uống được vẫn cho trẻ uống Oresol 5ml/kg.
- Sau khi truyền 2 giờ nếu trẻ đòi ăn, vẫn cho trẻ bú hoặc ăn như thường.

6. Tiếp tục nuôi dưỡng trẻ:

- Giải thích bà mẹ cho trẻ bú, ăn tiếp tục như thường, không để trẻ nhịn ăn.
- Thức ăn cho trẻ ăn là loại thức ăn dễ tiêu, giàu năng lượng: sữa mẹ, bột, cháo.
- Nếu trẻ biếng ăn cho ăn nhiều bữa, mỗi bữa ăn ít một.

7. Rửa vùng hậu môn - sinh dục cho trẻ bằng nước ấm, thấm khô thay tã lót sau mỗi lần đi ngoài.**IV. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI****1. Hướng dẫn mẹ khi bù nước:**

- Cách pha Oresol, dung dịch bù nước tại nhà, nước cháo muối, sau mỗi lần ỉa cho uống 50 - 100ml.
- Cách cho uống Oresol: cho uống từ từ từng thìa, nếu trẻ nôn cho uống chậm lại 1-2 phút một thìa.
- Tiếp tục cho trẻ ăn, cho bú khi trẻ bị tiêu chảy.

2. Hướng dẫn mẹ cách phòng bệnh tiêu chảy cấp cho trẻ:

- Nuôi con bằng sữa mẹ, cho trẻ ăn bổ sung đầy đủ.
- Vệ sinh ăn uống: rửa tay sạch trước khi chuẩn bị thức ăn, hoặc cho trẻ ăn và chăm sóc trẻ.
- Vệ sinh môi trường: quản lý phân, dùng nước ăn uống sạch.
- Tiêm chủng đầy đủ, tiêm phòng sởi.

18. CHĂM SÓC BỆNH NHI XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi diễn biến các triệu chứng xuất huyết tiêu hóa còn tiếp tục hay đã ngừng chảy.
- Phát hiện kịp thời tình trạng chảy máu nặng, sốc do mất máu đường tiêu hóa.
- Điều trị cấp cứu những bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa nặng.
- Theo dõi các triệu chứng kèm theo với xuất huyết tiêu hóa như sốt, vàng da, đau bụng giúp cho chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

II. CHUẨN BỊ

- Bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa nặng, nhiều, ô ạt cần theo dõi tại phòng cấp cứu, thuộc bệnh chăm sóc cấp I

Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

- Ống thông dạ dày phù hợp.
- Huyết áp kế phù hợp với lứa tuổi.
- Đồng hồ giây đếm mạch.
- Dịch truyền Lactat ringer, dung dịch muối sinh lí 9‰, huyết tương
- Máu cùng nhóm
- Các dụng cụ kim bướm, bộ dây truyền dịch.
- Dụng cụ đo áp lực tĩnh mạch khi cần thiết. -

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhi cần nằm yên tĩnh tại giường trong phòng thoáng, ấm có chăn đắp có oxy, tránh cử động nhiều, nếu huyết áp dưới 80mmHg (tối đa) cần để bệnh nhi nằm đầu thấp.
- Đo mạch và huyết áp 1 giờ/lần, nếu máu chảy ô ạt đo theo y lệnh bác sĩ: đo 30 phút/lần, đánh giá màu sắc niêm mạc.
- Nếu mất máu nặng, huyết sắc tố dưới 8 g/lít, chuẩn bị truyền máu cho bệnh nhi.
- Đặt ống thông dạ dày hút dịch để xác định có xuất huyết dạ dày không ? và sau 1 - 2 giờ hút lại xem máu có tiếp tục chảy không ? ống thông dạ dày còn sử dụng để bơm rửa dạ dày bằng các dung dịch lạnh, kiểm để góp phần cầm máu tại chỗ.
- Theo dõi các biểu hiện xuất huyết tiêu hóa như màu sắc chất nôn (có kèm máu tươi, máu loãng), màu sắc phân (màu đen, bã cà phê, hoặc đỏ tươi, đỏ sẫm).
- Trẻ bị xuất huyết tiêu hoá cần nằm yên tại giường không để trẻ tự động đi lại khi còn đang theo dõi xuất huyết tiêu hóa. Nếu cần di chuyển để chụp phim, làm xét nghiệm phải chuyển bằng giường, cang.
- Theo dõi tình trạng tinh thần của trẻ: tỉnh táo, lơ mơ, lú lẫn hoặc hôn mê. Vì khi mất máu nhiều, trẻ có thể có các biểu hiện thiếu máu não gây các biểu hiện li bì, hôn mê.

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM ĐỂ THEO DÕI XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở TRẺ EM

1. Xét nghiệm đánh giá diễn biến mức độ xuất huyết tiêu hóa:

- Thực hiện các xét nghiệm theo y lệnh.
- Công thức máu - Hemoglobin hàng ngày, từng giờ.
- Hematocrit.
- Thời gian máu chảy máu đông
- Nhóm máu (để chuẩn bị truyền khi cần)
- Máu trong phân: nếu nghi ngờ Benzidin

2. Thăm dò cận lâm sàng chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa:

* Chuẩn bị bệnh nhi theo y lệnh của bác sĩ để thực hiện các thăm dò sau:

- Nội soi dạ dày tá tràng hoặc đại tràng cấp cứu.
- Siêu âm gan mật tìm nguyên nhân chảy máu đường mật.
- Chụp X quang đường tiêu hóa có chuẩn bị.
- Chụp nhấp nháy phóng xạ bụng.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá diễn biến của xuất huyết tiêu hóa dựa vào chất nôn và phân có máu tiếp tục ngày càng tăng không?
- Huyết áp, mạch, lượng nước tiểu, tinh thần bệnh nhi có tiến triển tốt hay xấu so với trước khi điều trị: tốt lên hay xấu đi, xấu nhanh hơn chứng tỏ lượng máu mất nhiều. Theo dõi còn xuất huyết hay đã ngừng
- Cần ghi rõ trong hồ sơ các triệu chứng nôn máu, ỉa máu, mạch, huyết áp, tình trạng tinh thần, lượng nước tiểu, lượng dịch, lượng máu đã truyền theo y lệnh của bác sĩ tùy theo mức độ và tình trạng xuất huyết tiêu hóa 30 phút/1 lần, 1 giờ 1 lần, hoặc 3 giờ 1 lần....
- Trong quá trình theo dõi bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa cần báo cáo ngay những diễn biến cấp tính đột xuất biểu hiện tình trạng chảy máu cấp cần phải xử trí báo ngay cho bác sĩ.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI THEO DÕI VÀ PHÒNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

- Giải thích cho gia đình bệnh nhi về tình trạng bệnh để gia đình hiểu và cùng hợp tác trong chăm sóc, điều trị.
- Theo dõi và giữ chất nôn và phân khi nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa, khi chất nôn và phân có máu phải đưa trẻ tới bệnh viện khám.
- Để phòng xuất huyết tiêu hóa: uống thuốc theo đúng chỉ định của thầy thuốc, hạn chế dùng thuốc aspirin, analgin, các loại cortison.
- Hướng dẫn chế độ vệ sinh và ăn uống cho bệnh nhi: cho trẻ ăn thức ăn nguội, mềm, dễ tiêu hoá.

19. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY THẬN CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện các diễn biến, đặc biệt các diễn biến xấu đi của bệnh.
- Bảo đảm nước điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Bảo đảm dinh dưỡng thích hợp.

II. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhi:

- Trao đổi giải thích cho người nhà và trẻ lớn hiểu bệnh của trẻ.
- Yêu cầu người nhà bệnh nhi hợp tác với nhân viên y tế trong chăm sóc trẻ
- Nằm ở phòng ấm, thoáng, ít ồn ào.

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ hoặc ống thông thở oxy, máy đo huyết áp.
- Dụng cụ đè lưỡi.
- Ống thông và bơm tiêm 50 ml để cho ăn.
- Khăn lau sạch phòng khi trẻ nôn, trớ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhi nằm phòng thoáng mát, ấm.
- Nới rộng quần áo chật, bó.
- Vệ sinh răng, miệng, da.
- Hút dịch xuất tiết miệng nếu có.
- Cặp nhiệt độ.
- Đếm nhịp thở, nhịp tim 1 giờ/lần.
- Cân bệnh nhi mỗi ngày.
- Đo thể tích nước tiểu/24 giờ trẻ gái và trẻ trai bằng dùng túi hứng nước tiểu chuyên dụng.
- Theo dõi màu sắc da, cơn giật, kích thích, nôn, li bì hoặc hôn mê, chảy máu mũi, vết tím dưới da: xuất hiện mới, xấu hơn hoặc đỡ đi.
- Đếm nhịp thở và nhận xét kiểu thở: nhanh, nhanh sâu hoặc rối loạn nhịp thở khác.
- Cho ăn: trẻ tỉnh ăn thức ăn khô, trẻ tiền mê hoặc hôn mê phải cho ăn bằng ống thông dạ dày (thay ống thông hàng ngày). Thức ăn theo chế độ ăn của trẻ suy thận.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi các dấu hiệu cơ bản: mạch, nhịp thở 1 - 2 giờ/lần.
- Theo dõi số lượng nước tiểu bằng túi đo hoặc bình đo có vạch ml.
- Theo dõi tình trạng kích thích, vật vã, nôn, chảy máu mũi, chân răng, lưỡi, da.

- Nếu xuất tiết dịch, đờm dãi ở miệng ở đường hô hấp phải hút.
- Thay đổi tư thế cho trẻ 2 - 3 giờ/lần.
- Ăn: thức ăn lỏng hoặc khô mỗi bữa đủ lượng (ml, Kcal), mỗi ngày ăn đủ số bữa bác sĩ chỉ định

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHỊ

- Bình tĩnh, chăm sóc cháu theo hướng dẫn của y tá - điều dưỡng viên.
- Không tự động cho uống thuốc (viên, nước) khác chỉ định của thầy thuốc.
- Không tự động cho ăn, uống ngoài hướng dẫn.
- Hướng dẫn cho người nhà biết vệ sinh da, răng, miệng, thoáng, ấm cho bệnh nhi.

Hướng dẫn cách phòng bệnh:

- Phòng tái phát sau đợt này bằng penicillin, vệ sinh tai, mũi, họng, da, tránh nhiễm lạnh.
- Nếu bị viêm họng, nhiễm trùng da, phát ban phải điều trị đến nơi, đến chốn.

20. CHĂM SÓC BỆNH NHỊ VIÊM CẦU THẬN CẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Hạn chế vận động, đi lại.
- Phát hiện và xử lý cao huyết áp có thể dẫn đến co giật, suy tim.
- Theo dõi chế độ ăn chặt chẽ.
- Hạ thấp mức độ nguy hiểm các biến chứng của bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Gia đình và trẻ lớn:

- Giải thích về bệnh tật (bệnh gì, mức độ nặng nhẹ, có biến chứng gì...)
- Yêu cầu gia đình hợp tác tốt với nhân viên y tế trong chăm sóc, theo dõi và nội quy bệnh phòng.

2. Phòng nằm của bệnh nhi:

Ấm, thoáng, không có gió lùa, ánh sáng vừa đủ để bác sĩ và nhân viên y tế dễ quan sát, theo dõi và chăm sóc bệnh nhi.

3. Dụng cụ cấp cứu:

- Máy đo huyết áp.
- Đèn pin nhỏ soi đủ sáng.
- Gân phòng cấp cứu: có hệ thống oxy mặt nạ, ống thông thở oxy và hút dịch xuất tiết, dụng cụ đè lưỡi khi cần.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Viêm cầu thận cấp thể não: (Viêm cầu thận cao HA -> phù não co giật)

- Đặt nằm phòng thoáng, ẩm, đầu cao.
- Bảo đảm sự yên tĩnh, chăm sóc động tác vừa phải.
- Đặt dụng cụ đè lưỡi để tránh cắn vào lưỡi.
- Đặt ống thông dạ dày qua mũi.
- Thở oxy.
- Thực hiện nhanh y lệnh thuốc tiêm, thuốc uống cần phải nghiền nhỏ bơm qua ống thông vào dạ dày.
- Theo dõi chặt chẽ cơn giật, nôn và khoảng cách giữa các lần.
- 1 giờ đo huyết áp 1 lần.
- Bảo đảm dinh dưỡng bằng thức ăn lỏng qua ống thông hoặc qua miệng (nếu điều kiện cho phép) không để lạnh.

2. Viêm cầu thận cấp cao HA có suy tim cấp:

- Bảo đảm thông thoáng đường thở.
- Đặt nằm đầu cao, thoáng, ẩm.
- Bảo đảm sự yên tĩnh.
- Thở oxy qua mặt nạ.
- Thực hiện nhanh y lệnh
- Theo dõi nhịp tim, tím tái.
- Theo dõi ho và cơn ho và chất nôn.
- Theo dõi bọt hồng do ho hoặc tự trào ra miệng.
- Đo huyết áp một giờ/lần.
- Theo dõi nước tiểu: màu sắc, số lượng
- Bảo đảm dinh dưỡng một cách thích hợp.
- Không để lạnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số lượng nước tiểu.
- Huyết áp 1 giờ/lần.
- Mạch và nhịp thở 1 giờ/1 lần.
- Số lần co giật, kéo dài bao lâu, khoảng cách giữa các cơn giật?
- Có xuất hiện dấu hiệu tím tái không? Nếu có tím tái thì tím tái tăng lên, hay giảm đi?
- Chế độ ăn có bảo đảm nhạt tuyệt đối không?
- Tình trạng dinh dưỡng và cân nặng hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Giải thích về bệnh tật, mức độ nặng, nhẹ của bệnh và yên tâm điều trị cho trẻ.
- Tuyệt đối nghe theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ và y tá - điều dưỡng trong việc chăm sóc theo dõi trẻ.
- Hướng dẫn bố (mẹ) vệ sinh thân thể cho trẻ (răng, miệng, mặt, da, hậu môn, sinh dục).

Hướng dẫn cách phòng bệnh:

- Vệ sinh thân thể.
- Vệ sinh tai, mũi, họng, da không để mụn nhọt, ghẻ lở ngoài da, viêm họng.
- Uống thuốc phòng viêm cầu thận cấp tái phát gần.
- Biết phòng nhiễm liên cầu khuẩn tiên phát.

21. CHĂM SÓC BỆNH NHI NUÔI DƯỠNG NHỎ GIỌT DẠ DÀY

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhi.
- Duy trì sự cân đối lượng thức ăn hàng ngày.
- Duy trì đường thở thông thoáng.
- Tránh các tai biến có thể xảy ra do tụt ống, xoắn ống, luồng trào ngược dạ dày - thực quản vào đường thở.
- Để phòng nhiễm khuẩn qua đường nhỏ giọt

II. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhi:

- Nằm đầu cao 30 - 45°, mặt quay về bên.
- Nếu tỉnh, giải thích kỹ cho bệnh nhi (trẻ lớn) và người nhà bệnh nhi về ý nghĩa việc nuôi dưỡng trẻ bằng nhỏ giọt dạ dày.
- Hướng dẫn bệnh nhi (trẻ lớn) và người nhà bệnh nhi phối hợp chăm sóc và phát hiện những biến chứng để xử trí kịp thời.

2. Dụng cụ:

- Dụng cụ cấp cứu: máy hút, ống thông hút các cỡ thích hợp với lứa tuổi của trẻ; mặt nạ, bóng bóp và nguồn oxy.
- Dụng cụ chăm sóc: hộp đựng bông gạc sạch, nước muối sinh lý 9‰ glycerin...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra xác định ống thông: bằng cách dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày, nếu có dịch dạ dày là chắc chắn ống thông đã nằm trong dạ dày
- Đánh dấu vào ống thông và cố định tốt ống thông cho ăn để đảm bảo ống không bị kéo căng xoắn lại hoặc lạc chỗ khi bệnh nhi cử động, ho...
- Theo dõi sát tốc độ nhỏ giọt của dung dịch dinh dưỡng.
- Trước khi cho ăn lần tiếp theo phải kiểm tra ống thông đã chắc chắn ở trong dạ dày, nếu dung dịch dạ dày hút ra quá 150 ml phải báo cho bác sĩ biết để quyết định cho ăn tiếp hay không ?.
- Sau mỗi bữa ăn qua ống thông bơm 10 ml nước chín để đảm bảo sự thông suốt của

- ống và giảm khả năng phát triển vi khuẩn.
- Ghi rõ ngày, giờ cho ăn bữa đầu tiên và những bữa tiếp theo.
 - Theo dõi tình thần sắc thái, mạch, tình trạng tiêu hóa của bệnh nhi như: (đầy bụng, buồn nôn, nôn...) và các dấu hiệu mất nước, biểu hiện niêm mạc khô, khát, giảm bài tiết nước tiểu và những biến chứng khác có thể xảy ra để báo cho bác sĩ xử trí kịp thời. Theo dõi triệu chứng buồn nôn, nôn, trướng bụng tránh sự trào ngược thức ăn vào đường thở.
 - Vệ sinh răng miệng và mũi thường xuyên trong suốt quá trình đặt ống thông cho ăn. Nếu bệnh nhi tỉnh, cho bệnh nhi súc miệng bằng nước muối sinh lý, bệnh nhi mê man dùng gạc ướt để rửa răng miệng bệnh nhi, dùng gạc thấm khô, lấy tăm bông thấm glycerin đánh lưỡi, phía trong má, môi.
 - Mỗi lần thay ống thông cho ăn thì đổi luôn bên mũi để đặt ống, tùy từng trường hợp mà ống thông có thể lưu từ 24 - 48h.
 - Chai đựng dung dịch dinh dưỡng và dây truyền thay từng bữa.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Có bảng theo dõi ghi ngày giờ, số lượng loại dinh dưỡng cho bệnh nhi ăn.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tiêu hóa của bệnh nhi sau mỗi lần ăn.
- Cân nặng hàng ngày.
- Các biến chứng và cách xử trí.
- Tên, người làm thủ thuật và theo dõi.

V. HƯỚNG DẪN MẸ CỦA BỆNH NHI

- Không tự tháo bỏ và di chuyển ống thông hoặc điều chỉnh khóa truyền dịch.
- Duy trì nguồn sữa mẹ trong những ngày bệnh nhi không bú được bằng cách hướng dẫn mẹ vắt sữa theo đúng phương pháp. Chuẩn bị sẵn sàng cho trẻ ăn lại sau khi có chỉ định thời không cho ăn phương pháp nhỏ giọt dạ dày nữa.
- Hướng dẫn mẹ về vệ sinh thân thể và răng miệng cho bệnh nhi.
- Tuân thủ sự hướng dẫn của nhân viên y tế.

22. CHĂM SÓC BỆNH NHI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm bệnh nhi và gia đình yên tâm, thực hiện nghiêm túc chế độ điều trị.
- Phát hiện các biểu hiện nặng của bệnh và tai biến hạ đường máu do điều trị.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ để đựng, đo lượng nước tiểu.
- Dụng cụ tiêm insulin, bộ dây truyền dịch.
- Thuốc: insulin, glucose 5%, 10%, 30%.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đái tháo đường là một bệnh phải điều trị suốt đời. Do đó người nhà và bệnh nhi thường có tư tưởng bi quan, cho là bệnh không bao giờ khỏi, nên rất chán nản, sống qua ngày, không quan tâm đến chế độ điều trị.
- Vì vậy, việc chăm sóc người bệnh đái tháo đường, trước hết phải quan tâm đến tâm tư tình cảm, tư tưởng của bệnh nhi, cần chú ý mấy điểm sau đây:

1. Chăm sóc về mặt tinh thần cho bệnh nhi và gia đình*a. Đối với bố mẹ bệnh nhi:*

- Cần cho gia đình bệnh nhi biết đái tháo đường là một bệnh hoàn toàn có khả năng điều trị được nếu gia đình chấp hành nghiêm túc chế độ tiêm Insulin đều đặn cho con, ăn uống đúng chế độ theo lời khuyên bác sĩ.
- Giữ gìn vệ sinh, tập luyện sức khỏe, thì cháu bé lớn lên sẽ khỏe mạnh, lấy vợ chồng, sinh con cái, tuổi thọ kéo dài đến già như người bình thường.

b. Đối với bệnh nhi:

- Cần khuyên trẻ lạc quan, tin tưởng,
- Không nên bỏ học, vui chơi giải trí, rèn luyện sức khỏe, biết kiên trì, bền bỉ chữa bệnh.

2. Nghiêm túc chấp hành chế độ điều trị

- Cần tiêm đủ liều lượng thuốc và Insulin theo chỉ dẫn của bác sĩ. Nếu không thì kết quả điều trị sẽ không tốt, sẽ có nhiều biến chứng như hôn mê, mờ mắt, rụng răng, không lớn v.v...
- Tốt nhất là hướng dẫn cho trẻ có thể tự tiêm cho mình khi đã lớn, tự thử lấy nước tiểu.
- Chế độ ăn uống cần phải giữ gìn như chỉ dẫn của bác sĩ, không nên ăn nhiều cơm, ngô khoai, sắn, kẹo bánh đồ ngọt. Nhưng thịt, cá, trứng, buổi, cam thì nên ăn cho có đủ chất để chống lại bệnh tật.
- Giữ gìn vệ sinh thân thể, tắm gội thường xuyên, không để da bị sây xước ghẻ lở. Súc miệng đánh răng sau khi ăn, trước khi đi ngủ. Giữ ấm khi mùa đông rét, không để bị lạnh cổ, lạnh chân, cần giữ gìn bàn chân ấm, sạch không đi chân đất.
- Khi bị cảm, sốt, hay có các tai nạn bất thường, hoặc ngày lễ ngày tết ăn uống nhiều hơn bình thường cần nhớ tăng thêm liều Insulin.
- Khi thấy đái nhiều tăng lên, khát nhiều hơn bình thường, mệt mỏi, đau đầu, cần đến bệnh viện kiểm tra ngay đường niệu, đường huyết, và ceton niệu để cấp cứu kịp thời, để phòng hôn mê đái tháo đường.
- Khi bệnh nhi bị hôn mê đái tháo đường, cần nhanh chóng truyền dịch, tiêm Insulin theo y lệnh bác sĩ.
- Theo dõi nhịp thở, nhịp tim, huyết áp của bệnh nhi.
- Cần ủ ấm cho bệnh nhi để phòng suy tuần hoàn, truy tim mạch.
- Khi bệnh nhi tỉnh lại cần cho uống ngay một cốc chè gừng nóng, hay sữa, cháo nóng, không được để bệnh nhi đói khi đang tiêm Insulin liều cao.
- Hôn mê đái tháo đường là một thể nặng, dễ tử vong nên y tá - điều dưỡng phải có mặt thường xuyên bên giường bệnh nhi.

- Sau khi cấp cứu bệnh nhi tỉnh lại, nhưng có thể xuất hiện vã mồ hôi, chân tay lạnh..., đó là triệu chứng hạ đường huyết. Cần cho bệnh nhi uống ngay một cốc nước đường, hoặc tiêm glucose 30% 20ml vào tĩnh mạch, nếu không trẻ sẽ rất dễ tử vong.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng tinh thần, tim mạch.
- Số lượng ăn vào, uống vào.
- Số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Số lượng và giờ tiêm insulin.
- Cân nặng 2 tuần/lần.
- Các biểu hiện bất thường khác.

V. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn bố mẹ biết chế độ ăn cho trẻ bị đái tháo đường.
- Hướng dẫn gia đình và trẻ theo dõi, đánh giá nước tiểu, tự thử lấy nước tiểu.
- Giải thích rõ những nguy hiểm có thể xảy ra khi dùng insulin quá liều.
- Với trẻ lớn tập tiêm lấy insulin.
- Hướng dẫn cách phát hiện các biểu hiện của quá liều insulin, và triệu chứng sớm của hôn mê do đái tháo đường.

23. CHĂM SÓC BỆNH NHI BỊ CO GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện và xử trí kịp thời cơn co giật.
- Phòng cơn co giật tiếp theo.
- Phòng tác dụng phụ của thuốc chống co giật.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóp bóng,
- Nguồn oxy, ống thông hút, máy hút,
- Bơm tiêm, kim tiêm,
- Vật nhựa mềm để đè lưỡi,
- Nhiệt kế.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Xử trí khi trẻ bị co giật:

- Đặt bệnh nhi nằm nghiêng trái.

- Giữ cho bệnh nhi không tự mình làm bị thương, để các vật cứng hay sắc nhọn tránh xa trẻ.
- Đặt vật nhựa, dè lưỡi giữa hai hàm răng nếu trẻ có răng.
- Quan sát kiểu giật, giật nửa người hay giật toàn thân. Thời gian kéo dài cơn co giật.
- Khó thở: thở oxy.

2. Ngoài cơn co giật:

- Cặp nhiệt độ.
- Nếu sốt cởi bớt quần, áo, mũ, khăn chườm nước mát lên trán, lên hai bẹn...
- Báo với bác sĩ về nhiệt độ, để có chỉ định dùng hạ sốt và thuốc an thần chống giật.
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi sau cơn giật xem có nhịp thở trở lại không? Trẻ tỉnh không? có liệt không ?.
- Phát hiện tác dụng phụ của thuốc an thần ở trẻ bị động kinh. Như nổi ban dị ứng, nôn, ngủ li bì....

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số cơn giật trong ngày, thời gian kéo dài mỗi cơn giật.
- Tình trạng bệnh nhi sau mỗi cơn giật (ngủ, nôn)
- Đo nhiệt độ 2 lần/ngày

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Hướng dẫn bố mẹ quan sát các hành vi vận động khi trẻ lên cơn giật.
- Cách xử trí khi trẻ lên cơn giật.
- Hướng dẫn cách nhận biết các tác dụng phụ của thuốc.
- Tránh các tình huống có thể gây thương tích trẻ, khi trẻ có thể lên cơn co giật (lúc trèo cây, đi xe đạp, trên lớp học).

24. CHĂM SÓC BỆNH NHI VIÊM NÃO, VIÊM MÀNG NÃO

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng phù não nặng lên.
- Phòng thiếu oxy não.
- Phòng biến chứng hô hấp.
- Bảo đảm vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng và nước.
- Hạn chế di chứng.

II. CHUẨN BỊ

1. Phòng nằm của bệnh nhi

- Nhiệt độ ổn định 24 - 25°C

- Phòng thoáng, ánh sáng vừa đủ, tránh tiếng ồn.

2. Dụng cụ cấp cứu

- Mặt nạ, bóp bóng, nguồn oxy, ống thông hút cỡ số thích hợp, máy hút, bơm kim tiêm, dịch truyền, dịch mannitol.
- Ống thông cho ăn, bơm để bơm sữa.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Theo dõi nhiệt độ: cặp nhiệt độ ngày từ 2 - 4 lần trong giai đoạn nặng.
- Tránh làm tăng áp lực sọ não; đặt bệnh nhi nằm đầu cao 15 - 45 độ. Không nên gập cổ hay ngửa cổ, quay đầu mạnh, hoặc ấn vào ven cổ. Phòng táo bón bằng cách cho bệnh nhi ăn uống đủ nước.
- Đếm mạch, nhịp thở. Nếu nhịp thở chậm 15- 20 lần/phút hoặc nhanh trên 60lần/phút nên cho thở oxy.
- Theo dõi diễn biến các dấu hiệu: co, giãn đồng tử, liệt các chi, phát hiện kịp thời giai đoạn bệnh nhi đi vào hôn mê để cho thở oxy.
- Kiểm soát số lượng dịch đưa vào bằng đường miệng, dịch truyền và lượng nước tiểu thải ra.
- Hút dịch xuất tiết ở mũi, miệng.
- Thay đổi tư thế 2 giờ/1 lần để tránh loét.
- Vỗ, rung lồng ngực, để tránh ứ đọng đờm dãi và xoa bóp tứ chi để tăng lưu thông tuần hoàn.
- Dinh dưỡng đảm bảo đủ calo và dễ tiêu, đủ nước chống táo bón.
- Vệ sinh bệnh nhi hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi mạch, nhịp thở, nhiệt độ 2 giờ/1 lần.
- Ghi tình trạng ý thức và vận động: li bì, lơ mơ, hôn mê, co giật, liệt.
- Tình trạng tiêu hoá: rối loạn cơ tròn, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
- Giờ hút dịch, tính chất dịch hút.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Duy trì sữa mẹ nếu có.
- Hướng dẫn cách vệ sinh thân thể, tránh kích thích đầu mạnh, gập cổ hay ngửa cổ, quay đầu để không gây tăng áp lực sọ não.
- Hướng dẫn phòng bệnh: tiêm vaccin phòng viêm não Nhật Bản B và viêm màng não do Haemophilus influenza.

25. CHĂM SÓC BỆNH NHI LIỆT TỬY

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm vệ sinh cá nhân, chống loét.
- Đặt thông bàng quang, thụt hậu môn khi có rối loạn cơ tròn.
- Bảo đảm dinh dưỡng bệnh nhi.
- Phòng nhiễm khuẩn.

II. CHUẨN BỊ

Dụng cụ:

- Ống thông Nelaton hoặc Foley để thông tiểu số 6, 8, 10, 12 phù hợp với lứa tuổi trẻ
- Bông, gạc, kẹp, dung dịch sát khuẩn, nước muối sinh lý NaCl 9‰, 1 khăn có lỗ, 1 đôi găng cao su, dầu paraffin, ống xét nghiệm (nếu cần), bơm kim tiêm.
- Một bịch thụt có gắn ống cao su, 1 canun thụt, hoặc ống thông hậu môn, một bình đựng nước thụt, nước đun sôi để nguội, lượng nước thụt tùy theo tuổi không quá 500ml.
- Ống thông hút dịch, ống thông cho ăn, bơm cho ăn.
- Đệm chống loét, túi chườm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vệ sinh tắm, rửa cho trẻ hàng ngày.
- Tư thế nằm đệm chống loét có gối kê ở hai gót chân.
- Thay đổi tư thế hai giờ/lần, đặt bệnh nhi nghiêng trái, rồi nghiêng phải để tránh ứ đọng phổi và loét vùng cùng cụt.
- Xoa bóp trị liệu nhất là các chỗ bị liệt.
- Cặp nhiệt độ 2 lần/ngày. Nếu bệnh nhi có sốt cởi bớt quần áo, chườm mát ở trán và bẹn, bác sĩ chỉ định thuốc hạ sốt theo cân nặng.
- Khi bệnh nhi có cầu bàng quang (bí đái): đầu tiên xoa đều trên bề mặt bàng quang, xoa theo chiều kim đồng hồ. Dùng túi cao su nước ấm chườm ở khu vực bàng quang 10 phút. Tiếp theo dùng bàn tay đẩy từ rốn đến mu xương chậu. Nếu nước tiểu không chảy ra, tiến hành thông bàng quang theo đúng quy trình kỹ thuật đối với bệnh nhi nữ, nam.
- Đề phòng táo bón: hướng dẫn bệnh nhi ăn đầy đủ (theo 4 ô vuông thức ăn) uống nhiều nước. Thụt tháo cho bệnh nhi đúng quy trình kỹ thuật nếu bệnh nhi bị táo bón.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các công việc chăm sóc và thực hiện.
- Các điểm cần báo cáo bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Giải thích tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân và tuân thủ theo hướng dẫn của thầy thuốc.
- Thường xuyên nhắc nhở thay đổi tư thế, xoa bóp tích cực.
- Hướng dẫn cho bệnh nhi ăn đầy đủ (theo 4 ô vuông thức ăn), giàu đạm, dễ tiêu.

26. CHĂM SÓC BỆNH NHI XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO**I. MỤC ĐÍCH**

- Biết dự phòng và làm giảm áp lực nội sọ.
- Làm ngừng chảy máu và chống thiếu máu.
- Theo dõi và làm giảm cơn co giật.
- Theo dõi các chức năng sống.
- Giúp cho bài tiết phân.
- Cung cấp đủ dinh dưỡng.

II. CHUẨN BỊ**1. Bệnh nhi được đặt trong phòng cấp cứu**

Nhiệt độ phòng thích hợp 26-28°C

Phòng đủ rộng, đủ ánh sáng thuận lợi cho theo dõi và quan sát bệnh nhi.

2. Dụng cụ cấp cứu:

- Mặt nạ oxy, bóng bóp oxy, ống thông hút cỡ 5-6.
- Hộp dụng cụ đặt nội khí quản, máy hô hấp nhân tạo (nếu được trang bị).
- Hộp kim chọc dò tủy sống.
- Ống thông cho ăn cỡ 5-6, bơm 20ml để bơm sữa...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Giám sát và làm giảm áp lực sọ não, đảm bảo tưới máu não**

- Nâng đầu giường cao 30 độ, giữ đầu trẻ ở vị trí cân đối. Cổ trẻ không bị gập và không ruỗi ngửa quá mức, cổ ở vị trí thẳng giữa.
- Cho trẻ thở oxy qua mặt nạ với lưu lượng 5 lít/phút. Thở oxy qua ống thông mũi.
- Tiêm cho trẻ lasix và prednisolon 1 mg/kg) hoặc dexamethazol 0,4 mg/kg. theo y lệnh để làm giảm phù não.
- Đo vòng đầu hàng ngày.

2. Làm ngừng chảy máu và chống thiếu máu

Tiêm vitamin K và truyền máu theo y lệnh.

3. Dự phòng và làm giảm cơn co giật

- Ghi số cơn, kiểu cơn giật và thời gian kéo dài cơn giật.
- Cho thuốc chống co giật như Gardenal theo y lệnh.

4. Theo dõi các dấu hiệu sống:

- Theo dõi nhiệt độ cơ thể. Nếu nhiệt độ tăng cho chườm lạnh và cho thuốc hạ nhiệt theo y lệnh. Nếu nhiệt độ hạ cho ủ ấm.
- Theo dõi sát nhịp thở: nếu trẻ ngừng thở cần báo bác sĩ để đặt nội khí quản, bóp bóng oxy hoặc thở máy thông khí nhân tạo (nếu có điều kiện).
- Tránh bít tắc đường thở. Nếu đờm dãi nhiều phải hút. Thao tác phải rất nhẹ nhàng, vì gây cho trẻ kích thích, có thể gây tăng áp lực nội sọ.

5. Giúp cho bài tiết phân:

- Cung cấp đủ nước cho nhu cầu cơ thể qua thức ăn và nước uống.
- Cho thụt hậu môn glycerin theo y lệnh.

6. Cung cấp đủ dinh dưỡng cho bệnh nhi:

- Trẻ được truyền dịch và cho ăn qua ống thông mũi dạ dày trong những ngày đầu.
- Cho ăn qua ống thông mũi - dạ dày: kích thước ống thông số 4 hoặc số 5.
- Bơm sữa qua ống thông bằng bơm có dung tích 20ml.
- Kiểm tra đầu dưới của ống thông có ở trong dạ dày bằng hút dịch dạ dày.
- Kiểm tra thức ăn có được tiêu hoá bằng chất dịch hút từ dạ dày.
- Sữa được hâm nóng trước khi cho ăn.
- Sau lần bơm sữa cuối cùng, bơm 5-10ml nước để làm sạch ống thông.
- Phải thay ống thông cho ăn hàng ngày.
- Ghi số lượng thức ăn sau mỗi bữa ăn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi mạch, nhịp thở 2 giờ/1 lần.
- Theo dõi nhiệt độ 2 lần/1 ngày.
- Ghi số cơn giật, kiểu cơn giật, thời gian kéo dài của cơn giật, mức độ tỉnh - mê.
- Ghi độ căng của thóp và vòng đầu hàng ngày.
- Số bữa ăn, số lượng thức ăn.
- Tình trạng căng trướng bụng, tình trạng bài tiết phân.
- Ghi số lượng dịch cho vào cơ thể và số lượng dịch ra qua phân, nước tiểu...

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Duy trì nguồn sữa mẹ do trẻ không bú trong những ngày đầu bằng hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa và chế độ ăn của bà mẹ.
- Giải thích cho bà mẹ và gia đình về căn nguyên gây bệnh và cách điều trị để cho họ an tâm, hợp tác chăm sóc trẻ đúng phương pháp.

- Giải thích các di chứng thần kinh và tinh thần trẻ có thể mắc sau khi ra viện và hướng dẫn cách chăm sóc ở nhà.
- Hợp tác khám xét trẻ định kỳ ở bệnh viện để tư vấn kịp thời chữa các biến chứng.
- Hướng dẫn bà mẹ cách phòng bệnh bằng tiêm hoặc uống vitamin K cho bà mẹ 15 ngày trước khi sinh con và trẻ sau khi sinh.

27. CHĂM SÓC BỆNH NHI SUY DINH DƯỠNG NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dinh dưỡng để phòng hạ đường huyết.
- Phòng hạ nhiệt độ.
- Phòng, chống các bệnh nhiễm trùng.
- Phòng các biến chứng ở mắt do thiếu vitamin A.
- Phát hiện và điều trị kịp thời rối loạn nước và điện giải.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng bệnh thoáng mát và đủ ẩm
- Tắm sưởi điện, đệm sưởi hoặc túi chườm.
- Ống thông, bơm để bơm sữa vô trùng.
- Cặp nhiệt độ.
- Dụng cụ cấp cứu: oxy, bóp bóng, máy hút đờm dãi.
- Dịch truyền: glucose 10%, 20%, Ringerlactat.
- Cân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nuôi dưỡng:

- Tốt nhất cho trẻ em ăn sữa mẹ, nếu đã cai sữa thì sử dụng sữa năng lượng cao (1000ml có 1000 Kcalo).
- Cho trẻ ăn nhiều bữa 10-12 lần trong ngày và đêm.
- Trẻ cần được ăn tăng dần cả về calo và số lượng sữa.

Cụ thể:

- Trong 1-2 ngày đầu cho trẻ ăn sữa pha loãng 1/2 với số lượng 75 ml/kg/ngày.
- Ngày thứ 3-4 cho trẻ ăn pha sữa pha loãng 3/4 với số lượng 100ml/kg/ngày.
- Từ tuần thứ hai cho trẻ ăn sữa năng lượng cao với số lượng 150ml/kg/ngày.
- Nếu trẻ ăn kém hay bị nôn, thì cho trẻ ăn qua ống thông.

Cho trẻ ăn qua ống thông khi trẻ không tự ăn được:

- Đặt trẻ ở tư thế đầu hơi cao và nghiêng sang một bên.
- Đặt ống thông qua mũi hoặc miệng vào dạ dày.

- Trước khi bơm sữa cần phải kiểm tra ống thông có ở trong dạ dày không, bằng cách dùng bơm hút xem có dịch dạ dày không, hoặc đặt đầu ngoài của ống thông vào cốc nước để xem có sủi bọt không. Nếu không sủi bọt thì chắc chắn ống thông nằm trong dạ dày
- Bơm sữa từ từ trong khoảng 15 phút.
- Sau 24 giờ phải thay ống thông.

2. Ủ ấm cho trẻ:

- Cho trẻ nằm cạnh mẹ trong phòng ấm.
- Cặp nhiệt độ 3 giờ một lần, nếu nhiệt độ dưới 35°C tiến hành ủ ấm bằng cách đắp nhiều chăn hoặc đặt nằm trên đệm sưởi hoặc dùng túi, chai nước ấm 40-45°C vào nách, mạng sườn trẻ.

Chú ý:

- Trước khi đặt chai hoặc túi nước, phải quấn lớp vải vào chai, túi để phòng bị bỏng.
- Cho trẻ ăn sữa nóng.

3. Phòng và phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng:

- Vệ sinh da: tắm cho trẻ hàng ngày bằng nước ấm, lau kỹ vùng cổ, nách, bẹn. Khi có lở loét ngoài da thì lau khô và chấm xanh methylen. Thay tã lót thường xuyên cho trẻ.
- Vệ sinh răng miệng: rửa miệng hàng ngày bằng nước muối sinh lý 9‰
- Theo dõi sát nhiệt độ, nhịp thở, tím tái, mạch, tính chất phân.
- Nhỏ mắt bằng chloramphenicol 0,4%, 2-3 lần/ngày

4. Cho trẻ uống đủ liều vitamin A theo y lệnh**5. Khi trẻ bị tiêu chảy:**

- Đánh giá mức độ mất nước
- Cho trẻ uống Oresol: 50-100ml/kg/4 giờ.
- Sau 4 giờ đánh giá tình trạng mất nước lại.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Số lượng ăn hàng ngày.
- Cân trẻ 1 tuần 1 lần, theo dõi mức độ tăng cân.
- Tình trạng tiêu hoá, số lần đi ngoài, nôn, bụng trướng...
- Nhiệt độ.
- Nhịp thở.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Cho trẻ ăn đủ số lượng: nếu mẹ có sữa, khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú, nếu không bú được thì vắt sữa, đổ thìa.
- Hướng dẫn bà mẹ làm vệ sinh cho con.
- Hướng dẫn cách ủ ấm.
- Khi trẻ hồi phục: hướng dẫn cho bà mẹ những kiến thức nuôi dưỡng trẻ. Khuyến khích bà mẹ cho trẻ tiêm chủng đầy đủ.

28. KỸ THUẬT TẮM CHO BỆNH NHỊ TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ cho da sạch sẽ và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.
- Đem lại sự thoải mái cho bệnh nhi.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị bệnh nhi:

- Giải thích cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi biết việc mình sắp làm.
- Hướng dẫn bệnh nhi những điều cần thiết, giúp bệnh nhi đi đại, tiểu tiện.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chậu, xô nước ấm
- Khăn bông to 2 cái.
- Khăn bông nhỏ 2 cái
- Quần áo sạch
- Ga trải giường, vỏ gối sạch
- Khăn đắp
- Xà phòng tắm
- Bình phong
- Thùng đựng đồ bẩn
- Bô dẹt.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa dụng cụ đến cạnh giường bệnh nhi.
- Dùng bình phong che kín giường bệnh nhi nếu là trẻ lớn.
- Đóng cửa, tắt quạt (nếu có).
- Phủ khăn đắp lên người bệnh nhi
- Cởi quần áo bệnh nhi cho vào thùng đồ bẩn.
- Dùng khăn bông nhỏ, vắt sạch nước lau mắt cho bệnh nhi, lau sạch từ trong ra ngoài không dùng xà phòng.
- Lau mặt, tai, cổ bằng nước và xà phòng cho sạch sau đó lau khô.
- Kéo khăn đắp để lộ tay.
- Trải khăn bông to dưới tay đến nách, dùng khăn bông nhỏ lau sạch bằng nước xà phòng, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô. Tắm hai tay như nhau.
- Tắm tiếp phần ngực, bụng cho sạch rồi lau khô.
- Đặt khăn bông to từ cẳng chân đến bẹn, tắm sạch và lau khô.
- Lau rửa vùng hậu môn và sinh dục.
- Thay nước mỗi khi nước bẩn.
- Cho bệnh nhi nằm nghiêng hoặc sắp lót khăn bông dài theo lưng. Tắm từ lưng trở

lên. Tắm từ mông trở xuống, sau đó lau khô.

- Mặc quần áo cho bệnh nhi
- Thay ga trải giường
- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường cho ngay ngắn sạch sẽ
- Thu dọn dụng cụ để vào nơi quy định.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HIỂU SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày và giờ tắm
- Tình trạng bệnh nhi
- Họ và tên y tá - điều dưỡng thực hiện.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhi cách giữ gìn vệ sinh cá nhân và tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân.

29. CHĂM SÓC BỆNH NHI TEO THỰC QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng biến chứng viêm phế quản phổi do nước bọt trào ngược từ đầu trên thực quản vào khí quản hoặc từ dạ dày vào khí phế-quản.
- Chống hạ thân nhiệt.
- Phát hiện các biến chứng sau mổ.

II. CHUẨN BỊ

- Phòng nằm của bệnh nhi: thoáng đủ ấm, nhiệt độ từ 26 - 28°C.
- Dụng cụ: ống thông hút cỡ số phù hợp, máy hút, ống thông thở oxy.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đối với bệnh nhi trước khi phẫu thuật:

- Đặt bệnh nhi nằm đầu cao, đầu và cổ tạo với mặt giường một góc khoảng 30 độ.
- Dùng ống thông hút kích thước nhỏ và mềm đặt vào đầu trên thực quản, hút bằng máy hút hoặc bơm tiêm cứ 1 giờ/1 lần, mỗi lần hút trong khoảng từ 3 - 5 phút.
- Ủ ấm cho bệnh nhi bằng mọi phương tiện có thể có: đặt trong lồng ấp, dùng tấm sưởi điện, dùng túi chườm nóng... Bảo đảm sao cho nhiệt độ của bệnh nhi từ 36,5 - 37°.
- Đặt ống thông cho bệnh nhi thở oxy qua mũi (theo y lệnh) nếu bệnh nhi có khó thở.

- Cặp nhiệt độ 3 giờ/lần.
- Theo dõi và ghi chép các thông số: nhịp thở, mạch theo quy định.

Đối với bệnh nhi sau phẫu thuật:

- Tư thế bệnh nhi nằm đầu cao, đầu và cổ tạo với mặt giường một góc khoảng 30 độ
- Các biện pháp chống hạ thân nhiệt thực hiện giống như trước khi phẫu thuật.
- Theo dõi ống thông dẫn lưu lồng ngực: số lượng và tính chất dịch chảy qua ống thông.
- Hút vùng hầu họng khoảng 2 giờ/1 lần cho đến khi không còn thấy dịch xuất tiết ở khoang miệng.
- Theo dõi và ghi chép các thông số về nhịp thở, mạch, nhiệt độ theo quy định.
- Cho ăn sữa qua ống thông dạ dày với số lượng tăng dần từ ngày thứ hai sau mổ.
- Thay băng lần đầu ngày thứ ba sau mổ.
- Nếu vết mổ nhỏ, thay lần cuối cùng trước khi ra viện. Nếu vết mổ nhiễm trùng thay băng hàng ngày.
- Rút dẫn lưu theo chỉ định của phẫu thuật viên.

IV. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Sau mổ hướng dẫn người nhà thay đổi tư thế bệnh nhi 3 giờ/lần, tránh không làm tuột các ống dẫn lưu.
- Sau khi ra viện cho trẻ đến khám lại nếu thấy trẻ nôn hoặc khó nuốt.

30. CHĂM SÓC BỆNH NHI CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc trẻ có hậu môn nhân tạo đúng phương pháp
- Phát hiện kịp thời những biến chứng sau mổ làm hậu môn nhân tạo.
- Hướng dẫn cho người nhà hoặc chính bệnh nhi tự làm các túi đựng phân bằng những nguyên liệu dễ kiếm, rẻ tiền và tự sản sóc ở gia đình.

II. CHUẨN BỊ

- Một bộ dụng cụ thay băng thông thường.
- Một túi dùng cho hậu môn nhân tạo (HMNT) có nhiều loại:
 - + Loại túi bằng nylon dùng một lần rồi bỏ có khoét lỗ sẵn, kích thước to nhỏ thích hợp với từng trường hợp. Xung quanh lỗ có băng dính sẵn, khi sử dụng chỉ cần bóc lớp băng mỏng bảo vệ lớp băng dính, sau đó dính miệng lỗ của túi vào thành bụng quanh hậu môn nhân tạo. Loại túi này rất tiện lợi nhưng đắt tiền.
 - + Đơn giản và tiết kiệm hơn có thể dùng loại túi tự tạo vật liệu cần thiết gồm có
- Một túi nylon
- Một vòng nhựa (kích thước thích hợp với HMNT).

- Dài dây chun để cố định vòng nhựa ép sát vào thành bụng quanh HMNT. Nên chọn dài dây chun to bản một chút vừa để cố định vòng nhựa chắc chắn hơn mà không gây vết lằn trên da bụng bệnh nhi.
 Khi sử dụng chỉ cần chụp hai mép túi nylon (nên dùng loại túi nylon mỏng và mềm) lên HMNT sau đó dùng vòng nhựa ép lên mép túi vừa đủ để dịch phân không rỉ được ra xung quanh rồi dùng dải dây chun cố định vòng nhựa vào thành bụng.
 Có thể dùng một dải gạc mềm (hoặc giấy vệ sinh) đệm vào xung quanh HMNT trước khi đặt vòng sẽ ngăn cản được tốt hơn phân rỉ ra xung quanh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Theo dõi toàn thân:

- Lấy mạch, nhiệt độ hàng ngày như những trường hợp phẫu thuật khác (chú ý diễn biến sau mổ của phẫu thuật chính nếu có).
- Thường thì trung bình từ 48 - 72 giờ phân mới ra qua HMNT tuy nhiên ngay sau khi mổ cũng phải băng HMNT dùng một miếng gạc có mỡ kháng sinh xẻ ở giữa, đặt hai mép của đường xẻ giữa miếng gạc quanh HMNT vừa để bảo vệ hai đầu ruột đưa ra ngoài làm HMNT nhưng chính là để không dây bẩn ra xung quanh, có nguy cơ gây nhiễm trùng vết mổ cạnh HMNT. Cũng vì thế không bao giờ được băng chung HMNT với đường mổ kế cận.
- Nếu hai đầu ruột của HMNT có dẫn lưu tạm thời bằng hai ống chất dẻo sau 48 giờ có thể cắt đường chỉ khâu túi quanh chân ống dẫn lưu rút bỏ ống dẫn lưu cho hơi và phân thoát ra.
- Theo dõi biến chứng:
 - + Hai đầu ruột của HMNT tụt dần vào ổ bụng có thể xảy ra ngay sau những giờ đầu hoặc những ngày đầu sau mổ hoặc muộn hơn đây là một biến chứng nặng hai đầu HMNT tụt vào trong làm dây bẩn trong ổ bụng gây viêm phúc mạc.
 - + Chảy máu ở vết mổ hoặc ở mép HMNT do trong khi mổ cầm máu chưa tốt có thể giải quyết đơn giản bằng băng ép hoặc khâu cầm máu tại chỗ.
- Toác vết mổ thường là do nhiễm khuẩn mạc nối lớn hoặc quai ruột có thể phòi ra ngoài thành bụng cần phục hồi lại thành bụng.
- Lộn niêm mạc ruột ra ngoài qua HMNT (lộn vòi voi) là một biến chứng hay gặp, dùng găng có bôi dầu nhờn paraffin đẩy vào trong lòng ruột nếu không được hoặc tái diễn thường xuyên phải can thiệp phẫu thuật.
- Nhiễm trùng da hay xảy ra nhất là trong những trường hợp dẫn lưu hồi tràng tác động kích thích của dịch ruột cộng với nhiễm khuẩn làm cho da quanh HMNT viêm đỏ cần thay túi nhiều lần, giữ cho da khô sạch có thể dùng thêm các loại mỡ có kháng sinh, phải theo dõi lượng dịch mất đi hàng ngày qua mở thông hồi tràng nhất là trong trường hợp có tiêu chảy, cần thiết phải làm điện giải đồ để bồi phụ nước và điện giải kịp thời.
- Hẹp HMNT thứ phát thường ít nhiều có kèm theo HMNT tụt vào trong ở một mức độ nhất định vùng da quanh HMNT hẹp dần gây cản trở sự lưu thông của ruột đòi hỏi phải sửa lại.
- Thời gian đóng HMNT tùy theo loại bệnh và ngay trong một loại bệnh còn tùy thuộc vào vị trí của HMNT, nói chung vị trí càng cao càng nên đóng sớm.

- Chế độ ăn:
Trên trẻ có HMNT việc tái hấp thu nước ở đại tràng không đầy đủ nên phân thường lỏng hoặc sền sệt, nên cho bệnh nhi ăn đủ chất dinh dưỡng, ít chất bã, một chế độ ăn thích hợp và một vài loại thuốc có thể làm cho phân đặc hơn hạn chế số lần thay tã hàng ngày giúp cho bệnh nhi thoải mái hơn trong sinh hoạt hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng bệnh nhi sau mổ hậu môn nhân tạo
- Sự lưu thông phân qua hậu môn nhân tạo.
- Chảy máu hoặc nhiễm khuẩn tại vết mổ.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời nếu có dấu hiệu bất thường

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Cách thay tã hậu môn nhân tạo và tự vệ sinh chăm sóc HMNT
- Cách nhận biết sớm các dấu hiệu bất thường của HMNT và hướng giải quyết
- Chế độ ăn cho trẻ.
- Thời gian khám lại

31. CHĂM SÓC SAU MỔ CHỮA DỊ TẬT LỖ ĐÁI LỆCH THẤP

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện và xử trí kịp thời những biến chứng sau mổ (đặc biệt trong 6 giờ đầu).
- Hạn chế tình trạng nhiễm trùng sau mổ, tắc hoặc tụt ống dẫn lưu...
- Hạ thấp tỉ lệ rò hoặc hẹp niệu đạo sau mổ, hạn chế dùng kháng sinh, rút ngắn ngày điều trị.

II. CHUẨN BỊ

1. Buồng bệnh:

Buồng bệnh phải sạch, vô trùng, thoáng, yên tĩnh. Mùa hè mát, mùa đông ấm. Tránh người nhà ra vào nhiều để hạn chế nhiễm trùng.

2. Dụng cụ chăm sóc:

- Hệ thống dẫn lưu vô trùng (dây dẫn, chai lọ hoặc túi chuyên dụng).
- Bộ thay băng vô trùng, thuốc sát trùng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt bệnh nhi sau mổ lên giường sạch, thoải mái, kê vai cao.
- Cho thở oxy (nếu cần).

- Lắp ống dẫn lưu niệu đạo vào hệ thống dẫn lưu kín, vô trùng, kiểm tra xem ống thông có bị tắc không? phải đảm bảo sự thông suốt của ống thông.
- 6 giờ đầu sau mổ phải theo dõi: nhịp thở, mạch, nhiệt độ, ghi hồ sơ 1 giờ/1 lần.
- Chú ý: tình trạng vết mổ, số lượng nước tiểu dẫn lưu ra.
- Khi trẻ tỉnh hoàn toàn cho uống nước hoặc sữa.
- Những ngày tiếp theo cho trẻ ăn uống trở lại bình thường nên cho ăn các thức ăn mát, dễ tiêu, uống nhiều nước để tránh táo bón.
- Mỗi ngày phải thay hệ thống dẫn lưu một lần. Phải kiểm tra ống dẫn lưu có tắc hoặc tụt không? để xử trí kịp thời
- Thay băng: Sau mổ 4-5 ngày, thay băng để hở vết mổ cho thoáng. Nếu có máu tụ hoặc nhiễm trùng nên nặn, vuốt sạch máu tụ hoặc dịch, có thể dùng betadin 1% sát trùng.
- Rút dẫn lưu niệu đạo:
 - + Thông thường các trường hợp tạo niệu đạo bằng van có cuống mạch, rút ống dẫn lưu sau mổ 7-8 ngày.
 - + Nếu tạo niệu đạo bằng van tự do rút ống dẫn lưu sau mổ 9-10 ngày. Sau rút cho trẻ đái ngay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- 6 giờ đầu sau mổ: phải ghi chép 1 giờ/1 lần (nhịp thở, mạch, nhiệt độ) và tình trạng chung.
- Những ngày tiếp: phải theo dõi ghi bảng mạch, nhiệt độ, phiếu chăm sóc: tình trạng chung, tại chỗ mổ, nước tiểu...

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Chế độ ăn uống: thích hợp tránh táo bón.
- Giữ vệ sinh, tại chỗ mổ, các ống dẫn lưu, giữ vệ sinh trong buồng bệnh tránh lây chéo.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau khi ra viện

32. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRUYỀN MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa một lượng máu vào cơ thể bệnh nhân để bù lại lượng máu đã mất do xuất huyết, thiếu máu nặng đối với bệnh nhân:
 - + Bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.
 - + Các bệnh về máu
- Đảm bảo an toàn trong quá trình truyền máu

II. CHUẨN BỊ**1. Chuẩn bị bệnh nhi:**

- Giải thích cho bệnh nhi và người nhà yên tâm, cộng tác với y tá - điều dưỡng.
- Cho bệnh nhi đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền máu.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi truyền máu.
- Kiểm tra xem bệnh nhi có tiền sử dị ứng hay phản ứng với máu không.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Dây truyền máu, bơm kim tiêm, kim cánh bướm các cỡ vô khuẩn.
- Chai máu đã lấy ra khỏi tủ lạnh không quá 30 phút.
- Bông cotton, gạc, băng dính, băng cuộn, kéo, nẹp dây garô, đồng hồ đếm giọt, quang treo chai máu.
- Hộp bộc lộ tĩnh mạch.
- Hộp thuốc cấp cứu chống sốc.
- Lam kính làm phản ứng tin cây trước khi truyền.
- Huyết áp kế, ống nghe, phiếu truyền máu
- Hai khay quả đậu đựng dung dịch sát khuẩn và đựng bông băng bẩn
- Xe đẩy

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra chai máu, dụng cụ, đẩy xe tới giường bệnh nhi. Thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.
- Rửa tay, đeo khẩu trang, mang găng.
- Kiểm tra lại chai máu, nhóm máu, số lượng và chất lượng máu, màu sắc, ngày trữ máu.
- Đo huyết áp, đếm mạch, đo nhiệt độ cho bệnh nhi.
- Lắc nhẹ chai máu để hoà tan hồng cầu và huyết thanh.
- Sát khuẩn nút chai, cắm chai truyền máu vào chai máu, khoá hoặc kẹp dây truyền, treo chai máu lên cọc truyền.
- Mở kẹp cho máu chảy từ từ vào ống lọc máu và đuổi hết khí. Lấy một giọt máu ra lam kính, khoá kẹp lại.
- Trích một giọt máu của bệnh nhi để làm phản ứng tin cây. Bác sĩ đọc kết quả, nếu truyền được thì truyền máu cho bệnh nhi.
- Chọn vị trí truyền, sát khuẩn vùng truyền.
- Đâm kim vào tĩnh mạch thấy máu chảy ra chắc chắn kim vào tĩnh mạch.
- Cố định kim truyền bằng băng dính.
- Điều chỉnh số giọt truyền theo y lệnh.

*** Làm phản ứng sinh vật:**

- Sau khi truyền theo y lệnh được từ 5 đến 15 ml thì cho chảy chậm lại 5 đến 8 giọt/phút trong 5 phút:
Nếu không có phản ứng gì xảy ra, tiếp tục cho chảy theo y lệnh từ 5 đến 15 ml, rồi lại cho chảy chậm từ 5 - 8 giọt/phút trong 5 phút nữa. Nếu không có phản ứng gì thì mới cho chảy bình thường theo y lệnh.