SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO HÀ NỘI

GIÁO TRÌNH

Điều dưỡng Ngoại khoa

DÙNG TRONG CÁC TRƯỜNG
TRUNG HỌC CHUYÊN NGHIỆP

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI

SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO HÀ NỘI

BS. NGUYỄN HỮU ĐIỀN *(Chủ biên)*

GIÁO TRÌNH
ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

ĐỐI TƯỢNG: ĐIỀU DƯỠNG ĐA KHOA

(Dùng trong các trường THCN)

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI - 2005

Chủ biên
BS. NGUYỄN HỮU ĐIỀN

Tham gia biên soạn:
BS. NGUYỄN HỮU ĐIỀN
CN. NGÔ VĂN KHÁNH
CN. NGUYỄN HỒNG NHUNG
BS. ĐẶNG TUẤN TRÌNH

Biên tập:
ThS. ĐỒNG NGỌC ĐỨC
TS. LƯU HỮU TỰ

Mã số: $\frac{373 - 373.7}{HN - 05}$ 91/407/05

Lời giới thiệu

Nước ta đang bước vào thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa nhằm đưa Việt Nam trở thành nước công nghiệp văn minh, hiện đại.

Trong sự nghiệp cách mạng to lớn đó, công tác đào tạo nhân lực luôn giữ vai trò quan trọng. Báo cáo Chính trị của Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam tại Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ IX đã chỉ rõ: "Phát triển giáo dục và đào tạo là một trong những động lực quan trọng thúc đẩy sự nghiệp *công nghiệp hóa, hiện đại hóa*, là điều kiện để phát triển nguồn lực con người - yếu tố cơ bản để phát triển xã hội, tăng trưởng kinh tế nhanh và bền vững".

Quán triệt chủ trương, Nghị quyết của Đảng và Nhà nước và nhận thức đúng đắn về tầm quan trọng của chương trình, giáo trình đối với việc nâng cao chất lượng đào tạo, theo đề nghị của Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội, ngày 23/9/2003, Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội đã ra Quyết định số 5620/QĐ-UB cho phép Sở Giáo dục và Đào tạo thực hiện đề án biên soạn chương trình, giáo trình trong các trường Trung học chuyên nghiệp (THCN) Hà Nội. Quyết định này thể hiện sự quan tâm sâu sắc của Thành ủy, UBND thành phố trong việc nâng cao chất lượng đào tạo và phát triển nguồn nhân lực Thủ đô.

Trên cơ sở chương trình khung của Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành và những kinh nghiệm rút ra từ thực tế đào tạo, Sở Giáo dục và Đào tạo đã chỉ đạo các trường THCN tổ chức biên soạn chương trình, giáo trình một cách khoa học, hệ

thống và cập nhật những kiến thức thực tiễn phù hợp với đối tượng học sinh THCN Hà Nội.

Bộ giáo trình này là tài liệu giảng dạy và học tập trong các trường THCN ở Hà Nội, đồng thời là tài liệu tham khảo hữu ích cho các trường có đào tạo các ngành kỹ thuật - nghiệp vụ và đông đảo bạn đọc quan tâm đến vấn đề hướng nghiệp, dạy nghề.

Việc tổ chức biên soạn bộ chương trình, giáo trình này là một trong nhiều hoạt động thiết thực của ngành giáo dục và đào tạo Thủ đô để kỷ niệm "50 năm giải phóng Thủ đô", "50 năm thành lập ngành" và hướng tới kỷ niệm "1000 năm Thăng Long - Hà Nội".

Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội chân thành cảm ơn Thành ủy, UBND, các sở, ban, ngành của Thành phố, Vụ Giáo dục chuyên nghiệp Bộ Giáo dục và Đào tạo, các nhà khoa học, các chuyên gia đầu ngành, các giảng viên, các nhà quản lý, các nhà doanh nghiệp đã tạo điều kiện giúp đỡ, đóng góp ý kiến, tham gia Hội đồng phản biện, Hội đồng thẩm định và Hội đồng nghiệm thu các chương trình, giáo trình.

Đây là lần đầu tiên Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nội tổ chức biên soạn chương trình, giáo trình. Dù đã hết sức cố gắng nhưng chắc chắn không tránh khỏi thiếu sót, bất cập. Chúng tôi mong nhận được những ý kiến đóng góp của bạn đọc để từng bước hoàn thiện bộ giáo trình trong các lần tái bản sau.

GIÁM ĐỐC SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

Lời nói đầu

Giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa do tập thể giáo viên bộ môn Điều dưỡng Ngoại khoa biên soạn bám sát mục tiêu, nội dung của chương trình khung, chương trình giáo dục ngành điều dưỡng. Giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa có cập nhật những thông tin, kiến thức mới về lĩnh vực ngoại khoa, có đổi mới phương pháp biên soạn, tạo tiền đề sư phạm để giáo viên và học sinh có thể áp dụng các phương pháp dạy - học hiệu quả.

Giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa bao gồm các bài học, mỗi bài học có 3 phần (mục tiêu học tập, những nội dung chính và phần tự lượng giá-đáp án). Giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa là tài liệu chính thức để sử dụng cho việc học tập và giảng dạy trong trường trung học chuyên nghiệp.

Bộ môn Điều dưỡng Ngoại khoa xin trân trọng cảm ơn các chuyên gia đầu ngành, các thầy thuốc chuyên khoa đã tham gia đóng góp ý kiến với tác giả trong quá trình biên soạn giáo trình môn học này; xin trân trọng cảm ơn GS. Nguyễn Xuân Nghiên, TS. Nguyễn Thái Sơn đã cho ý kiến phản biện cuốn giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa; xin trân trọng cảm ơn Hội đồng nghiệm thu chương trình, giáo trình các môn học trong các trường trung học chuyên nghiệp thành phố Hà Nội đã có đánh giá và xếp loại xuất sắc cho cuốn giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa.

Giáo trình môn học Điều dưỡng Ngoại khoa chắc chắn còn có nhiều khiếm khuyết, chúng tôi rất mong nhận được những đóng góp ý kiến của các đồng nghiệp, các thầy cô giáo và học sinh nhà trường để giáo trình môn học ngày càng hoàn thiện hơn.

Thay mặt nhóm tác giả
***BS.* Nguyễn Hữu Điền**

ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

- *Số tiết học:* *60*
  + Số tiết lý thuyết: 52
  + Số tiết thực tập: 8
- *Xếp loại môn học:* Môn thi
- *Hệ số môn học:* Hệ số 3
- *Thời điểm thực hiện môn học:* Học kỳ I năm thứ nhất

MỤC TIÊU MÔN HỌC

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, tiến triển và biến chứng của các bệnh ngoại khoa thường gặp.
2. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh ngoại khoa.
3. Thực hiện một số kỹ thuật chăm sóc người bệnh ngoại khoa.

NỘI DUNG MÔN HỌC

STT	Tên bài học	Số tiết lý thuyết	Số tiết thực hành
1	Phòng phẫu thuật và những vấn đề liên quan đến người điều dưỡng	2	
2	Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật	2	2
3	Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật	2	2
4	Chăm sóc người bệnh tắc ruột	2	
5	Chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp	2	

6	Chăm sóc người bệnh thủng dạ dày cấp	2	
7	Chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc	2	
8	Chăm sóc người bệnh sỏi mật	2	
9	Chăm sóc người bệnh viêm tuỵ cấp	2	
10	Chăm sóc người bệnh bỏng	1	
11	Chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn	2	
12	Chăm sóc người bệnh trĩ, rò cạnh hậu môn	2	
13	Chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu	1	2
14	Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo	1	
15	Chăm sóc người bệnh chấn thương phổi, màng phổi	2	
16	Chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu màng phổi	1	
17	Chăm sóc người bệnh sỏi đường tiết niệu	2	
18	Chăm sóc người bệnh chấn thương thận, bàng quang	2	
19	Chăm sóc người bệnh chấn thương niệu đạo	2	
20	Chăm sóc người bệnh u xơ tiền liệt tuyến	2	
21	Chăm sóc người bệnh bong gân	2	
22	Chăm sóc người bệnh sai khớp	1	
23	Chăm sóc người bệnh gãy xương	2	
24	Chăm sóc người bệnh bó bột	1	
25	Chăm sóc người bệnh kéo tạ	1	
26	Chăm sóc người bệnh phẫu thuật xương	2	
27	Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não	2	
28	Chăm sóc người bệnh đinh nhọt	1	
29	Chăm sóc người bệnh áp xe nóng - áp xe lạnh	1	
30	Chăm sóc người bệnh chín mé	1	
31	Chăm sóc người bệnh mở khí quản	1	
32	Bảo quản dụng cụ phòng phẫu thuật	1	2
	Tổng số	**52**	**8**

HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN MÔN HỌC

Giảng dạy

- Lý thuyết: Thuyết trình, thực hiện phương pháp dạy-học tích cực.
- Thực hành: Thực tập tại phòng thực tập của nhà trường, sử dụng quy trình kỹ thuật để dạy thực hành, xem video, slide.

Đánh giá

- Kiểm tra thường xuyên: 3 điểm kiểm tra hệ số 1
- Kiểm tra định kỳ: 3 điểm kiểm tra hệ số 2
- Thi kết thúc môn học: Bài thi viết, sử dụng câu hỏi thi truyền thống cải tiến và câu hỏi thi trắc nghiệm.

Bài 1

PHÒNG PHẪU THUẬT VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được cấu trúc của phòng phẫu thuật.
2. Liệt kê được các nguy hiểm có thể xảy ra trong phòng phẫu thuật.
3. Trình bày được cách sử dụng và bảo quản một số dụng cụ phẫu thuật.
4. Trình bày được cấu tạo, vận hành và bảo quản bàn phẫu thuật.

1. Đại cương

Phòng phẫu thuật là phương tiện chính của quá trình điều trị ngoại khoa. Người điều dưỡng khi tiếp xúc ở phòng phẫu thuật cần biết cấu trúc phòng phẫu thuật, kiểm soát sự an toàn cho phòng phẫu thuật như: vệ sinh phòng phẫu thuật, áp dụng các nguyên tắc cần có trong phạm vi khu phòng phẫu thuật, các nguyên tắc vi trùng học, nhận dạng một số dụng cụ thường gặp trong các cuộc phẫu thuật cùng với sự kiểm soát an toàn còn đòi hỏi ý thức làm tròn nhiệm vụ của điều dưỡng viên khi được phân công: điều dưỡng vòng trong, vòng ngoài và thực hiện một số kỹ thuật trong phòng phẫu thuật như: rửa tay, rửa da người bệnh vùng phẫu thuật, mang găng phẫu thuật, mặc áo choàng...

2. Giới thiệu phòng phẫu thuật

Phòng phẫu thuật là một đơn vị giải phẫu. Nơi đó người ta thực hiện việc phẫu thuật và các hoạt động liên quan đến việc phẫu thuật. Hiện nay, chưa có mô hình chuẩn chính thức quy định cho cấu trúc phòng phẫu thuật nhưng cần có:

2.1.Vị trí: Đặt ở trung tâm của bệnh viện để dễ liên lạc.

2.2. Số lượng: Số phòng phẫu thuật tuỳ theo quy mô của bệnh viện, phải phân định phòng phẫu thuật vô khuẩn và phòng phẫu thuật hữu khuẩn.

2.3. Cấu trúc: Xung quanh tường được lát gạch men hoặc sơn, cửa phòng

phẫu thuật luôn khép kín, có thể dùng thân hoặc chân đẩy vào được, cửa rộng tốt nhất là khoảng 1,50m, chân tường làm cong một góc tù để tiện cho việc cọ, rửa.

2.4. Diện tích: Phòng phẫu thuật thích hợp cho việc thay đổi kế hoạch thông khí trong phòng. Ngoài ra, cần hạn chế tối đa người ra vào. Phòng phẫu thuật không quá rộng nhưng không quá hẹp để các kỹ thuật vô trùng không bị trở ngại khi phòng có đông người.

2.5. Ánh sáng trong phòng: Thường được bố trí bộ phận phát sáng ẩn trong tường. Để cung cấp đủ ánh sáng cho chỗ giải phẫu, có các đèn chiếu phía trên bàn giải phẫu, các đèn này được chế tạo có ánh sáng chiếu tròn .

2.6. Nhiệt độ và độ ẩm: Nhiệt độ trong phòng phẫu thuật cần giữ từ 18 - 20^{0}C và độ ẩm 55 - 60%.

3. Các phòng phụ thuộc trong khu phẫu thuật

- Phòng thay quần áo và phòng vệ sinh: phải ở gần lối vào phòng phẫu thuật để phục vụ nhân viên phẫu thuật.
- Phòng rửa tay.
- Phòng chứa dụng cụ đã khử trùng.
- Phòng chứa các dụng cụ khác. Nếu không dùng thường xuyên như: dụng cụ chỉnh hình, các máy khoan, máy nổ... nên để riêng biệt một phòng khi cần thiết lấy có ngay.

4. Sự an toàn cần thiết trong phòng phẫu thuật

Để bảo vệ an toàn cho người bệnh và nhân viên phòng phẫu thuật, mỗi thành viên làm việc trong phòng phẫu thuật đều có trách nhiệm ngăn ngừa những nguy hiểm có thể xảy ra trong phòng phẫu thuật.

4.1. Sự nguy hiểm vì nổ và cháy

Không để những vật đang cháy hoặc dễ cháy ở gần nơi có chất gây mê và dưỡng khí đang dùng.

4.2. Các nguy hiểm cho người bệnh

- Người bệnh mê hay tỉnh khi ở một mình trên bàn phẫu thuật có thể té ngã do không ý thức hoặc quá bối rối do ảnh hưởng của thuốc mê.
- Tai nạn do di chuyển người bệnh không đúng cách.
- Nhận diện nhầm người bệnh.
- Bỏ sót dụng cụ trong cơ thể người bệnh.

- Cần áp dụng các nguyên tắc vô khuẩn trong suốt thời gian tiến hành cuộc phẫu thuật.

4.3. Các nguy hiểm cho nhân viên phẫu thuật

- Tránh thương tích có thể xảy ra trong cuộc phẫu thuật như điện giật, rách da do vật sắc nhọn.

- Che chắn các vùng niêm mạc như mắt, da bị đứt tiếp xúc với các dịch tiết và máu người bệnh (dễ lây lan các bệnh truyền nhiễm).

5. Bảo quản các dụng cụ phẫu thuật

- Các dụng cụ được chế tạo, sử dụng đúng mục đích.
- Luôn kiểm soát dụng cụ.
- Các vật sắc nhọn phải được để trong hộp.
- Không được thoa dầu mỡ lên dụng cụ khi chuẩn bị tiệt khuẩn.
- Dụng cụ đã dùng rồi phải được ngâm vào dung dịch sát khuẩn để khử khuẩn và dễ rửa.
- Không dùng ête, cồn, benzen để chùi các thấu kính vì sẽ làm hỏng các chất dẻo dính vào kính.
- Các dụng cụ không cùng chất như kim loại, cao su phải ngăn cách hoặc để rời khi gửi đi tiệt khuẩn.
- Dụng cụ đã tiệt khuẩn khi còn nóng phải được lót khăn trên mặt kim loại để ngưng tụ nước không làm ẩm gói đồ.
- Tủ kê cất dụng cụ tiệt khuẩn hàng tuần phải được lau với dung dịch sát khuẩn.

6. Các kim thường dùng

- Kim cong 3 cạnh: đầu bầu và nhọn khâu biểu bì, khâu dây thần kinh, gân.
- Kim cong tròn: khâu cơ, màng cơ, ruột.
- Kim sào (thẳng, dài) khâu dạ dày, ruột...

7. Các loại chỉ thường dùng

7.1. Các loại chỉ tiêu

- Đây là loại chỉ mà các mô của cơ thể có thể tiêu hoá hay hấp thu được.
- Thời gian tiêu huỷ của nó bằng khoảng thời gian của các mô lành trở lại.
- Chỉ catgut: được làm bằng mô liên kết dưới màng nhày của ruột non cừu vừa giết chết. Có hai loại, loại thường và loại chế hoá với chất chrome.

- Loại catgut thường: được tiêu huỷ nhanh chóng và được dùng cho vết thương chóng lành.

- Loại catgut chế hoá với chất chrome: để làm mức độ tiêu hoá hay hấp thu của nó lâu hơn.

- Tiện lợi của loại chỉ catgut:

+ Để dùng thời gian khâu nhanh chóng.

+ Dùng để khâu tất cả các cuộc phẫu thuật (trừ da).

+ Không làm tụ tập chất sạn, tiện lợi trong giải phẫu mật, bàng quang, thận.

- Bất tiện:

+ Dễ gây nhiễm trùng nếu bị nhiễm khuẩn.

+ Đắt tiền hơn các loại chỉ khác.

+ Thời gian tiêu huỷ bị ảnh hưởng bởi cơ địa người bệnh và tình trạng các mô.

7.2. Chỉ màng cơ

Lấy từ màng cơ bắp của người bệnh để làm đầy các khe trống của các nơi cần giữ chặt.

7.3. Sáp trét xương

Được xếp loại các vật liệu để khâu. Nó là một hỗn hợp các thứ sáp, dùng làm ngưng chảy máu trên các xương phẫu thuật.

7.4. Các chỉ khác không tiêu được

- Chỉ tơ (Iecllan): dai sợi, ít gây phản ứng, ít gây sẹo và chóng lành, giá tương đối rẻ.

- Chỉ nilon (Pecllon): dai, ít nhiễm trùng nhưng dễ bị tuột nút.

- Chỉ bông (Line): không dai bằng chỉ tơ.

- Chỉ kim loại: thường là chỉ thép không gỉ, bạc hay đồng. Chỉ chắc và không bị mòn, thường dùng cho các vết thương nhiễm trùng.

8. Bàn phẫu thuật

8.1. Cấu tạo bàn phẫu thuật

Hiện nay, có nhiều kiểu bàn phẫu thuật do nhiều nước sản xuất, hình dáng khác nhau song tất cả đều có nguyên tắc cấu tạo chung giống nhau.

** Cấu tạo chung:*

- Chân bàn: hình trụ ống hoặc khối lồng ghép có thể di chuyển lên cao hoặc xuống thấp theo yêu cầu.

- Bệ có bánh xe nhỏ dễ dàng di chuyển và có thể cố định bằng một bộ phận hãm khi phẫu thuật.

- Cấu tạo bàn phẫu thuật: có thể 3 hoặc 4 mảnh ghép lại với nhau, có thể tháo rời dễ dàng.

+ Hai mép bàn phẫu thuật có các thanh dọc để lắp các ô trượt theo chiều dài của mép và qua các lỗ ổ trượt có thể lắp thêm các phần phụ để đỡ hoặc giữ người bệnh.

+ Dưới bàn phẫu thuật của phần giữa có các khoang để lắp phim chụp ngay lúc đang phẫu thuật khi cần.

- Đầu bàn phẫu thuật: tất cả bàn phẫu thuật đều có một khung để trải vải che phẫu thuật để biệt lập đầu người bệnh ra khỏi vùng phẫu thuật ngực, bụng.

- Các bộ phận phụ của bàn phẫu thuật gồm có:

+ Giá đỡ hai tay người bệnh khi phẫu thuật bụng.

+ Giá đỡ hai đầu gối trong tư thế phẫu thuật sản phụ khoa.

+ Giá đỡ lưng hoặc ngực trong tư thế phẫu thuật lồng ngực hoặc phẫu thuật thận.

+ Các bao da để buộc vào chân hoặc băng dính để giữ tay và băng da để buộc chân.

8.2. Vận hành bàn phẫu thuật

- Nâng cao hoặc hạ thấp bàn phẫu thuật, nhờ một cần lắp ở chân bàn phẫu thuật.

- Quay mặt bàn nghiêng sang phải hoặc nghiêng sang trái: nhờ một vô lăng hoặc tay quay hoặc một nút ấn lắp ở đầu bàn.

- Bàn có thể quay cho đầu cao hoặc đầu thấp: cũng do bộ phận lắp ở gần đầu bàn.

- Mặt bàn có thể nâng cao ở đoạn giữa trong tư thế phẫu thuật thận.

8.3. Bảo quản bàn phẫu thuật

- Sau khi phẫu thuật lau sạch bàn phẫu thuật:

+ Chống han gỉ, kéo dài tuổi thọ của bàn.

+ Các vết han gỉ, các vết máu hoặc dịch bẩn là ổ chứa nhiều vi khuẩn.

- Định kỳ cho dầu vào bánh xe, các khớp của bàn và các bộ phận quay chuyển nhằm sử dụng dễ dàng và kéo dài tuổi thọ của bàn.

- Hàng tuần cọ rửa bằng nước và xà phòng toàn bộ bàn phẫu thuật và sau đó phải lau khô ngay để tránh han gỉ.

- Các phụ kiện bàn phẫu thuật để đúng nơi quy định, dễ tìm khi dùng và hàng tuần cũng phải lau chùi như bàn phẫu thuật.

8.4. Đưa người bệnh lên xuống bàn phẫu thuật

8.4.1. Đưa người bệnh lên bàn phẫu thuật

- Người bệnh đi lại được:

+ Hạ thấp bàn phẫu thuật giúp người bệnh tự lên bàn hoặc dùng một ghế có nhiều bậc để người bệnh tự trèo lên.

+ Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế phẫu thuật.

+ Sử dụng các phương tiện giữ chân tay người bệnh.

- Người bệnh nặng không đi lại được hoặc đã tiền mê:

+ Đẩy cáng người bệnh song song với bàn phẫu thuật hoặc tạo bàn phẫu thuật hình chữ L để chuyển người bệnh từ cáng sang bàn phẫu thuật với sự giúp đỡ của 2 hoặc 3 điều dưỡng viên.

Chú ý:

+ Luôn giữ người bệnh ở tư thế nằm ngang, không thay đổi tư thế đột ngột để phòng trụy tim mạch.

+ Chọn tư thế đầu của người bệnh cho thích hợp để khi di chuyển thì đầu bệnh nhân đặt đúng đầu bàn phẫu thuật ngay lập tức.

+ Đặt người bệnh ở tư thế phẫu thuật đúng với phẫu thuật.

+ Sử dụng các phương tiện giữ tay chân người bệnh.

8.4.2. Chuyển người bệnh từ bàn phẫu thuật sang cáng

- Tình trạng người bệnh sau phẫu thuật:

+ Chưa tỉnh hoàn toàn, mất phản xạ ho sặc, do vậy nếu có nôn thì dịch dạ dày dễ trào ngược vào đường thở.

+ Tuần hoàn chưa ổn định, nếu thay đổi tư thế đột ngột dễ gây trụy tim mạch.

+ Phải ủ ấm thích hợp theo mùa để bảo đảm an toàn cho người bệnh .

8.4.3. Quá trình chuyển người bệnh từ bàn phẫu thuật về phòng

- Đặt cáng song song với mặt bàn hoặc tạo với bàn hình chữ L để chuyển người bệnh với sự trợ giúp của 2 đến 3 điều dưỡng viên.

- Động tác chuyển phải nhẹ nhàng, từ từ và giữ người bệnh ở tư thế luôn nằm ngang.

- Khi sang cáng, đặt đầu người bệnh nằm nghiêng sang một bên để đề phòng nôn, tránh tụt lưỡi nên đặt ống Mayor.

- Đắp chăn mỏng nếu là mùa hè, chăn bông nếu là mùa đông và nâng bộ phận đỡ dọc hai bên cáng để phòng người bệnh cựa và ngã nếu không có bộ phận đỡ thì buộc phải giữ hoặc có hai điều dưỡng đi hai bên.

- Chuyển người bệnh về phòng.

- Bàn giao cho điều dưỡng săn sóc sau phẫu thuật hoặc phòng bệnh.

  + Hồ sơ.

  + Tình trạng người bệnh lúc bàn giao.

  + Các ống dẫn lưu (nếu có).

  + Các y lệnh chăm sóc đặc biệt (nếu có).

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Viết đủ 6 yêu cầu cho khu phẫu thuật:

   A: Vị trí phòng phẫu thuật

   B: Số lượng

   C: Ánh sáng

   D:.....

   E: Cấu trúc phòng phẫu thuật

   F: Các phòng phụ thuộc trong khu nhà phẫu thuật

2. Mô tả đủ 5 cấu tạo chung về bàn phẫu thuật:

   A: Chân bàn hình trụ

   B: Bệ có bánh xe nhỏ

   C: .....

   D: Bộ phận phụ gồm giá đỡ tay, đầu gối, lưng và bao da

   E: Phẫu thuật bàn có 3 đến 4 mảnh có thể tháo rời

3. Nâng hoặc hạ bàn phẫu thuật nhờ một cái.....(A)....được lắp ở chân bàn. Nó hoạt động nhờ một cái.....(B).....cơ học hay bằng hệ thống dầu.

   A:.....

   B:.....

*** Phân biệt đúng/sai các câu hỏi từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Khi người bệnh còn mê phải đặt nằm đầu nghiêng.		
5	Khi di chuyển người bệnh từ khu phẫu thuật về phòng hồi tỉnh cần ủ ấm thích hợp.		
6	Mục đích bảo quản phòng phẫu thuật là duy trì buồng phẫu thuật luôn sạch.		
7	Để phòng nhiễm khuẩn các thao tác trong nhà phẫu thuật phải đảm bảo vô khuẩn.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Ánh sáng trong phòng phẫu thuật:

A: Đèn cần lộ ra ngoài để dễ lau chùi

B: Ánh sáng cần được chiếu lan tỏa

C: Ánh sáng cần có sức nóng để tạo ấm da

D: Công tắc đèn cần được lắp một hệ thống cùng tắt hoặc mở

E: Các câu trên đều sai

9. Sự an toàn cần thiết trong phòng phẫu thuật:

A: Tránh nguyên nhân gây cháy nổ do hơi đốt

B: Oxy và thuốc gây mê là nguồn gốc đưa đến cháy nổ

C: Tai nạn nguy hiểm cho người bệnh do nhận diện nhầm

D: Câu A-B-C đúng

E: Câu B-C đúng

10. Các nguy hiểm cho nhân viên giải phẫu:

A: Bị thương tích do điện giật, rách da

B: Tiếp xúc với các dịch tiết và máu người bệnh

C: Người bệnh kích động đánh

D: Câu A-B-C đều đúng

E: Câu A-B-C đều sai

Bài 2
CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC KHI PHẪU THUẬT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được 4 nhóm công việc phải làm khi chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch (phẫu thuật phiên).
2. Trình bày được 4 nhóm công việc khi chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu.

Mục đích việc chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật là giúp người bệnh ở trạng thái tốt nhất, yên tâm sẵn sàng chấp nhận cuộc phẫu thuật đến với họ, chuẩn bị trên hai phương diện: cả tinh thần và thể chất cho người bệnh. Sự thành công của phẫu thuật phần lớn nhờ vào sự chuẩn bị trước phẫu thuật.

Việc chuẩn bị người bệnh phẫu thuật tuỳ thuộc vào chương trình phẫu thuật hoặc tổ chức cơ quan của vùng cần phẫu thuật. Có hai loại phẫu thuật chính, phẫu thuật có kế hoạch và phẫu thuật cấp cứu.

1. Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật theo kế hoạch

1.1. Chuẩn bị tinh thần người bệnh

- Cần giải thích để người bệnh biết mục đích, lợi ích, phương thức phẫu thuật.
- Các ảnh hưởng sau phẫu thuật: đau, khó chịu khi mang trên người các ống dẫn lưu.
- Trả lời đầy đủ các thắc mắc của người bệnh trong phạm vi cho phép.
- Trao đổi với thân nhân người bệnh những điều cần thiết của người bệnh và khuyên họ nên quan tâm chia sẻ động viên người bệnh, cùng hợp tác trong việc chuẩn bị trước phẫu thuật cho người bệnh.

1.2. Thủ tục hành chính

- Giấy cam kết chấp thuận phẫu thuật.

- Hồ sơ phẫu thuật: giấy điều trị có chỉ định phẫu thuật của bác sĩ, phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi dấu hiệu sinh tồn, bảng tóm tắt bệnh lý, các phiếu xét nghiệm cần thiết, phiếu thử test kháng sinh.

1.3. Chuẩn bị thể chất người bệnh

1.3.1. Đánh giá tình trạng sức khoẻ toàn thân người bệnh

- Tổng trạng: tuổi tác, da-niêm mạc, tỉnh, kém ý thức, vô ý thức.

- Cân nặng: gầy, béo.

- Dấu hiệu sinh tồn.

1.3.2. Chuẩn bị các xét nghiệm theo y lệnh của bác sĩ

- Xét nghiệm máu: công thức máu, dung tích hồng cầu, thời gian máu chảy-máu đông (TS-TC), nhóm máu, đường huyết, ure máu.

- Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu.

- X quang, siêu âm, điện tâm đồ.

- Các xét nghiệm khác: chức năng gan, thận, tuyến giáp, hô hấp...

1.3.3. Chuẩn bị vệ sinh cá nhân: vệ sinh da vùng phẫu thuật.

- Những ngày trước phẫu thuật: người bệnh luôn tắm rửa sạch sẽ hàng ngày.

- Trước ngày phẫu thuật phải cạo lông vùng da phẫu thuật (nếu có) và tránh làm xây xát da, sau đó rửa sạch da bằng xà phòng.

- Vùng phẫu thuật đặc biệt như sọ não thì phải cắt hết tóc trước khi cạo nhẵn da.

- Báo cáo các vết bất thường vùng da nơi sẽ phẫu thuật: u, nhọt, vết thương có sẵn...

1.3.4. Chuẩn bị chế độ ăn uống của người bệnh

- Một tuần trước phẫu thuật người bệnh cần được bồi dưỡng đầy đủ thức ăn có đạm, đường, sinh tố, chất khoáng.

- Một ngày trước phẫu thuật cho người bệnh ăn nhẹ buổi sáng, chiều uống nước đường: ăn cháo hoặc uống sữa.

- Nhịn ăn uống 6-8 giờ trước phẫu thuật.

- Thụt tháo phân 2 lần: 1 lần tối hôm trước phẫu thuật, 1 lần sáng sớm ngày hôm sau trước khi đi phẫu thuật (theo y lệnh của bác sĩ).

1.4. Chuẩn bị bệnh nhân trong ngày phẫu thuật

- Lấy lại dấu hiệu sinh tồn.

- Làm gọn tóc người bệnh.

- Tháo các tư trang người bệnh gửi thân nhân hoặc ký gửi khoa phòng (phải có giấy biên nhận, bàn giao).

- Thụt tháo (nếu có chỉ định).

- Đeo bảng tên vào tay người bệnh.

- Thay quần áo sạch đúng quy định cho người bệnh phẫu thuật.

- Kiểm tra đầy đủ lại hồ sơ.

- Thực hiện các thủ thuật đặc biệt riêng với từng người bệnh nếu có (rút sonde tiểu, dạ dày...)

- Sát khuẩn vùng da phẫu thuật, phủ gạc vô khuẩn và băng lại.

- Di chuyển người bệnh lên nhà phẫu thuật, nên dùng xe đẩy hoặc cáng (một số bệnh đặc biệt phải di chuyển nhẹ nhàng, không được thay đổi tư thế như xuất huyết tiêu hoá, chấn thương sọ não, vỡ xương chậu).

- Bàn giao người bệnh với nhân viên phòng phẫu thuật cùng hồ sơ bệnh án.

2. Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu

Phẫu thuật cấp cứu gồm các chỉ định người bệnh cần phẫu thuật ngay, có thể là tối khẩn như vỡ tạng (gan, lách, thận...), vỡ dạ con, thủng phổi, thủng tim. Hoặc phẫu thuật khẩn như: suất huyết tiêu hóa, thoát vị bẹn nghẹt, viêm ruột thừa, viêm phúc mạc, thủng dạ dày...

2.1. Chuẩn bị tinh thần

Giải thích cho người bệnh hoặc thân nhân người bệnh biết mục đích, lợi ích về phương thức phẫu thuật và những điều cần thiết về người bệnh.

2.2. Thủ tục hành chính không làm kịp thì bổ sung sau

- Kiểm tra chỉ định phẫu thuật cấp cứu của bác sĩ và giấy cam kết phẫu thuật.

- Kiểm tra kết quả các xét nghiệm để dán vào hồ sơ.

- Dán các bảng biểu: kế hoạch chăm sóc, bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn, giấy chứng nghiệm test kháng sinh...

2.3. Chuẩn bị về thể chất

- Hồi sức cho người bệnh: truyền dịch, tiêm các thuốc trợ tim, trợ lực theo y lệnh của bác sĩ.

- Cân nặng.

- Thực hiện y lệnh một cách khẩn trương.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.

- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản theo y lệnh của bác sĩ:
  + Công thức máu.
  + Nhóm máu.
  + Máu chảy - máu đông.
  + Điện giải đồ.
  + X quang, siêu âm.
- Chuẩn bị da vùng phẫu thuật:
  + Rửa da và cạo lông vùng phẫu thuật (nếu có).
- Dinh dưỡng:
  + Người bệnh nhịn ăn, uống hoàn toàn.
  + Trường hợp người bệnh vừa ăn thì tiến hành rửa dạ dày.
- Thay quần áo sạch theo quy định.

2.4. Chuẩn bị trước khi đưa người bệnh lên nhà phẫu thuật

- Khẩn trương làm các thủ thuật đặc biệt theo y lệnh bác sĩ.
- Di chuyển bệnh nhân lên nhà phẫu thuật nhẹ nhàng bằng xe đẩy hoặc cáng, người điều dưỡng phải đi ở phía chân người bệnh để quan sát sắc mặt người bệnh phát hiện và xử trí các biến chứng (trước khi di chuyển phải báo trước nhân viên phòng phẫu thuật để có kế hoạch tiếp đón người bệnh).
- Tiến hành bàn giao người bệnh cùng hồ sơ với nhân viên nhà phẫu thuật.

Bài 3
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc một số bệnh ngoại khoa.

1. Những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật

Thường chia làm 3 giai đoạn:

1.1. Các biến chứng tức thì ngay sau phẫu thuật

- Ngạt: thường xảy ra ngay sau gây mê, nguyên nhân thường do bị cản trở đường hô hấp như đờm dãi, tụt lưỡi hoặc không cung cấp đủ oxy khi phẫu thuật.

- Sốc: thường xảy ra ngay sau phẫu thuật, nguyên nhân chủ yếu là do chảy máu hoặc rối loạn trung tâm hệ thần kinh.

- Chảy máu: thường do tụt chỉ cầm máu, hoặc do rối loạn cơ chế đông máu.

- Nôn: chủ yếu do nhiễm độc thuốc mê, hoặc do ứ đọng nhiều dịch ở dạ dày

- Ngất: do giảm lưu lượng tuần hoàn đột ngột thường là do mất máu, mất nước nhiều.

1.2. Biến chứng trong thời gian hậu phẫu

1.2.1. Biến chứng toàn thân

- Bí đái: nguyên nhân do bàng quang bị liệt bởi thuốc mê.

- Giãn dạ dày cấp: nguyên nhân thường do uống nước nhiều và quá sớm.

- Liệt ruột: nguyên nhân thường do thuốc mê và kích thích nhiều vào ruột trong quá trình phẫu thuật .

- Các biến chứng về phổi: thường là viêm phổi, viêm phế quản, nguyên nhân hay gặp ở người già hô hấp yếu do lạnh hoặc hít vào chất nôn.

- Viêm tuyến mang tai: nguyên nhân thường do sang chấn ở vùng họng trong khi gây mê.

- Nhức đầu: nguyên nhân chủ yếu do áp lực nước não tuỷ bị giảm.

1.2.2. Biến chứng tại vết phẫu thuật

- Nhiễm khuẩn vết phẫu thuật: nguyên nhân thường là do thiếu kỹ thuật vô khuẩn và tiệt khuẩn.

- Bọc máu ở vết phẫu thuật: nguyên nhân thường tụ máu thành bọc không chảy qua vết phẫu thuật ra ngoài được.

1.3. Biến chứng muộn sau phẫu thuật

Thường xảy ra vào những ngày sau hoặc khi người bệnh ra viện.

- Viêm tắc tĩnh mạch: thường sau phẫu thuật sinh dục, sản khoa.

- Tắc mạch: thường do cục máu đông vào được hệ tuần hoàn gây tắc mạch phổi, mạch não, mạch tim rất nguy hiểm.

- Rối loạn quá trình thành sẹo: nguyên nhân thường do cơ địa của người bệnh tạo sẹo lồi.

2. Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Chia làm 3 giai đoạn:

- Chăm sóc người bệnh ngay sau phẫu thuật.
- Chăm sóc người bệnh ngày đầu sau phẫu thuật (24 giờ đầu).
- Chăm sóc người bệnh những ngày sau.

2.1. Chăm sóc người bệnh ngay sau phẫu thuật

2.1.1. Nhận định

- Tình trạng mê của người bệnh (đã tỉnh hẳn, lơ mơ hay còn mê?).
- Tình trạng toàn thân (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng vết phẫu thuật.
- Tình trạng các ống dẫn lưu.
- Màu sắc da chỗ phẫu thuật, màu da của người bệnh: xanh, tím, đỏ bừng.
- Theo dõi tình trạng thở: kiểu thở, tần số thở, có khò khè không.
- Theo dõi các biến chứng ngay sau phẫu thuật (như đã viết ở phần trên).

2.1.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tư thế người bệnh.
- Theo dõi phản ứng của người bệnh.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Giáo dục sức khoẻ.

2.1.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Tư thế nằm tuỳ theo từng loại phẫu thuật:
  + Phẫu thuật bụng: nằm ngửa thẳng đầu thấp nghiêng một bên.
  + Phẫu thuật ngực: nằm tư thế fowler.
  + Phẫu thuật thận: nằm nghiêng co một bên chân.
- Theo dõi phản ứng của người bệnh:
  + Vật vã kích thích: do đau đớn, do thiếu oxy, do người bệnh mỏi, do bí đái.
  + Run toàn thân: do lạnh, do phản ứng với thuốc.
- Đo dấu hiệu sinh tồn (chú ý đặc biệt tới mạch, huyết áp và nhịp thở).
  + Người bệnh thở không êm, khò khè: phải hút đờm dãi, đặt canuyl-Mayor. Cho nằm nghiêng tránh nôn vào đường thở nếu thấy nhịp thở nhanh > 30 lần/1phút hoặc < 30 lần/1phút phải báo với bác sĩ ngay.
  + Đo mạch, huyết áp 30phút/1lần tới khi người bệnh tỉnh hẳn thì đo 3giờ/1lần.
    - Nếu mạch nhanh trên 100lần/1phút phải báo bác sĩ ngay.
    - Nếu huyết áp tối đa < 100mmHg phải báo với bác sĩ ngay.
    - Nhiệt độ người bệnh có thể hơi sốt nhẹ 38°C: do phản ứng của cơ thể hoặc do thiếu nước.
- Giải thích cho gia đình người bệnh biết tình trạng của người bệnh để an tâm và hợp tác điều trị.
- Thường xuyên kiểm tra miệng nếu thở khò khè phải hút đờm dãi, người bệnh vã mồ hôi phải lau khô tránh lạnh cho người bệnh.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch theo y lệnh.
  + Tiêm kháng sinh và các thuốc khác theo y lệnh.
  + Theo dõi các ống dẫn lưu (phòng các biến chứng ngay sau phẫu thuật như đã viết ở phần trên: chảy máu...)
  + Theo dõi vết phẫu thuật: nếu có bọc máu hoặc ứa máu phải báo với bác sĩ.

+ Đặt thông tiểu theo chỉ định của bác sĩ và theo dõi lượng nước tiểu 1giờ/1 lần để giúp bác sĩ tính lượng dịch nhập xuất của người bệnh.

- Khi chuyển người bệnh từ bàn phẫu thuật sang cáng phải thật nhẹ nhàng không được thay đổi tư thế. Huyết áp tối đa > 80mmHg. Trên đường di chuyển về phòng hồi tỉnh phải thật nhẹ nhàng, người điều dưỡng phải đi ở phía chân người bệnh để quan sát sắc mặt người bệnh phát hiện các tai biến. Khi về phòng hồi tỉnh cho người bệnh nằm ngửa thẳng đầu nghiêng về một bên để tránh chất nôn vào khí phế quản.

- Giáo dục sức khoẻ (nếu người bệnh đã tỉnh): hướng dẫn người bệnh sử dụng các thiết bị cấp cứu của bệnh viện như chuông báo động...

2.1.4. Đánh giá

- Người bệnh tỉnh táo, an toàn.
- Phát hiện sớm các biến chứng nếu có.

2.2. Chăm sóc người bệnh 24 giờ đầu sau phẫu thuật

2.2.1. Nhận định

- Tình trạng tỉnh táo của người bệnh.
- Toàn trạng người bệnh: da xanh...
- Dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết phẫu thuật: đau, có sưng tấy không, chảy máu không?
- Tình trạng ống dẫn lưu: theo dõi số lượng và màu sắc dịch chảy ra.
- Tình trạng trung tiện.
- Các dấu hiệu biến chứng nếu có.

2.2.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Chế độ vệ sinh cho người bệnh.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi phát hiện biến chứng sau phẫu thuật.
- Giáo dục sức khoẻ.

2.2.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đo dấu hiệu sinh tồn 3 giờ/lần.
- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Người bệnh khát nước: không cho uống nước mà chỉ cho uống một thìa cà phê nước muối sinh lý 15phút/1lần để làm giảm cảm giác khát ở miệng người

bệnh. Tránh dùng nước cam, sữa tạo điều kiện cho miệng lên men chua.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Truyền dịch: cho tới khi người bệnh trung tiện được.

+ Tiêm kháng sinh và các thuốc hồi sức khác.

+ Theo dõi lượng dịch chảy ra qua ống dẫn lưu để báo cáo bác sĩ.

+ Theo dõi tình trạng vết phẫu thuật: nếu vết phẫu thuật ướt, gạc thấm máu nhiều thì thay băng theo chỉ định của bác sĩ.

- Người bệnh nằm yên tĩnh theo tư thế fowler, nên nằm nghiêng về phía ống dẫn lưu tạo điều kiện cho dịch dẫn lưu chảy ra.

- Giáo dục sức khoẻ, động viên người bệnh gắng chịu đau và các vướng víu của hệ thống truyền và dẫn lưu.

2.2.4. Đánh giá

- Thực hiện đầy đủ y lệnh của bác sĩ.

- Phát hiện sớm các biến chứng nếu có.

- Người bệnh có thể ngồi dậy trên giường bệnh.

2.3. Chăm sóc người bệnh những ngày sau

2.3.1. Nhận định

- Toàn trạng.

- Tình trạng vết phẫu thuật.

- Đã trung tiện được chưa (thường người bệnh trung tiện sau 3 ngày phẫu thuật).

- Tình trạng các ống dẫn lưu (rút theo y lệnh của thầy thuốc).

- Các biến chứng khác:

+ Tại chỗ: nhiễm trùng vết phẫu thuật (có thể phải cắt chỉ cách quãng hoặc cắt chỉ toàn bộ vết phẫu thuật).

+ Toàn thân: viêm họng, viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

- Tình trạng tiểu tiện của người bệnh.

- Tình trạng ăn ngủ của người bệnh: thường người bệnh sau 3 ngày trung tiện được thì bắt đầu cho ăn uống từ lỏng đến đặc từ ít đến nhiều.

2.3.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.

- Chế độ vệ sinh cho người bệnh.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi phát hiện các biến chứng sau phẫu thuật.
- Chế độ ăn uống của người bệnh.
- Giáo dục sức khoẻ.

2.3.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đo dấu hiệu sinh tồn: thường người bệnh sốt vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật phải nghĩ ngay đến nhiễm khuẩn vết phẫu thuật hoặc áp xe các ổ đọng dịch.
- Chế độ vệ sinh: vệ sinh răng miệng hàng ngày, lau người bệnh bằng nước ấm, thay quần áo sạch hàng ngày (chú ý nách, bẹn khi trời nóng nực).
- Động viên người bệnh thực hiện quy chế chế độ của bệnh viện.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Truyền dịch (thường truyền 3-4 ngày khi người bệnh đã trung tiện và ăn uống được thì dừng. Mỗi ngày khoảng 2 lít dịch.

+ Tiêm kháng sinh: thường 7 ngày.

+ Theo dõi các ống dẫn lưu: rút theo chỉ định của bác sĩ.

+ Theo dõi vết phẫu thuật: thường vết phẫu thuật khô liền sẹo tốt cắt chỉ vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

+ Chú ý đến chân các ống dẫn lưu cũng dễ bị nhiễm khuẩn, do đó khi thay băng phải thay băng cả chân ống dẫn lưu

+ Theo dõi nước tiểu hàng ngày, nếu người bệnh bí đái phải đặt thông tiểu.

2.3.4. Đánh giá

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Phát hiện và xử trí sớm các biến chứng.
- Gia đình và người bệnh yên tâm và hợp tác tốt với bệnh viện để điều trị bệnh.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Liệt kê 6 biến chứng toàn thân trong thời gian hậu phẫu:

A: Bí đái

B: .....

C: .....

D: .....

E: Viêm tuyến mang tai

F: Nhức đầu.

2. Liệt kê 2 biến chứng tại vết phẫu thuật sau phẫu thuật:

A: .....

B: .....

3. Liệt kê ba biến chứng muộn sau phẫu thuật:

A: .....

B: Tắc mạch

C: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Cần săn sóc vệ sinh miệng hàng ngày cho người bệnh sau phẫu thuật để tránh viêm họng.		
5	Ống dẫn lưu cần nối với chai vô khuẩn để tránh nhiễm trùng ngược dòng.		
6	Bình thường người bệnh truyền 3 lít dịch thì tiểu tiện 500ml.		
7	Mục đích của đặt ống sonde mũi, dạ dày là để hút không khí và các dịch đọng trong dạ dày nhằm giảm căng đường tiêu hoá.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Biến chứng tức thì sau phẫu thuật thường:

A: Ngạt

B: Bí đái

C: Giãn dạ dày cấp

D: Liệt ruột

E: Nhiễm khuẩn vết phẫu thuật

9. Vết phẫu thuật khô liền sẹo tốt thường cắt chỉ sau phẫu thuật vào ngày thứ

A: 3 ngày

B: 5 ngày

C: 7 ngày

D: 10 ngày

E: 15 ngày

10. Lượng dịch truyền cho người bệnh sau phẫu thuật trong ngày thường là:

A: 500ml

B: 1 lít

C: 2 lít

D: 3 lít

E: 5 lít

Bài 4
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẮC RUỘT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các nguyên nhân gây tắc ruột thường gặp.
2. Trình bày được các triệu chứng của tắc ruột.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tắc ruột.

1. Đại cương

- Định nghĩa: Tắc ruột là một bệnh cấp cứu ngoại khoa do phân và hơi không lưu thông được trong nòng ruột (chiếm 19,2% các trường hợp cấp cứu bụng, đứng thứ 2 sau viêm ruột thừa).

- Không chẩn đoán và xử trí sớm, bệnh sẽ để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong (khoảng 24,8%).

2. Nguyên nhân: chia 2 loại:

2.1. Tắc ruột cơ học: chia 2 loại tuỳ theo cơ chế gây tắc.

* *Tắc ruột do nút*

- Do giun đũa.
- Do bã thức ăn.
- Do sỏi phân (số ít do sỏi mật xuống).
- Do u trong cũng như ngoài nòng ruột.

* *Tắc ruột do thắt*

- Lồng ruột cấp ở trẻ em.
- Xoắn ruột.
- Thoát vị bẹn thắt.
- Do dây chằng (nhất là sau phẫu thuật cũ).

2.2. Tắc ruột cơ năng

- Do liệt ruột: thuốc mê, viêm phúc mạc.
- Do co thắt:
  + Ngộ độc chì, Alaloit, độc tố.
  + Tổn thương thần kinh trung ương.

3. Giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh

- Đoạn ruột trên chỗ tắc phù nề dẫn đến hiện tượng thoát huyết tương ra khỏi thành mạch: vì vậy, hồi sức phải bù nước và điện giải vì người bệnh mất nước.

- Đoạn ruột trên chỗ tắc giãn rộng làm cho phù nề ngày càng tăng: vì vậy, phải hút dạ dày liên tục để hạn chế sự mất nước, giảm khối lượng tuần hoàn gây rối loạn điện giải.

4. Triệu chứng

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau: đau bụng từng cơn dữ dội.
- Nôn: tắc càng cao nôn càng sớm, tắc thấp nôn muộn.
- Bí trung đại tiện (triệu chứng trung thành nhất).

4.2. Triệu chứng toàn thân

- Hội chứng mất nước: môi khô, lưỡi bẩn, hốc hác, mạch hơi nhanh.
- Nhiễm độc (nếu hoại từ ruột): mạch nhanh, huyết áp hạ dần, lo lắng, da sạm, đái ít, nước tiểu sẫm màu.

4.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: bụng trướng, có dấu hiệu rắn bò, quai ruột nổi.
- Sờ nắn: có thể thấy nguyên nhân gây tắc ruột như búi giun, khối lồng (chú ý tìm lỗ thoát vị và thăm trực tràng cũng có ý nghĩa giúp cho chẩn đoán).
- Gõ: vang khắp bụng.
- Nghe: có tiếng nước óc ách trong lòng ruột.

4.4. Triệu chứng Xquang và xét nghiệm

- Chụp Xquang: có nhiều mức nước, mức hơi.
- Xét nghiệm máu: hồng cầu cô đặc 8 - 10 triệu/1mm^3 máu.

5. Biến chứng

* *Biến chứng trước phẫu thuật:* Sốc

* *Biến chứng sau phẫu thuật:*

- Sốc.
- Viêm phúc mạc.

- Tắc ruột do dính.

6. Điều trị

6.1. Điều trị trước phẫu thuật

- Tắc ruột cơ năng: Không phải phẫu thuật chỉ điều trị nội khoa.
  + Hút dạ dày liên tục.
  + Đặt sonde hậu môn.
  + Truyền dịch.
  + Tiêm Prosticmin.
  + Châm cứu hoặc chườm nóng lên bụng.
- Tắc ruột cơ học: Phải phẫu thuật cấp cứu.
  + Chẩn đoán sớm.
  + Truyền dịch.
  + Đặt sonde dạ dày hút liên tục.
  + Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh.
  + Đặt sonde hậu môn.
  + Tiêm các thuốc trợ lực, trợ tim.
  + Chuẩn bị các thủ tục phẫu thuật cấp cứu.

6.2. Phẫu thuật: Khi người bệnh đã được hồi sức tốt.

- Phẫu thuật: giải quyết nguyên nhân tắc ruột (gỡ dính lấy giun...).
- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, tiếp tục truyền dịch và bồi phụ nước và điện giải.

7. Chăm sóc người bệnh tắc ruột

7.1. Nhận định

7.1.1. Trước phẫu thuật

- Tình trạng chung: Sốc do mất nước hoặc nhiễm độc.
  + Người bệnh có tỉnh táo không? Có li bì vật vã không?
  + Có dấu hiệu mất nước: Môi khô, da nhăn nheo, mặt hốc hác không?
  + Đo dấu hiệu sinh tồn: Mạch nhanh, huyết áp hạ có thể do người bệnh sốc mất nước và điện giải, sốt cao ở trẻ em do mất nước.
- Cơn đau: Thời gian cơn đau kéo dài và khoảng cách của hai cơn đau.
- Nôn nhiều hay ít? (Tắc ruột càng cao nôn càng sớm và nhiều). Cần ghi vào hồ sơ để đánh giá mất nước. Chất nôn có mùi là người bệnh có diễn biến nặng.
- Bụng trướng: Thường có và theo dõi xem có quai ruột nổi và dấu hiệu rắn

bò? Có bí trung đại tiện không?

7.1.2. Sau phẫu thuật

- Dấu hiệu sinh tồn (chú ý khó thở phải cho người bệnh thở oxy).
- Da: Có nhăn nheo, xanh, (còn thiếu nước và điện giải), có tím tái không?
- Bụng trướng, có đau không?
- Nôn hoặc buồn nôn? (Báo bác sĩ cho hút dạ dày ngắt quãng).
- Vết phẫu thuật có chảy máu? Ngày thứ 4 sau phẫu thuật còn đau? (Nếu đau là có khả năng bị nhiễm khuẩn vết phẫu thuật).
- Đánh hơi chưa?
- Sonde dẫn lưu: số lượng, tính chất dịch chảy ra. (Nên kiểm tra ống dẫn lưu nối vào bình vô khuẩn và so sánh với bản ghi nhận của bác sĩ trong cách thức phẫu thuật ở hồ sơ).
- Số lượng nước tiểu, màu sắc, tính chất.

7.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.2.1. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh
  + Giải thích để người bệnh hiểu rõ về mục đích, lợi ích của việc phẫu thuật.
  + Động viên để người bệnh yên tâm ký giấy đồng ý phẫu thuật.
- Giảm đau khi đã có y lệnh phẫu thuật:
  + Đặt sonde hút dịch dạ dày ngắt quãng.
  + Bù nước và điện giải qua đường truyền tĩnh mạch theo y lệnh bác sĩ.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh:
  + Truyền dịch bù điện giải.
  + Thử phản ứng kháng sinh và tiêm kháng sinh.
  + Tiêm thuốc giảm đau, thuốc an thần, thuốc tiền mê...
- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật cấp cứu.
- Chuẩn bị khẩn trương, tích cực như bài chuẩn bị người bệnh cấp cứu.

7.2.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (như bài chăm sóc sau phẫu thuật chung).
- Khi người bệnh đã tỉnh:
  + Giảm đau cho người bệnh:
    • Động viên, an ủi người bệnh và đặt tư thế thích hợp sau phẫu thuật: tư thế fowler, tư thế đầu cao.

• Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

+ Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn phát hiện các biến chứng:

• Sốt cao do nhiễm trùng: chườm mát hạ nhiệt.

• Khó thở: cho thở oxy, nằm đầu cao.

• Hạ huyết áp: bù dịch theo y lệnh.

+ Chế độ vệ sinh:

• Vệ sinh răng miệng thường xuyên: súc miệng bằng dung dịch nước muối, dung dịch sát trùng, đánh răng.

• Vệ sinh thân thể: đặc biệt vùng hậu môn, sinh dục và xung quanh vùng phẫu thuật.

+ Thực hiện y lệnh:

• Hút dạ dày ngắt quãng.

• Truyền dịch tiêm kháng sinh.

• Vết phẫu thuật: thay băng hàng ngày nếu có nhiễm trùng cắt chỉ cách quãng nặn hết dịch.

• Ống dẫn lưu: vuốt, kiểm tra hàng ngày, theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.

+ Chế độ ăn uống:

• Khi người bệnh sắp có trung tiện sẽ có cơn đau quanh vùng, quanh rốn (không được tiêm thuốc giảm đau mà chỉ động viên, giải thích cho người bệnh).

• Khi đã trung tiện: cho người bệnh ăn lỏng, ít một sau tăng dần.

+ Giáo dục sức khoẻ khi người bệnh ra viện:

• Khi đau bụng đến bệnh viện ngoại khoa khám ngay (phòng dính ruột).

• Ăn uống vệ sinh, tẩy giun định kỳ.

7.3. Đánh giá

7.3.1. Trước phẫu thuật

- Chống sốc hiệu quả cho người bệnh: bệnh nhân an toàn.
- Các xét nghiệm và hồ sơ hoàn thành nhanh chóng và đầy đủ.
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ khẩn trương, an toàn.
- Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu với thời gian chuẩn bị ngắn nhất.
- Người bệnh và gia đình hoàn toàn tin tưởng vào điều dưỡng viên và bác sĩ.

7.3.2. Sau phẫu thuật

- Chống sốc có hiệu quả.

+ Bù đủ nước và điện giải.

+ Nước tiểu nhiều > 50 ml/1giờ.
+ Không có hiện tượng tháo xoắn.
+ Vết phẫu thuật liền sẹo tốt.
+ Sau 3 ngày người bệnh đã trung tiện và tự ăn uống được.
+ Không có viêm phổi, viêm đường niệu, mảng mục.

- Không có biến chứng:
  + Áp xe các ổ đọng dịch (Douglas hoặc dưới cơ hoành).
  + Không chảy máu hoặc bục các miệng nối ruột.
- Bệnh nhân và gia đình tin tưởng đối với bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 2 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 2 loại nguyên nhân gây tắc ruột:

   A: .....

   B: .....

2. Kể 4 nguyên nhân chính gây tắc ruột do thắt:

   A: .....

   B: .....

   C: .....

   D: Do u trong cũng như ngoài nòng ruột

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 3 đến 6 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
3	Tắc ruột có triệu chứng đau bụng dữ dội từng cơn.		
4	Tắc ruột biểu hiện nôn ra thức ăn ngày hôm trước.		
5	Sau phẫu thuật tắc ruột khi người bệnh chưa tỉnh cho nằm tư thế fowler.		
6	Căn dặn người bệnh sau phẫu thuật tắc ruột khi ra viện cần phát hiện sớm các triệu chứng tắc ruột do dính sau phẫu thuật.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 7 đến 9 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

7. Triệu chứng khác nhau cơ bản giữa tắc ruột cơ học và cơ năng là:

A: Đau

B: Nôn

C: Bí trung, đại tiện

D: Bụng trướng

E: Dấu hiệu rắn bò

8. Triệu chứng đau của tắc ruột biểu hiện:

A: Đau bụng từng cơn vùng trên rốn

B: Đau bụng từng cơn vùng hố chậu phải

C: Đau bụng từng cơn ở hai bên mạng sườn

D: Đau bụng từng cơn ở hạ sườn phải

E: Đau bụng từng cơn ở khắp bụng

9. Sau phẫu thuật 2-3 ngày, dấu hiệu sắp có trung tiện:

A: Đau bụng có nôn

B: Đau bụng và sốt

C: Đau bụng từng cơn

D: Đau bụng, chân chỉ tấy đỏ

E: Sốt nhẹ, buồn nôn

Bài 5
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các nguyên nhân, triệu chứng của bệnh viêm ruột thừa cấp.
2. Trình bày được các biến chứng nguy hiểm trước phẫu thuật của viêm ruột thừa cấp.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp.

1. Đại cương

- Viêm ruột thừa cấp là bệnh cấp cứu hay gặp nhất trong các bệnh cấp cứu ngoại khoa, cần chẩn đoán và điều trị sớm, tốt nhất là trong 6 giờ đầu.

- Nếu chẩn đoán và điều trị muộn sẽ có thể bị nhiều biến chứng, thậm chí có thể tử vong.

2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân chủ yếu do vi khuẩn từ đường ruột sang hay đường máu tới (như trực khuẩn coli, liên cầu...)

- Ngoài ra, có thể do giun đũa chui vào ruột thừa, hạt quả, sỏi phân.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

* *Đau:* tự nhiên người bệnh đau trên rốn hoặc quanh rốn rồi đau khư trú âm ỉ ở hố chậu phải.

* *Nôn:* thường người bệnh nôn ra thức ăn, thậm chí nôn ra cả mật, một số ít người không nôn.

* *Rối loạn tiêu hoá:* thường người bệnh bí trung, đại tiện, nếu đến muộn có thể ỉa lỏng.

3.2. Triệu chứng toàn thân

- Toàn trạng mệt mỏi.
- Môi khô, lưỡi đỏ.
- Sốt 38° - 38,5°C.

3.3. Triệu chứng thực thể

* *Phản ứng thành bụng ở hố chậu phải.*

* *Các điểm đau:*

- Điểm Macbơnây (Macburney): điểm giữa của đường nối gai chậu trước trên với rốn.

- Điểm Lanz: chỗ nối giữa 1/3 phải và 1/3 giữa của đường bên gai chậu trước trên .

- Dấu hiệu Bờ-lum-be (Blumberg): khi ấn nhẹ tay vào hố chậu phải, người bệnh đau ít, nhưng đột nhiên rút nhanh tay ra khỏi bụng người bệnh thì thấy đau nhiều.

* *Thăm trực tràng hay âm đạo:* khi thăm người bệnh thấy đau nhiều ở túi cùng bên phải.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Số lượng bạch cầu > 10.000.
- Công thức bạch cầu: đa nhân trung tính > 80%.

Trên đây là triệu chứng của một người bệnh viêm ruột thừa điển hình. Có người bệnh khi viêm ruột thừa không hoàn toàn đầy đủ, vì thế, nhà phẫu thuật Pháp Mondor đề nghị gọi là "những người bệnh viêm ruột thừa".

4. Các biến chứng của viêm ruột thừa cấp

Thông thường nếu viêm ruột thừa chưa được phẫu thuật thì tiến triển thành một trong những trường hợp sau:

4.1. Đám quánh ruột thừa

Ruột thừa sau thời gian ngắn bị viêm được các tạng lân cận như mạc nối lớn tới bao bọc trở thành đám quánh ruột thừa.

- Triệu chứng: người bệnh giảm đau hơn, nôn ít, khám hố chậu phải thấy một đám cứng như mo cau, ranh giới không rõ rệt, ấn không đau lắm. Thăm trực tràng thấy bờ dưới của đám quánh dính với thành chậu hông.
- Tiến triển: có thể biến thành áp xe ruột thừa.

4.2. Áp xe ruột thừa

- Triệu chứng: đau tăng hơn, sốt cao 40°C.

Khám: hố chậu phải có khối u ranh giới rõ mặt nhẵn, mềm, ấn đau, bạch cầu tăng cao.

- Chọc dò: có mủ rất thối.

- Tiến triển: nếu không phẫu thuật, áp xe sẽ vỡ gây viêm phúc mạc.

4.3. Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa

- Triệu chứng: đau khắp bụng tăng lên, nôn, bí trung đại tiện, khám có cảm ứng phúc mạc, co cứng toàn bụng, bạch cầu tăng cao.

- Tiến triển: nếu không phẫu thuật ngay, người bệnh sẽ tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc.

5. Điều trị

5.1. Điều trị trước phẫu thuật

- Cần chẩn đoán sớm viêm ruột thừa.
- Nếu có nghi ngờ, không giữ người bệnh lại.
- Chuyển tuyến trên có phẫu thuật để điều trị.
- Thực hiện 3 không:
  + Không dùng thuốc giảm đau.
  + Không tiêm vào vùng đau.
  + Không thụt tháo.

5.2. Phẫu thuật

- Viêm ruột thừa: cắt bỏ ruột thừa.
- Áp xe ruột thừa: chiết tháo mủ ổ áp xe, sau 6 tháng sẽ phẫu thuật cắt ruột thừa sau.
- Viêm phúc mạc: phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa + rữa, và dẫn lưu ổ bụng.
- Đám quánh ruột thừa: trường hợp duy nhất không phẫu thuật chỉ điều trị kháng sinh và theo dõi. Sau 6 tháng thì phẫu thuật để cắt ruột thừa.

6. Chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp

6.1. Nhận định tình trạng người bệnh

6.1.1. Nhận định tình trạng người bệnh trước phẫu thuật

- Người bệnh tỉnh táo hay mệt mỏi.
- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Đau âm ỉ vùng hố chậu phải, thời gian đau, tính chất đau.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường của người bệnh viêm ruột thừa cấp:
  + Đau toàn bụng: Có thể viêm phúc mạc.
  + Sốt cao > 39°C: Có thể áp xe ruột thừa.

+ Giảm đau hố chậu phải: Có thể bệnh nhân đã dùng thuốc giảm đau hay bệnh khác?

- Có bí trung đại tiện không?

6.1.2. Nhận định tình trạng người bệnh sau phẫu thuật

- Dấu hiệu sinh tồn?
- Màu sắc da: nếu da xanh, niêm mạc nhợt: có thể chảy máu trong ổ bụng
- Có đau bụng không hay chỉ đau vết phẫu thuật, bụng có trướng không?
- Băng vết phẫu thuật.
- Ống dẫn lưu nếu có: số lượng, màu sắc và tính chất của dịch dẫn lưu.
- Có tự tiểu tiện được không?
- Đã trung tiện chưa?

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc

6.2.1. Lập kế hoạch chăm sóc trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Chuẩn bị thủ tục cấp cứu.
- Giáo dục sức khoẻ.

6.2.2 Lập kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi phát hiện biến chứng sau phẫu thuật.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng.
- Chế độ nghỉ ngơi và ăn uống.
- Giáo dục sức khoẻ.

6.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Thực hiện kế hoạch trước phẫu thuật: Là một bệnh phẫu thuật cấp cứu do đó phải khẩn trương.

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở (ghi vào hồ sơ).
- Tư tưởng: giải thích cho người bệnh biết sự cần thiết của việc phẫu thuật ruột thừa.
- Nhịn ăn, uống.
- Vệ sinh vùng phẫu thuật, vùng hố chậu phải (chú ý cạo lông vùng sinh dục, tiết niệu).

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ (thay quần áo bệnh viện).

+ Truyền dịch (nếu có).

+ Tiêm kháng sinh (thử test).

+ Làm xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu (như bài chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu).

+ Hoàn thiện hồ sơ bệnh án.

+ Chuyển người bệnh và bàn giao cho phòng phẫu thuật.

+ Không thụt tháo.

- Di chuyển nhẹ nhàng.

Giáo dục sức khoẻ: Hướng dẫn người bệnh tập ho, khạc, thở khi vết phẫu thuật đau, cách sử dụng các dụng cụ vệ sinh cá nhân.

6.3.2. Thực hiện kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (như bài chăm sóc ngay sau phẫu thuật chung).

- Khi người bệnh đã tỉnh:

+ Đo dấu hiệu sinh tồn.

+ Động viên người bệnh nhất là tinh thần chịu đựng đau vết phẫu thuật (thường người bệnh kêu và xin thuốc giảm đau)

+ Có thể uống nhẹ nước 1-2 thìa canh làm nhiều lần (1giờ/1 lần) ngày đầu khi chưa trung tiện. Những ngày sau khi trung tiện cho người bệnh ăn uống, ăn lỏng, ít một, dễ tiêu.

+ Vệ sinh răng miệng và thân thể hàng ngày bằng nước muối loãng, listerin…

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Truyền dịch: thường truyền dịch sau phẫu thuật 3 ngày (trong thời gian người bệnh chưa trung tiện).

+ Tiêm kháng sinh.

+ Chăm sóc vết phẫu thuật.

• Nếu khô: 7 ngày mới thay băng và cắt chỉ theo y lệnh của bác sĩ

• Vết phẫu thuật còn đau nhức vào ngày thứ 4 là có thể bị viêm nhiễm cần xem xét kỹ nếu có sưng, nóng, đỏ, nếu đau cần phải báo với bác sĩ để có chỉ định cắt chỉ cách quãng.

+ Chăm sóc ống dẫn lưu nếu có: có gì bất thường báo bác sĩ ngay:

• Theo dõi số lượng, tính chất dịch chảy qua ống dẫn lưu.

• Khi thay băng chú ý chăm sóc chân ống dẫn lưu.

- Chế độ nghỉ ngơi: nếu thể trạng cho phép có thể cho người bệnh đi lại sớm quanh giường từ ngày thứ hai.

- Giáo dục sức khoẻ: trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật có thể có các biến chứng xảy ra, người bệnh cùng người điều dưỡng phối hợp phát hiện sớm các dấu hiệu sau đó báo với bác sĩ ngay.

+ Sonde dẫn lưu ra nhiều máu: có thể chảy máu trong ổ bụng.

+ Đau và viêm tấy vết phẫu thuật: có thể nhiễm khuẩn vết phẫu thuật.

+ Đau bụng cơn, nôn: có thể ruột dính.

+ Đau quặn bụng, ỉa phân nhầy mũi: có thể áp xe ổ đọng dịch, Douglas.

6.4. Đánh giá

6.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật nhanh.
- Người bệnh và người nhà tin tưởng vào điều dưỡng viên và bác sĩ.

6.4.2. Sau phẫu thuật

- Sau phẫu thuật an toàn không có biến chứng.
- Vết phẫu thuật không nhiễm trùng.
- Thường 7 ngày thì người bệnh ra viện đi lại bình thường.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 4 triệu chứng chính của viêm ột thừa cấp:

A: .....

B: Có hơi sốt

C: Tại hố chậu phải có phản ứng thành bụng

D: Số lượng bạch cầu tăng

2. Kể 3 biến chứng của viêm ột thừa cấp có khả năng xảy ra khi người bệnh không được phẫu thuật kịp thời:

A:.....

B: Áp xe ruột thừa

C: Đám quánh ruột thừa

3. Kể 4 biến chứng sớm hay gặp sau phẫu thuật viêm ruột thừa để muộn:

A: Bục gốc ruột thừa

B: Chảy máu do tuột chỉ động mạch ruột thừa

C: Hội chứng tím tái ở trẻ nhỏ

D: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Trong bệnh viêm ruột thừa cấp thường có tăng bạch cầu đa nhân ái toan.		
5	Bệnh viêm ruột thừa cấp nôn rất nhiều.		
6	Viêm ruột thừa cấp: phải chuẩn bị đầy đủ và đưa người bệnh vào lịch phẫu thuật phiên.		
7	Cần thụt tháo cho người bệnh trước phẫu thuật viêm ruột thừa cấp.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Chuẩn bị phẫu thuật bụng cấp cứu cho người bệnh cần:

A: Rửa dạ dày

B: Hút dạ dày

C: Đặt thông mũi - dạ dày

D: Làm sạch dạ dày

E: Cho ăn qua thông mũi - dạ dày

9. Để phát hiện ổ nhiễm trùng trong cơ thể cần gửi người bệnh đi:

A: Làm điện tâm đồ

B: Khám chuyên khoa

C: Xét nghiệm máu

D: Định nhóm máu

E: X quang tim phổi

10. Rút ống thông mũi dạ dày ở người bệnh hậu phẫu bụng:

A: Khi có sốt cao

B: Khi người bệnh có trung tiện

C: Vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật

D: Sau 48 giờ

E: Khi người bệnh khó chịu

Bài 6

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỦNG DẠ DÀY CẤP

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng của thủng dạ dày cấp.
2. Trình bày các phương pháp điều trị, biến chứng của thủng dạ dày cấp.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh thủng dạ dày- tá tràng.

1. Đại cương

- Thủng dạ dày hoặc tá tràng là một biến chứng trong nhiều biến chứng của bệnh loét dạ dày - tá tràng.
- Thủng dạ dày - tá tràng cần được chẩn đoán và điều trị sớm mới cứu được người bệnh đỡ tử vong.
- Thường gặp: nam (90%), nữ (10%) tuổi từ 20 - 50 tuổi.
- Hay gặp về mùa rét.

2. Cơ thể bệnh học

2.1. Ổ loét: thường là 1 ổ loét nhưng có khi 2 hoặc 3 ổ loét.

- Vị trí: 80% ở tá tràng, 20% ở dạ dày.
- Kích thước: lỗ thủng bằng hạt đậu xanh hoặc hạt ngô, bờ lỗ thủng rắn và mủn nằm trên một miền xơ chai.

2.2. Ổ bụng

Khi phẫu thuật ổ bụng thấy có nhiều nước và hơi (dịch dạ dày), nhiều người bệnh thủng khi no nên có lẫn nhiều thức ăn trong ổ bụng. (Nước trong ổ bụng khi mới thủng còn sạch chưa nhiễm khuẩn, màu lờ lờ đục hay vàng nhạt; không có mùi hay hơi chua chua).

2.3. Xung quanh lỗ thủng có nhiều giả mạc đến bao phủ hoặc các tạng xung quanh tới bít lỗ thủng lại như: mạc nối, túi mật, ruột...

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau dữ dội, đột ngột như dao đâm vùng trên rốn.

- Nôn: số ít người nôn thường là buồn nôn.

- Bí trung đại tiện: thường muộn khi viêm phúc mạc gây liệt ruột gây nên.

3.2. Triệu chứng toàn thân

Lúc đầu có thể sốc do đau quá: sợ hãi, chân tay lạnh, mạch nhanh nhỏ, vã mồ hôi nhưng sau trở lại bình thường.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: bụng im lặng không di động theo nhịp thở.

- Sờ nắn: thành bụng co cứng như gỗ do nước trong ổ bụng kích thích phúc mạc gây ra.

- Gõ: mất vùng đục trước gan.

- Thăm trực tràng hay âm đạo: người bệnh đau nhiều ở túi cùng douglas.

3.4. Triệu chứng X quang: chụp hay chiếu có liềm hơi ở 1 hay 2 bên cơ hoành tỷ lệ 80%.

4. Tiến triển và biến chứng

4.1. Tiến triển

- Nếu được chẩn đoán và điều trị sớm, người bệnh khỏi với tỷ lệ cao.

- Nếu chẩn đoán và xử trí muộn, tỷ lệ tử vong cao, nếu khỏi để lại nhiều biến chứng.

4.2. Biến chứng

Có thể để lại nhiều biến chứng trước và sau phẫu thuật:

- Trước phẫu thuật:
  + Viêm phúc mạc do thủng dạ dày.
  + Áp xe dưới cơ hoành (thủng bít).
  + Hẹp môn vị (thủng bít).
- Sau phẫu thuật :
  + Phẫu thuật khâu lỗ thủng:
    • Thủng lại gây viêm phúc mạc.
    • Hẹp môn vị do co kéo.
    • Dính ruột.
  + Cắt 2/3 dạ dày:
    • Chảy máu miệng nối.
    • Bục mõm tá tràng.
    • Áp xe douglas hoặc dưới cơ hoành.
    • Dính ruột.

+ Neuman :

- Áp xe dưới cơ hoành.
- Dính ruột.

5. Điều trị

5.1. Trước phẫu thuật

- Chẩn đoán sớm.
- Gửi ngay lên tuyến có phẫu thuật.
- Hút dạ dày liên tục cho người bệnh.
- Có thể tiêm kháng sinh và truyền dịch.
- Không nên tiêm thuốc giảm đau.

5.2. Phẫu thuật: tuỳ theo điều kiện và tình trạng, thời gian sớm mà quyết định:

- Khâu lỗ thủng dạ dày.
- Cắt 2/3 dạ dày cấp cứu.
- Neuman cộng với rửa và dẫn lưu ổ bụng và kháng sinh.

6. Chăm sóc người bệnh thủng dạ dày cấp

6.1. Nhận định

6.1.1. Nhận định trước phẫu thuật

- Hỏi:
  + Thời gian đau, vị trí đau, cường độ, đau liên tục hay cơn?
  + Người bệnh có tiền sử loét dạ dày không?
  + Có buồn nôn hay không?
- Quan sát và khám:
  + Toàn trạng: tinh thần có tỉnh táo không, có li bì vật vã không?
  + Người bệnh có sốc do đau không?
  + Đo dấu hiệu sinh tồn.
  + Khám bụng: mức độ đau, bụng cứng không, có trướng không?

6.1.2. Nhận định sau phẫu thuật

- Màu sắc của da, niêm mạc.
- Đo dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Băng vết phẫu thuật?
- Bụng có trướng không?

- Đánh giá các ống dẫn lưu: dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu douglas
- Ống sonde dạ dày: số lượng, màu sắc và tính chất của dịch.
- Đánh giá lượng nước tiểu sau phẫu thuật.
- Mức độ đau bụng, đau vết phẫu thuật.
- Có ngủ được không, nhiều hay ít?
- Đã trung tiện chưa?

6.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.2.1. Lập và thực hiện kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm đau bụng cho người bệnh:
  + Động viên và giải thích để người bệnh yên tâm.
  + Đặt ống hút dịch dạ dày cho người bệnh.
  + Tiêm thuốc giảm đau theo y lệnh.
- Chống sốc tích cực cho người bệnh:
  + Truyền dịch theo y lệnh.
  + Tiêm thuốc chống sốc.
- Phòng chống nôn:
  + Đặt sonde hút dịch dạ dày.
  + Thỉnh thoảng hút nhẹ ống sonde.
- Thực hiện thuốc hồi sức và chống tai biến:
  + Truyền dịch, tiêm thuốc trợ sức, thuốc giảm đau.
  + Không rửa dạ dày.
- Chuẩn bị thủ tục cấp cứu: thực hiện như quy trình bài chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu.

6.2.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (như bài chăm sóc sau phẫu thuật).
- Khi người bệnh đã tỉnh:
  + Giảm đau vết phẫu thuật, giảm mất ngủ:
    • Động viên, giải thích để người bệnh yên tâm.
    • Cho nằm đầu cao nghiêng về bên có dẫn lưu.
    • Cho người bệnh dùng thuốc giảm đau hoặc thuốc ngủ theo y lệnh.
  + Thực hiện các y lệnh sau phẫu thuật:
    • Truyền dịch, truyền kháng sinh.
    • Tiêm thuốc kháng sinh và các thuốc khác theo y lệnh.
    • Đặt và hút sonde dạ dày.

• Đặt và theo dõi ống sonde nước tiểu.

• Thay băng vết phẫu thuật hàng ngày.

• Theo dõi các ống dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất dịch.

+ Ngăn ngừa và giảm các biến chứng sau phẫu thuật:

• Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn phát hiện sự bất thường.

• Kiểm tra ống dẫn lưu phát hiện chảy máu trong bục chỉ khâu.

• Phát hiện sớm các ổ áp xe (áp xe dưới cơ hoành, áp xe túi cùng douglas).

+ Chế độ dinh dưỡng:

• Khi chưa trung tiện chỉ nuôi dưỡng bằng đường truyền tĩnh mạch.

• Khi có trung tiện cho ăn từ từ ít một, cho ăn lỏng, dễ tiêu rồi đặc dần.

- Giáo dục sức khoẻ: người bệnh phẫu thuật khâu thủng dạ dày vẫn phải tiếp tục điều trị bệnh dạ dày bằng thuốc và có ý thức ăn uống để phòng bệnh loét dạ dày, tá tràng, người bệnh cắt 2/3 dạ dày phải ăn nhiều bữa và thức ăn có dinh dưỡng cao.

6.3. Đánh giá

6.3.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh nhanh chóng được phẫu thuật sớm.
- Không có sự sai sót về chuyên môn và giấy tờ hồ sơ.
- Người bệnh và gia đình tin tưởng và hợp tác với bệnh viện.

6.3.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Không có biến chứng (nhiễm khuẩn vết phẫu thuật, áp xe các ổ đọng dịch).
- Người bệnh và gia đình hợp tác và tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 4 triệu chứng chính của thủng dạ dày - tá tràng:

A: Đau dữ dội vùng thượng vị

B: Có tiền sử loét dạ dày - tá tràng

C: .....

D: X quang có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành

2. Kể 5 biến chứng của thủng dạ dày - tá tràng nếu không hồi sức và phẫu thuật kịp thời:

A: Sốc do đau

B: .....

C: Suy thận

D: Sốc không hồi phục

E: Tử vong

3. Chuẩn bị phẫu thuật thủng dạ dày - tá tràng về chuyên môn cần thiết:

A: Không cho ăn uống, truyền dịch theo y lệnh

B: Tiêm kháng sinh

C: Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu

D: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Thủng dạ dày - tá tràng có triệu chứng đau dữ dội đột ngột như dao đâm vùng trên rốn sau đó đau lan khắp ổ bụng.		
5	Thủng dạ dày - tá tràng có triệu chứng nôn nhiều ra thức ăn của ngày hôm trước.		
6	Sau phẫu thuật thủng dạ dày ống dẫn lưu dưới gan rút sau 48 đến 72 giờ.		
7	Sau phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày: điều dưỡng cần đặt sonde mũi - dạ dày và hút liên tục.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Người bệnh sau phẫu thuật thủng dạ dày có chảy máu nhẹ ở miệng nối, chúng ta cần:

A: Rửa dạ dày bằng nước lạnh

B: Rửa dạ dày bằng nước ấm

C: Rửa dạ dày bằng dung dịch Glucoza 5%

D: Rửa dạ dày bằng dung dịch Natriclorua 9‰

E: Rửa dạ dày bằng nước đun sôi để nguội

9. Người bệnh nam 70 tuổi đã phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày ngày thứ 3 điều dưỡng viên nhận thấy:

- Người bệnh kêu khó thở
- Đau vùng thượng vị
- Huyết áp: 150/90 mmHg
- Nhiệt độ: 38,7°C
- Thay băng vết phẫu thuật khô nhiễm trùng

9.1. Cần nghĩ tới:

A: Thủng ổ loét dạ dày lần 2

B: Viêm phổi do ứ đọng

C: Sốc sau phẫu thuật

D: Nhiễm trùng vết phẫu thuật

E: Dính ruột sớm sau phẫu thuật

9.2. Chọn một việc làm tốt nhất:

G: Cho thuốc hạ huyết áp

F: Báo cáo lại cho bác sĩ

H: Đo mạch, huyết áp

I: Truyền dịch

K: Tiêm kháng sinh

10. Sau phẫu thuật vùng bụng giúp người bệnh cao tuổi vận động sớm để:

A: Phòng ngạt thở

B: Phòng nôn trào ngược

C: Phòng loét da chèn ép

D: Phòng teo cơ cứng khớp

E: Phòng nhiễm khuẩn vết phẫu thuật

Bài 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHÚC MẠC

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây viêm phúc mạc.
2. Liệt kê được các triệu chứng viêm phúc mạc.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc.

1. Đại cương

1.1. Viêm phúc mạc cấp tính: là một bệnh nhiễm khuẩn ở phúc mạc do nhiều nguyên nhân phức tạp gây nên. Đây là một cấp cứu ngoại khoa cần chẩn đoán và xử trí sớm mới cứu được tính mạng người bệnh.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Đường xâm nhập của vi khuẩn gây bệnh

- Từ ngoài qua lá thành của phúc mạc bị rách: vết thương bụng do dao đâm...
- Từ trong ra do lá tạng của bụng bị rách: thủng dạ dày - tá tràng, ruột thừa viêm bị vỡ...
- Rách cả lá thành và lá tạng: đạn xuyên thủng tạng rỗng.
- Lan truyền từ một cơ quan nhiễm khuẩn đến: viêm vòi trứng...
- Theo đường máu tới: thường do phế cầu hay liên cầu.

1.2.2. Vi khuẩn gây bệnh

Thường do:

- Trực khuẩn E.Coli.
- Tụ cầu.
- Liên cầu.
- Vi khuẩn yếm khí.
- Vi khuẩn đường ruột.

2. Triệu chứng

Chia làm 2 thời kỳ, cần phát hiện sớm thời kỳ đầu.

2.1. Thời kỳ đầu

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau: thường đau dữ dội đột ngột ở một vùng sau đó lan toả khắp bụng (vị trí đầu tiên còn phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh).
- Nôn hoặc buồn nôn: cần xem chất nôn.
- Bí trung, đại tiện.

2.1.2. Triệu chứng toàn thân

- Vẻ mặt: lo lắng, sợ hãi, hốc hác, buồn và cau có.
- Sốt cao 38-39°C nhưng có khi nhiễm độc, nhiệt độ có thể giảm (thủng ruột do thương hàn).
- Nước tiểu: đặc, ít, sẫm màu.

2.1.3. Triệu chứng tại chỗ

- Nhìn: thành bụng im lặng không di động theo nhịp thở, hơi thở ngắn, nhanh, nông.
- Sờ nắn:

  + Sờ nắn nhẹ vào da thành bụng cũng làm cho người bệnh rất đau và gạt tay đi (cảm ứng phúc mạc).

  + Có phản ứng thành bụng rõ.
- Gõ: đục ở vùng thấp, vùng trước gan có thể trong (như thủng dạ dày).
- Thăm trực tràng hay âm đạo: người bệnh đau nhiều nhất là khi ấn vào túi cùng douglas.

2.1.4. Triệu chứng cận lâm sàng: bạch cầu tăng cao, nhiều nhất là bạch cầu đa nhân trung tính.

2.2. Thời kỳ sau

Sau 24 giờ tình trạng người bệnh rất nguy kịch, trầm trọng.

2.2.1. Triệu chứng cơ năng

- Người bệnh đau liên miên khắp bụng không ngừng.
- Nôn liên miên: có khi ra cả nước mật hoặc phân.
- Ỉa lỏng.

2.2.2. Triệu chứng toàn thân

- Vẻ mặt: đen sạm, mắt quầng thâm, hốc hác, trán đẫm mồ hôi.
- Mạch nhanh, yếu, nhỏ, dần dần không đếm được.
- Khó thở, nấc liên tục.
- Lưỡi bẩn, sốt 39° - 39,5°C.

- Nước tiểu ít, sẫm màu.

2.2.3. Triệu chứng thực thể

- Bụng trướng căng và đau.
- Có cảm ứng phúc mạc toàn bụng.
- Gõ đục vùng thấp: hai mạng sườn và 2 hố chậu.

3. Theo dõi và điều trị

3.1. Theo dõi

3.1.1. Trước phẫu thuật

- Các triệu chứng dễ phát hiện viêm phúc mạc.
- Không tiêm thuốc giảm đau.
- Không sử dụng kháng sinh bừa bãi .
- Không thụt tháo hoặc uống thuốc tẩy.
- Không cho ăn, uống.

3.1.2. Sau phẫu thuật

- Theo dõi các biến chứng: áp xe ổ đọng dịch (douglas dưới cơ hoành). Nhiễm khuẩn máu, rò manh tràng, dính ruột...
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi vết phẫu thuật: hay bục chỉ thành bụng.

3.2. Điều trị: phải phẫu thuật và xử lý tuỳ theo nguyên nhân.

- Viêm ruột thừa: cắt bỏ ruột thừa.
- Thủng dạ dày - tá tràng: khâu lỗ thủng...
- Rửa và lau ổ bụng.
- Dẫn lưu các ổ đọng dịch.
- Phối hợp với kháng sinh và truyền dịch.

4. Chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc

4.1. Nhận định

4.1.1. Trước phẫu thuật

- Tình trạng chung: dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng suy kiệt mất nước, nhiễm độc.
- Cơn đau từ bao giờ?
- Nôn và chất nôn?
- Bí trung đại tiện?
- Bụng trướng?

4.1.2. Sau phẫu thuật

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng suy kiệt mất nước và nhiễm độc, nhiễm khuẩn.
- Băng vết phẫu thuật?
- Các ống dẫn lưu?
- Bụng có trướng không, có đau không?
- Đã trung tiện chưa?
- Đánh giá lượng nước tiểu sau phẫu thuật.

4.2. Lập kế hoạch

4.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm đau bụng khi đã có chỉ định phẫu thuật.
- Bù nước, điện giải chống nhiễm độc.
- Giảm sốt cho người bệnh.
- Phòng chống sốc.
- Giảm trướng bụng.
- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật cấp cứu.

4.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Giảm đau.
- Giảm nhiễm trùng vết phẫu thuật.
- Thực hiện các y lệnh sau phẫu thuật.
- Ngăn ngừa và giảm biến chứng sau phẫu thuật.
- Chế độ nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khoẻ.

4.3. Thực hiện kế hoạch

4.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Giải thích để người bệnh đồng ý phẫu thuật.
- Nhịn ăn và nhịn uống.
- Làm vệ sinh vùng phẫu thuật: cạo lông bộ phận sinh dục, thay quần áo bệnh viện.
- Chườm lạnh vùng chán, bẹn.
- Dùng thuốc hạ nhiệt đặt hậu môn.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch bù nước và điện giải

+ Thử test và tiêm kháng sinh.

+ Đặt sonde hút dạ dày ngắt quãng.

+ Đặt sonde tiểu.

+ Làm các xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu.

+ Hoàn thiện hồ sơ.

- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật như quy trình chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu.
- Chuyển người bệnh lên nhà phẫu thuật bằng xe cáng.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng các thiết bị cấp cứu của bệnh viện.

4.3.2. Sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (xem bài chăm sóc phẫu thuật chung).
- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Chế độ ăn uống: chỉ cho người bệnh ăn uống khi có trung tiện.
- Động viên người bệnh chịu đựng tình trạng đau vết phẫu thuật và sự vướng víu của các ống dẫn lưu.
- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Truyền dịch: tốc độ dịch truyền phụ thuộc vào tình trạng mất nước và nhiễm độc của người bệnh.

+ Tiêm kháng sinh.

+ Hút dạ dày ngắt quãng theo đúng quy trình.

+ Chăm sóc ống dẫn lưu, theo dõi số lượng, màu sắc dịch chảy ra qua ống (nếu có y lệnh chảy rửa phải thực hiện đúng quy trình).

+ Chăm sóc vết phẫu thuật: thay băng vết phẫu thuật hàng ngày, phát hiện sớm hiện tượng nhiễm khuẩn vết phẫu thuật (chân chỉ tấy đỏ, sốt, đau nhức vết phẫu thuật nhiều thường vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật).

- Ngày đầu người bệnh tập lăn nghiêng trên giường nằm theo tư thế fowler những ngày sau có thể đi lại quanh giường nếu thể trạng cho phép.
- Đề phòng dính ruột: hướng dẫn người bệnh đến các bệnh viện ngoại khoa khám và điều trị.

4.4. Đánh giá

4.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu sớm.
- Không có biến chứng (nếu có biến chứng phát hiện sớm và xử trí sớm).
- Người bệnh tin tưởng vào bệnh viện.

4.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Phát hiện và xử trí sớm các biến chứng.
- Không có sai sót về chuyên môn và thái độ.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Ba triệu chứng cơ năng của viêm phúc mạc:

   A:.....

   B: Nôn

   C: Bí trung đại tiện

2. Triệu chứng thực thể trong viêm phúc mạc:

   A: Co cứng thành bụng

   B: .....phúc mạc

   C: Gõ đục thấp hoặc mất vùng đục trước gan

   D: Nghe nhu động ruột giảm

   E: Thăm trực tràng: túi cùng douglas phồng đau

3. Kể 5 việc cần làm để theo dõi ống dẫn lưu ổ mủ sau phẫu thuật viêm phúc mạc:

   A:.....

   B:.....

   C: Để thấp bình dẫn lưu

   D: Báo bác sĩ khi có bất thường

   E: Rút khi có chỉ định của bác sĩ

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Phúc mạc có chức năng bảo vệ nhưng không có chức năng hấp thu, nên rất nhạy cảm.		
5	Viêm phúc mạc: đau bụng lan tỏa rồi dần dần khu trú lại.		
6	Bệnh viêm phúc mạc được xếp phẫu thuật theo chương trình.		
7	Sau phẫu thuật viêm phúc mạc cần rút các ống dẫn lưu phòng ngừa trước 72 giờ.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Khám bệnh viêm phúc mạc thấy có biểu hiện:

A: Đau từng cơn

B: Đau nhói

C: Đau âm ỉ

D: Đau nhiều và liên tục

E: Đau quặn

9. Sau phẫu thuật viêm phúc mạc có đặt ống dẫn lưu douglas thì thường được rút sau:

A: Sau 24 giờ

B: Sau 48 giờ

C: Sau 72 giờ

D: Sau 6 ngày

E: Sau 7 ngày

10. Một thanh niên sau phẫu thuật viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ, đã 3 ngày, điều dưỡng viên nhận thấy:

- Người bệnh đau bụng
- Chưa trung tiện
- Nhiệt độ 37°C
- Đau nhiều vết phẫu thuật và có ít dịch đọng
- Ống thông mũi - dạ dày không ra dịch

10.1. Cần nghĩ tới một điều gì xảy ra:

A: Nhiễm trùng vết phẫu thuật

B: Tắc ruột sớm

C: Sắp trung tiện

D: Do ống thông mũi - dạ dày kích thích

E: Cúm

10.2. Chọn một cách giải quyết tốt nhất:

A: Rút ống thông mũi -dạ dày

B: Tiêm thuốc kháng sinh

C: Cho người bệnh vận động sớm

D: Thay băng

E: Báo cáo bác sĩ biết

Bài 8
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI MẬT

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được nguyên nhân, triệu chứng của bệnh sỏi mật.
2. Liệt kê được các biến chứng của bệnh sỏi mật.
3. Trình bày cách chăm sóc kehr dẫn lưu sau phẫu thuật sỏi mật.
4. Lập được kế hoạch theo dõi, chăm sóc người bệnh sỏi mật.

1. Đại cương

- Tắc ống mật chủ do sỏi: là một bệnh ngoại khoa cấp cứu, nếu không được hồi sức và phẫu thuật, bệnh nhân có thể tử vong do nhiễm độc muối mật và sắc tố mật.

- Việc tắc ống mật chủ do sỏi: với Việt Nam chiếm 80 - 90% số người bệnh sỏi đường mật.

- Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam.

- Nguyên nhân ở Việt Nam:

+ Nhiễm khuẩn đường mật: khi bị nhiễm khuẩn, niêm mạc đường mật bong ra làm cơ sở để Bilirubin lắng đọng thành sỏi mật.

+ Giun đũa: Ngoài việc giun đũa mang vi khuẩn làm viêm đường mật, giun chết xác giun làm cơ sở ứ đọng bùn mật tạo sỏi.

- Giải phẫu bệnh:

+ Sỏi có thể có một hoặc nhiều viên, thành phần chủ yếu là sắc tố mật.

+ Ống mật chủ: thường bị giãn to và viêm.

+ Gan thường to do ứ mật.

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau: thường đau dữ dội dưới sườn phải, có khi đau xuyên lên vai, sau lưng

(có khi đau quá còn gọi là cơn đau quặn gan).

- Sốt: thường tiếp theo là sốt 38° - 39°C, về sau có sốt rét run.
- Vàng da: da vàng sạm.

Ba triệu chứng này tuần tự xuất hiện và cũng tuần tự mất đi.

2.2. Triệu chứng toàn thân

- Lúc đầu còn nhẹ: triệu chứng toàn thân.bình thường.
- Về sau biểu hiện triệu chứng nhiễm trùng, nhiễm độc (chán ăn, mệt lả, đái ít, thấy các vết ngứa do gãi).
- Quá nặng: người bệnh có thể hôn mê gan do ure máu cao.

2.3. Triệu chứng thực thể

- Có co cứng nửa bụng phải.
- Dấu hiệu Murphy dương tính.
- Điểm sườn thắt lưng phải đau.
- Túi mật to, căng: có thể sờ thấy dưới bờ sườn phải (bờ gan).
- Gan to, đau tức do ứ mật.

2.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Bilirubin trong máu tăng quá 25mg/lít. Bình thường là 4 - 10mg/lít.
- Có muối mật và sắc tố mật trong nước tiểu (mà bình thường nước tiểu không có).
- Hút tá tràng tìm mật không có.
- X quang:
  + Chụp Telegan: gan to.
  + Chụp đường mật với chất cản quang: thấy được vị trí tắc mật do sỏi.
- Siêu âm: phát hiện ra sỏi và các tổn thương của đường mật cũng như gan, túi mật.

3. Biến chứng

3.1. Cấp tính

- Viêm phúc mạc do thấm mật.
- Áp xe do viêm đường mật.
- Viêm tuỵ cấp.

3.2. Từ từ

- Viêm gan.
- Xơ gan.

4. Điều trị

- Phòng và chống sốc do Bilirubin
  + Tiêm kháng sinh, các thuốc trợ tim mạch.
  + Truyền dịch: Glucoza ưu trương10%, 20%.
  + Tiêm Atropin: giảm đau, giãn ống mật chủ.
- Phẫu thuật cấp cứu nếu là tắc ống mật chủ để lấy sỏi và dẫn lưu ống mật chủ bằng kehr.

5. Phòng bệnh

- Ăn uống vệ sinh.
- Tẩy giun định kỳ 6 tháng 1 lần.

6. Chăm sóc người bệnh sỏi mật

6.1. Nhận định

6.1.1. Trước phẫu thuật

- Nhận định tình trạng chung: người bệnh tỉnh táo hay li bì? mạch, huyết áp, phát hiện sớm sốc mật.
- Cơn đau: cơn đau quặn gan? có khó thở không?
- Sốt nóng kèm sốt rét run?
- Tình trạng vàng da? vàng mắt?
- Tình trạng gan to.

6.1.2. Sau phẫu thuật

- Tình trạng chung: mạch, huyết áp phát hiện sớm sốc mật.
- Tình trạng vết phẫu thuật.
- Ống dẫn lưu (đặc biệt là kehr).
- Bụng có trướng? có đau?
- Đã trung tiện chưa?
- Đánh giá lượng nước tiểu sau phẫu thuật.

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc

6.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giảm đau.
- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Giảm sốt.

- Phòng chống sốc.
- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật.

6.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Giảm đau cho người bệnh.
- Thực hiện các y lệnh sau phẫu thuật.
- Chăm sóc, theo dõi vết phẫu thuật.
- Chăm sóc, theo dõi ống dẫn lưu.
- Ngăn ngừa giảm biến chứng sau phẫu thuật.
- Chế độ nuôi dưỡng.
- Giáo dục sức khoẻ.

6.3. Thực hiện kế hoạch

6.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Giải thích người bệnh an tâm đồng ý ký giấy phẫu thuật.
- Nhịn ăn uống.
- Vệ sinh vùng phẫu thuật (cạo lông bộ phận sinh dục) thay quần áo bệnh viện.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch để phòng mất nước và nhiễm độc.
  + Tiêm kháng sinh, thử test kháng sinh.
  + Hạ sốt cho người bệnh bằng thuốc hạ nhiệt.
  + Làm thủ tục hồ sơ.
  + Làm các xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật: xét nghiệm máu, siêu âm.
  + Thụt tháo phân nếu có chỉ định.
- Di chuyển người bệnh lên nhà phẫu thuật bằng xe cáng và bàn giao.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng các thiết bị vệ sinh và cấp cứu của bệnh viện.

6.3.2. Sau phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn 30 phút 1 lần.
- Chỉ cho người bệnh ăn uống khi đã trung tiện.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị.
- Thay băng vết phẫu thuật và chân dẫn lưu kehr hàng ngày, vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh của thầy thuốc.

+ Nếu người bệnh sốt cao thì phải chườm mát.

+ Truyền dịch.

+ Tiêm kháng sinh (phối hợp với thầy thuốc chống sốc mật tốt).

+ Đặt sonde dạ dày hút ngắt quãng.

+ Chăm sóc ống dẫn lưu: đặc biệt là ống dẫn lưu kehr (theo dõi số lượng, màu sắc và tính chất dịch, thường rút khoảng 14-15 ngày sau phẫu thuật, nếu tắc phải bơm rửa khi có chỉ định của bác sĩ). Bình thường nước mật chảy qua kehr từ 300ml - 500ml/ngày.

+ Rút kehr:

• Thường sau 15 ngày mới có chỉ định.

• Trước khi rút phải cặp thử kehr 24 giờ nếu người bệnh không đau bụng, không tức, không sốt trở lại mới được rút, ngược lại phải báo với bác sĩ.

• Nếu kehr tắc phải bơm rửa theo đúng quy trình (xem bài thủ thuật bơm rửa kehr).

- Ngày đầu giai đoạn hồi tỉnh (xem bài chăm sóc sau phẫu thuật chung).

- Những ngày sau nằm theo tư thế fowler hoặc đi lại nhẹ nhàng quanh giường.

- Hướng dẫn người bệnh phát hiện sớm các biến chứng xa: dính ruột và tắc ruột (khi ăn uống cần kiêng các chất kích thích và mỡ).

- Giáo dục sức khoẻ:

+ Giữ vệ sinh ăn uống, tẩy giun định kỳ.

+ Giới thiệu cho người bệnh các triệu chứng phát hiện sớm sỏi mật tái phát.

6.4. Đánh giá

6.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu sớm.
- Hồ sơ và xét nghiệm được chuẩn bị đầy đủ.
- Không có thiếu sót về chuyên môn.

6.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Phát hiện và xử trí sớm các biến chứng.
- Người bệnh và người nhà an tâm tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 4 nguyên nhân gây tắc ống mật chủ:

A: Do nhiễm khuẩn đường mật

B: .....

C: Rối loạn chuyển hóa toàn thân

D: Do ứ trệ mật

2. Kể 3 triệu chứng cơ năng trong sỏi ống mật

A:.....

B:.....

C:.....

3. Kể 6 bệnh dễ nhầm với sỏi ống mật chủ là:

A: Ung thư đầu tụy

B: Ung thư đường dẫn mật

C: Viêm gan do vi rút

D.....

E: Xơ gan thể ứ mật

G: Viêm tụy mãn

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Triệu chứng cơ năng là đau, sốt, ngứa ngoài da.		
5	Siêu âm tìm sỏi là phương pháp tốt nhất.		
6	Dấu hiệu vàng da xuất hiện ngay sau khi bị tắc ống mật chủ.		
7	Dấu hiệu ngứa ngoài da biểu hiện người bệnh bị tắc mật lâu ngày.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Nước mật chảy qua kehr bình thường là màu:

A: Vàng trong

B: Nâu sẫm

C: Hồng nhạt

D: Nâu nhạt

E: Trắng đục

9. Rút ống dẫn lưu kehr sau phẫu thuật sỏi ống mật chủ:

A: Mật vàng trong

B: Vào ngày thứ 7

C: Chụp kiểm tra đường mật

D: Người bệnh không đau tức

E: Dẫn lưu không ra dịch

10. Sau phẫu thuật bụng ngày đầu, nguyên nhân thông thường gây đái ít là do:

A: Người bệnh uống ít nước

B: Bù thiếu dịch

C: Thuốc mê

D: Bệnh thận

E: Mất máu

Bài 9
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TUỴ CẤP

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng của viêm tuỵ cấp.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm tuỵ cấp.

1. Đại cương

- Viêm tuỵ cấp là một hiện tượng tự tiêu hoá của tuyến tuỵ.
- Là một bệnh cấp cứu ngoại khoa.

2. Nguyên nhân

- Do ứ mật (sỏi oddi).
- Do giun đũa.
- Do tăng tiết men tuỵ.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Cơn đau dữ dội vùng trên rốn.
- Nôn.
- Bí trung đại tiện.

3.2. Triệu chứng thực thể

- Nhìn bụng trướng.
- Sờ có phản ứng thành bụng trên rốn.
- Ấn điểm sườn lưng trái rất đau.

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Sốc.
- Nhiễm trùng nặng.

5.GTNGOAIKHOA-B

3.4. Xét nghiệm

- Amylaza máu tăng cao.
- Amylaza có trong nước tiểu.
- SGOT tăng cao.
- Calci máu giảm.

4. Điều trị

4.1. Chủ yếu điều trị nội khoa

- Kháng sinh. - Truyền dịch. - Atropin. - Insulin.	Theo dõi các thuốc chống sốc.

4.2. Điều trị ngoại khoa

- Có nguyên nhân cơ giới, sỏi, giun...
- Điều trị nội khoa không kết quả.
- Có biến chứng viêm phúc mạc.

5. Chăm sóc người bệnh viêm tụy cấp

5.1. Trường hợp không phẫu thuật

- Làm các xét nghiệm sinh hóa huyết học cần thiết.
- Đặt ống hút liên tục vào dạ dày nếu tốt hơn đặt vào tá tràng. Ghi đủ số lượng dịch hút ra để báo bác sĩ điều trị bù lại đủ.
- Tiêm thuốc giảm đau chống co thắt và giảm tiết dịch dạ dày và ruột.
- Theo dõi lượng nước tiểu ghi hồ sơ.
- Nuôi dưỡng:
  + Không cho ăn uống.
  + Nuôi dưỡng đủ bằng dịch truyền tĩnh mạch.
- Theo dõi diễn biến lâm sàng: cơn đau, tình trạng bụng, mạch, huyết áp khi có dấu hiệu bất thường báo cáo ngay để bác sĩ xử trí.

5.2. Trường hợp phẫu thuật

5.2.1. Nhận định

- Trước phẫu thuật.
  + Đau bụng: thường đau dữ dội liên tục ở vùng trên rốn, bụng có trướng không?
  + Nôn mửa liên tục có thể nôn ra máu.

+ Dấu hiệu sinh tồn thường mạch nhanh, huyết áp hạ do sốc.

+ Theo dõi nước tiểu: thường người bệnh nước tiểu ít hoặc vô niệu,

- Sau phẫu thuật:

+ Tình trạng chung: dấu hiệu sinh tồn thường người bệnh vẫn sốc.

+ Người bệnh sốt cao.

+ Tình trạng vết phẫu thuật.

+ Các ống dẫn lưu.

+ Sonde dẫn lưu nước tiểu.

+ Bụng có trướng, có đau không?

+ Đã trung tiện chưa?

5.2.2. Lập kế hoạch

- Lập kế hoạch trước phẫu thuật.

+ Giảm lo lắng cho người bệnh.

+ Giảm đau.

+ Phòng chống sốc.

+ Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật.

- Lập kế hoạch sau phẫu thuật:

+ Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.

+ Thực hiện các y lệnh sau mổ.

+ Chăm sóc theo dõi vết phẫu thuật.

+ Chăm sóc theo dõi ống dẫn lưu.

+ Chế độ nuôi dưỡng.

+ Giáo dục sức khoẻ.

5.2.3. Thực hiện kế hoạch

- Trước phẫu thuật:

+ Đo dấu hiệu sinh tồn.

+ Làm công tác tư tưởng để người bệnh an tâm đồng ý phẫu thuật, ký giấy phẫu thuật.

+ Nhịn ăn uống.

+ Làm vệ sinh vùng phẫu thuật, thay quần áo bệnh viện.

+ Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

- Truyền dịch (khi truyền glucoza phải pha với insulin).
- Tiêm kháng sinh, thử test kháng sinh.
- Thụt tháo phân.

• Đặt sonde tiểu.

• Chuẩn bị hồ sơ và xét nghiệm phẫu thuật cấp cứu.

+ Di chuyển người bệnh lên nhà phẫu thuật bằng xe cáng, bàn giao.

+ Hướng dẫn người bệnh sử dụng các thiết bị cấp cứu và vệ sinh của bệnh viện.

- Sau phẫu thuật:

+ Giai đoạn hồi tỉnh (như bài chăm sóc sau phẫu thuật chung).

+ Đo dấu hiệu sinh tồn.

+ Người bệnh phải nhịn ăn uống từ 10 - 15 ngày sau phẫu thuật.

+ Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

• Truyền đủ dịch để cung cấp điện giải và năng lượng nuôi sống người bệnh.

• Tiêm kháng sinh và Atropin.

• Thay băng vết phẫu thuật hàng ngày

• Chăm sóc ống dẫn lưu (ống dẫn lưu hậu cung mạc nối) thường rút sau 7 ngày.

+ Từ ngày thứ 2 người bệnh có thể ngồi dậy theo tư thế fowler hoặc đi lại quanh giường.

+ Giáo dục sức khỏe: người bệnh cần có chế độ ăn kiêng mỡ, các chất kích thích.

5.4. Đánh giá

5.4.1. Trước phẫu thuật

- Phát hiện sớm sốc và xử trí an toàn.
- Đưa người bệnh lên nhà phẫu thuật an toàn
- Không có sai sót về chuyên môn cũng như tư tưởng.

5.4.2. Sau phẫu thuật

- Phẫu thuật an toàn.
- Phát hiện và xử trí sớm các biến chứng sau phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Vấn đề sinh lý bệnh trong viêm tụy cấp:

A: Viêm tụy cấp là hiện tượng tự tiêu hóa do men tụy được hoạt hóa.

B: Hai cơ chế để giải thích hiện tượng trên là thuyết.....và thuyết.....

2. Kể 4 nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp thể phù:

A: Thuốc giảm tiết dịch và chống co thắt.

B: Hút dịch tá tràng.

C:.....

D:.....

3. Kể 6 vấn đề lưu ý khi chăm sóc người bệnh trước phẫu thuật bệnh viêm tụy cấp:

A: Xét nghiệm

B: .....

C: Thuốc giảm đau chống co thắt, kháng sinh.

D: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

E: Theo dõi bụng.

F: Nuôi dưỡng tĩnh mạch.

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Đau trong viêm tụy cấp: cơn đau dữ dội vùng thượng vị đâm xuyên ra sau lưng.		
5	Thuốc giảm đau trong viêm tụy cấp: dùng morcphin clohydrat.		
6	Hạn chế tạm thời tiết men tụy trong viêm tụy cấp: dùng Atropin sunfat.		
7	Giun đũa hay sỏi đường mật có thể là nguyên nhân của viêm tụy cấp.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Tiên lượng nặng của triệu chứng nôn trong viêm tụy cấp là:

A: Nôn liên tục

B: Nôn ra thức ăn của ngày hôm trước

C: Nôn ra mật

D: Nôn ra máu

E: Nôn ra phân

9. Khi hồi sức cho người bệnh viêm tụy cấp trước phẫu thuật chế độ ăn uống đúng là:

A: Không cho người bệnh ăn uống gì

B: Cho ăn cháo

C: Cho ăn cơm nát

D: Cho uống nước chè đường ấm

E: Cho uống sữa nóng

10. Sau phẫu thuật viêm tụy cấp người bệnh ra viện, điều dưỡng viên căn dặn người bệnh nên:

A: Lao động nhẹ nhàng

B: Tẩy giun định kỳ

C: Đi khám định kỳ 3 tháng /1 lần

D: Ăn nhiều thịt

E: Ăn nhiều rau

Bài 10
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được nguyên nhân và phân loại bỏng theo diện tích và độ sâu.
2. Liệt kê được diễn biến của bỏng.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh bỏng.

1. Đại cương

1.1. Bỏng là những tổn thương ở da và tổ chức tế bào dưới da gây nên bởi nhiệt độ, hoá chất hoặc do điện giật

1.2 Nguyên nhân

- Trong thời chiến tranh như bom cháy (napan), bom lân tinh, bức xạ của bom nguyên tử.
- Trong thời bình:
  + Do sức nóng ướt: nước sôi, cám lợn...
  + Do sức nóng khô: lửa, ét xăng, dầu hoả...
  + Do hoá chất: vôi, axit...
  + Do điện: điện giật, chập cháy. Bỏng điện thường rất sâu.

1.3. Phân loại bỏng

1.3.1. Theo diện tích

- Tính theo luật số 9 của wallace (áp dụng cho người lớn):
  + Đầu, mặt, cổ : 9%
  + Thân phía trước: 18%
  + Thân phía sau : 18%
  + Chi trên : 9% (mỗi chi).
  + Chi dưới : 18% (mỗi chi).

+ Vùng sinh dục: 1%

- Tính theo công thức bàn tay: mỗi bàn tay người bị bỏng tương đương với 1% - 1,25% diện tích cơ thể.

1.3.2. Tính theo độ sâu: theo Boyer chia bỏng ra 3 bậc:

- Bỏng bậc 1: không có tổn thương giải phẫu, chỗ bỏng sưng và tấy đỏ, những vết đỏ mất hẳn đi không để lại vết tích gì.

- Bỏng bậc 2: lớp biểu bì bị tổn thương giải phẫu, trên da có những nốt phỏng, lớp tế bào gai còn nguyên vẹn.

- Bỏng bậc 3: có tổn thương lớp sâu, khi lành sẹo sẽ rúm ró.

- Cách phân loại này để đánh giá và tiên lượng người bệnh bỏng:

+ Người lớn > 20% diện tích cơ thể.

+ Trẻ em > 10% diện tích cơ thể.

+ Độ sâu 2, 3: là rất nặng, có thể sốc, phải đưa người bệnh vào viện để điều trị.

2. Chẩn đoán bỏng

Thường diễn biến của bỏng rất phức tạp, ngoài tổn thương ngoài da thì toàn thân có thể có diễn biến sau:

2.1. Giai đoạn sốc: thường xảy ra 48 giờ đầu, người bệnh có diện tích bỏng > 15% thì coi như đang sốc vì sẽ sốc.

- Dấu hiệu toàn thân: có thể chân tay lạnh, vã mồ hôi, khát nước, vật vã, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

- Dấu hiệu tại chỗ: phù nề, có hiện tượng thoát huyết tương ra ngoài mạch máu mang theo nước, các chất điện giải và protein, do đó dẫn đến giảm số lượng và chất lượng dịch trong tuần hoàn.

2.2. Giai đoạn nhiễm độc: thường vào ngày thứ 3 trở đi. Thường do các chất phân giải của các mô chết làm tổn thương gan, thận (viêm thận cấp).

- Dấu hiệu toàn thân: người bệnh nôn mửa, ỉa lỏng, bụng trướng, sốt cao 39 - 40°C, đái ít hoặc vô niệu.

- Tại vết bỏng: các tổ chức hoại tử nhiều mủ và chảy nhiều dịch hôi.

2.3. Giai đoạn nhiễm khuẩn: thường người bệnh bị nhiễm tụ cầu vàng, liên cầu tan huyết, thậm chí có thể bị uốn ván.

- Toàn thân suy nhược.

- Tại chỗ vết bỏng nhiều mủ và chảy có nùi hôi, nhiều tổ chức hoại tử.

2.4. Giai đoạn suy nhược

- Toàn thân viêm phổi, viêm thận, viêm gan.

- Tại chỗ: bỏng lâu liền, nhiễm khuẩn lâu dài có thể biến thành ung thư, sẹo co dính, cứng khớp.

3. Điều trị

3.1. Điều trị trước phẫu thuật vá da

3.1.1. Sơ cứu

- Loại bỏ các nguyên nhân gây bỏng (làm lạnh vùng bỏng bằng nước lạnh, hoặc dùng các nước đối kháng với nguyên nhân gây bỏng để rửa vết thương như nước vôi trong hoặc dấm).

- Tháo bỏ các tư trang hoặc quần áo nơi bị bỏng (nhẫn, vòng).

- Băng vết bỏng bằng 1 miếng gạc sạch.

- Chống sốc: Thường do người bệnh đau và mất nước.

  + Người bệnh uống càng nhiều nước càng tốt.

  + Nếu có điều kiện thì truyền dịch cho người bệnh.

  + Tiêm các thuốc giảm đau: Atropin, Aminazin, Pipolphen, Dolacgan.

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên nhẹ nhàng và có nhân viên y tế đi kèm để chống sốc.

3.1.2. Điều trị thực thụ

- Giai đoạn sốc:

  + Toàn thân:

    • Tiếp tục chống sốc bằng truyền dịch và tiêm thuốc giảm đau.

    • Hồi sức: thở oxy và dùng các thuốc khác.

    • Tiêm kháng sinh và SAT + AT.

  + Tại chỗ:

    • Rửa vết bỏng bằng nước muối sinh lý 9‰.

    • Cắt bỏ các tổ chức hoại tử và các nốt phỏng.

    • Bôi Panthenol.

- Giai đoạn nhiễm độc:

  + Toàn thân:

    • Tiếp tục chống sốc.

    • Chống nhiễm độc bằng truyền các dung dịch Natribicarbonat 14‰.

    • Tiêm kháng sinh.

+ Tại chỗ:

• Thay băng vết phẫu thuật hàng ngày.

• Bôi Panthenol và băng gạc sạch vô khuẩn.

- Giai đoạn nhiễm trùng:

+ Toàn thân:

• Tiếp tục truyền dịch.

• Tiếp tục tiêm kháng sinh.

- Giai đoạn suy kiệt (chuẩn bị cho vá da):

+ Toàn thân:

• Truyền các dung dịch nhiều năng lượng (như đạm, máu).

• Vết bỏng lâu liền tiếp tục dùng kháng sinh.

+ Tại chỗ:

• Thay băng vết thương hàng ngày.

• Bôi nước muối 10% tạo điều kiện cho tổ chức hạt mọc tốt chuẩn bị cho thời kỳ vá da.

- Vá da:

+ Vá da rời: thường sau 7 ngày mới thay băng (tránh thay băng nhiều làm cho thất bại cuộc phẫu thuật).

+ Vá da có cuống: phải cố định những phần liên quan đến cuống da tránh tác động của cử động làm thất bại cuộc phẫu thuật.

4. Chăm sóc người bệnh bỏng

4.1. Nhận định tình trạng người bệnh

4.1.1. Trước phẫu thuật

- Tình trạng da xem bỏng độ mấy.
- Diện tích bỏng.
- Tình trạng hô hấp và tuần hoàn.
- Hỏi nguyên nhân gây bỏng và cách xử trí ban đầu khi bị nạn.
- Theo dõi tri giác.
- Lượng nước tiểu đã tiểu tiện.
- Các xét nghiệm đã được làm.

4.1.2. Sau phẫu thuật

- Tình trạng chung: dấu hiệu sinh tồn.

- Theo dõi tri giác.
- Lượng nước tiểu 1giờ/1lần.
- Tình trạng vết phẫu thuật và ống dẫn lưu (nếu có).
- Các xét nghiệm đã làm và hồ sơ bệnh án.

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

4.2.1. Lập kế hoạch chăm sóc trước phẫu thuật

- Phòng chống sốc.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Thực hiện các y lệnh trước phẫu thuật.
- Bù nước và điện giải.
- Giảm đau.
- Tư thế phù hợp với người bệnh.

4.2.2. Lập kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện các y lệnh sau phẫu thuật.
- Ngăn ngừa giảm biến chứng sau phẫu thuật.
- Chế độ ăn uống.
- Chế độ vận động.
- Giáo dục sức khoẻ.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Trước phẫu thuật

- Phòng chống sốc: tránh gây đau đớn cho người bệnh.
  + Cho người bệnh thở oxy.
  + Cắt bỏ hoặc nới lỏng quần áo.
  + Tìm một đường truyền thật tốt, truyền dịch liên tục cho người bệnh.
  + Cho thuốc giảm đau, ủ ấm và cho người bệnh uống nước trà nóng, càng nhiều càng tốt.
- Lấy máu xét nghiệm theo y lệnh: công thức máu, Hematocrit, ure, điện giải đồ.
- Động viên người bệnh an tâm.
- Cho người bệnh ăn lỏng, uống càng nhiều nước càng tốt.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Tiêm kháng sinh.
  + Truyền dịch.

+ Đặt sonde tiểu theo dõi nước tiểu 1giờ/1lần

+ Theo dõi số lượng dịch thấm ra băng để đánh giá tình trạng mất nước.

+ Truyền dịch theo y lệnh của bác sĩ:

• Tổng số dịch truyền trong ngày: S% x 4ml x P(kg) điện giải tổng lượng dịch chia ra truyền trong 24 giờ.

• Với S: Diện tích bỏng

P: Trọng lượng cơ thể bệnh nhân.

1/2 dịch truyền trong 8 giờ đầu.

1/4 dịch truyền trong 8 giờ tiếp theo.

1/4 dịch truyền trong 8 giờ kết.

+ Theo dõi hô hấp: hút đờm dãi, thở oxy, đặt nội khí quản nếu cần.

+ Thay băng vết bỏng, nếu bỏng axit thì rửa bằng dung dịch kiềm natribicacbonat 14‰, nếu bỏng kiềm thì rửa bằng dung dịch axit boric.

- Người bệnh nằm tại giường tùy theo vị trí của vùng bỏng.

+ Nếu bỏng ngực, bụng: nằm có kê gối ở lưng.

+ Nếu bỏng cổ thì nằm có kê gối ở dưới cổ.

+ Nếu bỏng ở tay: để cánh tay vuông góc với người.

+ Nếu bỏng chân (đùi): nằm giạng chân 60°.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng các thiết bị cấp cứu và vệ sinh của khoa phòng.

4.3.2. Sau phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

- Giải thích để người bệnh phối hợp phát hiện các biến chứng: viêm phổi, loét, sẹo dính.

- Ăn uống: thức ăn lỏng, có đạm và năng lượng cao.

- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

+ Truyền dịch theo công thức ở phần điều trị.

+ Tiếp tục tiêm kháng sinh.

+ Theo dõi nước tiểu 1giờ/1lần hay 1ngày/1lần.

+ Theo dõi vùng phẫu thuật (vá da). Chỉ thay băng khi có chỉ định của bác sĩ.

- Luyện tập trên giường bệnh cũng như đi quanh giường nếu điều kiện cho phép (bỏng mặt: tập vận động các cơ ở trên mặt, bỏng ngực: tập thở, bỏng chân

tay: tập co duỗi chân tay).

- Giáo dục sức khoẻ: Động viên người bệnh luyện tập tránh teo cơ, cứng khớp và sẹo co dính.

4.4. Đánh giá

4.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh đồng ý phẫu thuật.
- Không có biến chứng: sốc.
- Người bệnh được phẫu thuật theo kế hoạch định sẵn, không có thiếu sót về chuyên môn.

4.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Người bệnh không có biến chứng: teo cơ, cứng khớp, sẹo dính, loãng xương.
- Gia đình và người bệnh tin tưởng vào điều dưỡng viên và bác sĩ.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 4 nhóm nguyên nhân gây ra bỏng:

   A: Sức nóng

   B: Điện

   C:.....

   D:.....

2. Kể tên 4 giai đoạn tiến triển của bỏng:

   A:.....

   B: Giai đoạn nhiễm trùng

   C: Giai đoạn nhiễm độc

   D: .....

3. Bỏng không những gây tổn thương cho da mà còn gây ảnh hưởng đến .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Nạn nhân bị bỏng điện thường ngừng tim đột ngột phải bóp tim ngoài lồng ngực ngay.		
5	Nạn nhân bỏng thường thoát huyết tương qua vùng bị bỏng gây suy kiệt.		
6	Trong quá trình điều trị bỏng phải đặt ống thông tiểu qua niệu đạo để theo dõi nước tiểu.		
7	Lượng nước tiểu của nạn nhân bỏng trên 50ml/24 giờ là bình thường.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Một trong những di chứng lâu dài của bỏng:

A: Nhiễm trùng

B: Suy kiệt

C: Sẹo dính

D: Sốc

E: Nhiễm độc

9. Điều kiện chính để ghép da của vết thương bỏng rộng là:

A: Hết sốc

B: Tuần thứ 2

C: Tổ chức hạt lên tốt, không nhiễm trùng

D: Thể trạng tốt

E: Ngày sau bỏng

10. Phân chia độ sâu của bỏng theo thang độ của Boyer, bỏng độ 1:

A: Tổn thương lớp thượng bì

B: Tổn thương lớp trung bì

C: Tổn thương toàn bộ lớp da

Bài 11
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁT VỊ BẸN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, các phương pháp điều trị của thoát vị bẹn.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh thoát vị bẹn.

1. Đại cương

1.1. Thoát vị bẹn: là bệnh mà nội dung thoát vị (thường là mạc nối lớn hay ruột) chui qua ống bẹn để ra ngoài ổ bụng để xuống bìu (đàn ông), môi lớn (nữ).

1.2. Các dạng thoát vị bẹn

- Thoát vị bẹn chéo ngoài.
- Thoát vị bẹn chéo giữa.
- Thoát vị bẹn chéo trong.

2. Nguyên nhân

2.1. Thoát vị bẹn mắc phải

- Người có thành bụng yếu.
- Béo.
- Suy nhược.
- Làm công việc nặng nhọc gây tăng áp lực ổ bụng.

2.2. Thoát vị bẹn bẩm sinh: còn tồn tại ống phúc tinh mạc (đẻ ra đã thấy, hoặc trong 6 năm đầu).

3. Cơ thể bệnh học

3.1. Thoát vị bẹn chéo ngoài: thường do bẩm sinh (thường một bên, xuống hẳn đùi, cạnh thừng tinh ở trong động mạch thượng vị).

3.2. Thoát vị bẹn trực tiếp (chéo giữa): thường do thành bụng yếu (thường bị hai bên, ít sa xuống thấp).

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Triệu chứng cơ năng: ít ảnh hưởng.

- Thấy tức bìu khi đứng lâu hoặc lao động nặng.
- Vướng víu khi chạy.

4.2. Triệu chứng thực thể

* *Nhìn:*

Thấy một khối u to ở vùng ống bẹn chéo xuống dưới vào trong liền với bìu.

* *Sờ:*

- Thấy khối u mềm căng.
- Bảo người bệnh ho, thấy khối u dịch chuyển.
- Cho người bệnh nằm có thể nắn thấy nội dung thoát vị vào ổ bụng, lúc này khối u nhỏ dần lại và biến mất.

* *Gõ:*

- Nghe thấy trong: nội dung thoát vị là ruột.
- Nghe thấy đục: nội dung thoát vị là mạc nối lớn.

(Chú ý: khám cả hai bên đối xứng để so sánh và tránh bỏ sót).

5. Biến chứng

- Thoát vị bẹn thắt (nghẹt).
- Nội dung thoát vị dính vào vùng bìu, không lên ổ bụng được nữa.

(Cả 2 biến chứng trên đều phải được phẫu thuật).

6. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u thừng tinh hay tinh hoàn (Kys cocdon).
- Tràn dịch màng tinh hoàn: không nắn được mào tinh hoàn, soi đèn thấy có màu trong sáng.

7. Điều trị

7.1. Sơ cứu

- Dùng băng đeo, nếu ở trẻ em có thể đeo 6 năm.
- Ở người lớn: khuyên đi điều trị phẫu thuật.
- Cả người lớn và trẻ em: nếu có biến chứng phải được phẫu thuật ngay.

7.2. Phẫu thuật

- Đẩy nội dung thoát vị vào bụng.
- Cắt bỏ bao thoát vị, buộc cổ bao lại.
- Tái tạo thành bụng.
- Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

8. Chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn

8.1. Nhận định tình trạng người bệnh

8.1.1. Trước phẫu thuật

- Quan sát sắc mặt, da và niêm mạc xem có nhợt nhạt không?
- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Chú ý tình trạng mất nước và điện giải, nhiễm độc do bệnh gây ra.
- Cơn đau: thường là đau từng cơn báo bác sĩ để chuẩn đoán, thường người bệnh đau toàn bụng, đặc biệt đau nhất ở cổ bao thoát vị.
- Nôn: thường nôn nhiều và dữ dội.
- Bụng trướng: thường nhìn thấy dấu hiệu rắn bò, quai ruột nổi.

8.1.2. Sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (như bài chăm sóc phẫu thuật chung).
- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết phẫu thuật.
- Tình trạng ống dẫn lưu nếu có.
- Tình trạng cử động của hai chi dưới.

8.2. Lập kế hoạch chăm sóc

8.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Thực hiện y lệnh trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị thủ tục trước phẫu thuật.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Giáo dục sức khoẻ.

8.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh sau phẫu thuật.
- Bù nước và điện giải.
- Giáo dục sức khoẻ.

8.3. Thực hiện kế hoạch

8.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn: chú ý nếu mạch nhanh, huyết áp hạ là sốc do nhiễm độc và mất nước.
- Giải thích để người bệnh biết sự cần thiết phải phẫu thuật.
- Người bệnh nhịn ăn, nhịn uống trước phẫu thuật 6 giờ (ngày hôm trước phẫu thuật ăn nhẹ).
- Vệ sinh thân thể ngày hôm trước phẫu thuật, thay quần áo bệnh viện.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch (nếu có y lệnh).
  + Tiêm kháng sinh, thử test kháng sinh.
  + Thụt tháo phân.
  + Chuẩn bị hồ sơ và xét nghiệm.
  + Chuyển người bệnh lên nhà phẫu thuật và bàn giao.
- Khi di chuyển người bệnh phải nhẹ nhàng và di chuyển bằng cáng (đề phòng sốc).
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng các thiết bị cấp cứu và vệ sinh của bệnh viện.

8.3.2. Sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh: (xem bài chăm sóc sau phẫu thuật chung).
- Đo dấu hiệu sinh tồn: chú ý mạch và huyết áp để phát hiện tình trạng sốc.
- Khi người bệnh trung tiện mới cho ăn uống.
- Vệ sinh răng miệng hằng ngày.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch bù nước và điện giải (tốc độ dịch truyền phụ thuộc vào tình trạng mất nước của người bệnh).
  + Tiêm kháng sinh.
  + Đặt sonde dạ dày, hút ngắt quãng.
  + Chăm sóc và theo dõi ống dẫn lưu. Thường rút sau 3 ngày.
  + Chăm sóc vết phẫu thuật: thay băng hằng ngày.
- Ngày đầu cho tập lăn nghiêng trên giường và nằm theo tư thế fowler.
- Hướng dẫn người bệnh nếu đau bụng đến khám và điều trị tại các bệnh viện ngoại khoa, hạn chế mang vác nặng trong 3 tháng đầu.

8.4. Đánh giá

8.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật sớm đúng kế hoạch.
- Không có sai sót về chuyên môn.
- Người bệnh và gia đình yên tâm.

8.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Người bệnh không có tai biến (nếu có tai biến thì phát hiện sớm và xử trí sớm).
- Người bệnh tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Liệt kê 4 ưu điểm khi cho người bệnh ngồi dậy sớm sau phẫu thuật:

A: Đề phòng viêm phổi

B: Đề phòng loét

C: Đề phòng dính ruột

D:.....

2. Liệt kê 3 nguyên nhân gây đau ở vết phẫu thuật những ngày đầu:

A:.....

B:.....

C:.....

3. Sau phẫu thuật có rất nhiều ..... xảy đến người bệnh

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng và cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Sau phẫu thuật thoát vị bẹn: nếu ho nhiều phải cho thuốc giảm ho.		
5	Sau mổ thoát vị bẹn: chỉ thay băng nếu vết phẫu thuật ướt.		
6	Sau phẫu thuật thoát vị bẹn 2 ngày: cho bệnh nhân đi lại sớm.		
7	Sau phẫu thuật thoát vị bẹn khi có nhu động ruột: cho ăn uống bình thường.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Khám người bệnh thoát vị bẹn thường thấy khối thoát vị:

A: Nhỏ dần khi đỡ ho

B: Nhỏ dần khi nằm nghỉ

C: Nhỏ dần khi rặn

D: Nhỏ dần khi nhảy

E: Nhỏ dần khi đứng lâu

9. Khám và nhận định người bệnh thường thấy:

A: Chạy, nhảy đỡ đau

B: Đi lại đỡ đau

C: Ngồi đỡ đau

D: Nằm đỡ đau

E: Ho, rặn đỡ đau

10. Triệu chứng của nhiễm trùng vết phẫu thuật là:

A: Đau bụng nhiều, sốt cao

B: Sốt nhẹ vào ngày thứ 1 - 2 kèm theo nôn

C: Đau bụng nhưng không sốt

D: Bụng trướng nhẹ và sốt

E: Ngày thứ 3 trở đi sốt, đau ở vết phẫu thuật

Bài 12
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ, RÒ CẠNH HẬU MÔN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng của bệnh trĩ, rò cạnh hậu môn.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trĩ, rò cạnh hậu môn.

I. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ

1. Đại cương

- Bệnh trĩ là sự giãn tĩnh mạch dưới niêm mạc ở ống hậu môn quá mức.
- Phân loại:
  + Trĩ nội: giãn tĩnh mạch dưới niêm mạc, ống hậu môn, trên đường lược.
  + Trĩ ngoại: giãn tĩnh mạch dưới niêm mạc, ống hậu môn, dưới đường lược.

2. Nguyên nhân

2.1. Trĩ bệnh mắc phải

- Ngồi lâu.
- Tăng áp lực ổ bụng (ho, kéo xe...).
- Ung thư trực tràng.

2.2. Trĩ triệu chứng: Xơ gan gây nên tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Chảy máu: có khi chảy thành tia sau mỗi lần đi ngoài (như cắt tiết vịt).
- Đau rát: ở hậu môn nếu kèm theo viêm.

3.2. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: thấy các búi trĩ lòi ra ngoài.

- Sờ: búi trĩ mềm, ấn vào thì xẹp, không đau.

- Soi: dùng đèn nội soi, soi vào ống hậu môn, có thể thấy các búi trĩ ở trong sâu.

4. Điều trị

4.1. Điều trị nội khoa (các trường hợp nhẹ, số lượng búi trĩ ít)

- Ngâm hậu môn vào nước ấm 15 phút sau khi đi ngoài.

- Đặt thuốc vào ống hậu môn để chống co thắt và chống đau, chống viêm vào buổi tối trước khi đi ngủ.

- Tăng cường tập thể dục, thể thao, ưu tiên tập cơ bụng.

4.2. Điều trị ngoại khoa (các trường hợp nặng, số lượng búi trĩ nhiều).

- Phẫu thuật cắt búi trĩ.

- Kháng sinh toàn thân.

Chú ý: Sau phẫu thuật cần chăm sóc người bệnh:

+ Cần nong hậu môn người bệnh (tránh biến chứng hẹp hậu môn).

+ Chế độ ăn uống: không ăn các chất xơ thời gian đầu những ngày sau phẫu thuật.

+ Vệ sinh hậu môn hàng ngày, sau mỗi lần đi ngoài.

5. Chăm sóc sau phẫu thuật trĩ: Đọc ở mục dưới (Chăm sóc người bệnh rò cạnh hậu môn).

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RÒ CẠNH HẬU MÔN

1. Đại cương

- Do một áp xe vùng mông vỡ tạo rò.

- Nguyên nhân: 0,6 - 0,8 % do vi khuẩn lao, còn lại là tạp khuẩn.

2. Triệu chứng

- Có tiền sử có nhọt ở mông.

- Nhìn có 1 lỗ rò chảy nước vàng từng đợt.

- Sờ có thể thấy ống rò xơ cứng.

- Chụp X quang: có bơm thuốc cản quang thấy đường rò.

- Toàn thân: thường người bệnh bị lao phổi, viêm đại tràng.

3. Điều trị

Điều trị: phẫu thuật khoét lỗ rò. Kháng sinh toàn thân.

4. Chăm sóc phẫu thuật trĩ và rò cạnh hậu môn

4.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Chảy máu.
- Đau: vị trí đau, tính chất đau?
- Búi trĩ có lòi ra ngoài hay không?
- Tình trạng chung.

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

4.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giảm chảy máu.
- Giảm đau.
- Chế độ vệ sinh.
- Thực hiện các y lệnh trước phẫu thuật.
- Giáo dục sức khoẻ.

4.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Giảm đau.
- Thực hiện y lệnh sau phẫu thuật.
- Chế độ vệ sinh.
- Chế độ ăn uống.
- Giáo dục sức khoẻ.

4.3. Thực hiện kế hoạch

4.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Giải thích để người bệnh biết sự cần thiết phải phẫu thuật.
- Nhịn ăn uống trước 6 giờ.
- Vệ sinh vùng sinh dục, tiết niệu, hậu môn.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

+ Thụt tháo phân 2 lần (lần đầu vào tối hôm trước phẫu thuật, lần 2 vào 5 giờ sáng hôm phẫu thuật).

+ Thử test kháng sinh và tiêm kháng sinh.

+ Kiểm tra hồ sơ và các xét nghiệm cần thiết.

+ Đưa người bệnh lên nhà phẫu thuật và bàn giao.

- Người bệnh nghỉ ngơi yên tĩnh khi lên nhà phẫu thuật phải chuyển bằng xe cáng.

- Hướng dẫn người bệnh một số khó chịu sau phẫu thuật và các phương tiện cấp cứu, vệ sinh của bệnh viện.

4.3.2. Sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (đọc ở bài chăm sóc sau phẫu thuật chung).
- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Động viên người bệnh chịu đau.
- Chỉ ăn uống khi có trung tiện.
- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

+ Truyền dịch.

+ Tiêm kháng sinh.

+ Rút mét sau 24 giờ (có chỉ định của bác sĩ).

+ Thay băng vết phẫu thuật hàng ngày.

+ Vệ sinh sạch sẽ bằng nước ấm hậu môn sau mỗi lần đi ngoài.

- Nghỉ ngơi yên tĩnh, tránh đi lại nhiều.
- Giáo dục sức khoẻ: người bệnh nên khắc phục nguyên nhân gây bệnh trĩ do nghề nghiệp hoặc một số thói quen khác.

4.4. Đánh giá

4.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật sớm.
- Đầy đủ hồ sơ.
- Không có thiếu sót về chuyên môn.

4.4.2. Sau phẫu thuật

- Phẫu thuật an toàn.
- Không tái phát.
- Không có biến chứng (chảy máu, nhiễm khuẩn vết phẫu thuật, rò tái phát).
- Người bệnh và người nhà tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Trĩ thường gặp ở vị trí của hậu môn:

A: 3 giờ

B: .....

C: 11 giờ

2. Kể 3 mức độ của trĩ nội:

A: Độ 1: Búi trĩ còn nằm trong ống hậu môn

B: Độ 2: Búi trĩ đã ra ngoài có thể đẩy lên được

C: Độ 3: .....

3. Kể 6 việc phải chuẩn bị để phẫu thuật cho người bệnh trĩ:

A: Thụt tháo phân

B: Khám lại bằng cách soi trực tràng

C: Đặt thuốc để chống co thắt và chống đau

D: Dùng kháng sinh

E: .....

G: Thực hiện đúng chế độ ăn và vệ sinh để phẫu thuật

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Ỉa ra máu tươi là triệu chứng hay gặp của trĩ.		
5	Khám hậu môn có một chỗ phồng răn làm niêm mạc hậu môn căng, mất hết các nếp nhăn gọi là trĩ ngoại.		
6	Trĩ độ 2 là búi trĩ xuyên nằm ngoài ống hậu môn.		
7	Sau phẫu thuật trĩ mét trong ống hậu môn được rút sau 72 giờ.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Triệu chứng của nhiễm trùng vết phẫu thuật là:

A: Đau bụng nhiều, sốt cao

B: Sốt nhẹ vào ngày thứ 1 - 2 kèm theo nôn

C: Đau bụng, nhưng không sốt

D: Bụng trướng nhẹ và sốt

E: Ngày thứ 3 trở đi có sốt, đau vết phẫu thuật

9. Sau phẫu thuật 2 - 3 ngày, dấu hiệu sắp có trung tiện là:

A: Đau bụng có nôn

B: Đau bụng và sốt

C: Đau bụng từng cơn

D: Đau bụng, chân chỉ tấy đỏ

E: Sốt nhẹ, buồn nôn

10. Di chuyển người bệnh sau phẫu thuật bụng:

A: Cần nhẹ nhàng

B: Khi người bệnh đã tỉnh hẳn

C: Đặt người bệnh nằm đầu cao

D: Đặt người bệnh nằm sấp

E: Khi huyết áp lớn hơn 50 mmHg

Bài 13
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG DẪN LƯU

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được mục đích của dẫn lưu.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu.

1. Mục đích

- Dẫn dịch.
- Dẫn máu.
- Dẫn mủ ra ngoài làm khô các vùng xung quanh.

2. Các loại dẫn lưu

2.1. Kích cỡ

- Ống to: bằng ngón tay.
- Ống nhỏ: 0,5cm.

2.2. Vị trí

Ống dẫn lưu lấy tên tổ chức giải phẫu để gọi: thông thường có 11 loại ống dẫn lưu:

- Dẫn lưu dưới gan.
- Dẫn lưu douglas.
- Dẫn lưu hố chậu.
- Dẫn lưu ổ thận.
- Dẫn lưu bể thận.
- Dẫn lưu kerh.
- Dẫn lưu dạ dày.
- Dẫn lưu niệu đạo.
- Dẫn lưu bàng quang - thành bụng.

- Dẫn lưu rettzuit
- Dẫn lưu: Drain

2.3. Tính chất ống dẫn lưu

- Các loại dẫn lưu cứng màu đục, bằng cao su.
- Các loại dẫn lưu mềm trong, có ánh vàng, bằng cao su.
- Các loại dẫn lưu mềm rất trong và trắng, bằng nhựa.

3. Dịch chảy

3.1. Số lượng

- Số lượng ít hoặc không có là tốt:
  + Dưới gan
  + Douglas
  + Hố chậu
  + Ổ thận
    - Rettzuit thường rút sau 24-72 giờ khi dịch không chảy.
- Số lượng nhiều là bình thường:
  + Kehr
  + Dạ dày
  + Niệu đạo
  + Bể thận
  + Bàng quang - thành bụng.

3.2. Màu sắc

- Kehr: màu ánh vàng, xanh sẫm.
- Niệu đạo: nước tiểu bình thường: ánh vàng.
- Dạ dày: bình thường: màu trong hoặc trắng đục.

3.3. Tính chất

- Kehr: trong loãng
- Niệu đạo: trong loãng (nếu đục hoặc trắng như nước vo gạo là không tốt).

4. Thời gian rút một số dẫn lưu đặc biệt

- Kehr: sau 15 ngày.
- Niệu đạo - bàng quang trong u xơ tiền liệt tuyến: rút sau 2-3 tuần.

5. Biến chứng của dẫn lưu

- Gây dính các tạng quanh ống.

- Ống dẫn lưu cứng có thể gây tổn thương cho các cơ quan nội tạng bên trong nơi tiếp xúc.

- Nhiễm trùng tại chỗ đặt dẫn lưu và nhiễm trùng ngược dòng khi ta đặt ống dẫn lưu và chăm sóc không kỹ.

- Chảy máu khi rạch da đặt ống dẫn lưu.

- Lòi phủ tạng mạc nối lớn qua chỗ dẫn lưu.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hay cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Dẫn lưu là một thao tác dùng để đưa các chất dịch, ...(A).... trong các khoang của cơ thể hoặc một cơ quan .....(B)..... khoang hoặc cơ quan đó.

A: .....

B: .....

2. Nếu dẫn lưu có mục đích dẫn dịch, bác sĩ sẽ cho rút khoảng sau phẫu thuật ..... ngày.

3. Cần để người bệnh nghiêng về phía ..... và gắn với máy hút cho hút ngắt quãng nếu cần.

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Nếu vết phẫu thuật và ống dẫn lưu cần chăm sóc thì chăm sóc ống dẫn lưu trước vết phẫu thuật sau.		
5	Cần hỏi bác sĩ để biết mục đích của ống dẫn lưu.		
6	Nếu ống dẫn lưu ra máu tươi phải báo với bác sĩ và đo mạch huyết áp.		
7	Nếu ống dẫn lưu bị tắc cần xoay ống dẫn lưu để tránh tắc.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Chỉ định chính của đặt ống dẫn lưu trong phẫu thuật bụng:

A: Các hố tự nhiên đọng dịch.

B: Những vết khâu tạng rỗng và những miệng nối

C: Chống rò

D: Dẫn lưu các ổ áp xe

E: Cả A+B+C+D

9. Các loại ống dẫn lưu thường dùng:

A: Ống có lỗ đục bên

B: Penrose

C: Ống sonde

D: Ống dẫn lưu bằng chất dẻo hoặc bằng cao su

E: Cả A+B+C+D

10. Biến chứng của dẫn lưu:

A: Dính các tạng quanh ống

B: Làm tổn thương các cơ quan nội tạng

C: Nhiễm trùng ngược dòng

D: Chảy máu, lòi các tạng qua lỗ dẫn lưu

E: Cả A+B+C+D

Bài 14
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các loại hậu môn nhân tạo.
2. Trình bày được các biến chứng hậu môn nhân tạo.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo.

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa: Hậu môn nhân tạo (HMNT) là phương pháp đưa đại tràng ra thành bụng làm hậu môn thay hậu môn thật.

1.2. Phân loại

- Hậu môn nhân tạo tạm thời.
- Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

2. Các kiểu hậu môn nhân tạo

- Hậu môn nhân tạo hoàn toàn.
- Hậu môn nhân tạo một phần.
- Hậu môn nhân tạo tận cùng.
- Hậu môn nhân tạo kiểu nòng súng.

3. Các biến chứng hậu môn nhân tạo

- Chảy máu.
- Tụt hậu môn tạm thời vào bụng.
- Tắc ruột non sớm.
- Tắc đại tràng chỗ đưa ra.
- Hoại trĩ đại tràng đưa ra.
- Áp xe vùng da quanh hậu môn nhân tạo.

- Sa màng mạc đại tràng.
- Thoát vị thành bụng.

4. Chăm sóc và theo dõi

4.1. Theo dõi: các biến chứng.

4.2. Chăm sóc

- Không để phân tràn vào ổ bụng (ngừa bằng cách phết vaselin quanh HMNT).
- Phẫu thuật hậu môn nhân tạo đúng giờ và đúng kĩ thuật.
- Có túi đựng phân.
- Trước khi đóng hậu môn nhân tạo có kế hoạch thụt tháo và uống kháng sinh đường ruột trước 7 ngày.
- Chăm sóc da quanh HMNT, chống loét do 2 nguyên nhân:
  + Ruột non: phân kiềm tính.
  + Phân.
- Chỉ cắt chỉ hậu môn nhân tạo sau 7 ngày.

5. Chăm sóc hậu môn nhân tạo

5.1. Các loại hậu môn nhân tạo

Hậu môn nhân tạo là nơi để phân chảy ra trên đại tràng (thay thế cho hậu môn thật), trong đó có một phần của đại tràng được đưa ra ngoài thành bụng.

Có hai loại hậu môn nhân tạo chính:

- Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.
- Hậu môn nhân tạo tạm thời: sau một thời gian (3 - 6 tháng) hậu môn nhân tạo này sẽ được đóng lại, người bệnh lại đi theo đường hậu môn.

Hậu môn nhân tạo tuỳ theo yêu cầu có:

- Loại dẫn phân ra ngoài hoàn toàn.
- Loại dẫn lưu một phần phân ra ngoài.

Vị trí của hậu môn nhân tạo tạm thời thường ở đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma.

5.2. Các biến chứng trong hậu môn nhân tạo

- Chảy máu tại chỗ rạch mở đại tràng.
- Chảy máu trong ổ bụng.
- Hoại tử đoạn đại tràng đưa ra ngoài ổ bụng.
- Viêm phúc mạc.

- Nhiễm trùng tại chỗ làm hậu môn nhân tạo.
- Áp xe giữa các lớp thành bụng nơi có hậu môn nhân tạo.
- Tụt hậu môn nhân tạo vào bên trong.
- Tắc ruột.
- Sa ruột qua lỗ hậu môn nhân tạo.
- Thoát vị thành bụng tại chỗ làm hậu môn nhân tạo.

5.3. Chăm sóc sau phẫu thuật

- Ngoài các chăm sóc ổ bụng thông thường cần:

+ Về tâm lý người bệnh: cần giải thích, hướng dẫn tỉ mỉ cho người bệnh và người nhà bệnh nhân về hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

+ Về dinh dưỡng: ăn ít chất xơ, không nên dùng các chất kích thích nhu động ruột, tránh thay đổi thực đơn. Người bệnh tự thử nghiệm thực đơn nào thích hợp nhất.

+ Tập điều chỉnh chức năng hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

+ Các hậu môn nhân tạo tạm thời: hẹn đóng lại từ 3 - 6 tháng sau khi làm hậu môn nhân tạo.

5.4. Các kỹ thuật chăm sóc hậu môn nhân tạo

- Với hậu môn nhân tạo được mở ngay: nơi tiếp giáp giữa ruột và thành bụng cần quấn một băng hình vành khăn tẩm mỡ vaselin để tránh phân thấm vào ổ bụng. Cần theo dõi phát hiện sớm các dấu hiệu của viêm phúc mạc do phân thấm vào ổ bụng để xử trí kịp thời.
- Theo dõi vết phẫu thuật và hậu môn.
- Que thuỷ tinh treo hậu môn nhân tạo được rút ra bỏ sau 5 ngày theo chỉ định.

5.5. Đóng hậu môn nhân tạo

- Điều kiện để đóng hậu môn nhân tạo:

+ Sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo từ 3 - 6 tháng.

+ Chuẩn bị đại tràng phần trên bằng thụt tháo sạch.

+ Dùng kháng sinh đường ruột trước khi phẫu thuật đóng hậu môn.

+ Đoạn đại tràng dưới hậu môn nhân tạo thông (kiểm tra bằng thụt X quang có thụt barit).

- Có hai cách đóng hậu môn:

+ Đóng hậu môn trong da (ngoài ổ bụng), lỗ mở hậu môn được khâu lại, tách da và tổ chức dưới da quanh nơi làm hậu môn nhân tạo và sau đó đoạn đại

tràng đưa ra ngoài da chỉ được khâu phủ bằng lớp da.

- Đóng trong ổ bụng, bóc tách đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo khỏi chỗ dính vào thành bụng, khâu lại đại tràng và sau đó đóng các lớp thành bụng theo các lớp giải phẫu.

Chăm sóc sau phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo như theo dõi sau ổ bụng.

5.6. Giáo dục sức khoẻ

- Huấn luyện người bệnh hoặc người nhà người bệnh làm thành thạo việc thay túi đựng phân.

- Giải thích lý do phải đợi từ 3 - 6 tháng sau phẫu thuật mới có thể đóng hậu môn nhân tạo.

- Giải thích cho người bệnh có hậu môn nhân tạo vĩnh viễn lý do không thể phẫu thuật, tái tạo lưu thông qua hậu môn thường.

- Hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn ít chất xơ, tập co cơ bụng và tạo phản xạ đi ỉa đúng giờ thích hợp bằng cách thụt hàng ngày vào giờ nhất định.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 7 biến chứng của hậu môn nhân tạo

A: .....

B: .....

C: Tắc ruột non cấp

D: Tắc đại tràng đưa ra

E: Hoại tử đại tràng đưa ra

F: Áp xe quanh hậu môn nhân tạo

G: Thoát vị

2. Kể hai loại hậu môn nhân tạo:

A: Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn

B: .....

3. Hậu môn nhân tạo là phương pháp mà người ta đưa .....(A)..... ra ngoài để ..... (B)..... thay thế cho hậu môn thật.

A: .....

B: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Tất cả những trường hợp ruột non đưa ra ngoài thì ta không gọi là hậu môn nhân tạo.		
5	Chỉ khâu quanh hậu môn nhân tạo sẽ được cắt sau 7 ngày.		
6	Sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo, điều dưỡng cùng với người nhà của người bệnh và người bệnh cùng làm túi và tập cho người bệnh buộc và tự đeo túi.		
7	Khi chuẩn bị đóng hậu môn nhân tạo, điều dưỡng phải thụt kỹ hậu môn thật, không được thụt hậu môn nhân tạo.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Trường hợp không phải làm hậu môn nhân tạo:

A: Vết thương đại tràng

B: Vết thương tiểu tràng

C: Vết thương trực tràng

D: Vết thương đại tràng xích ma

E: Vết thương đứt đoạn động mạch nuôi đại tràng

9. Quá trình tiến hành thao tác trước phẫu thuật nếu chạm phải các vật chưa tiệt khuẩn nhất thiết phải:

A: Không cho ai biết

B: Làm lại từ đầu

C: Cứ tiến hành công việc tiếp theo

D: Thay áo hoặc găng

E: Dùng cồn sát khuẩn lại

10. Sau phẫu thuật vùng bụng khi người bệnh còn mê, cho người bệnh nằm tư thế nằm ngửa, đầu nghiêng về một bên:

A: Tránh tụt lưỡi

B: Tránh cắn vào lưỡi

C: Tránh tăng tiết đờm dãi

D: Tránh tụt canuyl mayor

E: Tránh nôn trào ngược vào đường thở

Bài 15

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG PHỔI, MÀNG PHỔI

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được phân loại, triệu chứng của vết thương lồng ngực.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương phổi, màng phổi.

1. Đại cương

- Vết thương ngực là vết thương thường gặp chính xác, xử trí đúng và kịp thời để tránh tử vong và biến chứng để lại sau này.

- Bài này chỉ giới hạn khi vết thương vào phổi và màng phổi. Còn tác dụng khác như tim, thực quản... không nói ở bài này.

2. Phân loại

2.1. Vết thương thành ngực: chỉ tổn thương nông ở da và phần mềm thành ngực.

2.2. Vết thương xuyên

- Vết thương ngực kín.
- Vết thương ngực hở.
- Vết thương ngực van.

3. Cơ thể bệnh và sinh lý bệnh

3.1. Vết thương thành ngực: tuỳ theo các tổ chức phần mềm giập hoặc rách, có thể có gẫy xương sườn kèm theo.

3.2. Vết thương xuyên

- Vết thương ngực kín: có thể làm thủng màng phổi và tổ chức phổi, gây tràn máu và tràn khí màng phổi.

- Vết thương ngực mở: không khí thông với phổi bên tổn thương, có hô hấp đảo ngược và hiện tượng trung thất lắc lư dẫn đến sốc.

- Vết thương ngực van: không khí qua lỗ vết thương một chiều vào màng phổi làm chèn ép đẩy trung thất lệch về một bên dẫn đến người bệnh ngạt thở và tử vong.

4. Tiến triển

- Vết thương ngực mở và ngực van nếu không xử trí kịp thời dẫn đến người bệnh chết vì sốc hoặc ngạt.

- Vết thương ngực kín nếu không điều trị đúng sẽ để lại nhiều di chứng về sau.

5. Triệu chứng

5.1. Vết thương thành ngực: như vết thương phần mềm, điều trị đơn giản.

5.2. Vết thương ngực kín có tràn khí và tràn máu màng phổi

- Triệu chứng toàn thân: tuỳ số lượng máu tràn.

+ Nếu ít: tình trạng toàn thân tốt chỉ đau ngực, ho, sốt nhẹ mấy ngày đầu.

+ Nếu nhiều máu: người bệnh trong tình trạng sốc, người nhợt nhạt, khó thở, chỉ muốn ngồi, toát mồ hôi, da tái, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

+ Nếu người bệnh khạc ra máu là có tổn thương tổ chức phổi.

- Triệu chứng tại chỗ:

- Vết thương kín miệng.

+ Nếu tràn máu màng phổi: có hội chứng 3 giảm:

- Rì rào phế nang giảm.
- Rung thanh giảm.
- Gõ đục.

+ Nếu có tràn khí màng phổi:

- Rì rào phế nang giảm.
- Rung thanh giảm.
- Gõ vang.

+ Có thể có tràn khí dưới da.

5.3. Vết thương lồng ngực mở

- Triệu chứng toàn thân: tình trạng nặng, người bệnh giãy giụa hoảng hốt, kêu đau nhiều ở ngực, ho rất đau, khó thở.

+ Thở nhanh và nông 30 - 40 lần/ phút, da nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh,

huyết áp hạ.

+ Có thể khạc ra máu là tổn thương ở phổi.

- Triệu chứng tại chỗ:

+ Vết thương toác rộng: qua vết thương có thể nhìn thấy nhu mô phổi.

+ Có hơi phì phò qua vết thương theo nhịp thở.

5.4. Vết thương ngực van

- Triệu chứng toàn thân: người bệnh khó thở ngày một tăng, 40 - 50 lần/phút. Mặt tím tái, hốt hoảng, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Triệu chứng tại chỗ:

+ Ngực bên tổn thương ngày một to ra.

+ Tim bị đẩy sang bên lành, trung thất bị đẩy sang bên.

+ Có thể có tràn khí dưới da.

6. X quang

- Vết thương ngực kín: có thể có tràn khí và tràn máu màng phổi.

- Vết thương ngực mở: có tràn khí màng phổi.

- Vết thương ngực van: có hiện tượng lồng ngực sáng trong, trung thất bị đẩy sang một bên.

7. Xử trí vết thương lồng ngực

7.1. Tuyến y tế cơ sở

- Vết thương ngực kín:

+ Nếu sốc thì chống sốc.

+ Băng sạch vết thương gửi lên tuyến trên.

- Vết thương ngực mở:

+ Tìm cách lấp ngay lỗ thủng phì phò: băng nhồi, nếu chưa kín có thể bôi thêm vaselin sau đó đặt gạc hoặc băng thêm bằng băng dính hay băng cuộn.

+ Tìm cách gửi lên tuyến trên.

+ Lau sạch miệng, hút đờm dãi.

+ Thở oxy.

+ Nếu cần thì mở khí quản.

+ Phòng chống sốc (nên phong bế Novocain).

+ Có điều kiện khâu kín thành ngực tạm thời.

- Vết thương ngực van:

+ Dùng kim nòng to cắm qua lỗ vết thương cho áp lực không khí bằng

áp lực lồng ngực (buộc ngón tay găng cao su tạo van).

+ Lau sạch miệng, thở oxy, nếu cần mở khí quản.

+ Phòng chống sốc.

+ Chuyển nhanh về tuyến trên.

8. Chăm sóc người bệnh phẫu thuật chấn thương ngực

8.1. Nhận định

8.1.1. Trước phẫu thuật

- Có tràn máu màng phổi không?
- Có tràn khí màng phổi không?
- Đau: vị trí, cường độ đau?
- Người bệnh có sốc không?
- Tình trạng khó thở.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Màu sắc da và niêm mạc.
- Tình trạng vết thương ngực rộng hay hẹp?

8.1.2. Sau phẫu thuật

- Lồng ngực có cân xứng không?
- Người bệnh tỉnh táo hay lơ mơ?
- Tình trạng hô hấp: có khó thở không?
- Tình trạng da và niêm mạc: có tím tái không?
- Đo mạch, nhiệt độ và huyết áp.
- Hệ thống dẫn lưu: Có thông? Có dịch?
- Tình trạng vết thương.

8.2. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

8.2.1. Trước phẫu thuật

- Nếu người bệnh khó thở cho nằm đầu cao thở oxy.
- Tại vết thương có tiếng thở phì phò phải làm kín vết thương.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Nhịn ăn uống.
- Thay quần áo bệnh viện, chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ: truyền dịch, thử và tiêm kháng sinh.
- Người bệnh nghỉ ngơi yên tĩnh.
- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm.
- Giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn người bệnh tập thở.

8.2.2. Sau phẫu thuật

- Tình trạng hô hấp nếu người bệnh khó thở cho nằm đầu cao nghiêng về phía có dẫn lưu thở oxy.

- Quan sát hệ thống dẫn lưu hoạt động có tốt không (hệ thống dẫn lưu kín).

- Thay băng hàng ngày.

- Động viên người bệnh.

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

- Ngày thứ 2 người bệnh có thể ăn uống, ăn nhẹ tăng dần.

- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

  + Truyền dịch.

  + Tiêm kháng sinh.

  + Theo dõi và chăm sóc ống dẫn lưu kín.

  + Chỉ rút ống dẫn lưu khi có chỉ định của bác sĩ.

- Người bệnh nghỉ ngơi nằm theo tư thế fowler trên giường bệnh.

- Giáo dục sức khoẻ: người bệnh phải tập thở để tránh dầy dính màng phổi.

8.3. Đánh giá

8.3.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu nhanh chóng.

- Đầy đủ hồ sơ, không thiếu sót về chuyên môn.

8.3.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.

- Người bệnh không có biến chứng.

- Người bệnh và người nhà tin tưởng và phối hợp trong công tác chữa bệnh với bác sĩ.

- Hệ thống dẫn lưu không có sự cố (tụt đứt ống dẫn lưu, vỡ bình, chảy ngược dịch).

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Hai yêu cầu khi đặt ống dẫn lưu màng phổi:

A:.....để giúp cho người bệnh dễ thở

B:.....đề phòng bội nhiễm

2. Ba chỉ định dẫn lưu màng phổi là:

A: Tràn dịch màng phổi

B: .....

C:.....

3. Ba nhận định tình trạng dẫn lưu màng phổi:

A: Tình trạng.....

B: Tình trạng vết thương

C: Tình trạng dây nối và.....

*** Phân biệt đúng/sai các câu hỏi từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Vị trí dẫn lưu khoang màng phổi nằm ở khoang liên sườn 5 - 6 trên đường nách giữa.		
5	Bình chứa dẫn lưu màng phổi đặt thấp hơn giường người bệnh 60cm.		
6	Kẹp ống dẫn lưu màng phổi trước khi thay bình dẫn lưu.		
7	Nếu tụt ống dẫn lưu màng phổi thì điều dưỡng viên phải đặt lại ngay.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Sau phẫu thuật dẫn lưu màng phổi thấy chảy máu ướt băng mà băng ép không cầm được; người điều dưỡng phải:

A: Chuyển ngay người bệnh đến phòng phẫu thuật

B: Khâu cầm máu ngay

C: Báo cáo cho bác sĩ ngay

D: Xin truyền máu cấp cứu

E: Tiêm ngay vitamin K

9. Sau phẫu thuật dẫn lưu màng phổi mà người bệnh khó thở, tím tái điều dưỡng viên phải:

A: Cho nằm đầu thấp

B: Tiêm thuốc trợ hô hấp

C: Cho thở oxy và báo bác sĩ

D: Bơm rửa ống dẫn lưu

E: Gắn máy hút vào ống hút và hút dưới áp lực cao

10. Sau dẫn lưu màng phổi gặp tai biến vỡ bình dẫn lưu điều dưỡng viên phải:

A: Báo bác sĩ ngay

B: Kẹp ngay ống dẫn lưu lại

C: Rút ngay ống dẫn lưu

D: Thay bình mới

E: Chuyển người bệnh đến phòng cấp cứu

Bài 16

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được mục đích chỉ định và vị trí chọc dẫn lưu màng phổi.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có dẫn lưu màng phổi.

1. Mục đích đặt ống dẫn lưu màng phổi

- Dẫn lưu hết chất dịch hay khí nằm trong khoang màng phổi để giúp phổi dãn nở trở lại sau giải phẫu hay chấn thương, người bệnh thở tốt hơn.
- Trong chăm sóc điều dưỡng phải biết giữ hệ thống kín.
- Biết theo dõi, thay dây, thay chai, hứng đúng phương pháp.
- Ngừa và có thể xử trí các biến chứng thông thường có thể xảy ra.

2. Chỉ định

- Tràn dịch màng phổi.
- Tràn khí màng phổi.
- Sau phẫu thuật lồng ngực: phẫu thuật tim, phổi, thực quản.

3. Vị trí dẫn lưu

- Dẫn lưu khí: ống dẫn lưu nằm ở liên sườn 2 giữa đòn.
- Dẫn lưu dịch: ống dẫn lưu nằm ở liên sườn 6-7 đường nách giữa (nếu người bệnh có cả tràn dịch và tràn khí thì đặt ở cả hai nơi hai ống).

4. Nhận định tình trạng người bệnh

4.1. Tình trạng hô hấp

- Nếu người bệnh khó thở:

+ Cho nằm đầu cao nghiêng về phía dẫn lưu.

+ Cho thở oxy.

+ Quan sát hệ thống dẫn lưu: có hoạt động tốt không?

4.2. Tình trạng vết thương

- Quan sát vết thương khô hay ướt?
- Chân ống dẫn lưu khô hay ướt?

4.3. Tình trạng dây nối dẫn lưu vào bình chứa

- Dây nối có tắc hay không?
- Bình chứa có đầy hay không: nếu quá 2/3 bình phải thay bình khác.
- Bình có đặt ở nơi an toàn không: thấp hơn người bệnh 60cm.

5. Dụng cụ: điều dưỡng viên rửa tay trước khi soạn dụng cụ.

5.1. Dụng cụ vô trùng

- Khay vô khuẩn.
- Panh kéo, bông, gạc, khăn vô khuẩn.
- Chén đựng cồn và nước muối sinh lý.
- Khay quả đậu.
- Gạc vaselin, kim chỉ khâu.
- Một chai hứng dịch phổi.

5.2. Dụng cụ sạch

- Hai panh lớn.
- Khay quả đậu hay túi đựng đồ bẩn.
- Kéo cắt băng dính.
- Kim băng.
- Máy hút và bình oxy.

6. Kỹ thuật

- Mang dụng cụ đến giường bệnh thông báo cho người bệnh biết việc sắp làm.
- Đặt người bệnh nằm theo tư thế fowler.
- Tháo băng bẩn.
- Chăm sóc vết thương nơi đặt ống dẫn lưu.
- Sát trùng quanh chân ống dẫn lưu bằng cồn Iod.
- Cắt gạc che chân ống dẫn lưu.
- Chăm sóc ống: giữ ống bằng kim băng gài vào hai mép vải trải giường

tránh bị gập ống, tắc ống.

- Thay bình dẫn lưu:

+ Kẹp ống bằng hai panh lớn.

+ Đổ nước vào bình đúng quy định: ống thuỷ tinh dài 3cm ngập trong nước.

+ Đậy nắp chai, cố định nắp chai.

+ Mở panh và quan sát cột nước lên xuống theo nhịp thở.

+ Đặt chai ở nơi an toàn.

+ Dán nhãn lên bình ghi: ngày giờ thay bình, số lượng nước đổ vào chai.

+ Nối máy hút vào ống thuỷ tinh. Hút với áp suất 20cm H_2O.

+ Đặt ở đầu giường người bệnh 2 panh để phòng khi di chuyển, chai vỡ, thay bình thì kẹp ngay lại.

7. Dọn dẹp dụng cụ và ghi hồ sơ

- Rửa sạch dụng cụ bằng nước xà phòng và rửa lại bằng nước sạch sau đó ngâm vào dung dịch sát khuẩn.

- Rửa lại bằng nước sạch, lau khô gửi đi hấp.

- Ghi vào hồ sơ:

+ Tình trạng vết thương.

+ Số lượng, màu sắc, tính chất dịch.

+ Sự hoạt động của hệ thống dẫn lưu màng phổi.

+ Họ tên của người điều dưỡng thực hiện.

8. Chú ý

- Cho người bệnh nằm đầu cao nghiêng đầu về ống dẫn lưu.

- Cho người bệnh ngồi dậy sớm ho và hít thở sâu.

- Hệ thống dẫn lưu phải kín.

- Luôn quan sát sự hoạt động của hệ thống dẫn lưu màng phổi: nếu người bệnh tím tái cần cho thở oxy, sửa lại ống và báo cho bác sĩ.

- Báo cho bác sĩ biết ngay khi thấy máu tươi chảy ra bình.

- Khi gắn máy hút không hút với áp lực mạnh

- Không được đặt bình ngang với người bệnh.

9. Những tai biến thường gặp sau đặt dẫn lưu màng phổi

- Chảy máu.

- Nhiễm trùng quanh chân dẫn lưu.

- Xẹp phổi.

- Tràn khí dưới da.
- Viêm màng phổi do nhiễm trùng ngược dòng.
- Tụt ống.
- Vỡ bình dẫn lưu phổi.
- Tắc ống dẫn lưu.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Mục đích đặt ống dẫn lưu màng phổi.

   A: .....

   B: Giúp cho phổi dãn nở

2. Kể ba chỉ định dẫn lưu màng phổi:

   A: Tràn dịch màng phổi

   B: Tràn khí màng phổi

   C: .....

3. Chỉ hai vị trí chọc dẫn lưu màng phổi:

   A: .....

   B: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Dẫn lưu màng phổi phải kín hoàn toàn.		
5	Khi lắp máy hút phải hút với áp lực nhẹ.		
6	Phải đặt bình dẫn lưu ngang với người bệnh.		
7	Sau dẫn lưu cho người bệnh ngồi dậy sớm.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Chảy máu sau phẫu thuật dẫn lưu màng phổi cần xử trí :

   A: Dùng gạc thấm ôxy già

   B: Thay băng

C: Theo dõi

D: Báo bác sĩ

E: Cả A+B+C+D

9. Khi nhiễm trùng quanh chân ống dẫn lưu cần xử trí:

A: Thay băng

B: Khuyên người bệnh thở sâu

C: Khuyên người bệnh ho

D: Khuyên người bệnh thổi bóng

E: Cả A+B+C+D.

10. Triệu chứng của tắc ống dẫn lưu màng phổi:

A: Người bệnh tím tái

B: Cột nước thuỷ tinh không lên xuống

C: Người bệnh hốt hoảng

D: Mạch nhanh, huyết áp hạ

E: Cả A+B+C+D

Bài 17
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân gây sỏi đường tiết niệu.
2. Trình bày được triệu chứng của sỏi đường tiết niệu.
3. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh sỏi đường tiết niệu.

1. Đại cương

- Sỏi thận là bệnh thường gặp trong sỏi đường tiết niệu chiếm 50%.
- Bệnh do nhiều nguyên nhân phối hợp nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh.

2. Nguyên nhân: Có nhiều giả thiết

2.1. Nguyên nhân toàn thân

- Rối loạn chuyển hóa oxalat, urat, đặc biệt là canxi.
- Canxi tăng cao trong máu do ăn uống: nhiều vôi, sữa hoặc do cường tuyến phó giáp trạng.
- Thiếu vitamin A - D cũng tạo điều kiện thuận lợi gây nên sỏi.
- Uống ít nước.

2.2. Nguyên nhân tại chỗ

- Nhiễm khuẩn, ngộ độc, làm tổn thương niêm mạc đường tiết niệu dẫn đến hình thành đám vôi và hình thành sỏi.
- Hẹp hoặc gấp niệu quản.

3. Cơ thể bệnh

3.1. Sỏi

3.2. Số lượng: có thể chỉ một hòn hoặc nhiều hòn.

- Hình thể: tuỳ vào vị trí nằm: ở nhu mô thận tròn, ở bể thận hình san hô...

- Thành phần hoá học:

+ Sỏi urat: màu sẫm, nhẵn, dễ di động, không cản quang. Loại này ít gặp ở Việt Nam.

+ Sỏi oxalat: nâu đen, rắn, không đều, có nhiều gai, cản quang. Hay gặp ở Việt Nam.

+ Sỏi photphat: trắng, mềm, dễ vỡ.

3.3. Tổn thương thận

- Nếu không có nhiễm khuẩn: làm cho nhu mô thận teo và xơ hoá hoặc ứ nước.

- Nếu nhiễm khuẩn: gây viêm thận, ứ mủ thận.

4. Triệu chứng lâm sàng

Thường triệu chứng rất im lặng, tình cờ người bệnh đi chụp phim vì một bệnh nào khác mà phát hiện ra. Nhưng thường có triệu chứng sau:

4.1. Triệu chứng cơ năng

4.1.1. Cơn đau quặn thận: đau dữ dội quằn quại ở một vùng thắt lưng, lan xuyên ra trước, lan dọc đường đi niệu quản xuống bộ phận sinh dục. Sau khi lao động nặng nhọc, cơn đau có thể kèm:

- Đái buốt, nôn.

- Đái rắt, buồn nôn.

4.1.2. Đái ra máu

- Thường xuất hiện vào:

+ Sau cơn đau.

+ Sau lao động nặng.

+ Buổi chiều (sáng nước tiểu trong).

- Đái máu toàn bãi:

+ Đái mủ: là đã có nhiễm khuẩn, phải nghĩ đến biến chứng do sỏi thận.

+ Đái ra sỏi: chẩn đoán chính xác nhưng ít gặp.

4.2. Triệu chứng toàn thân

- Nếu không có nhiễm khuẩn: thì hầu như không có gì.

- Nếu có nhiễm khuẩn: sốt nóng kèm sốt rét run. Thể trạng suy kiệt, nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, kém ăn, ít ngủ, nhiễm độc, ure máu cao...

4.3. Triệu chứng thực thể

Khám lúc người bệnh đang đau thấy:

- Có phản ứng cơ thắt lưng.
- Ấn điểm sườn lưng đau.
- Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng thì người bệnh đau nhiều.
- Khi thận to:
  + Thấy hình thù quả thận.
  + Chạm thận (+).

4.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu:
  + Sinh hoá: có albumin niệu.
  + Tế bào: có hồng cầu, bạch cầu, tinh thể, tế bào mủ.
- Xquang:
  + Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: có thể thấy hình ảnh sỏi cản quang.
  + Chụp UIV: tiêm thuốc cản quang isotrat vào tĩnh mạch: thấy vị trí sỏi và chức năng của 2 thận.
  + Chụp có bơm thuốc cản quang ngược dòng từ niệu đạo lên.

5. Biến chứng

5.1. Vô niệu: do sỏi di chuyển tắc lại niệu quản, người bệnh không có nước tiểu ở bàng quang rồi dẫn đến hội chứng ure máu cao: nhức đầu, khó thở, nôn. ỉa lỏng và có thể tử vong từ ngày thứ 5 trở đi nếu không được điều trị...

5.2. Nhiễm khuẩn

- Viêm mủ thận và bể thận: người bệnh sốt cao, đái ra mủ, thận to và đau.
- Viêm mủ quanh thận: người bệnh sốt cao, rét run về chiều, hố thắt lưng đầy và nề đỏ, ấn vào đau có dấu hiệu 3 động (bập bềnh, thận +, nếu không tháo mủ có thể vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc).
- Viêm thận do mủ: giai đoạn cuối: nhu mô thận hỏng hoàn toàn, sốt giao động, toàn thân suy sụp nhanh chóng, cần phẫu thuật cắt thận sớm.

6. Điều trị

6.1. Điều trị nội khoa

- Uống đủ nước, nhất là những người bệnh nằm lâu ngày trên giường bệnh, lao cột sống, gãy xương, vỡ xương chậu...
- Cho thuốc lợi tiểu: bông mã đề, râu ngô, lá cối xay.
- Các thuốc atropin, prostic min làm giãn niệu quản và tăng co bóp.

6.2. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định phẫu thuật:
  + Sỏi đã gây biến chứng ảnh hưởng đến sức khoẻ.
  + Sỏi to không có khả năng xuống được: rạch bể thận lấy sỏi.
  + Nhiều sỏi ở một cực thận: cắt một phần thận.
  + Sỏi bể thận gây ứ mủ: cắt thận toàn phần.
  + Nếu sỏi thận hai bên: chỉ phẫu thuật một bên cần cân nhắc.
  + Ứ mủ quanh thận: dẫn lưu mủ quanh thận.
- Toàn thân:
  + Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
  + Bù nước và điện giải.
  + Thuốc lợi tiểu: Lasix.

7. Chăm sóc người bệnh sỏi đường tiết niệu

7.1. Nhận định

7.1.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn (người bệnh có sốt nóng sốt rét không?).
- Có cơn đau quặn thận không?
- Người bệnh có tự tiểu tiện được không, có đái buốt không (số lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu trong một giờ)?

7.1.2. Sau phẫu thuật

- Đã trung tiện chưa?
- Bụng có trướng không? Có đau không?
- Vết phẫu thuật.
- Ống dẫn lưu (ống dẫn lưu bể thận, ống dẫn lưu hố thận).
- Toàn trạng người bệnh: da và niêm mạc có sạm không.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

7.2. Lập kế hoạch

7.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giảm đau.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật có kế hoạch.
- Giáo dục sức khoẻ.

7.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Giảm đau.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh sau phẫu thuật.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Giáo dục sức khoẻ.

7.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Động viên tư tưởng của người bệnh.
- Chỉ ăn uống vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật.
- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch.
  + Tiêm kháng sinh.
  + Theo dõi ống dẫn lưu (chỉ rút khi có chỉ định của bác sĩ).
  + Thay băng vết phẫu thuật hàng ngày.
- Người bệnh nghỉ ngơi tại giường.
- Hướng dẫn người bệnh tập luyện đi quanh giường, uống nhiều nước, thay đổi một số thói quen và môi trường sống là điều kiện thuận lợi gây ra bệnh sỏi tiết niệu.

7.4. Đánh giá

7.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật đúng kế hoạch.
- Không có thiếu sót về chế độ chuyên môn.
- Không xảy ra biến chứng do phẫu thuật chậm.

7.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Người bệnh phẫu thuật không có biến chứng (không nhiễm khuẩn vết phẫu thuật, không áp xe các ổ đọng dịch, không tắc sonde dẫn lưu).
- Người bệnh và gia đình tin tưởng vào điều dưỡng viên và bác sĩ?

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 6 việc phải làm khi chuẩn bị phẫu thuật đường tiết niệu :

   A: .....

   B: Đánh giá sức khỏe toàn thân

   C: Động viên người bệnh uống nhiều nước

   D: Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng

   E: Chuẩn bị sạch vùng da phẫu thuật

   F: Thụt tháo phân đêm trước phẫu thuật

2. Kể 5 loại dẫn lưu trong phẫu thuật đường tiết niệu:

   A: Ống dẫn lưu bể thận hố thận

   B: .....

   C: Dẫn lưu bàng quang qua da

   D: Dẫn lưu khoang retzuis

   E: Một số dẫn lưu khác

3. Kể thêm hai công việc chăm sóc ống sonde niệu đạo:

   A: Cột một nút gạc quanh sonde nơi đặt đầu dương vật

   B: 3 đến 4 giờ giảm áp lực bóng bằng cách rút 5 ml nước từ van bóng

   C:.....

   D:.....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Sau phẫu thuật đường tiết niệu nếu tắc ống dẫn lưu phải tự động bơm rửa.		
5	Rửa bàng quang liên tục: bơm nước vào ống lớn để nước ra từ từ theo ống nhỏ.		
6	Chế độ ăn uống một ngày trước phẫu thuật tiết niệu: phải hướng dẫn người bệnh tự ăn uống.		
7	Rửa bàng quang liên tục: thường dùng là dung Natri clorua 9‰		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Chế độ ăn uống của người bệnh trước phẫu thuật đường tiết niệu:

A: Ăn nhiều chất

B: Uống nhiều nước

C: Uống ít nước

D: Nên dùng các chất kích thích

E: Hạn chế ăn uống

9. Nước để bơm rửa bàng quang là:

A: Dung dịch Nacl 0,9%

B: Dung dịch Betadin đậm đặc

C: Dung dịch glucoza các nồng độ khác nhau

D: Nước cất hai lần

E: Dung dịch Natribicacbonat 1,4%

10. Sau phẫu thuật tiết niệu thời gian rút sonde khoang retzuis phụ thuộc vào điều kiện chính như sau:

A: Khi người bệnh không sốt

B: Khi vết thương khô

C: Khi hết hoặc còn ít dịch đọng

D: Khi người bệnh đã trung tiện

E: Khi dịch chảy không có máu

Bài 18

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG THẬN, BÀNG QUANG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng của giập vỡ thận.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh giập vỡ thận.

1. Đại cương

- Thận là một tạng đặc nằm sau phúc mạc trong hố thắt lưng, do đó rất dễ vỡ do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp.
- Chấn thương trực tiếp: do chấn thương mạnh vào vùng thắt lưng.
- Chấn thương gián tiếp: ngã ngồi.

2. Cơ thể bệnh học: chia 3 loại

2.1. Giập thận một phần

- Giập thận dưới lần bao: có thể thành khối máu tụ dưới bao nhưng vết rách không thông với bể thận, do đó người bệnh không đái máu.
- Giập thận tới đầu bể thận (người bệnh có đái máu).
- Giập thận làm rách bao thận gây nên khối máu tụ lớn.

2.2. Giập thận toàn phần, có khi vỡ làm nhiều mảnh

2.3. Giập cuống thận

- Nếu giập làm tổn thương mạch máu, người bệnh tổn thương do mạch máu.
- Nếu đứt niệu quản, nước tiểu không xuống bàng quang được ứ lại quanh thận gây áp xe quanh thận.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng về tiết niệu

- Đái ra máu: đái máu toàn bãi.

+ Đái máu vài ba ngày rồi cầm: nhẹ.
+ Đái máu ngày một nhiều: nặng.
+ Có thể vỡ niệu vì do phản xạ từ thận chấn thương hay thận lành.

- Khối máu tụ quanh thận: rách bao thận.
+ Cơ thành bụng co cứng.
+ Hố thắt lưng đầy.
+ Cảm giác có một khối u ranh giới không rõ.
+ Gõ u: đục.

- Các triệu chứng tiết niệu khác:
+ Đau hố thắt lưng: lan xuống bộ phận sinh dục.
+ Sốc.
+ Nôn.
+ Sốt (nếu đến muộn có thể nhiễm khuẩn).

3.2. Triệu chứng về bụng: (như hội chứng chảy máu trong).

4. Các thể lâm sàng

- Thể nhẹ: đái máu vài ba ngày hoặc có khối máu tụ nhỏ rồi khỏi.
- Thể nặng: đái máu nhiều, khối máu tụ phải điều trị kịp thời.
- Thể phối hợp: vừa vỡ thận vừa vỡ một tạng khác trong ổ bụng, phải phẫu thuật ngay.
- Chảy máu thứ phát: sau chấn thương 1 - 2 ngày đã cầm lại, sau đột ngột chảy máu lại.

5. Biến chứng

- Chảy máu kéo dài.
- Viêm mủ thận, bể thận.
- Áp xe quanh thận.

6. Điều trị

6.1. Tuyến y tế cơ sở

- Chống sốc, ủ ấm, tiêm thuốc trợ tim, trợ lực.
- Chẩn đoán sớm.
- Chuyển người bệnh về tuyến trên có phẫu thuật.
- Cử người áp tải: có theo dõi và chống sốc trên đường di chuyển.

6.2. Tuyến phẫu thuật

- Điều trị nội khoa: thể nhẹ, vừa.

+ Kháng sinh.

+ Nằm bất động.

+ Theo dõi (nước tiểu và hố thắt lưng).

- Điều trị phẫu thuật: thể nặng.

+ Chống sốc: truyền máu, dịch.

+ Nếu hố thắt lưng to nhanh, đái máu nhiều: phẫu thuật khâu lại, hoặc dẫn lưu mủ...

+ Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

7. Chăm sóc người bệnh chấn thương thận, bàng quang

7.1. Nhận định

7.1.1. Nhận định trước phẫu thuật

- Đau: vị trí, cường độ đau?
- Tình trạng chung: thường người bệnh sốc có mạch nhanh huyết áp tụt.
- Đái máu: đái máu toàn bãi
- Khối máu tụ quanh thận: hố thắt lưng đầy.
- Người bệnh có tỉnh táo không? Có sốc không?

7.1.2. Nhận định sau phẫu thuật

- Người bệnh có tỉnh táo hay lơ mơ?
- Tình trạng chung: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Vết phẫu thuật: khô hay ướt?
- Các ống dẫn lưu: hố thận, quanh thận, bàng quang qua niệu đạo. Số lương, màu sắc và số lượng dịch dẫn lưu.

7.2. Lập kế hoạch chăm sóc

7.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giảm đau.
- Giảm chảy máu.
- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật cấp cứu.
- Thực hiện y lệnh trước phẫu thuật.

7.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện các y lệnh sau phẫu thuật.
- Ngăn ngừa giảm biến chứng sau phẫu thuật.
- Giáo dục sức khoẻ.

7.3. Thực hiện kế hoạch

7.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Làm công tác tư tưởng để người bệnh an tâm.
- Vệ sinh vùng phẫu thuật: cạo lông bộ phận sinh dục, thay quần áo bệnh viện.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Truyền dịch.
  + Tiêm kháng sinh và các thuốc khác theo y lệnh thường là thuốc cầm máu.
  + Đặt sonde và theo dõi nước tiểu.
  + Làm các xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật (như phần bệnh học)
  + Hoàn thiện hồ sơ phẫu thuật cấp cứu.
  + Đưa người bệnh lên nhà phẫu thuật bằng xe cáng và bàn giao (phải nhẹ nhàng để tránh sốc do mất máu).

7.3.2. Sau phẫu thuật

- Giai đoạn hồi tỉnh (như bài chăm sóc chung sau phẫu thuật).
- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Ngày thứ 2 có thể cho người bệnh ăn uống
- Vệ sinh răng miệng hàng ngày, thay băng vết phẫu thuật
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ
  + Truyền dịch, truyền máu nếu có y lệnh.
  + Tiêm kháng sinh và các thuốc cầm máu.
  + Theo dõi các ống dẫn lưu (số lượng và màu sắc dịch chảy ra).
  + Theo dõi sonde tiểu (số lượng, màu sắc).
- Nghỉ ngơi yên tĩnh tại giường.
- Giáo dục sức khỏe khuyên người bệnh: hạn chế đi lại và ăn nhạt uống nhiều nước trong 3 tháng đầu.

7.4. Đánh giá

7.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật sớm theo đúng kế hoạch.
- Không có tai biến hoặc có thì phát hiện và xử trí sớm tai biến sốc mất máu.
- Người bệnh an tâm.

7.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật an toàn.
- Sau phẫu thuật phát hiện và xử trí sớm các biến chứng.
- Người bệnh an tâm và tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể hai cơ chế gây chấn thương thận kín:

   A:.....

   B:.....

2. Kể 4 thương tổn thận có thể gặp:

   A: .....

   B: Nhu mô thận rạn nứt thông với bể thận

   C: Rách bao thận, giập nhu mô thận

   D: Đứt cuống thận.

3. Kể 3 tổn thương kèm theo có thể xảy ra khi giập vỡ thận:

   A: .....

   B: Giập thận trái thường kèm vỡ lách

   C: Gẫy xương sườn 11-12

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Chấn thương thận nặng thường có sốc do mất máu.		
5	Trong chấn thương thận, diễn biến thuận lợi thường là: đái hết máu trong 3 - 5 ngày.		
6	Xét nghiệm urê và creatinin giúp đánh giá mức độ chấn thương thận.		
7	Khi có vết thương thận, bụng của người bệnh thường có triệu chứng: phản ứng thành bụng.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8.Thời điểm chụp UIV trong chấn thương thận khi người bệnh:

A: Mới vào viện

B: Sốc

C: Đái máu đỏ liên tục

D: Huyết áp tối đa trên 90mmHg

E: Khối máu tụ lan rộng

9. Chỉ định phẫu thuật cấp cứu chấn thương thận khi:

A: Đái máu

B: Có khối máu tụ

C: Có phản ứng thành bụng

D: Phối hợp A+B+C tăng lên

10. Chế độ ăn uống của người bệnh trước phẫu thuật đường tiết niệu:

A: Ăn nhiều chất

B: Uống nhiều nước

C: Uống ít nước

D: Nên dùng các chất kích thích

E: Hạn chế ăn uống

Bài 19

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được cách phân loại nguyên nhân chấn thương niệu đạo.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của chấn thương niệu đạo trước và niệu đạo sau.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương niệu đạo.

1. Đại cương

1.1. Chấn thương niệu đạo là một thương tổn hay gặp nếu không chẩn đoán và xử lý đúng sẽ để lại nhiều di chứng nặng nề về sau này

1.2. Giải phẫu vùng niệu đạo: theo bệnh lý được chia 2 phần: do cân đáy chậu phân chia.

- Từ cổ bàng quang đến vật xốp: niệu đạo sau.
- Niệu đạo trước là tiếp nối niệu đạo sau ra đến miệng sáo.

1.3.Thương tổn giải phẫu bệnh lý

- Tuỳ trường hợp có 2 loại:
  + Đứt hoàn toàn.
  + Đứt một phần.

1.4. Phân loại nguyên nhân

- Giập đứt niệu đạo trước: trực tiếp chấn thương.
  + Ngã ngựa.
  + Ngã mạn thuyền.
  + Ngã cầu khỉ.

Loại này phần lớn giập đứt một phần ít di lệch.

- Giập niệu đạo sau: gián tiếp.

Thường do vỡ xương chậu dẫn đến méo xương chậu dẫn đến co kéo cân đáy chậu cắt đứt niệu đạo sau, chấn thương này thường là nặng nề.

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng toàn thân

- Giập niệu đạo sau: người bệnh thường sốc do vỡ xương chậu gây mất nhiều máu và đau, biểu hiện:

+ Da xanh tái, hốt hoảng, vã mồ hôi.

+ Chân tay lạnh.

+ Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

- Giập niệu đạo trước: toàn thân ít ảnh hưởng.

2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau vùng gốc bìu: đau lan buốt dọc niệu đạo.
- Đái buốt.
- Đái máu đầu bãi, có khi bí đái dù rất buồn đái.
- Nếu đến muộn có thể người bệnh có sốt kèm cơn rét run.

2.3. Triệu chứng thực thể

- Có thể có tụ máu hình cánh bướm nơi gốc bìu.
- Vuốt dọc niệu đạo có một vài giọt máu theo ra.
- Nếu có kèm vỡ xương chậu: có triệu chứng ép xương chậu rất đau, và có dấu hiệu đàn xếp.
- Khám bụng: có cầu bàng quang nếu người bệnh bí đái.

2.4. Xét nghiệm

- Hồng cầu giảm: vỡ xương chậu.
- X quang: có hình rạn vỡ xương chậu.
- Chụp hệ tiết niệu bơm thuốc cản quang ngược dòng niệu đạo: thấy hình ảnh giập đứt niệu đạo.

3. Điều trị

3.1. Tuyến y tế cơ sở

- Chẩn đoán sớm.
- Nếu sốc thì chống sốc: ủ ấm, tiêm thuốc trợ tim, trợ lực, (nếu vỡ xương chậu cố định tạm thời bằng cho nằm võng vải).
- Không được dùng sonde cao su thông đái.

- Tiêm thuốc giảm đau toàn thân: morcphin, chắc chắn là người bệnh không có chấn thương ngực bụng kèm theo.

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên có phẫu thuật, (khi di chuyển có người theo dõi phòng chống sốc).

3.2. Tuyến có phẫu thuật

- Giập đứt niệu đạo trước: có thể phẫu thuật nối niệu đạo, dẫn lưu máu tụ, đặt sonde tuter, và dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

- Giập niệu đạo sau:

+ Phải điều trị vỡ xương chậu ổn định, sau đó mới phẫu thuật nối niệu đạo.

+ Thời gian chờ điều trị xương chậu có thể mở thộng bàng quang để dẫn lưu nước tiểu.

4. Chăm sóc người bệnh phẫu thuật niệu đạo

4.1. Nhận định

4.1.1. Trước phẫu thuật

- Đau: vị trí đau.
- Dấu hiệu sinh tồn (có sốc không?)
- Tiểu tiện (có đái được không, nếu đái được nước tiểu có máu không?)
- Có khối máu tụ ở vùng tiết niệu không? Chảy máu nhiều không?
- Dồn ép cánh chậu có đau không?

4.1.2. Sau phẫu thuật

- Dấu hiệu sinh tồn (có sốc không?)
- Tình trạng vết phẫu thuật: khô hay ướt? Có chảy máu không?
- Tình trạng da (da xanh thường người bệnh mất nhiều máu).
- Tình trạng các ống dẫn lưu: dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo, dẫn lưu bàng quang trên xương mu, dẫn lưu nơi phẫu thuật.

4.2. Lập kế hoạch

4.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm đau.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giảm chảy máu.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị thủ tục trước phẫu thuật cấp cứu.
- Đo dấu hiệu sinh tồn (thường người bệnh giập đứt niệu đạo sau có kèm vỡ

xương chậu hay có triệu chứng sốc).

- Động viên người bệnh hợp tác với thầy thuốc điều trị bệnh.

- Nếu phẫu thuật cấp cứu phải nhịn ăn uống, nếu không người bệnh vẫn ăn uống bình thường kiêng các chất kích thích.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

  + Truyền dịch (nếu người bệnh sốc).

  + Tiêm thuốc giảm đau: Atropin, Morcphin

  + Tiêm các thuốc cầm máu khác.

  + Cố định xương chậu gãy (nếu có).

- Người bệnh nằm yên tĩnh trên giường không di chuyển.

- Phổ biến cho người bệnh phương tiện cấp cứu và vệ sinh của khoa phòng.

4.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.

- Thực hiện y lệnh sau phẫu thuật.

- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.

- Giáo dục sức khoẻ.

4.3. Thực hiện kế hoạch

* *Trước phẫu thuật:*

- Đo dấu hiệu sinh tồn (nếu sốc).

- Động viên người bệnh chịu đựng đau vết phẫu thuật và sự vướng víu của các ống dẫn lưu.

- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

  + Truyền dịch.

  + Tiêm thuốc giảm đau.

  + Tiêm kháng sinh.

  + Truyền rửa bàng quang.

  + Theo dõi các ống dẫn lưu và rút khi có chỉ định.

  + Thay băng vết phẫu thuật.

- Người bệnh nằm yên tĩnh trên giường theo tư thế fowler.

- Khi trung tiện mới cho ăn uống.

- Giáo dục sức khoẻ: đi lại nhẹ nhàng, không làm việc nặng trong thời gian 3 tháng đầu, hàng tuần hoặc hàng tháng phải đến khám lại để phát hiện sớm biến chứng hẹp niệu đạo.

4.4. Đánh giá

4.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu sớm.
- Không có sai sót về chuyên môn.
- Người bệnh tin tưởng vào khoa phòng.

4.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.
- Người bệnh không có biến chứng (nếu có biến chứng được phát hiện sớm và xử trí sớm).
- Người bệnh và gia đình hợp tác với khoa phòng.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Đánh giá sức khỏe toàn thân người bệnh:

   A: .....

   B: Đo dấu hiệu sinh tồn

   C: .....

   D: Sự bài tiết nước tiểu

2. Các loại ống dẫn lưu đặt trong phẫu thuật đường tiết niệu:

   A: .....

   B: Dẫn lưu niệu đạo

   C: Dẫn lưu bàng quang trên xương mu.

   E: Dẫn lưu khoang retzuis

   F: .....

3. Điều kiện rút ống dẫn lưu bể thận:

   A: Có chỉ định của bác sĩ

   B: Chụp X quang

   C: .....

   D: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Dịch qua dẫn lưu hố thận thường nhỏ hơn 200ml/1ngày.		
5	Dẫn lưu khoang retzuis thường rút sau 7 ngày.		
6	Dẫn lưu bàng quang trên xương mu thường vĩnh viễn.		
7	Dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo thường rút sau 14 ngày.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Ống dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo có chức năng:

A: Dẫn lưu nước tiểu

B: Không làm hẹp niệu đạo

C: Để rửa bàng quang

D: Để bơm bóng

E: Cầm máu

9. Các xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật tiết niệu:

A: Nhóm máu

B: Máu chảy, máu đông

C: Chụp X quang

D: Siêu âm

E: Ure máu

10. Nước tiểu trên 24 giờ:

A: 1,2l - 1,5l

B: 2 lít

C: 2,5 lít

D: 3 lít

E: 1 lít

Bài 20

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U XƠ TIỀN LIỆT TUYẾN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng u xơ tiền liệt tuyến.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh u xơ tiền liệt tuyến.

1. Đại cương

- Là một u lành tính.
- Nguyên nhân chưa rõ ràng.

2. Triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng: đái khó → bí đái hoàn toàn.
- Triệu chứng thực thể:
  + Cầu bàng quang căng to.
  + Thăm trực tràng có u xơ tiền liệt tuyến.
- Triệu chứng toàn thân: ít có tính ảnh hưởng.

3. Tiến triển - biến chứng

3.1. Tiến triển: phát hiện sớm và điều trị, bệnh sẽ khỏi. Nếu không điều trị sẽ dẫn đến tử vong.

3.2. Biến chứng

- Ure máu cao và tử vong.
- Vỡ bàng quang do u dẫn đến viêm phúc mạc nước tiểu.
- Ung thư tiền liệt tuyến.
- Viêm, sỏi hệ tiết niệu.

4. Xử trí và chăm sóc

4.1. Sơ cứu

- Đặt sonde bàng quang bằng sonde Bêky.
- Chuyển lên tuyến trên.

4.2. Điều trị

- Phẫu thuật bóc u xơ tiền liệt tuyến (Millĩne).
- Cắt nội soi.

4.3. Chăm sóc

- Chăm sóc sonde.
- Chăm sóc vết phẫu thuật.
- Chăm sóc dịch truyền chống cao huyết áp và ure máu cao.

5. Chăm sóc người bệnh phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến

5.1. Nhận định

5.1.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng đi tiểu của người bệnh (tự tiểu tiện được hay phải đặt sonde tiểu).
- Có bệnh tim mạch không?

5.1.2. Sau phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

+ Ngày đầu thường có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật: nước tiểu có nhiều máu, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Da xanh, niêm mạc nhợt: do mất nhiều máu.

- Tình trạng đau vết phẫu thuật của người bệnh, đau nhiều hay ít?
- Sonde nước tiểu và sonde dẫn lưu vết phẫu thuật ra nhiều dịch và máu.

5.2. Lập kế hoạch

5.2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giảm cầu bàng quang nước tiểu.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị thủ tục phẫu thuật theo kế hoạch.
- Giáo dục sức khoẻ.

5.2.2. Lập kế hoạch sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh sau phẫu thuật.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Giảm đau.
- Giáo dục sức khoẻ.

5.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Động viên để người bệnh tin tưởng điều trị.
- Ăn nhẹ vào tối hôm trước phẫu thuật, sáng hôm sau nhịn ăn uống trước khi phẫu thuật.
- Vệ sinh vùng phẫu thuật: cạo lông bộ phận sinh dục, thay quần áo bệnh viện.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Tiêm kháng sinh (thử test).

+ Rút sonde tiểu (nếu có).

+ Tiêm thuốc tiền mê hoặc cho uống thuốc ngủ tối hôm trước phẫu thuật

+ Thụt tháo phân 2 lần (1 lần tối hôm trước phẫu thuật, một lần sáng hôm đi phẫu thuật).

+ Chuẩn bị các xét nghiệm: ngoài xét nghiệm cơ bản thì chú ý xét nghiệm điện tim, điện giải đồ, điện tâm đồ.

+ Kiểm tra lại hồ sơ (cho người bệnh ký giấy phẫu thuật).

- Người bệnh nghỉ ngơi tại giường.
- Hướng dẫn người bệnh hệ thống cấp cứu và hệ thống vệ sinh của khoa phòng, các khó chịu sau phẫu thuật: đau vết phẫu thuật, sự vướng víu của các ống dẫn lưu.

5.3.2. Sau phẫu thuật

- Toàn trạng người bệnh: da xanh, sốc.
- Sự lưu thông của các ống dẫn lưu: nhất là dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo (có chảy thường xuyên không, nước tiểu có đỏ nhiều máu không, ống sonde này thường chảy nước tiểu đỏ vài ba ngày rồi trong dần và được rút vào ngày

thứ 13 hay 14. Ống dẫn lưu vết phẫu thuật thường ra vài minilít máu và dịch mủ trong mấy ngày đầu, sau 3 ngày thường không ra dịch và được rút theo chỉ định của bác sĩ.

- Tình trạng vết phẫu thuật: Vết phẫu thuật thường được khâu da thưa nếu không nhiễm khuẩn thì cắt chỉ đóng ngoài da vào ngày thứ 7-8.

- Người bệnh thường được ăn uống vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Tiêm các thuốc giảm đau.

+ Truyền dịch.

+ Truyền chảy rửa bàng quang qua sonde tiểu bàng quang qua niệu đạo vào 3 ngày đầu sau phẫu thuật.

+ Thay băng vết phẫu thuật hàng ngày.

+ Theo dõi ống dẫn lưu (số lượng và màu sắc dịch chảy ra) chỉ rút các ống dẫn lưu khi có chỉ định của bác sĩ.

- Người bệnh nằm yên tĩnh trên giường 3 ngày đầu khi nước tiểu trong có thể đi lại quanh giường.

- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho khạc để phòng các biến chứng viêm phổi trong thời gian sau phẫu thuật. Khi ra viện hẹn khám định kỳ để theo dõi các biến chứng xa sau phẫu thuật .

5.4. Đánh giá

5.4.1. Trước phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật phiên đúng quy định, đúng thời gian đã định.

- Người bệnh an tâm tin tưởng vào bệnh viện.

5.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh phẫu thuật an toàn.

- Người bệnh phẫu thuật không có biến chứng (nếu có biến chứng phát hiện và xử trí sớm).

- Người bệnh không có biến chứng xa (hẹp niệu đạo, viêm tinh hoàn sau phẫu thuật).

- Gia đình và người bệnh tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể tên 2 giai đoạn tiến triển của bệnh u xơ tiền liệt tuyến:

A: .....

B: .....

2. Kể đủ 3 biến chứng trước phẫu thuật của bệnh u xơ tiền liệt tuyến:

A: .....

B: Nhiễm trùng đường niệu

C: Suy thận

3. Kể 3 phương pháp phẫu thuật cắt bệnh u xơ tiền liệt tuyến:

A: Phẫu thuật đi sau xương mu

B: Phẫu thuật đi qua bàng quang

C:.....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Biến chứng xa sau phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến là sỏi bàng quang.		
5	Chảy máu thứ phát sau phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến là do người bệnh uống nhiều nước.		
6	Biến chứng sau phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến: có thể viêm tinh hoàn.		
7	Bệnh cao huyết áp là một hậu quả xa sau phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Rối loạn tiểu tiện điển hình của bệnh u xơ tiền liệt tuyến là:

A: Đái khó

B: Bí đái

C: Đái buốt

D: Đái máu

E: Đái tắc

9. Ngày đầu sau phẫu thuật u xơ tuyến tiền liệt, biến chứng nguy hiểm nhất là:

A: Nhiễm trùng

B: Chảy máu

C: Loét

D: Suy nhược cơ thể

E: Đau

10. Chẩn đoán u xơ tiền liệt tuyến dựa vào:

A: Đái buốt, đái tắc, đái khó

B: Lớn tuổi, đái khó, tiền liệt tuyến to trơn lâu

C: Lớn tuổi, đái khó, tiền liệt tuyến to sần sùi

D: Tiền sử sỏi tiết niệu, lớn tuổi, đau tức hạ vị

E: Bí đái, bàn tay khai, cầu bàng quang lớn

Bài 21
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của bong gân.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh bong gân.

1. Đại cương

Bong gân là do chấn thương làm tổn thương dây chằng, bao hoạt dịch, bao khớp. Ngoài chuyện tổn thương về giải phẫu còn làm rối loạn vận mạch do cơ chế phản xạ.

2. Cơ thể bệnh học

2.1. Dây chằng

- Nhẹ:
  + Dây chằng bị kéo dài, kéo căng.
  + Dây chằng bị rách một phần.
- Nặng:
  + Dây chằng bị đính đôi.
  + Một đầu dây chằng bong khỏi nguyên uỷ bám hoặc chỗ bám tận.

2.2. Ổ khớp và bao hoạt dịch: có thể rách gây tràn máu màng dịch.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng đau là chủ yếu

- Đau nhiều khi kéo căng dây chằng.
- Đau lúc đầu dữ dội, sau dịu đi.
- Đau hạn chế cơ năng, sau lại cử động bình thường.

3.2. Bong gân nhẹ

- Đau ít.
- Xung quanh khớp sưng ít.
- Cử động bị hạn chế ít.

3.3. Bong gân nặng

- Đau nhiều hơn.
- Xung quanh khớp sưng to, có thể tràn dịch, máu.
- Hạn chế cơ năng nhiều.
- Nhiệt độ tại chỗ tăng, sờ thấy nóng.

4. Tiến triển

- Xử trí tốt: khỏi bình thường là 7 ngày, muộn lắm là 21 ngày.
- Không xử trí tốt: gây nhiều biến chứng (teo cơ, xương mất chất vôi, bong gân mãn tính).

5. Điều trị

5.1. Phong bế: Novocain loại 1%- 20 ml vào tay hoặc 40 ml vào chân xung quanh chỗ tổn thương.

5.2. Bong gân mới

- Nhẹ: bôi hồ kẽm:

Oxit kẽm 400g
Gelatin 500g
Glycerin 1200g
Nước 1600g

- Nặng: bất động, bó bột theo tư thế cơ năng.

(Chú ý: tuyệt đối cấm xoa bóp và bôi các dầu nóng).

6. Chăm sóc người bệnh bong gân

6.1. Nhận định

* *Bong gân nhẹ*

- Tình trạng sưng.
- Tình trạng đau.
- Hạn chế vận động.

* *Bong gân nặng*

- Tình trạng sưng đau.
- Hạn chế vận động.

6.2. Lập kế hoạch

* *Bong gân nhẹ:*

- Bôi các thuốc cần thiết: hồ nước
- Cố định tạm thời vùng chi bị bong gân.

* *Bong gân nặng:*

- Bôi các thuốc cần thiết: hồ nước.
- Bó bột các chi bị bong gân.

6.3. Thực hiện kế hoạch (như lập kế hoạch)

6.4. Đánh giá

- Bong gân nhẹ sau 7 ngày hết đau.
- Bong gân nặng sau 21 ngày người bệnh hết đau và đi lại bình thường.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể tên 3 giai đoạn của bong gân:

   A:.....

   B:.....

   C:.....

2. Kể 5 phương pháp điều trị bong gân độ I, II giai đoạn cấp tính:

   A:.....

   B:.....

   C: Kê cao chi bất động

   D: Dùng thuốc kháng prostaglandin

   E: Không xoa bóp và tiêm thuốc vào vùng bong gân

3. Liệt kê 3 vấn đề để đánh giá tốt trong quy trình chăm sóc người bệnh bong gân:

   A:.....

   B: Giúp người bệnh giảm đau, giảm phù nề

   C: Hướng dẫn người bệnh luyện tập tránh các di chứng

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Giải phẫu bệnh chia thương tổn của bong gân làm 3 độ.		
5	Kéo căng bên phía khớp bị bong gân người bệnh không đau.		
6	Bong gân độ III cần phẫu thuật khâu lại sớm các dây chằng bị đứt kể cả người bệnh lớn tuổi.		
7	Chăm sóc người bệnh bong gân khi luyện tập cần khuyến khích họ tập vận động khi hết đau và vận động sớm các phần không bị tổn thương.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Tính chất đau của người bệnh bong gân:

A: Đau liên tục

B: Đau tự nhiên theo 3 thì

C: Đau ngày một tăng

D: Đau nhiều về đêm

E: Đau khi kê chân cao

9. Bong gân độ II phải bất động vững chắc bằng:

A: Băng chun

B: Bó bột

C: Nẹp gỗ

D: Nẹp cramme

E: Nằm yên

10. Người bệnh được đánh giá tốt trong quy trình chăm sóc người bệnh bong gân khi:

A: Biết hạn chế cử động

B: Giúp người bệnh giảm đau, giảm phù nề

C: Hướng dẫn người bệnh luyện tập tránh các di chứng của khớp

D: Cả 3 vấn đề trên

Bài 22
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAI KHỚP

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các nguyên nhân, triệu chứng của sai khớp (vai, khuỷu, háng).
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sai khớp.

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa: Sai khớp là sự dịch chuyển của các đầu xương, làm cho đầu xương chuyển dịch khỏi ổ khớp một phần hay hoàn toàn.

1.2. Nguyên nhân

- Bẩm sinh.
- Bệnh lý.
- Chấn thương.

2. Cơ thể bệnh học

- Bao khớp: rách nhiều hoặc ít, chủ yếu rách ở điểm yếu.
- Dây chằng: đứt, rách, bong da.
- Các cơ: có cơ bị đứt, nhưng quan trọng hơn có hiện tượng co cơ làm cho rất khó nắn.
- Xương: thường bị bong các dây chằng bám.
- Các mạch máu và thần kinh: ở gần ổ khớp có thể bị tổn thương.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau: ngay sau khi bị thương, sau giảm đi.

- Mất cử động một phần.
- Tay lành đỡ tay đau.

3.2. Triệu chứng thực thể: khi khám nên so sánh với bên lành.

- Nhìn:
  + Biến dạng ổ khớp (lõm hoặc lồi...)
  + Thế chi sai lệch.
  + Vết bầm tím.
- Sờ nắn:
  + Hõm khớp rỗng.
  + Sờ thấy chỏm xương nằm ở vị trí bất thường.
  + Dấu hiệu lò xo: kéo làm cử động thụ động và chi lại trở về vị trí cũ do sự co cơ.

3.3. Triệu chứng X quang: xác định được vị trí sai khớp, đồng thời cả gãy xương kèm theo nếu có.

4. Tiến triển

- Nếu nắn lại ngay: tiến triển tốt.
- Nếu để muộn: cứng khớp, trật khớp tái phát.

5. Xử trí

5.1. Sơ cứu

- Giảm đau cho người bệnh: morcphin toàn thân và phong bế Novocain quanh khớp.
- Bất động chi ở tư thế sai lệch: tay chỉ cần đeo khăn, chi dưới dùng nẹp bất động.
- Chuyển người bệnh bằng cáng nếu sai khớp chi dưới.

5.2. Điều trị

- Nắn lại ổ khớp phải:
  + Không đau: giảm đau Novocain.
  + Nhẹ nhàng liên tục.
  + Chỉ ở tư thế sinh lý.
    - Bất động: 5 đến 10 ngày.
    - Sau bất động phải cho tập vận động để chức năng phục hồi dần.

6. Chăm sóc

6.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Triệu chứng bệnh lý:
  + Nơi tổn thương: điểm đau, đau tăng lên khi cử động, khi ấn.
  + Tổn thương kèm theo: xương, thần kinh, mạch máu.
  + Dấu hiệu lò xo, biến dạng ổ khớp.
- Tình trạng chung:
  + Hạn chế cử động.
  + Giảm đau.
  + Tập luyện.

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Trường hợp nhẹ.
- Trường hợp nặng.

6.3. Thực hiện kế hoạch

Tuỳ theo vị trí bị sai khớp cần nắn sửa sớm để tránh bị tổn thương thêm, chăm sóc thích hợp bằng cách bất động.

- Hình thức bất động:
  + Sai khớp đòn dùng nẹp chữ T.
  + Sai khớp vai dùng băng chun (băng số 8 hoặc băng Desault).
  + Sai khớp khuỷu, gối, cổ tay, cổ chân: chuẩn bị người bệnh để bó bột.
  + Sai khớp hàm không há miệng to sau khi nắn lại khớp (không bất động tạm thời nhưng khuyên người bệnh không được ngáp không được cười hết cỡ).
  + Sai khớp háng: chuẩn bị người bệnh bó bột (theo dõi từ 6 tháng đến 1 năm để phát hiện biến dạng khớp).
- Tập luyện:
  + Khuyến khích người bệnh vận động khi hết đau.
  + Tập vận động các phần không bị tổn thương hoặc không bị bó bột.

6.4. Đánh giá

- Người bệnh biết hạn chế cử động sau sai khớp.
- Người bệnh được giúp giảm đau, giảm phù nề.
- Người bệnh được hướng dẫn tập luyện tránh các di chứng: giới hạn tầm vận động của khớp, cứng khớp.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Hai nguyên nhân của trật khớp:

A: Lực tác động gián tiếp

B: .....

2. Bốn cách phân loại trật khớp chấn thương dựa vào:

A: Theo thời gian

B: Theo giải phẫu

C: .....

D: Theo lâm sàng

3. Kể 4 bước xử trí trật khớp:

A: Giảm đau trước khi nắn

B: Nắn vào ổ khớp

C: .....

D: Vật lý trị liệu

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Các loại trật khớp vai đều có biến dạng là tay giạng 30° xoay ngoài, vai vuông, có dấu hiệu nhát rìu và mất rãnh delta ngực.		
5	Trật khớp khuỷu ra sau, khuỷu duỗi 120-130°, đầu xương cánh tay gồ ra trước, mỏm khuỷu ra sau và tam giác hunter đảo ngược.		
6	Trật khớp háng kiểu chậu: háng giạng, xoay ngoài, gối gập nhiều, chi ngắn nhiều.		
7	Trật khớp háng kiểu ngồi: háng khép xoay trong, gối gấp nhiều, chi ngắn ít.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Một nạn nhân trật khớp háng, khám thấy háng giạng, xoay ngoài, chi ngắn rõ rệt, được chuẩn đoán:

A: Kiểu chậu

B: Kiểu ngồi

C: Kiểu mu

D: Kiểu bịt

9. Triệu chứng lâm sàng của trật khớp:

A: Biến dạng đặc biệt của từng khớp

B: Ổ khớp rỗng sờ thấy chỏm xương

C: Cử động lò so

D: A-B đúng

E: A-B-C đúng

10. Biến chứng của trật khớp:

A: Không nắm được

B: Tổn thương phần mềm

C: Trật khớp hở

D: Kèm theo gãy xương

E: Tổn thương mạch máu thần kinh

F: Tổn thương đầu xương

G: Trật khớp tái diễn

H: Tất cả đều đúng

Bài 23
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

Mục tiêu học tập

1. Kể được các loại gãy xương và biến chứng của gãy xương.
2. Trình bày được mục đích của cấp cứu gãy xương.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh gãy xương.

1. Phân loại gãy xương

- Về giải phẫu bệnh.

+ Gãy xương kín là loại gãy xương mà tổ chức da xung quanh không bị tổn thương, nếu có thì da không thông với ổ gãy.

+ Gãy xương hở là loại gãy xương có tổn thương da nơi gãy hoặc đầu xương gãy thòi ra ngoài.

- Về hình dạng: Gãy xương kín hay hở đều có những hình dạng gãy như: gãy ngang, gãy xéo, gãy xoắn ốc, gãy dạng cành tươi, gãy nhiều mảnh.

2. Biến chứng của gãy xương

2.1. Biến chứng làm chết nạn nhân

- Sốc chấn thương do đau đớn dữ dội, do mất máu nhiều.
- Tắc mạch do mở cửa xương gãy vào mạch máu bị đứt.

2.2. Biến chứng tại chỗ

- Mạch máu, thần kinh bị chèn ép gây rối loạn hoại tử, rối loạn dinh dưỡng.
- Nhiễm trùng đưa đến viêm xương.

3. Biện pháp xử trí và chăm sóc cấp cứu

3.1. Mục đích

- Tránh sự cử động nơi bị tổn thương.

- Tránh đau đớn quá độ đưa đến sốc.

- Tránh tổn thương lân cận do xương gãy.

- Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu đặc biệt.

- Tránh sự cử động nơi xương gãy: Bất động tạm thời với các loại nẹp nơi bị tổn thương, không băng trực tiếp lên ổ gãy.

3.2. Tránh sự đau đớn quá độ

- Nâng đỡ nơi tổn thương nhẹ nhàng phòng ngừa sốc.

- Nẹp phải được đệm lót trước khi đặt vào nơi tổn thương.

- Dây buộc phải có bản rộng và chắc.

- Nâng cao phần bị tổn thương để giảm sưng nề. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

3.3. Tránh gây tổn thương thêm

- Nâng đỡ xương gãy không nắm vào ổ gãy.

- Phải bất động nơi gãy trước khi vận chuyển nạn nhân để tránh gây thêm đau đớn và tổn thương thêm.

- Tránh di động đầu xương gãy.

3.4. Theo dõi sự tuần hoàn ở phần đầu các ngón tay, ngón chân: nếu tím tái vì băng quá chặt phải nới đủ rộng băng khi bất động nẹp. Theo dõi các dấu hiệu đặc biệt do gãy xương gây ra.

4. Chăm sóc

4.1. Nhận định tình trạng nạn nhân

- Tình trạng nơi xương gãy: gãy xương kín hay hở, các dấu hiệu kèm theo do gãy xương gây ra.

- Tình trạng chung:

  + Tình trạng của xương gãy: tuỳ theo loại gãy.

  + Tình trạng tổn thương kèm theo: tuỳ theo vị trí xương gãy.

  + Tình trạng của người bệnh: phòng ngừa sốc.

  + Đau, mức độ tăng hay giảm?

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Bất động nơi xương gãy.

- Phòng ngừa sốc.

- Tránh gây tổn thương thêm.

- Theo dõi những dấu hiệu của những vị trí gãy xương đặc biệt.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Dùng nẹp dài bất động xương gãy ở phía trên một khớp và ở phía dưới một khớp của vùng gãy:

+ Nẹp phải đủ dài và chắc.

+ Khi vận chuyển không tháo quần áo nơi xương gãy lúc đặt nẹp, hai chi dưới nên cột vào nhau: tránh gây đau đớn thêm, an toàn khi vận chuyển.

+ Bất động chi trên gãy phải gấp khuỷu 90°: đúng tư thế cơ năng và giảm đau.

+ Chăm sóc vết thương gãy xương hở được ép đầu xương gãy vào trong ổ gãy: tránh đưa phần bẩn nhiễm vào bên trong ổ gãy và gây đau đớn cho nạn nhân.

+ Băng cầm máu nơi xương gãy hở: phòng ngừa sốc.

+ Nên nâng đỡ nhẹ nhàng, không nắm vào nơi gãy, tránh gây đau đớn thêm hoặc tổn thương thêm nơi gãy.

+ Theo dõi các dấu hiệu chảy máu bên trong: phát hiện sốc kịp thời.

+ Theo dõi sự bế tắc tuần hoàn khi buộc dây bất động nẹp: quan sát màu sắc các đầu móng tay, móng chân.

- Theo dõi các dấu hiệu đặc biệt khi gãy xương ở các vị trí:

+ Vỡ xương sọ:

• Theo dõi dịch, máu chảy ra ở lỗ tai, lỗ mũi, dấu tím tụ ở hố mắt.

• Đánh giá tình trạng bệnh: theo dõi tri giác, đồng tử.

+ Gãy xương sườn:

• Theo dõi hô hấp, tính chất đờm dãi: phát hiện hô hấp đảo ngược, phát hiện tổn thương phổi.

• Theo dõi dấu hiệu chảy máu trong do phổi, gan bị tổn thương: phòng ngừa sốc.

+ Vỡ xương chậu:

• Theo dõi tính chất nước tiểu, sự tiêu tiểu: đề phòng tổn thương tiết niệu, phần tiêu hoá dưới.

• Theo dõi dấu hiệu chảy máu trong, tình trạng đau đớn: nhằm phát hiện sớm.

+ Gãy xương đùi: theo dõi dấu hiệu sốc để phòng ngừa sốc.

+ Gãy cột sống:

• Theo dõi sự tổn thương tuỷ sống: theo dõi sự vận động tay chân và cảm giác.

• Theo dõi sự hô hấp: khi gãy đốt sống cổ 3, 4.

4.4. Nhận định quá trình chăm sóc

Người bệnh bị gãy xương được đánh giá quá trình cấp cứu và chăm sóc cấp cứu tốt khi:

- Bất động nơi gãy đúng và an toàn.
- Không gây tổn thương thêm.
- Không xảy ra sốc.
- Vận chuyển kịp thời.
- Theo dõi và phát hiện được các dấu hiệu đặc biệt khi gãy xương ở đầu, xương sườn, xương sống cổ, sống thân, xương chậu, xương đùi.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hay cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Gãy xương kín là loại gãy xương mà ....., nếu có thì da không thông với ổ gãy.
2. Gãy xương hở là gãy xương có tổn thương ..... hoặc đầu xương thòi ra ngoài.
3. Nhận định tình trạng chung người bệnh gãy xương:

A: .....

B: Tổn thương kèm theo

C: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Vỡ xương sọ phải theo dõi chính xác ở tai, ở mũi và tình trạng đồng tử.		
5	Gãy xương sườn phải phát hiện hô hấp đảo ngược.		
6	Vỡ xương chậu phải theo dõi tính chất và số lượng nước tiểu.		
7	Gãy cột sống phải theo dõi có liệt ở 2 chi dưới hay không?		

Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:

8. Di lệch xương sau gãy xương có thể:

A: Ngang

B: Xéo

C: Xoắn

D: Cành tươi, nhiều mảnh

E: Hỗn hợp

9. Biến chứng tại chỗ sau gãy xương:

A: Mạch

B: Thần kinh

C: Rối loạn dinh dưỡng

D: Nhiễm trùng

E: Cả A+B+C+D

10. Mục đích cấp cứu gãy xương:

A: Tránh di lệch thêm

B: Tránh đau

C: Tránh tổn thương thêm

D: Bỏ sót biến chứng nếu có

E: Cả A+B+C+D

Bài 24
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được mục đích và tai biến do bó bột.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau bó bột.

1. Chỉ định bó bột

Dùng để bất động trong trường hợp gãy xương, sai khớp.

2. Mục đích bó bột

- Bất động giúp cho quá trình liền xương nhanh, tránh can xấu, can lệch.
- Phòng ngừa biến dạng (viêm khớp).
- Sửa chữa biến dạng (vẹo cột sống).
- Dùng bó bột sau khi phẫu thuật hoặc trong điều trị gãy xương, thường người bệnh được phép vận động trong quá trình điều trị. Bất động do kéo tạ được phép vận động hơn.

3. Các tai biến do bó bột

Người bệnh được bó bột cần quan sát tiếp tục và chăm sóc đặc biệt ngày thứ nhất hoặc vài ngày để tránh những biến chứng bởi những yếu tố như:

- Sự sưng lên của phần được bó bột.
- Bó bột quá chặt, có thể gây hoại tử chi.
- Đi lệch thứ phát trong bột.

4. Chăm sóc

4.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Triệu chứng: tổn thương do bó bột.
  + Lưu thông máu bị hư hại (dấu hiệu 5P).

+ Tổn thương thần kinh: đau dai dẳng tăng dần tê bại liệt.

+ Nhiễm trùng, hoại tử mô: mùi bột hôi, nhiệt độ giao động, bột hở.

+ Hội chứng bó bột khi bó thân mình: buồn nôn kéo dài, nôn nhiều lần, trướng bụng, đau bụng không rõ rệt.

- Tình trạng chung:

+ Tình trạng nơi bó bột và phần liên quan vùng da bó bột, vết thương, các đầu chi.

+ Các biến chứng do bó bột: phòng ngừa hoặc phát hiện sớm.

+ Tư thế xoay trở.

+ Hướng dẫn luyện tập.

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Trước khi bó bột.
- Sau khi bó bột.
- Sau khi tháo bột.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Trước khi bó bột: nhận định tình trạng nơi sẽ bó bột.

- Mục đích bó bột.
- Dụng cụ phải đạt yêu cầu.
- Tư thế người bệnh.

+ Chuẩn bị dụng cụ: các vật dụng để bó bột và gây tê.

+ Chuẩn bị người bệnh.

• Giải thích mục đích bó bột.

• Hướng dẫn cách giữ bột sau khi bó.

• Chuẩn bị vùng da để bó bột.

• Đặt tư thế thích hợp.

4.3.2. Sau khi bó bột

- Chuẩn bị giường và các dụng cụ cần thiết để đệm lót hoặc nâng cao chi (vật dụng đệm lót như gối, nâng cao chi như giá, trụ treo).

+ Tình trạng bột được bó:

• Không được che phủ: làm bột lâu không cứng.

• Nằm trên giường có mặt phẳng cứng, khi bột chưa khô.

• Khi nâng đỡ bột không được dùng những ngón tay tì ép gây nên những phần lồi khi bột chưa khô.

• Cắt xén những phần thừa, mép thừa của bột.

- Rạch dọc các lớp bột nếu có chỉ định.
- Mở cửa sổ nếu có chỉ định.
- Theo dõi các chất tiết thấm vào bột.
- Luôn giữ bột khô và sạch.
- Không rút các vật độn bên trong bột.

+ Tình trạng nơi bó bột:

- Theo dõi các dấu hiệu gây chèn ép trong 24 giờ đầu (nhiệt độ, cảm giác, màu sắc, vận động ở ngọn chi).
- Theo dõi sự chèn ép cục bộ: đầu xương
- Kiểm tra bột xem có lỏng không
- Tập co cơ tĩnh trong bột

+ Chăm sóc da:

- Chăm sóc da sạch hàng ngày.
- Thường xuyên quan sát các mép bột đè ép vào các vùng da và xương.
- Dùng gương để quan sát những vùng người bệnh không nhìn được.
- Khi xoay trở người bệnh phải lấy những mảnh bột vụn ra.
- Giải thích cho người bệnh không làm xước da mặt trong bột
- Lau sạch các ngọn chi hàng ngày.

+ Tư thế:

- Khi di chuyển dùng xe có dây an toàn
- Khi bột còn ướt phải đặt đúng tư thế.
- Từ 24 đến 48 giờ sau khi bó bột phải để chi cao tránh phù nề.

+ Xoay trở:

- Khi bột còn ướt không được xoay trở.
- Bột nặng cần có nhiều người trợ giúp.
- Luyện tập.
- Tập luyện thích hợp với vị trí tổn thương.

4.3.3. Sau khi tháo bột

- Dùng tay tháo bột nhẹ nhàng không làm tổn thương da.
- Dùng xà phòng và chất sát khuẩn nhẹ để rửa và sát khuẩn nhẹ trên da.
- Dùng dầu mineral bôi lên da làm cho da mềm mại.

- Dùng băng chun băng nơi bó bột vài tuần để giảm sưng nề.
- Hướng dẫn người bệnh luyện tập.

4.4. Đánh giá quá trình chăm sóc

- Biết theo dõi và phòng ngừa các tai biến do bó bột.
- Chăm sóc người bệnh an toàn trong khi và sau khi bó bột.
- Người bệnh tin tưởng hợp tác trong điều trị.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Mục đích của bó bột:

A: Giúp liền xương nhanh, tránh can xấu

B: .....

C: .....

D: Vận động sớm hơn phẫu thuật

2. Tai biến do bó bột:

A: .....

B: Lỏng bột có di lệch thứ phát

3. Nhận định triệu chứng bệnh lý:

A: .....

B: .....

C: Nhiễm trùng

D: Bụng trướng, nôn

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Ngay sau bó bột phải cho người bệnh nằm giường có mặt phẳng cứng.		
5	Sau bó bột nên rút các bông độn trong bột.		
6	Phải giữ bột sạch sẽ, khô ráo.		
7	Tập co cơ tĩnh trong bột tránh teo cơ.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Đánh giá quá trình chăm sóc người bệnh bó bột:

A: Người bệnh tin tưởng

B: Người bệnh hợp tác trong điều trị

C: An toàn trong và sau bó bột

D: Biết theo dõi

E: Không có biến chứng

9. Sau khi tháo bột người bệnh cần:

A: Làm sạch da

B: Bôi dầu mineral

C: Tập luyện

D: Băng chun

E: A+B+C+D

10. Tránh phù nề chi bó bột nên giữ tư thế:

A: Để chi cao

B: Để chi thấp

C: Tập vận động chi

D: Để chi yên tĩnh

E: Tập co cơ tĩnh

Bài 25
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được mục đích kéo tạ và các biến chứng do kéo tạ.
2. Trình bày được dụng cụ và người bệnh để kéo tạ.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh kéo tạ.

1. Các loại kéo tạ

Kéo tạ được dùng trong điều trị chấn thương chỉnh hình như kéo qua xương, kéo qua da.

2. Các biến chứng của kéo tạ

Biến chứng có khả năng phát triển trong thời gian người bệnh bất động khi kéo tạ:

- Ứ máu phổi, xẹp phổi.
- Táo bón, bụng trướng.
- Tuần hoàn giảm: viêm tắc tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch, tắc mạch phổi.
- Tổn thương thần kinh.
- Căng duỗi thẳng gối.
- Loãng xương, co cơ.
- Nhiễm trùng vết thương.

3. Các biện pháp xử trí và chăm sóc người bệnh

- Mục đích kéo tạ:

+ Hạn chế sự di lệch xương nơi gãy (nhất là 2 đầu gãy chồng vào nhau làm ngắn chi).

+ Giúp nơi gãy lành xương thẳng trục.

+ Giúp khớp không biến dạng.

- Nơi gãy lành xương thẳng trục: Sự thẳng hàng của phần bị thương tổn, sự thẳng trục của cơ thể, sự thẳng hàng của các thiết bị kéo tạ, phạm vi vận động của các khớp.

- Giúp người bệnh an tâm khi được dùng các thiết bị kéo tạ.
- Người bệnh phải được an toàn khi kéo tạ.
- Kiểm tra các thiết bị kéo tạ thường xuyên.
- Chăm sóc da và ngăn ngừa các biến chứng do kéo tạ.
- Đặt tư thế người bệnh và xoay trở đúng trong hệ thống kéo tạ.
- Hướng dẫn người bệnh tập luyện để ngăn ngừa và sử dụng sau khi tháo tạ.
- Giúp người bệnh giải trí và tự chăm sóc việc không liên hệ đến chuyên môn.
- Chăm sóc và hướng dẫn người bệnh sau khi tháo tạ.

4. Chăm sóc

4.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Triệu chứng bệnh lý:

+ Nơi tổn thương về vận động, cảm giác, màu sắc da: Phát hiện tổn thương kết hợp như mạch máu, thần kinh, phát hiện nhiễm trùng xương và da.

+ Nơi xuyên kim.

+ Nơi dán băng dính.

+ Trục của chi: tránh lệch trục.

- Tình trạng chung:

+ Hệ thống kéo tạ: đảm bảo chính xác, an toàn.

+ Các biến chứng do kéo tạ: phòng ngừa các biến chứng.

+ Tư thế, xoay trở.

+ Hướng dẫn tập luyện: bảo đảm kết quả điều trị về kéo tạ, tránh di chứng do kéo tạ.

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Trước khi kéo tạ.
- Trong khi kéo tạ.
- Sau khi tháo tạ.

4.3. Thực hiện kế hoạch

4.3.1. Trước khi kéo tạ

- Biết tình trạng nơi tổn thương.
- Mục đích của kéo tạ.

- Dụng cụ phải đạt yêu cầu.

- Thế nằm và sự vận động thích hợp.

+ Chuẩn bị dụng cụ:

• Khay dụng cụ vô trùng xuyên đinh hoặc dụng cụ sạch kéo da.

• Thiết bị, dụng cụ kéo tạ.

+ Chuẩn bị người bệnh:

• Giải thích mục đích kéo tạ: người bệnh an tâm, tin tưởng.

• Hướng dẫn tư thế bất động cần thiết và sự vận động được phép trong suốt thời gian kéo tạ: người bệnh hợp tác điều trị có kết quả.

• Chuẩn bị da vùng kéo tạ: phòng ngừa nhiễm trùng.

4.3.2. Chăm sóc trong khi kéo tạ

- Nơi xuyên đinh hoặc dán băng dính: hàng ngày theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng nơi xuyên đinh hoặc da bị lở loét do dán băng dính. Phát hiện kịp thời để xử trí thích hợp.

- Hệ thống kéo tạ:

+ Dây kéo phải chắc không ngắn quá sẽ áp sát ròng rọc hoặc dài quá chạm sàn nhà và giường: bảo đảm lực kéo và an toàn.

+ Dây phải treo lơ lửng không chạm giường và trục dây thẳng: tránh cọ sát.

+ Dây phải trượt dễ dàng trên ròng rọc, thay ngay khi dây bị sờn: kéo có tác dụng, tránh đứt dây kéo.

+ Ròng rọc phải được bôi trơn: để hoạt động tốt.

+ Nút dây phải cột chặt không lỏng hay tụt nút buộc: để bảo đảm an toàn.

+ Trọng lực kéo phải treo tự do không chạm giường hay sàn nhà: tránh mất tác dụng kéo tạ.

+ Tạ kéo không được nâng lên hay để trên giường: gãy xương phải kéo tạ liên tục.

+ Tạ kéo phải buộc chắc chắn, an toàn, không đu đưa tránh rơi.

+ Khi buộc thêm tạ kéo để tăng trọng lượng phải theo đúng y lệnh, thao tác nhẹ nhàng: tránh bị căng thẳng bất ngờ quá mức.

- Chăm sóc da:

+ Da dễ bị tổn thương như rách, trầy xước (vì không xoay trở, không lấy tạ) nhất là vùng lưng bị đè ép nhiều. Khi chăm sóc vệ sinh da vùng lưng có thể hướng dẫn người bệnh nhấc mông lên.

+ Xoay nhẹ lưng nếu được phép.

+ Nắm xà treo nơi đầu giường để ngồi dậy: nhằm phát triển cơ lực ở tay.

+ Chống chân lành trên giường nâng mông lên: tránh đẩy mạnh gót gây xây xát làm tổn thương.

+ Hai điều dưỡng chăm sóc: 1 người nâng mông, 1 người chăm sóc da.

+ Hàng ngày chăm sóc da cần kiểm tra các vùng da bị đè ép để ngăn ngừa sự tổn thương da gây nhiễm trùng. Da sẽ bị tổn thương do nằm lâu, bị đè ép bởi nếp nhăn của vải trải giường hoặc ẩm ướt.

- Tư thế và xoay trở:

+ Người bệnh kéo tạ không được nằm nghiêng thay nằm sấp: làm thay đổi đường kéo, chỉ nằm sấp khi trên giường xoay.

+ Người bệnh nằm thẳng giữa giường, không trượt về phía kéo tạ, không được nâng đầu giường lên nếu không có chỉ định: tránh tạ chạm sàn nhà, tránh phản kéo.

+ Khi được phép để gối đầu giường không được để cao quá: tránh vẹo hông.

+ Người bệnh được xoay trở nhẹ nhàng sang bên đang kéo: tránh gây ảnh hưởng nơi đang kéo tạ.

+ Người bệnh cử động nhẹ nhàng không gây ảnh hưởng đến bộ phận kéo.

+ Tập cử động bàn chân và đặt bục để giữ bàn chân, không đè ép gót chân: tránh cứng khớp trong trường hợp người bệnh liệt chi dưới gây hoại tử gót chân.

+ Không được dùng gối để lót bất kỳ chỗ nào nơi kéo tạ. Nếu được phép đặt phải đặt dọc theo hết chiều dài của chi và duy trì trục của chi kéo thẳng: tránh khả năng gây nghẽn mạch, tránh gây lệch trục của xương gãy.

- Tập luyện:

+ Sự tập luyện lúc kéo tạ khi được phép sẽ tránh teo các cơ và sự cử động khớp, tránh được các biến chứng do nằm lâu, tránh cứng khớp và mau phục hồi sức khoẻ.

+ Tập cử động các khớp hàng ngày trừ khớp liên hệ nơi gãy: tránh cứng khớp.

+ Tập thở sâu và vận động bụng: tránh biến chứng phổi, tránh táo bón, trướng bụng.

+ Tập cử động tay để sử dụng nạng sau khi tháo tạ: tránh teo cơ và có lực.

+ Tập vận động cơ trên phần tổn thương và các phần khác không cần bất động: tránh teo cơ do nằm lâu.

- Tự chăm sóc và giải trí:

Người bệnh rất chán nản do nằm lâu, cần giúp đỡ người bệnh được vui vẻ, thoải mái:

+ Khuyến khích sự thăm viếng của bạn bè, thân nhân: người bệnh cảm thấy không bị bỏ quên.

+ Tạo môi trường chung quanh sạch sẽ, gọn gàng, sáng sủa. Điều dưỡng viên theo dõi trạng thái tinh thần và cảm giác của người bệnh khi thấy họ bơ phờ, mất ngủ, mệt mỏi thì tạo sự thoải mái cho người bệnh.

+ Động viên người bệnh tự chăm sóc vệ sinh, ăn uống, giúp người bệnh quan tâm đến hoạt động hàng ngày của họ: người bệnh cảm thấy phấn khởi hơn.

+ Các vật dụng cá nhân cần thiết cho những nhu cầu của người bệnh nên để trong tầm tay để tiện sử dụng.

+ Trang bị chuông để người bệnh gọi khi cần giúp đỡ.

4.3.3. Chăm sóc sau khi tháo tạ

- Sau khi tháo tạ người bệnh sẽ cảm thấy yếu và cử động khó khăn, các chi bị teo nhỏ. Thêm vào, giảm huyết áp khi đứng là tình trạng chung nếu người bệnh nằm đầu thấp, điều dưỡng cần giúp người bệnh phục hồi lại dần bằng cách tập luyện phục hồi chức năng và báo trước cho người bệnh biết những cảm giác của người bệnh sẽ có thể thấy sau khi tháo tạ: giúp người bệnh an tâm và hợp tác tập luyện. Cảm thấy đau, chi cử động không nhịp nhàng và yếu.

- Tập ngồi dậy bằng cách nâng cao đầu giường, rồi tập ngồi trên giường

hoặc ra khỏi giường: tập cho người bệnh đi tránh ngã cho đến khi chắc chắn người bệnh đã hồi phục khả năng thăng bằng.

- Hướng dẫn người bệnh các cử động được phép tập luyện: hướng dẫn cách dùng nạng, tập cử động nhẹ nhàng khi co, duỗi, giạng, khép, các khớp sẽ phục hồi các hoạt động, tập co cơ để phục hồi sự teo cơ.

Giúp người bệnh và thân nhân an tâm là người bệnh sẽ hồi phục trở lại sau thời gian luyện tập.

4.4. Nhận định quá trình chăm sóc

Người bệnh kéo tạ được đánh giá quá trình chăm sóc tốt khi:

- Nơi đặt thiết bị kéo tạ không bị tổn thương thêm như nhiễm trùng, loét da.
- Hệ thống kéo tạ đúng và an toàn cho người bệnh.
- Tránh được các biến chứng do bất động để kéo tạ.
- Cơ, khớp được phục hồi chức năng nhờ tập luyện.
- Người bệnh an tâm và hợp tác với thầy thuốc.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hay cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Mục đích của kéo tạ:

A: Hạn chế sự di lệch của xương gãy

B: Giúp nơi gãy xương lành thẳng trục

C: .....

2. Biến chứng của kéo tạ:

A: Ứ máu phổi, xẹp phổi

B: .....

C: Giảm tuần hoàn.

D: Tổn thương thần kinh

E: Căng duỗi thẳng gối

F: Loãng xương, co cơ

G: .....

3. Chuẩn bị người bệnh trước khi kéo tạ:

A: Giải thích

B: .....

C: Chuẩn bị vùng da kéo tạ.

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng , cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Một trong những nguyên tắc chăm sóc người bệnh kéo tạ: đảm bảo sự thẳng nơi gãy lành xương thẳng trục.		
5	Nguyên tắc chăm sóc kéo tạ phải kiểm tra thiết bị thường xuyên.		
6	Nguyên tắc chăm sóc kéo tạ phải đặt tư thế người bệnh đúng.		
7	Khi kéo tạ tránh để tạ chạm xà nhà.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Nhận định triệu chứng của người bệnh gãy xương:

A: Các tổn thương

B: Nơi xuyên kim

C: Nơi dán băng dính

D: Trục của chi

E: Cả A+B+C+D

9. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh kéo tạ:

A: Trước khi kéo tạ

B: Trong khi kéo tạ

C: Sau khi kéo tạ

D: Thực hiện kế hoạch

E: Cả A+B+C+D

10. Thực hiện kế hoạch trước khi kéo tạ:

A: Tình trạng nơi tổn thương

B: Mục đích của kéo tạ

C: Dụng cụ phải đạt yêu cầu

D: Thế nằm và vận động thích hợp

E: Cả A+B+C+D

Bài 26
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT XƯƠNG

Mục tiêu học tập

1. Kể được các trường hợp phẫu thuật xương và các tai biến của phẫu thuật xương.
2. Trình bày được mục đích phẫu thuật xương.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh phẫu thuật xương.

1. Phẫu thuật xương

1.1. Các trường hợp phẫu thuật xương

Phẫu thuật ngoại khoa chỉnh hình thường áp dụng trong các trường hợp.

- Các gãy xương có khó khăn về nắn kéo và cố định.
- Các gãy xương cần nắn và cố định bằng phẫu thuật.
- Các gãy xương dễ tạo khớp giả.
- Các sai khớp tái diễn nhiều lần hoặc không nắn được.

1.2. Tai biến của phẫu thuật xương khớp

Những tai biến do phẫu thuật xương, khớp có thể gây ra:

- Sốc phẫu thuật, chảy máu kéo dài.
- Các tổn thương do sai sót kỹ thuật.
- Nguy cơ nhiễm trùng.
- Các tổn thương do ảnh hưởng hoá học và điện phân của dị vật.
- Nguy cơ chậm liền xương và khớp giả.

1.3. Mục đích của phẫu thuật xương

- Sửa nắn di lệch tốt.
- Bất động tốt nơi gãy xương.
- Tập luyện được sớm: để tránh teo cơ cứng khớp, loãng xương.

2. Chăm sóc

2.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Triệu chứng bệnh lý:

+ Nơi tổn thương biến dạng, không cử động được, rối loạn dinh dưỡng do lệch trục hay lệch vị trí, nơi tổn thương thiếu dinh dưỡng thấy lông thưa hoặc rụng nhiều.

+ Tình trạng vết thương khi gãy hở hoặc vết phẫu thuật.

- Tình trạng chung:

+ Trước phẫu thuật:

- Vệ sinh tổng quát.
- Xét nghiệm cần thiết, sử dụng cho phẫu thuật chỉnh hình.

+ Sau phẫu thuật:

- Các biến chứng sớm phát hiện xử lý kịp thời.
- Các biến chứng muộn.
- Tình trạng bột nơi phẫu thuật.
- Tập vận động, biết tình trạng của vết phẫu thuật. Phục hồi sớm sự vận động cần thiết.

2.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Trước khi phẫu thuật xương.
- Sau khi phẫu thuật xương.
- Phục hồi sau phẫu thuật.

2.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Trước khi phẫu thuật xương

- Thực hiện y lệnh về thuốc kháng sinh, an thần, giảm đau.
- Giải thích mục đích cho người bệnh an tâm.

+ Vệ sinh cá nhân mỗi ngày.

+ Vệ sinh sạch vùng da định phẫu thuật.

+ Chăm sóc vết thương cẩn thận, cắt bỏ các mô hoại tử.

- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị da vùng phẫu thuật, tránh nhiễm trùng vết phẫu thuật. Khâu này phải làm thật tốt để sau phẫu thuật tránh nhiễm trùng dẫn đến viêm xương rất khó chữa.

- Nếu có bột phải tháo bột chiều hôm trước để vệ sinh da vùng phẫu thuật.

+ Phẫu thuật cột sống: chuẩn bị da từ gáy đến mông ở phần lưng.

+ Phẫu thuật cẳng chân: chuẩn bị da từ gối xuống mắt cá chân.

+ Phẫu thuật xương đùi: chuẩn bị da từ nách xuống đầu gối.

- Thụt tháo vào buổi tối và cho người bệnh uống thuốc theo y lệnh.

- Buổi sáng ngày phẫu thuật:

+ Người bệnh không được ăn uống.

+ Kiểm soát lại vệ sinh cá nhân của người bệnh.

+ Thay băng lại vùng da định phẫu thuật.

+ Cho người bệnh đi tiểu.

+ Chuẩn bị hồ sơ đầy đủ và các dụng cụ mang theo để phẫu thuật.

+ Tiêm thuốc đặc hiệu nếu có.

+ Mang vòng tên hay biển tên của người bệnh tránh nhầm lẫn.

+ Tháo trang sức, răng giả nếu có.

+ Tháo hệ thống tạ nếu có.

+ Bất động chi, nếu có gãy xương đùi phải dùng nẹp tomas.

2.3.2. Chăm sóc sau khi phẫu thuật xương

- Người bệnh sau khi phẫu thuật xương có những biến chứng có khả năng xảy ra cần phải phát hiện sớm:

+ Sốc.

+ Viêm tắc tĩnh mạch.

+ Tắc mạch phổi.

+ Bí đái.

+ Tổn thương thần kinh dẫn đến liệt.

- Nhiệm vụ của điều dưỡng:

+ Đặt người bệnh theo tư thế thích hợp.

+ Đặt chi phẫu thuật lên cao để giảm tối đa phù nề.

+ Khi có bó bột sau phẫu thuật, không được bó chặt quá.

+ Khuyến khích người bệnh thở sâu đề phòng xẹp phổi.

+ Chăm sóc vết thương hằng ngày.

+ Chăm sóc hệ thống dẫn lưu nơi vết thương (dẫn lưu kín).

+ Khi có chi bó bột cần theo dõi chặt bột và chảy máu vết phẫu thuật.

+ Theo dõi màu sắc da, niêm mạc, nước tiểu.

+ Khuyến khích người bệnh vận động ở những nơi không bất động (tránh teo cơ, cứng khớp, loãng xương).

- Giúp người bệnh đi lại quanh giường.

2.3.3. Chương trình phục hồi sau phẫu thuật

- Luyện tập cử động dáng đi, luyện tập bắp thịt tăng cường sức khoẻ.
- Nếu người bệnh không tự chủ động thì lắp các bộ phận giả, tập vật lý trị liệu.
- Người bệnh phải vận động sớm và tự mình vận động càng nhiều càng tốt.

3. Đánh giá quá trình chăm sóc

Người bệnh phẫu thuật chỉnh hình được đánh giá là tốt khi:

- Người bệnh được chăm sóc toàn diện trước phẫu thuật.
- Điều dưỡng, theo dõi và phát hiện các biến chứng sau phẫu thuật sớm.
- Chăm sóc người bệnh toàn diện sau phẫu thuật.
- Hướng dẫn được người bệnh phục hồi chức năng sau phẫu thuật.
- Người bệnh tập chủ động càng nhiều càng tốt.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Các trường hợp phẫu thuật xương:

A: Gãy xương có khó khăn về kéo nắn và cố định

B: Gãy xương cần nắn chắc bằng phẫu thuật

C: .....

D: Các sai khớp không nắn được hoặc hay tái phát

2. Mục đích của phẫu thuật xương:

A: .....

B: Bất động tốt nơi gãy xương

C: .....

3. Nhận định tình trạng sau phẫu thuật xương:

A: Các biến chứng sớm

B: Các biến chứng muộn

C: .....

D: Tập vận động và tình trạng vết phẫu thuật

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Sau phẫu thuật xương cần phải đi lại sớm.		
5	Một biến chứng sau phẫu thuật xương thường khó chữa là viêm xương.		
6	Sau phẫu thuật xương cần để chi lên cao để tránh phù nề.		
7	Trước khi phẫu thuật xương cần làm tốt công tác vệ sinh thụt tháo phân.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Các tai biến của phẫu thuật xương khớp:

A: Sốc

B: Các tổn thương do kỹ thuật

C: Do nhiễm trùng

D: Các thương tổn do hoá học, điện phân có nguy cơ chậm liền xương, khớp giả

E: Cả A+B+C+D

9. Chuẩn bị da vùng phẫu thuật, người bệnh phẫu thuật xương:

A: Phẫu thuật cột sống: cả lưng

B: Phẫu thuật xương đùi: từ nách xuống đầu gối

C: Phẫu thuật vai: từ gáy xuống cả lưng

D: Phẫu thuật cẳng chân từ gối xuống mắt cá chân

E: Phẫu thuật đầu gối: từ gối xuống mắt cá chân

10. Đánh giá quá trình chăm sóc:

A: Người bệnh được chăm sóc toàn diện trước phẫu thuật

B: Người bệnh được phát hiện biến chứng sớm nếu có

C: Người bệnh được chăm sóc toàn diện sau phẫu thuật và luyện tập

D: Cả A+B+C+D

Bài 27
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng của chấn thương sọ não kín, đặc biệt là triệu chứng của khối máu tụ dưới màng cứng.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não kín.

1. Đại cương

- Định nghĩa: Chấn thương sọ não được định nghĩa như là một lực đập vào hộp sọ, gây tổn thương ở da đầu, hộp sọ và não.
- Chẩn đoán phải kịp thời để gửi lên tuyến trên xử lý.
- Các thương tổn có thể gặp:
  + Vỡ xương sọ, lún xương sọ.
  + Vỡ nền sọ.
  + Chấn động não.
  + Giập não.
  + Máu tụ trong ngoài màng cứng.

2. Nguyên nhân

- Do vật tù đập va vào đầu.
- Bị đánh bằng gậy, đất đá.
- Tai nạn lao động; ngã từ trên cao xuống.
- Tai nạn xe cộ.
- Thương tích do chiến tranh: sức ép của bom đạn...

3. Triệu chứng

3.1. Tri giác: giảm dần dần, theo dõi trước người bệnh còn tỉnh, hỏi đáp được, lần sau người bệnh lơ mơ, hỏi đáp không đúng hoặc không trả lời được.

3.2. Mạch giảm dần tần số so với lần đếm trước

3.3. Huyết áp: trong chấn thương sọ não, khi có khối máu tụ, huyết áp hơi tăng nhưng không nhiều.

3.4. Nhịp thở: Tăng lên thậm chí dẫn đến rối loạn nhịp thở.

- Thở kiểu Cheynes-stoke (thở nhanh dần).

- Thở Kussmaul (hít vào nông ngừng thở một lúc thở ra nông, thời gian của 3 thì này dài bằng nhau)

3.5. Thân nhiệt hơi cao

3.6. Theo dõi thang điểm Glasgow: Ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam từ vài năm nay đã dựa vào thang điểm Glasgow cũng như các rối loạn trên để chẩn đoán hiện tượng máu tụ trong hộp sọ. Do đó, người điều dưỡng cần phải theo dõi tỉ mỉ liên tục để kịp thời phát hiện khối máu tụ trong hộp sọ.

Thang điểm Glasgow

* *Mắt:*	
- Mở tự nhiên	4 điểm
- Mở do tiếng động	3 điểm
- Mở do kích thích đau	2 điểm
- Không đáp ứng (kể cả khi mở mắt nhưng không phản xạ)	1 điểm
* *Vận động:*	
- Thực hiện y lệnh tốt	6 điểm
- Đáp ứng chính xác kích thích đau	5 điểm
- Đáp ứng không chính xác kích thích đau	4 điểm
- Gồng cứng mất vỏ não	3điểm
- Gồng cứng mất não	2 điểm
- Không đáp ứng	0 điểm
* *Lời nói:*	
- Đàm thoại định hướng đúng	5 điểm
- Nói lẫn lộn	4 điểm
- Nói vô nghĩa	3 điểm
- Chỉ ú ớ không thành tiếng	2 điểm
- Không đáp ứng	1 điểm

3.7. Cứ nửa giờ phải khám và ghi vào thang điểm Glasgow một lần: nếu người bệnh được dưới 10 điểm là rất nặng.

4. Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não

4.1. Nhận định

4.1.1. Trước phẫu thuật

- Kiểm tra sự thông khí và kiểu thở của người bệnh
- Tình trạng hôn mê hay tỉnh? Tri giác tốt hay xấu?
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp có thay đổi không?
- Khám xem có tổn thương phối hợp không (gãy xương, chấn thương bụng, chấn thương ngực) tại chỗ có rách da có chảy máu, vỡ xương không?

4.1.2. Sau phẫu thuật

- Kiểm tra sự thông khí và kiểu thở của người bệnh.
- Tình trạng hôn mê.
- Dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết phẫu thuật: có chảy máu, nhiễm trùng không?
- Tình trạng các ống dẫn lưu: số lượng, màu sắc và tính chất dịch.

4.2. Lập kế hoạch

4.2.1. Lập kế hoạch chăm sóc trước phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Đảm bảo thông khí tốt.
- Chế độ vệ sinh.
- Giảm lo lắng cho người bệnh và người nhà.
- Thực hiện y lệnh trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị thủ tục trước phẫu thuật cấp cứu.

4.2.2. Lập kế hoạch chăm sóc sau phẫu thuật

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh sau phẫu thuật.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Giáo dục sức khỏe.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Trước phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn (chú ý kiểu thở).
- Làm vệ sinh vùng phẫu thuật (cạo trọc đầu).
- Làm công tác tư tưởng với người bệnh hoặc người nhà người bệnh về tình

trạng bệnh tật.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ

+ Thở oxy hoặc các biện pháp hỗ trợ hô hấp khác (mở khí quản, đặt nội khí quản...).

+ Tiêm kháng sinh và các thuốc chống sốc khác.

+ Chuẩn bị các xét nghiệm để phẫu thuật.

+ Chuẩn bị hồ sơ.

+ Đặt thông tiểu và theo dõi nước tiểu.

+ Truyền dịch nếu có chỉ định của bác sĩ.

+ Đưa người bệnh lên nhà phẫu thuật và bàn giao.

- Người bệnh nằm yên tĩnh (hạn chế di chuyển đến mức tối thiểu).

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà các phương tiện cấp cứu và vệ sinh của khoa phòng.

4.3.2. Sau phẫu thuật

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

- Giải thích cho người nhà người bệnh về tình trạng sau phẫu thuật.

- Vệ sinh răng miệng hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Truyền dịch.

+ Tiêm thuốc kháng sinh và các thuốc chống sốc khác.

+ Tiêm các thuốc giảm đau và thuốc chống phù não (đề phòng cơn động kinh).

+ Thay băng vết thương hàng ngày.

+ Theo dõi ống dẫn lưu (sonde). Dẫn lưu kín.

+ Đặt thông và theo dõi nước tiểu.

- Người bệnh hạn chế di chuyển.

- Giáo dục sức khoẻ: giải thích với người nhà các biện pháp phòng và xử trí khi người bệnh có cơn động kinh.

4.4. Đánh giá

4.4.1. Trước phẫu thuật

- Hồi sức chống sốc tốt trước phẫu thuật.

- Bàn giao người bệnh phẫu thuật an toàn với nhân viên nhà phẫu thuật.

- Hoàn thiện hồ sơ đầy đủ kể cả các xét nghiệm cần thiết.

4.4.2. Sau phẫu thuật

- Người bệnh được phẫu thuật an toàn.
- Hạn chế tối thiểu được các biến chứng.
- Gia đình và người bệnh tin tưởng vào bệnh viện.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Ba chỉ định phẫu thuật khẩn cấp chấn thương sọ não:

A: .....

B: Máu tụ dưới màng cứng

C: Máu tụ trong não

2. Liệt kê đủ 5 thương tổn có thể gặp ở người bệnh chấn thương sọ não:

A: .....

B: Giập não

C: .....

D: Vỡ xương sọ, lún xương sọ

E: Vỡ nền sọ

3. Theo dõi, chăm sóc chấn thương sọ não phải tỉ mỉ cẩn thận, liên tục để phát hiện kịp thời dấu hiệu lâm sàng của.....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Tụ máu trong não: phải phẫu thuật cấp cứu.		
5	Chấn động não: phải phẫu thuật cấp cứu.		
6	Khoảng tỉnh chứng tỏ não bị chèn ép.		
7	Cho thở oxy để chống phù não sau chấn thương sọ não.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Một bệnh nhân nữ 34 tuổi bị tai nạn giao thông đến phòng khám bệnh viện tỉnh thấy:

A: Da đầu rách chảy máu nhiều

B: Tri giác giảm dần

C: Mạch 63 lần/phút

D: Có liệt nửa người

E: Có nôn nhiều lần

F: Cấu véo mạnh: người bệnh mở mắt

8.1. Hãy nghĩ tới một trong các hình thái tổn thương sau:

A: Giập não

B: Phù não

C: Lún hộp sọ

D: Máu tụ trong sọ

E: Chấn động não

8.2. Hãy chọn cách xử trí tốt nhất:

A: Đảm bảo thông khí tốt

B: Cho uống thuốc an thần

C: Chuyển phẫu thuật ngay

D: Thăm dò vết thương

E: Truyền máu

9. Thang điểm Glasgow đánh giá tiến triển thần kinh của bệnh nhân chấn thương sọ não dựa vào có yếu tố sau:

A: Mắt, khoảng tỉnh, vận động

B: Mắt, vận động, lời nói

C: Khoảng tỉnh, lời nói, vận động

D: Cấu véo, lời nói, liệt

E: Đồng tử giãn, liệt, khoảng tỉnh

10. Tiên lượng người bệnh chấn thương sọ não tốt khi người bệnh có:

A: Khoảng tỉnh ngắn

B: Mê ngay không có khoảng tỉnh

C: Glasgow 5 điểm

D: Glasgow 10 điểm

E: Không có liệt

Bài 28
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐINH NHỌT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân và điều kiện thuận lợi của đinh nhọt.
2. Liệt kê được các dấu hiệu và tiến triển, phòng bệnh của đinh nhọt.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh đinh nhọt.

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa: Đinh nhọt là một ổ nhiễm khuẩn làm tiêu huỷ tổ chức chân lông hay tuyến nhờn phụ thuộc.

1.2. Đặc điểm

- Sự tiêu huỷ nhanh và tạo thành ngòi.
- Đinh nhọt ở vùng quanh miệng gọi là đinh râu.

1.3. Nguyên nhân

- Vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu vàng.
- Đường xâm nhập của vi khuẩn: qua da và lỗ chân lông.

1.4. Điều kiện thuận lợi: đinh nhọt dễ phát sinh trong các điều kiện sau:

- Da bẩn.
- Các bệnh ngoài da ngứa nhiều.
- Bệnh toàn thân: suy nhược cơ thể, đái tháo đường.

2. Triệu chứng: Đinh nhọt tiến triển theo 4 giai đoạn.

2.1. Giai đoạn khởi đầu

- Toàn thân: thấy mệt mỏi, chán ăn, kém ngủ.
- Tại chỗ: có cảm giác đau căng, xuất hiện một khối u nhỏ, chính giữa khối u có cái lông, xung quanh da màu đỏ, u to dần lên, đỏ cứng, lan rộng.

2.2. Giai đoạn hoại tử: nhọt bắt đầu hoại tử từ trung tâm rồi lan rộng ra ngoại vi.

- Toàn thân: mệt mỏi, khó chịu, sốt cao, đầu căng lên nhức nhối.

2.3. Giai đoạn nhọt vỡ

- Toàn thân: đỡ sốt, mệt mỏi giảm đi, dần dần trở lại bình thường.
- Tại chỗ: khối u nhỏ dần, bớt đau, da chuyển từ màu nâu sang bình thường.

3. Tiến triển và biến chứng

Thường tiến triển tốt, người bệnh khỏi, có khi gây các biến chứng sau:

- Viêm mạch bạch huyết: tạo viêm đỏ thành vệt quanh nhọt.
- Nhiễm khuẩn huyết: nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.
- Viêm xương cấp, viêm khớp, viêm thận.
- Đinh râu: viêm tĩnh mạch xoang hang dẫn đến chết người.

4. Chăm sóc

4.1. Nhận định

- Toàn thân:
  + Có bị sốt 38°-39°C hay không?
  + Chán ăn, ít ngủ, người mệt mỏi.
- Tại chỗ:
  + Nhọt đang tiến triển ở giai đoạn nào?
  + Sưng đau?
  + Đã vỡ chưa?
  + Có hạch ở gốc chi hay không?

4.2. Lập kế hoạch

4.2.1. Giai đoạn trước khi nhọt vỡ

- Giảm sốt.
- Giảm đau.
- Giảm sưng nề.
- Giảm mất ngủ.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.
- Giáo dục sức khoẻ.

4.2.2. Giai đoạn nhọt vỡ

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Thực hiện y lệnh ở giai đoạn nhọt vỡ.

- Chế độ vệ sinh.

- Giáo dục sức khoẻ.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Giai đoạn trước khi nhọt vỡ

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

- Giải thích để người bệnh an tâm (trường hợp đặc biệt: đinh râu phải khuyên người bệnh cẩn thận tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ để đề phòng biến chứng).

- Vệ sinh thân thể sạch sẽ, tại vùng nhọt mọc thay băng hàng ngày bằng cách đắp một miếng gạc có tẩm cồn 70° băng giữ tại vết thương.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

  + Tiêm thuốc kháng sinh.

  + Truyền dịch (nếu có chỉ định).

  + Thay băng vết thương hàng ngày (theo dõi sự tiến triển của nhọt).

  + Cố định chi có nhọt mọc.

- Hạn chế di chuyển.

- Giáo dục sức khoẻ: hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh, ăn uống hoa quả có nhiều vitamin để nâng cao thể trạng.

4.3.2. Giai đoạn nhọt vỡ

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

- Giải thích để người bệnh hợp tác với bác sĩ, đề phòng các biến chứng xấu có thể xảy ra (vết thương lâu liền, nhiễm khuẩn máu...).

- Vệ sinh sạch sẽ, thay băng vết thương hàng ngày.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

  + Tiêm kháng sinh hàng ngày.

  + Truyền dịch (nếu có chỉ định).

  + Thay băng vết thương hàng ngày: phải nặn ngòi của nhọt hoặc chích lấy ngòi nhọt ra theo đúng giai đoạn (thường là sau 9 ngày kể từ khi người bệnh bắt đầu đau tại nơi mọc nhọt). Không nên để nhọt tự vỡ sẽ có nhiều biến chứng, không nên nặn hoặc chích non cũng sẽ có nhiều biến chứng.

  + Cố định tạm thời vận động vùng chi có nhọt mọc.

- Hạn chế di chuyển trong thời gian nhọt chưa vỡ.

- Hướng dẫn người bệnh giữ vệ sinh thân thể, nếu có bệnh ngứa ngoài da phải điều trị triệt để, ăn uống đủ chất và nhiều vitamin.

4.4. Đánh giá

- Nhọt khỏi không có biến chứng.
- Tại vết thương không để lại sẹo xấu, teo cơ, dính khớp, hạn chế tầm vận động của khớp.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 3 điều kiện thuận lợi cho đinh nhọt phát triển:

   A: Da bẩn

   B: Bệnh ngoài da

   C: .....

2. Kể tên 4 giai đoạn phát triển của đinh nhọt:

   A: Giai đoạn khởi đầu

   B: Giai đoạn hoại tử

   C: .....

   D: Giai đoạn nhọt khỏi

3. Kể 4 tiến triển của đinh nhọt:

   A: Thường lành tính tự khỏi

   B: Viêm lan tỏa

   C: Nhiễm khuẩn huyết

   D: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Đường xâm nhập của vi khuẩn gây đinh nhọt là lỗ chân lông.		
5	Giai đoạn nhọt vỡ thường ngày thứ 8 đến 9.		
6	Cloroxit rất tốt để điều trị đinh nhọt.		
7	Đinh nhọt là một ổ nhiễm khuẩn làm tiêu hủy một tổ chức chân lông hay tuyến nhờn phụ thuộc.		

Bài 29

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP XE NÓNG - ÁP XE LẠNH

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị áp xe nóng - áp xe lạnh.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh áp xe nóng - áp xe lạnh.

I. ÁP XE NÓNG

1. Đại cương

- Áp xe nóng là một túi mủ có giới hạn rõ rệt, sinh ra trong các trường hợp nhiễm khuẩn cấp tính.

- Cơ thể bệnh học.

+ Giai đoạn xung huyết viêm: lúc đầu tổ chức phù nề, mạch máu giãn ra thoát huyết tương, có nhiều bạch cầu xuyên mạch thoát ra ngoài.

+ Giai đoạn mưng mủ: vỡ áp xe cấu tạo bởi sự tăng sinh của tổ chức liên kết, các mạch máu mới và các bạch cầu. Trong ổ áp xe có mủ gồm xác vi khuẩn và xác bạch cầu (có màu từng loại vi khuẩn như tụ cầu màu vàng, liên cầu màu trắng).

2. Nguyên nhân

- Các vi khuẩn gây mủ qua nhiều đường:

+ Tụ cầu.

+ Liên cầu.

+ Phế cầu.

3. Triệu chứng

3.1. Giai đoạn xung huyết viêm

- Triệu chứng toàn thân:
  + Sốt 38,5° - 39,5°C kèm rét run.
  + Lưỡi bẩn.
  + Ăn không ngon.
- Triệu chứng tại chỗ: có 4 triệu chứng viêm rõ:
  + Sưng: tại chỗ áp xe sưng hơn so với chi lành.
  + Nóng: do máu tới nhiều và các phản ứng tại chỗ.
  + Đỏ: vùng đỏ có thể giới hạn rõ rệt, khi ấn tay vào màu đỏ chuyển sang tái nhợt, khi bỏ tay ra đỏ trở lại.
  + Đau: người bệnh đau nhức nhối, khó chịu nơi bị áp xe.
  + Xa hơn: người bệnh có nổi hạch ở gốc chi như bẹn, nách.

3.2. Giai đoạn mưng mủ

- Triệu chứng toàn thân:
  + Toàn thân sốt cao dao động.
  + Kém ăn.
  + Ít ngủ.
- Triệu chứng tại chỗ:
  + Các cơn đau giảm đi.
  + Vùng giữa chỗ đau sưng to hơn, mềm hơn, ấn lõm.
  + Có dấu hiệu 3 động.
  + Chọc dò ổ áp xe hút ra dịch mủ (dấu hiệu chẩn đoán chính xác nhất).

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng.
- Chọc dò có mủ.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u ác tính (không có dấu hiệu 3 động).
- Túi phồng động mạch (nằm trên đường đi của mạch máu, sờ thấy rung dưới tay, nghe có tiếng thổi thì tâm thu).

5. Điều trị

5.1. Tuyến y tế cơ sở: chỉ điều trị áp xe loại nhỏ và vừa.

- Giai đoạn xung huyết viêm:

+ Toàn thân: dùng kháng sinh liều cao như Penicilin, Streptomyxin...

+ Tại chỗ: đắp gạc tẩm cồn 70° hoặc chườm nóng.

- Giai đoạn mưng mủ:

+ Rạch tháo mủ dẫn lưu:

- Đường rạch theo trục chi.
- Xa các mạch máu và thần kinh.
- Đủ rộng tháo mủ.
- Áp xe vú: rạch theo đường nan hoa.

+ Toàn thân dùng kháng sinh.

5.2. Áp xe lớn

Mông, đùi: cần chuyển lên tuyến có phẫu thuật vì người bệnh phải tháo lượng mủ lớn sẽ sốc, vì vậy cần có phương tiện hồi sức thật tốt mới chích sạch.

6. Phòng bệnh

- Xử trí vết thương thật tốt tránh nhiễm khuẩn.
- Các ổ viêm nhiễm ngoài da cần phải điều trị triệt để.

7. Chăm sóc

7.1. Nhận định

7.1.1. Giai đoạn trước khi chích áp xe

- Toàn thân:

+ Sốt nóng + sốt rét?

+ Chán ăn, ít ngủ, người mệt mỏi.

- Tại chỗ:

+ Sưng, nóng, đỏ, đau?

+ Có hạch tại gốc chi?

+ Ổ áp xe có dấu hiệu 3 động không?

7.1.2. Giai đoạn áp xe sau khi được chích

- Toàn thân:

+ Còn sốt không?

+ Ăn, ngủ có trở lại bình thường không?

- Tại chỗ:

+ Lượng mủ chảy qua vết thương.

+ Ống dẫn lưu có tắc không?

+ Hạch ở gốc chi còn hay mất?

7.2. Lập kế hoạch

7.2.1. Lập kế hoạch trước khi chích áp xe

- Giảm sốt.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Giảm nguy cơ mất ngủ.
- Thực hiện y lệnh trước chích áp xe.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Giáo dục sức khoẻ.

7.2.2. Lập kế hoạch sau khi chích áp xe

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Chế độ vệ sinh.
- Thực hiện y lệnh sau khi chích áp xe.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Giáo dục sức khoẻ.

7.3. Thực hiện kế hoạch

7.3.1. Trước khi chích áp xe

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Vệ sinh thân thể sạch sẽ.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

  + Tiêm kháng sinh hàng ngày: Penicillin.

  + Truyền dịch nếu có chỉ định của bác sĩ.

  + Tại ổ áp xe: băng bằng một miếng gạc cồn, hàng ngày phải theo dõi sự phát triển của ổ mủ.

  + Cố định tạm thời chi có ổ áp xe (nếu có thể).

- Hạn chế di chuyển.
- Giáo dục sức khoẻ: khuyên người bệnh nên ăn đủ chất, nhiều sinh tố để nâng cao thể trạng, tuân thủ và hợp tác với các y lệnh của bác sĩ.

7.3.2. Sau khi chích áp xe

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Giải thích để người bệnh an tâm.
- Giữ vệ sinh thân thể và vùng chích áp xe.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

  + Tiêm kháng sinh hàng ngày: Penicillin.

+ Truyền dịch nếu có chỉ định.

+ Thay băng ổ áp xe hàng ngày: lượng gạc đắp lên phải đủ thấm mủ trong 24 giờ.

+ Theo dõi ống dẫn lưu (nếu ống dẫn lưu tắc phải báo bác sĩ) rút ống dẫn lưu nếu có chỉ định.

- Người bệnh hạn chế di chuyển trong thời gian sau chích áp xe.
- Giáo dục sức khoẻ:

+ Vệ sinh thân thể sạch sẽ.

+ Nếu có bệnh ngứa ngoài da phải điều trị triệt để.

+ Ăn uống điều độ, đủ chất, nhiều sinh tố.

7.4. Đánh giá

7.4.1. Áp xe trước khi chích

- Áp xe không tự vỡ.
- Không có biến chứng.

7.4.2. Áp xe sau khi chích

- Áp xe nhanh khỏi (thường sau chích 7 ngày).
- Không có biến chứng.

II. ÁP XE LẠNH

1. Đại cương: Áp xe lạnh là một túi mủ và tổ chức bã đậu ở bất cứ tổ chức nào của cơ thể không có phản ứng viêm rõ rệt mà chỉ sưng, không nóng, không đỏ, ít đau.

2. Nguyên nhân

- Chính là do trực khuẩn lao (vi khuẩn Koch).
- Ngoài ra: do nấm, trực khuẩn Coli không đủ để sinh ra áp xe nóng.

3. Cơ thể bệnh học

3.1. Thành áp xe

- Cấu tạo bởi sợi huyết, bạch cầu và xác các tế bào.
- Có nhiều củ lao: là tiền đồn cho ổ áp xe phát triển.

3.2. Mủ: bao gồm:

- Xác bạch cầu, albumin, rất nhiều vi khuẩn lao.

- Mủ đặc lổn nhổn như bã đậu.

4. Triệu chứng lâm sàng

- Thời kỳ đầu: áp xe lạnh chỉ là một khối u rắn có giới hạn rõ, không nóng, không đỏ, ít đau, di động bởi tổ chức bên dưới.

- Thời kỳ sau: khối này tiếp tục to ra, ở giữa mềm dần thành mủ, xuất hiện dấu hiệu 3 động.

5. Tiến triển

Áp xe tự vỡ để lại ổ rò kinh niên.

6. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng.
- Chọc dò lấy mủ, xét nghiệm tìm vi khuẩn.

7. Điều trị

- Tuyến y tế cơ sở: không nên để áp xe tự vỡ.

+ Nếu áp xe vừa phải: chọc hút mủ ổ áp xe sau đó bơm vào ổ áp xe Streptomyxin.

+ Nếu ổ áp xe to hoặc nhỏ quả (củ lao): nên phẫu thuật chích tháo mủ, nạo thành ổ áp xe, sau đó cho Streptomyxin vào ổ áp xe và khâu kín vết chích lại.

+ Toàn thân: điều trị như bệnh lao.

- Nâng cao thể trạng.
- Phối hợp kháng sinh: Rifamycin + Steptomyxin.

8. Phòng bệnh

- Nâng cao thể trạng bằng ăn uống.
- Phòng ngừa bệnh lao phát triển.

9. Chăm sóc

9.1. Nhận định

9.1.1. Trước khi chích áp xe

- Toàn thân:

+ Có sốt về chiều không?

+ Người bệnh chán ăn, ít ngủ?

- Tại chỗ:
  + Tại ổ áp xe có sưng không?
  + Tại ổ áp xe có dấu hiệu 3 động không?
  + Tại ổ áp xe có tự vỡ không?

9.1.2. Sau khi chích áp xe

- Toàn thân:
  + Còn sốt về chiều không?
  + Người bệnh ăn uống trở lại bình thường chưa?
- Tại chỗ:
  + Số lượng mủ, dịch, da ngoài vết thương có nhiều không?

9.2. Lập kế hoạch

9.2.1. Trước khi chích áp xe

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Giảm mất ngủ.
- Giảm chán ăn.
- Thực hiện y lệnh trước khi chích áp xe.
- Giáo dục sức khỏe.

9.2.2. Lập kế hoạch sau chích áp xe

- Thực hiện y lệnh sau khi chích áp xe.
- Chế độ vệ sinh.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Giáo dục sức khỏe.

9.3. Thực hiện kế hoạch

9.3.1. Trước khi chích áp xe

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Vệ sinh thân thể và nơi có áp xe lạnh sạch sẽ.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:
  + Tiêm kháng sinh: Streptomyxin + INH.
  + Truyền dịch nếu có chỉ định.
  + Tại ổ áp xe băng gạc cồn.
- Người bệnh đi lại nhẹ nhàng.
- Giáo dục sức khoẻ: động viên người bệnh ăn đủ chất và nhiều vitamin để nâng cao thể trạng, kiểm tra các cơ quan khác như phổi, thận... xem có bị bệnh lao không?

9.3.2. Sau khi chích áp xe

- Đo dấu hiệu sinh tồn.

- Vệ sinh thân thể sạch sẽ.
- Thực hiện ý lệnh của bác sĩ:
  + Tiêm kháng sinh Streptomyxin + INH hàng ngày.
  + Truyền dịch nếu có chỉ định.
  + Thay băng vết thương ổ áp xe hàng ngày.
  + Nếu có điều kiện cố định các chi có ổ áp xe tạm thời.
- Người bệnh hạn chế di chuyển.
- Giáo dục sức khoẻ: không nên để ổ áp xe tự vỡ phải phát hiện sớm để chích áp xe chủ động tránh được hiện tượng rò vết thương sau này.

9.4. Đánh giá

9.4.1. Trước khi chích áp xe

- Áp xe không tự vỡ.
- Không có biến chứng rò vết thương.
- Toàn thân người bệnh giảm sốt, ăn uống trở lại bình thường.

9.4.2. Sau khi chích áp xe

- Vết chích áp xe liền sẹo nhanh (thường sau 7 ngày).
- Không có di chứng rò vết thương.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Kể 4 triệu chứng tại chỗ của áp xe nóng ở giai đoạn xung huyết viêm:

   A: Sưng

   B: .....

   C: Đỏ

   D: .....

2. Nguyên tắc chung điều trị áp xe nóng:

   A: Giai đoạn xung huyết viêm

   + Tại chỗ: Chườm nóng, băng cồn, phong bế novocain

   + Toàn thân: Kháng sinh penicillin.....

   B: Giai đoạn có mủ:

   + ...

   + Toàn thân điều trị kháng sinh

3. Nguyên nhân của áp xe lạnh do.....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Phải bôi mỡ kháng sinh sau khi chích áp xe nóng để cầm máu.		
5	Điều trị áp xe lạnh: khi chích phải khâu kín ổ áp xe.		
6	Áp xe lạnh nếu nhỏ có thể dùng kim chọc dò hút mủ và tổ chức bã đậu.		
7	Khi rạch áp xe phải tránh đường đi của mạch máu và thần kinh.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 9 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Vị trí bị áp xe lạnh là:

A: Các khớp cột sống, khớp háng, gối

B: Vùng bụng, ngực

C: Các cơ lớn như cơ ngực, mông

D: Ở tất cả mọi nơi

E: Ở chân tay

9. Sau khi trích áp xe lạnh nên đổ vào ổ áp xe:

A: Penicillin

B: Cloroxit

C: Ampicilin

D: Gentamyxin

E: Streptomyxin

Bài 30
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÍN MÉ

Mục tiêu học tập

1. Nêu được định nghĩa, nguyên nhân và phòng bệnh chín mé.
2. Liệt kê được các dấu hiệu chín mé.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chín mé.

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa: Chín mé là tình trạng nhiễm khuẩn cấp diễn ở ngón tay, nếu không biết chẩn đoán và điều trị đúng có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm làm tổn thương nặng đến chức năng của bàn tay.

1.2. Nguyên nhân

- Vi khuẩn: tụ cầu, liên cầu.
- Đường xâm nhập:
  + Qua các vết thương xây xát hoặc xước ở ngón tay.
  + Do dầm, gai đâm vào đầu ngón tay.

2. Triệu chứng

Theo mức độ tổn thương người ta chia chín mé thành nhiều loại khác nhau

2.1. Chín mé nóng: viêm nhiễm trong lớp da và thường ở rìa móng tay.

- Chín mé đỏ ửng: cả ngón tay hay đốt ngón tay đỏ ửng và đau, sau vài ba ngày thì khỏi.
- Chín mé mụn phỏng: có mụn phỏng ở lớp biểu bì trong mụn có nước trong hoặc đục. Có thể nốt phỏng ở quanh móng hoặc dưới móng thì rất đau và dễ làm long móng.

2.2. Chín mé dưới da: da tay dày khó vỡ, vì vậy có xu hướng lan vào sâu.

- Loại này hay gặp ở đầu mu ngón tay.

- Toàn thân: sốt 38,5° - 39°C.
- Tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau.

Nếu không chích kịp thời vi khuẩn lan vào sâu đến xương và khớp các đốt ngón tay.

2.3. Viêm xương do chín mé

Thường từ chín mé nông lan vào xương.

- Viêm xương:
  + Sau khi chích, vết thương lâu ngày không khỏi.
  + Thăm dò thấy chạm xương.
  + Chụp Xquang thấy mảnh xương chết, xương mất chất vôi.
- Viêm khớp và xương:
  + Mới đầu khớp sưng to, mềm, hơi gấp, cử động rất đau, nếu có lỗ rò mỗi khi cử động mủ lại rỉ ra.
  + Toàn thân lúc đầu có sốt cao 39° - 40°C, sau ít bị ảnh hưởng.

2.4. Viêm tấy bao hoạt dịch

Thường là một tổn thương nặng lan xuống bàn tay ảnh hưởng đến chức năng bàn tay.

- Nguyên nhân có thể do vết thương trực tiếp hoặc do chín mé nông lan vào.
- Dấu hiệu toàn thân: người bệnh mệt mỏi, chán ăn, ít ngủ, sốt cao.
- Dấu hiệu tại chỗ: có 2 loại bao hoạt dịch:
  + Bao hoạt dịch ngón I và V viêm: càng cua.
  + Bao hoạt dịch ngón II, III, IV viêm: lên đinh.
  + Ngón tay sưng to, mu tay phù nề, cử động thì đau tăng lên.
  + Ấn vào túi cùng đồ bao hoạt dịch, người bệnh đau.
  + Nếu điều trị không đúng có thể mất ngón tay, cứng khớp hoặc tay co quắp.

2.5. Chín mé nhiễm khuẩn nặng: rất nguy hiểm vì vi khuẩn có độc tố hoặc cơ thể suy yếu, có thể lan rộng và nhiễm khuẩn huyết.

- Toàn thân: sốt cao 40° - 41°C, mê man, li bì, hốc hác, nôn mửa hay ỉa lỏng.
- Tại chỗ:
  + Bàn tay viêm tấy to, đau nhức, lan toả, hoại tử.
  + Nếu không điều trị kịp thời người bệnh thường chết vào ngày thứ 2 đến thứ 5.

3. Chăm sóc

3.1. Nhận định

3.1.1. Trước khi chích chín mé

- Tình trạng toàn thân.

- Tại chỗ:

+ Đầu ngón tay sưng đau?

+ Hạn chế vận động ngón tay bị chín mé.

+ Tại ngón tay chín mé có tự vỡ không (có biến chứng gì không: viêm xương, viêm bao hạt dịch...)?

3.1.2. Sau khi chích chín mé

- Tình trạng toàn thân: có đỡ sốt không?

- Tại chỗ:

+ Vết thương có chảy nhiều mủ không?

+ Có biến chứng viêm tấy bàn tay, viêm bao hạt dịch ....

3.2. Lập kế hoạch

3.2.1. Lập kế hoạch trước khi chích chín mé

- Giảm sốt.
- Giảm sưng nề.
- Giảm viêm.
- Thực hiện y lệnh trước khi chích chín mé.
- Giáo dục sức khoẻ.

3.2.2. Lập kế hoạch sau khi chích chín mé

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện y lệnh sau khi chích chín mé.
- Giáo dục sức khoẻ.

3.3. Thực hiện kế hoạch

3.3.1. Trước khi chích chín mé

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Vệ sinh bàn tay có chín mé thật tốt.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ:

+ Tiêm kháng sinh toàn thân.

+ Tại ngón tay chín mé băng cồn.

+ Cố định tạm thời ngón tay có chín mé bằng nẹp Iselin.

- Hạn chế cử động bàn tay có chín mé.
- Giáo dục sức khoẻ: người bệnh tuân thủ y lệnh của bác sĩ để phòng các biến chứng viêm bao hạt dịch, viêm tấy bàn tay.

3.3.2. Sau khi chích chín mé

- Đo dấu hiệu sinh tồn.
- Vệ sinh bàn tay có chín mé thật tốt.
- Thực hiện ý lệnh của bác sĩ.

+ Tiêm kháng sinh hàng ngày.

+ Thay băng vết thương chín mé hàng ngày: chú ý theo dõi lượng dịch thoát ra qua vết thương.

+ Tiếp tục cố định tạm thời ngón tay có chín mé bằng nẹp Iselin.

- Hạn chế cử động bàn tay có chín mé.
- Sau khi vết thương liền người bệnh cần phải tập để phục hồi chức năng bàn tay có chín mé.

3.4. Đánh giá

3.4.1. Trước khi chích chín mé

- Chín mé tạo mủ khu trú.
- Chín mé không có biến chứng.
- Người bệnh toàn thân đỡ đau đỡ sốt.

3.4.2. Sau khi chích chín mé

- Chín mé mau khỏi.
- Không có biến chứng.
- Không ảnh hưởng đến chức phận bàn tay.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Phân loại chín mé:

A: Chín mé nông

B: Chín mé dưới da

C: .....

D: Viêm tấy bao hoạt dịch

E: Chín mé nhiễm khuẩn nặng

2. Kể 3 việc phòng chín mé:

A: Giữ gìn 2 bàn tay sạch

B: Khi có vết thương phải rửa sạch sát trùng

C: .....

3. Nguyên tắc chung điều trị chín mé:

A: Điều trị sớm, không chích rạch sớm

B: Phải giảm đau tốt

C: Đường rạch đủ rộng để dẫn lưu, không rạch ngang

D: Dẫn lưu tốt

E: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Chín mé nông là mụn phỏng nước lớp biểu bì.		
5	Bàn tay càng cua là triệu chứng chín mé bao hoạt dịch.		
6	Điều trị chín mé dưới móng phải mở hình tam giác hay chữ nhật ở góc móng để tháo mủ.		
7	Nguyên nhân gây chín mé thường do tụ cầu, liên cầu.		

Bài 31
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày lợi ích, chỉ định của việc mở khí quản.
2. Kể tên các biến chứng sau phẫu thuật khí quản.
3. Trình bày được nguyên tắc chính chăm sóc người bệnh mở khí quản.
4. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh mở khí quản.

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa: Mở khí quản là một thủ thuật nhằm tạo ra một đường thở từ khí quản ra da để giúp người bệnh thở dễ dàng và hữu hiệu hơn trong mọi trường hợp khó thở.

1.2. Lợi ích

- Giúp người bệnh thở dễ dàng và hiệu quả hơn.
- Thuận lợi cho lấy dị vật và hút sạch đờm dãi.
- Người bệnh không tự thở được, mở khí quản giúp cho việc sử dụng máy thở dễ dàng.

1.3. Chỉ định

- Mở khí quản khẩn cấp khi có tắc nghẽn đường hô hấp trên:
  + Bệnh bạch hầu nặng.
  + Chấn thương nặng ở hàm, lưỡi, mặt, mũi.
  + Ngoại vật rơi vào khí quản.
  + U thanh quản.
- Nguyên nhân có ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương:
  + Hôn mê sâu do ngộ độc thuốc.
  + Chấn thương sọ não nặng, viêm màng não nặng.

- Những bệnh thuộc về hệ cơ:
  + Liệt cơ hô hấp.
  + Uốn ván nặng.
- Các nguyên nhân khác đưa đến khó thở:
  + Khó thở thanh quản.
  + Chấn thương ngực nặng.
  + Bỏng đầu, mặt.
  + Viêm phổi lan rộng.
  + Suy hô hấp.

1.4. Nguyên tắc chăm sóc khi mở khí quản

- Giữ thông đường thở.
- Chăm sóc nơi mở khí quản.
- Cho người bệnh thở oxy ẩm và không khí ẩm.

1.5. Biến chứng

- Tắc nghẽn canuyl.
- Tụt ống những giờ đầu và những ngày đầu.
- Nhiễm trùng hô hấp, xẹp phổi.
- Nhiễm trùng quanh chân nơi mở khí quản.
- Tràn khí dưới da.
- Rò khí quản thực quản.

2. Chăm sóc người bệnh mở khí quản

2.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Tình trạng hô hấp:
  + Người bệnh có thở được oxy không?
  + Có nhiều đờm dãi không?
- Gạc che chân mở khí quản bẩn nhiều hay ít?
- Tình trạng người bệnh có dễ bị kích thích hay không?
- Dây buộc canuyl bẩn hay sạch?

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ vô trùng:
  + Khay trải khăn vô trùng.
  + Hai panh, một kéo, bông, gạc.
  + Que bông + nòng trong canuyl Krishaberg cùng số.
  + Ống tiêm.

+ Dung dịch Natriclorua 9$^{o}/_{oo}$ nếu đờm đặc.

+ Dung dịch cồn iod.

+ Hai ống hút ngâm trong dung dịch sát khuẩn.

+ Một ống thở oxy.

- Dụng cụ sạch:

+ Khay quả đậu.

+ Panh sạch.

+ Kéo, băng dính, dây buộc.

- Chuẩn bị máy hút và oxy.

2.3. Kỹ thuật

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh, báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm nếu người bệnh tỉnh.

- Cho người bệnh nằm tư thế thuận tiện cho việc thay băng.

- Ngừng thở oxy, đặt ống oxy lên gạc.

- Hút đờm dãi ở nơi mở khí quản và mũi miệng.

- Vặn chốt lấy ống ngâm ra trong khay quả đậu đựng oxy già rửa và hấp lại.

- Hút lại đờm dãi ống ngoài.

- Dùng que bông hút dung dịch Natriclorua 9$^{o}/_{oo}$, rửa sạch nòng trong.

- Rửa mặt trên ống và sát trùng lại bằng cồn iod.

- Đặt ống trong vào - đặt nhẹ nhàng, tránh gây kích thích cho người bệnh.

- Rửa nơi mở khí quản với cồn iod.

- Cắt gạc và che vết phẫu thuật dưới miệng ống.

- Đắp lên miệng ống một miếng gạc thấm nước muối sinh lý và giữ bằng một miếng băng.

- Giúp cho người bệnh nằm tư thế thuận lợi.

2.4. Dọn dẹp và nghi hồ sơ

- Mang tất cả dụng cụ về phòng.

- Rửa ống trong gửi hấp, nếu ngâm với dung dịch sát trùng khi đặt cho người bệnh phải rửa lại bằng dung dịch Natriclorua 9$^{o}/_{oo}$.

- Rửa sạch lại dụng cụ lau khô gửi hấp.

- Ghi hồ sơ: tình trạng đờm, tình trạng hô hấp, tình trạng vết phẫu thuật khí quản.

2.5. Những điểm cần lưu ý

- Khi chăm sóc cần nhẹ nhàng tránh kích thích.

- Khi chăm sóc cần đứng phía trên ngang đầu người bệnh.

- Không hút đờm dãi quá lâu.

- Không lấy ống trong ra quá lâu.

- Trong một vài ngày đầu nếu tụt ống, điều dưỡng dùng panh làm rộng nơi mở khí quản và mời bác sĩ để thay ống khác.

2.6. Xử trí biến chứng sau mở khí quản

- Tắc ngẽn đờm dãi: hút đờm dãi thường xuyên.

- Nhiễm trùng phổi - viêm phổi: vỗ lưng - hút đờm.

- Người bệnh dễ khô phổi - xẹp phổi: cần cho người bệnh thở oxy ẩm hay gạc che nơi miệng ống luôn luôn được thấm ướt dung dịch Natriclorua 9‰.

- Dễ nhiễm trùng nơi chân ống: cần thay băng mỗi khi thấm đờm dãi.

- Tụt ống trong 1-2 ngày đầu: dùng panh banh rộng nơi mở khí quản và cho người báo bác sĩ đặt lại.

- Chảy máu khi hút đờm dãi: cần hút nhẹ nhàng, cẩn thận khi lấy ống trong và thay ống - tránh đè mạnh ống ngoài.

- Tràn khí dưới da: mở bớt mối chỉ nơi mở khí quản.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Mở khí quản là một thủ thuật trong hồi sức ....(A).... nhằm tạo một đường thở .....(B)..... giúp người bệnh dễ thở hơn.

A: .....

B: .....

2. Lợi ích của người bệnh mở khí quản:

A: .....

B: Thuận lợi cho việc hút đờm dãi.

C: Thuận tiện cho việc thở máy.

3. Chỉ định của mở khí quản:

A: .....

B: .....

C: Những bệnh thuộc về hệ cơ

D: Các nguyên nhân khác dẫn đến khó thở.

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 - 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Sau phẫu thuật khí quản phải lấy gạc che nơi chân mở khí quản.		
5	Thường xuyên phải thay, rửa canuyl Krishaberg		
6	Không hút đờm dãi quá lâu.		
7	Không nên đắp gạc có tẩm nước muối sinh lý vào miệng ống mở khí quản.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Chỉ định mở khí quản khẩn cấp khi có tắc nghẽn đường hô hấp trên:
   - A: Bệnh bạch hầu nặng
   - B: Chấn thương nặng ở hàm, mặt
   - C: Ngoại vật rơi vào khí quản.
   - D: U thanh quản.
   - E: Cả A+B+C+D.
9. Biến chứng của mở phế quản:
   - A: Tắc nghẽn canuyl
   - B: Tụt ống.
   - C: Nhiễm trùng đường hô hấp, chân nơi mở phế quản, tràn khí dưới da, xẹp phổi.
   - D: Rò khí quản thực quản
   - E: Cả A+B+C+D.
10. Nhận định của tình trạng người bệnh mở khí quản:
    - A. Hô hấp
    - B. Gạc che
    - C. Tình trạng người bệnh
    - D. Day buộc canuyl.
    - E. Cả A+B+C+D.

Bài 32
BẢO QUẢN DỤNG CỤ PHÒNG PHẪU THUẬT

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được các dụng cụ trong phòng phẫu thuật.
2. Trình bày được các phương pháp bảo quản dụng cụ phòng phẫu thuật.

1. Mở đầu

1.1. Phân loại các dụng cụ trong phòng phẫu thuật

- Dụng cụ kim loại: dao phẫu thuật, kẹp cầm máu...
- Dụng cụ bằng vải: áo phẫu thuật , vải che phẫu thuật, các loại gạc.
- Dụng cụ bằng thủy tinh: lọ đựng chỉ, bầu truyền máu, cốc đựng huyết thanh.
- Dụng cụ bằng cao su: găng phẫu thuật các loại ống dẫn lưu...

1.2. Mục đích

- Đảm bảo vô khuẩn.
- Kéo dài tuổi thọ của dụng cụ.

1.3. Bảo quản dụng cụ phòng phẫu thuật: là một trong nhiệm vụ chính của điều dưỡng công tác phòng phẫu thuật.

2. Nội dung công tác bảo quản

2.1. Dụng cụ kim loại

- Gồm có:
  + Dao phẫu thuật.
  + Kéo phẫu thuật.
  + Kẹp phẫu thuật.
  + Kẹp cầm máu.
  + Kẹp răng chuột.

+ Kẹp giữ mép vải phẫu thuật.

+ Kim.

+ Các loại panh rộng vết phẫu thuật.

- Khử khuẩn sau phẫu thuật:

+ Sau phẫu thuật sạch:

- Rửa dụng cụ kim loại bằng nước xà phòng.
- Xếp vào luộc sôi 100°C trong 30 phút.
- Lau khô bằng khăn sạch, lau lại bằng khăn có thấm dầu hỏa để chống gỉ.
- Xếp thành từng hộp cho từng loại phẫu thuật.
- Đặt các hộp này vào lô hấp khô.

+ Sau phẫu thuật bẩn: Ngay sau khi phẫu thuật các dụng cụ kim loại này phải được ngâm vào dung dịch focmandehyt 1% trong 30 phút.

Sau khi ngâm làm tiếp các bước như đã nói phần trên. Dụng cụ phẫu thuật viêm gan siêu vi trùng thì lúc luộc phải cho thêm focmandehyt 4%.

- Các dụng cụ kim loại chưa dùng tới:

+ Lau chùi, bôi mỡ để chống gỉ.

+ Cất vào kho dự trữ.

+ Định kỳ lau chùi bảo quản lại.

2.2. Đồ vải

- Gồm có:

+ Áo phẫu thuật.

+ Gạc phẫu thuật.

- Gạc to gấp theo quy định thành từng miếng.
- Gạc con: Gói thành gói 10 chiếc.
- Gạc dài: Gấp theo quy định thành từng chiếc.

- Các loại vải che phẫu thuật: Được gấp theo quy định sao cho 4 mép về một phía.

- Hộp hấp các loại đồ vải:

Phải có lỗ thông hơi, các lỗ này thường bố trí ở thành xung quanh. Để đảm bảo sự phân phối nhiệt đều trong các hộp thì các đồ vải gạc... xếp không lỏng quá, không chặt quá.

- Nồi hấp ẩm:

+ Vận hành:

- Mở nắp đặt đồ vải định hấp vào trong nồi hấp.
- Đổ nước cất qua vòi tới mức quy định của vòi.
- Đậy nắp và vặn các ống vít giữ nắp, kiểm tra van an toàn.
- Đun sôi bằng điện hoặc bếp dầu.

Khi đồng hồ áp lực chỉ 1kg thì mở van trong vài giây để đẩy không khí trong nồi hấp ra và lúc này mới tiệt trùng chính thức. Duy trì nhiệt độ này trong 30 phút.

- Tiệt khuẩn đồ vải:

+ Áo phẫu thuật và vải che mép vết phẫu thuật: giặt sạch, gấp theo quy định, xếp vào hộp, tiến hành hấp. Khi gửi đi hấp ở các trung tâm tiệt khuẩn nhất thiết phải bỏ vào mỗi hộp một gói bột nhỏ lưu huỳnh để kiểm tra. Khi mở hộp không còn bột lưu huỳnh có nghĩa là hấp đúng 120°.

+ Các loại gạc: gấp các loại theo quy định, không nên dùng lại. Tiến hành tiệt khuẩn như áo phẫu thuật.

- Bảo quản:

+ Các hộp vải hoặc gạc sau khi tiệt khuẩn song phải được đậy kín các lỗ và để đúng nơi quy định.

+ Sau khi mở các nắp hộp hấp nhất thiết phải kiểm tra các gói bột lưu huỳnh. Chỉ dùng khi bột lưu huỳnh không còn.

+ Các hộp hấp ẩm trung bình dự trữ trong 3 - 5 ngày. Quá thời gian này bắt buộc phải hấp lại.

2.3. Dụng cụ thủy tinh

- Gồm có:

+ Các loại bơm thủy tinh.

+ Lọ đựng chỉ, bầu truyền máu.

- Tiệt khuẩn: sau khi rửa sạch, gói lại, đặt trong các hộp hấp ẩm trong 45 phút.

+ Ngoài hấp ẩm:

- Luộc bằng nước đun sôi.
- Ngâm focmandehyt 4% trong 3 giờ, nhưng sau đó phải rửa lại bằng nước cất hoặc nước muối sinh lý trong 3 giờ.

2.4. Các dụng cụ bằng cao su

- Găng cao su phẫu thuật:

+ Các loại ống dẫn lưu hoặc các loại sonde bằng cao su.

- Khử khuẩn:

+ Gặng: sau phẫu thuật rửa sạch, phơi khô, xoa bột tale thật mỏng, xếp từng đôi theo quy định gói lại, xếp găng vào hộp gửi đi hấp ẩm.

+ Các ống dẫn lưu hoặc các sonde: rửa sạch, lau khô, xếp vào hộp gửi hấp 120°C trong 30 phút.

3. Kết luận

- Trong công tác bảo quản dụng cụ trong phòng phẫu thuật thì bảo quản các dụng cụ kim loại là quan trọng nhất vì đấy là các dụng cụ đắt tiền dễ hỏng.

- Tất cả các dụng cụ vật liệu phải vô khuẩn khi tiến hành phẫu thuật, có như vậy mới hạ thấp được tỷ lệ nhiễm trùng, đảm bảo kết quả phẫu thuật và không kéo dài ngày điều trị.

Tự lượng giá

*** Trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi từ 1 đến 3 bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:**

1. Phân loại các dụng cụ trong phòng phẫu thuật:

A: Dụng cụ kim loại

B: Dụng cụ bằng vải

C: .....

D: .....

2. Bảo quản dụng cụ nhằm:

A: Đảm bảo vô khuẩn.

B: .....

3. Dụng cụ kim loại thường phân theo hai loại phẫu thuật :

A: Sau phẫu thuật sạch.

B: .....

*** Phân biệt đúng/sai các câu từ 4 đến 7 bằng cách đánh dấu (x) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai:**

TT	Nội dung	A	B
4	Hộp hấp đồ vải phải có lỗ thông hơi.		
5	Đồ kim loại trước khi hấp phải được rửa sạch và ngâm vào nước sát khuẩn.		
6	Dụng cụ kim loại trước khi đem hấp phải lau khô đóng hộp.		
7	Gạc hấp phải gói thành từng gói không để mép lộ ra ngoài.		

*** Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời được chọn:**

8. Dụng cụ kim loại chưa dùng tới:

A: Lau chùi

B: Bôi mỡ để chống gỉ

C: Cất vào kho dự trữ.

D: Định kỳ bảo quản lại.

E: Cả A+B+C+D

9. Cách khử khuẩn dụng cụ bằng cao su:

A: Hấp ẩm ở 120°C

B: Tia gamma

C: Hơi Ethil

D: Cả A+B+C+D.

10. Kiểm tra hộp hấp trước khi dùng các đồ vải tiệt khuẩn:

A: Hộp còn nguyên dấu buộc

B: Hộp đã mở lỗ

C: Hộp đã để ở khay sau tiệt khuẩn

D: Đồ vải khô và thơm

E: Gói bột lưu huỳnh đã chảy

ĐÁP ÁN

Bài 1: **Phòng phẫu thuật và những vấn đề liên quan đến người điều dưỡng**

1D. Nhiệt độ và độ ẩm thích hợp

2C. Đầu bàn phẫu thuật có một khung để trải vải

3A. Cần 3B. Kích

4A 5A 6A 7A 8B 9E 10D

Bài 3 : **Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật**

1B. Giãn dạ dày cấp

1C. Liệt ruột

1D. Các biến chứng về phổi

2A. Nhiễm khuẩn vết phẫu thuật

2B. Bọc máu ở vết phẫu thuật

3A. Viêm tĩnh mạch

3C. Rối loạn quá trình tạo sẹo

4A 5A 6B 7A 8A 9C 10C

Bài 4: **Chăm sóc người bệnh tắc ruột**

1A. Cơ học 1B. Cơ năng

2A. Lồng ruột cấp ở trẻ em 2B. Xoắn ruột

2C. Thoát vị bẹn thắt

3A 4B 5B 6A 7E 8E 9C

Bài 5: **Chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp**

1A. Đau âm ỉ ở hố chậu phải

2A. Viêm phúc mạc

3D. Áp xe ổ đọng dịch

4B 5A 6A 7A 8C 9B 10B

Bài 6: **Chăm sóc người bệnh thủng dạ dày cấp**

1C. Co cứng thành bụng

2B. Nhiễm trùng, nhiễm độc

3D. Đặt sonde mũi - dạ dày

4A 5B 6A 7A 8B 9.1B 9.2F 10C

Bài 7: **Chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc**

1A. Đau

2B. Cảm ứng

3A. Dịch có chảy không? 3B. Màu sắc, mùi của dịch

4B 5B 6B 7A 8C 9C 10.1C 10.2C

Bài 8: **Chăm sóc người bệnh sỏi mật**

1B. Do giun và chứng giun

2A. Đau 2B. Sốt 2C. Vàng da

3D. Xoắn trùng vàng da

4B 5A 6B 7B 8A 9C 10B

Bài 9: **Chăm sóc người bệnh viêm tuỵ cấp**

1B1. Ống dẫn 1B2. Thần kinh vận mạch

2C. Nhịn ăn truyền dịch

3B. Hút sonde dạ dày

4A 5B 6A 7A 8D 9A 10B

Bài 10: **chăm sóc người bệnh bỏng**

1C. Hóa chất 1D. Bức xạ

2A. Giai đoạn sốc 2D. Giai đoạn suy kiệt

3. Toàn thân

4A 5A 6A 7B 8C 9C 10A

Bài 11: **Chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn**

1D. Phục hồi nhu động ruột sau phẫu thuật

2A. Do thuốc mê hết tác dụng 2B. Do nhu động ruột hoạt động

2C. Do nhiễm trùng vết phẫu thuật

3. Nguy hiểm

4A 5A 6B 7A 8B 9D 10E

Bài 12: **Chăm sóc người bệnh trĩ, rò cạnh hậu môn**

1B. 7 giờ

2C. Búi trĩ thường xuyên nằm ngoài hậu môn

3E. Kiểm tra các xét nghiệm

4A 5A 6B 7B 8E 9C 10A

Bài 13: **Chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu**

1A. Máu đọng. 1B. Ra ngoài

2A. 3 ngày

3. Dẫn lưu

4B 5A 6A 7B 8E 9E 10E

Bài 14: **Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo**

1A. Chảy máu 1B. Tụt hậu môn nhân tạo vào bên trong 2B. Tạm thời

3A. Đại tràng 3B. Tháo phân

4A 5A 6A 7B 8B 9B 10E

Bài 15: **Chăm sóc người bệnh chấn thương phổi, màng phổi**

1A. Dẫn lưu hết dịch và khí 1B. Hệ thống kín

2B. Tràn khí màng phổi 2C. Sau phẫu thuật lồng ngực

3A. Hô hấp 3C. Bình chứa

4B 5A 6A 7B 8C 9C 10B

Bài 16: **Chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu màng phổi**

1A. Dẫn lưu dịch và khí màng phổi.

2C. Phẫu thuật lồng ngực.

3A. Dẫn lưu khí

3B. Dẫn lưu dịch

4A 5A 6B 7A 8E 9E 10E

Bài 17: **Chăm sóc người bệnh sỏi đường tiết niệu**

1A. Chuẩn bị tâm lý người bệnh

2B. Ống dẫn lưu niệu đạo

3C. Rửa miệng sáo hàng ngày

3D. Sonde foley phải được cố định thêm phía ngoài

4B 5B 6A 7A 8B 9A 10C

Bài 18: **Chăm sóc người bệnh chấn thương thận, bàng quang**

1A. Chấn thương trực tiếp 1B. Chấn thương gián tiếp

2A. Nhu mô rạn nứt không thông với bể thận

3A. Giập thận phải thường kèm theo vỡ gan

4A 5A 6B 7A 8D 9D 10B

***Bài 19:* Chăm sóc người bệnh chấn thương niệu đạo**

1A. Tổng trạng

1C. Cân nặng trước phẫu thuật

2A. Ống dẫn lưu bể thận

2F. Một số loại dẫn lưu khác

3C. Tổng trạng người bệnh khá tốt

3D. Kẹp ống sonde trong 2 giờ nếu không đau không tức.

4A 5B 6B 7A 8A 9E 10A

***Bài 20:* Chăm sóc người bệnh u xơ tiền liệt tuyến**

1A. Giai đoạn đầu 1B. Giai đoạn biến chứng

2A. Vỡ bàng quang

3C. Phẫu thuật nội soi

4A 5B 6A 7B 8B 9B 10B

***Bài 21:* Chăm sóc người bệnh bong gân**

1A. Giai đoạn sưng nề 1B. Giai đoạn phục hồi 1C. Giai đoạn tạo hình

2A. Băng ép vùng bong gân bằng băng chun 48 giờ

2B. Chườm lạnh ngoài băng chun 4 giờ đầu

3A. Biết hạn chế cử động

4A 5B 6B 7A 8B 9B 10D

***Bài 22:* Chăm sóc người bệnh sai khớp**

1B. Động tác sai tư thế

2C. Theo mức độ tái phát

3C. Bất động và tập vận động

4B 5A 6B 7A 8C 9E 10H

***Bài 23:* Chăm sóc người bệnh gãy xương**

1. Tổ chức da xung quanh không bị tổn thương

2. Da nơi gãy

3A. Tình trạng gãy xương (loại gãy)

3C. Có sốc hay không

4A 5A 6A 7A 8E 9E 10E

***Bài 24:* Chăm sóc người bệnh bó bột**

1B. Phòng ngừa biến dạng

1C. Sửa chữa biến dạng

2A. Bột chặt hoại tử chi

3A. Lưu thông máu bị hư hại

3B. Tổn thương thần kinh

4A 5B 6A 7A 8C 9D 10A

***Bài 25:* Chăm sóc người bệnh kéo tạ**

1C. Giúp khớp không biến dạng

2B. Táo bón, bụng trướng

2G. Nhiễm trùng vết thương

3B. Hướng dẫn tư thế bất động cần thiết

4A 5A 6A 7A 8E 9E 10E

***Bài 26:* Chăm sóc người bệnh phẫu thuật xương**

1C. Các gãy xương dễ tạo khớp giả

2A. Sửa nắn di lệch tốt

2C. Tập luyện sớm

3C. Tình trạng bột nơi phẫu thuật

4A 5A 6A 7A 8E 9B 10D

***Bài 27:* Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não**

1A. Máu tụ ngoài màng cứng

2A. Chấn động não

2C. Máu tụ trong hộp sọ

4A 5B 6A 7A 8.1D 8.2C 9B 10D

***Bài 28:* Chăm sóc người bệnh đinh nhọt**

1C. Bệnh toàn thân

2C. Giai đoạn nhọt vỡ

3D. Nguy hiểm đến tính mạng

4A 5A 6B 7A

***Bài 29:* Chăm sóc người bệnh áp xe nóng - áp xe lạnh**

1B. Nóng 1D. Đau

2B. Chích rạch

3. Trực khuẩn lao

4B 5A 6A 7A 8A 9E

***Bài 30:* Chăm sóc người bệnh chín mé**

1C. Chín mé viêm xương

2C. Ngâm tay nước nóng và dùng kháng sinh

3E. Sau chích rạch bất động, dùng kháng sinh

4A 5A 6A 7A

***Bài 31:* Chăm sóc người bệnh mở khí quản**

1A. Cấp cứu

1B. Từ khí quản ra da

2A. Mở khí quản làm giảm bớt khoảng chết không khí thở.

3A. Mở khí quản khẩn cấp khi có tắc nghẽn đường hô hấp trên

3B. Nguyên nhân có ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương

4A 5A 6A 7B 8E 9E 10E

***Bài 32 :* Bảo quản dụng cụ phòng phẫu thuật**

1A. Dụng cụ thuỷ tinh

1B. Dụng cụ bằng cao su

2B. Kéo dài tuổi thọ của dụng cụ

3B. Sau phẫu thuật bẩn

4A 5A 6A 7A 8E 9D 10E

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ***Điều dưỡng Nội - Ngoại khoa***, (xuất bản lần thứ 6), tập 1,2,3 - Người dịch: Bác sĩ Đặng Xuân Lạng. Nhà xuất bản Y học, năm 1996
2. ***Bệnh học và chăm sóc ngoại khoa***, Chủ biên: GS. Vương Hùng. Nhà xuất bản Y học, năm 1995
3. ***Ngoại khoa - sản phụ khoa***, Nhà xuất bản Y học, năm 1977
4. ***Bệnh học ngoại khoa***, Chủ biên: GS. Nguyễn Trinh Cơ. Nhà xuất bản Y học, năm 1976

MỤC LỤC

Lời giới thiệu 3
Lời nói đầu 5
Điều dưỡng ngoại khoa 7
Bài 1: Phòng phẫu thuật và các vấn đề liên quan đến người điều dưỡng 11
Bài 2: Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật 19
Bài 3: Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật 23
Bài 4: Chăm sóc người bệnh tắc ruột 31
Bài 5: Chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp 38
Bài 6: Chăm sóc người bệnh thủng dạ dày cấp 45
Bài 7: Chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc 52
Bài 8: Chăm sóc người bệnh sỏi mật 59
Bài 9: Chăm sóc người bệnh viêm tụy cấp 66
Bài 10: Chăm sóc người bệnh bỏng 72
Bài 11: Chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn 80
Bài 12: Chăm sóc người bệnh trĩ, rò cạnh hậu môn 86
Bài 13: Chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu 92
Bài 14: Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo 96
Bài 15: Chăm sóc người bệnh chấn thương phổi, màng phổi 101
Bài 16: Chăm sóc người bệnh có ống dẫn lưu màng phổi 108
Bài 17: Chăm sóc người bệnh sỏi đường tiết niệu 113
Bài 18: Chăm sóc người bệnh chấn thương thận, bàng quang 120
Bài 19: Chăm sóc người bệnh chấn thương niệu đạo 126
Bài 20: Chăm sóc người bệnh u xơ tiền liệt tuyến 132
Bài 21: Chăm sóc người bệnh bong gân 138
Bài 22: Chăm sóc người bệnh sai khớp 142
Bài 23: Chăm sóc người bệnh gãy xương 147
Bài 24: Chăm sóc người bệnh bó bột 152
Bài 25: Chăm sóc người bệnh kéo tạ 157

Bài 26: Chăm sóc người bệnh phẫu thuật xương 164
Bài 27: Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não 169
Bài 28: Chăm sóc người bệnh đinh nhọt 175
Bài 29: Chăm sóc người bệnh áp xe nóng - áp xe lạnh 179
Bài 30: Chăm sóc người bệnh chín mé 188
Bài 31: Chăm sóc người bệnh mở khí quản 193
Bài 32: Bảo quản dụng cụ phòng phẫu thuật 198
Đáp án 203
Tài liệu tham khảo 209

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI
4 - TỐNG DUY TÂN, QUẬN HOÀN KIẾM, HÀ NỘI
Điện thoại: (04)8.257063; 8.252916. Fax: (04)8.257063

GIÁO TRÌNH

ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI - 2005

Chịu trách nhiệm xuất bản:
NGUYỄN KHẮC OÁNH
Biên tập:
TRƯƠNG ĐỨC HÙNG
Bìa:
PHAN ANH TÚ
Trình bày, kỹ thuật vi tính:
HOÀNG LAN HƯƠNG
Sửa bản in:
ĐÀM LY

In 1.860 cuốn, khổ 17x24cm, tại Nhà in Hà Nội. Giấy phép xuất bản số: 91GT/407-CXB.
In xong và nộp lưu chiểu tháng 5 năm 2005.

BỘ GIÁO TRÌNH XUẤT BẢN NĂM 2005
KHỐI TRƯỜNG TRUNG HỌC Y TẾ

1. GIẢI PHẪU SINH LÝ
2. VI SINH - KÝ SINH Y HỌC
3. DƯỢC LÝ
4. DINH DƯỠNG
5. KỸ NĂNG GIAO TIẾP - GIÁO DỤC SỨC KHỎE
6. ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN
7. KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG
8. ĐIỀU DƯỠNG NỘI KHOA
9. ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA
10. ĐIỀU DƯỠNG NHI KHOA
11. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM
12. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - VẬT LÝ TRỊ LIỆU
13. ĐIỀU DƯỠNG CỘNG ĐỒNG
14. VỆ SINH PHÒNG BỆNH
15. ĐIỀU DƯỠNG BỆNH CHUYÊN KHOA
16. Y HỌC CỔ TRUYỀN
17. CẤP CỨU BAN ĐẦU

$509 136
10152950

8 935075 902985
Giá: 27.500 đ