

NỘI DUNG ÔN TẬP CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG

Bài 1: TIÊU CHUẨN MŨI TIÊM AN TOÀN VÀ CÁC GIẢI PHÁP

1. ĐỊNH NGHĨA TIÊM AN TOÀN

Mũi tiêm an toàn là mũi tiêm không gây hại cho người được tiêm, người tiêm, người thu gom chất thải và cộng đồng.

2. NHỮNG HÀNH VI NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN TIÊM VÀ CÁC LƯU Ý

2.1. Những hành vi nguy cơ

- Lạm dụng tiêm
- Dùng lại bơm kim tiêm chưa qua xử lý an toàn
- Động tác thực hành gây nguy cơ cho người được tiêm
- Động tác thực hành gây nguy cơ cho người tiêm
- Phân loại, thu gom, xử lý chất thải sau tiêm chưa đảm bảo an toàn

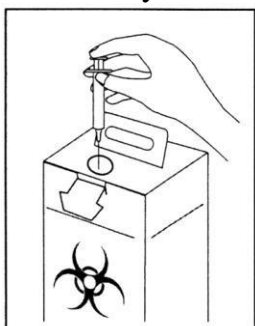
2.2. Những lưu ý thực hành tiêm an toàn

- Phải thực hiện 5 đúng trước khi chuẩn bị thuốc, trước khi tiêm.
- Phải khai thác tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp chống sốc
- Phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn từ khi chuẩn bị, pha thuốc, lấy thuốc và tiêm.
- Phải phân loại, thu gom chất thải từ tiêm đúng quy định



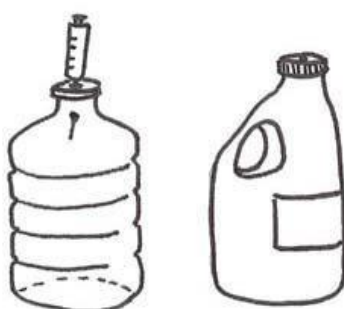
H.1. bẻ đầu ống thuốc bằng gậy

- Chỉ mang găng khi có nguy cơ tiếp xúc với máu và dịch tiết của người bệnh.
- Phải xử lý và khai báo đúng quy trình khi bị tổn thương do vật sắc nhọn



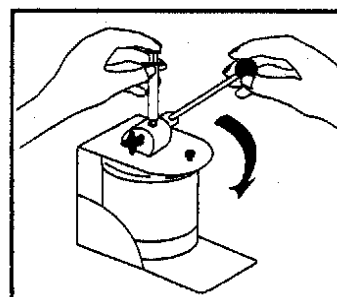
H. 2. Hộp kháng
cắt kim

thùng chuẩn



H. 3. Hộp kháng

thùng tự tạo



H. 4. Máy

2.3. Những điều không được làm khi thực hành tiêm

- Không chạm kim tiêm vào bất cứ bề mặt nào đã bị nhiễm bẩn.
- Không cầm nắm, đừng chạm tay vào pít tông, đầu ăng bu, thân kim tiêm trong quá trình chuẩn bị thuốc, tiêm thuốc (hình 5).



H5. Những vùng không được đụng chạm ở bơm, kim tiêm



H6. Không lưu kim ở lọ thuốc



H7. Không đẩy nắp kim tiêm

- Không sử dụng lại bơm tiêm, thậm chí nếu có thay đổi kim tiêm.
- Không đụng chạm vào nắp lọ thuốc sau khi đã lau khử khuẩn bằng cồn .
- Không dùng một bơm. kim tiêm lấy thuốc cho nhiều lọ thuốc đa liều.
- Không lưu kim lấy thuốc vào lọ thuốc đa liều. (hình 6)
- Không sử dụng túi hoặc chai dung dịch truyền tĩnh mạch để pha thuốc hoặc tiêm cho nhiều người bệnh.
- Không dùng tay đẩy nắp kim, bẻ cong kim hoặc tháo kim tiêm. (hình 7)

3. PHÒNG NHIỄM KHUẨN TRONG THỰC HÀNH TIÊM

3.1. Sử dụng bơm kim tiêm vô khuẩn:

- Sử dụng bơm, kim tiêm vô khuẩn cho mỗi mũi tiêm bằng kiểm tra tình trạng nguyên vẹn của bao, túi bơm kim tiêm để phòng túi thủng hoặc nhiễm bẩn.
- Trường hợp sử dụng bơm kim tiêm chuyên dụng, không có điều kiện sử dụng một lần rồi bỏ, thì bơm, kim tiêm phải được tiệt khuẩn bằng phương pháp hấp theo hướng dẫn của Bộ Y tế (đảm bảo các chỉ số thời gian, phương pháp hấp và nhiệt độ).

3.2. Phòng nhiễm bẩn phương tiện tiêm và thuốc tiêm:

- Chuẩn bị thuốc và phương tiện tiêm ở môi trường sạch, không bụi, vẩy máu hoặc dịch.
- Sử dụng thuốc tiêm một liều. Nếu phải sử dụng thuốc tiêm nhiều liều, cần sử dụng kim lấy thuốc vô khuẩn. Không để kim lấy thuốc lưu lọ thuốc. Bảo quản tốt lọ thuốc sử dụng nhiều lần: lưu trữ trong tủ lạnh không quá 24 giờ, dùng dụng cụ đẩy chuyên dụng.
- Nên chọn loại ống thuốc tiêm bẻ đầu hơn là loại ống thuốc phải cưa đầu bằng dao cưa.

3.3. Phòng ngừa thương tổn cho người nhận mũi tiêm

- Kiểm tra sự nguyên vẹn của lọ, ống thuốc và loại bỏ những ống thuốc, lọ thuốc không đảm bảo chất lượng (vẩn đục, biến màu, quá hạn sử dụng)
- Sử dụng, bảo quản và cất giữ thuốc theo hướng dẫn của nhà sản xuất
- Loại bỏ kim tiêm đã đụng chạm vào bất kỳ bề mặt nào không vô khuẩn

3.4. Phòng ngừa tiếp cận với kim tiêm đã sử dụng

- Đậy nắp và niêm phong hộp đựng vật sắc nhọn để vận chuyển tới nơi cất giữ. Không mở, làm rỗng, sử dụng lại hoặc đem bán.
- Quản lý chất thải sắc nhọn bằng phương pháp hiệu quả, an toàn và môi trường thân thiện để bảo vệ mọi người khỏi bị phơi nhiễm với những phương tiện tiêm đã sử dụng.

3.5. Những nội dung thực hành khác

- Nhà sản xuất nên thiết kế những phương tiện tiêm có khả năng phòng ngừa thương tổn cho người bệnh, người tiêm. Khuyến khích sản xuất bơm kim tiêm tự hủy để sử dụng tại những cơ sở y tế được lựa chọn, đặc biệt là trong dịch vụ tiêm chủng để phòng việc tái sử dụng bơm kim tiêm.
- Vệ sinh tay trước khi chuẩn bị các phương tiện tiêm, giữa những mũi tiêm ở những vùng tiêm tiếp xúc với bụi bẩn, máu hoặc dịch tiết.
- Tránh thực hành tiêm nếu da tay bị tổn thương, hoặc viêm da chảy nước. Cần băng phủ vùng da tay bị xây xước.

- Khi tiêm bắp, tiêm trong da, dưới da không nhất thiết phải mang găng. Sử dụng găng một lần trong trường hợp có khả năng tiếp xúc với máu trong quá trình tiêm.
- Rửa vùng da định tiêm nếu thấy dính bụi hoặc bẩn.
- Dùng gạc tẩm dung dịch sát khuẩn để sát khuẩn da vùng tiêm và để da khô trong thời gian theo chỉ dẫn của nhà sản xuất.
- Không sử dụng bông thấm ướt còn hoặc dung dịch sát khuẩn để trong hộp sử dụng nhiều lần.
- Không sát khuẩn da vùng tiêm sau tiêm chủng.

KHÔNG

Đựng bông, gạc thấm còn trong hộp, bình, lọ chứa Sát khuẩn da bằng cồn sau tiêm chủng.



4. CÁC PHƯƠNG THỨC PHỐI NHIỄM NGHỀ NGHIỆP VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG RỦI RO DO VẬT SẮC NHỌN CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

4.1. Các phương thức phơi nhiễm nghề nghiệp

- Vật sắc nhọn nhiễm khuẩn xuyên thấu da (kim tiêm-truyền, kim chọc dò, kim khâu, dao mổ...).
- Máu, dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da bị tổn thương của NVYT khi làm thủ thuật (vết bỏng, da viêm loét từ trước; niêm mạc mắt, mũi, họng...).
- Da của NVYT bị xây xước tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh.

4.2. Tai nạn do kim tiêm và biện pháp phòng

Tai nạn rủi ro nghề nghiệp do kim tiêm và các vật sắc nhọn nhiễm khuẩn có thể xảy ra ở bất cứ bộ phận nào trên cơ thể của nhân viên y tế và làm cho nhân viên y tế đứng trước nguy cơ phơi nhiễm cao.

- HBV (kim xuyên da) 22-40%
- HCV (kim xuyên da) 10%
- HIV (kim xuyên da) 0,3%
- HIV (niêm mạc) 0,09%
- HIV (da không lành lặn) < 0,01%

Các biện pháp dự phòng cần thực hiện tại các cơ sở y tế là:

- Tuyên truyền trên các phương tiện thông tin công cộng về nguy cơ của tiêm và khuyến khích giảm số lượng mũi tiêm không cần thiết. Sử dụng thuốc bằng đường uống khi có thể, lấy bệnh phẩm tập trung để tránh lấy máu nhiều lần.

- Sử dụng các thiết bị thay thế không kim để nối các phần của hệ thống đường truyền tĩnh mạch, hoặc sử dụng các loại kim luôn an toàn (đã và đang được sử dụng ở một số cơ sở y tế). Tuy nhiên các dụng cụ này có thể có chi phí cao hơn, song nếu sử dụng nhiều thì giá thành sẽ hạ. Chính sách của một số nhà cung cấp là hạ giá thành sản phẩm mũi kim an toàn bằng giá thành mũi kim thông thường để khuyến khích người sử dụng nhiều kéo theo giá thành sản phẩm hạ.

- Đào tạo NVYT cập nhật các kiến thức, thực hành tiêm an toàn và thận trọng khi làm các thủ thuật liên quan đến tiêm và xử lý các vật sắc nhọn khác.

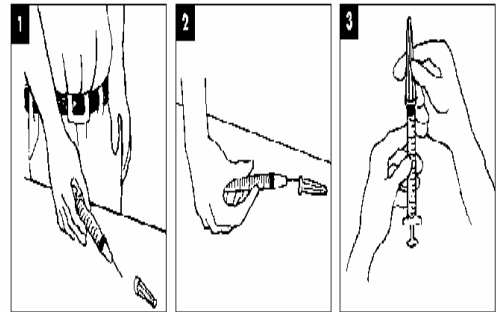
- Hướng dẫn viên, những người thực hiện các thủ thuật phải luôn luôn cảnh giác những nguy cơ tổn thương khi tiến hành các thủ thuật và các dụng cụ sắc nhọn.

- Tránh chuyển tay các vật sắc nhọn và nhắc đồng nghiệp thận trọng mỗi khi chuyển vật sắc nhọn, đặt vật sắc nhọn vào khay để đưa cho đồng nghiệp.

- Bố trí bàn tiêm, bàn thủ thuật sao cho tất cả các dụng cụ đều trong tầm với của cả hai tay và phải chắc chắn là thùng thu gom

vật sắc nhọn được để gần với xe tiêm, xe thủ thuật để giúp cô lập các vật sắc nhọn nhanh và an toàn.

- Sử dụng các phương tiện thu gom vật sắc nhọn đạt quy chuẩn: kháng khuẩn, không thấm nước, miệng đủ lớn để chứa các vật sắc nhọn và có nắp.



H8. Phương pháp gấp nắp kim tiêm

nắp

- Không gấp nắp kim tiêm ngay cả trước và sau tiêm. Nếu cần phải gấp nắp, dùng kỹ thuật một tay “múc”, để phòng ngừa tổn thương.

Trước tiên để nắp kim lên trên một mặt phẳng sau đó dùng một tay đặt đầu kim vào miệng nắp kim và từ từ luồn sâu kim vào nắp. Dùng tay kia siết chặt nắp kim (Hình 8)

- Để phòng ngừa rủi ro do kim đâm trong phẫu thuật, nên mang hai găng. Có thể áp dụng một số kỹ thuật thực hành an toàn như dùng kỹ thuật mổ ít xâm lấn nhất và dùng phương pháp đốt điện để rạch da thay cho dùng dao mổ, dùng kẹp để đóng vết mổ thay vì khâu da như kinh điển.

- Không được để kim tiêm vương vãi ở ngoài môi trường. Nhân viên y tế khi thấy các kim tiêm trên sàn nhà hoặc trên mặt đất trong bệnh viện cần phải dùng kẹp gấp và bỏ vào thùng kháng khuẩn để bảo vệ bản thân và những đồng nghiệp khác.

+ Thực hiện đúng qui trình thu gom vận chuyển rác thải y tế, đặc biệt là lưu giữ, vận chuyển và tiêu hủy an toàn chất thải là vật sắc nhọn. Khi thu gom và xử lý các thùng đựng vật sắc nhọn, cần quan sát kỹ xem có quá đầy và có các vật sắc nhọn chĩa ra ngoài hay không. Vận chuyển thùng bằng xe đẩy và mang găng bảo hộ.

+ Cung cấp đầy đủ các phương tiện tiêm thích hợp (xe tiêm, bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, cồn sát khuẩn tay, hộp đựng vật sắc nhọn...).





+ Tuân thủ quy trình báo cáo, theo dõi và điều trị sau phơi nhiễm.

+ Trao quyền cho người bệnh lên tiếng với nhân viên y tế khi không thực hiện

đúng các quy định về vô khuẩn hoặc dùng lại bơm kim tiêm chưa qua xử lý an toàn.
 - Đưa các tiêu chí đánh giá tiêm an toàn vào kiểm tra chất lượng bệnh viện hàng năm.

4.3. Xử trí tai nạn rủi ro nghề nghiệp do phơi nhiễm với máu và dịch cơ thể

Sơ cứu ngay sau phơi nhiễm

Tổn thương hoặc phơi nhiễm	Xử lý
<p>Tổn thương do kim tiêm hay vật sắc nhọn</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rửa ngay vùng da bị tổn thương bằng xà phòng và nước, dưới vòi nước chảy. 2. Để máu ở vết thương tự chảy, không nặn bóp vết thương 3. Băng vết thương lại
<p>Bắn máu và/hoặc dịch cơ thể lên da bị tổn thương</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rửa khu vực bị tổn thương ngay bằng xà phòng và nước dưới vòi nước chảy. 2. Băng vết thương lại 3. KHÔNG sử dụng thuốc khử khuẩn trên da 4. KHÔNG cọ hoặc chà khu vực bị tổn thương
<p>Bắn máu hoặc dịch cơ thể lên mắt</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Xả nước nhẹ nhưng thật kỹ dưới dòng nước chảy hoặc nước muối 0,9% vô khuẩn trong ít nhất 5 phút trong lúc mở mắt, lộn nhẹ mi mắt. 2. Không dụi mắt
<p>Bắn máu và/hoặc dịch cơ thể lên miệng hoặc mũi</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhổ khạc ngay máu hoặc dịch cơ thể và súc miệng bằng nước nhiều lần 2. Xỉ mũi và rửa sạch vùng bị ảnh hưởng bằng nước hoặc nước muối 0,9% vô khuẩn. 3. KHÔNG sử dụng thuốc khử khuẩn 4. KHÔNG đánh răng

Bắn máu và/hoặc dịch cơ thể lên **da**
nguyên vẹn



1. Rửa khu vực bị vấy máu hoặc dịch cơ thể ngay bằng xà phòng và nước dưới vòi nước chảy
2. **KHÔNG** chà sát khu vực bị vấy máu hoặc dịch

Bài 2: CHĂM SÓC TRẺ CO GIẬT

1. NGUYÊN NHÂN GÂY CO GIẬT Ở TRẺ EM

Co giật do nhiều nguyên nhân gây ra và có thể chia thành 5 nhóm chính:

1.1. Do tổn thương thực thể ở não, màng não.

1.1.1. Nhiễm khuẩn ở hệ thần kinh

- Viêm màng não do:
- + Vi khuẩn như phế cầu, H.influenzae, não mô cầu, trực khuẩn lao...
- + Virus.
- + Ký sinh trùng, nấm.
- Viêm não: Hay gặp nhất là viêm não Nhật Bản B, sau đó là viêm não do các virus đường ruột, sau sởi, quai bị, thủy đậu.
- Áp xe não: Thường gặp do biến chứng của viêm tai xương chũm.

1.1.2. Chấn thương sọ não

Co giật có thể xảy ra ngay sau chấn thương hoặc sau vài tháng, thậm chí sau vài năm (động kinh) kể từ khi bị chấn thương như ngã, tai nạn, bị đánh đập vào vùng sọ.

1.1.3. Sang chấn sản khoa

Phần lớn co giật xảy ra ở trẻ sơ sinh là do sang chấn sản khoa, do ngạt vì đẻ khó, chuyển dạ kéo dài, phải can thiệp bởi các thủ thuật sản khoa, trong sản giật, trong nhiễm độc thai nghén... và có tới 15% trẻ sơ sinh co giật không rõ nguyên nhân.

1.1.4. Do chôn chỗ trong hộp sọ

Do những khối u, khối máu tụ, phình mạch máu não, haemangiome, xuất huyết não - màng não do nhiều nguyên nhân khác nhau.

1.1.5. Tắc mạch máu não

Do biến chứng của bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn thường xảy ra ở bệnh nhân tim bẩm sinh, do cục máu đông (embolia, trombolia) hay xảy ra sau phẫu thuật tim, phổi.

1.1.6. Các bệnh thoái hóa não

Co giật thường xuất hiện muộn trong các bệnh thoái hóa chất trắng, chất xám.

1.1.7. Các bệnh não bẩm sinh

Là các bệnh như não úng thủy (hydrocephalia), bệnh nhỏ sọ (microcephalia), dị dạng não... Thường xảy ra do mẹ bị các bệnh virus như cảm cúm trong 2 tháng đầu mang thai hoặc mẹ bị các bệnh mạn tính gây thiếu oxy trong thời kỳ thai nghén như suy tim mạn, thiếu máu mạn tính.

1.1.8. Một số bệnh khác gây tổn thương não

Vàng da nhân ở trẻ sơ sinh, sốt rét thể não, hội chứng Reye.

1.2. Do rối loạn chuyển hóa

Bao gồm rất nhiều bệnh như co giật do ngộ độc thức ăn, ngộ độc strychnin, long não, theophyllin, do thiếu vitamin B6, do hạ đường máu, hạ natri máu, hạ canxi máu và các bệnh di truyền gây rối loạn chuyển hóa như bệnh nhiễm leucin, bệnh phenylceton niệu...

1.3. Do cao huyết áp

Thường xảy ra trên bệnh nhân viêm cầu thận cấp có cao huyết áp, u ưa chrom, dị dạng động mạch thận, hẹp eo động mạch chủ...

1.4. Do sốt cao

Thường gặp nhiều ở trẻ trong lứa tuổi từ 6 tháng đến 6 tuổi, co giật xảy ra khi trẻ sốt cao trên 39 độ 5 và hay tái phát khi trẻ sốt cao.

1.5. Co giật trong bệnh động kinh

Co giật trong bệnh động kinh là hậu quả của các rối loạn nêu trên hoặc bệnh tự phát có căn nguyên ẩn.

Bệnh động kinh là sự rối loạn từng cơn về chức năng của hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột, quá mức của các neuron.

Đặc điểm của co giật trong bệnh động kinh là:

- + Có giật xảy ra đột ngột và ngắn.
- + Các cơn co giật có tính định hình lặp lại nhiều lần (các cơn co giật giống nhau ở từng bệnh nhân).
- + Trong cơn giật: có các rối loạn chức năng thần kinh (đái, ỉa ra quần trong cơn co giật).
- + Sau cơn co giật, bệnh nhân không nhớ những gì vừa xảy ra đối với chúng và với xung quanh.
- + Trên điện não đồ: phát hiện được các đợt sóng kích phát.

2. PHÂN LOẠI CO GIẬT Ở TRẺ EM

2.1. Co giật không động kinh

- Co giật do tổn thương thực thể ở não:
 - + Nhiễm trùng ở hệ thần kinh trung ương.
 - + Sang chấn ở hệ thần kinh trung ương.
 - + Não bị chèn ép.
 - + Thoái hóa não.
 - + Dị dạng não.
- Co giật do không có tổn thương thực thể ở não:
 - + Sốt cao.
 - + Rối loạn chuyển hóa.
 - + Cao huyết áp.

2.2. Co giật động kinh

- Động kinh toàn thể
- Động kinh cục bộ.

3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CO GIẬT

3.1. Co giật do sốt cao (sốt cao co giật đơn thuần)

Sốt cao thường xảy ra do trẻ bị các bệnh nhiễm trùng ở ngoài hệ thần kinh trung ương như cảm cúm, sởi, viêm họng, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa, viêm đường tiết niệu.

Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt cao là:

- Hay gặp ở trẻ trong độ tuổi từ 6 tháng đến 6 tuổi.
- Cơn co giật xảy ra ở trẻ sốt cao trên 39 độ C.
- Co giật toàn thân (lan tỏa toàn thân).

- Thời gian mỗi cơn co giật ngắn dưới 10 phút.
- Số cơn co giật tái phát ít: dưới 4 lần/ ngày.
- Tiền sử: Trước đây hề bị sốt cao là trẻ co giật.
- Thăm khám hệ thần kinh: Bình thường.
- Dịch não tủy bình thường.
- Điện não đồ ngoài cơn: bình thường.

3.2. Co giật do nhiễm trùng ở hệ thần kinh trung ương có kèm theo sốt (co giật do sốt cao phức hợp)

Co giật có kèm theo sốt thường xảy ra do trẻ bị nhiễm trùng ở hệ thần kinh trung ương như viêm màng não mủ, viêm màng não nước trong, viêm não, áp xe não.

Đặc điểm lâm sàng co giật do các nguyên nhân này là:

- Gặp ở trẻ trong bất kỳ độ tuổi nào.
- Cơn co giật xảy ra không nhất thiết phải ở trẻ sốt cao trên 39 độ C.
- Co giật có thể lan tỏa hoặc cục bộ.
- Thời gian mỗi cơn co giật thường dài trên 15 phút.
- Số cơn co giật tái phát nhiều lần trong 1 ngày, trên 5 lần.
- Tiền sử: Trước đây đã có lần sốt cao nhưng không co giật.
- Thăm khám hệ thần kinh: Bất thường.
- Dịch não tủy: bệnh lý.
- Điện não đồ ngoài cơn: Bất thường.

3.3. Động kinh

3.3.1. Động kinh toàn thể

a) Động kinh điển hình (Động kinh cơn lớn ở trẻ lớn)

- Trước cơn động kinh thường có triệu chứng báo trước:
Trước khi lên cơn động kinh 5 - 10 giây, bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, buồn bực chân tay...
- Cơn động kinh điển hình trải qua 3 giai đoạn:
 - + Giai đoạn co cứng: kéo dài 5 - 12 giây.
Bệnh nhân đột nhiên ngã xuống bất tỉnh, các cơ co cứng: Các chi duỗi cứng, các ngón tay gập, đầu ưỡn ngửa quay sang một bên, hàm nghiến chặt, thường cắn vào lưỡi. hai mắt trợn ngược. Bệnh nhân không thở được vì các cơ ngực co cứng, do đó sắc mặt bệnh nhân nhợt nhạt rồi tím tái. Bệnh nhân có thể đái, ỉa ra quần do mất trương lực các cơ tròn.
 - + Giai đoạn co giật: kéo dài trong vài phút.
Tất cả các cơ đều giật, giật liên tiếp, ngắn, mạnh, có nhịp, đầu lắc lư, hai mắt giật ngang hoặc giật lên trên, lưỡi thè ra dễ bị cắn vào.
 - + Giai đoạn duỗi:
Các cơ duỗi ra, các phản xạ giảm, đồng tử giãn, bệnh nhân thở mạnh, nhanh và có sùi bọt mép. Sau 1 -2 phút sắc mặt bệnh nhân dần dần trở về bình thường.
- Sau cơn giật:

Bệnh nhân lớn tuổi thường tỉnh táo bình thường nhưng lại không nhớ tất cả những gì vừa xảy ra với chính mình và xung quanh. Đối với trẻ nhỏ thì sau cơn động kinh bệnh nhân thường ngủ lịm đi vì mệt.

b) Động kinh không điển hình

- Con vắng ý thức: thường gặp ở trẻ 4 đến 8 tuổi. Đột nhiên vắng ý thức, dừng hoạt động, không thay đổi tư thế, không vận động, mắt nhìn trừng trừng ra phía trước hoặc nhìn ngược. Sau vài giây trẻ trở lại bình thường, Con vắng ý thức có thể kèm theo co giật nhẹ, tăng hoặc giảm trương lực cơ:
- + Vắng ý thức với giật cơ nhẹ: Mắt nhắm lại, mồm nhai, chuyển động các ngón tay, vai, tư thế không thay đổi nhưng các vật đang cầm trên tay bị rơi xuống.
- + Vắng ý thức và tăng trương lực cơ: Mắt ý thức và tăng trương lực cơ một bên hoặc hai bên.
- + Vắng ý thức và giảm trương lực cơ: Mắt ý thức và đầu gục xuống hoặc nghiêng sang một bên, nhưng trẻ không ngã.
- Co giật sơ sinh lành tính: Thường xảy ra vào ngày thứ 5 sau khi ra đời với biểu hiện bằng cơn co giật trong vòng 30 giây : Giật bàn chân, run chân, giật tay, có khuynh hướng lan tỏa từ nửa người sang bên đối diện. Bệnh có tiên lượng tốt.

3.3.2. Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ thùy trán: Giật khu trú nửa người, lan từ một phần nhỏ đến rộng.
- Động kinh cục bộ thùy thái dương: Bệnh nhân người thấy mùi khó chịu hoặc cảm thấy khó chịu, rồi bệnh nhân có những động tác cử động bất thường như chép miệng, đứng dậy, ra đi, cởi khuya áo, nói nhiều.
- Cơn động kinh thực vật (động kinh não trung gian): Co giãn đồng tử, đỏ bừng mặt, cổ vã môi hôi, sồn gai ốc, tim đập chậm hay nhanh, hạ HA đột ngột, đau bụng, rối loạn nhịp thở.
- Động kinh kịch phát vùng trung tâm (Rolandique): thường gặp ở trẻ 5 - 10 tuổi, cơn xảy ra chủ yếu vào ban đêm, ngắn dưới 2 phút với các biểu hiện như dị cảm một bên mặt, cơn giật nửa người hoặc cơn co thắt cổ họng, chảy nhiều nước mũi, ý thức không thay đổi.
- Động kinh kịch phát vùng chẩm: Thường gặp ở trẻ từ 18 tháng đến 7 tuổi với các biểu hiện ban đầu là khó khăn về nhìn, mù tạm thời, ảo giác, ảo thị, sau đó là cơn giật nửa người hoặc cơn giật cục bộ, cuối cùng có thể cơn giật lan tỏa toàn thân.

4. CHĂM SÓC

4.1. Nguyên tắc

- Trong cơn co giật
 - Mục đích là tránh các hậu quả có thể xảy ra trong cơn co giật:
 - + Không để bệnh nhi bị rơi, ngã.
 - + không để bệnh nhi hít phải đờm dãi hoặc chất nôn.
 - + không để bệnh nhi cắn phải lưỡi.
 - + Tránh tụt lưỡi.
 - + Làm thông đường hô hấp, chống suy hô hấp.
 - + Sử dụng thuốc/biện pháp cắt cơn giật theo y lệnh của thầy thuốc.

- Ngoài cơn co giật
 Chủ yếu là điều trị ngăn ngừa cơn co giật tái phát:
- + Tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân.
- + Khắc phục hậu quả, tránh tai biến có thể xảy ra trong cơn co giật.
- + Thực hiện y lệnh dùng thuốc điều trị.
- + Tiến hành làm các xét nghiệm cần thiết: Trợ giúp thầy thuốc chọc dò dịch não tủy, lấy máu làm các xét nghiệm cần thiết như công thức máu, đường huyết, điện giải đồ, cấy máu, tìm ký sinh trùng sốt rét...
- + Vệ sinh thân thể: Lau mũi, miệng, mắt, mặt, vùng hậu môn, sinh dục, thay quần áo, tắm lót nếu trẻ đái ỉa ra.
- + Thực hiện các biện pháp chống loét cho bệnh nhân hôn mê hoặc liệt kéo dài.

4.2. Chăm sóc cụ thể

4.2.1. Trong cơn co giật

- Nhanh chóng đặt bệnh nhi nằm nghiêng để tránh đờm dãi hoặc chất nôn rơi vào khí - phế quản.
 - Dùng một miếng gạc hoặc cái đũa lười có quấn gạc đặt vào giữa hai hàm răng để tránh cho trẻ cắn vào lưỡi.
 - Sau đó nên dùng dụng cụ làm thông đường hô hấp (airway) đặt vào trong miệng
 - Hút đàm dãi nếu xuất tiết nhiều.
 - Thở oxy khi trẻ tím tái hoặc khi cơn co giật kéo dài.
 - Bằng mọi cách cắt cơn co giật càng nhanh càng tốt:
 - + Seduxen: thụt hậu môn trực tràng: Dùng bơm tiêm 1ml lấy vừa nửa ống (đối với trẻ <5 tuổi) hoặc 1 ống (đối với trẻ ≥5 tuổi) seduxen 10mg, bỏ kim ra sau đó bơm vào hậu môn trực tràng và dùng tay ép giữ 2 mông trẻ lại trong vòng 1- 2 phút.
 - + Nếu không cắt được cơn co giật thì dùng seduxen tiêm tĩnh mạch: Lấy 0,3 - 0,5 mg/kg seduxen pha với 20 ml glucose 10%, Bơm thật chậm vào tĩnh mạch, vừa bơm vừa theo dõi bệnh nhi, nếu trẻ hết giật thì ngừng tiêm ngay.
 Tiêm tĩnh mạch seduxen cho trẻ em có thể gây ngừng thở (ức chế trung tâm hô hấp), do vậy cần chuẩn bị bóp bóng ambu nếu trẻ ngừng thở.
 Có thể tiêm nhắc lại 0,1mg/kg/lần nếu sau 15 phút chưa cắt được cơn co giật.
 - + Hoặc có thể dùng phenobarbital 5 - 10mg/kg/lần. Thuốc này thường dùng đường tiêm bắp. nhắc lại 3mg/kg/lần nếu sau 20 phút chưa cắt được cơn co giật.
 - Cán bộ y tế phải nhanh nhẹn tích cực nhưng phải bình tĩnh để xử lý kịp thời đúng phương pháp, có kế hoạch cụ thể.
 - Sau đó tìm nguyên nhân để điều trị:
 - + Co giật do sốt cao: Đặt hậu môn viên đạn paracetamol 0,2g hoặc analgin 0,2g để hạ nhiệt khi trẻ sốt cao co giật.
 - + Co giật do hạ đường huyết: tiêm hoặc truyền tĩnh mạch glucose 10 - 20%.
 - + Tetani: Tiêm chậm tĩnh mạch canxi clorid hoặc canxi gluconat.
- Lưu ý:
- Trong cơn co giật không được cho trẻ ăn, uống kể cả uống thuốc.

– Chèn gạc giữa hàm răng, kéo lưỡi ra để trẻ không cắn vào lưỡi.

4.2.2. Ngoài cơn co giật

- Khi cơn giật đã ngừng, cần điều trị duy trì nhằm ngăn ngừa co giật tái phát bằng cách cho uống seduxen sau mỗi 6 - 8 giờ/ lần.
- Tìm nguyên nhân để điều trị và chăm sóc:
 - + Có thể truyền dịch ưu trương hoặc manitol để chống phù não.
 - + Phẫu thuật nếu có u hoặc khối máu tụ trong hộp sọ.
 - + Điều trị tai biến trong cơn giật.
 - + Hướng dẫn sử dụng đều đặn thuốc chống động kinh (gardenal, tegretol, depakin...) và đề phòng tai nạn đi xe đạp, xe máy, chèo đò đối với trẻ động kinh.
 - + Dùng vitamin D, tắm nắng, uống muối canxi đối với những trẻ bị còi xương, thận nhiễm mỡ.
 - + Chăm sóc chu đáo, không để trẻ bỏ bữa đối với những đứa trẻ bị hạ đường huyết.
 - + Hướng dẫn đê gia đình có sẵn thuốc hạ sốt để cho trẻ uống ngay khi thân nhiệt của trẻ 38 độ C, đối với những trường hợp co giật do sốt cao.
 - + Dùng thuốc kháng sinh đặc hiệu để chữa các bệnh nhiễm trùng ở trong và ngoài hệ thần kinh trung ương.
 - + Cầm máu bằng truyền máu và tiêm vitamin K trong trường hợp chảy máu não - màng não.
- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ.
- Đảm bảo vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường nơi trẻ nằm.

4.2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Nhận định:
 - + Cần phải quan sát và thăm khám kỹ bệnh nhi để xác định:
 - Tính chất cơn giật: toàn thân hay cục bộ.
 - Thời gian cơn co giật kéo dài bao lâu?
 - Có các dấu hiệu suy hô hấp hay suy tuần hoàn không?
 - Có vấn đề gì gây cản trở hô hấp hay tuần hoàn không?
 - Kiểm tra: nhiệt độ, nhịp thở, mạch có bình thường hay không?
 - Có các dấu hiệu về thần kinh thực thể không: liệt chân tay, thóp phồng, mắt lác, méo mồm...
 - Có xù bọt mép không?
 - Có đái dầm hoặc ỉa đùn không?
 - Có cắn phải lưỡi không?
 - + Cần phải hỏi cha, mẹ bệnh nhi để xác định hoàn cảnh xuất hiện cơn co giật và điều kiện hết cơn co giật:
 - Trẻ bị co giật từ bao giờ?
 - Trẻ bị co giật bao nhiêu lần rồi?
 - Mỗi cơn co giật kéo dài bao lâu?
 - Trẻ con giật cả chân, tay, mắt, miệng, nửa người hay chỉ co giật một bộ phận nào đó?

- Trước khi co giật trẻ có biểu hiện gì bất thường không? có ăn, uống nhằm thuốc hoặc chất độc gì không? Có sốt cao không? Có nôn mửa không? Có kêu đau đầu không?...
- + Sau cơn giật:
 - Bệnh nhi tỉnh hay mê.
 - Có bị liệt không?
 - Vận động các chi có bình thường không?
- Nếu bệnh nhi không tỉnh táo thì cần phải đánh giá mức độ hôn mê theo thang điểm Glasgow.
- Nếu > 7 điểm là tổn thương nông, tiên lượng còn tốt.
- Nếu 7 điểm là điểm bản lề.
- Nếu < 7 điểm là tổn thương sâu, tiên lượng xấu.
- Chẩn đoán chăm sóc
 - Dựa vào các dữ liệu thu thập được trong phần nhận định bệnh nhi mà nêu lên chẩn đoán điều dưỡng. Trong cơn giật, một số chẩn đoán điều dưỡng có thể tồn tại là:
 - + Trẻ tím tái do ức chế trung tâm hô hấp.
 - + Trẻ tím tái do hít phải đờm dãi hoặc chất nôn.
 - + Co giật toàn thân do sốt cao.
 - + Co giật toàn thân, tái phát nhiều lần do động kinh.
 - + Đau bụng do co giật nội tạng.
 - + Nguy cơ tái phát cơn co giật.
 - + Hôn mê do tổn thương não.
 - + Co giật do tăng áp lực nội sọ.
 - + Chảy máu do cắn vào lưỡi.
 - + Đau đầu do tăng áp lực nội sọ.
 - + Nôn do tăng áp lực nội sọ.
 - + Nguy cơ té ngã.
 - + Nguy cơ cắn vào lưỡi.
 - Can thiệp điều dưỡng
 - + Đảm bảo thông khí tốt: Đặt trẻ vào phòng thoáng ẩm, yên tĩnh, nằm kê cao vai, nới rộng quần áo tã lót, đầu nghiêng sang một bên nhằm tránh hít phải đờm rãi khi xuất tiết, phải hút đàm nhớt.
 - + Ngăn ngừa không để bệnh nhân cắn vào lưỡi, tụt lưỡi gây bít tắc đường thở: Chèn gạc vào giữa 2 hàm răng, dùng gạc quấn và kéo lưỡi ra hoặc dùng dụng cụ làm thông đường hô hấp.
 - + Cho bệnh nhân thở oxy.
 - + Thực hiện y lệnh dùng thuốc cắt cơn giật.
 - + Theo dõi sát các dấu hiệu sống: Mạch, huyết áp, nhịp thở.
 - + Chăm sóc theo nguyên nhân cơn giật.
 - + Ngăn ngừa không cho cơn co giật tái phát, nếu tái phát cần được xử lý kịp thời tích cực ngay.
 - + Đảm bảo dinh dưỡng cho trẻ: Cho ăn qua sonde hoặc cho ăn bằng đường tĩnh mạch.

- + Đảm bảo vệ sinh, phòng chống bội nhiễm.
- + Chăm sóc triệu chứng.
- + Phòng chống loét.
- Đánh giá

Đối với bệnh nhi co giật, việc đánh giá tình trạng bệnh nhi cũng như đánh giá kết quả điều trị, chăm sóc phải tiến hành thường xuyên trong suốt quá trình nằm viện để có thể đưa ra được những biện pháp can thiệp điều dưỡng cũng như điều trị kịp thời, hiệu quả, tránh được những tai biến và hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra.

Trước và sau mỗi khi thực hiện y lệnh sử dụng thuốc hoặc tiến hành những can thiệp điều dưỡng, người điều dưỡng cần đánh giá hiệu quả đạt được, phải ghi lại đầy đủ vào bản kế hoạch chăm sóc. Trong trường hợp bệnh nặng lên hoặc có những biểu hiện bất thường, cần phải nhận định lại một cách cẩn thận và báo cáo thầy thuốc một cách chi tiết để cùng tìm ra biện pháp giải quyết hữu hiệu.

Ngoài ra, cần phải đánh giá việc thực hiện vệ sinh, dinh dưỡng và các lĩnh vực khác hỗ trợ cho việc điều trị và chăm sóc bệnh nhi.

Bài 3: CHĂM SÓC TRẺ BỊ BỆNH TIÊU CHẢY CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Tiêu chảy: Là đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước trên 3 lần trong 24 giờ.

- Nếu ỉa chảy không 14 ngày gọi là tiêu chảy cấp.
- Nếu ỉa chảy trên 14 ngày gọi là tiêu chảy kéo dài.
- Tiêu chảy mạn là tiêu chảy mà nguyên nhân của nó là do rối loạn về cấu trúc hay hệ thống men của ống tiêu hóa và thường là các bệnh bẩm sinh hoặc di truyền.
- Đợt tiêu chảy là thời gian kể từ ngày đầu tiên bị tiêu chảy tới ngày mà sau đó hai ngày liền phân của trẻ bình thường.

1.2. Tiêu chảy cấp: Là đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước trên 3 lần trong ngày(24 giờ) và kéo dài không quá 14 ngày.

1.3. Tiêu chảy kéo dài: Là đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước trên 3 lần trong ngày(24 giờ) và kéo dài trên 14 ngày.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Tác nhân gây bệnh

2.1.1. Virus

Virus là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh tiêu chảy cho trẻ em. Những loại virus gây tiêu chảy là Rotavirus, Norwalk virus, trong đó có Rotavirus là tác nhân chính gây bệnh tiêu chảy cho trẻ dưới 2 tuổi. Ước tính có đến 1/3 số trẻ em dưới 2 tuổi ít nhất bị một đợt tiêu chảy do Rotavirus. Virus xâm nhập vào trong liên ruột, gây rối loạn men tiêu hóa đường lactose của sữa mẹ, làm tăng tiết nước và điện giải vào trong lòng ruột.

2.1.2. Vi khuẩn

Nhiều loại vi khuẩn có thể gây bệnh tiêu chảy cho trẻ em:

- Coli đường ruột gây 25% tiêu chảy cấp. Có 5 nhóm gây bệnh là:
 - + Coli sinh độc tố ruột(Enterotoxigenic Esherichia Coli).
 - + Coli bám dính(Enteroadherent Esherichia Coli).
 - + Coli xâm nhập(Enteroinvasive Esherichia Coli).
 - + Coli gây chảy máu(Enterohemorrhagia Esherichia Coli).

Trong 5 loại trên, Coli sinh độc tố ruột(ETEC) là tác nhân quan trọng gây tiêu chảy cấp, phân tóe nước ở người lớn và trẻ em ở các nước đang phát triển. ETEC không xâm nhập vào niêm mạc ruột mà gây tiêu chảy bằng các độc tố không chịu nhiệt là LT(heat stable toxin) với cơ chế gần giống tả.

- Trực trùng lỵ Shigella:

Trực trùng lỵ Shigella là tác nhân trong 60% các đợt lỵ. Trong các đợt lỵ nặng có thể ỉa phân tóe nước trong những ngày đầu bị bệnh. Trong 4 nhóm huyết thanh S. Plexneri, S. Boydi và S. Sonei, nhóm phổ biến nhất tại các nước đang phát triển là S.Plexneri.

- Campylobacter Jejuni:

C.Jejuni gây bệnh chủ yếu ở trẻ nhỏ, lây qua tiếp xúc với phân, uống nước bẩn, ăn sữa và thực phẩm bị ô nhiễm. C.Jejuni gây tiêu chảy tóe nước 2/3 trường hợp và gây hội

chúng lị có sốt ở 1/3 số trường hợp còn lại. Bệnh diễn biến nhẹ, thường khỏi sau 2-5 ngày.

- Salmonella không gây thương hàn:

Lây bệnh do tiếp xúc với súc vật nhiễm trùng hoặc thức ăn động vật bị ô nhiễm. Đây là nguyên nhân chủ yếu ở các nước sử dụng rộng rãi các loại thực phẩm chế biến kinh doanh. Salmonella thường gây tiêu chảy phân tóe nước, đôi khi cũng có biểu hiện như hội chứng lị. Kháng sinh không những không có hiệu quả mà có thể còn gây chậm đào thải vi khuẩn qua đường ruột.

- Phẩy khuẩn tả Vibrio Cholerae 01:

Có 2 typ sinh vật (typ cổ điển và Eltor) và 2 typ huyết thanh (Ogawa và Inaba). Phẩy khuẩn tả 01, sau khi qua dạ dày đến cư trú ở phần dưới hồi tràng và sản sinh ra độc tố CT (Cholera toxin). Đơn vị B của CT gắn vào bộ phận tiếp nhận đặc hiệu của liên bào ruột non rồi giải phóng ra đơn vị A. Đơn vị A đi vào tế bào ruột, hoạt hóa men adenocyclase để chuyển ATP thành AMP – vòng. Sự gia tăng AMP – vòng đã ức chế hấp thu natri theo cơ chế gắn với clo, gây nên tình trạng xuất tiết ở ạt nước và điện giải ở ruột non, dẫn đến mất nước nặng trong vài giờ và có thể gây thành dịch tả cho trẻ em.

2.1.3. Ký sinh trùng

- Entamoeba histolytica:

Entamoeba histolytica xâm nhập vào liên bào đại tràng hay hồi tràng, gây nên các ổ áp xe nhỏ, rồi loét, làm tăng tiết chất nhầy lẫn máu.

- Giardia lamblia

Là đơn bào bám dính lên liên bào ruột non, làm teo các nhung mao ruột, dẫn đến giảm hấp thu, gây ra ỉa chảy.

- Cryptosporidium:

Cryptosporidium thường gây nên tiêu chảy ở trẻ nhỏ, ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch và cũng gây bệnh ở nhiều loại gia súc. Chúng bám dính lên liên bào ruột non, làm teo nhung mao ruột, gây tiêu chảy nặng và kéo dài. Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

2.1.4. Nấm

Candida albicans có thể là nguyên nhân gây tiêu chảy. Bệnh thường xuất hiện ở bệnh nhi sau khi dùng kháng sinh kéo dài hoặc đối với trẻ bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) trong giai đoạn cuối.

2.2. Các yếu tố nguy cơ

2.2.1. Các yếu tố vật chủ làm tăng tính cảm thụ với bệnh tiêu chảy

- Tuổi: Trẻ dưới 2 tuổi hay bị tiêu chảy, đặc biệt là trẻ ở độ tuổi 6 – 11 tháng (trẻ em trong giai đoạn sau ăn dặm).
- Tình trạng suy dinh dưỡng: Trẻ SDD dễ mắc bệnh tiêu chảy và bệnh thường nặng, dễ gây tử vong.
- Tình trạng suy giảm miễn dịch: Trẻ bị bệnh sỏi, bị AIDS thường tăng tính cảm thụ đối với bệnh tiêu chảy.
- Cơ địa: Trẻ đẻ non, đẻ yếu.

- Tập quán làm tăng nguy cơ tiêu chảy:
- + Trẻ không bú mẹ, ăn nhân tạo không đúng phương pháp.
- + Cho trẻ bú chai, vú chai và vú cao su rất khó rửa sạch.
- + Ăn sam sóm, thức ăn để lâu.
- + Sử dụng nguồn nước bị ô nhiễm.
- + Chế độ vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống kém.

2.2.2. Tính chất mùa

- Tiêu chảy do virus thường xảy ra vào mùa đông.
- Tiêu chảy do vi khuẩn thường xảy ra vào mùa hè.

2.2.3. Các nhiễm khuẩn ngoài ruột cũng có thể gây ỉa chảy

- Viêm phổi.
- Viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu.

2.2.4. Dùng kháng sinh bừa bãi

Trẻ được dùng kháng sinh bừa bãi, nhất là các loại kháng sinh dùng bằng đường uống sẽ tiêu diệt hết các vi khuẩn có lợi cho cơ thể, gây nên ỉa chảy do loạn khuẩn.

3. SINH LÝ BỆNH

3.1. Sinh lý trao đổi nước bình thường ở ruột.

3.1.1. Quá trình hấp thu nước ở ruột.

Bình thường, tại ruột, sự hấp thu nước được thực hiện qua hai đường: chủ động và thụ động. Hấp thu thụ động tương đối ít về số lượng và xảy ra bởi cơ chế xuyên qua khe hở nhỏ giữa các tế bào biểu bì (liên bào ruột).

Hấp thu nước theo con đường chủ động xảy ra qua liên bào ruột được điều hòa chủ yếu bởi sự chênh lệch áp lực thẩm thấu. Áp lực này được tạo nên do sự vận chuyển các chất hòa tan, chủ yếu là natri từ mặt bên này (phía lòng ruột) sang mặt bên kia liên bào ruột. Quá trình vận chuyển này cần tiêu tốn năng lượng và nguồn năng lượng này được tạo nên do ATP giải phóng sau khi bị phá vỡ bởi men ATP ase có ở bờ ngoài tế bào ruột.

Sự vận chuyển natri từ lòng ruột vào tế bào thông qua cơ chế:

- Natri trao đổi với H⁺
- Natri gắn với Clo.
- Natri cùng gắn với Glucose hoặc peptid.

Natri và Glucose được hấp thu bằng cách sử dụng một phân tử chuyên chở của liên bào ruột. Bờ bàn chải của liên bào ruột sử dụng Glucose như một chất mang, để cho một ion natri vào cùng với một phân tử Glucose. Và như vậy, khi có mặt Glucose với tỉ lệ thích hợp thì sự hấp thu natri từ ruột vào máu tăng lên gấp 3 lần. Sự hấp thu này hoàn toàn không phụ thuộc vào AMP – vòng – một chất đã làm cho chiều vận chuyển nước theo cơ chế natri gắn với clo bị đảo ngược. Đây chính là cơ sở cho việc sử dụng dung dịch ORESOL để điều trị bồi phụ nước và điện giải trong tiêu chảy.

Qua nghiên cứu ở Bangladesh, các tác giả đã xây dựng được các thành phần thích hợp của gói ORESOL pha trong một lít nước chính là: Glucose:20g; NaCl:3.5g; NaHCO₃:2.5g; KCl:1.5g.

Quá trình bài tiết ở ruột

Quá trình bài tiết ở ruột non xảy ra tại các tế bào vùng hêm tuyến. Tại đây, natri được bài tiết bài lòng ruột theo cơ chế natri gắn với clo. Đồng thời nhiều chất nucleotid vòng trong tế bào có tác dụng kích thích làm tăng tính thấm của màng tế bào hêm tuyến đối với clo, gây tăng bài tiết clo vào lòng ruột. Sự bài tiết clo kèm theo natri vào lòng ruột tại vùng hêm tuyến đã kéo nước vào lòng ruột.

Bình thường, quá trình hấp thu nước tại cá nhung mao liên bào ruột mạnh hơn nhiều lần so với quá trình bài tiết nước ở vùng hêm tuyến. Do vậy lượng nước rất nhiều được hấp thu trong ruột non gần hết, chỉ còn khoảng 1l/ngày xuống đại tràng. Do vậy, bất kỳ một trong những thay đổi ở hai quá trình trên: Tăng bài tiết và/hoặc giảm hấp thu ở ruột non đều gây nên tình trạng quá tải nước cho đại tràng, hậu quả là đại tràng không thể hấp thu hết nước được, tạo nên tiêu chảy.

3.2. Cơ chế ỉa chảy

3.2.1. Tiêu chảy do cơ chế xuất tiết

Tác nhân gây bệnh tiêu chảy theo cơ chế xuất tiết không xâm nhập vào liên bào ruột, chỉ bám dính vào nhung mao liên bào ruột và sinh ra độc tố. Độc tố được gắn chặt không bị đẩy ra và cũng không bị trung hòa bởi được chất nhờ có sự liên kết thường xuyên ở “bờ bàn chải”. Sự có mặt của độc tố đã kích thích men Adenylase, men này tác động lên ATP làm giảm sinh ra ATP – vòng. Sự gia tăng bài tiết clo kèm theo natri tại vùng hêm tuyến dẫn đến tình trạng tăng bài tiết nước vào lòng ruột. Hiện tượng rối loạn nước và điện giải này được duy trì thường xuyên ở những tế bào bị ảnh hưởng. Phẩy khuẩn tả và độc tố coli sinh độc tố ruột là những tác nhân gây nên tiêu chảy theo cơ chế này. Sự hồi phục phụ thuộc vào quá trình đổi mới tế bào, nghĩa là phụ thuộc vào quá trình bong, tróc của những tế bào trên và sự thay thế chúng bởi các tế bào bình thường được sản sinh ra vùng hêm tuyến di chuyển lên. Nếu trẻ bị tiêu chảy cung cấp đủ các chất dinh dưỡng, nhất là đạm thì quá trình đổi mới tế bào được rút ngắn lại trong thời gian 4 -5 ngày.

Như vậy, ỉa chảy phân tóe nước là hậu quả của hai quá trình xảy ra tại ruột non: Giảm hấp thu nước tại các liên bào và tăng bài tiết nước tại vùng hêm tuyến do tác động của độc tố vi khuẩn.

3.2.2. Tiêu chảy xâm nhập

Tác nhân gây bệnh xâm nhập vào liên bào ruột non, ruột già, sẽ nhân lên trong đó rồi phá hủy tế bào, làm bong tế bào và gây nên phản ứng viêm. Những sản phẩm tạo ra do phá hủy tế bào và do viêm được bài tiết vào trong lòng ruột, gây nên tiêu chảy. Nhiều loại vi khuẩn gây tiêu chảy theo cơ chế xâm nhập như: Trùng lỵ(Shigella), Coli xâm nhập(EIEC), thương hàn(Salmonella), lỵ amip(Entamoebahystolytica)... Các loại virus(Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus) cũng gây tiêu chảy theo cơ chế xâm nhập.

Một số tác nhân như Giardia lamblia, Cryptosporidium, tuy chỉ bám dính vào nhung mao liên bào, do đó làm giảm khả năng hấp thu nước.

3.3. Hậu quả của tiêu chảy phân nước

3.3.1. Mất nước, mất natri

Do giảm hấp thu và tăng bài tiết nước cùng với natri tại ruột, rồi tống ra ngoài trong tình trạng phân lỏng, đã dẫn đến mất nước và mất natri.

Ngay sau lần ỉa phân lỏng đầu tiên đã thực sự làm cho cơ thể mất nước. Tuy vậy, triệu chứng mất nước trên lâm sàng chỉ bắt đầu xuất hiện khi mất đi 5% trọng lượng cơ thể. Nếu để bệnh nhi tiêu chảy mất tới 10% trọng lượng cơ thể thì sẽ xảy ra sốc do giảm khối lượng tuần hoàn, và mất trên 10% trọng lượng cơ thể thì khó có thể tránh khỏi tử vong.

3.3.2. Mất kali và bicarbonat

Mất kali và bicarbonat là do chúng bị đào thải theo phân, từ đó dẫn đến giảm kali máu và toan hóa máu. Khi kali máu giảm sẽ dẫn đến giảm trương lực cơ: Nhẹ là liệt ruột cơ năng gây chướng bụng, nặng hơn nhược cơ toàn thân, loạn nhịp tim và có thể tử vong. Thông thường, khi mất bicarbonat, thận sẽ điều chỉnh và bù trừ được. Nhưng khi mất nước nặng, giảm khối lượng tuần hoàn thì lưu lượng máu đến thận giảm, do đó chức năng thận cũng bị suy giảm, không thể điều chỉnh được.

Do vậy, cách để phòng tử vong tốt nhất đối với trẻ bị tiêu chảy là không để trẻ mất nước nặng bằng cách bù phụ nước và điện giải cho trẻ ngay từ khi bắt đầu ỉa chảy, bằng cách uống dung dịch Oresol.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG BỆNH TIÊU CHẢY

4.1. Triệu chứng tiêu hóa

4.1.1. Tiêu chảy

Tiêu chảy (đi ngoài phân lỏng) là triệu chứng không thể thiếu được trong bệnh tiêu chảy. Tiêu chảy thường xảy ra đột ngột bởi dấu hiệu ỉa nhiều lần phân nhiều nước, có thể có lẫn nhầy, máu và có mùi chua, tanh, nồng hoặc thối khắm. Có trường hợp phân tự chảy ra do bị liệt cơ co thắt hậu môn.

4.1.2. Nôn

Nôn thường xuất hiện sớm trước khi có triệu chứng ỉa lỏng từ vài giờ đến vài chục giờ. Nôn có thể xảy ra liên tục hoặc chỉ một vài lần trong ngày làm trẻ mất nước, mất H⁺ và Cl⁻.

4.1.3. Biếng ăn

Biếng ăn thường xuất hiện sớm ngay sau khi trẻ bị tiêu chảy: Trẻ thường từ chối các thức ăn thông thường, chỉ thích uống nước. Cần khai thác xem chế độ ăn của trẻ ra sao, trẻ có bú được không? Gia đình đã cho trẻ uống thuốc gì, có cho trẻ uống Oresol hoặc nước gì chưa?

4.2. Triệu chứng mất nước

Khi trẻ bị tiêu chảy cần phải tiến hành ngay việc đánh giá tình trạng mất nước bằng cách nhận định trên bệnh nhân.

4.2.1. Quan sát toàn trạng để đánh giá mức độ mất nước

- Trẻ tỉnh táo bình thường, khi chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng.
- Trẻ kích thích, vật vã, quấy khóc là biểu hiện mất nước.
- Trẻ li bì, mệt lả, hôn mê là mất nước nặng.

4.2.2. Xác định dấu hiệu khát nước để đánh giá mức độ mất nước

- Trước hết phải hỏi xem trẻ có đòi hỏi uống nước không?
- Hãy cho trẻ uống nước bằng cốc, chén, thìa và quan sát để đánh giá mức độ mất nước:

- + Uống bình thường: Trẻ có uống nhưng không thích lắm hoặc từ chối uống, khi chưa có biểu hiện lâm sàng.
- + Uống một cách háo hức: Khi uống trẻ thường nắm lấy thìa, ghì cốc vào miệng hoặc khóc ngay khi ngừng cho uống và nhìn theo cốc nước đang bị lấy đi.
- + Không uống được hoặc uống kém: Khi đưa thìa nước vào miệng, trẻ không uống hoặc uống yếu ớt, hồi lâu mới uống được một ít nước. Lúc này quan sát thường thấy trẻ li bì hoặc hôn mê. Đây là một trong những biểu hiện mất nước nặng.

4.2.3. Quan sát mắt của trẻ và nhân định

Trong tiêu chảy, mắt của trẻ có thể

- Bình thường
- Trũng
- Rất trũng

Trên thực tế có những đứa trẻ đẻ ra mắt đã sâu. Do vậy, để tránh nhầm lẫn, nên hỏi người nhà xem mắt của trẻ hiện giờ có gì khác so với lúc bình thường không? Với mục đích này, không nên đặt câu hỏi đóng: Mắt cháu có trũng không?

- Quan sát xem mắt trẻ khô hay ướt. Khi trẻ khóc to, thấy nước mắt chảy ra không? Nếu mắt khô, khóc không có nước mắt là trẻ có mất nước.

4.2.4. Quan sát và thăm khám môi, miệng, lưỡi

- Nhìn xem môi có khô không.
- Dùng ngón tay sạch, khô sờ vào miệng, vào lưỡi của trẻ, rồi rút ra. Nếu thấy khô, khóc không có nước mắt là trẻ có mất nước.

4.2.5. Xác định độ chun giãn của da và đánh giá mức độ mất nước

Tại bụng hoặc đùi, ta véo da thành nếp rồi bỏ ra, nếu thấy:

- Nếp da véo mất nhanh: Chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng.
- Nếp da véo mất chậm: Có mất nước.
- Nếp da véo mất rất chậm (trên 2 giây): Mất nước nặng.

4.2.6. Một số dấu hiệu khác

- Mạch: Có thể rất nhanh, khi bị mất nước nặng, toan chuyển hóa. Khi trẻ khó thở, cần phải hỏi xem trẻ có ho không để phân biệt với viêm phổi.
- Đái ít, nước tiểu xảm màu là mất nước. Nếu không đái trong 6 giờ là mất nước nặng.
- Thóp: Cần quan sát đối với trẻ còn thóp: Thóp sẽ lõm xuống, nếu trẻ có mất nước, rất trũng là mất nước nặng. Cũng nên hỏi người nhà về tình trạng thóp của trẻ lúc bình thường.
- Cân để xác định trọng lượng của trẻ:
 - + Cân trước và sau khi bồi phụ nước.
 - + Nếu có điều kiện cân ngay trước khi trẻ ỉa chảy và lúc chúng ta thăm khám cho trẻ.

5. XÉT NGHIỆM

- Điện giải đồ: Xác định tình trạng rối loạn điện giải.
- Công thức bạch cầu: Nếu có nhiễm khuẩn thì bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Soi phân: Tìm hồng cầu, bạch cầu, trứng kí sinh trùng, cận dư.
- Cây phân: Khi điều trị không kết quả cần phải cấy phân để tìm vi khuẩn gây bệnh.

- Có thể làm hematocrit để đánh giá tình trạng cô đặc máu.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

Để có những chẩn đoán chăm sóc sát với bệnh nhi, người điều dưỡng cần hỏi, thăm khám kỹ và xác định tình trạng bệnh.

- Hỏi:
 - + Bệnh nhi bao nhiêu tuổi?
 - + Cân nặng lúc đẻ?
 - + Dinh dưỡng: Mẹ có đủ sữa không? Trẻ ăn sam lúc mấy tháng?
 - + Thức ăn sam như thế nào? Dinh dưỡng trẻ trước khi bị ốm như: Trẻ bú mẹ hay ăn nhân tạo, dinh dưỡng trẻ trong khi bị tiêu chảy ra sao? Trong khâu nuôi dưỡng có vấn đề gì cần phải điều chỉnh?
 - + Trẻ tiêu chảy mấy lần/ngày? Phân lỏng hay lẫn nhầy máu?
 - + Trẻ có khát nước không? Có sốt, nôn, co giật không?
 - + Bệnh nhi có đi tiểu được không? Đã mấy giờ chưa đi tiểu?
 - + Ở nhà, ở trường học có nhiều trẻ bị tiêu chảy không?
 - + Tập quán, phong tục địa phương: Ăn gỏi cá, tiết canh, uống nước lã?
- Quan sát và xác định:
 - + Toàn trạng: Tỉnh táo, kích thích hay li bì.
 - + Mắt: Mắt bình thường, trũng hay rất trũng. Cần chú ý hỏi người nhà: Mắt trẻ có gì khác so với bình thường không?
 - + Nước mắt: Quan sát khi trẻ khóc to có nước mắt không? Nếu không có nước mắt là bị mất nước.
 - + Niêm mạc miệng lưỡi khô hay ướt, có hay không có nước bọt. Nếu không có nước bọt là có dấu hiệu mất nước.
 - + Khát nước: Trẻ không khát, khát hoặc không uống được.
 - + Nếp véo da: Bình thường hay rất chậm.
 - + Bụng có chướng không?
 - + Có co giật không?
 - + Đo nhiệt độ: Sốt hay không sốt.
 - + Đếm nhịp thở: Trẻ thở nhanh? Có rối loạn nhịp thở không?
 - + Đo huyết áp: Huyết áp của trẻ bình thường hay giảm.
 - + Cân bệnh nhân? Xác định trọng lượng của trẻ có bình thường không?
 - + Nếu trước khi bị tiêu chảy, trẻ đã được cân thì cần so sánh xem hiện tại trọng lượng của trẻ có bị giảm sút không? Nếu có thì sút bao nhiêu phần trăm. Nếu sút 5% trở lên là trẻ bị mất nước.

6.2. Đánh giá mức độ mất nước

Để đánh giá mức độ mất nước, cần xác định 4 dấu hiệu sau:

- Thần kinh:
 - + Trẻ tỉnh táo bình thường.
 - + Trẻ vật vã kích thích.

- + Trẻ li bì khó đánh thức.
- Mắt trũng: Mắt có trũng hay không trũng?
- Uống nước:
- + Trẻ uống bình thường.
- + Trẻ uống háo nước.
- + Trẻ uống không được.
- Nếp véo da: Mất nhanh, mất chậm hay rất chậm?

Dựa vào 4 dấu hiệu trên, để xác định 3 mức độ mất nước là mất nước nặng, có mất nước và không mất nước(Bảng 11.1).

Bảng 11.1. Đánh giá mức độ mất nước theo chương trình lồng ghép trẻ bệnh(IMC)

Nhận định	Đánh giá	Chăm sóc
Có hai trong các dấu hiệu sau:		
- Li bì hoặc khó đánh thức.		
- Mắt trũng	Mất nước nặng	Chăm sóc theo phác đồ C
- Không uống được hoặc uống kém.		
- Nếp véo da mất rất chậm..		
Có hai trong các dấu hiệu sau:		
- Vật vã kích thích.		
- Mắt trũng.	Có mất nước	Chăm sóc theo phác đồ B
- Uống nước háo hức.		
- Nếp véo da mất chậm.		
Không đủ các dấu hiệu để phân loại là có mất nước hoặc mất nước nặng	Không mất nước	Chăm sóc theo phác đồ A

6.3. Chẩn đoán chăm sóc

Đối với trẻ bị tiêu chảy, một số chẩn đoán chăm sóc thường gặp là:

- Nguy cơ mất nước do tiêu chảy.
- Trẻ ía phân lỏng nhiều lần do gia tăng tình trạng xuất tiết ở ruột.
- Trẻ quấy khóc, kích thích vật vã do mất nước.
- Trẻ lờ đờ do mất nước nặng.
- Sốt do nhiễm khuẩn.
- Chướng bụng do thiếu hụt kali.
- Nôn do tăng có bóp dạ dày.
- Phân có máu do tổn thương ruột.
- Ía chảy kéo dài do chế độ ăn thiếu chất đạm.
- Thiếu hụt dinh dưỡng do chế độ ăn kiêng khem quá mức.
- Mẹ thiếu hiểu biết về cách đề phòng bệnh tiêu chảy.
- Lập kế hoạch chăm sóc

Dựa vào các chẩn đoán chăm sóc, người điều dưỡng sẽ lập kế hoạch chăm sóc thích hợp, dựa trên nguyên tắc:

- Bù đủ nước và điện giải nhằm ngăn chặn mất nước nặng: Uống ngay dung dịch ORS khi trẻ ỉa phân lỏng, truyền dịch khi có mất nước nặng.
- Theo dõi thường xuyên nhằm:
 - + Đánh giá đúng tình trạng mất nước.
 - + Xử lý kịp thời, bồi phụ đủ nước, hạ sốt...
 - + Điều chỉnh chế độ ăn cho thích hợp.
 - + Nhắc nhở vệ sinh.
 - + Tiến triển bệnh.
- Chỉ có kháng sinh khi ỉa phân máu, khi bị tả, thương hàn.
- Giáo dục – tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh tiêu chảy.

6.4. Can thiệp điều dưỡng

6.4.1. Nguy cơ mất nước do tiêu chảy (tiêu chảy chưa có dấu hiệu mất nước)

Chăm sóc theo phác đồ A

6.4.1.1. Chăm sóc tại nhà

6.4.1.2. Chăm sóc theo 3 nguyên tắc:

- Nguyên tắc 1: Đề phòng mất nước bằng cách:
 - + Cho trẻ uống dung dịch Oresol ngay sau lần ỉa phân lỏng đầu tiên với liều lượng sau:
 - + Cho trẻ uống dung dịch Oresol ngay sau lần ỉa lỏng đầu tiên với liều lượng sau:
 - 50 – 100 ml sau mỗi lần đi ỉa đối với trẻ dưới 2 tuổi.
 - 100 – 200ml sau mỗi lần đi ỉa đối với trẻ từ 2 – 5 tuổi.
 - Uống theo nhu cầu đối với trẻ trên 5 tuổi.
 - + Nếu không uống Oresol thì cho uống cháo muối hoặc nước muối đường hay nước dừa non với liều lượng như trên. Phải hướng dẫn cho bà mẹ cách pha dung dịch trên. Sau khi hướng dẫn phải đảm bảo là bà mẹ đã hiểu và chắc chắn sẽ pha đúng loại dung dịch cần thiết cho trẻ uống.
 - + Hướng dẫn bà mẹ cách pha các loại dung dịch cho trẻ uống:
 - Pha Oresol: Chỉ có một cách pha duy nhất là hòa cả gói oresol 1 lần với một l nước nguội. Dung dịch đã pha chỉ được sử dụng trong 24 giờ.
 - Nấu nước cháo muối: 1 nắm gạo + 6 bát(200ml/bát) nước + 1 nhúm muối, đun sôi cho đến khi hạt gạo nổ tung ra, chắt lấy 1000ml. Uống trong thời gian 6 giờ, không hết đồ đi nấu nồi khác.
 - Nước muối đường: Hòa tan một thìa cà phê gạt bằng muối(3,5g) + 8 thìa cà phê gạt bằng đường(40g) +1000ml nước sôi để nguội. Uống trong vòng 24 giờ.
 - Nước dừa non: Hòa tan 1 thìa cà phê gạt bằng muối(3,5g) trong 1000ml nước dừa non. Uống trong 6 giờ, không hết đồ đi pha bình khác.
- Nguyên tắc 2: Cho trẻ ăn đầy đủ các chất, nhất là chất đạm để thúc đẩy quá trình đổi mới tế bào ruột và phòng bệnh suy dinh dưỡng bằng cách:
 - + Tiếp tục cho trẻ bú mẹ đối với trẻ đang bú mẹ.
 - + Tiếp tục cho trẻ ăn những thức ăn thay thế sữa mẹ phù hợp với tháng tuổi đối với trẻ đang nuôi dưỡng bằng chế độ ăn nhân tạo.
 - + Tiếp tục cho trẻ ăn sam đối với trẻ đang ăn sam.

- + Tiếp tục cho trẻ ăn bình thường đối với trẻ lớn.
- + Thức ăn của trẻ tiêu chảy phải nấu nhừ, dễ tiêu hóa, giàu chất dinh dưỡng, nhất là chất đạm, giàu vitamin và muối khoáng.
- + Khuyến khích cho trẻ ăn nhiều bữa trong ngày.
- + Sau khi khỏi bệnh, cho trẻ ăn thêm mỗi ngày 1 bữa trong thời gian 2 – 4 tuần.
- Nguyên tắc 3: Hướng dẫn bà mẹ biết khi nào phải đưa trẻ đến cơ sở y tế:
- + Phải đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay, khi thấy có một trong các dấu hiệu sau:
 - Trẻ quấy khóc, kích thích vật vã.
 - Trẻ khát nhiều.
 - Trẻ nôn nhiều.
 - Trẻ ỉa phân có nhày máu.
 - Trẻ không đại được.
- + Phải đưa đến cơ sở y tế khám lại nếu sau 5 ngày điều trị tại nhà không có tiến triển tốt.

**6.4.2. Trẻ kích thích quấy khóc nhiều do mất nước (Tiêu chảy có dấu hiệu mất nước)
Chăm sóc theo phác đồ B**

6.4.2.1. Chăm sóc tại cơ sở y tế

6.4.2.2. Cần bù nước và điện giải bằng cách uống dung dịch oresol trong 4 giờ với số lượng sau:

Tuổi	Cân nặng	Theo tuổi và cân nặng	Liều trung bình
< 4 tháng	5 kg		75 ml/kg cho mọi lứa tuổi
4 – 11 tháng	5 – 7,9 kg	200 – 400 ml	trong 4 giờ
12 – 23 tháng	9 – 10,9 kg	400 – 600 ml	
2 – 4 tuổi	11 – 15,9 kg	600 – 800 ml	
5 – 14 tuổi	16 – 29,9 kg	800 – 1200 ml	
Trên 15 tuổi	>30 kg	2200 – 4000 ml	

- Người điều dưỡng phải trực tiếp cho trẻ uống dung dịch Oresol: Cho trẻ uống liên tục, uống ít một bằng thìa, cứ 1 – 2 phút uống một thìa. Trẻ lớn cho uống từng ngụm bằng cốc. Nếu bà mẹ có thể làm việc này thì người điều dưỡng phải hướng dẫn cho bà mẹ cách cho uống và chỉ để cho người mẹ làm khi chắc chắn là bà đã hiểu và tự làm được.
 - Uống hết lượng Oresol đã quy định trong 4 giờ.
 - Nếu trẻ nôn thì dừng 5 – 10 phút, sau đó lại tiếp tục cho uống với tốc độ chậm hơn.
 - Người điều dưỡng phải thường xuyên theo dõi giám sát việc bà mẹ cho trẻ uống. Phải kiểm tra, xác định và so sánh giữa lượng ORS mà trẻ thực sự uống được với việc cải thiện tình trạng mất nước.
- Sau hoặc trong giai đoạn bù dịch, trẻ cần được hồi phục dinh dưỡng:*
- Tiếp tục cho trẻ bú mẹ, nếu trẻ đang còn bú mẹ.
 - Ăn sam phù hợp bình thường với lứa tuổi.

Sau 4 giờ đánh lại mức độ mất nước để chọn phác đồ chăm sóc thích hợp:

- Nếu tình trạng mất nước không được cải thiện thì cho trẻ uống ORS với khối lượng và tốc độ như trên.
- Nếu không có dấu hiệu mất nước thì chăm sóc như phác đồ A.
- Nếu trẻ li bì, không uống được thì chuyển sang chăm sóc theo phác đồ C.

6.4.3. Trẻ li bì do mất nước nặng(Tiêu chảy mất nước nặng): Phác đồ C.

6.4.3.1. Chăm sóc tại cơ sở y tế có khả năng truyền tĩnh mạch.

6.4.3.2. Cân bù nước và điện giải bằng đường tĩnh mạch:

- Dung dịch truyền:
- + Ringer lactat: Là dung dịch thích hợp nhất.
- + Nếu không có Ringer lactat thì có thể thay bằng dung dịch muối sinh lý Nacl 9%0.
- Liều lượng và thời gian truyền dịch:

Tuổi	30 ml/kg	70ml/kg
Trẻ dưới 12 tháng tuổi	Trong 1 giờ đầu	Trong 5 giờ tiếp theo
Trẻ trên 12 tháng tuổi	Trong 30 phút đầu	Trong 2,5 giờ tiếp theo

- Xác định tốc độ truyền:
Cần phải tính toán truyền bao nhiêu giọt /phút để đảm bảo đúng khối lượng và tốc độ truyền. Cứ 20 giọt dung dịch nêu trên thì bằng 1ml.
- Nếu không truyền được tĩnh mạch thì nhỏ giọt dạ dày dung dịch ORS với liều 20 ml/kg/giờ và chuyển đến nơi có điều kiện truyền tĩnh mạch.
Trong giai đoạn đánh giá tình trạng bệnh nhân
- Trong giai đoạn mất nước nặng: Phải đánh giá thường xuyên.
- Khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định: Ít nhất một giờ phải đánh giá một lần.
- Trong thời gian truyền dịch, nếu trẻ uống được thì cho uống ORS với tốc độ chậm(5ml/kg/1 giờ).
- Sau khi truyền đủ lượng dịch theo y lệnh, cần đánh giá để chọn biện pháp chăm sóc trực tiếp:
- + Truyền lại, nếu tình trạng bệnh nhân không được cải thiện.
- + Nếu tỉnh táo, uống nước bình thường thì chuyển sang phác đồ A.

Giai đoạn bù dịch, cần phải nuôi dưỡng bệnh nhân tốt

Cho trẻ ăn đúng với chế độ ăn theo lứa tuổi, cần chú trọng đến chất lượng bữa ăn: Đầy đủ các chất dinh dưỡng nhất là chất đạm, tăng cường mỗi ngày ăn thêm 1 – 2 bữa, thức ăn dễ tiêu.

6.4.4. Dùng kháng sinh

Chỉ có bệnh nhân dùng kháng sinh khi:

- Phân có máu.
- Bệnh tả.
- Thương hàn

Ỉa phân có máu, nguyên nhân thường do vi khuẩn là Ecoli gây chảy máu mạch(EHEC) hay lỵ trực trùng; Trong trường hợp này thuốc thường được chỉ định dùng là Cotrimoxazol. Trong trường hợp do lỵ Amip thì có chỉ định dùng Metromydzol.

6.4.5. Bụng chướng do thiếu hụt kali máu

Chướng bụng thường xảy ra khi bệnh nhân tiêu chảy nhiều, không được bồi phụ dung dịch Oresol kịp thời, dẫn đến lỵ do liệt ruột do thiếu kali máu. DO vậy, cần phải bồi phụ ngay kali để ngăn chặn tình trạng rối loạn nhịp tim, ngừng tim do thiếu hụt trầm trọng ion này, bằng cách:

- Cho trẻ uống ORS theo tình trạng mất nước
- Uống kali clorid 1 -2 g/ngày: Hòa với nước để có dung dịch không quá 10% cho ống 1g/lần.

6.4.6. Trẻ nôn nhiều do tăng co bóp dạ dày

Nôn là dấu hiệu xảy ra sớm do dạ dày bị kích thích bởi các quá trình bệnh lý tại ruột. Trong trường hợp này, vẫn phải cho bệnh nhân uống dung dịch ORS để đề phòng mất nước, nhưng cứ sau mỗi lần nôn ngừng 10 phút để dạ dày không bị kích thích, rồi sau đó lại tiếp tục cho uống ít một từ từ. Chỉ chuyển sang truyền tĩnh mạch khi trẻ nôn nhiều, dù uống ít một vẫn nôn và làm cho tình trạng bệnh nhân mỗi lúc một xấu đi.

6.5. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Nhanh chóng tiến hành bù nước và điện giải cho bệnh nhân:
- + Hướng dẫn người nhà bệnh nhân cách cho bệnh nhi uống dung dịch ORS: Uống đúng(Uống ORS trong 4 giờ đầu hay sau mỗi lần đi ngoài), uống đủ theo tình trạng bệnh nhi.
- + Truyền dịch Ringer lactat hay natri clorid 9%0. Phải luôn ở bên cạnh bệnh nhân để theo dõi:
 - Tốc độ truyền.
 - Sự tiếp nhận dịch của bệnh nhi.
 - Theo dõi tai biến có thể xảy ra.
 - Nếu bệnh nhi uống được thì cho uống thêm dung dịch ORS với liều 5ml/kg/giờ để cung cấp thêm nước kali và kiềm.
 - Nếu không truyền tĩnh mạch được thì nhỏ giọt dạ dày bằng dung dịch ORS với liều 20ml/kg/giờ, đồng thời tìm phương tiện chuyển bệnh nhân đến tuyến điều trị có thể truyền tĩnh mạch được
 - Đếm mạch, nhịp thở, đo huyết áp 1 giờ x 1 lần hoặc thường xuyên hơn phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhi,
 - Sau 6 giờ hoặc 3 giờ đánh giá lại tình trạng mất nước của bệnh nhi để chọn phác đồ thích hợp.
 - Cần cho bệnh nhân ăn sau khi truyền dịch xong.
 - Sau mỗi khi đánh giá bệnh nhân, cần thông báo tình trạng mất nước của bệnh nhân với thầy thuốc để chọn phác đồ thích hợp
- Cho bệnh nhi ăn chế độ ăn thích hợp nhằm cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cho bệnh nhân:

- + Tiếp tục cho bú mẹ.
- + Ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu hóa, giàu chất dinh dưỡng, vitamin, nhất là phải cung cấp đầy đủ chất đạm như thịt, cá, sữa,...Nhằm xúc tiến quá trình đổi mới tế bào ruột.
- + Ăn nhiều bữa trong ngày.
- + Thường xuyên theo dõi cân nặng cho bệnh nhi.
- Thầy thuốc cho kháng sinh cần thực hiện đúng y lệnh.
- + Tetracyclin(trong bệnh tả trẻ trên 8 tuổi): Uống vào lúc no.
- Ampicylin: Uống vào lúc đói trước bữa ăn một giờ.
- Metronidazol: Uống lúc no.
- Bệnh nhân sốt thì hạ nhiệt bằng cách.
- + Nới rộng quần áo tả lót.
- + Chườm mát các vùng trán, bẹn, nách; không được chườm đá
- + Thuốc hạ nhiệt: Paracetamol 15mg/kg/lần.
- Giáo dục sức khỏe: Hướng dẫn bà mẹ biện pháp phòng bệnh:
- + Tập để tạo thành thói quen: Rửa tay trước khi ăn, trước khi chuẩn bị bữa ăn, sau khi đi vệ sinh...
- + Gia đình phải có hố xí hợp vệ sinh và xử lý phân tốt.
- + Xóa bỏ tập quán chưa tốt: Ăn gỏi cá, tiết canh hoặc kiêng khem quá mức, cai sữa khi trẻ bị tiêu chảy
- + Không sử dụng kháng sinh bừa bãi, cho trẻ tiêm chủng đầy đủ.

6.6. Đánh giá

Trong và sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng thường xuyên theo dõi bệnh nhân để biết kết quả điều trị, chăm sóc, đồng thời để đánh giá kịp thời tình trạng mất nước của người bệnh. Những vấn đề cần đánh giá trong quá trình chăm sóc bệnh nhân tiêu chảy là:

- Người nhà đã cho trẻ uống được bao nhiêu cốc dung dịch ORS? Uống đã đủ và đúng theo chỉ dẫn chưa? Nếu thiếu thì phải tiếp tục cho uống.
- Tình trạng mất nước của trẻ có được cải thiện không.
- + Khi tình trạng mất nước đã được cải thiện thì xử trí theo mức độ mất nước hiện tại.
- + Khi tình trạng mất nước không cải thiện thì tiếp tục xử lý theo phác đồ cũ.
- + Khi tình trạng mất nước nặng thì phải xử lý theo phác đồ hiện tại.
- Trong suốt quá trình chăm sóc, bệnh nhi phải được theo dõi sát:
- + Số lượng dung dịch ORS uống được sau mỗi lần đi ỉa hoặc sau 4 giờ.
- + Số lần đi ỉa, số lượng, tính chất, màu sắc phân...
- + Sự tiếp nhận dịch truyền.
- Lên kế hoạch thực hiện giáo dục tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh cho người nuôi trẻ:
- + Lên kế hoạch cho trẻ bú mẹ.
- + Ăn sam đúng.
- + Vệ sinh cá nhân .
- + Vệ sinh môi trường.
- + Vệ sinh ăn uống.

+ Tiêm chủng đúng dịch.

7. PHÒNG BỆNH

Song song với công tác điều trị và chăm sóc tốt cho trẻ em bị tiêu chảy là công tác giáo dục sức khỏe, tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh.

7.1. Nâng cao sức đề kháng cho trẻ

- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Ăn sam đúng theo ô vuông thức ăn.
- Thực hiện tiêm phòng đầy đủ.
- Giữ ấm cho trẻ.

7.2. Vệ sinh an toàn thực phẩm

- Sử dụng nguồn nước sạch.
- Ăn chín uống sôi.
- Thức ăn của trẻ phải tươi, đảm bảo vệ sinh, bảo quản chu đáo.
- Vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường.

Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ BÓ BỘT

I. Bệnh học

1. Khái niệm về bột

- Công thức: $\text{CaSO}_4 \text{ ngậm } \frac{1}{2} \text{H}_2\text{O} \leftrightarrow \text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O} + \text{Q} \uparrow$

Q làm cho Người bệnh có cảm giác nóng, đôi khi sinh ra phỏng.

- Các loại bột: bột Resine, bột thủy tinh, bột tổng hợp, bột Bình Trị Thiên, bột thạch cao (Gypsin)

2. Mục đích bó bột

- Bất động xương: gãy xương, viêm xương.

- Bất động khớp: bong gân độ (1, 2) trật khớp sau khi kéo nắn.

- Dùng trong phẫu thuật tạo hình, tổn thương mô mềm nhiều, khâu nối gân – thần kinh, co rút khớp, ghép da.

- Giảm đau, ngăn ngừa biến dạng, ngăn ngừa gãy xương bệnh lý.

3. Chuẩn bị người bệnh bó bột:

3.1. Chuẩn bị tâm lý Người bệnh: giải thích mục đích bó bột, thời gian và những thông tin về bó bột để Người bệnh hợp tác.

3.2. Chuẩn bị người bệnh trước khi bó bột:

- Nếu có vết thương phải thay băng sạch sẽ (chú ý không được băng tròn theo chi), lấy hết dị vật, máu tụ, chú ý cầm máu kỹ cho người bệnh

- Chăm sóc vùng da trước bó bột: dùng nước ấm lau sạch vùng da được bó, chú ý nhẹ nhàng vì Người bệnh rất đau

- Lấy vòng vàng, nhẫn, nữ trang trên chi được bó bột trước khi bó bột.

- Nắn xương, nắn khớp, đặt tư thế đúng. Thực hiện thuốc giảm đau, an thần khi nắn xương, khớp

3.3. Chuẩn bị các dụng cụ bó bột:

- Số lượng bột, kích thước cuộn bột, nẹp bột phù hợp với người bệnh và với chi tổn thương

- Đệm lót bảo vệ, vùng tỉ đè: gòn không thấm nước, vớ Jersey.

- Nước ngâm bột: trong thau có nhiều nước, chú ý nhiệt độ.

- Kéo, bàn chỉnh hình, khung nắn xương.

4. Thực hành bó bột

4.1. Thực hành bó bột

- Chọn loại bột: bột cứng nhanh dùng cho loại bó bột nhỏ ở bàn tay, cổ tay, nẹp bột. Bột lâu cứng dùng cho bột lớn ở ngực, bụng, đùi, cẳng chân vì thời gian quấn bột lâu.

- Chọn cỡ bột: chi trên chọn loại bột có đường kính ngang # 15cm, chi dưới # 20 cm.

- Nhúng bột vào nước: nước phải đủ cao thấm trọn cuộn bột, nên ngâm tư thế nghiêng cuộn bột vì như thế sẽ lấy dễ dàng theo thứ tự cục bột ngâm trước, sau và cũng tránh tình trạng bột lắng. Ngâm trọn cuộn bột, tránh xoắn bột khi vắt bột. Nhiệt độ thích hợp: 70°

- Giữ chi: đúng tư thế khi nắn và giữ chi vững trong suốt thời gian băng bó bằng lòng bàn tay. Không được nâng đỡ chi với ngón tay qua bột đang bó

- Mang vớ Jersey: trước khi bó bột cần mang vớ ôm sát với chi, vớ dài hơn bột. VỚ giúp ngăn ngừa bột dính trực tiếp lên da gây rất bỏng, dị ứng bột.

- Quán bông: càng mỏng càng tốt, chú ý 2 đầu bột, khớp, móm xương nhô ra
- Quán bột: Kỹ thuật căn bản khi quán bột: nguyên tắc 4 đủ (đúng, đủ, đạt, đẹp)
 - Phải lăn cuộn bột bằng lòng bàn tay tránh chèn ép khi bột khô. Quán bột từ góc chi ra ngoài, phần ngoài là nơi cân thời gian tỉ mỉ cho bột vừa ôm sát vào bàn chân hay bàn tay. Khi quán bột cần đảm bảo độ chặt của bột vừa phải để khi khô không bị chèn ép chi. Vuốt đều từng lớp bột để bột dính vào nhau tạo thành khối, tránh điểm chèn ép do bột không đều, tránh các điểm gấp của khớp
 - Người phụ cần nâng đỡ bột bằng lòng bàn tay.
 - Chuẩn bị nẹp bột cần đúng tư thế, cắt xén đẹp và an toàn cho người bệnh . Chỗ gấp góc phải cắt sạch, gọn.
 - Sau khi bó bột xong cần làm cho bột láng, tránh các nếp gấp xù xì để bột bó được đẹp.

4.2. Sai sót khi quán bột:

- Vừa bó bột vừa sửa xương
- Quán bột quá chặt hay quá lỏng
- Bông độn lót để từng cục gây chèn ép khi bó bột
- Giữ bột bằng ngón tay
- Cắt xén bột không tốt gây cử động khó khăn ở các ngón

4.3. Chăm sóc ngay sau bó bột:

- Lau sạch bột dính trên da, lau nhẹ nhàng tránh di lệch chi vì bột chưa khô
- Chi vừa bó bột phải được đặt trên mặt phẳng cứng
- Chỉ được di chuyển người bệnh khi bột đã khô hoàn toàn, tránh làm biến dạng chi, chèn ép chi do bột. Tránh di động chi khi bột còn ướt
- Ghi chép lên bột: ngày giờ thực hiện, dấu cửa sổ nếu có vết thương
- Theo dõi tình trạng ngón chân, ngón tay của người bệnh sau khi bó bột: cử động ngón, đau, tê, dấu hiệu đỏ đầy mao mạch
- Đánh giá đau: sau khi bó bột, chi gãy được bất động, người bệnh sẽ giảm đau hoặc không đau vùng chi được bó bột

II. Quy trình chăm sóc người bệnh sau khi bó bột.

1. Nhận định tình trạng người bệnh

Ngay sau khi bó:

- Tình trạng chi được bó: đau, tê, mất mạch, nhiệt độ chi, nóng rất.
- Tình trạng bột khô hay ướt; quá chặt hoặc quá lỏng, mùi khó chịu
- Vết thương ở cửa sổ bột: dịch tiết, mùi, dấu hiệu nhiễm trùng
- Tư thế: xem lại tư thế vùng bó bột đúng chưa, nắn đúng chưa
- Tâm lý: lo lắng hay an tâm sau khi bó bột.
- Thực hiện kiểm tra XQ.

Vài ngày sau: ngoài các vấn đề trên cần chú ý:

- Đau do tình trạng nhiễm trùng: nhiệt độ gia tăng, mùi hôi, bột thấm dịch.
- Người bệnh có ngứa do dị ứng bột.
- Tình trạng bột: bột lỏng hay chèn ép, dấu hiệu chèn ép do sưng nề

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

2.1. Suy giảm khả năng vận động do bó bột:

- Nhận định mức độ vận động của cơ, sức cơ của chi không tổn thương.
- Hướng dẫn người bệnh tập vận động trong mức độ cho phép, gồng cơ giúp cơ khỏe và tránh teo cơ, trợ giúp người bệnh tập luyện chi bệnh.
- Nếu bó bột chi dưới: hướng dẫn Người bệnh đi nạng an toàn, đi tì chống 1 phần chân đau. Chi bó bột rất nặng nên người bệnh cần cẩn thận nâng đỡ chi bó bột khi di chuyển; khi xuống giường hay xuống ghế cần để chân lành xuống trước chân bó bột. Người già cần có sự hỗ trợ khi đi lại tránh té ngã
- Nếu chi trên: giúp người bệnh treo tay lên 1 vai 1 cách an toàn thoải mái, dùng dây treo băng rộng tránh tì đè vùng cổ

2.2. Đau do bột hay do chấn thương

- Thường sau khi bó bột Người bệnh không còn đau vùng chi gãy nhưng nếu Người bệnh vẫn còn đau, cần nhận định và Lượng giá mức độ đau, thăm khám lại chi bó bột; điều dưỡng không được bỏ qua bất cứ lời than phiền nào về đau của Người bệnh vì đây là dấu hiệu sớm nhất của chèn ép khoang
- Thực hiện thuốc giảm đau. Nếu đau tăng lên nhiều hơn, tê, giảm cảm giác, thay đổi nhiệt độ chi, mất mạch. Nên báo cáo ngay và thực hiện việc xẻ bột hoặc thay bột mới
- Kê cao chi trên gối giúp máu lưu hồi tốt, giúp giảm sưng nề.
- Vận động nhẹ nhàng thường xuyên các ngón chân giúp máu lưu thông tốt và giảm sưng nề chi.

-

2.3. Táo bón do không vận động ở người bệnh bó bột ở chi dưới, bột bụng

- Nghe nhu động ruột và theo dõi tình trạng đi cầu của bệnh nhân.
- Cho người bệnh uống nhiều nước, ăn nhiều chất xơ.
- Tập vận động bụng, hít thở sâu. Ghi chú dấu hiệu khó thở, lo lắng, nôn ói, ở người bệnh bó bột vùng bụng.

2.4. Nguy cơ bệnh tiết niệu do nằm lâu

- Người bệnh phải mang khối bột quá nặng nên đôi khi hạn chế đi lại, hạn chế đi tiểu, và vì thế người bệnh cũng hạn chế uống nước, đây là nguyên nhân dễ gây sỏi đường tiết niệu.
- Mặt khác, người bệnh cần cung cấp nhiều calci cho quá trình lành xương kèm theo việc gãy xương làm cho calci thải vào máu trên ngưỡng hấp thu của thận nên dễ hình thành sỏi.
- Để ngăn ngừa sỏi đường tiết niệu, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước, đi tiểu ngay khi có cảm giác mắc tiểu (bàng quang đầy nước tiểu); vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục Theo dõi lượng nước xuất nhập, phát hiện sớm các Triệu chứng thiếu nước

2.5. Người bệnh có vết thương trong bột

- Cần mở cửa sổ sớm để theo dõi, chăm sóc vết thương
- Nhận định tình trạng vết thương: đau, màu sắc, dịch tiết, mùi hôi
- Cây vết thương khi có y lệnh; nếu vết thương có mô hoại tử cần cắt lọc tốt.
- Theo dõi nhiệt độ phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng

2.6. Người bệnh không thoải mái do bó bột

- Ngứa do dị ứng da do bột: thực hiện thuốc kháng dị ứng, người bệnh không dùng vật gây trong bột, hướng dẫn người bệnh khi ngứa dùng tay gõ lên bột hoặc gõ cơ trong bột. Hướng dẫn người bệnh những bài tập luyện.
- Hướng dẫn Người bệnh tự vệ sinh sạch vùng da bên ngoài bột, không để bột ẩm ướt. Tránh che phủ bột vì dễ gây ẩm bột. Phòng bệnh tránh quá nóng để gây ẩm bột làm Người bệnh khó chịu. Giữ vệ sinh sạch sẽ bột. Hướng dẫn Người bệnh nhìn vào gương để xem những vùng không nhìn được.

2.7. Suy giảm vận động do phù nề, teo cơ, yếu cơ sau tháo bột

- Lượng giá sức cơ, đánh giá mức độ phù nề sau tháo bột.
- Chăm sóc da: rửa sạch da, sử dụng kem làm ẩm da, phơi nắng
- Tập cơ: vận động, massage chi
- Tập vận động giúp giảm phù nề chi sau khi tháo bột: kê chi cao, tập vận động, đi lại, theo dõi phù nề. Tập đi nặng hỗ trợ. Hướng dẫn người bệnh đi nặng an toàn.
- Dinh dưỡng: cung cấp vitamine A, D, C, Calci, protide. Phơi nắng giúp da chuyển hóa vitamin D giúp lành xương.

2.8. Người bệnh dinh dưỡng kém liên quan đến hạn chế sự tự phục vụ di bó bột chi trên hay bột bụng:

Người bệnh rất cần chất dinh dưỡng để tái tạo xương giúp đẩy nhanh tiến trình lành xương, lành vết thương, giúp cơ khỏe. Điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh cách ăn uống như dùng muỗng, nĩa thay thế đũa, chọn những thức ăn dễ gắp, những thức ăn giàu calci: nghêu, sò, tôm, cua, sữa ... Hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước để tránh tạo sỏi niệu.

2.9. Người bệnh lo lắng sau khi tháo bột:

Sau khi bó bột đủ thời gian người bệnh được tháo bột. Thường người bệnh đến bệnh viện để xẻ bột. Giải thích phương pháp cắt bột giúp người bệnh an tâm. Trước khi cắt bột, điều dưỡng cho Người bệnh nằm hay ngồi ở tư thế an toàn tránh cho người bệnh lo sợ (nhất là với trẻ em, người già), do tiếng cưa, mùi bột cháy. Khi xẻ bột tránh để người bệnh bị tổn thương do cưa bột. Sau khi tháo bột, rửa sạch da bằng nước ấm, lấy hết những bông, bột, vảy da. Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng: da khô, bong tróc vảy, da bị rụng lông, mất độ bóng của da, teo cơ. Xoa chất làm ẩm da có chất làm tăng cường dinh dưỡng cho da, làm mềm da. Cho người bệnh phơi nắng. Hướng dẫn người bệnh tập vận động, kê cao chi và đi lại. Sau khi tháo bột, người bệnh không nên đi lại ngay, hướng dẫn người bệnh đong đưa chi nhẹ nhàng, vận động tại chỗ giúp tuần hoàn tốt. Sau đó, cho người bệnh đi nặng, chống chi bệnh nhẹ nhàng. Dần dần, khi người bệnh thích nghi thì có thể đi lại nhẹ nhàng, nhưng nếu quá đau thì ngưng lại và tập đi nặng lại.

3. Biến chứng và xử trí

3.1. Chèn ép điểm

- Nguyên nhân: do nâng đỡ bột bằng ngón tay, có hạt hay cục bột, vùng xương nhô ra do không đệm lót tốt, khi bột chưa khô đã đặt chi xuống giường, xẻ bột khi bột còn ướt, cử động sớm khi bột chưa khô.
- Triệu chứng: nóng rát, đau liên tục, da tê, cử động ngón khó

- Phòng ngừa: nâng đỡ chi bó bằng long bàn tay; đệm lót tốt vùng xương nhô ra; không xoay trở hay di chuyển người bệnh khi bột chưa khô. Theo dõi vận động chi, mạch chi, đau nhiều giờ hoặc đau tăng lên sau bó bột, nhiệt độ hi. Theo dõi sát các dấu hiệu chèn ép trong vài giờ sau bó bột. Không để chi bị chèn ép quá 6 giờ
- Xử trí: mở cửa sổ để giải quyết nguyên nhân, thay bột khác.

3.2. Chèn ép toàn thể

- Nguyên nhân: đệm lót không tốt, chi phù nề do chảy máu, nhiễm trùng, kỹ thuật bó sai.
- Triệu chứng: đau, căng tức, dị cảm, liệt vận động.
- Xử trí: rạch dọc bột tất cả các khớp, banh rộng, kê cao chi không quá 20cm
- Dự phòng: khi cho người bệnh về thì rạch bột và thông báo những bất thường giúp người bệnh theo dõi và kịp thời phát hiện kịp thời hay tự người bệnh banh rộng bột trước khi đến bệnh viện, không để chi bị chèn ép quá 6 giờ

3.3. Lồng bột

- Nguyên nhân: do giảm phù nề, do đệm lót quá nhiều.
- Triệu chứng: vận động thấy đau, cảm giác nghe lục cục khi cử động, giới hạn trên và dưới thấy lỏng.
- Biến chứng: can lệch, lệch đầu xương.
- Xử trí: thay bột
- Dự phòng: hướng dẫn người bệnh tái khám đúng hẹn, hay khi thấy dấu hiệu lỏng bột.

3.4. Loãng xương

- Nguyên nhân: do dinh dưỡng kém, người già, bất động lâu ngày, thiếu ánh nắng, viêm xương, bệnh lý xương
- Triệu chứng: đau trong xương, X quang thấy loãng xương, calci máu giảm
- Biến chứng: xương dễ gãy, quá trình tái tạo xương giảm
- Phòng ngừa: hướng dẫn người bệnh tập luyện, phơi nắng, cung cấp calci qua sữa nhất là người già. Hướng dẫn cách đi lại tránh té ngã hay chống đỡ rất dễ gãy xương. Cung cấp thức ăn đầy đủ chất dinh dưỡng. Thực hiện thuốc ngăn ngừa loãng xương.

Lượng giá

- Người bệnh vận động tốt trong bột.
- Người bệnh an tâm điều trị: bó bột đúng thời gian, không biến chứng.
- Sau bó bột người bệnh đi nặng được an toàn.

Bài 5: CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. Bệnh học

1. Định nghĩa

Hậu môn nhân tạo (Hậu môn nhân tạo) là lỗ mở chủ động ở đại tràng ra da để đưa toàn bộ phân ra ngoài thay thế hậu môn thật.

2. Phân loại hậu môn nhân tạo

2.1. Hậu môn nhân tạo tạm thời: Chỉ sử dụng trong thời gian nhất định giúp thoát phân ra ngoài trong thời gian tạm thời do bệnh hay do chấn thương để đoạn ruột phía dưới được nghỉ ngơi, lành chỗ khâu nối ruột. Sau đó Hậu môn nhân tạo sẽ được đóng và tái lập lại lưu thông phân bình thường qua hậu môn thật.

2.2. Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn: Là trường hợp đưa đại tràng ra da và Người bệnh đại tiện qua Hậu môn nhân tạo suốt đời. Thường gặp ở bệnh lý ung thư trực tràng đoạn thấp phải làm phẫu thuật Miles, phẫu thuật Hartman, ung thư đại trực tràng.

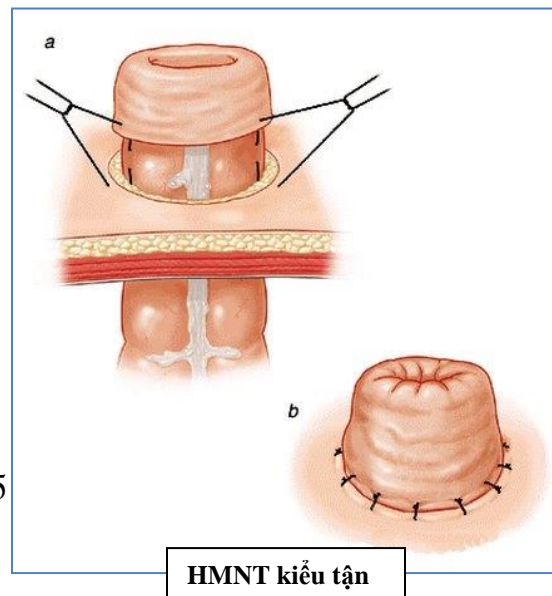
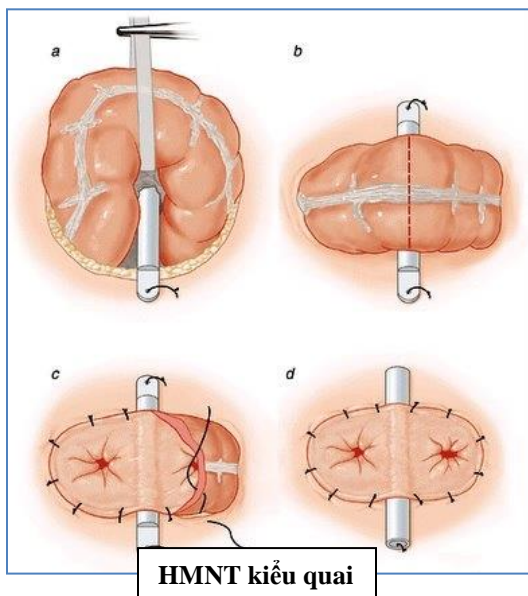
3. Các kiểu làm hậu môn nhân tạo

3.1. Hậu môn nhân tạo kiểu quai (loop – colostomy): Là đưa một đoạn đại tràng ra da và có 1 que thủy tinh xỏ ngang để giữ không cho quai ruột tụt vào trong ổ bụng.

3.2. Hậu môn nhân tạo kiểu tận (end – colostomy): Là loại hậu môn mà toàn bộ đường kính của ruột được đưa ra ngoài thành bụng để thoát phân. Hậu môn nhân tạo kiểu tận có thể có 1 nòng, chỉ đưa đầu trên ra ngoài bụng để tháo phân, hoặc cả 2 nòng đầu gần và đầu xa của đại tràng đều được đưa ra ngoài da. Thường là Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

3.3. Hậu môn nhân tạo có cựa: Là đưa một quai đại tràng ra da và có 1 cựa (eperon). Cựa có thể là những múi chỉ khâu dính quai đi và quai đến với nhau và cố định vào thành bụng, hoặc là que thủy tinh xỏ ngang mặc treo để ruột không bị tuột vào. Sau đó xẻ một lỗ trên đoạn đại tràng đưa ra ngoài da để cho thoát phân có 2 đầu còn Hậu môn nhân tạo có 2 nòng. Nòng phía đoạn trên ruột ra phân còn nòng ở đoạn ruột phía dưới chỉ ra dịch ruột.

3.4. Hậu môn nhân tạo có cầu da: (hiếm gặp) đưa 2 đầu ruột ra 2 nơi trên thành bụng, đầu trên ra phân, đầu dưới ra dịch ruột.



4. Chỉ định làm hậu môn nhân tạo

4.1. Bảo vệ thương tổn: Tạo điều kiện để một sang thương bệnh lý phía dưới được nghỉ ngơi, để giữ sạch sẽ một đường khâu, một miệng nối tránh xì bục gây viêm phúc mạc.

Chỉ định trong các trường hợp:

- Ung thư đại tràng trong giai đoạn trễ không còn khả năng cắt bỏ
- Viêm loét nặng đại trực tràng gây chảy máu nhiều.
- Rò trực tràng – âm đạo hay trực tràng – bàng quang.
- Vết thương trực tràng ngoài phúc mạc.
- Vết thương ở đoạn đại tràng cố định.

4.2. Thoát phân khi có tắc

- Trong các trường hợp
- Dị dạng hậu môn trực tràng
- Phình to đại tràng tiên thiên
- Tắc ruột do ung thư đại trực tràng
- Chít hẹp đại tràng

4.3. Làm sạch đại tràng: Nhiều trường hợp bệnh lý (như chít hẹp hậu môn hoặc phình to đại tràng tiên thiên...) chế độ ăn không có bã, tấy ruột, thụt tháo đại tràng không đủ để làm sạch ruột, do đó cần phải làm Hậu môn nhân tạo để qua đó thụt tháo ruột thật sạch để chuẩn bị cho cuộc mổ điều trị triệt căn.

5. Biến chứng

5.1. Biến chứng sớm

- Chảy máu từ mạc treo đại tràng đưa ra hay trên thành đại tràng.

- Hoại tử ruột khi thấy đoạn ruột đưa ra bị tím đen.

- Tụt Hậu môn nhân tạo gây viêm phúc mạc (nếu tụt vào trong ổ bụng) hoặc gây nhiễm trùng thành bụng (nếu tụt vào thành bụng).

- Lòì ruột
- Nhiễm trùng vết mổ
- Tắc ruột
- Thủng đại tràng thường do đầu canule đặt vào Hậu môn nhân tạo để thụt thụt tháo phân.

5.2. Biến chứng mạn tính

- Viêm thanh mạc đại tràng
- Hẹp Hậu môn nhân tạo
- Thiếu máu, hoại tử lỗ mổ
- Thoát vị thành bụng
- Sa niêm mạc Hậu môn nhân tạo
- Rò Hậu môn nhân tạo
- Đại tiện không tự chủ

II. Quy trình chăm sóc người bệnh trước mổ có mổ Hậu môn nhân tạo

1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Nhận định mức độ lo âu của Người bệnh , mức độ hiểu biết về Hậu môn nhân tạo mà Người bệnh sẽ mang sau mổ. Nhận định khả năng thích nghi của Người bệnh . Nhận định mức độ hiểu biết về cách chăm sóc Hậu môn nhân tạo. Quan sát những dấu hiệu từ chối, lo sợ, giận dữ. Nhận định mức độ hiểu biết của người thân nhất là chồng hoặc vợ về tâm lý, mức độ chấp nhận.
- Nắm rõ tình trạng bệnh lý của Người bệnh làm Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn hay tạm thời.
- Nhận định vị trí làm Hậu môn nhân tạo trên thành bụng cho Người bệnh , thường căn cứ vào tình trạng bệnh lý hay Người bệnh béo hay gầy.

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

2.1. Lo âu về cuộc mổ sắp đến và bệnh lý ung thư: Thường tâm lý Người bệnh trải qua các giai đoạn từ chối, giận dữ, không chấp nhận phẫu thuật, trầm cảm. Lượng giá những phản ứng xúc cảm của Người bệnh và gia đình. Khuyến khích Người bệnh phát biểu cảm xúc. Hiểu chẩn đoán bệnh và Lượng giá Người bệnh nhận thức tới đâu về tình trạng bệnh của họ, lắng nghe tâm trạng, nguyện vọng của Người bệnh . Cho Người bệnh nói chuyện với Người bệnh đã phẫu thuật Hậu môn nhân tạo thành công.

Hỗ trợ tâm lý trước mổ: Có chương trình giáo dục Người bệnh bằng các tư liệu, bài giảng, vật trưng bày, nên cung cấp thông tin về cuộc mổ. Giáo dục về mặt sức khỏe như cách chăm sóc Hậu môn nhân tạo, cách sinh hoạt hằng ngày sau mổ, chế độ ăn uống, tắm rửa, thay băng, hoạt động xã hội, công việc, sinh hoạt tình dục.

2.2. Chuẩn bị cho cuộc mổ (mổ chương trình)

- Nâng cao thể trạng Người bệnh như cho ăn chế độ ăn nhiều calo như cá, thịt xay nhuyễn, sữa, ăn ít chất xơ trước mổ. Thực hiện truyền dịch trong trường hợp Người bệnh cần nhịn ăn.
- Chống nhiễm trùng vì thực hiện khâu nối trên ruột, hôn nữa trong lòng ruột có nhiều vi khuẩn nên nguy cơ nhiễm trùng cao, điều dưỡng thực hiện thuốc chống nhiễm khuẩn đường ruột vài ngày trước khi phẫu thuật, kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Đặt ống thông mũi – dạ dày: trong mổ chương trình, đặt thông mũi – dạ dày giúp giảm bớt căng chướng ruột và dễ dàng khâu nối trên ruột. Trong trường hợp mổ cấp cứu giúp ruột bớt tắc, hút dịch và hơi trong ruột giúp giảm tình trạng căng giãn có nguy cơ hoại tử ruột cao.
- Làm sạch đại tràng: trong trường hợp mổ chương trình do tình trạng bệnh lý như ung thư nên việc phân còn rất nhiều trong lòng ruột hay còn phân cứng điều dưỡng cần thực tháo nhiều ngày và thực hiện ngày 2 lần vào ngày trước mổ, hay cho Người bệnh uống thuốc rửa ruột vào ngày trước mổ nhưng lưu ý cẩn thận trong trường hợp Người bệnh có tắc ruột. Trong trường hợp mổ cấp cứu thì việc thực tháo hoàn toàn không thực hiện được.
- Xác định vị trí của lỗ mổ Hậu môn nhân tạo: thường là vị trí ở ngoài cơ thẳng bụng, vị trí lỗ mổ nên nằm trong tầm nhìn và tầm tay của Người bệnh và trên mặt da phẳng. Vị trí lỗ mổ nên tránh là đường thắt lưng, vùng da lõm xếp nếp, sẹo mổ cũ, vùng có thoát vị, vùng có xương gồ lên, rốn, vùng chịu ảnh hưởng của tia xạ. Cần cách xa vết mổ, nằm dưới dòng của dẫn lưu và cách xa dẫn lưu để tránh dòng phân chảy quan dẫn lưu gây nhiễm trùng.

- Nhận biết tâm lý của Người bệnh khi biết sau mổ sẽ mang Hậu môn nhân tạo, điều dưỡng chú ý thận trọng với những lời phàn nàn của Người bệnh về sợ hãi, thất vọng, đau khổ.

- Thực hiện cân bằng nước, điện giải trước mổ. Nên đặt thông tiểu giúp theo dõi chính xác lượng nước xuất nhập, giúp vùng đáy chậu được khô sau mổ.

III. Quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ có Hậu môn nhân tạo

1. Nhận định tình trạng người bệnh

Những điều cần quan sát trong những ngày đầu về lỗ mở ra da:

- **Tuần hoàn máu:** Quan sát màu niêm mạc ruột, nơi khâu chỉ, tụt Hậu môn nhân tạo vào trong, dịch tiết, niêm mạc ruột nên ẩm, hồng. Theo dõi phù nề: nếu màng nhầy phù nề, trong suốt là bình thường, nếu phù nề tăng hơn là bất thường.

- **Vùng da xung quanh lỗ mở**

• Da có bị rôm lở, đỏ, xỉ phân. Tránh dùng các chất sát trùng vì có thể gây dị ứng. Dùng túi hứng phân thích hợp, thay túi đều, lỗ cắt vừa phải, tránh quá rộng hay quá hẹp, cạo sạch lông vùng dán túi, tránh để Người bệnh đau khi tháo túi hay lông ngứa cản trở dính da.

• Trong trường hợp Người bệnh được rửa sạch ruột trước và trong mổ, phẫu thuật viên sẽ đặt túi hậu môn ngay sau mổ. Điều dưỡng cần nhận định tình trạng niêm mạc hậu môn, phân. Phẫu thuật viên cần sử dụng túi trong suốt để điều dưỡng có thể theo dõi, quan sát.

• Trong trường hợp cấp cứu hay không có rửa ruột trong mổ, phẫu thuật viên sẽ Hậu môn nhân tạo nhưng sau đó khâu mũi chỉ chờ và băng kín lại bằng gạc vaseline. Điều dưỡng cần nhận định dấu hiệu chảy máu Hậu môn nhân tạo. Thường sẽ mở Hậu môn nhân tạo sau 24 – 48 giờ sau mổ.

- Nhận định tình trạng hoạt động của nhu động ruột.

- Nhận định tình trạng vết mổ: phân có thấm băng, dấu hiệu nhiễm trùng.

- Nhận định tâm lý Người bệnh : khóc, lo sợ, hoảng hốt và thất vọng.

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

2.1. Sự tổn thương da do vết mổ và Hậu môn nhân tạo

- Người bệnh có Hậu môn nhân tạo chưa xả miệng: Hậu môn nhân tạo sẽ được bao phủ bằng gạc thấm Vaseline. Nếu máu thấm ướt băng thì chỉ thay lớp băng ngoài, giữ cho niêm mạc Hậu môn nhân tạo luôn luôn ẩm, không bị khô. theo dõi tình trạng bụng, cơn đau, màu sắc niêm mạc Hậu môn nhân tạo, theo dõi chảy máu quanh chân Hậu môn nhân tạo.

- Người bệnh có Hậu môn nhân tạo đã xả miệng: thường sau 48 giờ sẽ xả miệng Hậu môn nhân tạo. Điều dưỡng cần rửa sạch phân trào ra, quấn gạc Vaseline quanh dưới chân ruột (ngăn ngừa phân trào vào ổ bụng). Trong vài ngày đầu nên bôi oxit kẽm lên da quanh Hậu môn nhân tạo ngừa rôm lở da nếu không dùng túi dán Hậu môn nhân tạo. Tốt nhất là nên dùng túi dán Hậu môn nhân tạo tránh để phân tràn ra ổ bụng gây viêm loét da, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng dẫn lưu. Nếu đặt túi Hậu môn nhân tạo, điều dưỡng nên chú ý tránh cắt miệng túi quá rộng sẽ làm tổn thương da hay quá hẹp làm tổn thương niêm mạc ruột.

- Nếu Hậu môn nhân tạo bên phải hay đưa ruột non ra da điều dưỡng cần theo dõi sự mất nước và càng chú ý hơn việc phòng ngừa loét da cho Người bệnh vì đây là loại chất dịch mang tính chất kiềm có thể gây bỏng rát vùng da quanh chân Hậu môn nhân tạo.
- Sau khi xẻ Hậu môn nhân tạo thì ruột có thể phù nề hay chướng, điều dưỡng cần theo dõi màu sắc Hậu môn nhân tạo. Phải thận trọng khi thụt tháo qua niêm mạc Hậu môn nhân tạo trong những ngày đầu sau mổ vì tình trạng niêm mạc ruột phù nề nên nguy cơ thủng ruột là rất cao. Nên dùng đúng dụng cụ thụt tháo Hậu môn nhân tạo. Ống cao su hay que thủy tinh giữ cố định quai ruột ở thành bụng, trong trường hợp Hậu môn nhân tạo có quai sẽ được rút sau 5 – 7 ngày.

2.2. Người bệnh lo lắng về Hậu môn nhân tạo đang mang

- Tâm lý: khi chăm sóc nên tế nhị, giải thích để tránh Người bệnh bị mặc cảm, hướng dẫn Người bệnh cách hòa nhập vào cuộc sống, giúp Người bệnh lấy lại niềm tin trong cuộc sống. Điều dưỡng cung cấp những thông tin, sách báo về cách chăm sóc Hậu môn nhân tạo cho Người bệnh.
 - Tạo tính độc lập: hướng dẫn Người bệnh cách rửa, thay túi đựng phân ngay tại bệnh viện, nên hướng dẫn Người bệnh tự chăm sóc túi đựng phân với tất cả các loại túi, cách thay, cách lắp túi phân, cách pha dung dịch, cách rửa và chăm sóc Hậu môn nhân tạo. Hướng dẫn Người bệnh tránh đặt túi khi có nếp nhăn bụng. Khi dán túi mà thấy có nếp nhăn trên keo thì có thể bị rò nên thay túi khác. Tránh để túi quá đầy mới thay hay tháo phân vì dễ sút túi hay tuột da nơi đặt túi.
 - Phòng ngừa lở da: giúp Người bệnh ngăn ngừa loét da chung quanh chân Hậu môn nhân tạo như đặt túi vừa sát Hậu môn nhân tạo, tránh rò nơi keo dán túi, cạo lông vùng da xung quanh chân Hậu môn nhân tạo giúp dán túi không bị tróc.
 - Tập điều chỉnh chức năng Hậu môn nhân tạo: Người bệnh có Hậu môn nhân tạo thường phải mang ít nhất 2 – 3 tháng hay có thể là vĩnh viễn vì thế mà điều dưỡng cần giúp Người bệnh đi đại tiện đúng giờ để Người bệnh có thể sinh hoạt, làm việc mà không bị Hậu môn nhân tạo gây khó khăn. Tùy theo sinh hoạt của Người bệnh, điều dưỡng có thể tập cho Người bệnh đi đại tiện đúng giờ bằng cách thụt tháo mỗi ngày đúng giờ, tập tối thiểu 1 tuần.
 - Dinh dưỡng:
 - Khuyến Người bệnh ăn những chất ít xơ trong 4 – 6 tuần sau mổ. Sau đó cho Người bệnh ăn chất có nhiều đường và protein trong thời gian sau. Người bệnh cần ăn đủ dinh dưỡng và thức ăn có ảnh hưởng đến chức năng của Hậu môn nhân tạo, khuyến Người bệnh uống nhiều nước, nhai kỹ thức ăn, ăn chậm, ăn những thức ăn giàu chất dinh dưỡng.
- Người bệnh cần cân nhắc đối với những thức ăn:
- Dễ gây táo bón: phomat, đậu, chocolate, ngô, nho...
- Nhuận tràng: trái cây, đậu xanh...
- Nhiều gia vị: tiêu tỏi, ớt, hành...
- Tạo hơi: bông cải, đậu, bưởi, dưa chuột, hột mít...
- Tạo mùi: mít, sầu riêng, củ kiệu, mắm, trứng...
- Hạn chế uống sữa và những sản phẩm của sữa

Đối với lỗ mở hồi tràng ra da cần chú ý mất nước, rối loạn điện giải, không nên dùng các chất kích thích nhu động ruột như thuốc xổ.

- Vận động: tránh làm việc nặng khi đang mang Hậu môn nhân tạo hoặc mới đóng Hậu môn nhân tạo.
- Vệ sinh thân thể: Người bệnh vẫn tắm rửa bình thường nhưng tránh chà xát xà phòng lên Hậu môn nhân tạo. Sau khi tắm tránh để tia nước vòi sen tưới trực tiếp lên Hậu môn nhân tạo. Tránh dùng khăn hay gạc quá cứng để lau khô niêm mạc Hậu môn nhân tạo.
- Hướng dẫn Người bệnh tái khám: nếu là Hậu môn nhân tạo tạm thời, Người bệnh sẽ được hẹn tái khám đóng lại Hậu môn nhân tạo sau 2 – 3 tháng (hoặc thời gian ngắn hơn nếu là ruột non). Hướng dẫn Người bệnh đến bệnh viện ngay nếu Hậu môn nhân tạo chảy máu, không ra phân, chướng bụng, đau bụng. Hướng dẫn Người bệnh tái khám định kỳ nếu là Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

2.3. Người bệnh đau sau phẫu thuật:

- Giảm đau: thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh, tạo môi trường thư giãn.
- Giúp Người bệnh tư thế thoải mái, thay đổi tư thế, cách ngồi dậy, đi lại, vận động.

2.4. Nhu động ruột kém phục hồi sau mổ

Hướng dẫn Người bệnh hít thở sâu, tập bụng, ho, xoay trở và ngồi dậy sớm. Hơn nữa, điều dưỡng cần nghe nhu động ruột để nhận định tình trạng hoạt động ruột sau mổ, rất quan trọng nếu Người bệnh phẫu thuật sau tắc ruột vì biến chứng sau mổ có Hậu môn nhân tạo là tắc ruột sớm. Nếu sau 2 – 3 ngày mà chưa có nhu động ruột, điều dưỡng cần theo dõi sát niêm mạc ruột đưa ra da, tình trạng đau bụng, tình trạng qua phân Hậu môn nhân tạo như nghẹt phân do phân quá cứng.

2.5. Người bệnh lo lắng về sinh hoạt tình dục khi có Hậu môn nhân tạo

Hướng dẫn Người bệnh có thể quan hệ tình dục được nếu như bản thân Người bệnh đại tiện sạch phân và mang túi phân trống và sạch. Hướng dẫn Người bệnh và người chồng hoặc người vợ nên gặp chuyên gia về Hậu môn nhân tạo.

2.6. Người bệnh được chỉ định đóng Hậu môn nhân tạo

Điều kiện đóng Hậu môn nhân tạo:

- Thường sau 2 – 3 tháng hay sớm hơn tùy vào tình trạng bệnh.
- Đoạn dưới phải thông.
- Chung quanh miệng Hậu môn nhân tạo không nhiễm trùng.

Chuẩn bị đóng Hậu môn nhân tạo:

- Chuẩn bị trước 3 ngày, phải đảm bảo đại tràng sạch và không nhiễm trùng.
- Chế độ ăn, chuyển dần từ chế độ ăn đặc sang lỏng. Ngày đầu ăn cơm, ngày thứ hai ăn cháo, ngày thứ ba uống sữa hoặc trà đường. Chiều tối hôm trước mổ nhịn ăn uống hoàn toàn để sáng hôm sau mổ.
- Thụt tháo ở Hậu môn nhân tạo xuống hậu môn thật ngày một lần (2 ngày trước mổ); ngày 2 lần (ngay trước ngày mổ). Thụt tháo với nước muối sinh lý là tốt nhất. Chú ý, lượng nước chảy ra nên bằng hay nhiều hơn số lượng nước cho vào. Khi thụt tháo nếu Người bệnh đau bụng hay chảy máu nên báo bác sĩ ngay.
- Rửa sạch đại tràng: uống dung dịch Polyethylene glycol một ngày trước với 3 gói, mỗi gói pha một lít nước, điều dưỡng cần đảm bảo sạch phân trong lòng ruột, Thực hiện kháng sinh đường ruột, kháng sinh dự phòng trước mổ.

2.7. Nguy cơ có các biến chứng sau mổ đóng Hậu môn nhân tạo

- Bục xì miệng nối Hậu môn nhân tạo: gây viêm phúc mạc hay rò tiêu hóa khu trú. Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu rò phân qua vết mổ hay lỗ đóng Hậu môn nhân tạo, nhiệt độ, đau bụng, tình trạng mất nước. Nếu rò ít thường điều trị bằng cách chăm sóc da tránh nhiễm trùng, viêm lở, nâng cao dinh dưỡng giúp lành nơi rò.
- Chảy máu ở miệng nối hay ở thành bụng: báo bác sĩ để khâu cầm máu
- Hẹp miệng nối Hậu môn nhân tạo: thường xảy ra sau phẫu thuật, khuyên Người bệnh tránh tăng cân trong thời gian có Hậu môn nhân tạo vì nếp da cũng làm cho Hậu môn nhân tạo hẹp lại và cũng do sẹo co rút. Hướng dẫn Người bệnh ăn thức ăn tránh táo bón, uống nhiều nước.
- Tắc ruột: là biến chứng thường xảy ra cho Người bệnh . Điều dưỡng cần giúp Người bệnh phòng ngừa bằng cách cho Người bệnh đi bộ, tập luyện...
- Nhiễm trùng vết mổ: thành bụng, chỗ đóng Hậu môn nhân tạo nên thay băng khi thấm dịch.

Lượng giá

- Người bệnh tham gia sinh hoạt trong gia đình, xã hội, công việc một cách tự tin.
- Người bệnh tự chăm sóc Hậu môn nhân tạo thành thạo
- Người bệnh đến tái khám sau đóng Hậu môn nhân tạo không tai biến.

Bài 6: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

1. BỆNH HỌC CỦA SUY TIM

1.1. Đại cương

Tại châu âu trên 500 triệu dân, tần suất suy tim ước lượng từ 0,4-2% nghĩa là có từ 2 đến 10 triệu người bị suy tim. Tại Hoa Kỳ, con số ước lượng là 2 triệu người suy tim trong đó có 400.000 ca mới mỗi năm. Tần suất chung là khoảng 1-3% dân số trên thế giới và trên 5 % nếu tuổi trên 75. Tại nước ta chưa có hệ thống chính xác, nhưng nếu dựa vào số dân 70 triệu người thì có đến 280.000-4.000.000 người suy tim cần điều trị.

Suy tim là trạng thái bệnh lý, trong đó cơ tim mất khả năng cung cấp máu theo yêu cầu cơ thể, lúc đầu khi gắng sức rồi sau đó cả khi nghỉ ngơi. Quan niệm này đúng cho đa số trường hợp, nhưng chưa giải thích được những trường hợp suy tim có cùng lượng tim cao và cả trong giai đoạn đầu của suy tim mà cung lượng tim còn bình thường.

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.2.1. Nguyên nhân

1.2.1.1. Nguyên nhân của suy tim trái

- Nhồi máu cơ tim.
- Viêm cơ tim do nhiễm độc n nhiễm trùng.
- Các bệnh cơ tim.
- Con nhịp nhanh kịch phát trên thất, cơn cuồng động nhĩ, rung nhĩ nhanh.
- Con nhịp nhanh kịch phát thất.
- Bloc nhĩ thất.
- Tăng huyết áp động mạch.
- Hở, hẹp van động mạch chủ đơn thuần hay phối hợp.
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Tim bẩm sinh.

1.2.2.1. Nguyên nhân của suy tim phải

- Hẹp van hai lá là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Các bệnh phổi mạn tính như: hen phế quản, viêm phế quản mạn, lao xơ phổi, giãn phế quản.
- Nhồi máu phổi gây tâm phế cấp.
- Gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực.
- Bệnh tim bẩm sinh như: tứ chứng Fallot, thông liên nhĩ, thông liên thất.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, tổn thương van ba lá.
- Một số nguyên nhân ít gặp như u nhày nhĩ trái ...

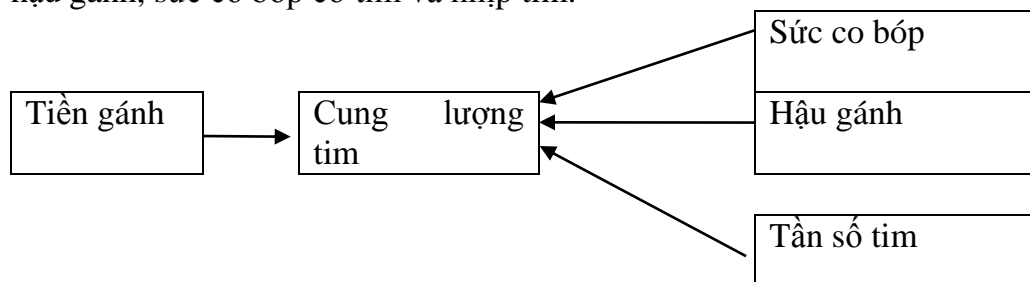
1.2.1.3. Nguyên nhân của suy tim toàn bộ

Ngoài 2 nguyên nhân trên của suy tim dẫn đến suy tim toàn bộ, còn gặp các nguyên nhân sau:

- Các bệnh cơ tim giãn.
- Suy tim toàn bộ do cường giáp trạng.
- Thiếu vitamin B1 thiếu máu nặng.

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Chức năng huyết động (cung lượng tim) của tim phụ thuộc vào 4 yếu tố tiền gánh, hậu gánh, sức co bóp cơ tim và nhịp tim.



- Tiền gánh: là độ kéo của các sợi cơ tim tâm trương, tiền gánh phụ thuộc vào lượng máu dẫn về thất và được thể hiện bằng thể tích áp lực máu trong tâm thất thì tâm trương.
- Hậu gánh: là sức cản mà tim gặp trong quá trình co bóp tổng máu, đứng hàng đầu là sức cản ngoại vi, hậu gánh tăng thì tốc độ các sợi cơ tim giảm, do đó thể tích tổng máu trong thì tâm thu giảm.
- Sức co bóp cơ tim: sức co bóp cơ tim làm tăng thể tích tổng máu trong thì tâm thu, sức co bóp cơ tim chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm trong cơ tim và lượng catecholamin lưu hành trong máu.
- Tần số tim: tần số tim tăng sẽ tăng cung lượng tim, tần số tim chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm trong tim và lượng catecholamin lưu hành trong máu.

Trong suy tim, cung lượng tim giảm, nên trong giai đoạn đầu sẽ có tác dụng bù trừ:

- Máu ứ lại tâm thất làm các sợi cơ tim bị kéo dài ra, tâm thất giãn, sức tổng máu mạnh hơn nhưng đồng thời cũng tăng thể tích cuối tâm trương.
- Dày thất do tăng đường kính các tế bào, tăng số lượng tế bào, tăng số đơn vị cơ mới đánh dấu giai đoạn bắt đầu sự giảm sút chức năng co bóp cơ tim. Khi các cơ chế bù trừ bị vượt qua, suy tim trở nên mất bù và các triệu chứng lâm sàng sẽ xuất hiện.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của suy tim

1.3.1. Suy trái tim

1.3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: có 2 triệu chứng chính: khó thở là triệu chứng thường gặp nhất. Lúc đầu khó thở khi gắng sức, về sau khó thở từng cơn, có khi khó thở đột ngột, khó thở tăng dần. Ho hay xảy ra vào ban đêm khi bệnh nhân gắng sức, đôi khi đờm có lẫn máu.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Khám tim: nhìn thấy mỏm tim lệch về phía bên trái, nghe được các triệu chứng có thể phát hiện được nguyên nhân của suy tim trái. Ngoài ra còn nghe được một tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm tim. Đó là dấu hiệu của hở van hai lá cơ năng.
 - + Khám phổi: nghe được ran ẩm ở cả hai đáy phổi. Trong trường hợp cơn hen tim có thể nghe được nhiều ran rít, ran ẩm cả hai đáy phổi dâng lên đỉnh phổi.
 - + Huyết áp: huyết áp tối đa bình thường hay giảm, huyết áp tối thiểu bình thường.

1.3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang tim phổi (phim thẳng): tim to, nhất là các buồng tim bên trái, nhĩ trái lớn hơn trong hở hai lá, thất trái giãn biểu hiện cung dưới trái phồng và dày ra, phổi mờ nhất là vùng rốn phổi.
- Điện tâm đồ: có thể gánh tâm trương hoặc tâm thu thất trái. Trục trái, dày thất trái.
- Siêu âm tim: kích thích buồng tim trái giãn to, siêu âm còn cho biết được sự co bóp của vách tim cũng như đánh giá chính xác được chức năng của thất trái.
- Thăm dò huyết động: có điều kiện thông tim chụp mạch, đánh giá chính xác mức độ nặng nhẹ của một số bệnh van tim.

1.3.2. Suy tim phải

1.3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Khó thở nhiều hay ít tùy theo mức độ suy tim, khó thở thường xuyên nhưng không có cơn khó thở kịch phát như suy tim trái.
 - + Xanh tím nhiều hay ít tùy theo nguyên nhân và mức độ của suy tim phải.
- Triệu chứng thực thể: chủ yếu là ứ máu ngoại biên, thể hiện:
 - + Gan to đều, bờ tù, mặt nhẵn, ấn đau tức, khi điều trị tích cực bằng trợ tim và lợi tiểu gan sẽ nhỏ lại, hết điều trị gan to ra gọi là “đàn xếp”, cuối cùng vì ứ máu lâu ngày gan thu nhỏ lại được gọi là xơ gan tim. Gan có đặc điểm là bờ sắc, mật độ chắc.
 - + Tĩnh mạch cổ nổi to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45⁰.
 - + Áp lực tĩnh mạch trung ương và áp lực tĩnh mạch ngoại biên tăng cao.
 - + Phù mềm lúc đầu ở hai chi dưới về sau suy tim thường phù toàn thân có thể kèm theo cổ trướng, tràn dịch màng phổi.
 - + Tiểu ít lượng nước tiểu 200-300ml trong 24 giờ.
 - + Khám tim: nghe được nhịp tim nhanh, có khi có tiếng ngựa phi phải, có thể nghe được tiếng thổi tâm thu ở van ba lá do hở ba lá cơ năng do giãn buồng thất phải.
 - + Huyết áp động mạch tối đa bình thường, huyết áp tối thiểu tăng.

1.3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang tim phổi: phổi mờ, cung dưới phải giãn, mỏm tim hếch lên do thất phải giãn. Trên phim nghiêng trái mất khoảng sáng sau xương ức.
- Điện tâm đồ: trục phải, dày thất phải.
- Siêu âm tim: chủ yếu thất phải giãn to, trong nhiều trường hợp thấy tăng áp động mạch chủ.
- Thăm dò huyết động: áp lực cuối kỳ tâm trương thất phải tăng, áp lực động mạch chủ thường tăng.

1.3.3. Suy tim toàn bộ

Biểu hiện các triệu chứng, như:

- Bệnh nhân khó thở thường xuyên, phù toàn thân.
- Tĩnh mạch cổ nổi to.
- Áp lực tĩnh mạch tăng cao.
- Gan to nhiều.

- Thường có cổ chướng, tràn dịch màng phổi.
- Huyết áp tối đa giảm, huyết áp tối thiểu tăng.
- Tim to toàn bộ trên phim chụp X quang tim phổi.
- Điện tâm đồ: có thể biểu hiện dày cả hai thất.

1.4. Phân độ suy tim

1.4.1. Theo Hội Tim Mạch Neu York

Thông dụng hiện nay, được chia làm 4 độ:

- Độ 1: bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, hoạt động thể lực vẫn bình thường.
- Độ 2: các triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức, hạn chế hoạt động thể lực.
- Độ 3: các triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi gắng sức nhẹ, làm hạn chế hoạt động thể lực.
- Độ 4: các triệu chứng cơ năng xuất hiện thường xuyên kể cả khi nghỉ ngơi.

1.4.2. Phân độ suy tim mạn theo Trần Đổ Trinh và Vũ Đình Hải

- Suy tim độ 1: khó thở khi gắng sức, ho ra máu, không phù, gan không to.
- Suy tim độ 2: khó thở khi đi lại, khi đi phải ngừng lại để thở, phù nhẹ, gan chưa lớn hoặc chỉ dưới 2 cm dưới bờ sườn. Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45°.
- Suy tim độ 3: khó thở nặng hơn, phù toàn, gan > 3 cm dưới sườn, mềm, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45° điều trị gan nhỏ lại hoàn toàn.
- Suy tim độ 4: khó thở thường xuyên, bệnh nhân phải ngồi dậy để thở, gan > 3 cm dưới bờ sườn, mật độ chắc, bờ sắc, điều trị không đáp ứng hoặc nhỏ lại ít.

1.5. Điều trị

- Nghỉ ngơi là quan trọng, trong trường hợp suy tim nặng phải cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường.
- Không được để bệnh nhân gắng sức lên cầu thang, mang vật nặng ...
- Tăng cường sự co bóp cơ tim bằng các thuốc: digitalis (digoxin) có tác dụng tăng sức co bóp cơ tim và làm chậm nhịp tim do đó làm tăng cung lượng tim. Digitalis cho vừa đủ và thêm kali để tránh ngộ độc.

Khi điều trị digital cần lưu ý dấu chứng ngộ độc digital như:

- + Bệnh nhân nôn mửa, đau bụng, mờ mắt, nhìn đôi, đại tiện phân lỏng.
- + Ngoại tâm thu thất nhịp đôi hay ác tính.
- + Hoặc nhịp tim tăng vọt lên (trong khi đang dùng digital) hoặc chậm lại với bloc nhĩ thất, hoặc nhịp bộ nối.
- Hạn chế ứ máu tuần hoàn bằng các thuốc lợi tiểu: có nhiều loại lợi tiểu nhưng trong suy tim thường dùng 3 loại: hydrochlorothiazid, furosemid, aldacton. Khi dùng thuốc lợi tiểu phải cho bệnh nhân uống kali vì thuốc lợi tiểu làm mất kali.
- Hạn chế nước uống, lượng nước đưa vào căn cứ vào lượng nước tiểu hàng ngày.
- Chế độ ăn nhạt muối, suy tim độ I, độ II lượng muối ăn dưới 2g/ ngày, độ III và độ IV lượng muối ăn dưới 0,5g/ ngày.

Bảng 10.1. Các thuốc dùng trong điều trị suy tim trái cấp

Thuốc	Cơ chế	Tác dụng sinh lý	Hiệu quả điều trị
-------	--------	------------------	-------------------

Lợi tiểu Furosemid 40-80mg tiêm TM	Lợi tiểu	Giảm tiền gánh	Chống phù phổi
Giãn mạch - Morphin 5-10 mg TM, TB, TDD - Trinitrin: 10-150 µg/phút Hoặc các dẫn chất nitrat ngậm, uống. - Nitroprussid: 25-150 µg/phút	Giãn tĩnh mạch Giãn tĩnh mạch Giãn tiểu động mạch và tĩnh mạch	Giảm tiền gánh Giảm tiền gánh Giảm tiền gánh và hậu gánh	Chống phù phổi Chống phù phổi Chống phù phổi và tăng lưu lượng tim
Tăng co bóp cơ tim - Dobutamin: 250-750 µg/phút - Dopamin: 100-600 µg/phút - Digital (lanatosid C, digoxin)	Giống giao cảm Giống giao cảm Ức chế bơm Na-KTATPase	Tăng co bóp tim Tăng co bóp tim, giảm hậu gánh (liều thấp) Tăng co bóp tim, giảm tiền gánh và hậu gánh	Tăng lưu lượng Tăng lưu lượng tim, tăng huyết áp (liều cao) Chống phù phổi làm giảm áp lực ở phổi.

Bảng 10.2. Phát đồ điều trị theo 4 độ suy tim mạn tính

Giai đoạn	Phương pháp kinh điển	Phương pháp thay thế
Độ I	Không điều trị	Không điều trị
Độ II	Hạn chế thể lực Chế độ ăn kiêng muối Digital Digital + lợi tiểu (thiazid)	Hạn chế thể lực Chế độ ăn kiêng muối Lợi tiểu + UCMC hoặc Lợi tiểu + giãn mạch
Độ III	Digital + lợi tiểu quai Digital + lợi tiểu + giãn mạch	Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + digital, hoặc Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + thuốc trợ tim
Độ IV	Digital + lợi tiểu + giãn mạch + thuốc trợ tim mới, ghép tim	Chẹn beta Ghép tim

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

2.1. Nhận định tình hình

2.1.1. Hỏi bệnh

Khi tiếp xúc với bệnh nhân được chẩn đoán là suy tim, người điều dưỡng cần hỏi bệnh nhân bằng những lời nói nhẹ nhàng, dễ hiểu, dễ trả lời.

- Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim từ bao giờ ?
- Có mất bệnh gì có liên quan đến bệnh tim mạch không ?
- Có bị phản ứng với thuốc nào không ?

- Số lượng nước tiểu trong ngày là bao nhiêu ?
- Có bị khó thở không ?
- Có bị xanh tím không ?
- Khó thở khi bình thường hay khi gắng sức ?

2.1.2. Quan sát

- Màu da, sắc mặt, móng tay, móng chân.
- Tình trạng tinh thần.
- Quan sát tĩnh mạch cổ.
- Kiểu thở, nhịp thở, vị trí tim đập ở ngực.
- Tình trạng phù toàn thân, mí mắt và mắt cá.

2.1.3. Thăm khám

- Lấy mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.
- Nghe nhịp tim, tiếng tim.
- Nghe phổi.
- Khám xem gan có lớn không ?
- Khám các biến chứng và triệu chứng bất thường trên bệnh nhân.
- Khám phù ở chân.

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

- Sổ y bạ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, các xét nghiệm.
- Các thuốc sử dụng và cách sử dụng thuốc.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân suy tim:

- khó thở do tăng áp lực ở phổi.
- Xanh tím do giảm độ bão hoà oxy máu.
- Số lượng nước tiểu ít do giảm tuần hoàn hiệu dụng.
- Nguy cơ phù phổi cấp do suy tim trái.
- Nguy cơ bội nhiễm do ứ máu ở phổi.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Chế độ nghỉ ngơi: bệnh nhân nằm ở tư thế nửa nằm, nửa ngồi.
- Chế độ ăn uống.
- Vận động nhẹ nhàng ngoài cơn khó thở.

2.3.2. Thực hiện y lệnh

- Cho bệnh nhân dùng thuốc, tiêm thuốc theo y lệnh.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

2.3.3. Theo dõi

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.
- Theo dõi tình trạng tinh thần
- Theo dõi lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Theo dõi tình trạng phù, tính chất của gan.
- Theo dõi các xét nghiệm.
- Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc (digoxin)

2.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi.
- Lao động và vận động.
- Dùng thuốc và tái khám định kỳ.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện chăm sóc cơ bản

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi trong trường hợp suy tim nặng.
- Cần giảm hoặc bỏ hẳn các hoạt động gắng sức.
- Chế độ ăn nhạt dưới 0,5g muối /ngày trong trường hợp suy tim nặng.
- Các trường hợp khác dùng rất hạn chế muối 1-2g /ngày.
- Ăn nhiều hoa quả để tăng vitamin và kali: chuối tiêu, cam.
- Hạn chế uống nước: dựa vào lượng nước tiểu trong 24 giờ để uống bù nước.
- Khuyến bệnh nhân xoa bóp và làm một số động tác ở các chi, nhất là hai chi dưới để làm cho máu ngoại vi về tim dễ dàng hơn, giảm bớt các nguy cơ gây tắc mạch, vận động nhẹ nhàng không gây mệt.

2.4.2. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc

- Cho bệnh nhân dùng thuốc theo đúng chỉ định.
- Cần lưu ý khi dùng thuốc điều trị suy tim phải dùng kèm kali clorua.
- Trước khi dùng digoxin, isolanid phải đếm mạch, nếu mạch chậm phải báo cho bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm: xét nghiệm máu, nước tiểu, điện tim siêu âm, X quang phổi, áp lực tĩnh mạch trung tâm.

2.4.3. Theo dõi

- Mạch nhịp tim, ESG.
- Nhiệt độ, huyết áp theo mức độ suy tim.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, tần số thở.
- Tình trạng tinh thần, màu sắc của da.

2.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống, nghỉ ngơi: ăn nhạt, tránh làm việc nặng, gắng sức và các biến chứng nguy hiểm của suy tim nếu không được điều trị, chăm sóc tốt.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tự xoa bóp, vận động.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc theo đơn, chế độ khám định kỳ.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Một bệnh nhân suy tim được đánh giá chăm sóc tốt nếu:

- Bệnh nhân cảm thấy đỡ khó thở, phù giảm, gan nhỏ lại, mạch giảm, số lượng nước tiểu dần dần trở về bình thường.
- Bệnh nhân được chăm sóc chu đáo cả về thể chất lẫn tinh thần.
- Không xảy ra các tác dụng phụ của thuốc.

- Các dấu hiệu sinh tồn, các kết quả xét nghiệm được theo dõi và ghi chép đầy đủ.
- Bệnh nhân được hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, tự vận động và xoa bóp, đồng thời tuân thủ chỉ định điều trị và chăm sóc của thầy thuốc.

Bài 7: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

1. MỘT SỐ ĐIỂM CHÍNH VỀ BỆNH HỌC

1.1. Đại cương

Xuất huyết tiêu hóa là do máu thoát ra khỏi thành mạch đường tiêu hóa chảy vào trong lòng ống tiêu hóa. Đây là một cấp cứu nội và ngoại khoa, người bệnh phải được theo dõi sát và đánh giá đúng tình trạng mất máu, đồng thời tìm nguyên nhân gây chảy máu để điều trị kịp thời, có hiệu quả, bởi vì nó có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh trong một thời gian rất ngắn, có thể vài giờ, thậm chí vài phút. Do vậy Điều dưỡng phải phối hợp với Bác sỹ có thái độ xử trí kịp thời để tránh nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Xuất huyết tiêu hóa trên

Nguồn gốc chảy máu từ góc Treitz (góc tá hồng tràng) trở lên, không kể chảy máu từ răng lợi cụ thể:

- Tổn thương trực tiếp ở dạ dày, tá tràng
- + Loét dạ dày tá tràng là nguyên nhân hay gặp nhất của xuất huyết tiêu hóa cao chiếm từ 50-75% số bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa cao.

Chảy máu chủ yếu là do các ổ loét non thường gây chảy máu mao mạch nên số lượng thường ít và tự cầm ngược lại các ổ loét sâu và loét xơ chai thường gây chảy máu ồ ạt và rất khó cầm do loét vào các mạch máu lớn và khả năng co mạch bị hạn chế.

- + Viêm cấp chảy máu ở dạ dày tá tràng do uống thuốc như; aspirin,, corticoid, phenylbutazon, kali chlorua, các thuốc kháng viêm không steroid, thuốc chống đông...

Aspirin gây chảy máu dạ dày theo các cơ chế sau: Aspirin có chứa các tinh thể acid Salysilic làm ăn mòn niêm mạc dạ dày gây loét chảy máu ; Aspirin ức chế sản xuất gastromucoprotein của niêm mạc dạ dày. Aspirin gây loét và chảy máu, gặp ở dạ dày nhiều hơn tá tràng, do tác dụng tại chỗ và toàn thân.

Tại chỗ: trong môi trường acid của dạ dày, aspirin không phân ly và hoà tan được với mỡ, nên xuyên qua lớp nhầy và ăn mòn niêm mạc gây loét.

Toàn thân ; do aspirin ức chế prostaglandin, làm cản trở sự đổi mới tế bào niêm mạc và ức chế sự sản xuất chất nhầy ở dạ dày và tá tràng.

Các thuốc corticoid gây ức chế tổng hợp prostaglandin

Các thuốc kháng viêm không steroid: những thuốc kháng viêm này gây ức chế men cyclo –oxygenase (cần thiết cho sự tổng hợp prostaglandin từ acid Arachidonic), ngoài ra chúng còn làm gia tăng Leucotrien (là chất làm co mạch và gây viêm).

Một số thuốc chống đông (heparin), kháng vitamin K làm giảm các yếu tố đông máu.

- + Viêm cấp chảy máu dạ dày do rượu: rượu tác dụng trực tiếp lên niêm mạc dạ dày gây viêm phù nề, xuất tiết và xuất huyết.
- + Viêm cấp chảy máu dạ dày do tăng ure máu: do làm viêm niêm mạc dạ dày và tăng tính thấm mao mạch.

- + Loét cấp chảy máu dạ dày do stress: làm tăng tiết HCl và giảm yếu tố bảo vệ cấp.
- + Ung thư dạ dày: chảy máu từ các mạch máu tân sinh nên thường chảy máu dai dẳng, tuy nhiên đôi khi ồ ạt.
- + Polip ở dạ dày tá tràng: do viêm làm chảy máu.
- Do bệnh lý ngoài ống tiêu hoá:
 - + Xơ gan tăng áp lực tĩnh mạch cửa, gây giãn vỡ tĩnh mạch thực quản; trong trường hợp suy gan nặng làm giảm prothombin và các yếu tố đông máu gây chảy máu.
 - + Chảy máu đường mật: chủ yếu gặp ở bệnh nhân viêm loét đường mật, sỏi mật, giun chui ống mật. Cơ chế chảy máu ở đây là viêm và tác nhân cơ học gây ra do giun và sỏi.
 - + Chảy máu từ tụy: do sỏi hoặc do các nang tụy loét vào mạch máu.
 - + Bệnh lý ở tuỷ xương gây rối loạn đông máu và chảy máu như: bệnh bạch cầu cấp, kinh, suy tuỷ xương, xuất huyết giảm tiểu cầu gây chảy máu kéo dài.
 - + Các bệnh máu ác tính: gây viêm dạ dày và do các yếu tố stress làm chảy máu.
 - + Tai biến do điều trị
 - + Do tăng huyết áp

1.2.2. Xuất huyết tiêu hoá dưới

Xuất huyết tiêu hoá dưới là máu chảy có nguồn gốc từ góc Treitz trở xuống.

- Chảy máu từ ruột non hiếm gặp, bao gồm các nguyên nhân sau: viêm túi thừa Meckel, bệnh Crohn, lồng ruột, u, bất thường mạch máu, huyết khối động mạch treo ruột
- Chảy máu từ đại trực tràng: là loại chảy máu thường gặp trong xuất huyết tiêu hoá thấp.
 - + Viêm loét chảy máu ở trực tràng, đại tràng: chảy máu do viêm và loét vào các mạch máu.
 - + Polip trực tràng đại trực tràng có viêm chảy máu: thường chảy máu từng đợt do viêm loét nhiễm trùng các polype.
 - + Ung thư trực tràng, đại tràng: thường gặp ở người già.
 - + Trĩ hậu môn: do vỡ hoặc viêm nhiễm vùng búi trĩ.
 - + Lý trực tràng, lý amip: do tổn thương niêm mạc đại tràng.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1. Xuất huyết tiêu hoá trên

- Tiền triệu: bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá cao thường có cảm giác lợm giọng, buồn nôn và cồn cào vùng thượng vị.
- Nôn ra máu:
 - + Máu tươi.
 - + Máu bầm đen, máu cục.
 - + Có lẫn thức ăn

Số lượng và màu sắc chất nôn thay đổi tùy theo số lượng máu chảy, tính chất chảy và thời gian máu lưu giữ trong dạ dày.

- Đi cầu ra máu: nếu chảy máu ít thường không thể phát hiện được, phân chỉ có màu đà nâu ; nếu chảy máu quá nhiều và cấp thì phân có thể có màu đỏ tươi hoặc máu bầm. Nhưng hay gặp nhất là đi cầu phân đen, mùi thối khắm. Phân có đặc điểm;
 - + Phân đen, lỏng.
 - + Phân đen nhánh như bã cà phê.
 - + Phân đen táo như nhựa đường.

Có thể vừa nôn ra máu vừa ỉa phân đen. có thể chỉ đi ngoài phân đen mà không có nôn ra máu.

Nếu bệnh nhân nôn toàn máu tươi, máu cục hoặc đi cầu máu bầm thì chứng tỏ máu chảy rất nhiều.

Tuy nhiên số lượng máu chảy ra không phản ánh hoàn toàn số lượng máu mất vì có thể máu chảy nhiều nhưng không nôn mà chảy xuống ruột và giữ ở đó.

- Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào tình trạng mất máu nhiều hay ít. Sốc là tình trạng nặng nhất, do giảm thể tích máu đột ngột thường xuyên xuất hiện sau khi nôn ra máu nhiều hoặc sau ỉa phân đen, biểu hiện:
 - + Da xanh tái vã mồ hôi.
 - + Niêm mạc, môi, mắt trắng bệch.
 - + Chân tay lạnh thờ nhanh.
 - + Mạch nhanh nhỏ khó bắt. Huyết áp thấp và kẹt

1.3.3. Xuất huyết tiêu hoá dưới

- Ỉa ra máu tươi, máu cục lẫn theo phân hoặc ra sau phân, có khi chảy thành tia khi đại tiện thường gặp trong bệnh trĩ, các tổn thương ở hậu môn.
- Ỉa ra máu tươi lẫn chất nhầy theo phân hoặc lẫn mũ.
- Tình trạng toàn thân phụ thuộc vào khối lượng máu mất nhiều hay ít như phần mất máu nặng đã nêu ở trên.

Chảy máu tiêu hoá dưới thường chảy ít, mạn tính, hiếm khi chảy máu ồ ạt đưa đến tình trạng choáng.

1.4. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Công thức máu ; tỷ lệ hematocrit, số lượng huyết sắc tố, số lượng hồng cầu: thường phản ánh trung thực lượng máu mất, tuy nhiên phải sau 3-4 giờ.
- Nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hoá trên:
 - + Cho soi thực quản, dạ dày, tá tràng cấp cứu.
 - + Chụp X quang thực quản, dạ dày, tá tràng.
 - + Làm các xét nghiệm chức năng gan, mật, nếu nghi ngờ do xơ gan, do chảy máu đường mật.
- Nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hoá dưới:
 - + Xem phân để xác định tính chất của máu
 - + Xét nghiệm phân: cấy phân, ký sinh trùng đường ruột, máu ẩn
- Thăm trực tràng, hậu môn.
- Soi trực tràng tìm các tổn thương đặc hiệu như: hình ấn móng tay, hình cú áo gấp trong lý amip.
- Soi đại tràng ống mềm

- Chụp X quang khung đại tràng có thuốc cản quang.

1.5. Xử trí

- Hồi sức và hồi phục lại thể tích máu đã mất bằng cách truyền máu tươi theo khối lượng máu đã mất.
- Xử trí nguyên nhân để tránh xuất huyết tái phát.
- Cầm máu tại chỗ qua nội soi.
- Nếu điều trị nội khoa tích cực không có kết quả phải chuyển sang ngoại khoa để phẫu thuật cầm máu.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định bằng cách hỏi bệnh

Đứng trước một bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá người điều dưỡng cần hỏi:

- Nôn ra máu hay đi ngoài ra máu?
- Nếu bệnh nhân nôn ra máu thì phải hỏi:
 - + Trước khi nôn ra máu có uống thuốc gì không?
 - + Máu tươi hay bầm đen ?
 - + Máu có lẫn thức ăn không?
 - + Trước khi nôn ra máu có dấu hiệu báo trước gì không?
 - + Số lượng máu nôn ra và thời gian nôn ra máu như thế nào?
- Nếu bệnh nhân đi ngoài ra máu thì hỏi:
 - + Bệnh nhân đi ngoài ra máu tươi từ bao giờ?
 - + Tính chất của máu có ở phân: máu tươi hay máu cục?
 - + Máu ra trước phân, cùng với phân, hay máu ra sau phân?
 - + Máu có lẫn chất nhầy hay mũ không?
 - + Máu đen hay máu tươi?
 - + Số lượng nhiều hay ít?
- Trước khi nôn ra máu, đi ngoài phân có máu, có lao động nặng gì không ?
- Có lo lắng gì không?
- Có sốt không?
- Có đau bụng khi nôn hoặc khi đại tiện không ?
- Có bị bệnh lý dạ dày hay tá tràng không?
- Các thuốc đã sử dụng và các bệnh đã mắc trước đó

2.1.2. Quan sát bệnh nhân, cần chú ý;

- Tình trạng tinh thần
- Tình trạng toàn thân
- Tính chất của chất nôn và phân
- Tư thế chống đau

2.1.3. Thăm khám bệnh nhân

- Lấy dấu hiệu sống: chú ý mạch và huyết áp.
- Khám bụng: chú ý vùng thượng vị.
- Thăm trực tràng nếu có chỉ định.
- Xem xét các xét nghiệm nếu có.

2.1.4. Nhận định qua thu thập các dữ liệu khác

- Qua hồ sơ và các phiếu xét nghiệm
- Sử dụng các thuốc và cách sử dụng các thuốc
- Qua gia đình bệnh nhân

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở những bệnh xuất huyết tiêu hoá:

1. Chóng mặt do mất máu.
2. Chảy máu do loét dạ dày tá tràng.
3. Lo lắng do tình trạng bệnh cấp và nặng.
4. Chảy máu do viêm loét polyp trực tràng.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cho bệnh nhân nhịn ăn, nằm yên tĩnh trong 24 giờ đầu.
- Trấn an bệnh nhân.
- Thực hiện các y lệnh kịp thời và chính xác.
- Theo dõi và phát hiện có tình trạng mất máu nặng.
- Hướng dẫn người nhà bệnh nhân cách theo dõi và chăm sóc.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân phải nằm tại giường, đầu không kê gối. Phòng nghỉ yên tĩnh.
- Động viên để bệnh nhân yên tâm, tránh lo lắng.
- Cho bệnh nhân thở oxy nếu tình trạng chảy máu nặng có choáng.
- Đặt catheter và truyền giữ mạch bằng nước muối đẳng trương.
- Đặt ống thông dạ dày tá tràng hút hết máu đông trong dạ dày, đồng thời theo dõi tình trạng chảy máu qua ống thông.
- Đi đại tiện tại giường để theo dõi tính chất phân.
- Khi hết nôn ra máu cho bệnh nhân ăn nhẹ: sữa, cháo, súp ...

2.4.2. Thực hiện y lệnh

- Thực hiện các thuốc cho bệnh nhân theo y lệnh một cách khẩn trương.
- Lấy máu xét nghiệm theo y lệnh, chụp X quang.
- Phụ giúp đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm khi có chỉ định.

2.4.3. Theo dõi bệnh nhân

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 30 phút một lần nếu bất thường bác sĩ xử trí kịp thời.
- Theo dõi tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Đo lượng nước tiểu để phát hiện triệu chứng thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Theo dõi tình trạng nôn và tính chất của chất nôn.
- Theo dõi tình trạng đau bụng và tính chất của phân (màu sắc, số lần, số lượng máu và phân của bệnh nhân).
- Theo dõi việc sử dụng thuốc.
- Theo dõi tình trạng toàn thân để phát hiện sớm tình trạng mất máu (da niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp thấp, chóng mặt ...)

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Phòng và tránh bị bệnh bằng cách lao động, nghỉ ngơi hợp lý, tránh lo lắng.
- Không nên uống rượu, cà phê nhiều.
- Sử dụng các thuốc kháng viêm hợp lý và đúng cách.
- Phát hiện sớm các bệnh lý ở đường tiêu hoá và điều trị triệt để.
- Phát hiện sớm các dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá và tích cực điều trị.

2.5. Đánh giá quá trình chăm sóc

Đối với bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân được nghỉ ngơi yên tĩnh, an tâm điều trị.
- Tình trạng chảy máu giảm hoặc mất.
- Các dấu hiệu sống ổn định.
- Lượng nước tiểu tăng lên.
- Bệnh nhân được cho ăn, uống theo chế độ hợp lý.
- Nguyên nhân gây xuất huyết được giải quyết.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ khẩn trương, đầy đủ, chính xác.
- Khi ra viện, bệnh nhân được hướng dẫn cách phát hiện sớm nhất tình trạng xuất huyết tiêu hoá và các nguyên nhân có thể gây xuất huyết tiêu hoá.

Bài 8: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI THUYỀN

1. BỆNH HỌC

1.1. Định nghĩa

Viêm phổi là một bệnh cảnh lâm sàng do thương tổn tổ chức phổi (phế nang, tổ chức liên kết kẽ và tiểu phế quản tận cùng) do nhiều tác nhân như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, hoá chất ...

Người ta phân ra viêm phổi thùy và phế quản phế viêm.

1.2. Dịch tễ học

Bệnh thường xảy ra ở những người có cơ địa xấu như người già, trẻ em suy dinh dưỡng, cơ địa có các bệnh mạn tính, giảm miễn dịch, nghiện rượu, suy dinh dưỡng hay các bệnh phổi có trước như (viêm phế quản mạn, giãn phế quản, hen phế quản ...). Bệnh thường xuất hiện lúc thay đổi thời tiết, yếu tố môi trường thuận lợi và có thể tạo thành dịch nhất là do virus, phế cầu, Hemophilus.

- Trên thế giới: ở Ba Lan viêm phổi cấp chiếm 1/3 các trường hợp nhiễm trùng hô hấp cấp (Szenuka, 1982), ở Hungari bệnh này chiếm 12% các bệnh hô hấp điều trị (1985). Tỷ lệ tử vong ở trẻ nhỏ và người già của các nước phát triển là 10-15%, ở châu Âu tỷ lệ tử vong của viêm phổi khoảng 4,4%, châu Á là 4,1-13,4%, châu Phi 12,9% (Hitze.K.L, 1980).
- Ở Việt Nam: Bệnh viện Bạch Mai và Viện Quân Y 103 thì viêm phổi cấp chiếm tỷ lệ 16-25% các bệnh phổi không do lao, đứng thứ hai sau hen phế quản (1990). Viện Quân Y 103 (từ 1970-1983) khoảng 20-25,7% các bệnh phổi, đứng thứ ba sau viêm phế quản và hen phế quản, theo Chu Văn Ý thì khoảng 16,5%.

1.3. Nguyên nhân của viêm phổi thùy

- Vi khuẩn: các loại vi khuẩn gây nên viêm phổi thường gặp nhất hiện nay là: phế cầu khuẩn, Hemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae. Ngoài ra còn có các loại vi khuẩn khác như liên cầu, tụ cầu vàng, Friedlander (Klebsiella pneumoniae), Pseudomonas aeruginosa, các vi khuẩn kỵ khí như Fusobacterium, hoặc là các vi khuẩn gram âm, thương hàn, dịch hạch ...
- Virus: Virus cúm (Influenza virus), virus sởi, Adenovirus, đậu mùa, bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Ở Mỹ, viêm phổi do virus chiếm 73% nhiễm khuẩn hô hấp trong đó 40% do virus cúm.
- Nấm: Actinomyces, Blastomyces, Aspergillus...
- Ký sinh trùng: amíp, giun đũa, sán lá phổi.

- Hoá chất: xăng, dầu, acid, dịch dạ dày.
- Các nguyên nhân khác: bức xạ, tắc phế quản do u phế quản phổi, ứ đọng ...

1.4. Triệu chứng của viêm phổi thùy

Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng trẻ em, người già, người suy dinh dưỡng, người bị suy giảm miễn dịch thì tỉ lệ cao hơn, bệnh thường xảy ra vào mùa đông – xuân và có khi gây thành dịch, hoặc xảy ra sau các trường hợp nhiễm virus ở đường hô hấp trên như cúm, sởi, herpes, hay ở người bệnh hôn mê, nằm lâu, suy kiệt ...

1.4.1. Giai đoạn khởi phát

Bệnh thường khởi đầu đột ngột với sốt cao, rét run, sốt dao động trong ngày, có đau tức ở ngực, khó thở nhẹ, mạch nhanh, ho khan, toàn trạng mệt mỏi, gầy sút, chán ăn, ở môi miệng có herpes, nhưng các triệu chứng thực thể còn nghèo nàn.

1.4.2. Giai đoạn toàn phát

Thường từ ngày thứ 3 trở đi, các triệu chứng lâm sàng đầy đủ hơn, tình trạng nhiễm trùng nặng lên với sốt cao liên tục, mệt mỏi, gầy sút, biếng ăn, khát nước, đau ngực tăng lên, khó thở nặng hơn, ho nhiều, đờm đặc có màu gỉ sắt hay có máu, nước tiểu ít và sẫm máu.

Khám phổi có hội chứng đông đặc phổi điển hình (hoặc không điển hình) với rung thanh tăng, ấn các khoảng gian sườn đau, gõ đục, nghe âm phế bào giảm, âm thổi ống và ran nổ khô chung quanh vùng đông đặc. Nếu thương tổn nhiều thì có dấu suy hô hấp cấp, có gan lớn và đau, có khi có vàng da và xuất huyết dưới da, ở trẻ em có rối loạn tiêu hoá như buồn nôn, nôn, bụng chướng.

Cận lâm sàng: xét nghiệm máu có lượng bạch cầu tăng, bạch cầu trung tính tăng, tốc độ máu lắng cao, soi tươi và cấy đờm có thể tìm thấy phế cầu, có khi cấy máu có phế cầu. Chụp phim phổi thấy có đám mờ bờ rõ hay không rõ, chiếm một thùy hay phân thùy và thường gặp là thùy dưới phổi phải.

1.4.3. Giai đoạn lui bệnh

- Nếu sức đề kháng tốt, điều trị sớm và đúng thì bệnh sẽ thoái lui sau 7-10 ngày, nhiệt độ giảm dần, toàn trạng khoẻ hơn, ăn cảm thấy ngon, nước tiểu tăng dần, ho nhiều và đờm loãng, trong, đau ngực và khó thở giảm dần. Khám phổi thấy âm thổi ống biến mất, ran nổ giảm đi thay vào là ran ẩm. Thường triệu chứng cơ năng giảm sớm hơn triệu chứng thực thể. Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu trở về bình thường, lắng máu bình thường, thương tổn phổi trên X quang mờ dần. Bệnh khởi hẳn sau 10-15 ngày điều trị và chăm sóc.

- Nếu không điều trị hay điều trị không đúng, sức đề kháng quá kém thì bệnh sẽ nặng dần và đe dọa tử vong: Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc tăng lên.
- + Suy hô hấp.
- + Nhiễm trùng huyết.
- + Áp xe phổi, tràn dịch, tràn mủ màng phổi, màng tim ...

1.5. Chẩn đoán viêm phổi thùy

1.5.1. Chẩn đoán định xác

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Hội chứng đặc phổi điển hình, hoặc không điển hình.
- Hội chứng suy hô hấp cấp (có thể có).

1.5.2. Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào

- Diễn tiến lâm sàng.
- Yếu tố dịch tễ.
- Kết quả xét nghiệm đàm.
- Đáp ứng điều trị.

1.5.3. Chẩn đoán phân biệt

- Phế viêm lao: bệnh cảnh kéo dài, hội chứng nhiễm trùng không rầm rộ, cần làm xét nghiệm về lao để phân biệt.
- Nhồi máu phổi: cơ địa có bệnh tim mạch, nằm lâu, có cơn đau ngực đột ngột, dữ dội, khái huyết nhiều, choáng.
- Ung thư phế quản phổi bội nhiễm: thương tổn phổi hay lặp đi lặp lại ở một vùng và càng về sau càng nặng dần.
- Áp xe phổi giai đoạn đầu.
- Viêm màng phổi dựa vào X quang và lâm sàng.
- Xẹp phổi: không có hội chứng nhiễm trùng, âm phế bào mất, không có ran nổ. X quang có hình ảnh xẹp phổi.

1.6. Điều trị viêm phổi thùy

1.6.1. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn bệnh tiến triển.
- Chế độ ăn dễ tiêu, đảm bảo đủ calo, thêm đạm và các loại vitamin nhóm B, C.
- Bù nước và điện giải vì sốt cao, ăn uống kém, nôn, tiêu chảy ...

1.6.2. Điều trị triệu chứng

- Thuốc hạ sốt: thuốc hạ sốt thường có tác dụng giảm đau. Có thể dùng aspirin hay paracetamol 0,5g x3-4- lần / ngày. Hoặc là acetaminophen (Tylenol), Diantalvic...
- Đảm bảo thông khí, nếu có suy hô hấp thì dùng oxy qua sonde mũi 3-5 lít / phút tùy mức độ (lưu ý nếu có suy hô hấp mạn thì giảm liều còn 1-2- lít / phút và ngắt quãng).
- Các thuốc giãn phế quản: nếu có dấu co thắt phế quản có thể cho thêm theophyllin 100- 200mg x3 lần / ngày.
- Các loại thuốc ho và long đờm:
 - + Codein (Acodin, Neocodeon...) 100mg x 3 lần ngày.
 - + Nếu có đờm đặc và khó khạc có thể dùng Terpin, benzoat natri hoặc Acemuc, Exocemuc, Mucosolvon, Rhinathiol... 2-3- gói / ngày hoặc 3-4- viên / ngày.

1.6.3. Điều trị nguyên nhân

Dùng kháng sinh sớm, đúng loại, đủ liều, dựa vào kháng sinh đồ, khi chưa có kháng sinh đồ thì dựa vào yếu tố dịch tễ, diễn tiến lâm sàng của bệnh, kinh nghiệm của thầy thuốc, thể trạng bệnh nhân và phải theo dõi đáp ứng điều trị để có hướng sử trí kịp thời.

- Do phế cầu, liên cầu:
 - + Kháng sinh chính hiện nay vẫn là: penicillin G. 500.000-100.000 dv x 4 lần / ngày tiêm bắp. Nếu nặng có thể tăng liều và truyền tĩnh mạch. Có thể dùng cefapirin (Cefaloject) 0,5g -1g mỗi 8-12 giờ.
 - + Nếu bị dị ứng với penicillin thì dùng loại macrolid như erythromycin tiêm hay uống 2g / ngày chia 4 lần hay roxythromycin 150mg x2 lần / ngày.
- Do tụ cầu vàng:
 - + Tụ cầu vàng nhạy cảm với methicillin: có thể dùng cefapirin hay nhóm aminosid như Amikacine 15mg/ kg/ ngày tiêm bắp hoặc nhóm fluorquinolon như Ofloxacin truyền tĩnh mạch hay uống 400mg/ ngày chia 2 lần.
 - + Tụ cầu vàng đề kháng methicillin: có thể dùng cefalosporin thế hệ III như cefotaxim (Claforan, Cefomic) 3g/ ngày chia 3 lần hay vancomycin 30-50mg/kg/ ngày tiêm tĩnh mạch chia 3 lần. Nếu nặng có thể phối hợp với amikacin.
- Do Hemophilus influenza: có thể dùng:
 - + Ampicillin 2-3g/ngày uống chia làm 3 lần hay tiêm bắp hoặc ofoxacin hoặc cefapirin.
 - + Gentamicin 3-4mg/kg/ngày tiêm bắp chia 2-3 lần.
- Do Klebsiella pneumoniae: thường điều trị phối hợp cefalosporin thế hệ III với amikacin.
- Do vi khuẩn kỵ khí: penicillin G hay metronidazol 1-2g/24 giờ hoặc cefalosporin thế hệ II, III.
- Do hoá chất: kháng sinh thường dùng là penicillin G phối hợp với prednison 5mg x 6-8 viên / ngày.

Các trường hợp viêm phổi có biến chứng phải điều trị kéo dài cho đến khi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trở về bình thường (xét nghiệm nhiều lần) để tránh biến chứng và tái phát.

1.7. Phòng bệnh

Viêm phổi là một trong những bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến nhất, ngày nay nhờ nhiều loại kháng sinh mới, mạnh nên tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm nhiều. Tuy nhiên vẫn có trường hợp xảy ra thành những vụ dịch nhất là do virus. Để phòng bệnh, giảm biến chứng phải nâng cao thể trạng, giữ ấm trong mùa lạnh, loại bỏ những yếu tố thúc đẩy như môi trường không trong sạch, không hút thuốc lá, phòng ngừa và điều trị sớm, tận gốc các nhiễm trùng ở đường hô hấp trên, các đợt cấp của bệnh phổi mạn tính, điều trị sớm và theo dõi sát giai đoạn sớm của nhiễm trùng đường hô hấp, tránh lây lan. Ngày nay đã có một số vaccin của nhiều loại virus đã được sử dụng và cả một số thuốc chống virus.

2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI THUYỀN

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Đặc điểm của cơn khởi phát như thế nào ?
- Bệnh lý hiện tại của bệnh nhân được biểu hiện như thế nào:
 - + Bệnh nhân có sốt không ?
 - + Bệnh nhân có chán ăn, buồn nôn, nôn bụng trướng không ?
 - + Cơn rét run: tính chất, thời gian kéo dài của cơn rét run.
 - + Mức độ sốt, khó thở, ho, tính chất ho.
 - + Đàm: số lượng đờm, tính chất n.
 - + Đau ngực, tính chất đau.
 - + Trạng thái toàn thân: mức độ mệt mỏi, khả năng ăn uống, những vấn đề gây khó chịu khác.
- Tiền sử bệnh: các bệnh về đường hô hấp, có nghiện rượu và hút thuốc không ?
- Các thuốc đã sử dụng và hiệu quả của các loại thuốc ?

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

- Tình trạng toàn thân: thể trạng chung, tình trạng tinh thần.
- Có vẻ mặt nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, mặt nhợt, hốc hác không ?
- Da, niêm mạc có tái không ? quan sát tình trạng hô hấp: hình thể, di động của lồng ngực,.. Xem bệnh nhân có khó thở không và mức độ khó thở.
- Quan sát tính chất của đờm về số lượng và màu sắc

2.1.3. Thăm khám

- Đo nhiệt độ, bắt mạch xem nhiệt độ có tăng và mạch có nhanh không ?
- Tần số thở có nhanh không ?
- Ấn các khoảng gian sườn có đau không ?
- Khám phổi có hội chứng đông đặc phổi, rung thanh tăng, gõ đục, âm phế bào giảm.
- Nghe phổi có âm thổi ống và ran nổ khô chung quanh vùng đông đặc không?
- Xem xét các xét nghiệm cận lâm sàng:
 - + Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng.
 - + Soi tươi và cấy đờm, cấy máu có thể tìm thấy phế cầu.
 - + Chụp phim phổi thấy có một đám mờ bờ rõ hay không rõ, chiếm một thùy hai phân thùy.

2.1.4. Thu nhập các dữ kiện

- Qua hồ sơ bệnh án đã điều trị và chăm sóc.
- Qua gia đình bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chuẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân viêm phổi thùy:

- Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
- Chán ăn do nhiễm trùng.
- Đau ngực do tổn thương nhu mô phổi.
- Ho do kích thích các tiểu phế quản.
- Nguy cơ nhiễm trùng huyết do điều trị không hiệu quả.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Giải quyết những khó khăn của bệnh nhân: thở và ho ...
- Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ , huyết áp, nhịp thở, màu sắc da, tình trạng hô hấp.
- Theo dõi đề phòng biến chứng.
- Phòng tránh sự lây lan của vi khuẩn gây bệnh.
- Giáo dục về cách phòng bệnh.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Chăm sóc cơ bản

- Bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn sốt. Động viên và giải thích để bệnh nhân yên tâm. Lập bản cân bằng dịch hằng ngày và giám sát chế độ ăn uống của bệnh nhân.
- Tăng cường lượng dịch vào cơ thể trong giới hạn cho phép. Lượng dịch đủ sẽ có tác dụng làm loãng đờm.
- Làm ẩm không khí thở để làm loãng và long đờm, dịch xuất tiết và cải thiện, nâng cao sự thông khí.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu và tập ho, khuyến khích bệnh nhân ho và khạc đờm, phải tránh gây ức chế, làm suy giảm phản xạ ho đặc biệt đối với những bệnh nhân nghe phổi có nhiều ran bọt.
- Áp dụng kết hợp vật lý trị liệu vỗ ngực, rung lắc để làm long đờm, dịch xuất tiết ra ngoài dễ.
- Thức ăn giàu chất dinh dưỡng đủ lượng calo/ ngày. Tránh kiêng khem, chế biến thức ăn sao cho phù hợp với khẩu vị của bệnh nhân. Thức ăn lỏng, ẩm, dễ tiêu, nếu bệnh nhân mệt mỏi không muốn ăn, phải chia nhỏ nhiều bữa ăn để đảm bảo đủ lượng trong ngày.
- Thường xuyên vệ sinh và chăm sóc môi, miệng và mũi. Không để bệnh nhân bị rét run, bị gió lùa, khi vệ sinh da phải dùng nước ấm.
- Cho thở oxy để chống thiếu oxy máu, đặc biệt đối với bệnh nhân bị bệnh tim kèm theo hoặc có rối loạn về tim mạch.

2.4.2. Thực hiện theo y lệnh của thầy thuốc

- Hô hấp hỗ trợ cho bệnh nhân (thông khí cơ học, bóp bóng, thở máy) nếu có chỉ định.
- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản vì sự ứ đọng sẽ gây cản trở sự trao đổi khí và có thể làm chậm quá trình lành bệnh.
- Thực hiện thuốc theo chỉ định của bác sĩ: thuốc kháng sinh tiêm hoặc uống, thuốc điều trị co thắt phế quản, thuốc bổ và thuốc giảm ho nếu bệnh nhân chỉ ho khan (dùng codein liều nhẹ), nhất là khi bệnh nhân có cơn ho dữ dội gây thiếu oxy máu.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, cấy máu, cấy đờm, soi tươi, chụp X quang ...

2.4.3. Theo dõi và đề phòng biến chứng

- Theo dõi sát tình trạng hô hấp của bệnh nhân (theo dõi tần số thở, tính chất hô hấp và nghe phổi) báo cáo lại cho bác sĩ khi có biểu hiện bất thường.
- Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu sinh tồn vào những khoảng thời gian nhất định tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân để đánh giá sự đáp ứng của bệnh nhân với tiến trình điều trị.
- Tiếp tục theo dõi dị ứng thuốc.
- Tiếp tục theo dõi đáp ứng với điều trị.
- Tiếp tục theo dõi dẫn lưu phổi (còn ứ đọng nhiều đờm dịch).

- Cho bệnh nhân chụp X quang phổi theo y lệnh để theo dõi tiến triển của bệnh.
- Thực hiện giám sát chăm sóc đặc biệt đối với những bệnh nhân. ở trong tình trạng sau:
 - + Nghiện rượu hoặc bị bệnh viêm phổi mạn tính. Những bệnh nhân này cũng như bệnh nhân cao tuổi có thể chỉ sốt nhẹ hoặc không sốt.
 - + Viêm phế quản mạn tính: rất khó thấy những thay đổi vì những bệnh nhân này có thể đã có sẵn sự suy giảm trầm trọng chức năng hô hấp.
 - + Động kinh: viêm phổi có thể là hậu quả do sặc trong cơn động kinh.
 - + Mê sảng: có thể do thiếu oxy máu, viêm màng não, say rượu nặng. Khi bệnh nhân mê sảng cần phải:
 - * Phụ giúp bác sĩ chọc dò tuỷ sống: viêm màng não có thể gây tử vong.
 - * Đảm bảo cung cấp đủ dịch cho bệnh nhân và dùng thuốc an thần nhẹ.
 - * Đảm bảo sự thông khí và cho bệnh nhân thở oxy.
 - * Kiểm soát chặt chẽ tình trạng mê sảng để tránh kiệt sức và suy tim.
- Thường xuyên đánh giá những bệnh nhân này về: thái độ, cử chỉ, sự thay đổi về tình trạng tinh thần, trạng thái sững sờ và suy tim.
- Phòng tránh sự lây lan của vi khuẩn gây bệnh:
 - + Tăng cường sự thông thoáng khí các buồng bệnh
 - + Hạn chế sự tiếp xúc: không xếp nhiều bệnh nhân trong phòng. Hạn chế khách, nhân viên y tế ra vào buồng bệnh. Hướng dẫn bệnh nhân dùng khăn hoặc giấy vệ sinh để che mũi miệng khi ho, hắt hơi và quay mặt sang một bên khi nói với người khác.
 - + Nhân viên y tế rửa tay trước và sau khi khám làm thủ thuật trên bệnh nhân. Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật ...
 - + Xử lý chất thải bỏ, dụng cụ cho người bệnh theo quy định.

2.4.4. Giáo dục sức khoẻ

- Giải thích cho bệnh nhân vận động luyện tập theo mức độ tăng dần.
- Khuyến khích bệnh nhân tập thở sâu, tập ho, tập làm giãn nở phổi, làm sạch phổi và phục hồi chức năng hô hấp.
- Khuyến khích bệnh nhân nên đến khám lại sau 4-6 tuần kể từ khi ra viện.
- Giải thích tác hại của hút thuốc, khuyến bệnh nhân bỏ thuốc.
- Khuyến bệnh nhân duy trì sự đề kháng tự nhiên của cơ thể bằng ăn uống tốt, nghỉ ngơi đầy đủ, hợp lý vì sau khi bị viêm phổi bệnh nhân rất dễ bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trở lại.
- Hướng dẫn bệnh nhân để tránh quá bị kiệt sức, bị ảnh hưởng do lạnh quá đột ngột, tránh uống rượu vì những tình trạng này làm giảm sức đề kháng của cơ thể.
- Khuyến bệnh nhân tiêm phòng cúm, vì cúm làm tăng khả năng bị viêm phổi.

2.5. Đánh giá

Bệnh nhân bị viêm phổi thùy được đánh giá là chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân được ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi thích hợp được bảo đảm.
- Hằng ngày bệnh nhân phải được vệ sinh thân thể, răng miệng sạch sẽ.
- Các y lệnh thuốc men được thực hiện đầy đủ, nghiêm túc.
- Tình trạng nhiễm trùng cải thiện.
- Tình trạng hô hấp được cải thiện tốt.
- Đau ngực giảm.
- Bệnh nhân được theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra và xử trí kịp thời.
- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được hướng dẫn cách phòng bệnh.

