

TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y DƯỢC HỒNG ĐỨC



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE
NGOẠI KHOA
NGÀNH: Y SĨ ĐA KHOA
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2023

(Lưu hành nội bộ)

Bài 1

PHÒNG MỔ VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được khái niệm tiệt khuẩn, vô khuẩn và yêu cầu của phòng mổ.*
2. *Nêu được nguyên tắc vô khuẩn ngoại khoa, nguyên tắc về sức khỏe, quần áo của nhân viên y tế trong phòng mổ và cách bảo đảm vô khuẩn phòng mổ.*
3. *Trình bày được chức năng, nhiệm vụ của điều dưỡng phòng mổ.*

1. PHÒNG MỔ

1.1 Mở đầu

Phòng mổ là phương tiện chính của quá trình điều trị ngoại khoa, người điều dưỡng khi tiếp xúc với phòng mổ cần biết cấu trúc phòng mổ. Tổ chức và xây dựng phòng mổ, khâu then chốt phải chú ý là vấn đề chống nhiễm trùng và tạo điều kiện phát huy kỹ thuật phẫu thuật được tốt nhất.

1.2. Phòng mổ

1.2.1. Khái niệm tiệt khuẩn và vô khuẩn

1.2.1.1. Tình trạng nhiễm khuẩn

- Trước khi có phát minh của Pasteur tìm ra vi khuẩn và nguyên tắc vô khuẩn, tiệt khuẩn của Lister trong phòng mổ và nhất là phát minh ra kháng sinh, tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ là 30- 40%.
- Trong thời gian gần đây tỷ lệ nhiễm trùng nói chung giảm xuống còn 1-5%.

1.2.1.2. Tiệt khuẩn

Là tiêu diệt vi khuẩn bằng các biện pháp vật lý (nhiệt độ, áp suất, tia phóng xạ...) và các chất hoá học để biến một dụng cụ hoặc vật liệu có nhiễm khuẩn thành vô khuẩn.

1.2.1.3. Vô khuẩn

- Một vật được gọi là vô khuẩn khi trên bất kỳ điểm nào của vật đó cho dù vật đó ở thể đặc, thể lỏng hay thể khí đều không có vi khuẩn.
- Cần phòng ngừa nhiễm trùng bằng cách không để cho các dụng cụ, vật liệu, môi trường không khí xung quanh có vi khuẩn xâm nhập vào vùng mổ.
- Hai khái niệm vô khuẩn và tiệt khuẩn gắn bó chặt chẽ với nhau, muốn có vô khuẩn thì cần phải làm tốt công tác tiệt khuẩn.

1.2.2. Một số nguyên tắc chung của phòng mổ

- Hiện nay chưa có mô hình chuẩn về phòng mổ cho tất cả các nước, bởi vì xây và tổ chức một khu mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như yêu cầu của việc điều trị, trình độ kỹ thuật trang thiết bị được cung cấp..., đặc biệt là vấn đề tài chính. Trong y tế, việc đầu tư cho ngoại khoa là một trong những đầu tư rất tốn kém.

- Tuy nhiên, người ta đã thống nhất được một số nguyên tắc chung cho dù khu mổ xây dựng to hay nhỏ, hiện đại hay thô sơ. Các nguyên tắc chung đó là:

- + Phòng mổ phải xa nơi nhiễm khuẩn.
- + Phòng mổ phải được thông gió một cách thuận lợi, dễ dàng và đầy đủ, đồng thời thuận lợi cho việc cọ rửa trần và sàn nhà.
- + Phòng mổ phải có hệ thống thông gió, nhiệt độ, độ ẩm tốt và thích hợp.
- + Phòng mổ phải được cung cấp đầy đủ ánh sáng tự nhiên và ánh sáng nhân tạo tốt.

1.2.3. Các yêu cầu cụ thể

1.2.3.1. Vị trí

- Phòng mổ xây ở nơi cao ráo, thoáng khí, có ánh sáng tự nhiên, xa các buồng bệnh và nguồn ô nhiễm khác. Nếu do quy mô nhỏ phải xây dựng cùng một khối nhà thì cửa phòng mổ không hướng về phía buồng điều trị để tránh các luồng khí từ phía buồng điều trị tràn vào.

- Thể tích buồng mổ là 100m^3 (dài 6m, rộng 5m, cao 3,5m), tường và sàn nhà lát bằng gạch men, góc tường cần xây tròn hoặc tù để tiện cho vệ sinh. Cần có hai lần cửa để ngăn luồng khí từ ngoài tràn vào phòng mổ, việc khép mở tự động là tốt nhất để ngăn bụi.

- Đường ra vào phòng mổ tốt nhất là một chiều.

- Khu nhà mổ phải cách biệt với khu điều trị, đảm bảo yên lặng, tránh các lối đi lại nhiều, đem bụi và vi khuẩn vào phòng mổ.

- Khu nhà mổ nên ở trung tâm của bệnh viện (nếu là bệnh viện ngoại khoa), hoặc ở trung tâm của khoa ngoại (nếu là bệnh viện đa khoa) và được nối với các khoa phòng bằng các hành lang để tiện việc di chuyển người bệnh.

1.2.3.2. Số lượng buồng mổ

- Tùy thuộc vào quy mô của khu mổ: khu mổ phục vụ cho một bệnh viện chuyên khoa ngoại, hoặc chỉ là một khoa ngoại của một bệnh viện đa khoa hoặc chỉ là các chuyên khoa hẹp.

+ Một khu mổ nhỏ nhất cũng cần phải xây dựng 2 phòng mổ là phòng mổ vô trùng và phòng mổ hữu trùng.

+ Phòng mổ cho các bệnh viện ngoại khoa cần có các phòng mổ chuyên biệt theo từng chuyên khoa như phòng mổ tim, phòng mổ gan mật...

+ Phòng để học sinh thực tập và người xem mổ qua vô tuyến hoặc xem qua lồng kính ở phía trên bàn mổ để hạn chế số người vào xem mổ trực tiếp.

- Các phòng khác của khu mổ gồm có: phòng rửa tay trước khi mổ, phòng lau chùi các dụng cụ sau mổ, phòng tiệt khuẩn các dụng cụ kim loại hoặc đồ vải, phòng chuẩn bị cho gây mê (phòng tiền mê), phòng thường trực cho cấp cứu, phòng riêng cho điều dưỡng nam và nữ, phòng bác sĩ, kho để dự trữ các vật liệu tiêu hao hằng ngày hoặc bảo quản các dụng cụ kim loại dự trữ chưa dùng hoặc bị hỏng chuẩn bị trả lại cho bệnh viện.

Ngoài ra còn có phòng hồi sức tập trung sau mổ để hồi sức những trường hợp người bệnh nặng hoặc để hồi sức người bệnh trong 24 giờ đầu. Phòng hồi sức có từ 6 đến 12 giường.

1.2.3.3. Thông khí

- Việc thay đổi không khí trong phòng mổ là rất quan trọng vì không khí bản là nguồn ô nhiễm nhất. Nếu đặt một đĩa có môi trường nuôi vi khuẩn thì sau 45 phút có 14 khuẩn lạc mọc trên đĩa là không khí buồng mổ không được lọc nếu không khí buồng mổ được lọc thì sau 63 phút chỉ có 7 khuẩn lạc mọc trên đĩa.

- Qua nghiên cứu cho thấy, muốn giải quyết tốt vô khuẩn không khí trong buồng mổ phải tạo một áp lực mạnh đi từ trần nhà xuống sàn nhà để ngăn không cho không khí bản từ sàn nhà bay ngược lên bàn mổ.

- Muốn cho không khí phòng mổ được vô khuẩn thì ngoài các biện pháp thông khí cần phải hạn chế tới mức tối đa người ra vào và hạn chế tới mức tối thiểu việc mở cửa phòng mổ, vì việc ra vào và mở cửa có tác dụng lay động làm cho luồng khí từ ngoài tràn vào phòng mổ.

- Sau buổi mổ, khi làm vệ sinh xong còn phải bật đèn cực tím di khắp phòng, để lâu đèn cực tím ở nơi nghi nhiễm khuẩn nhiều như bàn mổ, nền nhà quanh bàn mổ...

1.2.3.4. Nguồn ánh sáng

- Cần cung cấp đủ nguồn sáng cho kíp mổ làm việc, ngoài ánh sáng tự nhiên qua các cửa kính, buồng mổ cần ánh sáng nhân tạo. Ánh sáng nhân tạo gồm:

 - + Ánh sáng khuếch tán qua các bóng đèn có vỏ quả cầu mờ hoặc các đèn neon.

 - + Tập trung đèn trần hoặc đèn chiếu lưu động chiếu vào chính giữa vùng mổ. Các đèn được cấu trúc để ánh sáng tụ lại và không tạo thành bóng mờ, cần nắm chắc các nút để điều chỉnh cho thích hợp. Tốt nhất là dùng các đèn treo trên trần nhà, các phẫu thuật viên có thể tự điều chỉnh theo yêu cầu của phẫu thuật qua các tay nắm đã được khử khuẩn.

1.2.3.5. Nhiệt độ và độ ẩm

Nhiệt độ và độ ẩm trong buồng mổ có ảnh hưởng nhiều đến không những người bệnh mà cả kíp mổ. Buồng mổ cần nhiệt độ từ 18 - 20⁰, và độ ẩm 60 - 65%, tốt nhất là trang bị máy điều hoà nhiệt độ cho cả mùa nóng cũng như mùa lạnh để giữ nhiệt độ hằng định như trên.

1.2.3.6. Nước rửa tay trước khi mổ

Dùng nước đun sôi để nguội, hoặc dùng nước máy qua màng lọc 0,2 micro được tiệt trùng là giải pháp tốt nhất. Khi lọc tiệt trùng thì phải thường xuyên bảo dưỡng các hệ thống lọc, nếu không sẽ mất tác dụng lọc tiệt trùng.

1.2.3.7. Trang bị trong phòng mổ

- Hạn chế tối thiểu các đồ dùng để trong phòng mổ, vật gì cần thiết mới đặt trong phòng mổ; phòng mổ càng trống rỗng càng vô khuẩn tốt.

- Những đồ đặt trong phòng mổ là:

- + Bàn mổ vạn năng, dùng dễ dàng cho tất cả các phẫu thuật ngoại khoa.
- + Bàn con để dụng cụ mổ: 2 – 3 chiếc.
- + Máy gây mê.
- + Tủ thuốc cấp cứu thiết yếu dùng gây mê hồi sức.
- + Bàn con để dụng cụ gây mê hồi sức.
- + Giá để các hộp hấp dụng cụ vô khuẩn.
- + Ghế tròn có xoay ốc.
- + Cột treo chai dung dịch để truyền.
- + Đèn chiếu di động có bánh xe.
- + Có thể có hệ thống oxy trung tâm, máy hút gắn ngầm trong tường.
- + Toàn bộ hệ thống điện nằm ngầm trong tường.
- Một số dụng cụ để ngoài phòng mổ, khi cần mới mang vào như bình oxy, tủ thuốc, máy hút dịch, dao điện, máy đốt điện.

1.2.3.8. Những nguyên tắc về sức khỏe và quần áo trong buồng mổ đối với nhân viên y tế

- Sức khỏe là vấn đề cốt yếu đối với mọi người trong phòng mổ. Cảm lạnh, đau họng và nhiễm khuẩn ngón tay là những nguồn vi sinh vật lây bệnh. Một loạt nhiễm khuẩn vết thương ở người bệnh sau mổ được phát hiện là do một trường hợp viêm họng nhẹ của y tá phòng mổ, do vậy khi ốm nhẹ cần phải được báo cáo ngay.
- Quần áo đi ngoài đường không được mặc trong phòng mổ, quần áo của phòng mổ không được mặc khi đi ra ngoài phòng mổ. Quần áo phải được thay ở buồng quần áo trước khi đi vào và rời phòng mổ. Quần phải có gấu chun để tránh vi khuẩn từ tầng sinh môn rơi xuống. Quần áo thay ra phải cho vào bao và chuyển xuống nhà giặt.
- Khẩu trang: Trong phòng mổ phải luôn đeo khẩu trang nhằm mục đích giảm sự ô nhiễm cho không khí. Những giọt nhỏ chứa vi sinh vật từ miệng, mũi họng phải được giữ lại và lọc, vì vậy khẩu trang phải che kín mũi, miệng. Khẩu trang mất hiệu lực khi ẩm, cần phải thay. Khi bỏ khẩu trang ra chỉ cầm vào dây khẩu trang, đề phòng ô nhiễm tay.
- Bịt đầu phải che hoàn toàn tóc (đầu và cổ, kể cả râu) nhằm ngăn cho sợi tóc, gàu và bụi không rơi vào những nơi vô khuẩn.
- Giày được bọc bằng bột làm bằng vải bạt hay loại dùng một lần, hoặc khi vào phòng mổ phải thay guốc dép và khi ra thì phải để lại.

1.2.3.9. Bảo đảm vô khuẩn phòng mổ

- Mục đích: nhằm đảm bảo cho phòng mổ luôn sạch, tránh nhiễm trùng sau mổ cho người bệnh.
- Trước và trong mổ:
 - + Kíp mổ phải làm đúng và đầy đủ các thao tác trước mổ: rửa tay, mặc áo và mang găng vô khuẩn.
 - + Chỉ được sử dụng các dụng cụ, vật liệu mới tiệt khuẩn.

- + Không nói chuyện, cười đùa trong lúc tiến hành mổ.
- + Tuân thủ các thì sạch, thì bẩn trong khi mổ.
- + Số người bao gồm cả kíp mổ trong một buồng mổ không quá 10 người.
- + Hạn chế tối thiểu việc đi lại trong phòng mổ.
- Sau mổ:
 - + Cọ rửa tường, sàn bằng nước.
 - + Lau chùi bàn mổ, đèn mổ, máy gây mê bằng khăn ướt có hoặc không có thuốc sát khuẩn nhẹ.
 - + Chuyển toàn bộ ra ngoài trừ bàn mổ, máy gây mê.
 - + Khử khuẩn không khí bằng hơi fomcon, hoặc đèn cực tím, khí ozon.
 - + Điều chỉnh máy điều hòa nhiệt độ và hệ thống khí.
 - + Đóng kín cửa.
- Hằng tuần dành ngày cuối tuần không mổ để tổng vệ sinh toàn bộ từ trần, sàn, tường và tất cả các thiết bị hiện có. Sau mỗi lần mổ có nhiễm trùng cũng phải làm vệ sinh toàn bộ phòng mổ, lau chùi bên ngoài các hộp hấp ẩm, hấp khô và khử khuẩn không khí bằng hơi fomcon hoặc đèn tia cực tím.
- Chế độ kiểm tra:
 - + Kiểm tra vi khuẩn định kỳ: không khí buồng mổ, các dụng cụ hấp ẩm và hấp khô, dụng cụ gây mê.
 - + Kiểm tra vi khuẩn ở nhân viên: tay, họng và mũi.
 - + Kết hợp với phòng điều trị để đánh giá mức độ và tỷ lệ nhiễm khuẩn. Nếu tỷ lệ nhiễm khuẩn cao cần kiểm tra lại tất cả các khâu, có thể phải ngừng mổ để ứng phó kịp thời chống nhiễm khuẩn.

1.2.4. Những nguyên tắc cơ bản của vô khuẩn ngoại khoa

1.2.4.1. Nguyên tắc chung

- Những tiếp xúc không vô khuẩn ở bất kỳ điểm nào làm cho diện vô khuẩn bị ô nhiễm.
- Nếu có bất kỳ nghi ngờ nào về sự vô khuẩn của một đồ dùng hoặc bề mặt nào đó thì coi đó là không vô khuẩn.
- Tất cả đồ dùng vô khuẩn cho một người bệnh (một khay hoặc bàn vô khuẩn để mở với những thứ vô khuẩn) chỉ có thể dùng cho một người bệnh đó, những đồ dùng vô khuẩn không dùng đến phải bỏ hoặc tiệt khuẩn lại nếu để dùng nữa.

1.2.4.2. Nhân viên

- Những người đã làm các động tác vô khuẩn phải ở trong khu vực mổ, nếu rời phòng thì tình trạng vô khuẩn của người đó đã mất; để quay lại khu vực mổ người này phải làm lại quy trình cọ rửa tay, mặc áo, đi găng.
- Người đã cọ rửa một phần nhỏ thân thể được coi là vô khuẩn: từ vùng ngực đến vai, cánh tay và găng. Vì vậy, tay đi găng phải giữ trước và phần trên thắt lưng.

- Ở một số bệnh viện người ta dùng loại áo quần xung quanh, như vậy khu vực vô khuẩn được rộng hơn.

- Những y tá cơ động và nhân viên không cọ rửa ở xung quanh khu vực mổ phải đứng ở khoảng cách an toàn để không làm ô nhiễm nơi vô khuẩn.

1.2.4.3. Trải sẵn

- Trong khi trải sẵn lên bàn hay lên người bệnh, sẵn phải giơ cao hơn bề mặt định che phủ và đặt xuống từ gần đến xa.

- Chỉ có sẵn trên người bệnh và trên bàn được coi là vô khuẩn, những sẵn thông xung quanh mép bàn không được coi là vô khuẩn.

- Những sẵn vô khuẩn được cố định bằng cặp hoặc băng dính, sẵn không được di chuyển trong khi mổ. Sẵn thùng hoặc rách để lộ những diện tích ở dưới làm cho khu vực đó không vô khuẩn, sẵn như vậy phải trải lại.

1.2.4.4. Phân phát dụng cụ vô khuẩn

- Mép của các gói vô khuẩn hoặc mép ngoài của các chai lọ chứa các dung dịch vô khuẩn không được coi là vô khuẩn.

- Tay không vô khuẩn của y tá cơ động không được đưa ra phía trên của khu vực vô khuẩn. Những đồ dùng phải thả xuống từ một khoảng cách thích hợp từ mép của khu vực vô khuẩn.

2. CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ CỦA CÁC ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG MỔ

2.1. Chức năng điều dưỡng trưởng

- Phân công cho các điều dưỡng phụ gây mê, tiếp dụng cụ, chạy ngoài trực tiếp tham gia mổ phiên theo lịch.

- Phân công cho các điều dưỡng đảm bảo mổ cấp cứu.

- Phân công cho các điều dưỡng quản lý và bảo quản các dụng cụ vật liệu trong từng phòng mổ.

- Kiểm tra đơn đốc điều dưỡng thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn, trình tự các thao tác đã quy định.

- Nhắc nhở và đơn đốc mọi người thực hiện các nội quy ra vào phòng mổ một cách nghiêm ngặt.

- Quản lý lao động, vật tư và các vật liệu dự trữ.

- Định kỳ phối hợp với khoa vi sinh vật kiểm tra vô khuẩn dụng cụ phẫu thuật, không khí nhà mổ, nhân viên nhà mổ, bàn tay phẫu thuật viên. Phát hiện và đề xuất các biện pháp vô trùng.

- Liên hệ với kho và các phòng về trang bị, sửa chữa trang thiết bị cho phòng mổ.

- Chịu trách nhiệm tổng quát về mọi công tác giấy tờ, sổ sách, báo cáo, thống kê lưu trữ trong khu mổ.

- Thường xuyên liên hệ với phòng y tá điều dưỡng của bệnh viện và các khoa phòng khác trong bệnh viện để trao đổi những công việc cần thiết phục vụ người bệnh.

- Hướng dẫn và huấn luyện cho mọi nhân viên biết và thành thạo các kỹ thuật chăm sóc người bệnh trong khu mổ.

- Hướng dẫn công việc, giải thích nhiệm vụ và giám sát, đánh giá các nhân viên mới về khu mổ.

- Giúp đỡ phương tiện và tạo điều kiện cho học sinh thực tập.

2.2. Nhiệm vụ điều dưỡng tiếp dụng cụ

2.2.1. Nhiệm vụ trước phẫu thuật

- Theo phân công, chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ như kim loại, đồ vải, bông gạc, các loại chỉ... cho từng loại phẫu thuật vào ngày hôm trước.

- Khi chuẩn bị nếu có gì khó khăn cần phải báo cáo cho chính phẫu thuật viên để tìm cách thay thế hoặc các biện pháp giải quyết từ hôm trước.

- Tiến hành đúng và đầy đủ các thao tác vô khuẩn trước mổ: rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

2.2.2. Nhiệm vụ trong phẫu thuật

- Biết cách xếp dụng cụ trên bàn tiếp dụng cụ và cách tiếp dụng cụ.

- Trải vải che bàn tiếp dụng cụ gồm 2 lớp vải, 1 lớp nilon ở giữa.

- Sau khi đi găng vô khuẩn mới được xếp dụng cụ trên bàn tiếp dụng cụ.

- Nửa trước của bàn tiếp dụng cụ từ trái sang phải theo trình tự dao mổ, kéo mổ, kẹp phẫu tích, các kẹp cầm máu, các loại chỉ, kim khâu, kim mang kim...

- Nửa sau của bàn tiếp dụng cụ từ trái sang phải theo trình tự là vải che mổ, các loại gạc, găng mổ, các dụng cụ kim loại (các loại van mổ rộng vết mổ...) và ống hút.

- Với một số phẫu thuật lớn có thể xếp thêm một bàn dụng cụ thứ hai.

- Điều dưỡng giúp phẫu thuật viên, phụ mổ mang găng vô khuẩn.

- Vị trí của người tiếp dụng cụ thường đứng đối diện với phẫu thuật viên, tiện cho việc tiếp dụng cụ.

- Nắm chắc các thì mổ của ca mổ đang tiến hành để tiếp dụng cụ cho đúng và thích hợp. Nắm chắc các thì thao tác đưa dụng cụ cho phẫu thuật viên: dao mổ, kẹp cầm máu ... làm sao cho không có động tác thừa.

- Trong khi mổ nắm chắc thì sạch và thì bẩn để đưa đúng các dụng cụ (sạch hoặc bẩn).

- Nếu mổ các khoang cơ thể như: ổ bụng, lồng ngực, trước khi đóng khoang cơ thể phải kiểm tra lại các loại gạc, dụng cụ (tránh để sót).

2.2.3. Nhiệm vụ sau phẫu thuật

- Kiểm tra các dụng cụ kim loại, rửa dụng cụ và tiệt khuẩn như đã quy định trong phần bảo quản dụng cụ.

- Chuẩn bị dụng cụ, áo mổ, găng, gạc, kim chỉ cho ca mổ sau.

2.2.4. Quản lý

- Các dụng cụ kim loại đang dùng.
- Định kỳ lau chùi, bảo quản dụng cụ kim loại dự trữ.
- Định kỳ lau chùi, bảo quản các hộp hấp, nhất là các hộp hấp ẩm.

2.3. Nhiệm vụ điều dưỡng chạy ngoài

Là điều dưỡng trợ giúp toàn bộ kíp mổ, lấy thêm dụng cụ, theo dõi mạch, huyết áp và tất cả những gì mà kíp mổ cần.

- Nội dung trợ giúp:

+ Trước khi mổ:

- Chỉnh và kiểm tra đèn mổ, máy hút, dao điện, bàn mổ, buồng mổ.
- Kiểm tra lại tên, tuổi người bệnh, chẩn đoán bệnh.
- Trợ giúp người bệnh lên bàn mổ.
- Giúp tiếp dụng cụ mở các hộp hấp, lấy chỉ.

+ Trong khi mổ:

- Lấy thêm dụng cụ cho tiếp dụng cụ.
- Giúp truyền máu cho người bệnh (nếu có).
- Đo mạch, huyết áp giúp cho gây mê.
- Giúp kíp mổ lấy thuốc hoặc các dụng cụ máy móc để xử trí các trường hợp biến chứng có thể xảy ra trong khi mổ, đếm gạc trước khi phẫu thuật viên đóng khoang cơ thể.

+ Sau mổ:

- Băng vết mổ.
- Cùng điều dưỡng gây mê hoặc phụ gây mê, chuyển người bệnh về phòng.
- Vệ sinh máy hút, bàn mổ, thu dọn cộc truyền huyết thanh.

2.4. Nhiệm vụ của điều dưỡng gây mê hồi sức

Tuỳ theo phân công trực tiếp gây mê hoặc phụ gây mê đều có các nhiệm vụ:

- Lắp máy gây mê:

- Kiểm tra và lắp đồng hồ oxy. Chuẩn bị đèn nội khí quản đảm bảo đủ ánh sáng khi đặt ống nội khí quản, ba ống nội khí quản các cỡ (ước lượng ống nội khí quản bằng góc ngón tay út của người bệnh là vừa với khí quản người bệnh, cần lấy thêm 2 ống có cỡ ống to hơn và nhỏ hơn ống nội khí quản định đặt một số).



Đèn nội khí quản

- Chuẩn bị gác chèn ống nội khí quản, băng dính cố định ống nội khí quản, ống hút dạ dày, máy hút, dao điện.
- Pha thuốc mê tĩnh mạch, thuốc giãn cơ, thuốc tiền mê và thuốc hồi sức.
- Trực tiếp gây mê hoặc phụ gây mê, theo dõi, lắp bóng bóp gây mê hồi sức.
- Sau mổ, cùng điều dưỡng chạy ngoài đưa người bệnh về buồng bệnh.
- Thu dọn và vệ sinh máy móc, dụng cụ gây mê, bơm kim tiêm.
- Kiểm tra oxy, lĩnh bù các thuốc đã dùng để sẵn sàng chuẩn bị cho ca gây mê tiếp theo.
- Nếu được phân công trực tiếp gây mê khi gặp khó khăn phải mời bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức hoặc báo phẫu thuật viên để giải quyết.
- Quản lý máy gây mê và các phương tiện gây mê như quy định.

KẾT LUẬN

- Phẫu thuật là sự hiệp đồng giữa các thành viên trong ekip mổ một cách trực tiếp và chặt chẽ.
- Mỗi điều dưỡng theo phân công phải nắm vững và thành thạo công việc của mình để phối hợp nhịp nhàng trong khi mổ, giúp cho mổ thuận lợi, nhanh gọn và an toàn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Điều dưỡng trưởng phòng mổ có nhiệm vụ nhắc nhở mọi người và đôn đốc thực hiện các nội quy ra, vào phòng mổ một cách nghiêm ngặt.		
2	Điều dưỡng trưởng phòng mổ có nhiệm vụ giúp đỡ phương tiện và tạo điều kiện cho học sinh thực tập.		
3	Điều dưỡng tiếp dụng cụ không có nhiệm vụ kiểm tra lại các loại gạc, các dụng cụ kim loại trước khi phẫu thuật viên đóng các khoang cơ thể.		
4	Điều dưỡng tiếp dụng cụ khi chuẩn bị có gì khó khăn cần phải báo cho bác sĩ gây mê biết để tìm cách thay thế hoặc các biện pháp giải quyết từ hôm trước mổ.		
5	Điều dưỡng chạy ngoài, không có nhiệm vụ cùng điều dưỡng gây mê hồi sức chuyển người bệnh về phòng sau mổ.		
6	Điều dưỡng gây mê hồi sức có nhiệm vụ lĩnh bù các thuốc đã dùng để chuẩn bị cho ca gây mê tiếp theo.		
7	Điều dưỡng gây mê hồi sức không quản lý máy gây mê và các phương tiện gây mê.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

8. Số khuẩn lạc trong không khí phòng mổ đã được lọc là:
- A. 14 khuẩn lạc mọc trên môi trường nuôi cấy vi khuẩn sau 55 phút
 - B. 10 khuẩn lạc mọc trên môi trường nuôi cấy vi khuẩn sau 53 phút
 - C. 7 khuẩn lạc mọc trên môi trường nuôi cấy vi khuẩn sau 63 phút
 - D. 8 khuẩn lạc mọc trên môi trường nuôi cấy vi khuẩn sau 45 phút
9. Một trong các nguyên tắc xây dựng phòng mổ là:
- A. Phải ở trung tâm bệnh viện nếu là bệnh viện đa khoa
 - B. Phải ở trung tâm bệnh viện nếu là bệnh viện ngoại
 - C. Chỉ cần cung cấp ánh sáng tự nhiên thật tốt
 - D. Xây dựng ở cạnh đường giao thông để tiện di chuyển người bệnh.
10. Nhiệt độ và độ ẩm thích hợp trong phòng mổ là:
- A. 25°C và độ ẩm 85%

- B. 20°C và độ ẩm 60%
 - C. 10°C và độ ẩm 75%
 - D. 15°C và độ ẩm 50%.
11. Một trong những yêu cầu vị trí của phòng mổ là:
- A. Cửa của khu mổ không hướng về phòng điều trị
 - B. Gần với các khu điều trị
 - C. Gần lối đi lại nhiều
 - D. Đặt ở nơi cao ráo, thoáng khí, có ánh sáng mặt trời.
12. Một trong những nguyên tắc về sức khỏe và quần áo của nhân viên y tế trong khu mổ là:
- A. Nhân viên phòng mổ viêm họng nhẹ có thể vào phòng mổ làm việc bình thường
 - B. Quần áo của phòng mổ chỉ có thể mặc để đi xuống khoa ngoại
 - C. Khi trong phòng mổ không có ca mổ thì vào phòng mổ không cần đeo khẩu trang
 - D. Quần áo của phòng mổ không được mặc khi đi ra ngoài nhà mổ.
13. Phòng mổ không cần chế độ kiểm tra
- A. Kiểm tra vi khuẩn định kỳ không khí phòng mổ
 - B. Đánh giá kết quả phẫu thuật và các tai biến sau mổ
 - C. Kiểm tra vi khuẩn ở tay nhân viên sau khi rửa tay vô khuẩn
 - D. Đánh giá tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ cùng với phòng điều trị.
14. Muốn cho không khí phòng mổ được vô khuẩn cần:
- A. Đưa không khí phòng mổ từ sàn nhà lên trần nhà
 - B. Sau mổ không nên bật đèn cực tím
 - C. Thường xuyên mở cửa phòng mổ lấy không khí bên ngoài
 - D. Hạn chế tối thiểu việc mở cửa phòng mổ.
15. Thời gian dành ra để tổng vệ sinh cuối một tuần của phòng mổ là:
- A. Nửa ngày
 - B. Một ngày
 - C. Một phần tư ngày
 - D. Hai ngày.
16. Số người trong một phòng mổ (kể cả kíp mổ) không quá:
- A. Bốn người
 - B. Bảy người
 - C. Mười người
 - D. Mười hai người.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

17. Một khu mổ nhỏ nhất cũng phải xây dựng 2 phòng mổ đó là phòng mổ...A....và phòng mổ....B....
18. Phòng mổ phải được cung cấp ánh sáng...A... và ánh sáng....B....tốt.

Bài 2
BẢO QUẢN DỤNG CỤ PHÒNG PHẪU THUẬT

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được các phương pháp tiệt khuẩn và kiểm tra tiệt khuẩn.*
2. *Nêu được phương pháp tiệt khuẩn các loại dụng cụ của phòng mổ.*

1. MỞ ĐẦU

- Bảo quản dụng cụ nhằm đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn và làm tăng tuổi thọ của dụng cụ. Đây là một trong những nhiệm vụ chính của điều dưỡng viên công tác tại phòng mổ.

- Muốn bảo quản tốt dụng cụ phòng mổ phải làm tốt công tác vô khuẩn, sát khuẩn, tiệt khuẩn.

- Một vật được coi là vô khuẩn là ở bất cứ điểm nào trên đồ vật đó, dù ở thể đặc, thể lỏng hay thể khí đều không có vi khuẩn.

- Muốn ngăn ngừa, tiêu diệt vi khuẩn tại một vùng nào đó của cơ thể người ta dùng phương pháp sát khuẩn (thường dùng cồn etylic 70⁰ hoặc dùng cồn iốt 1 – 5% để sát khuẩn).

- Muốn thực hiện vô khuẩn tốt cần phải tiệt khuẩn tốt, tiệt khuẩn bao gồm các phương pháp như:

+ Phương pháp lý học: Sức nóng khô, sức nóng ướt, siêu âm.

+ Phương pháp hoá học: Dùng các hoá chất như : cồn etylic, cồn iốt, formol, oxyd thủy ngân, cidex...

2. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIỆT KHUẨN

2.1. Phương pháp vật lý

2.1.1. Dùng sức nóng khô

- Hơ lửa: Ngọn đèn cồn (tiệt khuẩn: chai, lọ, lam kính) đốt dụng cụ kim loại không được coi là phương pháp tiệt khuẩn.

- Dùng tủ sấy khô : Poupinel, lò sấy pasteur đưa nhiệt độ lên 175⁰C.

2.1.2. Tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm

- Đun sôi: (không diệt được nha bào) đun sôi từ 30 phút đến 60 phút, có thể cho thêm :

+ Natri hydro cacbonat 1% để làm tan mỡ.

+ Natri borat để hạn chế han gỉ dụng cụ kim loại, ngoài ra còn có tác dụng nâng điểm sôi của nước lên 105⁰C.

+ Thêm focmalin 0,1% để diệt được nha bào và virus viêm gan.

- Dùng nồi hấp ướt chamberland, khi tăng áp lực trong nồi thì làm tăng nhiệt độ:

+ Áp lực 1 atmophe:

Nhiệt độ trong nồi đạt được 120⁰ C.

+ Áp lực 2 atmophe:

Nhiệt độ trong nồi đạt được 134°C .

+ Áp lực 3 atmophe:

Nhiệt độ trong nồi đạt được 143°C .

- Phương pháp tyndall : Đun ở nhiệt độ 55°C một lần mỗi ngày trong 3 ngày liên (1 lần đun 1 giờ) có thể diệt nha bào, vì thế thường dùng phương pháp này để tiệt khuẩn các dung dịch có albumin, glucid và dung dịch thuốc.

- Tiệt khuẩn bằng siêu âm: để tiệt khuẩn tay bác sĩ trước khi làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp hoá học

- Cho dụng cụ tiếp xúc hoàn toàn với chất hoá học ở dạng dung dịch, hay thể hơi với nồng độ nhất định trong thời gian cần thiết.

+ Ngâm dụng cụ vào cồn etylic $70^{\circ}-90^{\circ}$ trong 12-24 giờ trong bình kín diệt được vi khuẩn, không diệt được nha bào.

+ Ngâm dụng cụ trong bình kín 24 giờ dùng cloroform

Ví dụ: Thuỷ ngân oxydycyanua 1-4 % từ 6 đến 12 giờ để tiệt khuẩn nhiệt kế.

- Cho dụng cụ tiếp xúc với hơi formol từ viên hoặc bột tryoxymethylen bốc ra trong 48 giờ, nếu nóng lên 60°C chỉ cần tiếp xúc 1 giờ là đủ.

- Hiện nay thường dùng dung dịch khử khuẩn glutaraldehyd (cidex):

+ Phải dùng theo hướng dẫn chuẩn về quy định an toàn lao động.

+ Có que thử để kiểm tra hiệu lực khử khuẩn ngâm từ 10 phút đến 10 giờ tùy theo yêu cầu. Thường dùng khử khuẩn dụng cụ mổ nội soi.

Lưu ý : Các thứ mang đi khử khuẩn cần phải được tẩy rửa sạch có thể dùng dung dịch tẩy rửa cidezym thì mới tiệt khuẩn được dụng cụ.

3. KIỂM TRA TIỆT KHUẨN

3.1. Kiểm tra cơ học:

Bằng cách đánh giá các thông số: nhiệt độ, áp suất, thời gian trên máy tiệt khuẩn.

3.2. Kiểm tra bằng chứng nghiệm hoá học

- Dùng chất đã biết nhiệt độ nóng chảy cộng thêm thuốc nhuộm như:

+ Antipyrin hoặc xanhmethylen.

+ Acid benzoic hoặc fucsin kiềm.

+ Tecpin + tím metyl.

- Dùng ở dạng băng dính vạch dán ở ngoài hộp hấp khi tiệt khuẩn bằng máy hấp ướt.

- Kiểm tra tiệt khuẩn có tác dụng phân biệt vật dụng đã được xử lý tiệt khuẩn (nhưng không nói lên độ vô khuẩn của dụng cụ y tế).

3.3. Kiểm tra bằng chứng nghiệm vi khuẩn

Dùng hỗn dịch nha bào vi khuẩn bacillussubtilis (áp dụng với tiệt khuẩn nhiệt ướt), hỗn dịch có khả năng chịu nhiệt ngang với nha bào uôn ván, bị diệt ở 120°C trong 20 phút.

4. NỘI DUNG CÔNG TÁC BẢO QUẢN

4.1. Bảo quản dụng cụ kim loại

4.1.1. Các loại dụng cụ kim loại

- Dao mổ: liền cán, cán rời, dao cắt đoạn, dao mổ trong các phẫu thuật đặc biệt.
- Kéo mổ: kéo thẳng, kéo cong, kéo loại dài, loại ngắn.
- Kẹp cầm máu: kẹp thẳng, kẹp cong, kẹp có máu, không máu, kẹp loại ngắn, loại dài.
- Các loại kẹp răng chuột, kẹp giữ mép vải, kẹp mang kim...
- Các loại banh rộng vết mổ: Hartman, Farabeuf, Gotse, Finoketo và các loại van nông, sâu...
- Các loại kim khâu: kim ba cạnh, nhọn cạnh, kim Rovecdanh...
- Ngoài ra, tùy loại phẫu thuật cần có các dụng cụ khác: Paye kẹp cắt tá tràng, Clăm kẹp ruột, kẹp ống thận, kẹp lấy sỏi mật (Mirizi).

4.1.2. Tiệt khuẩn dụng cụ kim loại

4.1.2.1. Lau rửa dụng cụ kim loại trước khi hấp

- Phương pháp mới: Rửa dụng cụ kim loại bằng hơi nước bão hoà dưới áp lực (máy rửa khử khuẩn getinge 4656). Những dụng cụ có lòng ống hẹp nhiều ngõ ngách rửa bằng siêu âm Brauson 8210, sau đó làm khô dụng cụ bằng tủ sấy hoặc súng phụt khí.
- Phương pháp cũ: Rửa dụng cụ bằng nước với xà phòng, cọ kỹ các khe, kẽ, lược sôi 100°C/30 phút, nhắc ra để ráo nước, lau bằng khăn sạch, sau đó lau lại bằng khăn thấm dầu hoả xếp vào hộp tùy theo từng loại phẫu thuật.
- Với dụng cụ nhiễm khuẩn (mổ nhiễm khuẩn, hoại thư sinh hơi...): Sau mổ phải rửa sạch dụng cụ và ngâm vào dung dịch Focmaldehyt 1% trong 30 phút, hoặc dung dịch cresol 5% trong 6 – 8 giờ. Chú ý, điều dưỡng phải mặc áo, mang găng tay. Sau khi ngâm, vớt ra và làm các bước như với dụng cụ trong mổ sạch. Các dụng cụ kim loại chưa dùng tới phải được lau chùi, chống gỉ, định kỳ bảo quản. Cần kiểm tra chất lượng dụng cụ trước khi mang hấp (dao có sắc không? kẹp cầm máu có kẹp chặt không?).

4.1.2.2. Phương pháp tiệt khuẩn dụng cụ kim loại

- Đun sôi 30 phút.
- Dùng tủ sấy poupinel ở 160⁰-180⁰ C từ 45 phút đến 60 phút.
- Nhúng cồn etylic 70⁰ từ 12-14 giờ.
- Nếu hấp ướt phải bọc dụng cụ vào gạc tẩm natriborat 20% để chống gỉ. Dùng máy autoclave (nhiệt ướt) ở nhiệt độ 121⁰C trong 20 phút hoặc 135⁰C trong 3-5 phút.

4.2. Bảo quản đồ vải

4.2.1. Chuẩn bị trước khi tiệt khuẩn

- Đồ vải gồm có: áo mổ, gạc mổ (gạc loại to, loại nhỏ, loại dài, ngắn...) và các loại băng che phủ vùng mổ.
- Để riêng loại chưa dùng và đã dùng, loại nhiễm khuẩn để riêng rồi nhúng vào dung dịch khử khuẩn chuyển sang nhà giặt.

- Các loại đồ vải phải gấp và xếp theo một mẫu quy định vào trong hộp.

4.2.2. Tiệt khuẩn đồ vải

- Hộp hấp cho các loại đồ vải: có lỗ thông hơi để hơi nóng lưu thông dễ dàng. Chú ý khi xếp vừa phải, không chặt quá, lỏng quá.
- Hấp bằng nồi hấp Otoclarl, nhiệt độ:
 - 1kg (=1atmotp) = 120° C;
 - 2 kg = 134° C;
 - 3 kg = 143° C.
- Hấp ướt dưới áp lực 2 – 2,5 atm trong 20 phút.
- Với máy Autoclave: 121⁰C trong 20 phút; hoặc 135⁰C trong 7 phút.
- Khi hấp nên kiểm tra nhiệt độ bằng cách cho các gói chỉ thị màu hoặc một gói bột nhỏ lưu huỳnh (S thăng hoa ở 120°C).
- Các loại gạc: hấp như đồ vải, chú ý không nên dùng lại gạc.
- Bảo quản: đậy kín nắp hộp, bảo quản tại tủ bảo quản.

4.3. Bảo quản dụng cụ bằng cao su và chất dẻo

- Dụng cụ bằng cao su gồm: găng cao su, các loại ống dẫn lưu: Nelaton, Kerh, Petzef, Malecot...
- Phương pháp mới: Mọi dụng cụ nhựa, cao su được rửa bằng hơi nước bão hoà dưới áp lực (máy Getinger), sau đó làm khô bằng súng phụt khí hoặc tủ sấy ở nhiệt độ thích hợp.
- Phương pháp cũ:
 - + Găng mổ, những ca mổ vô trùng: sau khi dùng xong phải rửa bằng nước sạch có pha muối làm tan máu, chải xà phòng, phơi khô, đem sấy.
 - + Găng tay đã nhiễm khuẩn tốt nhất là bỏ đi, nếu dùng lại cần phải làm như găng mổ vô trùng, sau đó mang ngâm vào dung dịch khử khuẩn trong 6 – 8 giờ, hoặc đun sôi 15 phút, phơi khô, đem hấp với áp lực 1,5 atm trong 20 phút, hoặc máy autoclave 121⁰C trong 20 phút.
 - + Canun thanh quản: rửa, nhúng vào oxyd thủy ngân 1-4 %.
 - + Ống thông, ống dẫn lưu sau rửa phải đun sôi 30 phút, nhúng vào cresol 5 %, giữ trong hộp trioxymethylen 48 giờ.
 - + Khử khuẩn: các ống dẫn lưu hấp ở 120⁰ C trong 30 phút.
 - + Cách khử khuẩn tiên tiến nhất đối với dụng cụ cao su là bằng tia Gama hoặc hơi Ethyl dưới áp lực.

Hiện nay, đồ bằng cao su thường chỉ dùng một lần.

4.4. Tiệt khuẩn bơm tiêm, kim tiêm

Hiện nay đa số là dùng bơm tiêm nhựa một lần rồi bỏ đi không dùng lại. Một số trường hợp bắt buộc phải dùng lại bơm tiêm thủy tinh thì cần tiệt khuẩn theo quy trình sau:

- Cọ rửa: cần làm ngay tránh máu đông, loại có kháng sinh phải để riêng, nếu có dính dầu phải dùng ete hoặc aceton, cho nước xà phòng đun sôi rồi mới cọ rửa.

- Bơm tiêm rút cần ngâm hoặc nhỏ giọt oxy già.
- Bơm tiêm phải tháo rời đựng riêng, đáy hộp hấp phải có lót bông khi hấp.
- Tiệt khuẩn bằng: tủ poupinel ở 180⁰ trong 1 giờ hoặc đun sôi trong 15 phút.

4.5. Bảo quản dụng cụ thủy tinh

- Dụng cụ thủy tinh có nút kim khí phải nói rộng khi mang đi tiệt khuẩn (vỏ thủy tinh bình hút bình ...) để tránh vỡ dụng cụ thủy tinh.

- Canun ống nghiệm tiệt khuẩn bằng đun sôi, hấp, sấy không để quá 160⁰C, có thể hấp ẩm ở nhiệt độ 120⁰C / 45 phút, hoặc ngâm trong formaldehyt 4% trong 3 giờ hoặc 10% trong thời gian 30 phút, nhưng sau đó phải rửa lại bằng nước cất hoặc nước muối sinh lý.

- Chai huyết thanh hấp ở 120⁰C trong 20 phút.

4.6. Chỉ khâu

- Chỉ catgut: thu hồi sau ca mổ phải ngâm trong dầu, còn và đậy kín.
- Chỉ lụa, len: tiệt khuẩn như đồ vải.
- Chỉ sắt, tiệt khuẩn như dụng cụ kim loại.

5. KẾT LUẬN

Tất cả các dụng cụ vật liệu phải đảm bảo vô khuẩn trước khi tiến hành mổ. Các hộp hấp chưa dùng đến sau 7 ngày phải hấp lại. Nếu hộp hấp vô trùng đã mở 1 lần thì các dụng cụ còn lại phải để trong hộp chứa trioxymethylen. Cần chú ý đối với dụng cụ kim loại vì đắt tiền và dễ hỏng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

TT	CÂU	Đ	S
1	Muốn ngăn ngừa tiêu diệt vi khuẩn ở một vùng nào đó người ta dùng phương pháp sát khuẩn.		
2	Các hộp hấp chưa dùng đến sau 8 ngày phải hấp lại.		
3	Muốn bảo quản tốt dụng cụ phòng mổ phải làm tốt công tác vô khuẩn, sát khuẩn, tiệt khuẩn.		
4	Tiệt khuẩn bằng phương pháp đun sôi không diệt được nha bào vi khuẩn.		
5	Kiểm tra tiệt khuẩn có tác dụng phân biệt vật dụng đã được xử lý tiệt khuẩn nhưng không nói lên độ vô khuẩn của dụng cụ y tế.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

6. Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ kim loại theo phương pháp vật lý: A. Đun sôi 15 phút
B. Đun sôi 20 phút

C. Đun sôi 25 phút D. Đun sôi 30 phút.

7. Đối với dụng cụ thuỷ tinh (cannyn, ống nghiệm) tiệt khuẩn bằng đun sôi, hấp, sấy nhiệt độ không để quá:

A. 160⁰C B. 170⁰C C. 180⁰C D. 190⁰C.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

8. Kiểm tra tiệt khuẩn cơ học bằng cách đánh giá các thông số.....A....áp suất, thời gian trên máy tiệt khuẩn.

9. Kiểm tra tiệt khuẩn bằng chứng nghiệm hoá học dùng chất đã biết nhiệt độ.....A..... cộng thêm thuốc nhuộm như Antipyrine hoặc Xanhmetylen dùng ở dạng....B....dán ở ngoài hộp hấp khi tiệt khuẩn bằng máy hấp ướt.

Bài 3

CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch*
- 2. Trình bày được chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật cấp cứu.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật là một công việc quan trọng, vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến phẫu thuật. Nếu chuẩn bị tốt, sẽ hạn chế được đến mức tối thiểu các tai biến trong khi gây mê và tiến hành phẫu thuật. Ngược lại, nếu chuẩn bị không tốt, sẽ ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật, đôi khi còn nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Do đó phải tiến hành chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật thật tốt, coi đó là một việc hết sức quan trọng của cả quá trình phẫu thuật.

- Người điều dưỡng giữ vai trò chủ yếu trong việc chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật nhằm mục đích giúp cho người bệnh yên tâm, sẵn sàng chấp nhận cuộc phẫu thuật. Chăm sóc, theo dõi và chuẩn bị trước mổ thật tốt góp phần vào sự thành công của cuộc phẫu thuật.

- Có hai loại chính: phẫu thuật có chương trình (phẫu thuật theo kế hoạch) và phẫu thuật cấp cứu.

2. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT THEO KẾ HOẠCH

Loại phẫu thuật này sau khi hội chẩn, người có trách nhiệm chỉ định phẫu thuật sẽ sắp xếp thời gian lịch mổ ngày nào, ai mổ, phương thức mổ... Phẫu thuật theo kế hoạch là loại phẫu thuật có thể để trong một khoảng thời gian nhất định (không cần mổ gấp) mà vẫn không ảnh hưởng đến tình trạng bệnh.

2.1. Chuẩn bị tinh thần cho người bệnh và thân nhân người bệnh

2.1.1. Đối với người bệnh

- Trong những ngày trước khi phẫu thuật, người điều dưỡng phải gần gũi, an ủi, giải thích cho người bệnh an tâm, giúp người bệnh lạc quan, tin tưởng vào chuyên môn, giải thích cho người bệnh hiểu rõ mục đích, lợi ích của việc phẫu thuật.

- Cần tìm hiểu những lo lắng, thắc mắc của người bệnh, phản ánh cho bác sĩ và cùng bác sĩ giải quyết để người bệnh an tâm.

- Không được cho người bệnh biết tình trạng nguy kịch của bệnh mà sinh ra lo lắng, sợ hãi. Tuyệt đối không được giải thích những điều gì mà bác sĩ không cho phép.

- Giải thích cho người bệnh biết về cuộc phẫu thuật bằng những từ thông dụng, dễ hiểu.

2.1.2. Đối với thân nhân của người bệnh

- Cần giải thích kỹ lưỡng, nói rõ bệnh tình của người bệnh cho người nhà biết, không giấu giếm những tiên lượng xấu, kể cả khả năng có thể nguy hiểm đến tính mạng.

- Mặt khác, cũng cần phải tranh thủ sự đồng tình của gia đình, kêu gọi họ quan tâm, chia sẻ, động viên người bệnh, cùng hợp tác trong việc chuẩn bị để tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiến hành phẫu thuật.

2.2. Chuẩn bị thể chất người bệnh

2.2.1. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phải có đủ tất cả các loại giấy tờ có tính pháp lý, cần khai thác kỹ quá trình diễn biến, đặc biệt chú trọng đến các triệu chứng cơ năng và toàn thân, cần hỏi kỹ tiền sử của bệnh, ghi đầy đủ quá trình diễn biến bệnh. Địa chỉ của người bệnh phải ghi rõ ràng, chính xác.

- Giấy cam kết chấp thuận phẫu thuật của thân nhân người bệnh

- Điều dưỡng phải kiểm tra sức khỏe của người bệnh:

+ Kiểm tra chiều cao, cân nặng: Cần phải cân người bệnh trước khi phẫu thuật vì nó cần thiết cho việc dùng thuốc hồi sức sau mổ.

+ Xem người bệnh có các vấn đề đặc biệt như hen phế quản, dị ứng thuốc, bệnh tim mạch, tăng huyết áp, HIV hoặc mắc các bệnh truyền nhiễm không?

+ Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

+ Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ, bình thường trong 24 giờ một người đi tiểu từ 1,2 lít đến 2,5 lít.

+ Theo dõi phân: số lần trong ngày, số lượng và màu sắc phân.

+ Theo dõi nôn: Nếu người bệnh nôn thì phải theo dõi số lần nôn, số lượng nôn, chất nôn, màu sắc v.v...

- Trong quá trình theo dõi, người điều dưỡng báo cáo kịp thời những diễn biến cho bác sĩ biết để xử trí.

- Tất cả những theo dõi hằng ngày phải ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án, giúp cho bác sĩ chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

2.2.2. Chuẩn bị các xét nghiệm cận lâm sàng

2.2.2.1. Các xét nghiệm cơ bản

- **Máu:** số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu:

+ Công thức bạch cầu

+ Nhóm máu để truyền máu khi cần.

+ Tốc độ lắng máu

+ Thời gian đông máu, thời gian chảy máu

+ Tỷ lệ huyết cầu tố

+ Protid toàn phần, lipid toàn phần, glucose huyết

- + Điện giải đồ
- + Urê huyết.
- *Nước tiểu:*
 - + Định lượng urê niệu
 - + Protein niệu
 - + Glucoza niệu
 - + Tế bào (hồng cầu, bạch cầu v.v...).
- *Phân:*
 - + Tìm trứng ký sinh vật trong phân
 - + Tìm các tế bào bất thường trong phân (hồng cầu, bạch cầu v.v...).

2.2.2.2. *Thăm dò một số chức năng cần thiết:* tùy từng loại bệnh mà có thể làm các xét nghiệm cận lâm sàng:

- *Thăm dò chức năng gan:*
 - + Phản ứng Grô – Mac – Lagan
 - + Transaminase: SGOT, SGPT
 - + Phosphataza kiềm, Bilirubil, Prothrombin
 - + Siêu âm gan mật.
- *Thăm dò chức năng thận:*
 - + Urê niệu, urê máu, creatinin máu, creatinin niệu
 - + X quang: Chụp thận không chuẩn bị. Chụp thận tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch.
- *Thăm dò một số chức năng khác:*
 - + X quang: chiếu hay chụp tim phổi
 - + Tim mạch: điện tâm đồ
 - + Thần kinh: điện não đồ
 - + Giáp trạng: đo chuyển hoá cơ bản.
- *Một số xét nghiệm đặc biệt:* chụp vi tính cắt lớp (CT Scanner), chụp cộng hưởng từ (MRI).

2.2.3. Giúp người bệnh đi khám các chuyên khoa cần thiết

- Khám tai mũi họng: phát hiện những viêm nhiễm để điều trị trước khi mổ, vì nếu khi mổ mà có viêm nhiễm thì có thể có những tai biến sau này.
- Khám tim mạch: để đề phòng các biến chứng có thể xảy ra trong khi mổ hoặc sau mổ.
- Khám thần kinh: phát hiện những rối loạn tâm thần có liên quan và ảnh hưởng tới phẫu thuật.
- Khám da liễu: phát hiện các bệnh ngoài da, cần phải điều trị trước khi mổ.

2.3. Theo dõi và chăm sóc trước khi phẫu thuật

2.3.1. Theo dõi và chăm sóc

- Người điều dưỡng phải theo dõi người bệnh về mặt tâm thần, phát hiện sự lo lắng, động viên, an ủi; phải gần gũi và có thái độ nhẹ nhàng, chân thực giúp cho người bệnh tin tưởng vào chuyên môn.

- Để người bệnh được nghỉ ngơi hoàn toàn, tránh những xúc động, lo âu. Khuyến khích người bệnh không hút thuốc và không uống rượu (kể cả các loại rượu thuốc).

- Hướng dẫn cho người bệnh cách thở sâu, tập ho, cách khạc nhổ, hướng dẫn cách ngồi tựa bằng kê gối; hướng dẫn trở mình và vận động sau phẫu thuật để giúp cho sự hồi phục nhanh chóng và đề phòng những biến chứng.

- Người bệnh được tắm rửa sạch sẽ, cắt móng tay, móng chân, vệ sinh răng miệng, mũi, họng, mặc quần áo sạch của bệnh viện.

- Chuẩn bị da vùng để phẫu thuật: Làm sạch sẽ da vùng phẫu thuật bằng chất sát khuẩn, cạo hết lông ở vùng phẫu thuật, song lưu ý không làm sâu sát da để tạo điều kiện để vi khuẩn xâm nhập. Do đó có quan điểm cho rằng, không nên cạo lông vùng mổ và chỉ cạo khi cần thiết.

- Thủ thuật: Thụt tháo hằng ngày, đối với phẫu thuật đại tràng.

- Chuẩn bị chế độ ăn uống trước khi phẫu thuật:

+ Đảm bảo cho người bệnh ăn uống tốt, cho ăn chế độ bồi dưỡng tăng protid, như tăng thịt nạc, cá, trứng trong các bữa ăn hằng ngày, nhất là những người bệnh thiếu máu. Đối với những người bệnh không ăn được qua đường miệng thì báo cáo bác sĩ để cho ăn theo đường khác như ăn bằng đường ống thông qua dạ dày, truyền dịch.

+ Đảm bảo đủ lượng các loại vitamin trong hoa quả và rau xanh.

+ Đối với người bệnh thiếu máu, phẫu thuật nhiều lần, cần thiết phải truyền máu trước, tùy theo mức độ cơ thể của từng người bệnh mà truyền một hay hai lần trước khi mổ (do bác sĩ quyết định).

2.3.2. Dự phòng các biến chứng

Để hạn chế những biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi phẫu thuật, cần phải điều trị dự phòng trước.

- *Đối với người bệnh có bệnh tim*

+ Cho ăn chế độ kiêng muối, hạn chế nước.

+ Vệ sinh răng, miệng tốt.

+ Dùng thuốc lợi niệu và trợ tim theo y lệnh.

+ Chăm sóc tốt các bệnh: mũi – họng, hô hấp v.v...

- *Đối với người bệnh có bệnh thận*

Cho ăn chế độ kiêng muối, hạn chế nước, lợi tiểu tốt.

- *Đối với người bệnh có bệnh gan*

Cho ăn chế độ tăng protid, hạn chế lipid.

- *Đối với người bệnh có bệnh tiêu hoá*

Cho ăn thức ăn dễ tiêu, tránh rối loạn tiêu hoá.

2.4. Chuẩn bị một ngày trước khi phẫu thuật và ngày phẫu thuật

2.4.1. Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, điều dưỡng phải ghi chép đầy đủ vào hồ sơ.

2.4.2. Chế độ ăn uống

- Trước ngày phẫu thuật người bệnh ăn nhẹ buổi sáng: cháo, bột, miến, súp rau, khoai, sữa. Buổi chiều uống nước đường hoặc truyền dịch.
- Nhịn ăn uống hoàn toàn 6 – 8 giờ trước phẫu thuật.
- Đối với phẫu thuật đường tiêu hoá có thể có chỉ định thắt tháo hoặc rửa dạ dày.

2.4.3. Chế độ vệ sinh toàn thân và da vùng phẫu thuật

- Tắm nước nóng hay lau người sạch sẽ.
- Bỏ lại các tư trang và răng giả (gửi lại người nhà).
- Da vùng phẫu thuật: cạo lông, tóc.... bằng dao cạo, tránh gây sây sát da.
- Rửa sạch da vùng phẫu thuật bằng xà phòng và nước chín.
- Sát khuẩn vùng phẫu thuật bằng cồn 70⁰ hoặc ête...
- Băng vô khuẩn da vùng phẫu thuật.

2.4.4. Thực hiện các thủ thuật cần thiết

- Rửa dạ dày.
- Thụt tháo: Nên thụt trước khi phẫu thuật 3-4 giờ. Thụt bằng dung dịch mận đắng tương.
- Thông đái: Đảm bảo thông đái vô khuẩn trước khi mổ 1 giờ.

2.4.5. Thực hiện thuốc

Trước khi ngủ cho người bệnh uống thuốc an thần hoặc thuốc ngủ.

2.4.6. Chuyển người bệnh lên phòng mổ

- Trước khi chuyển người bệnh lên phòng mổ, người điều dưỡng phải kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn: huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở. Kết quả phải ghi vào hồ sơ bệnh án.
- Đeo băng tên vào tay người bệnh.
- Thay quần áo theo quy định cho người bệnh phẫu thuật.
- Kiểm tra đầy đủ lại hồ sơ.
- Phải chuyển bằng cáng. Chuyển nhẹ nhàng, tuyệt đối không được để người bệnh tự đi (kể cả trường hợp đi đại tiện, tiểu tiện), đảm bảo giữ ấm trong khi vận chuyển.
- Bàn giao người bệnh cho điều dưỡng phòng mổ.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT CẤP CỨU

Trong ngoại khoa có nhiều bệnh cần phải phẫu thuật cấp cứu. Đối với những bệnh này, cần phải tranh thủ từng phút, từng giờ để cứu chữa. Do đó, công tác chuẩn bị cho phẫu thuật sẽ không đạt được yêu cầu hoàn chỉnh. Người bệnh ở trong tình trạng nặng. Nhưng cũng phải chuẩn bị tối thiểu, để đạt, những yêu cầu cần thiết cho phẫu thuật.

- Hồi sức: Hồi sức ngay bằng truyền máu, truyền dịch, thở oxy, hút dạ dày, chống sốc v.v... theo y lệnh.
- Theo dõi:

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án, có trường hợp cứ 15 – 30 phút phải đo huyết áp và bắt mạch một lần.

+ Các chất bài xuất (nôn, phân, nước tiểu) về số lượng và màu sắc, giữ lại và báo cáo cho bác sĩ.

- Làm các xét nghiệm cơ bản: số lượng hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, urê huyết, nhóm máu. Thời gian máu đông, thời gian máu chảy.

- X quang cần thiết: chụp ổ bụng cấp cứu, tim phổi.

- Thực hiện y lệnh một cách khẩn trương chính xác.

- Thay quần áo, làm sạch vùng mổ: sát khuẩn vùng da mổ, băng vô khuẩn.

- Thủ tục hành chính làm khẩn trương.

- Chuyển người bệnh lên phòng mổ: nhẹ nhàng.

4. GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Hướng dẫn rõ ràng, cụ thể những việc cần phối hợp giữa người bệnh và nhân viên y tế; những việc người bệnh cần phải thực hiện trong suốt thời gian điều trị trước mổ, trong khi chuẩn bị mổ và sau khi mổ.

- Đặc biệt sau khi thực thuật người bệnh cần phải làm theo sự hướng dẫn của y tá – điều dưỡng để cho ca mổ tiến hành có kết quả cao.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Cho người bệnh ăn cháo vào buổi sáng trước khi mổ, phẫu thuật.		
2	Cần phải rửa dạ dày cho người bệnh trước khi phẫu thuật cấp cứu.		
3	Cần phải thực thuật cho người bệnh khi chuẩn bị phẫu thuật có kế hoạch vùng bụng.		
4	Cố định tốt răng giả cho người bệnh khi chuyển lên phòng mổ trong trường hợp người bệnh có răng giả.		
5	Cần biết cân nặng khi chuẩn bị người bệnh phẫu thuật có kế hoạch.		
6	Cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch uống thuốc an thần theo y lệnh vào buổi tối trước ngày mổ.		

7	Cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch nhịn ăn, uống trước khi mổ ít nhất là 3 giờ.		
8	Khi phẫu thuật người bệnh có dạ dày đầy sẽ có nguy cơ trào ngược thức ăn vào phổi.		
9	Trước khi chuyển người bệnh phẫu thuật có kế hoạch lên phòng mổ, người điều dưỡng cần nhắc người bệnh đi tiểu tiện.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

10. Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch:

- A. Giải thích cho người bệnh biết tình trạng bệnh nặng của họ
- B. Giải thích cho người bệnh biết cuộc phẫu thuật bằng từ chuyên môn
- C. Giải thích cho người bệnh biết cuộc phẫu thuật bằng từ thông dụng, dễ hiểu.
- D. Không cần giải thích gì.

11. Thời gian thực thao cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch: A. Trước phẫu thuật 3 đến 4 giờ

- B. Trước phẫu thuật 2 ngày
- C. Trước phẫu thuật 3 ngày
- D. Trước phẫu thuật 4 ngày.

12. Công việc phải làm cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch vào sáng hôm mổ, trước khi chuyển lên bàn mổ:

- A. Cho uống nước đường
- B. Đeo băng tên người bệnh vào tay người bệnh
- C. Rửa dạ dày
- D. Cho uống thuốc kháng sinh.

13. Công việc phải làm khi chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu: A. Vệ sinh toàn thân

- B. Lấy máu làm xét nghiệm theo y lệnh
- C. Cạo lông vùng bộ phận sinh dục
- D. Thực thao.

14. Việc làm cần thiết nhất cho người bệnh phẫu thuật có kế hoạch tối hôm trước mổ là:

- A. Thử phản ứng kháng sinh
- B. Uống nước đường
- C. Uống vitamin
- D. Uống thuốc an thần.

15. Để phát hiện ổ nhiễm trùng trong cơ thể trước phẫu thuật cần: A. Làm điện tâm đồ

- B. Khám chuyên khoa
- C. Xét nghiệm máu
- D. X quang tim phổi.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

16. Đối với thân nhân người bệnh, trước phẫu thuật cần giải thích kỹ lưỡng, nói rõ....A....của người bệnh cho người nhà biết, không giấu giếm những tiên lượng....B....., kể cả khả năng có thể nguy hiểm đến tính mạng.
17. Khuyên người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch không hút...A....và không uống....B.....

Bài 4

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được tư thế nằm của người bệnh sau phẫu thuật và những biến chứng sau mổ trong vòng 24 giờ đầu.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Việc chăm sóc sau phẫu thuật có ý nghĩa lớn đối với kết quả của cuộc phẫu thuật.
- Trong chăm sóc sau phẫu thuật, việc phát hiện kịp thời các biến chứng, xử trí tốt ban đầu các biến chứng đó sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong.
- Để người bệnh chiến thắng được bệnh tật, người điều dưỡng phải có những cử chỉ ân cần, lòng nhiệt tình trong nghề nghiệp, trình độ chuyên môn tốt.
- Chăm sóc sau phẫu thuật cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa người bác sĩ và người điều dưỡng.

2. CÁC TƯ THẾ NÀM SAU PHẪU THUẬT

2.1. Tuỳ theo đường mổ

- Đường mổ ở thành bụng trước: người bệnh nằm ngửa.
- Đường mổ ở thành bụng bên: có thể nằm ngửa hoặc nằm nghiêng về bên lành.

2.2. Tuỳ theo phương pháp vô cảm

- Gây mê nội khí quản, gây mê bằng đường hô hấp: nằm đầu ngửa tối đa.
- Gây tê tuỷ sống: Nếu tỷ trọng của thuốc gây tê nhỏ hơn tỷ trọng của dịch não tuỷ thì sau mổ cho nằm đầu thấp hơn chân, nếu tỷ trọng của thuốc gây tê lớn hơn tỷ trọng của dịch não tuỷ thì sau mổ cho nằm đầu cao hơn chân. Tư thế này được duy trì trong vòng 12 giờ sau mổ.

2.3. Tuỳ theo tình trạng người bệnh

- Nếu mất máu: đặt nằm đầu thấp.
- Nếu khó thở: đặt nằm đầu cao.



Đặt ống nội khí quản

3. NHỮNG BIẾN CHỨNG SAU MỔ

3.1. Những biến chứng sau mổ trong vòng 24 giờ đầu

- Suy hô hấp:
 - + Do tụt lưỡi
 - + Do sặc chất nôn
 - + Do liệt cơ hô hấp
 - + Do gập ống nội khí quản.
- Sốc sau mổ:
 - + Do đau
 - + Do nhiễm trùng - nhiễm độc
 - + Do mất nước - mất máu.
- Chảy máu sau mổ:
 - + Chảy máu vết mổ
 - + Chảy máu trong ổ bụng.
- Nôn sau mổ :
 - + Do kích thích cơ hoành
 - + Do tác dụng của thuốc gây mê - gây tê
 - + Do vận chuyển không nhẹ nhàng.
- Bí đại sau mổ:
 - + Do tư thế
 - + Do tác dụng của thuốc gây mê - gây tê.

3.2. Biến chứng những ngày sau

- Dẫn dạ dày cấp: do sau mổ dạ dày chưa có nhu động, người bệnh ăn uống sớm khi chưa có chỉ định làm dạ dày dẫn to.
- Liệt ruột kéo dài:
 - + Do tổn thương nặng trong ổ bụng
 - + Do viêm phúc mạc sau mổ.
- Viêm đường hô hấp: là tình trạng viêm phế quản, viêm phổi sau mổ:
 - + Do bị nhiễm lạnh
 - + Do hít phải chất nôn
 - + Do nằm lâu gây ứ đọng đờm dãi
 - + Do mắc các bệnh tai mũi họng từ trước.
- Nhức đầu: gặp trong gây tê tuỷ sống
- Viêm tuyến nước bọt mang tai:
 - + Do vệ sinh răng miệng kém
 - + Do ống nội khí quản chèn vào ống tuyến gây phù nề, cản trở bài tiết nước bọt.
- Biến chứng ở vết mổ:

+ Bọc máu vết mổ: đây là tình trạng máu đông lại trong vết mổ, không thoát ra ngoài được, nhưng không có sự hiện diện của vi khuẩn.

+ Nhiễm trùng vết mổ: do sự phát triển của vi khuẩn, biểu hiện đau vết mổ, sốt, vết mổ sưng nề tấy đỏ, có thể có dịch mủ chảy qua mép vết mổ.

+ Toác thành bụng: do hai mép vết mổ không liền làm vết mổ toác rộng, có khi nhìn thấy ruột lồi ra dưới vết mổ.

- Viêm tắc tĩnh mạch: hay gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, thường do phẫu thuật vùng tiểu khung.

- Tắc mạch: do cục máu đông hình thành trong hệ thống tuần hoàn gây tắc. Hay gặp tắc mạch vành, mạch phổi, mạch não.

- Tắc ruột sau mổ: do dính, do dây chằng, do xoắn ruột gặp nhiều trong mổ viêm phúc mạc.

- Rối loạn quá trình làm sẹo:

+ Sẹo lồi

+ Sẹo thành bụng.

- Với trường hợp mổ tắc ruột có cắt nối ruột, thì sau mổ có thể xảy ra biến chứng: bực, xì miệng nối.

- Với trường hợp mổ khâu lỗ thủng dạ dày, sau mổ có thể xảy ra biến chứng bực nơi khâu lỗ thủng (ít gặp).

- Với trường hợp mổ cắt đoạn dạ dày, có thể bực mồm tá tràng, bực miệng nối sau mổ, chảy máu miệng nối.

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Nhận định

- *Toàn thân:*

+ Xem người bệnh tỉnh hay chưa tỉnh

+ Nhận định về dấu hiệu sinh tồn

+ Có hội chứng nhiễm trùng– nhiễm độc không?

+ Có hội chứng mất nước, mất máu hay không?

- *Nhận định về cơ năng:*

+ Xem người bệnh có đau vết mổ, đau người do nằm lâu hay không?

+ Hỏi xem người bệnh có ngủ được hay không?

+ Nhận định tiêu tiện, đại tiện

+ Nhận định về tình trạng ăn, uống.

- *Tại chỗ:*

+ Nhận định tình trạng ổ bụng: xem bụng có trướng hay không?

+ Nhận định vết mổ:

▪ Vết mổ có bị chảy máu không?

- Vết mổ có bị nhiễm khuẩn không?
- + Nhận định các ống dẫn lưu:
 - Ống dẫn lưu loại nào?
 - Ống dẫn lưu được đặt ở vị trí nào trong ổ bụng?
 - Xem ống dẫn lưu có hoạt động không? Ống dẫn lưu chảy dịch gì? Số lượng? Màu sắc? Tính chất của dịch chảy ra? Ống dẫn lưu có máu chảy ra hay không?
- Nhận định về tâm lý, tiền sử có liên quan đến việc chăm sóc người bệnh, hoàn cảnh kinh tế gia đình.

4.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.2.1. Di chuyển người bệnh từ phòng mổ sang phòng hồi sức

- Điều kiện di chuyển:
 - + Mạch và huyết áp ổn định: M<100 lần/1 phút, huyết áp tối đa>100mmHg.
 - + Hô hấp: người bệnh thở tốt, không co kéo cơ hô hấp, không ho sặc sụa, không khò khè đờm dãi.
- Cách di chuyển:
 - + Di chuyển phải nhẹ nhàng, tránh gây nôn.
 - + Không được thay đổi tư thế một cách đột ngột.
 - + Khi di chuyển: nhân viên gây mê đi ở phía đầu, điều dưỡng đi ở phía chân người bệnh.
 - + Trong quá trình vận chuyển, người điều dưỡng phải luôn luôn quan sát để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng (nhất là suy hô hấp).

4.2.2. Chăm sóc tư thế

- Người bệnh cần được nằm đúng tư thế sau phẫu thuật.
- Cần lưu ý cho người bệnh nằm nghiêng về một bên để nếu có nôn, chất nôn không lọt vào đường hô hấp. Tư thế này được duy trì đến khi nào hết tác dụng của thuốc gây mê.
- Những ngày sau có thể cho nằm ở tư thế Fowler để người bệnh dễ thở.

4.2.3. Thực hiện ngay, đúng, đủ, an toàn y lệnh của bác sĩ

- Cần lưu ý đảm bảo đường truyền tốt vì:
 - + Đa số các trường hợp sau phẫu thuật bụng, những ngày đầu chưa có chỉ định ăn bằng đường miệng (do chưa có nhu động ruột).
 - + Việc nuôi dưỡng, bồi phụ nước điện giải thông qua đường truyền tĩnh mạch.
 - + Đối với người già mắc các bệnh tim mạch, bệnh hô hấp mạn tính, cần phải truyền dịch với tốc độ chính xác theo y lệnh. Nếu truyền với tốc độ nhanh dễ gây phù phổi cấp, suy tim cấp.
 - Cần phải phát hiện kịp thời, xử lý đúng và nhanh chóng sốc do truyền dịch, sốc do phản ứng thuốc.

4.2.4. Chăm sóc về dấu hiệu sinh tồn

Tuỳ theo tình trạng, tuỳ vào loại phẫu thuật mà người điều dưỡng phải theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút hay 60 phút/lần và thời gian theo dõi có thể là 12 giờ, 24 giờ sau mổ:

- Chăm sóc về hô hấp
 - + Theo dõi người bệnh thở có đều hay không.
 - + Theo dõi biến chứng ngạt bằng cách theo dõi số lần thở/1 phút, biên độ thở.
 - + Nếu số lần thở >30 lần/1 phút hoặc <15 lần/1 phút thì phải báo cáo lại với bác sĩ.
 - + Theo dõi liệt cơ hô hấp do thuốc dẫn cơ hoặc tác dụng của thuốc dẫn cơ: bình thường sau mổ nếu hết tác dụng của thuốc dẫn cơ, người bệnh sẽ nâng đầu nên khỏi mặt giường và giữ được tư thế đó trong vòng 30 giây. Nếu có biểu hiện liệt cơ hô hấp, người bệnh sẽ thở yếu hoặc ngừng thở, lúc đó phải tiến hành hô hấp nhân tạo ngay và báo cáo lại với bác sĩ.
 - + Theo dõi hạn chế hoạt động hô hấp do đau vết mổ, người bệnh không dám hít thở sâu.
 - + Theo dõi phù nề thanh quản do đặt ống nội khí quản khó khăn gây nên, biểu hiện người bệnh sẽ thở rít. Người điều dưỡng cần báo cáo lại với bác sĩ để dùng thuốc giảm phù nề.
 - + Phải luôn luôn giữ thông đường thở bằng cách:
 - Đề phòng tụt lưỡi bằng cách đặt Canun – Mayor
 - Hút đờm dãi (nếu có)
 - Cho đầu nằm nghiêng về một bên, tránh chất nôn trào ngược vào đường hô hấp.
 - + Chăm sóc về tuần hoàn:
 - Theo dõi xem mạch có đập đều hay không, số lần mạch đập/1 phút.
 - Đo huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu.
 - Nếu trong quá trình theo dõi thấy mạch tăng dần, huyết áp giảm dần, da và niêm mạc nhợt nhạt thì có khả năng bị chảy máu sau phẫu thuật. Cần phải báo cáo ngay với bác sĩ.
 - Đối với gây tê tuỷ sống: có thể bị hạ huyết áp sau mổ, vì vậy cần theo dõi sát.
 - + Chăm sóc về nhiệt độ:
 - Đo nhiệt độ.
 - Bình thường nhiệt độ sau mổ tăng từ $0,5^{\circ}\text{C}$ - 1°C .
 - Sau mổ có thể sốt cao do: nhiễm trùng nhiễm độc, rối loạn nước điện giải trầm trọng.
 - + Xử trí: chườm mát vùng cổ, nách, bẹn.
 - Cởi bỏ bớt quần áo
 - Báo cáo bác sĩ.
 - + Sau mổ người bệnh có thể hạ nhiệt độ do: sốc do truyền máu - truyền dịch, sốc do nhiễm trùng - nhiễm độc nặng.

Xử trí: ngừng truyền dịch, truyền máu, ủ ấm, dùng thuốc theo y lệnh.

4.2.5. Chăm sóc nếu có chảy máu

- Chảy máu vết mổ:

+ Biểu hiện: máu vết mổ thấm băng liên tục hoặc thấy máu đùn qua mép vết mổ ra ngoài.

+ Xử lý: chườm lạnh vết mổ, băng ép nếu không có kết quả thì cần báo cáo với bác sĩ để mở vết mổ khâu cầm máu.

- Chảy máu trong ổ bụng:

+ Toàn thân: người bệnh lo lắng, hoảng hốt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, da xanh tái, niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt, số lượng hồng cầu giảm.

+ Tại chỗ: bụng trướng, gõ đục vùng thấp, nếu có ống dẫn lưu thì thấy máu tươi, dây máu theo ống dẫn lưu ra ngoài.

+ Xử trí: truyền máu và chất thay thế máu theo y lệnh, thở oxy.

4.2.6. Chăm sóc phản ứng của người bệnh

- Kích thích vật vã:

+ Nguyên nhân: do đau, thiếu oxy, bí đái, nằm lâu ở một tư thế.

+ Xử trí: tùy theo nguyên nhân:

- Do đau: dùng thuốc an thần, giảm đau
- Do thiếu oxy: hô hấp viện trợ, thở oxy
- Do bí đái: đặt ống thông niệu đạo – bàng quang
- Nằm lâu ở một tư thế: thay đổi tư thế.

+ Run toàn thân:

- Do phản ứng thuốc: xử trí phản ứng thuốc
- Sốc truyền dịch: ngừng truyền dịch, ủ ấm, dùng thuốc theo y lệnh
- Do lạnh: nhiệt độ môi trường xuống thấp, truyền máu lạnh, phẫu thuật kéo dài, người già suy kiệt.

+ Xử trí: cần phải bảo đảm môi trường thích hợp.

4.2.7. Chăm sóc nôn

- Cần đặt ống hút dịch dạ dày khi cần thiết để tránh nôn sau mổ.

- Khi phát hiện nôn phải đặt đầu nghiêng về một bên, tránh chất nôn lọt vào đường hô hấp.

- Nếu trong quá trình người bệnh đang nôn mà chất nôn lọt vào đường hô hấp thì sẽ có biểu hiện:

+ Ho sặc sụa, người tím tái, co kéo các cơ hô hấp, khó thở.

+ Xử trí: Nhanh chóng hút sạch chất nôn, lau miệng, thở oxy.

- Khi nôn xong, người điều dưỡng vệ sinh răng miệng cho người bệnh.

- Nếu nôn nhiều cần báo cáo lại với bác sĩ để bồi phụ nước điện giải.

4.2.8. Chăm sóc tiểu tiện

- Bình thường sau mổ từ 6 đến 12 giờ người bệnh đi tiểu được.

- Nếu quá 12 giờ chưa đi tiểu được gọi là bí tiểu tiện sau mổ.
- Xử trí:
 - + Cho ngồi dậy sớm khi có đủ điều kiện
 - + Chườm nóng vùng hạ vị



Túi chườm nóng

- + Châm cứu
- + Nghiệm pháp tâm lý
- + Đặt ống thông niệu đạo bàng quang: chỉ thực hiện khi một trong những biện pháp trên không đạt kết quả.

4.2.9. Chăm sóc ống thông (sonde) dạ dày

- Phần lớn sau phẫu thuật bụng được đặt ống thông dạ dày, mục đích là dẫn lưu dịch dạ dày ra ngoài để tránh trướng bụng, tránh nôn.
- Cần phải theo dõi xem dịch dạ dày có qua sonde ra ngoài hay không, tránh gập, tắc ống.
- Theo dõi số lượng màu sắc, tính chất của dịch dạ dày trong vòng 24 giờ (bình thường ở người lớn dịch dạ dày sẽ ra khoảng 1200ml đến 1500ml/24 giờ, dịch màu xanh trong).
- Nếu ống thông dạ dày ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thường ống thông dạ dày được rút khi có trung tiện. Với những trường hợp cắt nối đoạn ruột có nguy cơ bực miệng nối cao, những móm tá tràng đóng khó khăn trong cắt đoạn dạ dày, viêm phúc mạc nặng thì ống thông dạ dày để lâu hơn.

4.2.10. Chăm sóc ống dẫn lưu ổ bụng

- Phần lớn sau phẫu thuật bụng có đặt ống dẫn lưu ổ bụng, nhất là những trường hợp viêm phúc mạc.
- Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Cho nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
- Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
- Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.
- Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.

- Ống dẫn lưu thường được rút khi người bệnh có trung tiện. Trong trường hợp có miệng nổi tiêu hoá mà miệng nổi không an toàn thì ống dẫn lưu được đặt lâu hơn (5-7 ngày).

4.2.11. Chăm sóc tình trạng ổ bụng

- Theo dõi xem bụng có trướng hay không.
- Thường sau cắt dây thần kinh X, mổ tắc ruột dính, mổ viêm phúc mạc bụng trướng hơn những trường hợp mổ khác.
- Cần chống trướng bụng bằng cách cho vận động sớm, chăm sóc tốt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.
- Nếu sau mổ 4-5 ngày bụng trướng dần lên + đau khắp bụng cần phải báo cáo ngay với bác sĩ (có thể bị viêm phúc mạc thứ phát do bục miệng nối, trong mổ không đánh giá đúng tổn thương).

4.2.12. Theo dõi lượng dịch xuất nhập

- Cần phải theo dõi sát và ghi lại số lượng dịch đã nhận và số lượng dịch người bệnh đã thải ra :
 - + Dịch đưa vào: qua đường truyền, qua đường ăn uống.
 - + Dịch ra: qua nước tiểu, mồ hôi, hơi thở, qua phân, qua chuyển hoá cơ bản.
- Nếu lượng dịch vào – ra mất cân đối cần báo cáo với bác sĩ.

4.2.13. Chăm sóc đau

- Thường sau mổ, khi hết tác dụng của thuốc vô cảm người bệnh sẽ đau vết mổ.
 - + Xử trí: chườm lạnh vết mổ hoặc báo cáo lại với bác sĩ để cho thuốc giảm đau.
- Ngày thứ 2 và thứ 3 sau mổ, người bệnh đau bụng con, đó là dấu hiệu nhu động ruột trở lại, và chuẩn bị có trung tiện trở lại.
 - + Cần động viên và giải thích cho người bệnh về dấu hiệu này, khuyến khích vận động sớm để nhanh có trung tiện.
 - + Khi nào trung tiện được thì dấu hiệu này sẽ mất đi.
- Ngày thứ 4-5 sau mổ, nếu có đau vết mổ và sốt thì khả năng bị nhiễm trùng vết mổ.

4.2.14. Chăm sóc vết mổ

- Theo dõi xem vết mổ có bị chảy máu hay không ở những ngày đầu.
- Theo dõi xem vết mổ có bị nhiễm khuẩn hay không ở những ngày sau :
 - + Thường vết mổ nhiễm khuẩn ở ngày thứ 4-5 sau mổ
 - + Khi đã chẩn đoán là nhiễm khuẩn vết mổ thì cần cắt chỉ sớm, tách vết mổ cho dịch mủ thoát ra dễ dàng, có thể cắt chỉ cách quãng hay cắt toàn bộ.



Vết mổ nhiễm khuẩn nề đỏ

– Đối với vết mổ không nhiễm khuẩn:



Vết mổ không nhiễm khuẩn

- + Cắt chỉ vào ngày thứ 7
- + Đối với người già và trẻ em thì cắt chỉ muộn hơn (thường vào ngày thứ 9 – 10 sau mổ).

4.2.15. Chăm sóc dinh dưỡng

- Những ngày chưa có trung tiện: nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.
- Khi đã có trung tiện thì cho ăn từ lỏng tới đặc: sữa, súp, cháo, cơm nát, cơm.

4.2.16. Chăm sóc trung tiện

- Bình thường sau mổ từ 24-48 giờ người bệnh sẽ trung tiện.
- Nếu quá 72 giờ chưa trung tiện, được gọi là trung tiện muộn sau mổ.
- Để sớm trung tiện sau mổ, người điều dưỡng cần giúp người bệnh vận động sớm.
- Nếu trung tiện muộn sau mổ, cần phải giúp đỡ người bệnh nhanh trung tiện được bằng cách:

- + Vận động tích cực
- + Chống trướng bụng: chăm sóc tốt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn
- + Nếu khi phẫu thuật không can thiệp vào ống tiêu hoá cần báo cáo với bác sĩ.

4.2.17. Chăm sóc đại tiện

- Thường sau mổ 3-5 ngày người bệnh đi đại tiện được.
- Nếu quá 5 ngày không đi đại tiện được gọi là bí đại tiện sau mổ.
- Tránh bí đại tiện sau mổ bằng cách:
 - + Cho uống nhiều nước
 - + Cho ăn những thức ăn có tính chất nhuận tràng: đu đủ chín, chuối tiêu, khoai lang
 - + Cho vận động sớm.
- Nếu bí đại tiện sau mổ: thận nhẹ.
- Sau mổ có thể tiêu chảy do:
 - + Nhiễm khuẩn đường ruột
 - + Cắt ruột rộng

+ Loạn khuẩn do dùng nhiều kháng sinh.

Cần phải bồi phụ đủ nước và điện giải.

4.2.18. Chăm sóc vận động

- Người bệnh cần phải vận động sớm sau mổ khi có đủ điều kiện.
- Điều kiện vận động sau mổ:
 - + Người bệnh tỉnh lại
 - + Dấu hiệu sinh tồn bình thường, ổn định, không bị khó thở.
- Tác dụng của vận động sớm sau mổ:
 - + Phục hồi nhanh nhu động ruột
 - + Tránh viêm phổi, viêm đường tiết niệu
 - + Tránh viêm tắc tĩnh mạch
 - + Tránh loét, mảng mục.
- Trong 24 giờ đầu người điều dưỡng giúp người bệnh trở mình trên giường.
- Ngày thứ 2: cho ngồi dậy, vỗ rung lồng ngực.
- Ngày thứ 3: đỡ đi lại nhẹ nhàng trong phòng.
- Đối với người bệnh suy tim, suy hô hấp tránh cho vận động sớm.
- Khi đang vận động mà người bệnh có biểu hiện hoa mắt, chóng mặt thì phải cho nằm nghỉ ngay và kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn .
- Trước khi vận động cần giải thích, động viên để người bệnh yên tâm.
- Đối với người bệnh vận động lần đầu tiên, cần tránh thay đổi tư thế một cách đột ngột: nằm - ngồi, ngồi - đứng.

4.3. Đánh giá

4.3.1. Trước mổ

- Người bệnh đỡ hoặc hết đau bụng.
- Bụng đỡ trướng.
- Không nôn.
- Đỡ hoặc hết sốt.
- Chuẩn bị tốt trước mổ.

4.3.2. Sau mổ

- Không bị suy hô hấp sau mổ.
- Không bị chảy máu sau mổ.
- Đỡ trướng bụng.
- Ống thông dạ dày, ống thông bàng quang, dẫn lưu ổ bụng hoạt động tốt.
- Vết mổ không bị nhiễm khuẩn, không đau vết mổ.
- Người bệnh ăn uống tốt khi có chỉ định.
- Người bệnh an tâm điều trị và hợp tác với cán bộ y tế.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Sau mổ đề phòng tránh tụt lưỡi bằng cách đặt Canun – Mayor.		
2	Sau mổ cho nằm đầu ngửa để tránh trào ngược vào đường hô hấp khi nôn.		
3	Nếu vết mổ nhiễm trùng thì không được cắt chỉ sớm để tránh toác vết mổ.		
4	Người già sau mổ nằm lâu có thể viêm đường hô hấp, viêm đường tiết niệu.		
5	Sau mổ bị khó thở, cho người bệnh nằm đầu thấp.		
6	Nếu người bệnh được gây mê bằng phương pháp nội khí quản thì sau mổ cho nằm đầu ngửa tối đa.		
7	Sau mổ, cho người bệnh nằm nghiêng về phía ống dẫn lưu là tốt nhất.		
8	Vết mổ khâu kín da sẽ cắt chỉ sau 12 ngày.		
9	Nếu ống dẫn lưu ổ bụng ra dịch bất thường cần theo dõi tiếp, không cần báo lại với bác sĩ.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

10. Biến chứng xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau mổ là:

- A. Tắc ruột dính
- B. Chảy máu
- C. Viêm phổi
- D. Viêm đường tiết niệu.

11. Chăm sóc đúng nhất khi có bí tiểu tiện sau mổ:

- A. Chườm lạnh vùng hạ vị, nếu không được thì đặt thông niệu đạo – bàng quang
- B. Chườm nóng vùng hạ vị, nếu không được thì đặt thông niệu đạo – bàng quang
- C. Đặt thông niệu đạo – bàng quang
- D. Tiêm thuốc lợi tiểu.

12. Thời gian để chẩn đoán bí đại tiện sau mổ là:

- A. Không đại tiện từ 2 ngày trở lên
- B. Không đại tiện từ 3 ngày trở lên
- C. Không đại tiện từ 4 ngày trở lên
- D. Không đại tiện từ 5 ngày trở lên.

13. Thời gian để chẩn đoán bí tiểu tiện sau mổ là:

- A. Trên 6 giờ không tiểu tiện
- B. Trên 12 giờ không tiểu tiện
- C. Trên 18 giờ không tiểu tiện
- D. Trên 24 giờ không tiểu tiện.

14. Chế độ dinh dưỡng cho người bệnh sau mổ:

- A. Uống nước đường ngay sau mổ
- B. Cho ăn cơm khi có trung tiện
- C. Cho ăn từ lỏng tới đặc khi có trung tiện
- D. Cho ăn từ lỏng tới đặc khi có đại tiện.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

15. Biến chứng dẫn dạ dày cấp sau mổ: do sau mổ dạ dày chưa có nhu ...A..., người bệnh ăn uống....B...khi chưa có chỉ định làm dạ dày dẫn to.
16. Sau mổ, có nhiễm trùng vết mổ thì cần...A.... sớm, tách vết mổ cho...B...thoát ra dễ dàng.

Bài 5

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA CẤP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, triệu chứng chính của viêm ruột thừa cấp.*
2. *Trình bày được tiến triển và hướng xử trí của viêm ruột thừa cấp.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ viêm ruột thừa cấp.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm ruột thừa cấp là một bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gặp.
- Viêm ruột thừa cấp hay gặp ở tuổi vị thành niên và người trưởng thành. Khoảng 1/3 số người bệnh viêm ruột thừa cấp ở độ tuổi từ 17 đến 20, sau đó tần số này sẽ giảm dần. Rất ít gặp trường hợp viêm ruột thừa cấp ở trẻ em dưới 3 tuổi và lại càng hiếm gặp hơn ở trẻ em sơ sinh.
- Bệnh cần được chẩn đoán sớm, giải quyết kịp thời để tránh biến chứng. Hiện nay tỷ lệ biến chứng viêm ruột thừa còn cao.
- Khi đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp thì phải mổ cấp cứu.
- Người điều dưỡng ngoài chăm sóc tốt người bệnh còn phải tuyên truyền về bệnh để hạ thấp tỷ lệ biến chứng của viêm ruột thừa cấp.

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm ruột thừa cấp thường do ba nguyên nhân gây ra: lòng ruột thừa bị tắc, nhiễm trùng và tắc nghẽn mạch máu.

2.1. Tắc lòng ruột thừa

Do một số nguyên nhân sau:

- Do tế bào niêm mạc ruột thừa bong ra nút lại, hoặc do sỏi phân lọt vào lòng ruột thừa, do giun chui vào, do dây chằng đề gấp góc ruột thừa, hoặc do phì đại quá mức của các nang lympho.
- Co thắt ở góc hoặc đáy ruột thừa.
- Ruột thừa bị gấp do dính hoặc dây chằng.

2.2. Nhiễm trùng ruột thừa

- Sau khi bị tắc vi khuẩn trong lòng ruột thừa phát triển gây viêm.
- Nhiễm khuẩn ruột thừa do nhiễm trùng huyết, xuất phát từ các ổ nhiễm trùng nơi khác như: phổi, tai, mũi, họng... tuy vậy nguyên nhân này hiếm gặp.

2.3. Tắc nghẽn mạch máu ruột thừa

- Tắc lòng ruột thừa làm áp lực lòng ruột thừa tăng lên, gây tắc nghẽn các mạch máu nhỏ tới nuôi dưỡng thành ruột thừa gây rối loạn tuần hoàn.
- Nhiễm trùng: do độc tố của vi khuẩn Gram âm, gây tắc mạch hoặc có thể tắc mạch tiên phát.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng vùng hố chậu phải: đau âm ỉ, đau liên tục, tăng dần, có trường hợp đau dữ dội khi ruột thừa căng sấp vỡ hoặc giun chui vào ruột thừa. Nếu đến muộn, đã có viêm phúc mạc thì đau lan ra khắp ổ bụng.

Có một số trường hợp, lúc đầu đau ở vùng thượng vị hoặc đau quanh rốn, sau đó mới đau khu trú xuống hố chậu phải.

- Rối loạn tiêu hoá
- + Nôn hoặc buồn nôn.
- + Bí trung đại tiện khi viêm phúc mạc hoặc đại tiện phân lỏng.

3.2. Triệu chứng thực thể

- Nhìn bụng xẹp, di động theo nhịp thở.
- Sờ có phản ứng vùng hố chậu phải: khi thăm khám ấn vào vùng hố chậu phải các cơ co chống lại tay bác sĩ khám.
- Điểm Mac - Burney đau chói: là điểm giữa của đường nối từ gai chậu trước trên bên phải tới rốn.
- Thăm trực tràng: Ấn vào thành bên phải túi cùng, người bệnh đau trong trường hợp ruột thừa nằm trong tiểu khung.

3.3. Triệu chứng toàn thân

Có hội chứng nhiễm trùng biểu hiện:

- Mệt mỏi, chán ăn.
- Vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.
- Có sốt nhẹ $37,5^0$ đến $38,5^0$, khi sốt cao là ruột thừa đã nung mủ căng sấp vỡ hoặc đã vỡ.
- Nếu đến muộn đã có viêm phúc mạc, thể trạng suy sụp nhanh. Sốt cao, nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

3.4. Cận lâm sàng

- Làm xét nghiệm công thức máu, máu chảy, máu đông:
 - + Bạch cầu tăng từ 10.000 đến 15.000, song cần lưu ý có từ 10% đến 30% trường hợp số lượng bạch cầu không tăng.
 - + Bạch cầu đa nhân trung tính tăng ($> 80\%$).
- Siêu âm: thấy đường kính ruột thừa to hơn bình thường.

4. DIỄN BIẾN CỦA VIÊM RUỘT THỪA CẤP

4.1. Đám quánh ruột thừa

- Ruột thừa bị viêm, nhưng do sức đề kháng của cơ thể tốt và do dùng kháng sinh nên viêm bị dập tắt. Ruột thừa được mạc nối, các quai ruột, các tạng lân cận đến bọc lại, tạo thành một đám cứng ở hố chậu phải.

- Người bệnh cảm thấy đau nhẹ ở vùng hố chậu phải .
- Khám vùng hố chậu phải có một mảng cứng như mo cau ranh giới không rõ.

- Đây là trường hợp duy nhất không mổ cấp cứu, chỉ điều trị kháng sinh và theo dõi sau ba tháng hoặc sáu tháng khám lại, nếu khối viêm đó chuyển thành áp xe hoá thì mổ tháo mũ.

4.2. Áp xe ruột thừa

- Do ruột thừa viêm mũ được mạc nối, các quai ruột, các tạng lân cận đến bọc lại tạo thành ổ mũ ở hố chậu phải.

- Khám vùng hố chậu phải người bệnh đau, có một khối mềm.

- Xử trí: Mổ dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc, hoặc chọc hút mũ ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm.

4.3. Viêm phúc mạc toàn thể

Ruột thừa viêm mũ không được điều trị kịp thời, ruột thừa hoại tử vỡ mũ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể, đây là biến chứng nặng.

Xử trí: mổ cắt bỏ ruột thừa, dẫn lưu ổ bụng.

5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

- Khi chưa chẩn đoán chắc chắn là viêm ruột thừa cấp thì:

+ Không dùng thuốc kháng sinh

+ Không dùng thuốc giảm đau.

+ Không thực hiện tháo phân.

- Khi đã chẩn đoán chắc chắn là viêm ruột thừa cấp phải mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Nhận định tình trạng người bệnh

6.1.1. Trước mổ

- Toàn thân:

+ Xem có hội chứng nhiễm trùng không?

+ Tinh thần tỉnh hay mê mẫn.

+ Vẻ mặt có hốc hác, môi có khô, lưỡi có bẩn không?

+ Người bệnh sốt nhẹ hay sốt cao?

+ Nước tiểu có vàng không?

+ Bạch cầu có tăng không?

- Tại chỗ :

+ Đau bụng: đau từ khi nào? đau ở vị trí nào? đau âm ỉ hay đau dữ dội? đau liên tục hay đau thành từng cơn?

+ Có nôn hay không, nếu có thì nôn nhiều hay ít?

+ Hỏi người bệnh có bí trung tiện không?

- Người bệnh có chán ăn và có đầy bụng không?

- Bụng xẹp hay trướng?

6.1.2. Sau mổ

- Dấu hiệu sinh tồn: cần xem có còn sốt, mạch có nhanh không?

- Vết mổ: Có đau vết mổ không? xem vết mổ có bị chảy máu và bị nhiễm khuẩn không? nhất là những trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp có biến chứng. Nếu vết mổ có nhiễm khuẩn thì thường ngày thứ 3 hoặc thứ 4 người bệnh sẽ đau vết mổ.

- Lưu thông tiêu hoá: Người bệnh đã trung tiện chưa? Có nôn không? Có đau bụng không?

- Dinh dưỡng: Người bệnh đã ăn được gì? Ăn có ngon miệng không?

- Với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp có biến chứng: cần phải nhận định ống dẫn lưu.

Xem ống dẫn lưu được đặt ở đâu ra (đặt ở ổ áp xe trong trường hợp dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa, đặt trong ổ phúc mạc nếu mổ viêm phúc mạc ruột thừa hoặc dẫn lưu manh tràng trong trường hợp mổ ruột thừa có hoại tử gốc không khâu buộc được)? Số lượng màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài?

- Tư tưởng, hoàn cảnh kinh tế gia đình người bệnh?

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh sốt cao.

- Nhiễm trùng vết mổ.

- Vệ sinh thân thể kém.

- Nguy cơ đau đầu.

- Người bệnh lo lắng về bệnh.

6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Trước mổ

- Đối với trường hợp đang theo dõi viêm ruột thừa:

+ Không được tự ý tiêm thuốc giảm đau.

+ Theo dõi mức độ đau xem có đau tăng lên không.

+ Theo dõi sốt: sốt có giảm đi hay tăng lên.

+ Theo dõi số lượng bạch cầu.

+ Trong quá trình theo dõi, người điều dưỡng cần so sánh lần sau với lần trước để đánh giá sự tiến triển của bệnh.

+ Mục đích của việc theo dõi này là nhằm giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh.

- Đối với trường hợp đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp: chuẩn bị để người bệnh mổ cấp cứu càng sớm càng tốt. Công việc chuẩn bị giống như chuẩn bị mổ cấp cứu nói chung.

6.3.2. Sau mổ

- Đối với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng

+ Tư thế nằm: phần nhiều mổ viêm ruột thừa cấp được vô cảm bằng phương pháp gây tê tuỷ sống, vì vậy sau mổ người điều dưỡng cần cho người bệnh nằm đúng tư thế sau mổ để tránh các biến chứng của gây tê tuỷ sống.

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: theo dõi 1 giờ/ 1 lần, theo dõi trong vòng 12 giờ.

+ Chăm sóc vết mổ

Nếu vết mổ tiến triển tốt thì không cần thay băng hoặc hai ngày thay băng một lần. Cắt chỉ sau 7 ngày.

+ Chăm sóc về dinh dưỡng

Sau 6 đến 8 giờ mà người bệnh không nôn thì cho uống nước đường, sữa.

Khi có nhu động ruột cho ăn cháo, súp trong vòng 2 ngày, sau đó cho ăn uống bình thường.

+ Chăm sóc vận động:

- Cho người bệnh vận động sớm khi có đủ điều kiện
- Ngày đầu cho nằm thay đổi tư thế
- Ngày thứ hai cho ngồi dậy và đi lại.

- Trường hợp mổ ruột thừa có biến chứng: thường do ruột thừa vỡ, dẫn đến viêm phúc mạc hay áp xe ruột thừa.

+ Tư thế nằm: khi người bệnh tỉnh cho nằm tư thế Fowler, nghiêng về phía có đặt dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.

+ Chăm sóc ống dẫn lưu.

- Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng. Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
- Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.
- Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
- Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
- Nếu ống dẫn lưu để phòng ngừa thì thường được rút khi có trung tiện, muộn nhất là sau 48 – 72 giờ.
- Nếu ống dẫn lưu ở ổ áp xe ruột thừa: rút chậm hơn. Khi có chỉ định rút thì rút từ từ, mỗi ngày rút bớt 1 – 2 cm đến khi dịch ra trong(dịch tiết) thì có thể rút bỏ hẳn.

+ Chăm sóc vết mổ

Nếu vết mổ nhiễm trùng: cắt chỉ sớm để dịch mủ thoát ra được dễ dàng (đối với trường hợp mổ viêm ruột thừa cấp đã có biến chứng thì vết mổ hay bị nhiễm khuẩn). Nếu vết mổ không khâu da, điều dưỡng thay băng hằng ngày. Khi vết mổ có tổ chức hạt phát triển tốt (không có mủ, nền đỏ, dễ chảy rớm máu): cần báo lại với bác sĩ để khâu da thì hai.

+ Dinh dưỡng:

- Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.

- Theo dõi biến chứng sau mổ của viêm ruột thừa và viêm phúc mạc ruột thừa:

+ Chảy máu trong ổ bụng: do tuột động mạch treo ruột thừa, chảy máu từ những chỗ bóc tách manh tràng ra khỏi thành bụng sau trong trường hợp cắt ruột thừa sau manh tràng, chảy máu từ mạch của mạc nối lớn. Người bệnh có hội chứng mất máu, nếu có ống dẫn lưu thì máu sẽ theo ống dẫn lưu ra ngoài. Tính chất của máu là màu hồng, đôi khi có dây máu.

+ Chảy máu ở thành bụng: gây tụ máu ở thành bụng là nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, toác vết mổ và thoát vị thành bụng sau mổ.

+ Viêm phúc mạc sau mổ :

- Viêm phúc mạc khu trú: do mổ lau chưa sạch hoặc bục gốc ruột thừa. Thường người bệnh có hội chứng nhiễm trùng rõ, đôi khi có hội chứng tắc ruột hoặc bán tắc ruột, nếu còn ống dẫn lưu thì thấy mủ hoặc dịch tiêu hoá chảy qua ống đó ra ngoài.
- Viêm phúc mạc toàn thể: do lau rửa mổ chưa sạch hoặc ổ áp xe vỡ ra hoặc bục gốc ruột thừa dịch tiêu hoá lan tràn khắp ổ bụng. Người bệnh có hội chứng viêm phúc mạc rõ.

+ Rò manh tràng.

Manh tràng rò dính sát vào thành bụng làm dịch tiêu hoá và phân trực tiếp rò ra ngoài, không gây nên biến chứng viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể.

+ Nhiễm trùng thành bụng:

- Vết mổ tấy đỏ tụ máu ở dưới, làm người bệnh luôn thấy vết mổ căng đau.
- Áp xe thành bụng: khám thấy một khối tròn căng đầy vết mổ phồng lên, sưng, nóng, đỏ, đau.
- Toác thành bụng: gây lòi ruột.

- Đối với trường hợp đám quánh ruột thừa: khi ra viện, hướng dẫn người bệnh lúc về nhà nếu có đau lại hố chậu phải, sốt thì phải đến viện khám lại ngay.

6.3.3. Giáo dục sức khỏe

- Giáo dục cho cộng đồng hiểu biết về viêm ruột thừa cấp để có ý thức đến viện sớm khi có các triệu chứng của bệnh.

- Đối với người bệnh đã mổ viêm ruột thừa cấp, đặc biệt là viêm ruột thừa cấp đã có biến chứng viêm phúc mạc, cách phòng, chống biến chứng tắc ruột sau mổ là:

- + Tránh ăn nhiều chất xơ
- + Tránh gây rối loạn tiêu hoá
- + Nếu đau bụng cơn và nôn, đến viện khám lại ngay.

6.4. Đánh giá

- Chuẩn bị tốt trước mổ.
- Sau mổ: người bệnh tiến triển tốt, không có nhiễm khuẩn vết mổ.
- Sức khoẻ người bệnh nhanh hồi phục.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Cần thay băng hằng ngày cho vết mổ không khâu da sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa cấp.		
2	Viêm ruột thừa cấp thường có sốt nhẹ.		
3	Điểm Mac – Burney là điểm giữa của đường nối từ gai chậu tới rốn.		
4	Bạch cầu lympho thường tăng cao trong viêm ruột thừa cấp.		
5	Mọi người bệnh sau mổ viêm ruột thừa cấp đều phải đặt dẫn lưu ổ phúc mạc.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

6. Biểu chứng sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa gặp sau mổ ở ngày thứ 3 đến ngày thứ 4 là:

- A. Chảy máu vết mổ
- B. Toác vết mổ
- C. Nhiễm trùng vết mổ
- D. Bọc máu vết mổ.

7. Khi đã chẩn đoán chắc chắn là viêm ruột thừa cấp ở tuyến cơ sở cần:

- A. Tiêm thuốc giảm đau, chuyển kịp thời lên tuyến có điều kiện phẫu thuật
- B. Chuyển lên tuyến có điều kiện phẫu thuật
- C. Dùng kháng sinh
- D. Thụt tháo, chuyển lên tuyến có điều kiện phẫu thuật.

8. Khi đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp ở tuyến có điều kiện phẫu thuật cần:

- A. Điều trị nội khoa
- B. Mổ cấp cứu
- C. Mổ bán cấp cứu
- D. Mổ có kế hoạch.

9. Biểu chứng sau mổ không phải của viêm ruột thừa cấp là:

- A. Bọc miệng nối
- B. Rò manh tràng
- C. Viêm phúc mạc sau mổ
- D. Chảy máu.

10. Vết mổ không khâu da sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa có tổ chức hạt mọc tốt khi :

- A. Nền màu trắng, dễ chảy rớm máu
- B. Nền màu đỏ, dễ chảy rớm máu
- C. Nền màu trắng, không chảy rớm máu
- D. Nền màu đỏ, không chảy rớm máu.

11. Ống dẫn lưu ổ bụng sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa thường rút muộn nhất sau thời gian.

- A. 12 đến 24 giờ
- B. 24 đến 48 giờ
- C. 48 đến 72 giờ
- D. 72 đến 96 giờ.

12. Điều trị ngoại khoa áp xe ruột thừa là:
- A. Dẫn lưu ổ áp xe thành bụng trước
 - B. Dẫn lưu ổ áp xe ngoài ổ phúc mạc
 - C. Dẫn lưu ổ áp xe trong ổ phúc mạc
 - D. Dẫn lưu ổ áp xe sau ổ phúc mạc.
13. Tính chất đau trong đám quánh ruột thừa là :
- A. Đau dữ dội
 - B. Đau từng cơn
 - C. Đau nhẹ
 - D. Đau lan lên ngực.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

14. Đám quánh ruột thừa là ruột thừa bị viêm nhưng do sức...A... của cơ thể tốt và do người bệnh dùng...B....nên viêm bị dập tắt.
15. Sau mổ viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng người bệnh không nên thì cho uống nước đường, sữa sau...A...giờ.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Nguyễn Văn A vào viện với triệu chứng đau bụng vùng hố chậu phải, sốt và đã được mổ cắt ruột thừa, sau mổ ngày thứ 4. Hiện tại người bệnh có hội chứng nhiễm trùng, sốt, đau vết mổ, ăn ngủ kém, trung tiện được, bụng xẹp mềm, vết mổ nề đỏ.

16. Biến chứng nào sau đây gặp ở người bệnh Nguyễn Văn A:
- A. Liệt ruột sau mổ
 - B. Viêm phổi sau mổ
 - C. Nhiễm trùng vết mổ
 - D. Rò manh tràng sau mổ.
17. Công việc chăm sóc nào sau đây đúng nhất với người bệnh trên:
- A. Đặt sonde dạ dày
 - B. Cắt chỉ cách quãng, tách mép vết mổ
 - C. Đặt sonde hậu môn
 - D. Cho người bệnh nằm nghỉ.

Bài 6
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẮC RUỘT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, triệu chứng chính và hướng xử trí tắc ruột*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ tắc ruột.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc ruột là đình chỉ lưu thông của các chất trong lòng ruột như hơi, nước và các chất bã.
- Tắc ruột là một hội chứng, không phải là một bệnh.
- Cần hồi sức tốt cho người bệnh chủ yếu bằng truyền dịch để khôi phục lại cân bằng nước, điện giải.
- Điều trị tắc ruột là giải quyết nguyên nhân gây tắc, tái lập lại sự lưu thông bình thường của ruột.
- Chăm sóc người bệnh sau mổ tắc ruột có ý nghĩa lớn đối với kết quả điều trị.
- Tắc ruột được chia làm hai loại, đó là tắc ruột cơ học và tắc ruột cơ năng. Tắc ruột cơ năng thường được điều trị nội khoa, vì vậy trong bài này chỉ đề cập đến tắc ruột cơ học.

2. NGUYÊN NHÂN TẮC RUỘT CƠ HỌC

2.1. Tắc ruột do bít

- Do giun đũa dồn thành búi chặt hoặc lỏng mà mức độ tắc sẽ xảy ra dữ dội hoặc bán tắc, thường gặp ở trẻ từ 5 đến 14 tuổi.
- Do bã thức ăn, thường gặp ở người già, trẻ nhỏ.
- Do khối u trong lòng ruột, gặp trong u ruột non hoặc u đại tràng.
- Do dị tật bẩm sinh gây chít hẹp lòng ruột.
- Do các khối u trong ổ bụng đè vào như u mạc treo, u nang buồng trứng.
- Do dính ruột sau mổ: gặp nhiều sau mổ viêm phúc mạc.
- Do sỏi mật từ đường mật rơi xuống.

2.2. Tắc ruột do thắt

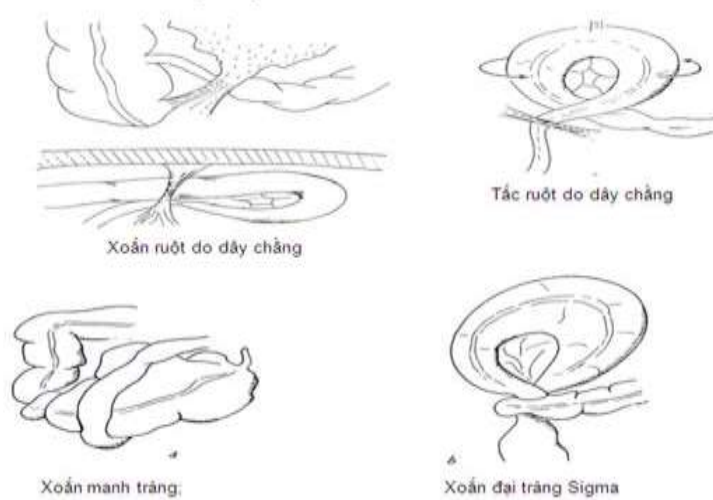
- Do xoắn ruột.
- Do lồng ruột (lồng ruột cấp ở trẻ em).
- Do thoát vị nghẹt như thoát vị bẹn, thoát vị đùi.

3. TRIỆU CHỨNG TẮC RUỘT CƠ HỌC

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng :
 - + Đau bụng thành từng cơn.
 - + Đau tăng dần.

- + Con đau mau dần.
- + Con đau thường xuất phát từ vị trí tắc.



- Nôn: lúc đầu nôn ra thức ăn cũ, sau nôn ra dịch mật.
- Bí trung đại tiện:
 - + Bí trung tiện thường xuyên khi tắc ruột hoàn toàn
 - + Bí trung tiện thất thường trong trường hợp bán tắc ruột.

3.2. Triệu chứng toàn thân

- Người bệnh đến sớm, toàn thân chưa bị ảnh hưởng nhiều.
- Nếu đến muộn, mất nước điện giải nhiều không được bồi phụ đủ có thể bị sốc do giảm khối lượng tuần hoàn. Có hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc nếu có viêm phúc mạc do hoại tử ruột.
- Trái lại, nếu người bệnh đến sớm nhưng đau dữ dội kèm theo rối loạn tuần hoàn trầm trọng: mạch nhanh, huyết áp hạ, tinh thần hoảng hốt, sốt cao ($> 38^{\circ}\text{C}$) thường nghĩ tới tắc ruột do nghẹt ruột.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn:
 - + Nếu đến sớm bụng chưa trương lắm, nếu đến muộn thì bụng trương căng.
 - + Bụng thường trương đều.
 - + Nhìn bụng có dấu hiệu rắn bò, có hình quai ruột nổi.
- Sờ:
 - + Có thể thấy nguyên nhân gây tắc như búi giun, khối lồng, khối u.
 - + Có thể thấy phản ứng thành bụng trong trường hợp hoại tử ruột.
- Gõ: thấy trống ở vùng cao, đục ở vùng thấp.
- Nghe: đôi khi thấy dấu hiệu lọc sọc trong tắc ruột do bít.
- Thăm trực tràng thấy rỗng hoặc sờ thấy khối u trực tràng phân thấp hoặc có thể chạm vào khối lồng khi lồng ruột tới quá muộn. Cũng có thể nguyên nhân gián tiếp của tắc ruột như có máu theo tay trong trường hợp lồng ruột cấp ở trẻ em.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- X quang: Chụp ổ bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng thấy hình mức nước, mức hơi.



Hình ảnh mức hơi – mức nước

- Xét nghiệm máu:
+ Urê máu: tăng
+ Điện giải đồ: ion Na, Clo giảm
+ Công thức máu: bạch cầu có thể tăng khi nhiễm khuẩn, hồng cầu tăng do cô đặc máu.

4. HƯỚNG XỬ TRÍ

Nguyên tắc là phải hồi sức trước mổ, điều chỉnh các rối loạn toàn thân, sau đó mới mổ để giải thoát sự tắc nghẽn và xử trí các thương tổn ruột nếu có.

4.1. Chuẩn bị trước mổ

- Đặt sonde dạ dày hút dịch để dạ dày ruột non đỡ trướng, người bệnh dễ thở hơn, để ruột được nuôi dưỡng tốt hơn. Từ đó tạo sự dễ dàng cho phẫu thuật và tránh dịch tiêu hoá tràn vào đường thở lúc gây mê.
- Bôi hoàn nước điện giải.
- Dùng kháng sinh đường ruột.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nước tiểu 24 giờ.
- Trong trường hợp tắc ruột do thắt phải chuẩn bị khẩn trương để phẫu thuật, đề phòng nghẹt ruột gây hoại tử.

4.2. Điều trị ngoại khoa

- Giải quyết nguyên nhân gây tắc.
- Làm xẹp ruột.
- Lập lại lưu thông đường tiêu hoá. Nếu có hoại tử ruột thì cắt đoạn ruột hoại tử, nối với hai đầu ruột cắt tùy theo tình trạng người bệnh, tùy theo tổn thương giải phẫu bệnh mà có thể nối hai đầu ruột lại với nhau hay dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

5.1.1. Trước mổ

- Toàn thân.
- + Tình trạng mất nước :
 - Quan sát người bệnh xem về mặt có hốc hác không?
 - Mắt có trũng, môi có khô không?
 - Da có giữ nếp nhăn hay không?
 - Dấu hiệu sinh tồn: mạch có nhanh, huyết áp có tụt hay không?
- + Tình trạng nhiễm trùng – nhiễm độc do viêm phúc mạc do hoại tử ruột:
 - Tinh thần người bệnh có tỉnh không?
 - Quan sát xem người bệnh da có xanh tái không? Về mặt có hốc hác, môi có khô, lưỡi có bẩn không?
 - Dấu hiệu sinh tồn: Mạch có nhanh và có sốt cao không?
 - Người bệnh có đi tiểu được không? Nếu có thì số lượng bao nhiêu?
- Con đau: Hỏi người bệnh xem đau âm ỉ hay đau dữ dội? Đau từng cơn hay đau liên tục? Đau vị trí nào trên ổ bụng?
- Nôn: Xem người bệnh nôn từ bao giờ? Nôn nhiều hay ít? Nôn có liên quan với cơn đau không? Nôn ra thức ăn hay dịch mật? Dịch nôn ra có màu vàng và có hôi không?
- Hỏi xem người bệnh có trung, đại tiện được không?
- Quan sát xem bụng có trướng không? Có dấu hiệu rắn bò, có hình quai ruột nổi không?

5.1.2. Nhận định sau mổ

- Nhận định toàn trạng:
 - + Xem người bệnh đã tỉnh chưa?
 - + Xem có dấu hiệu mất nước? (mất nước là do nôn nhiều, ứ đọng dịch trong lòng ruột, trong ổ bụng)? Có dấu hiệu nhiễm trùng– nhiễm độc không? (nhiễm trùng – nhiễm độc gặp trong viêm phúc mạc do hoại tử ruột).
 - + Nhận định về dấu hiệu sinh tồn?
- Nhận định vết mổ: xem vết mổ có bị chảy máu, có bị nhiễm khuẩn không?
- Nhận định về lưu thông tiêu hoá: xem đã trung tiện, đại tiện chưa?
- Quan sát xem bụng trướng hay xẹp?
- Nhận định về số lượng nước tiểu?

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh có sốc.
- Người bệnh đau bụng dữ dội liên tục.
- Người bệnh sốt cao.
- Nguy cơ trướng bụng nhiều sau mổ.
- Nguy cơ suy hô hấp.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Trước mổ

Chuẩn bị người bệnh trước mổ cấp cứu, ngoài ra còn phải làm những công việc sau:

- Đặt ống hút dịch dạ dày ngay và hút liên tục để chống trướng bụng.
- Truyền dịch tốt để bồi phụ nước điện giải chống mất nước.
- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương (bình thường từ 8-12cm nước).
- Theo dõi kỹ lượng nước xuất nhập. Đặt thông tiểu. Bình thường lượng nước tiểu trong 1 giờ từ 50-60 ml.
- Làm vệ sinh sạch sẽ da vùng mổ.

5.3.2. Sau mổ

- Bảo đảm thông khí:
 - + Nếu người bệnh còn mê, cần đặt đầu nghiêng về một bên để phòng bị nôn thì chất nôn không lọt vào đường hô hấp.
 - + Đặt ống Canun – Mayor để tránh tụt lưỡi.
 - + Hút đờm dãi nếu có để tránh tắc nghẽn đường thở.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn: đề phòng chưa bồi phụ đủ nước điện giải sau mổ, nhất là trong ngày đầu sau mổ.
- Theo dõi số lượng nước tiểu đề phòng do thiếu nước, điện giải, đề phòng suy thận.
- Đặt ống hút dịch dạ dày:
 - + Hút ngắt quãng để lấy bớt dịch ứ đọng, nhất là trong trường hợp khâu nối ruột cần phải làm bớt trướng bụng để bảo vệ miệng nối và làm cho miệng nối mau lành.
 - + Thường ống hút dạ dày để lưu cho đến khi người bệnh có trung tiện.
 - + Cần phải theo dõi xem bụng có đỡ trướng không và phải ghi lại số lượng dịch dạ dày, giúp cho công tác hồi sức được tốt.
- Trong quá trình truyền dịch cần đảm bảo tốc độ truyền chính xác. Nhất là người già yếu, người mắc bệnh tim mạch, bệnh hô hấp mạn tính, người điều dưỡng cần theo dõi kỹ, tránh truyền dịch quá nhanh.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh.
- Chăm sóc vết mổ:
 - + Thay băng vết mổ hằng ngày.
 - + Trong những ngày đầu cần theo dõi chảy máu vết mổ, từ ngày thứ ba trở đi cần theo dõi xem vết mổ có bị nhiễm trùng không.
 - + Nếu vết mổ không nhiễm trùng thì cắt chỉ vào ngày thứ bảy sau mổ.
 - + Nếu vết mổ nhiễm khuẩn thì cắt chỉ ngay để cho dịch, mủ thoát ra được dễ dàng.
- Chăm sóc ống dẫn lưu: cần phải đảm bảo nguyên tắc dẫn lưu vô khuẩn tránh nhiễm khuẩn ngược dòng:
 - + Theo dõi dịch chảy qua ống dẫn lưu về số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Thường dẫn lưu được rút khi người bệnh có trung tiện.

- Chăm sóc ống thông niệu đạo – bàng quang: cần đảm bảo nguyên tắc vô trùng để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng. Nếu người bệnh ổn định cần rút ống dẫn lưu sớm.

– Trong trường hợp sau mổ tắc ruột mà có dẫn lưu ruột hoặc có hậu môn nhân tạo thì phải chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng cách. Khuyến người bệnh nằm nghiêng về phía hậu môn nhân tạo để tránh phân tràn qua vết mổ.

- Chăm sóc vận động sau mổ:

+ Khi người bệnh tỉnh, xoay trở lại trên giường, cho nằm tư thế Fowler, vỗ lưng, khuyến khích ho, khạc, thở sâu ngừa biến chứng viêm phổi sau mổ.

+ Ngày thứ hai cho ngồi dậy và tập đi lại.

- Dinh dưỡng: cung cấp năng lượng và bồi phụ nước điện giải sau mổ tắc ruột cơ học là vấn đề quan trọng vì người bệnh nhịn ăn uống trong những ngày trước mổ, cộng thêm nôn và hút dịch dạ dày sau mổ.

+ Khi chưa có nhu động ruột nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

+ Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc. Tránh uống nước có ga, trái cây hay sữa sớm, vì dễ lên men gây trướng hơi trong ruột.

5.3.3. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn người bệnh tập thở bụng.

- Tránh rối loạn tiêu hoá.

- Tránh ăn nhiều chất xơ.

- Vận động, lao động nhẹ nhàng.

- Khi nào đau bụng cơn + nôn cần đến viện khám lại.

5.4. Đánh giá

- Người bệnh đỡ đau bụng và không nôn.

- Đỡ trướng bụng cơn.

- Chuẩn bị tốt trước mổ.

- Chăm sóc tốt sau mổ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

TT	CÂU	Đ	S
1	Tắc ruột cơ học tắc càng cao nôn càng muộn.		
2	Trong bán tắc ruột luôn có bí trung tiện.		
3	Tắc ruột cơ học bị mất nước điện giải do nôn nhiều.		
4	Đặt Canun Mayor sau mổ tắc ruột cơ học để tránh tụt lười.		

5	Sau mổ tắc ruột cơ học cần cho ngồi dậy ngay sau khi tỉnh.		
6	Ống hút dịch dạ dày sau khi mổ tắc ruột cơ học thường để lưu cho đến khi có trung tiện trở lại.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

7. Vấn đề cần nhận định đối với tắc ruột cơ học có mất nước: A. Mắt có trũng, môi có khô không?
 B. Lưỡi có bản không?
 C. Da có xanh tái không?
 D. Bụng có trướng không?
8. Nguyên nhân gây tắc ruột do bít là :
 A. Xoắn ruột B. Thoát vị bẹn nghẹt
 C. Khối u trong lòng ruột D. Lòng ruột cấp.
9. Nguyên nhân gây tắc ruột do thắt là:
 A. Nghẹt ruột do dây chằng B. Do bã thức ăn
 C. Do dính ruột D. Do giun đũa.
10. Tính chất đau bụng do tắc ruột cơ giới do bít:
 A. Đau bụng dữ dội B. Đau bụng âm ỉ
 C. Đau bụng liên tục D. Đau bụng cơn.
11. Chăm sóc điều dưỡng trong tắc ruột cơ học trước mổ:
 A. Cho uống nước đường B. Hút dịch dạ dày
 C. Thụt tháo phân D. Cho vận động.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

12. Nhận định về lưu thông tiêu hoá sau mổ tắc ruột cơ học: xem người bệnh đã...A..., đại tiện chưa.
13. Theo dõi vết mổ sau tắc ruột cơ học: trong những ngày đầu cần theo dõi...A....vết mổ, từ ngày thứ ba trở đi cần theo dõi xem vết mổ có bị....B....không.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Thị B vào viện với lý do đau bụng cơn + nôn + bí trung tiện. Khám người bệnh tỉnh táo, không sốt, dấu hiệu sinh tồn bình thường và ổn định. Bụng trướng căng có hình quai ruột nổi, có dấu hiệu rắn bờ.

14. Chẩn đoán nào sau đây đúng với người bệnh B:
 A. Viêm ruột thừa cấp B. Thủng dạ dày – tá tràng
 C. Tắc ruột cơ giới D. Viêm tụy cấp.
15. Công việc chăm sóc nào sau đây của người điều dưỡng cần làm ngay cho người bệnh.
 A. Cho thở oxy
 B. Tiêm thuốc kháng sinh theo y lệnh
 C. Truyền dịch cho người bệnh
 D. Đặt sonde dạ dày chống trướng bụng.

Bài 7
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁT VỊ BỆN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được đặc điểm giải phẫu ống bẹn và phân loại thoát vị bẹn.*
2. *Nêu được triệu chứng, hướng xử trí thoát vị bẹn.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người thoát vị bẹn.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Thành bụng vùng bụng dưới có những điểm yếu tự nhiên, qua đó có thể hình thành những túi phình chứa ruột, mạc nối lớn được gọi là các túi thoát vị. Hai loại thoát vị ở vùng này là: thoát vị bẹn và thoát vị đùi.

- Thoát vị bẹn gặp ở nam nhiều hơn nữ, khác với thoát vị đùi chủ yếu gặp ở nữ giới.
- Người bệnh vào viện chủ yếu là bị thoát vị bẹn nghẹt.
- Việc chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn của người điều dưỡng cần nhẹ nhàng, tế nhị.

2. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ỐNG BỆN

2.1. Ống bẹn: là ống nằm trong các lớp cân cơ vùng bẹn, chứa thừng tinh ở nam và dây chằng tròn ở nữ. Hướng đi của ống bẹn từ sau ra trước, từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong, dài khoảng 4 - 5 cm.

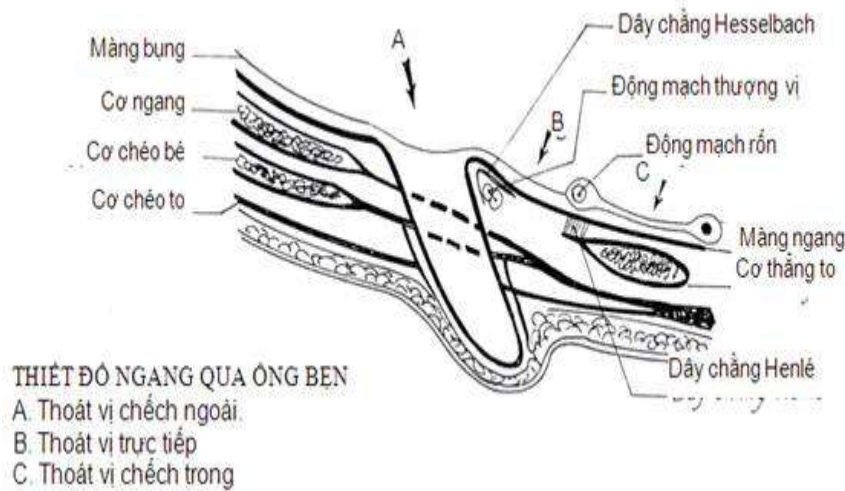
- Có hai lỗ bẹn
 - + Lỗ bẹn ngoài (lỗ bẹn nông): thường lọt ngón tay trở, phía ngoài có cột trụ ngoài, phía trong có cột trụ trong và phía trong sau có cột trụ sau của cơ chéo to, bờ trên có thớ hình cung làm tròn lỗ bẹn ngoài.
 - + Lỗ bẹn trong (lỗ bẹn sâu): phía trên ngoài là gân kết hợp, phía dưới trong là cung đùi và dây chằng Hesselbach, lỗ bẹn trong nằm ngoài động mạch thượng vị.
- Thành của ống bẹn: thành trước bên ngoài là ba cơ rộng của bụng, thành sau trong là mạc ngang và dây chằng Hesselbach, thành dưới là cung đùi, thành trên là gân kết hợp.

2.2. Ống phúc tinh mạc:

Ống phúc tinh mạc được tạo thành do sự di chuyển của tinh hoàn từ trong ổ bụng về phía bìu trong thời kỳ bào thai. Trong quá trình di chuyển tinh hoàn đội phúc mạc lên. Bình thường trong tháng đầu sau khi đẻ ống này tắc lại và phần tận cùng phía ngoài không dính tạo thành màng tinh hoàn.

Khi ống này không tắc (hoàn toàn hoặc không hoàn toàn: đầu trong không tắc) sẽ tạo nên thoát vị bẹn chéo ngoài bẩm sinh.

3. PHÂN LOẠI THOÁT VỊ BỆN



3.1. Thoát vị bẹn gián tiếp

Thoát vị bẹn gián tiếp gồm hai thể:

- Thoát vị bẹn gián tiếp bẩm sinh: được hình thành trong điều kiện ống phúc tinh mạc vẫn còn tồn tại sau khi sinh. Bình thường sau khi sinh hoặc chậm nhất sau khi sinh từ 6 tháng đến 1 năm, ống phúc tinh mạc sẽ tắc lại thành dây xơ Cloquet. Đặc biệt của loại thoát vị này là:

+ Thoát vị chui qua lỗ bẹn sâu đi vào ống bẹn và thoát ra ở lỗ bẹn nông để xuống bìu.

+ Túi thoát vị và thờng tinh cùng nằm trong một bao xơ chung.

- Thoát vị bẹn gián tiếp mắc phải: túi thoát vị nằm ngoài bao xơ thờng tinh

3.2. Thoát vị bẹn trực tiếp

Loại thoát vị này thường xảy ra ở người lớn tuổi, cơ thành bụng nhẽo, túi thoát vị không đi qua lỗ bẹn sâu và tất nhiên là không đi qua ống bẹn.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng thoát vị bẹn

- Triệu chứng cơ năng:

+ Người bệnh cảm thấy tức nặng ở vùng bẹn bìu.

+ Người bệnh đứng lâu, chạy nhảy hoặc làm việc nặng: khối phòng to lên, nằm nghỉ khối phòng nhỏ lại hoặc mất hẳn.

+ Khi đang vận động mà nội dung thoát vị tụt xuống đột ngột thì người bệnh sẽ đau dữ dội, lúc đó người bệnh phải nằm xuống thì mới thấy đỡ đau.

- *Triệu chứng thực thể*: khám ở tư thế đứng sau chuyển sang nằm:

+ Nhìn:

- Thấy vùng bẹn bìu phòng to.

- Thở tích khối phồng to lên khi tăng áp lực ổ bụng (khi ho, rặn, nhảy). Thở tích khối phồng nhỏ đi khi nằm nghỉ ngơi.

+ Sờ nắn:

- Không đau khi sờ nắn vào khối phồng
- Mật độ khối phồng mềm
- Để người bệnh nằm xuống, dùng tay bóp dồn khối phồng từ búi ngược lên trên về phía ổ bụng, có thể làm xẹp khối phồng, đôi khi đẩy khối phồng lên thấy tiếng “lọc sọc” điển hình của hơi và nước trong lòng ruột.
- Sờ thấy lỗ bẹn ngoài rộng, có thể đút lọt ngón tay, khi đó yêu cầu người bệnh ho, rặn sẽ thấy nội dung thoát vị chạm vào đầu ngón tay.

- *Triệu chứng toàn thân*: không có gì đặc biệt.

4.2. Triệu chứng thoát vị bẹn nghẹt

Người bệnh đến khám bệnh vì đau, vì tắc ruột do ruột sa xuống túi thoát vị, bị cổ bao thoát vị bóp nghẹt, gây ra hội chứng tắc ruột cấp tính và có nguy cơ hoại tử ruột.

- *Triệu chứng cơ năng*:

+ Đau dữ dội vùng bẹn búi, đau ngày một tăng, đau liên tục. Điểm đau khu trú ở cổ túi thoát vị.

+ Nôn, buồn nôn.

+ Bí trung đại tiện.

- *Thực thể*:

+ Ấn vào khối phồng rất đau. Có một điểm đau chói, tương ứng với cổ bao thoát vị (chỗ gây nghẹt ruột).

+ Khối thoát vị căng, không bóp thu nhỏ được.

+ Thở tích khối thoát vị không thay đổi khi tăng áp lực ổ bụng hay khi nằm nghỉ ngơi.

+ Có thể có hội chứng tắc ruột.

+ Có thể có hội chứng viêm phúc mạc nếu nội dung thoát vị bị hoại tử.

- *Toàn thân*:

+ Giai đoạn đầu: toàn thân không thay đổi, không sốt

+ Giai đoạn muộn: tình trạng sốc, nhiễm trùng- nhiễm độc do hoại tử ruột.

5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

- Thoát vị bẹn: Mở theo kế hoạch, bóc bỏ bao thoát vị tái lập thành bụng.

- Thoát vị bẹn nghẹt: Mở cấp cứu giải phóng nội dung thoát vị, tái lập thành bụng, nếu có hoại tử ruột thì cắt đoạn ruột hoại tử.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

6.1.1. Trước mổ

- Toàn thân

Người bệnh có hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc không? Tinh thần, vẻ mặt, có sốt cao không? Nước tiểu nhiều hay ít? Bạch cầu có tăng không? (trường hợp này gặp trong thoát vị bẹn nghẹt đã có biến chứng viêm phúc mạc do hoại tử ruột).

- Tại chỗ.

Hỏi người bệnh về thời gian xuất hiện của khối phòng: khối phòng xuất hiện lúc còn nhỏ tuổi hay gần đây mới có?

+ Nhận định đau: Cần hỏi xem vị trí đau ở đâu? Đau nhiều hay ít, đau liên tục hay đau thành cơn?

+ Khối thoát vị ở vị trí nào? to hay nhỏ?

+ Khối thoát vị có lên được ổ bụng khi ta đẩy lên không?

+ Khối thoát vị có thay đổi thể tích khi tăng áp lực ổ bụng hay khi nằm nghỉ ngơi không?

+ Người bệnh có hội chứng tắc ruột không: có đau bụng cơn, có nôn, có bí trung tiện không? Xem bụng có trướng không? Có dấu hiệu rắn bò, có hình quai ruột nổi không?

6.1.2. Nhận định sau mổ

- Nhận định về dấu hiệu sinh tồn?

- Xem vết mổ có bị chảy máu, có bị nhiễm khuẩn không?

- Có bí tiểu tiện không?

- Nhận định về lưu thông tiêu hoá: người bệnh trung tiện, đại tiện chưa? Nếu đã đại tiện có táo bón không?

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Đau nhiều vùng bẹn.

- Người bệnh sốt cao.

- Nguy cơ bí đại tiện sau mổ.

- Nguy cơ táo bón.

- Nguy cơ thoát vị bẹn tái phát.

6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tư thế ngay sau mổ:

+ Trường hợp mổ thoát vị bẹn vô cảm bằng gây tê tuỷ sống (thường mổ trong trường hợp mổ thoát vị bẹn chưa có biến chứng hoại tử ruột): Sau mổ người điều dưỡng cần cho người bệnh nằm đúng tư thế để tránh các biến chứng của gây tê tuỷ sống. Tư thế này được duy trì ít nhất là 12 giờ sau mổ.

+ Trường hợp mổ thoát vị bẹn gây mê nội khí quản (thường mổ trong trường hợp thoát vị bẹn nghẹt đã có hoại tử ruột): cho nằm ngửa kê cao vai, đầu nghiêng về một bên để tránh trường hợp người bệnh nôn, chất nôn không lọt vào đường hô hấp.

- Chăm sóc dấu hiệu sinh tồn:

+ Với thoát vị bẹn chưa có biến chứng: theo dõi dấu hiệu sinh tồn ngày hai lần.

+ Với thoát vị bẹn đã có biến chứng: tùy theo mức độ tổn thương, tùy tình trạng sức khoẻ người bệnh để lập kế hoạch theo dõi dấu hiệu sinh tồn cho phù hợp.

- Chăm sóc vết mổ:
 - + Nếu vết mổ khô, thay băng ngày một lần hoặc hai ngày một lần, cắt chỉ sau 7 ngày.
 - + Nếu vết mổ thấm ứ máu hoặc có nhiễm khuẩn: thay băng và cần đánh giá vết mổ, người điều dưỡng cần ghi hồ sơ.
 - Đối với trường hợp sau mổ có ho nhiều: cần báo cáo lại với bác sĩ cho thuốc điều trị ho và hướng dẫn người bệnh khi ho phải lấy tay ôm chỗ mổ cho bớt đau.
 - Chăm sóc tiểu tiện: theo dõi xem có bí tiểu tiện không, nếu có thì người điều dưỡng xử trí như sau: cho vận động sớm khi có đủ điều kiện, chườm ấm vùng hạ vị, châm cứu...
 - Chăm sóc đại tiện:
 - + Khi đã có chỉ định ăn, uống: động viên uống nhiều nước, ăn thức ăn có tính chất nhuận tràng để tránh táo bón như đu đủ chín, chuối tiêu (vì nếu táo bón khi người bệnh đi đại tiện làm tăng áp lực ổ bụng có thể làm bục chỉ chỗ khâu).
 - + Hướng dẫn người bệnh vệ sinh sạch sẽ vùng hậu môn sau mỗi lần đại tiện.
 - Chăm sóc về dinh dưỡng:
 - + Với mổ thoát vị bẹn chưa có biến chứng: Từ 6 -8 giờ sau mổ mà người bệnh không nôn thì cho uống nước đường, sữa. Ngày hôm sau ăn cháo, cơm.
 - + Với mổ thoát vị bẹn đã có biến chứng.
 - + Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
 - + Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.
 - Chăm sóc vận động:
 - + Ngày thứ hai cho ngồi dậy.
 - + Ngày thứ 4-5 sau mổ cho rời khỏi giường, tập đi lại.
 - + Đối với người bệnh có thành bụng yếu, suy nhược hay nhiều mỡ, người già cho ngồi dậy và đi đứng muộn hơn.
 - Theo dõi biến chứng sau mổ:
 - + Chảy máu: hay gặp nhất là chảy máu dưới da quanh đường rạch, có khi máu lan toả xuống tận bìu. Cần phải theo dõi xem khối máu tụ có to ra và lan xa không. Nếu có, cần báo lại với bác sĩ (có trường hợp bác sĩ phải can thiệp lấy bỏ khối máu tụ nếu quá lớn).
 - + Rách thủng bàng quang: bụng đau và trướng dần. Nếu có ống dẫn lưu niệu đạo - bàng quang thì nước tiểu qua sonde ít và có màu đỏ.
 - + Sưng, teo tinh hoàn: do mạch nuôi tinh hoàn hoặc đường dẫn bạch huyết bị thắt. Cũng có thể do khâu đóng lỗ bẹn trong quá khít làm tắc nghẽn thừng tinh. Theo dõi thấy vài ngày đầu tinh hoàn sưng to lên, sau đó có thể teo nhỏ. Cũng có khi tinh hoàn trở lại bình thường nhờ các mạch bên phụ mới xuất hiện.
 - + Tai biến khâu vào ruột hoặc thủng ruột: sau mổ có biểu hiện viêm phúc mạc.
 - + Tai biến thần kinh: cần theo dõi hiện tượng mất cảm giác hoặc tê bì ở vùng bẹn, bìu, đùi.

- + Nhiễm trùng vết mổ.
- Giáo dục sức khỏe:
 - + Đối với trường hợp thoát vị bẹn chưa phẫu thuật cần:
 - Lao động nhẹ nhàng tránh nội dung thoát vị xuống nhiều
 - Khi nào thấy đau dữ dội vùng bẹn, bìu, nôn, bí trung tiện cần đến viện ngay.
 - + Cần dặn dò người bệnh những việc cần phải thực hiện để tránh thoát vị bẹn tái phát và khi có dấu hiệu tái phát cần đến viện khám lại:
 - Cần ăn thức ăn tránh táo bón.
 - Trong tháng đầu sinh hoạt, lao động nhẹ nhàng.
 - Tránh đi xe đạp trong vòng 2 tuần đầu sau mổ.
 - Tránh làm việc nặng trong 2-3 tháng đầu sau mổ.
 - Nếu thấy các triệu chứng cũ xảy ra (bẹn, bìu to lên, đau vùng bẹn) đến viện khám lại.

6.4. Đánh giá

- Người bệnh đỡ đau bụng hơn trước mổ nếu là thoát vị bẹn nghẹt.
- Chuẩn bị tốt người bệnh trước mổ.
- Sau mổ vết mổ không chảy máu, không nhiễm khuẩn.
- Sau mổ không bí đại, không táo bón.
- Không bị thoát vị bẹn tái phát.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Thoát vị bẹn nghẹt không bao giờ có hội chứng tắc ruột.		
2	Thoát vị bẹn nghẹt là nguyên nhân gây nên tắc ruột cơ học.		
3	Khi khám thoát vị bẹn sẽ thấy lỗ bẹn nông hẹp không đút lọt ngón tay.		
4	Thoát vị bẹn cần phải mổ cấp cứu.		
5	Thể tích khối thoát vị bẹn nghẹt thay đổi khi tăng áp lực ổ bụng.		
6	Đối với thoát vị bẹn nghẹt cần phải nhận định xem người bệnh có hội chứng nhiễm trùng – nhiễm độc không.		
7	Phải theo dõi dấu hiệu sinh tồn 1 giờ/ lần sau mổ thoát vị bẹn chưa có biến chứng ở ngày thứ hai.		
8	Cần tránh lao động nặng trong vòng 6 tháng đầu sau mổ thoát vị bẹn.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

9. Tính chất khối phòng trong thoát vị bẹn nghẹt là:
- A. Thể tích thay đổi khi tăng áp lực ổ bụng
 - B. Thể tích không thay đổi khi tăng áp lực ổ bụng

C. Thở tích thay đổi khi đứng.

10. Tính chất đau trong thoát vị bẹn:

- A. Đau khi chạy nhảy
- B. Đau khi đi lại
- C. Đau khi ngồi
- D. Đau khi nằm.

11. Trong thoát vị bẹn thể tích khối thoát vị sẽ nhỏ đi khi:

- A. Nằm nghỉ
- B. Tăng áp lực ổ bụng
- C. Ho
- D. Đứng.

12. Đặc điểm đau trong thoát vị bẹn nghẹt là:

- A. Đau liên tục
- B. Đau cơn
- C. Đau khi thay đổi tư thế
- D. Chỉ đau khi đứng hoặc ngồi.

13. Thời gian tránh đi xe đạp sau mổ thoát vị bẹn là:

- A. Trong vòng 2 tuần đầu
- B. Trong vòng 4 tuần đầu
- C. Trong vòng 6 tuần đầu
- D. Trong vòng 8 tuần đầu.

14. Người bệnh sau mổ thoát vị bẹn cần tránh táo bón với mục đích:

- A. Chống chảy máu vết mổ
- B. Chống đau bụng
- C. Chống trướng bụng
- D. Chống bực chỉ.

15. Biến chứng sau mổ không phải của thoát vị bẹn là:

- A. Chảy máu
- B. Rách, thủng bàng quang
- C. Đứt niệu quản
- D. Sưng, teo tinh hoàn.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

16. Đối với sau mổ thoát vị bẹn, nếu ho nhiều cần dùng tay ôm lấy....A... cho đỡ đau.

17. Với mổ thoát vị bẹn chưa có biến chứng: từ.....A.... giờ sau mổ mà người bệnh không nôn thì cho uống nước đường, sữa.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Hoàng Văn K vào viện trong tình trạng đau vùng bẹn, bìu bên phải dữ dội hai ngày, nôn nhiều và sốt. Thăm khám thấy bụng trướng, nắn đau. Vùng bẹn bìu bên phải có khối phòng to nắn rất đau, thể tích khối phòng không thay đổi khi nằm nghỉ ngơi.

18. Công việc cần làm của người điều dưỡng là:

- A. Chuẩn bị mổ cấp cứu
- B. Chuẩn bị mổ có kế hoạch
- C. Chuẩn bị mổ bán cấp cứu
- D. Theo dõi thêm.

19. Người bệnh trên đã được phẫu thuật ổn định và có chỉ định xuất viện. Người điều dưỡng cần dặn dò vấn đề gì về chế độ ăn:

- A. Ăn nhiều bữa, mỗi bữa ít một
- B. Ăn bình thường
- C. Cần tránh ăn nhiều vào buổi sáng
- D. Cần tránh ăn thức ăn gây táo bón.

Bài 8

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÙNG DẠ DÀY CẤP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, triệu chứng chính của thủng dạ dày cấp.*
2. *Nêu được diễn biến, hướng điều trị thủng dạ dày cấp.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh dạ dày cấp.*

1. ĐẠI CƯƠNG

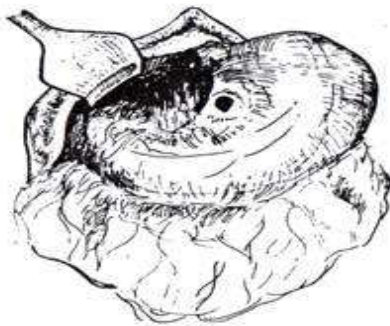
- Thủng dạ dày cấp là một cấp cứu ngoại khoa. Bệnh cần được chẩn đoán sớm, mổ kịp thời.

- Nếu bệnh được chẩn đoán sớm và mổ kịp thời thì tiên lượng tốt, tỷ lệ tử vong khoảng 0,5% đến 1%. Nếu để muộn, tình trạng viêm phúc mạc nặng thì tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong khá cao từ 10% đến 15%.

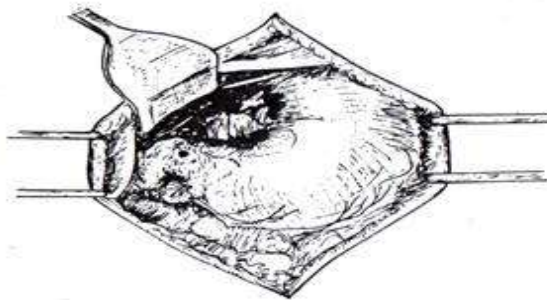
- Về giới: nam gặp nhiều hơn nữ.

2. NGUYÊN NHÂN

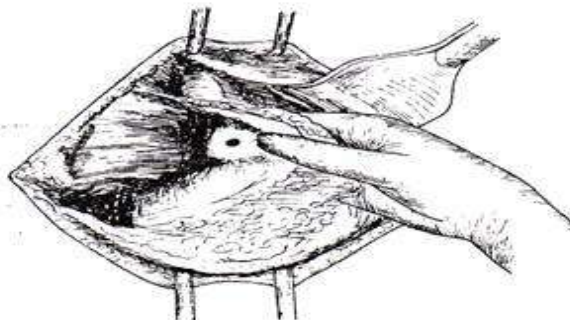
- Thủng do loét dạ dày - tá tràng mạn tính.
- Thủng do ung thư dạ dày.
- Thủng do loét miệng nổi.



Lỗ thủng ở bờ cong nhỏ



Lỗ thủng ở hành tá tràng



Lỗ thủng ở mặt sau dạ dày

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng:
 - + Đau bụng đột ngột, đau dữ dội, đau như dao đâm vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức. Người bệnh phải nằm gập người lại hoặc nằm phủ phục, không nằm thẳng duỗi chân ra được.
 - + Đau liên tục không ngớt.
 - + Đau lan lên vai, ngực, xuyên ra sau lưng và đau lan ra khắp ổ bụng.
- Nôn hoặc buồn nôn: rất ít khi thủng dạ dày cấp có nôn. Tuy nhiên, một số vừa thủng, vừa chảy máu, người bệnh nôn ra máu thì đó là trường hợp nặng.
- Bí trung đại tiện: do thủng dẫn đến viêm phúc mạc, gây liệt ruột.

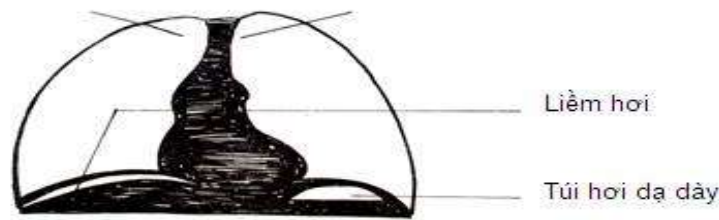
3.2. Triệu chứng thực thể

- Co cứng thành bụng: biểu hiện co cứng toàn bộ thành bụng trước, co cứng liên tục, ngoài ý muốn.
- Nhìn bụng không di động theo nhịp thở (vì đau nên người bệnh không dám thở mạnh). Hai cơ thẳng to nổi rõ.
- Nắn bụng căng cứng như gỗ nếu đến sớm. Nếu đến muộn bụng nắn mềm hơn.
- Cảm ứng phúc mạc: rất rõ, điển hình, ấn vào chỗ nào trên thành bụng trước người bệnh cũng kêu đau.
- Gõ bụng vang, vùng đục trước gan mất, gõ đục vùng thấp.
- Thăm trực tràng túi cùng Douglas phồng và đau.

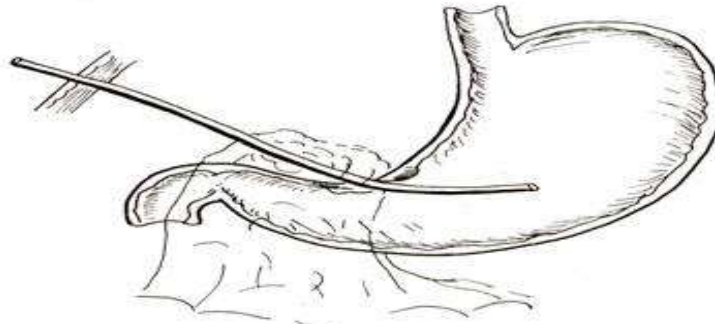
3.3. Triệu chứng toàn thân

- Ngay sau khi thủng thường có biểu hiện sốc: mặt xanh tái vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, chân tay lạnh. Những biểu hiện này thoáng qua, người bệnh hồi phục dần.
- Nếu đến muộn, trong tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng, người bệnh trong tình trạng sốc thực sự.

3.4. Cận lâm sàng



Liêm hơi dưới cơ hoành



Phẫu thuật Newman

- X quang: Chụp phim thẳng và ở tư thế đứng, thấy có hình liềm hơi dưới cơ hoành hai bên, hình ảnh này chỉ có ở 80% thủng dạ dày cấp.

- Xét nghiệm máu:

+ Urê máu: tăng

+ Điện giải đồ: ion Na, Clo giảm

+ Công thức máu: bạch cầu có thể tăng khi nhiễm khuẩn do viêm phúc mạc.

4. DIỄN BIẾN

4.1. Viêm phúc mạc toàn thể

- Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm thì sau 12- 24 giờ sẽ tiến triển thành viêm phúc mạc toàn thể.

- Nếu để muộn hơn nữa, người bệnh lâm vào tình trạng trụy mạch, nước tiểu ít, có khi vô niệu. Người bệnh chết trong tình trạng trụy tim mạch do sốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

4.2. Viêm phúc mạc khu trú: hiếm gặp hơn

Đây là những trường hợp đến viện vào ngày thứ 4, thứ 5, sau một cơn đau dữ dội và đột ngột các triệu chứng giảm dần. Người bệnh ngủ được, bớt sốt, trung tiện được. Bụng mềm hơn nhưng vẫn còn đau và có phản ứng dưới bờ sườn, hai hố chậu. Lưỡi bẩn, mất ngủ, mạch nhanh 110 – 120 lần/ phút, sốt cao, mặt hốc hác.

4.3. Ổ áp xe

Ổ áp xe thường hình thành 1 hay 2 tuần sau khi thủng nhưng cũng có khi sớm hơn. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe khu trú xung quanh dạ dày, hố chậu hay tiểu khung, nhưng thường gặp hơn cả là áp xe dưới cơ hoành.

4.4. Áp xe dưới cơ hoành

Khi thăm khám thấy bờ sườn dô lên, phù nề, các tĩnh mạch nổi rõ. Triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt, gầy mòn, suy nhược. Áp xe có thể vỡ vào màng phổi hay phổi, vỡ vào ruột hay theo đường máu gây áp xe gan, lách, khớp, tĩnh mạch... Nhưng thường hay vỡ vào ổ bụng, gây viêm phúc mạc toàn thể.

5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

- Trước mổ: phải hồi sức tích cực bằng truyền dịch, nếu đã chẩn đoán chắc chắn là thủng dạ dày cấp; cho thuốc giảm đau, hút dạ dày liên tục, đặc biệt với những người bệnh ở xa trung tâm phẫu thuật, thời gian vận chuyển lâu.

- *Chú ý:*

+ Nhịn ăn, nhịn uống

+ Không thụt tháo phân.

- Sau khi hồi sức, hoàn thành thủ tục thì mổ cấp cứu.

- Phẫu thuật:

+ Khâu lỗ thủng đơn thuần: đa phần được xử trí theo phương pháp này.

+ Cắt đoạn dạ dày: áp dụng trong trường hợp đến sớm, thể trạng khỏe mạnh, thủng xa bữa ăn, ổ bụng sạch, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức tốt.

+ Khâu lỗ thủng và cắt dây X.

+ Thủ thuật Newman: áp dụng cho những trường hợp lỗ thủng to, xơ chai không khâu được.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Nhận định tình trạng người bệnh

6.1.1. Nhận định trước mổ

- Toàn thân:

+ Xem người bệnh có bị sốc không?

Hội chứng này thường gặp ở những giờ đầu sau thủng do đau gây nên.

+ Xem có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc không?

Cần quan sát xem mặt người bệnh có hốc hác không? Môi có khô và lưỡi có bẩn không? Số lượng nước tiểu nhiều hay ít, nước tiểu có màu vàng không?

- Hội chứng này gặp ở thủng dạ dày đến muộn do viêm phúc mạc gây nên.

+ Nhận định về dấu hiệu sinh tồn: xem mạch có nhanh nhỏ, huyết áp có tụt, có nhịp thở nhanh nông hay không? Có sốt không?

- Tại chỗ:

+ Nhận định cơn đau.

Hỏi người bệnh xem bắt đầu đau từ bao giờ? Vị trí đau? Đau dữ dội hay đau âm ỉ? Đau liên tục hay đau thành cơn? Đau có lan đi đâu không?

Người điều dưỡng phải ghi vào hồ sơ để giúp bác sĩ theo dõi diễn biến của bệnh.

+ Nhận định nôn: xem người bệnh có bị nôn không? Nếu có nôn thì nôn nhiều hay ít, nôn ra chất gì?

+ Có bí trung đại tiện không?

6.1.2. Nhận định sau mổ

- Nếu trước mổ có nhiễm trùng - nhiễm độc thì sau mổ có còn hiện tượng này không?
 - Người bệnh tỉnh hay chưa tỉnh?
 - Có đau vết mổ không? Vết mổ có bị chảy máu, có bị nhiễm khuẩn không?
 - Nhận định tình trạng ổ bụng: xem bụng có trướng không?
 - Cần xem ống dẫn lưu phúc mạc, ống dẫn lưu dạ dày có hoạt động tốt không? Nhận định về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu?
 - Nhận định lưu thông tiêu hoá: xem trung tiện, đại tiện được chưa?
 - Về dinh dưỡng: cần xem người bệnh đã ăn uống được gì?
- Nhận định về tư tưởng của người bệnh, hoàn cảnh kinh tế gia đình, những bệnh mạn tính trước đây thường gặp?

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh sốc.
- Đau bụng dữ dội vùng thượng vị.
- Nhiễm trùng - nhiễm độc.
- Người bệnh trướng bụng.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.

6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Trước mổ

Thủng dạ dày cấp phải được điều trị bằng phẫu thuật cấp cứu. Thường thời gian chuẩn bị mổ rất ngắn, vì vậy người điều dưỡng cần khẩn trương chuẩn bị như chuẩn bị người bệnh trước mổ cấp cứu, ngoài ra còn phải thực hiện một số công việc sau:

- Đặt ống hút dịch dạ dày và hút hết dịch trong dạ dày, để làm hạn chế dịch dạ dày qua lỗ thủng vào trong ổ bụng và chống trướng bụng giúp cho người bệnh dễ thở.
- Không được tiêm các thuốc giảm đau trong thời gian theo dõi để chẩn đoán.
- Truyền dịch và tiêm thuốc theo y lệnh.
- Dùng kháng sinh trước mổ theo y lệnh.
- Đặt ống thông tiểu để kiểm soát tình trạng nước xuất nhập nếu người bệnh trong tình trạng sốc.

6.3.2. Sau mổ

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn
 - + Nếu khó thở, nhịp thở tăng, điều dưỡng phải kiểm tra đường hô hấp xem có cản trở nào không và cho thở oxy.
 - + Nếu mạch nhanh dần, huyết áp giảm dần phải báo ngay với bác sĩ (để phòng sốc do mất máu).
- Ống hút dịch dạ dày: phải theo dõi thường xuyên tránh tắc nghẽn, cần cho hút ngắt quãng. Không được rút sớm ống hút dạ dày, chỉ rút khi có nhu động ruột.

- Theo dõi tình trạng ổ bụng. Nếu ngày thứ 4 - 5 sau mổ mà bụng trướng, kèm theo có đau khắp bụng, bí trung đại tiện, toàn thân có nhiễm trùng thì cần báo ngay với bác sĩ (thường do viêm phúc mạc thứ phát, do bục nơi khâu lỗ thủng).

- Chăm sóc ống dẫn lưu:

+ Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

+ Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.

+ Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu

+ Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.

+ Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.

+ Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.

+ Ống dẫn lưu thường được rút khi có trung tiện.

- Chăm sóc ống thông niệu đạo – bàng quang: sau mổ ống dẫn lưu niệu đạo – bàng quang cần được rút sớm để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

- Chăm sóc vết mổ:

+ Đảm bảo thay băng vô khuẩn

+ Bình thường cắt chỉ vào ngày thứ 7

Đối với người già, suy dinh dưỡng, thành bụng yếu thì cắt chỉ muộn hơn (ngày thứ 10).

- Dinh dưỡng:

+ Khi chưa có nhu động ruột, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

+ Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.

- Trường hợp cắt đoạn dạ dày:

+ Điều dưỡng cần theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, vì người bệnh chịu một phẫu thuật lớn trong điều kiện mổ cấp cứu, thời gian chuẩn bị ngắn, vì vậy dễ có tai biến xảy ra.

+ Theo dõi sát ống hút dịch dạ dày: nếu thấy có máu tươi cần báo ngay với bác sĩ.

+ Khi người bệnh được ăn uống: những ngày đầu cần ăn thức ăn loãng, dễ tiêu, ăn làm nhiều bữa trong ngày (6 – 8 bữa). Sau đó theo thời gian cho giảm dần số bữa, tăng dần về số lượng trong một bữa để tránh hội chứng dạ dày bé.

- Nếu cắt dây thần kinh X, nổi vị tràng, người điều dưỡng cần theo dõi ống hút dạ dày kỹ hơn, tránh trướng bụng.

- Theo dõi các biến chứng:

+ Sốc: thường do giảm khối lượng tuần hoàn, do đau.

+ Nôn: thường xảy ra trong những giờ đầu, trong trường hợp ống hút dịch dạ dày không hoạt động tốt, người bệnh thường nôn ra dịch nâu đen. Cần cho nằm đầu nghiêng về một bên để chất nôn không lọt vào đường hô hấp.

+ Chảy máu nơi khâu lỗ thủng hoặc miệng nối: thường nôn ra máu tươi.

+ Biến chứng phổi: nhất là ở người bệnh già yếu.

+ Nhiễm trùng vết mổ.

6.3.3. Giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn, uống khi xuất viện.

- Ăn lỏng dễ tiêu, giàu dinh dưỡng. Giai đoạn đầu ăn nhiều bữa trong ngày, nhất là trường hợp cắt đoạn dạ dày (6 đến 8 bữa), mỗi bữa ăn với số lượng ít. Sau đó giảm dần số bữa và tăng số lượng mỗi bữa.

- Hạn chế ăn, uống các chất kích thích (rượu, chè, cà phê, ớt, nước có ga...).

- Khi xuất hiện các dấu hiệu bất thường (đau bụng dữ dội, nôn, nôn ra máu) cần đến bệnh viện ngay.

6.4. Đánh giá

- Người bệnh được hồi sức tốt trước mổ.

- Chuẩn bị tốt trước mổ.

- Người bệnh được chăm sóc tốt sau mổ.

- Sau mổ không có biến chứng xảy ra.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Cần cho người bệnh sau mổ thủng dạ dày ăn sớm khi chưa có trung tiện.		
2	Đặt ống hút dạ dày liên tục trước mổ thủng dạ dày cấp.		
3	Sau mổ thủng dạ dày cấp ống dẫn lưu Douglas được rút sau 5 ngày		
4	Loét miệng nối dạ dày hồng trắng là nguyên nhân của thủng dạ dày cấp.		
5	Đối với thủng dạ dày đến sớm, nắn bụng người bệnh mềm.		
6	Cần nhận định trước mổ người bệnh thủng dạ dày cấp xem có hội chứng nhiễm trùng– nhiễm độc không.		
7	Trong thủng dạ dày cấp vùng đục trước gan không mất.		
8	Cần phải tiêm thuốc giảm đau cho bệnh nhân trong thời gian theo dõi thủng dạ dày cấp.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

9. Nguyên nhân thường gặp nhất trong thủng dạ dày cấp: A. Ung thư dạ dày

B. Loét miệng nối

C. Viêm miệng nối

D. Loét dạ dày – hành tá tràng.

10. Chụp ổ bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng đối với thủng dạ dày cấp thấy:

- A. Mức nước, mức hơi
 - B. Liềm hơi dưới cơ hoành
 - C. Mờ toàn ổ bụng
 - D. Mờ vùng thấp.
11. Khi đã chẩn đoán chắc chắn thủng dạ dày cấp thì không được làm:
- A. Thụt tháo phân
 - B. Dùng kháng sinh
 - C. Dùng thuốc giảm đau
 - D. Hút dịch dạ dày.
12. Phương pháp điều trị ngoại khoa hay được sử dụng nhất trong thủng dạ dày cấp là:
- A. Cắt đoạn dạ dày
 - B. Khâu lỗ thủng
 - C. Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X
 - D. Khâu lỗ thủng và nối vị tràng.
13. Triệu chứng co cứng thành bụng trong thủng dạ dày cấp: A. Co cứng liên tục, theo ý muốn
- B. Co cứng từng cơn, ngoài ý muốn
 - C. Co cứng liên tục, ngoài ý muốn
 - D. Co cứng từng cơn, theo ý muốn.
14. Thời gian để thủng dạ dày cấp tiến triển thành viêm phúc mạc toàn thể:
- A. 6 đến 8 giờ
 - B. 8 đến 10 giờ
 - C. 12 đến 24 giờ
 - D. 24 đến 48 giờ.
15. Tính chất đau trong thủng dạ dày cấp:
- A. Đau âm ỉ, liên tục
 - B. Đau thành cơn dữ dội
 - C. Đau dữ dội liên tục
 - D. Đau xuyên xuống dưới.
16. Ống hút dịch dạ dày sau mổ thủng dạ dày cấp được rút khi: A. Bụng hết trướng
- B. Không còn nôn
 - C. Không sốt
 - D. Đã trung tiện.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

17. Cần đặt ống hút dịch dạ dày và hútA....trong dạ dày, để làm hạn chế dịch dạ dày qua lỗ thông vào trong ổ bụng.

18. Sau mổ thủng dạ dày cấp, nếu ống hút dịch dạ dày ra...A.....cần báo ngay cho bác sĩ.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Văn M vào viện trong tình trạng đau bụng dữ dội thượng vị, bí trung tiện, bụng cứng như gỗ, chụp X quang có hình liềm hơi dưới cơ hoành và đã được mổ cấp cứu sau mổ ngày thứ 7. Hiện tại người bệnh tỉnh, không sốt, ngủ được, bụng không trướng, vết mổ khô liền sẹo, ăn kém.

19. Trước mổ người bệnh M mắc bệnh:

- A. Viêm ruột thừa cấp
- B. Viêm tụy cấp
- C. Tác ruột cơ giới
- D. Thủng dạ dày cấp.

20. Chăm sóc nào sau đây được ưu tiên cho người bệnh M:

- A. Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn thường xuyên
- B. Tập vận động cho người bệnh
- C. Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh
- D. Vệ sinh cá nhân thường xuyên.

Bài 9

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHÚC MẠC

MỤC TIÊU

1. *Nêu nguyên nhân, triệu chứng viêm phúc mạc*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ viêm phúc mạc*

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phúc mạc là một cấp cứu ngoại khoa, do vi khuẩn, hoá chất xâm nhập vào ổ phúc mạc. Hậu quả của viêm phúc mạc rất nặng nề, gây nhiều biến chứng phức tạp. Vì vậy, người bệnh cần phải được điều trị kịp thời và chăm sóc chu đáo.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Viêm phúc mạc nguyên phát

Đây là loại nhiễm khuẩn trực tiếp của phúc mạc từ đường máu, đường bạch mạch, thường do liên cầu, phế cầu, trực khuẩn lao. Những trường hợp này khi chẩn đoán chắc chắn thì điều trị nội khoa, không ổn định mới can thiệp phẫu thuật.

2.2. Viêm phúc mạc thứ phát

Thường xảy ra sau các bệnh lý của các cơ quan trong ổ bụng. Những trường hợp này cần phải can thiệp ngoại khoa:

- Do thủng đường tiêu hoá như thủng dạ dày, thủng ruột.
- Do thủng đường mật như hoại tử túi mật thủng, hoại tử đường mật do sỏi và do viêm đường mật.
- Do vỡ ổ áp xe, hay ổ nhiễm trùng trong ổ bụng như viêm ruột thừa vỡ, áp xe gan vỡ.
- Do các biến chứng sau phẫu thuật vào ống tiêu hoá, vào đường mật.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: đau khắp bụng, đau liên tục, đau tăng dần. Khởi điểm đau, vị trí đau tùy nguyên nhân gây bệnh.

Ví dụ:

+ Viêm phúc mạc do thủng dạ dày: đau bụng dữ dội vùng thượng vị, sau đó đau lan ra khắp ổ bụng.

+ Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa hoại tử: đau bụng âm ỉ vùng hố chậu phải, sau vài ngày ruột thừa vỡ đau khắp ổ bụng.

+ Viêm phúc mạc mật: lúc đầu đau vùng hạ sườn phải, sau đó đau khắp ổ bụng.

+ Viêm phúc mạc do tắc ruột hoại tử ruột: lúc đầu đau bụng từng cơn, khi ruột hoại tử thì đau khắp ổ bụng và đau liên tục.

- Nôn: Thường nôn nhiều dẫn đến mất nước điện giải.

- Bí trung đại tiện: do tác nhân gây viêm phúc mạc dẫn đến liệt ruột. Có một số trường hợp đại tiện lỏng.

3.2. Triệu chứng toàn thân

- Có biểu hiện nhiễm trùng:
 - + Vẻ mặt hốc hác.
 - + Môi khô, lưỡi bẩn.
 - + Thường sốt cao 38°C đến 39°C.
- Có biểu hiện nhiễm độc:
 - + Da xanh tái.
 - + Lờ đờ, thờ ơ với ngoại cảnh.
- Những trường hợp đến muộn thường có sốc.
 - + Mạch nhanh nhỏ khó bắt.
 - + Huyết áp tụt.
 - + Chân tay lạnh, vã mồ hôi.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn bụng trướng, nếu đến muộn bụng trướng căng.
- Nắn bụng có phản ứng thành bụng.
- Gõ bụng vang vùng trướng, đục vùng thấp.
- Thăm trực tràng, âm đạo túi cùng Douglas phỏng đau.
- Chọc dò ổ bụng có dịch, mủ.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp ổ bụng thấy khung đại tràng giãn, nhiều hơi.
- Tuỳ từng nguyên nhân gây viêm phúc mạc có thể thấy:
 - + Hình ảnh mức nước, mức hơi trong bệnh tắc ruột hoại tử.
 - + Hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành trong bệnh thủng dạ dày - tá tràng, hoặc thủng ruột.
- Siêu âm ổ bụng phát hiện nguyên nhân gây viêm phúc mạc:
 - + Có thể thấy hình ảnh sỏi ống mật chủ trong viêm phúc mạc mật.
 - + Có thể thấy hình ảnh viêm túi mật trong viêm phúc mạc do hoại tử túi mật...

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Nhận định người bệnh

- Trước mổ:
 - + Nhận định thể trạng người bệnh: gầy hay béo, có suy kiệt hay không?
 - + Có hội chứng nhiễm trùng nhiễm – độc không?
 - + Có biểu hiện mất nước không?
 - + Nhận định về trung, đại tiện ?
 - + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
 - + Nhận định về ổ bụng có trướng không, nắn có đau không?
 - + Nhận định về nôn: số lần, số lượng, tính chất dịch nôn.

- Sau mổ:
 - + Phải xem người bệnh mổ đã được bao lâu rồi?
 - + Có đau vết mổ không?
 - + Có ngủ được không?
 - + Dinh dưỡng ra sao?
 - + Trung đại tiện thế nào?
 - + Nhận định tình trạng ổ bụng sau mổ thế nào? Có trướng không? Vết mổ thế nào?

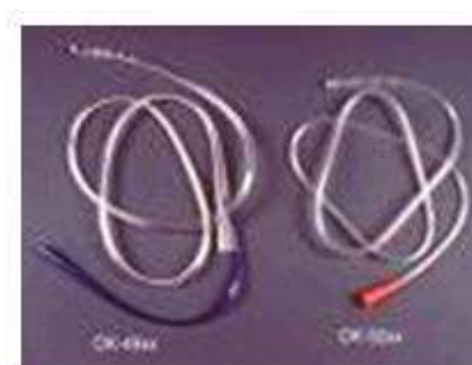
Liên tốt hay nhiễm trùng?

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh bị sốt.
- Mất nước.
- Có nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn.
- Người bệnh trướng bụng.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.

4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Trước mổ: Chuẩn bị để mổ cấp cứu:
 - + Nhịn ăn, nhịn uống.
 - + Không được thụt tháo phân.
 - + Đặt ống hút dạ dày.



Sonde hút dịch dạ dày

- + Hồi sức bằng truyền dịch theo y lệnh.
- Sau mổ:
 - + Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn.
 - + Chống trướng bụng, khó thở bằng cách nằm tư thế thích hợp, đặt ống hút dạ dày liên tục cho tới khi có trung tiện. Tập vận động sớm để chống có nhu động ruột, đặt sonde hậu môn.



Sonde hậu môn

- + Truyền dịch nuôi dưỡng, bồi phụ nước điện giải theo y lệnh.
- + Chống nhiễm trùng vết mổ : Thay băng vô khuẩn vết mổ hằng ngày.
- + Nếu vết mổ nhiễm trùng tấy đỏ cắt chỉ cách sớm.
- + Nếu vết mổ có mủ, tách mép vết mổ tháo hết mủ.
- + Dùng kháng sinh theo y lệnh.
- + Theo dõi, chăm sóc các loại ống dẫn lưu :
 - Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - Cho nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
 - Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
 - Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch từ ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.
 - Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.
 - Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.
 - Ống dẫn lưu thường được rút khi có trung tiện.

4.4. Giáo dục sức khỏe

- Tuyên truyền trong cộng đồng về mức độ nguy hiểm, hậu quả về sau đối với những trường hợp viêm phúc mạc (người bệnh đến muộn có thể tử vong, sau mổ có thể phải mổ lại nhiều lần do tắc ruột). Vì vậy, khi đau bụng cần đến khám ở y tế cơ sở, không nên tự dùng thuốc để tránh viêm phúc mạc.

- Sau mổ viêm phúc mạc có thể bị tắc ruột, vì vậy khi người bệnh ra viện cần hướng dẫn:

- + Tránh rối loạn tiêu hoá
- + Tránh ăn nhiều chất xơ
- + Vận động, lao động nhẹ nhàng
- + Khi nào đau bụng cơn + nôn cần đến bệnh viện khám lại.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, vào cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Trước mổ viêm phúc mạc phải nhận định dấu hiệu sinh tồn xem có ổn định không.		
2	Trước mổ viêm phúc mạc cần phải thắt tháo phân.		
3	Cần phải đặt ống hút dạ dày sau mổ viêm phúc mạc.		
4	Sau mổ viêm phúc mạc không nên cho vận động sớm.		
5	Mổ viêm phúc mạc, vết mổ nhiễm trùng cần phải cắt chỉ cách cho dịch thoát ra ngoài.		

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

6. Nguyên nhân gây viêm phúc mạc nguyên phát từ đường....(A).... và đường.... (B)....

7. Nguyên nhân gây viêm phúc mạc thứ phát là do:

- A. ...
- B. Thủng đường mật
- C. Vỡ ổ áp xe, hay ổ nhiễm trùng trong ổ bụng
- D. Các biến chứng sau phẫu thuật vào ống tiêu hoá, vào đường mật.

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

- A.
- B. Nôn
- C. Bí trung đại tiện

9. Ba triệu chứng toàn thân viêm phúc mạc:

- A. Người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng
- B. Người bệnh có biểu hiện....
- C. Người bệnh đến muộn có biểu hiện sốc.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Nguyễn Thị V, 45 tuổi vào viện với triệu chứng đau khắp bụng ngày thứ 4, nôn và bí trung tiện, sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng. Khám bụng trương căng, ấn đau khắp bụng.

10. Người bệnh V mắc bệnh:

- A. Viêm phúc mạc
- B. Thoát vị bẹn
- C. Sỏi thận
- D. Viêm đại tràng.

11. Cách chăm sóc nào sau đây đúng cho người bệnh V:

- A. Cho uống nước đường
- B. Thụt tháo phân
- C. Cho vận động nhẹ nhàng
- D. Cho nhịn ăn, uống.

Bài 10

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI MẬT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân và triệu chứng chính sỏi mật*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh sau mổ sỏi mật.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi mật là sự hiện diện của sỏi trong hệ thống đường mật bao gồm đường mật trong gan, túi mật và ống mật ngoài gan. Ở các nước phương Tây, phần lớn là sỏi cholesterol được hình thành trong túi mật; các nước nhiệt đới và châu Á phần lớn là sỏi sắc tố mật được hình thành trong ống gan và đường mật do giun và nhiễm trùng.

- Sỏi trong đường mật thường không có biểu hiện lâm sàng, nhưng sớm hay muộn sẽ gây ra tắc mật cấp tính và các biến chứng nguy hiểm. Điều trị chủ yếu là mổ lấy sỏi và dẫn lưu đường mật.

- Ở Việt Nam chủ yếu sỏi gặp ở ống mật chủ, vì vậy bài này chỉ đề cập đến chăm sóc người bệnh bị sỏi ống mật chủ.

2. NGUYÊN NHÂN

- Ở châu Âu và châu Mỹ: Sỏi ống mật chủ hình thành phần lớn là do sỏi túi mật di chuyển xuống, thường xảy ra trên những phụ nữ béo, ít vận động.

- Ở châu Á và Việt Nam:

+ Do giun chui lên đường mật gây nhiễm khuẩn đường mật, sỏi được cấu tạo bởi trứng giun, xác giun làm nòng cốt sau đó sắc tố mật và Canxi Bilirubinát bám vào; sỏi mật ở châu Á chủ yếu là sỏi ở ống mật chủ và sỏi ở trong gan.

+ Do vi khuẩn chủ yếu theo giun từ ruột chui lên đường mật gây viêm nhiễm, làm đường mật dẫn to và ứ mật. Thành niêm mạc ống mật bị viêm và phù nề. Tế bào thành ống mật bị hoại tử bong ra hoà vào mật, các muối canxi cùng các tổ chức hoại tử và mật kết tủa tạo thành sỏi hay bùn mật.

3. TRIỆU CHỨNG LINH SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Tam chứng Charcot:

+ Đau: do sỏi di chuyển, cơn đau đột ngột, đau dữ dội; vị trí đau ở hạ sườn phải, đau lan ra sau lưng và lên vai (cơn đau quặn gan).

+ Sốt: sau đau vài giờ, xuất hiện sốt 39 - 40°C. Sốt kèm theo rét run, chán ăn, cơn sốt kéo dài vài giờ, sau đó vã mồ hôi. Thường sốt cao vào buổi chiều.

+ Vàng da - Vàng mắt: xuất hiện sau đau và sốt. Lúc đầu vàng nhẹ ở củng mạc mắt rồi dần dần vàng đậm ở da và niêm mạc, vàng da kèm theo ngứa ở da, nước tiểu sẫm màu.

Đối với tắc mật do sỏi thì đau - sốt - vàng da diễn ra theo thứ tự thời gian và mất đi cũng theo thứ tự thời gian.

3.2. Triệu chứng thực thể

- Ấn đau vùng hạ sườn phải, co cứng nửa bụng phải hay cả vùng thượng vị.
- Gan to ứ mật, ấn đau tức vùng gan.
- Túi mật căng to, đôi khi sờ thấy đáy túi mật tròn nhẵn như quả trứng gà, mềm, ấn rất đau, di động theo nhịp thở, đôi khi đáy túi mật ngang rốn. Con đau giảm khi mật đã lưu thông, túi mật nhỏ lại.
- Điểm đau: ấn điểm túi mật (điểm cạnh ức đau).

3.3. Triệu chứng toàn thân

- Trường hợp nhẹ: toàn thân không có gì thay đổi.
- Khi sỏi mật đã gây biến chứng: biểu hiện nhiễm trùng- nhiễm độc như môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, người mệt mỏi, chán ăn, da vàng sạm, đái ít, vết ngứa trên da.
- Trường hợp nặng: hôn mê gan, hôn mê do u rê huyết cao.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: bilirubin tăng, phosphatase kiềm tăng, thời gian Quick tăng, urê tăng, transaminase (SGOT) tăng. Prothrombin giảm làm cho thời gian đông máu kéo dài.
- Xét nghiệm nước tiểu: có nhiều sắc tố mật và muối mật.
- X quang:
 - + Chụp bụng không chuẩn bị thấy bóng gan, bóng túi mật to.
 - + Chụp đường mật qua da, chụp đường mật ngược dòng qua soi tá tràng: xác định số lượng sỏi, vị trí sỏi.
- Siêu âm: xác định số lượng, vị trí sỏi, hình sỏi.

4. DIỄN BIẾN

Sỏi ống mật chủ có thể diễn biến theo hai xu hướng: Khởi tạm thời hay diễn biến cấp tính gây biến chứng.

4.1. Khởi tạm thời

Sỏi ống mật chủ ngoài thời kỳ tắc mật cấp tính, còn có thể ổn định tạm thời mặc dù sỏi vẫn còn nằm ở ống mật chủ. Biểu hiện lâm sàng: hết đau, hết sốt, hết vàng da. Bệnh ổn định thời gian ngắn hoặc dài tùy theo sự di chuyển và kích thước của sỏi cùng với nhiễm khuẩn đường mật.

4.2. Biến chứng

- Thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật do hoại tử túi mật hay hoại tử ống mật chủ.
- Viêm đường mật có mủ và áp xe gan đường mật.
- Chảy máu đường mật.
- Viêm tụy cấp.
- Xơ gan ứ mật.

5. HƯỚNG XỬ TRÍ

5.1. Điều trị nội khoa

- Chống đau và co thắt.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Hạ sốt.
- Nâng đỡ chức năng gan.
- Điều chỉnh rối loạn đông máu.
- Trợ tim mạch.

5.2. Điều trị ngoại khoa: Lấy sỏi tạo lưu thông đường mật xuống ruột và dẫn lưu, chống ứ đọng.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Nhận định tình trạng người bệnh

6.1.1. Trước mổ

Người bệnh vào viện thường có hai trường hợp: trường hợp điển hình bởi tam chứng Charcot, song cũng có khi vào viện với triệu chứng là biến chứng của sỏi mật. Người điều dưỡng cần quan sát và hỏi:

- Tính chất cơn đau?
- Có sốt cao kèm theo rét run không ?
- Vàng da, vàng mắt: quan sát màu da, màu củng mạc mắt?
- Quan sát xem có vết gãi trên da không?
- Nước tiểu có vàng sẫm không?
- Toàn thân :
 - + Có hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc không ?
 - + Có dấu hiệu của sốc không?

6.1.2. Sau mổ

- Nhận định về dấu hiệu sinh tồn?
- Tình trạng ổ bụng: bụng có trướng không?
- Vết mổ có nhiễm khuẩn không?
- Ống dẫn lưu Kehr: có hoạt động tốt không? Số lượng, màu sắc, tính chất của dịch mật qua Kehr?
- Lưu thông tiêu hoá: trung tiện, đại tiện?
- Toàn thân: còn hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc không?

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Đau dữ dội vùng hạ sườn phải.
- Biến loạn dấu hiệu sinh tồn.
- Sốt cao rét run.
- Nguy cơ chảy máu.
- Nguy cơ tắc ống dẫn lưu Kehr.

6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Trước mổ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp 1 giờ /lần đối với người bệnh có sốt cao, rét run. Theo dõi sát đề phòng trụy mạch do sốc nhiễm khuẩn. Báo cáo kết quả cho bác sĩ để có biện pháp xử trí kịp thời.

- Khó thở: làm thông đường thở, thở oxy.

- Giảm đau: chườm đá vùng hạ sườn phải, thuốc giảm đau.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ: truyền dịch, tiêm thuốc kháng sinh, vitamin K, C, B.

- Nếu người bệnh phải mổ cấp cứu, người điều dưỡng cần phải khẩn trương chuẩn bị trước mổ:

+ Hồi sức tích cực: chống choáng, thở oxy, truyền dịch, truyền máu...theo y lệnh

+ Đặt ống hút dịch dạ dày.

+ Làm các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, nhóm máu, máu chảy, máu đông, urê, tỷ lệ prothrombin...

+ Đưa người bệnh đi siêu âm.

+ Thử phản ứng kháng sinh, tiêm kháng sinh theo y lệnh.

+ Động viên, an ủi người bệnh.

+ Hướng dẫn thân nhân người bệnh ký giấy cam đoan mổ.

+ Vệ sinh vùng mổ.

- Nếu mổ có kế hoạch:

+ Như chuẩn bị thường quy đối với người bệnh mổ vùng bụng.

+ Làm các xét nghiệm đánh giá chức năng gan: Gros- Maclagan, tỷ lệ prothrombin.

+ Làm các xét nghiệm đánh giá chức năng thận: urê máu, urê niệu, creatinin niệu.

+ Đối với người bệnh trên 40 tuổi phải làm điện tâm đồ.

+ Nâng cao thể trạng.

+ Làm sạch đại tràng.

+ Vệ sinh thân thể, vệ sinh vùng mổ.

6.3.2. Sau mổ

- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn:

+ Tri giác: Xem người bệnh đã thức sự tỉnh chưa bằng cách kích thích nhẹ (câu, véo) vào người bệnh.

+ Hô hấp: sau mổ nhịp thở đều, êm, không có biểu hiện tím tái, nếu thở nhanh, nông, tím tái phải cấp cứu hút đờm dãi, cho thở oxy và báo ngay cho bác sĩ để cấp cứu suy hô hấp.

+ Tuần hoàn: đo mạch, huyết áp 15 – 30 phút/ lần. Nếu mạch nhanh, huyết áp tụt có thể do chảy máu sau mổ, phải báo bác sĩ ngay và chuẩn bị các phương tiện hồi sức tuần hoàn.

+ Nhiệt độ: đôi khi sau mổ người bệnh bị tụt nhiệt độ, phải cho ủ ấm, hoặc sưởi ấm, nếu sốt cao phải cho hạ nhiệt.

- Nối các ống dẫn lưu vào các lọ vô trùng.

- Tư thế nằm: khi người bệnh tỉnh cho nằm tư thế Fowler, nghiêng về phía có ống dẫn lưu.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi và phát hiện một số biến chứng sớm:
 - + Suy hô hấp: Biểu hiện khó thở, tím tái, khó khè, nhịp thở nhanh, nông, cánh mũi phập phồng, phải báo ngay bác sĩ. Người điều dưỡng phải xem có hiện tượng trào ngược không, có tắc đường thở do tụt lưỡi hay ứ đọng đờm dãi không.
 - Xử trí bằng cách hút đờm dãi, thở oxy, bóp bóng...
 - + Chảy máu sau mổ: Người bệnh nhợt nhạt, thở nhanh, mạch nhanh, huyết áp tụt, báo bác sĩ ngay để có y lệnh xử trí kịp thời.
 - + Chảy máu đường mật: Biểu hiện hội chứng mất máu, dẫn lưu Kehr chảy nước mật lẫn máu tươi, báo bác sĩ ngay và chuẩn bị các phương tiện hồi sức tuần hoàn và dụng cụ bơm thông ống dẫn lưu Kehr.
 - + Xi mật vào ổ bụng: biểu hiện hội chứng viêm phúc mạc mật, báo bác sĩ ngay.
- Khi người bệnh ổn định cho ngồi dậy sớm, vỗ lưng, tập thở sâu, tập ho để phòng ngừa viêm phổi.
- Vận động sớm để tránh liệt ruột.
- Nếu còn ống hút dạ dày: theo dõi tình trạng ổ bụng, ghi số lượng màu sắc dịch chảy qua sonde dạ dày để báo bác sĩ bồi phụ nước và điện giải cho đủ. Rút ống sonde dạ dày khi có trung tiện.
- Vệ sinh răng miệng.
- Thay đổi tư thế nằm, xoa bóp những vùng tê, nằm đệm cao su cho người già yếu hoặc nằm lâu.
- Dinh dưỡng: Truyền dịch, đạm hoặc truyền máu khi chưa có trung tiện. Cho ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu. Hạn chế ăn mỡ nếu có kèm theo cắt túi mật.
- Chăm sóc dẫn lưu ống mật chủ (ống Kehr):
 - + Ống Kehr hình chữ T được đặt vào OMC sau khi lấy sỏi xong và kiểm tra đường mật thông.



Ống dẫn lưu Kehr

- + Đặt Kehr nhằm mục đích:

- Dẫn lưu tiếp dịch mật nhiễm khuẩn
 - Bảo đảm vết khâu ở ống mật chủ
 - Tránh biến chứng để mật chảy vào ổ bụng
 - Chụp kiểm tra đường mật xem có còn sỏi sót hay không.
- + Cách theo dõi ống Kehr:
- Ống Kehr phải nối với một ống vô trùng đưa vào 1 chai vô khuẩn, chai này để thấp hơn vị trí ống mật.
 - Theo dõi nước mật: thường 3 ngày đầu người bệnh chưa có nhu động ruột lượng nước mật chảy qua Kehr khoảng 300 – 500ml/24 giờ. Khi có nhu động ruột lượng mật giảm dần. Lúc đầu nước mật còn bẩn, nhiều bùn mật hoặc mủ, ở những ngày sau nước mật có màu vàng trong. Đối với trường hợp có nhiều bùn mật cần rửa Kehr thường xuyên để tránh tắc, nếu có mủ khi rửa có thể cho thêm kháng sinh, nếu có máu cần báo ngay cho bác sĩ.
 - Số lượng, màu sắc, tính chất dịch mật theo dõi được hằng ngày cần ghi vào hồ sơ để có thể so sánh giữa các ngày với nhau.
- + Bơm rửa đường mật: bằng huyết thanh mặn đẳng trương ấm, bơm với áp lực nhẹ.
- + *Rút ống dẫn lưu Kehr:*
- Kehr thường để từ 12 – 15 ngày sau mổ
 - Chỉ được rút khi có chỉ định của bác sĩ
 - Đường mật phải thông.
- + Phương pháp kiểm tra đường mật thông:
- Trước khi rút Kehr cần chụp đường mật qua Kehr bằng chất cản quang xem đường mật có thông không.
 - Kẹp Kehr thử 24 – 48 giờ: Nếu không đau vùng hạ sườn phải, không sốt là tốt.



Hình ảnh đường mật chụp qua Kehr

- Chăm sóc ống dẫn lưu khác.

+ Ống dẫn lưu dưới gan:

- Để phòng ngừa mật dò ổ bụng, nước mật chảy ra ngoài qua ống dẫn lưu
- Theo dõi có chảy máu sau mổ không

- Theo dõi số lượng dịch, màu sắc
- Thường được rút sớm sau 2 – 3 ngày nếu ống bị khô.
- + Dẫn lưu túi mật (nếu có): ống dẫn lưu bằng ống Malecot hoặc ống Pezzer. Theo dõi như ống dẫn lưu Kehr.
- Theo dõi biến chứng sau mổ:
 - + Sốt sỏi
 - + Rò mật
 - + Sốc nhiễm trùng.
- Chăm sóc vết mổ:
 - + Vết mổ không nhiễm trùng: cắt chỉ sau 7 ngày.
 - + Vết mổ ướt: thay băng, nếu vết mổ nề cắt chỉ thừa.
 - + Vết mổ chảy máu: băng ép cầm máu, nếu không cầm máu được báo bác sĩ xử trí.

6.3.3. Giáo dục sức khỏe

Tuyên truyền trong cộng đồng cách phòng sỏi đường mật:

- Giữ vệ sinh ăn uống
- Tẩy giun định kỳ
- Không ăn gỏi cá.
- Giới thiệu cho người bệnh các triệu chứng phát hiện sớm bệnh sỏi mật để đi khám ngay khi có dấu hiệu sỏi tái phát.

6.4. Đánh giá

- Trước mổ:
 - + Người bệnh đỡ đau
 - + Người bệnh ăn uống được
 - + Chuẩn bị tốt trước mổ.
- Sau mổ:
 - + Ống dẫn lưu Kehr hoạt động tốt.
 - + Người bệnh thực hiện tốt lời căn dặn của nhân viên y tế.
 - + Không bị sỏi mật tái phát.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, vào cột S cho câu sai:

TTT	CÂU	Đ	S
1	Tam chứng Charcot là: đau – sốt – vàng da.		
2	Dấu hiệu vàng da xuất hiện ngay sau khi bị tắc ống mật chủ.		
3	Bilirubin máu thường tăng trong bệnh sỏi ống mật chủ.		
4	Sau mổ ống mật chủ lấy sỏi, dịch mật qua Kehr dẫn lưu thường từ 300ml đến 500 ml.		
5	Áp xe đường mật là biến chứng mạn tính của sỏi ống mật chủ.		
6	Dẫn lưu Kehr ống mật chủ thường được cặp thử trước khi rút.		
7	Sau mổ đường mật, bơm rửa Kehr bằng nước muối sinh lý.		
8	Tẩy giun định kỳ giảm được tỷ lệ sỏi ống mật chủ.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

9. Nước mật chảy qua Kehr ở người bệnh mổ ống mật chủ lấy sỏi bình thường có màu:

- A. Đỏ sẫm
- B. Hồng nhạt
- C. Vàng chanh
- D. Nâu nhạt.

10. Cách xử lý của người điều dưỡng khi ống dẫn lưu Kehr bị tắc sau mổ lấy sỏi ống mật chủ là:

- A. Rút ống dẫn lưu Kehr
- B. Theo dõi tiếp
- C. Buộc ống dẫn lưu Kehr lại
- D. Bơm rửa ống dẫn lưu Kehr.

11. Rút ống dẫn lưu Kehr sau mổ sỏi ống mật chủ khi:

- A. Mật vàng trong
- B. Chụp kiểm tra đường mật thông tốt
- C. Bệnh nhân không đau tức hạ sườn phải
- D. Dẫn lưu không ra dịch.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

12. Nêu ba chứng trong sỏi ống mật chủ:

- A. Đau hạ sườn phải
- B. Sốt
- C.

13. Nêu các biến chứng do sỏi ống mật chủ hay gây nên:

- A. Thấm mật phúc mạc
- B. Viêm phúc mạc mật
- C.
- D. Viêm tụy cấp

14. Nêu 4 mục đích đặt ống dẫn lưu Kehr trong mổ ống mật chủ lấy sỏi:

- A. Bảo đảm vết khâu ống mật chủ
- B. Không để mật chảy vào trong ổ bụng

D.

15. Cách chăm sóc nào dưới đây được ưu tiên cho người bệnh K: A. Chăm sóc vết
mở B. Chăm sóc Kehr

D. Chăm sóc dinh dưỡng.

D. Rút Kehr.

Bài 11

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TUY CẤP

MỤC TIÊU

1. *Nêu triệu chứng chính, tiến triển và biến chứng viêm tụy cấp*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ viêm tụy cấp.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tụy cấp là một cấp cứu ngoại khoa, là một bệnh lý vùng nhiệt đới liên quan nhiều với nhiễm ký sinh trùng đường ruột, bệnh lý của sỏi mật hay ống tụy. Một nguyên nhân không kém phần quan trọng với chiều hướng ngày càng phát triển ở thành thị và nông thôn Việt Nam là yếu tố nghiện rượu gây viêm tụy mạn với những cơn viêm tụy cấp.

- Viêm tụy cấp có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp ở tuổi trung niên và người béo.

- Yếu tố thuận lợi làm bệnh khởi phát phải kể đến những bữa ăn thịnh soạn.

- Ngoài ra nguyên nhân gây viêm tụy cấp còn có thể do nhiễm khuẩn hoặc virus (viêm tụy cấp là biến chứng của virus quai bị).

2. TRIỆU CHỨNG

Viêm tụy cấp thường đột ngột xuất hiện sau bữa ăn no và thịnh soạn, trong giai đoạn thức ăn đang tiêu hoá: đau bụng đột ngột dữ dội phối hợp với tình trạng trụy mạch.

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: là dấu hiệu quan trọng nhất, đau dữ dội, đau liên tục ở vùng thượng vị và quanh rốn, đau xuyên ra sau sườn thất lưng trái. Đau thường tăng lên khi nằm ngửa nên người bệnh thường gập người lại để mong giảm cơn đau, thuốc giảm đau ít có tác dụng giảm cơn đau.

- Nôn: nôn nhiều.

- Bí trung, đại tiện, có khi lại bị tiêu chảy.

2.2. Triệu chứng toàn thân

Dấu hiệu toàn thân rất nặng. Người bệnh ở trong tình trạng sốc: mạch nhanh nhỏ, yếu, huyết áp tụt. Thân nhiệt bình thường hoặc hơi tăng. Vã mồ hôi, da lạnh, khó thở.

2.3. Triệu chứng thực thể

Dấu hiệu thực thể nghèo nàn:

- Bụng hơi trướng nhưng không có dấu hiệu của tắc ruột.

- Không có co cứng thành bụng mà chỉ có phản ứng thành bụng.

- Ấn điểm sườn lưng bên trái đau.

2.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:
 - + Bạch cầu tăng cao
 - + Đường máu tăng, lipit máu tăng
 - + Amylase tăng, canxi giảm.
- Xét nghiệm nước tiểu: amylase tăng, có đường niệu.
- X quang: hai dấu hiệu âm tính quan trọng là :
 - + Không có liềm hơi, không có mức nước, mức hơi.
 - + Có thể thấy bụng mờ do trong ổ bụng có dịch, chọc dò ổ bụng xét nghiệm dịch tiết: có dịch loãng màu hồng hoặc đỏ sẫm, thử amylase rất cao.
- Siêu âm: Siêu âm tuy ít có giá trị, trừ các trường hợp có sỏi, giun trong đường mật hoặc trong ống tụy.

3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

3.1. Tiến triển

- Viêm tụy cấp thể phù nề: là thể nhẹ, điều trị nội khoa khi khỏi không để lại di chứng.
- Thể xuất huyết hoại tử: là một thể rất nặng, thường kèm theo sốc do giảm khối lượng tuần hoàn, nhiễm trùng và nhiễm độc. Tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.

3.2. Biến chứng

- Tại chỗ:
 - + Viêm lan toả tuyến tụy.
 - + Áp xe tụy.
 - + U nang giả tụy.
 - + Cổ trướng do vỡ ống tụy chính hoặc nang giả tụy.
- Toàn thân:
 - + Tràn dịch màng phổi.
 - + Xẹp phổi.
 - + Viêm phổi.
 - + Truy tim mạch, sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.
 - + Hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch.
 - + Chảy máu đường tiêu hoá.
 - + Thiếu niệu hoặc vô niệu do suy thận.
 - + Rối loạn chuyển hoá đường huyết.
 - + Hạ canxi máu.
 - + Bệnh vồng mạc Purtscher gây mù đột ngột.

4. HƯỚNG XỬ TRÍ

Viêm tụy cấp điều trị nội khoa là chủ yếu chỉ, can thiệp ngoại khoa khi: có sốc, hồi sức không kết quả, có hội chứng viêm phúc mạc hoặc có nguyên nhân như sỏi Oddi.

4.1. Điều trị nội khoa

- Hồi sức chống sốc:
 - + Bồi phụ nước và điện giải.
 - + Truyền máu.
 - + Chống đau.
- Thuốc corticoid: có tác dụng chống viêm và chống sốc.
- Trung hoà và hạn chế bài tiết dịch tụy:
 - + Nhịn ăn.
 - + Hút và rửa dạ dày bằng BicarbonatNatri.
 - + Dùng thuốc ức chế bài tiết enzym.
- Đề phòng nhiễm trùng bằng dùng kháng sinh.

4.2. Điều trị ngoại khoa

Giải quyết các thương tổn của tụy:

- + Cắt đuôi tụy.
- + Dẫn lưu ổ tụy để tránh ứ đọng dịch tụy.
- + Kiểm tra để phát hiện những bệnh lý kết hợp và xử trí nguyên nhân gây tăng áp lực đường mật.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Tình trạng toàn thân:
 - + Người bệnh có sốc hay không? Mạch, huyết áp, nhịp thở?
 - + Theo dõi nước tiểu: số lượng, màu sắc?
- Đau bụng: Đau bụng có đột ngột không? Vị trí đau, hướng lan, có liên quan đến bữa ăn không? Khi đau có phải gập người cho đỡ đau không.
- Nôn: Có nôn không? Nôn nhiều hay ít?
- Có bí trung tiện không?

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh có biến loạn về dấu hiệu sinh tồn.
- Đau dữ dội vùng thượng vị.
- Người bệnh bị sốc.
- Trướng bụng.
- Thiếu hụt dinh dưỡng.
- Chăm sóc sonde dạ dày, sonde niệu đạo-bàng quang.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Trước mổ

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, đặc biệt những trường hợp viêm tụy cấp có nguy cơ biến loạn về dấu hiệu sinh tồn cần theo dõi từ 10 – 15 phút/lần, nếu có dấu hiệu bất thường cần báo cáo ngay cho bác sĩ.

- Hồi sức chống sốc: truyền các dung dịch điện giải, trong các trường hợp chảy máu cần phải truyền máu theo y lệnh. Đặt ngay một đường truyền tĩnh mạch trung ương, qua đó ghi áp lực tĩnh mạch trung ương để hồi sức cho đúng.

- Cho nhịn ăn uống.

- Đặt sonde dạ dày hút dịch dạ dày liên tục; có thể rửa dạ dày bằng bicarbonat Natri.

- Hạn chế tạm thời hoạt động của men tụy: dùng atropin làm giảm tiết dịch theo y lệnh.

- Chống đau : không dùng morphin vì nó gây co thắt cơ tròn Oddi. Phóng bế thần kinh tạng theo y lệnh.

- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh theo y lệnh.

- Theo dõi tình trạng diễn biến của ổ bụng.

- Tiến hành làm các xét nghiệm máu, sinh hoá, nước tiểu.

5.3.2. Sau mổ

- Tư thế nằm: nằm tư thế Fowler và nghiêng về phía có ống dẫn lưu, nếu ống dẫn lưu chảy máu phải báo bác sĩ ngay.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: theo dõi qua hệ thống Monitor: mạch, huyết áp, nhịp thở, áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Thực hiện các y lệnh điều trị của bác sĩ.

- Theo dõi và hút cách quãng ống hút dạ dày. Chỉ rút ống hút dạ dày khi hết đau, hết trướng bụng.

- Chăm sóc các ống dẫn lưu: người bệnh mổ tụy có nhiều ống dẫn lưu như : ống dẫn lưu ổ tụy, dẫn lưu ổ bụng, dẫn lưu túi mật, ống dẫn lưu Kehr, mở thông dạ dày, ống dẫn lưu Douglas, ống thông niệu đạo - bàng quang v.v... Các ống dẫn lưu phải được nối vô trùng với các lọ có dung dịch sát khuẩn sẵn.

- Phòng ngừa viêm phổi: Cần cho người bệnh ngồi dậy sớm, hướng dẫn ho, thở sâu, vỗ rung lồng ngực.

- Theo dõi các xét nghiệm: Aminase máu, Aminase nước tiểu, điện giải đồ, transaminase, đường máu, urê máu v.v...

- Dinh dưỡng: nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Khi có nhu động ruột, dấu hiệu sinh tồn ổn định cần nâng cao thể trạng người bệnh bằng cách cho ăn súp, tăng dần chất đạm, vitamin.

- Vệ sinh cá nhân: Vệ sinh răng miệng, da. Nếu bệnh nặng phải xoay trở, xoa bóp những vùng tỳ đè và nằm đệm hơi (nước) cao su để chống loét.

5.3.3. Giáo dục sức khoẻ

- Tuyên truyền giáo dục người bệnh giữ vệ sinh trong ăn uống.

- Tẩy giun định kỳ.

- Ăn uống điều độ, ăn ít mỡ, tránh các bữa ăn khó tiêu.

- Hạn chế uống rượu.

5.4. Đánh giá

- Người bệnh đỡ đau.
- Không bị sốc trước và sau mổ.
- Không bị viêm tụy tái phát, không có nang giả tụy.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Trong viêm tụy cấp Amilase máu tăng.		
2	Cần phải theo dõi sát về dấu hiệu sinh tồn trong viêm tụy cấp.		
3	Không được dùng thuốc giảm đau khi bị viêm tụy cấp.		
4	Hạn chế tạm thời tiết men tụy trong viêm tụy cấp: Dùng Atropin sunfat.		
5	Tẩy giun định kỳ là biện pháp giảm viêm tụy cấp.		
6	Người bệnh mổ viêm tụy cấp được đặt nhiều loại ống dẫn lưu.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

- Chế độ ăn trong điều trị nội khoa viêm tụy cấp là:
 - Cho ăn uống bình thường
 - Cho uống sữa
 - Cho nhịn ăn uống
 - Cho ăn từ lỏng đến đặc.
- Công tác chăm sóc quan trọng ở người bệnh viêm tụy cấp là:
 - Chuẩn bị bệnh nhân mổ cấp cứu
 - Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh
 - Theo dõi nôn
 - Theo dõi tiểu tiện.
- Những triệu chứng đúng nhất ở viêm tụy là:
 - Đau vùng thượng vị + nôn + bí trung tiện
 - Đau vùng thượng vị + sốt + truy mạch
 - Đau vùng thượng vị + nôn + Amilase máu tăng
 - Đau vùng thượng vị + truy mạch + Amilase máu tăng.

10. Vấn đề người điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh sau mổ viêm tụy cấp khi ra viện là:

- A. Lao động nhẹ nhàng
- B. Tẩy giun định kỳ
- C. Khám bệnh định kỳ
- D. Ăn nhiều thịt.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

11. Nêu 9 vấn đề cần lưu ý chăm sóc sau mổ người bệnh viêm tụy cấp:

- A. Tư thế nằm
- B. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
- C. Thực hiện y lệnh của bác sĩ
- D. Theo dõi và hút cách quãng ống hút dịch dạ dày
- E. Chăm sóc các ống dẫn lưu
- F. Phòng ngừa viêm phổi, loét
- G.
- H. Dinh dưỡng
- I. Vệ sinh cá nhân.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Trịnh Văn T vào viện với triệu chứng đau bụng dữ dội vùng thượng vị, nôn, bí trung đại tiện. Khám người bệnh tỉnh, không sốt, bụng trướng, thượng vị ấn đau, xét nghiệm Amilase máu 3675 U/l. Người bệnh đang được điều trị nội khoa ngày thứ nhất.

12. Người bệnh K mắc bệnh:

- A. Viêm ruột thừa
- B. Tắc ruột cơ học
- C. Viêm dạ dày
- D. Viêm tụy cấp.

13. Chăm sóc nào sau đây không được thực hiện cho người bệnh K:

- A. Cho người bệnh ăn lỏng
- B. Cho nhịn ăn
- C. Đặt sonde dạ dày
- D. Cho nằm nghỉ ngơi.

Bài 12

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG DẪN LƯU

MỤC TIÊU

1. *Nêu được tên các loại ống dẫn lưu*
2. *Nêu được các chỉ định đặt ống dẫn lưu và biến chứng khi đặt ống dẫn lưu.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có mang ống dẫn lưu.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dẫn lưu trong ngoại khoa dùng để điều trị và phòng bệnh.
- Dẫn lưu ngoại khoa thường đặt ở các khoang của cơ thể hoặc đặt ở vết mổ để dẫn lưu dịch ra ngoài.
- Có nhiều loại ống dẫn lưu, do vậy khi chăm sóc các loại ống dẫn lưu cần phải biết dẫn lưu đó đặt ở đâu và phục vụ mục đích gì.

2. CÁC LOẠI ỐNG DẪN LƯU

2.1. Các loại ống dẫn lưu bằng chất dẻo

Gồm: Kehr, Malecot, Petzze, Nelaton, mảnh, lá cao su...



Sonde foley

2.2. Bó chỉ cước, chỉ catgut

2.3. Các loại vải gạc dẫn lưu

3. CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Các ổ tự nhiên tại các vùng thấp ở trong ổ bụng có thể ứ đọng dịch, máu sau mổ như hai bên hố chậu, túi cùng Douglas.
- Những vết khâu tạng rỗng miệng nối không an toàn.
- Dẫn lưu các tạng trong ổ bụng hoặc các ổ áp xe trong ổ bụng.
- Chóng rò đường mật, tụy.
- Các ổ áp xe cơ, phần mềm, áp xe não, não úng thủy, tràn dịch, tràn mủ màng phổi.

4. BIẾN CHỨNG CỦA ỐNG DẪN LƯU

- Khi đặt ống dẫn có thể gây dính các tạng quanh ống dẫn lưu gây nên tắc ruột.
- Ống dẫn lưu cũng có thể gây tổn thương các cơ quan nội tạng.
- Nhiễm trùng nơi đặt ống dẫn lưu.

- Chảy máu nơi đặt ống dẫn lưu.
- Lòỉ phủ tạng hay mạc nối qua lỗ chân ống dẫn lưu.

5. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU SAU MỔ

5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Quan sát vết mổ khô hay ướt?
- Quan sát ống dẫn lưu:
 - + Xung quanh chân ống dẫn lưu có tấy đỏ không, có dịch không?
 - + Xem ống dẫn lưu là loại gì? (Nếu ống dẫn lưu bằng vải gạc thì không cần nối với túi chứa).
 - + Xem hồ sơ ống dẫn lưu dẫn từ cơ quan nào ra? Đặt mấy ngày? Ống dẫn lưu có cần phải bơm rửa hay không?
 - + Nhận định số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu.

5.2. Chuẩn bị dụng cụ chăm sóc ống dẫn lưu

5.2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Khăn trải bàn vô khuẩn trên khay để: 2 pince, 1 kéo, bông, gạc...
- Hai chén:
 - + Một chén đựng dung dịch mặn đẳng trương
 - + Một chén đựng dung dịch sát khuẩn.
- Bơm tiêm để hút dịch.
- Dung dịch bơm rửa, dây nối, bình hứng dịch.

5.2.2. Dụng cụ sạch

- Pince sạch gấp bằng bản.
- Khay quả đậu hứng dịch tiết hay nước bơm rửa.
- Băng dính và kéo cắt băng.
- Túi giấy đựng băng bản.

5.3. Quy trình chăm sóc

TT	Kỹ thuật
1	Mang dụng cụ đến giường bệnh và giải thích công việc sắp làm.
2	Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện và trải sẵn.
3	Đặt khay quả đậu dưới dẫn lưu.
4	Dùng pince gấp bằng bản.
5	Rửa và sát trùng xung quanh chân ống dẫn lưu và thân ống dẫn lưu.
6	Dùng bơm tiêm hút dịch nếu có chỉ định.
7	Dùng băng gạc che phần chân ống dẫn lưu.
8	Nếu có chỉ định rút ống dẫn lưu:
9	Cắt chỉ dính chân ống dẫn lưu.
10	Một tay dùng gạc đè chân ống dẫn lưu, một tay dùng pince vừa rút vừa xoay.

11	Đề nhẹ vào da xung quanh chân ống dẫn lưu để nếu còn dịch, mủ được thoát ra ngoài.
12	Sát trùng lại chân ống dẫn lưu, băng vô khuẩn.

5.4. Dọn dẹp và ghi hồ sơ

Mang dụng cụ về ngâm vào dung dịch sát khuẩn, rửa lại bằng xà phòng, lau khô và đưa đi hấp.

Ghi hồ sơ:

- + Tình trạng vết mổ.
- + Tình trạng da nơi đặt ống dẫn lưu.
- + Số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.

5.5. Những điểm cần chú ý

- Nếu có vết mổ và dẫn lưu: phải chăm sóc vết mổ trước.
- Nếu có nhiều ống dẫn lưu phải chăm sóc ống dẫn lưu sạch trước.
- Cần cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu.
- Nếu ống dẫn lưu chảy máu phải báo cáo bác sĩ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Khi rút ống dẫn lưu không cần dùng gạc đề vào chân ống dẫn lưu		
2	Cần phải bơm rửa ống dẫn lưu ổ bụng hằng ngày.		
3	Phải chăm sóc ống dẫn lưu trước rồi chăm sóc vết mổ sau.		
4	Biến chứng của ống dẫn lưu là rò rỉ phủ tạng hay mạc nối qua lỗ chân dẫn lưu.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

5. Chỉ định đặt ống dẫn lưu không đúng:

- A. Chóng rò đường mật, tụy
- B. Các ổ áp xe cơ
- C. Vết khâu tạng rỗng miệng nối không an toàn
- D. Vết mổ không chảy máu, không nhiễm khuẩn.

6. Biến chứng không phải do đặt ống dẫn lưu:

- A. Đỉnh các tạng xung quang gây tắc ruột
- B. Nhiễm trùng nơi đặt ống dẫn lưu
- C. Nhiễm trùng bàng quang khi đặt ống dẫn lưu ổ bụng
- D. Chảy máu nơi đặt ống dẫn lưu.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

7. Chỉ định đặt ống dẫn lưu vào các hố tự nhiên tại các vùng thấp ở trong ổ bụng có thể ứ đọng dịch máu sau mổ như hai bên....A...., túi cùng....B....

8. Nếu ống dẫn lưu bằngA... thì không cần nối với túi chứa.

Bảng kiểm

STT	KỸ THUẬT	CÓ	KHÔNG
1	Mang dụng cụ đến giường bệnh và giải thích công việc sắp làm.		
2	Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện và trải sẵn.		
3	Đặt khay quả đậu dưới dẫn lưu.		
4	Dùng pince gấp băng bản.		
5	Rửa và sát trùng xung quanh chân ống dẫn lưu và thân ống dẫn lưu.		
6	Dùng bơm tiêm hút dịch nếu có chỉ định.		
7	Dùng băng gạc che phần chân ống dẫn lưu.		
8	Nếu có chỉ định rút ống dẫn lưu: - Cắt chỉ dính chân ống dẫn lưu. - Một tay dùng gạc đè chân ống dẫn lưu, một tay dùng pince vừa rút vừa xoay. - Đè nhẹ vào da xung quanh chân ống dẫn lưu để nếu còn dịch, mủ được thoát ra ngoài. - Sát trùng lại chân ống dẫn lưu, băng vô khuẩn.		

Bài 13
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, phân loại và các kiểu làm hậu môn nhân tạo.*
2. *Nêu được chỉ định, biến chứng của hậu môn nhân tạo.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Hậu môn nhân tạo là phương pháp mà người ta đưa đại tràng ra để tháo phân thay thế cho hậu môn thật.

2. PHÂN LOẠI HẬU MÔN NHÂN TẠO

Người ta chia làm hai loại hậu môn nhân tạo, đó là hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và hậu môn nhân tạo tạm thời.

2.1. Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn

Là trường hợp đưa đại tràng ra dẫn lưu phân suốt đời, không thể lập lại lưu thông phân qua hậu môn thật được nữa.

Ví dụ: Trong trường hợp điều trị ung thư trực tràng.

2.2. Hậu môn nhân tạo tạm thời

Là trường hợp đưa đại tràng ra dẫn lưu tạm thời, sau một thời gian người ta sẽ tái lập sự lưu thông phân bình thường qua hậu môn thật bằng phẫu thuật đóng lại hậu môn nhân tạo.

3. CÁC KIỂU HẬU MÔN NHÂN TẠO

3.1. Hậu môn nhân tạo có quai

Là hậu môn mà người ta đưa quai đại tràng ra ngoài da, có một que thuỷ tinh đưa ngang qua mạc treo giữ không cho quai ruột tuột vào trong. Sau đó xẻ một lỗ trên quai ruột đưa ra để phân thoát ra ngoài.

3.2. Hậu môn nhân tạo cựa

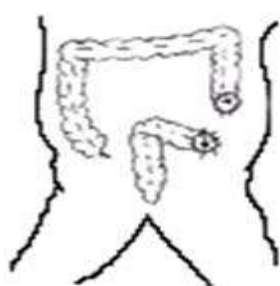
Người ta đưa quai đại tràng ra ngoài nhưng không dùng que thuỷ tinh giữ ruột mà khâu gốc quai ruột đưa ra bằng chỉ, tạo thành một cựa và cố định vào thành bụng để ruột không tụt vào trong. Sau đó cũng xẻ một lỗ trên quai ruột đưa ra ngoài da để phân thoát ra ngoài.

3.3. Hậu môn nhân tạo tận cùng

Sau một phẫu thuật cắt đoạn đại tràng người ta chỉ đưa một đầu ruột phía trên ra ngoài. Còn đầu dưới buộc lại để ở trong ổ bụng.

3.4. Hậu môn nhân tạo kiểu nòng súng

- Sau một phẫu thuật cắt đoạn đại tràng người ta có thể đưa hai đầu ruột ra ngoài da tại một chỗ. Sau khi khâu dính hai đoạn ruột này giống như nòng súng săn.



Hậu môn nhân tạo

4. CHỈ ĐỊNH LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

- Tất cả các vết thương đại tràng do hỏa khí, do bạch khí.
- Tắc ruột do u đại tràng.
- Hoại tử đại tràng do bệnh lý của đại tràng.
- Vết thương đại tràng ngoài phúc mạc hay vết thương hậu môn tầng sinh môn.
- Những bệnh lý và dị dạng hậu môn – trực tràng ở trẻ em.

5. BIẾN CHỨNG CỦA HẬU MÔN NHÂN TẠO

5.1. Biến chứng sớm

Là những biến chứng xảy ra trong thời gian người bệnh đang còn nằm viện:

- Chảy máu từ mạc treo đại tràng đưa ra hay từ thành đại tràng.
- Tụt hậu môn nhân tạo vào trong ổ bụng.
- Tắc ruột non sớm cấp: Do ruột non dính hoặc ruột non kẹt vào chỗ đưa đại tràng ra da, triệu chứng lâm sàng biểu hiện hội chứng tắc ruột.
 - Tắc đại tràng đưa ra: Do quai ruột đưa ra xoắn vặn hoặc chỗ rạch da để đưa đại tràng ra hẹp quá và đại tràng phù nề, dẫn đến phân không thoát ra ngoài qua hậu môn nhân tạo được.
 - Hoại tử đại tràng đưa ra: Do đầu ruột đưa ra ngoài dài quá các mạch máu nuôi dưỡng thiếu. Sau mổ thấy đầu ruột đưa ra bị tím đen, teo nhỏ dần rồi hoại tử.
 - Áp xe dưới da quanh chỗ đưa đại tràng ra: Sau mổ làm hậu môn nhân tạo hậu môn hoạt động phân ra nhưng vệ sinh không tốt dẫn đến nhiễm trùng nơi rạch da để đưa quai ruột ra làm hậu môn nhân tạo. Triệu chứng biểu hiện:
 - + Người bệnh thấy đau tại chân hậu môn nhân tạo, sốt.
 - + Tại chỗ da quanh chân hậu môn nhân tạo tấy đỏ, sau vài ngày có mủ.

5.2. Biến chứng muộn

- Teo miệng đại tràng đưa ra do thiếu nuôi dưỡng.
- Sa niêm mạc đại tràng.
- Thoát vị thành bụng chỗ đưa đại tràng ra ngoài.
- Chảy máu niêm mạc đại tràng đưa ra.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Nhận định người bệnh

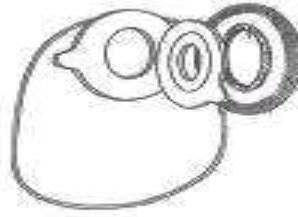
- Nhận định toàn trạng
 - + Người bệnh gầy hay béo?
 - + Có phù hay không?
 - + Da có xanh, niêm mạc có nhợt không?
 - + Dấu hiệu sinh tồn?
- Nhận định tình trạng ổ bụng:
 - + Bụng có trướng không?
 - + Vết mổ có liền tốt hay nhiễm trùng?
 - + Nhận định các ống dẫn lưu nếu có?
- Nhận định hậu môn nhân tạo:
 - + Hậu môn đã mở chưa?
 - + Nếu hậu môn nhân tạo đã mở thì hoạt động có tốt không?
 - + Nhận định phân ra qua hậu môn nhân tạo?
 - + Da quanh hậu môn có loét không?
 - + Nhận định xem tổ chức dưới da quanh hậu môn nhân tạo có nhiễm trùng không?

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh trướng bụng.
- Nguy cơ áp xe tổ chức dưới da quanh hậu môn nhân tạo.
- Nguy cơ viêm loét da quanh hậu môn nhân tạo.
- Nguy cơ tắc hậu môn nhân tạo.
- Vết mổ có nguy cơ nhiễm trùng.

6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đối với người bệnh mới mổ, chăm sóc như các loại mổ khác.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Đặt ống hút dạ dày chống trướng bụng.
- Nếu hậu môn nhân tạo chưa mở phủ gạc tẩm vaselin, sau 24 đến 48h mở hậu môn nhân tạo.
 - Hậu môn nhân tạo đã mở làm giảm nguy cơ loét, áp xe tổ chức dưới da quanh hậu môn nhân tạo:
 - + Quần gạc tẩm vaselin quanh hậu môn nhân tạo.
 - + Nếu phân trào ra phải rửa sạch, thấm khô vùng da quanh hậu môn nhân tạo.
 - + Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên có hậu môn nhân tạo.
 - + Chú ý thay túi chứa phân, không để phân đầy túi trào ra ngoài.



Túi đựng phân

+ Nếu da quanh chân hậu môn nhân tạo loét phải rửa sạch, thấm khô, bôi mỡ ô xyt kẽm.

+ Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.

- Chống tắc hậu môn do táo bón bằng cách:

+ Hướng dẫn cách ăn uống để chống táo bón.

+ Dùng tay đi găng bôi trơn nong nhẹ hậu môn lấy phân.

+ Có thể đặt ống thông Nelaton, bơm dung dịch nước muối sinh lý vào để làm mềm phân, kích thích nhu động ruột.

- Chăm sóc vết mổ, thay băng vết mổ hằng ngày.

- Chăm sóc các ống dẫn lưu khác đặt trong mổ.

- Đối với người bệnh chuẩn bị mổ đóng hậu môn nhân tạo phải chuẩn bị kỹ:

+ Hai ngày đầu uống thuốc nhuận tràng, ăn ít chất xơ

+ Ba ngày sau ăn nhẹ cho dễ tiêu

+ Dùng kháng sinh đường ruột.

Chú ý: Thụt cả hậu môn nhân tạo và hậu môn thật.

6.4. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn cho người bệnh và thân nhân người bệnh chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà, cách thay túi đựng phân.

- Khuyến người bệnh ăn uống để tránh táo bón.

- Đến khám định kỳ theo giấy hẹn của bác sĩ.

- Khi ở nhà nếu có dấu hiệu bất thường như chảy máu ở hậu môn nhân tạo, hậu môn nhân tạo không ra phân, niêm mạc đại tràng sa ra ngoài cần đến ngay cơ sở y tế khám lại.

6.5. Đánh giá

- Người bệnh không bị rò phân vào ổ bụng.

- Không bị áp xe tổ chức dưới da quanh hậu môn nhân tạo.

- Hậu môn nhân tạo hoạt động tốt

- Người bệnh không bị mặc cảm về bệnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, vào cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Không cần phải nhận định toàn trạng người bệnh sau mổ làm hậu môn nhân tạo.		
2	Hậu môn nhân tạo cần phải nhận định xem đã được xẻ miệng chưa?		
3	Cần phải quấn gạc tẩm vaselin quanh chân hậu môn nhân tạo.		
4	Mở hậu môn nhân tạo ngay sau khi mổ.		
5	Nếu da quanh chân hậu môn nhân tạo loét phải rửa sạch, thấm khô, bôi mỡ ôxyt kẽm.		
6	Nếu hậu môn nhân tạo tắc do táo bón phải đi găng bôi trơn nong hậu môn lấy phân.		
7	Dùng panh gấp phân táo khi hậu môn nhân tạo bị tắc.		
8	Người bệnh chuẩn bị mổ đóng hậu môn nhân tạo cho ăn nhiều chất xơ để chống táo bón.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

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

- A. Viêm đại tràng hoại tử
- B. U đại tràng
- C. Vết thương đại tràng
- D. Viêm đại tràng co thắt.

10. Biến chứng sớm của hậu môn nhân tạo:

- A. Chảy máu từ mạc treo đại tràng đưa ra hay từ thành đại tràng
- B. Teo miệng đại tràng đưa ra do sẹo da co gây hẹp
- C. Sa niêm mạc đại tràng
- D. Thoát vị thành bụng chỗ đưa đại tràng ra ngoài.

11. Chẩn đoán chăm sóc đúng nhất với người bệnh có hậu môn nhân tạo chưa xẻ miệng:

- A. Người bệnh có nguy cơ áp xe tổ chức dưới da quanh hậu môn nhân tạo
- B. Người bệnh có nguy cơ tắc hậu môn nhân tạo do táo bón
- C. Người bệnh trướng bụng do có hậu môn nhân tạo
- D. Người bệnh có nguy cơ viêm loét da quanh hậu môn nhân tạo do vệ sinh kém.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

12. Hậu môn nhân tạo là phương pháp người ta đưaA..... ra tháo phân thay cho hậu môn thật.

13. Cần nhận định xem tổ chức....A....quanh hậu môn nhân tạo có nhiễm trùng không?

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Thị H vào viện và đã được mổ cắt u đại tràng làm hậu môn nhân tạo ngày thứ 5. Hiện tại người bệnh tỉnh, ăn ngủ được, hậu môn nhân tạo hoạt động tốt, vết mổ khô, bụng xẹp mềm.

14. Chế độ ăn nào sau đây phù hợp với người bệnh H:

- A. Ăn theo nhu cầu người bệnh
- B. Ăn thức ăn tránh táo bón
- C. Ăn nhiều đạm
- D. Ăn cháo.

15. Người bệnh H có chỉ định xuất viện. Người điều dưỡng cần nhắc người bệnh việc không được làm:

- A. Hướng dẫn cho người bệnh và thân nhân người bệnh chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà
- B. Cách thay túi đựng phân
- C. Đến khám định kỳ theo giấy hẹn của bác sĩ
- D. Dùng panh đưa vào hậu môn nhân tạo hằng ngày để tránh bị hẹp.

Bài 14
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
CÓ ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các loại phẫu thuật có đặt dẫn lưu màng phổi, mục đích, chỉ định dẫn lưu màng phổi.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có đặt dẫn lưu màng phổi.*

1. MỘT SỐ LOẠI PHẪU THUẬT LÒNG NGỰC CÓ ĐẶT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1.1. Phẫu thuật các bệnh tim

1.1.1. Các bệnh tim mắc phải

- Các bệnh van tim: hẹp, hở van hai lá, hẹp van động mạch chủ và hở van động mạch chủ.
- Bệnh lý cơ tim: vết thương tim, co thắt mạch vành, phình thất trái.
- Bệnh lý màng tim: viêm mũ màng tim, viêm màng ngoài tim co thắt.

1.1.2. Các bệnh tim bẩm sinh

- Còn ống động mạch.
- Thông liên thất.
- Thông liên nhĩ.

1.1.3. Các khối u tim

U xơ, u mỡ, u mạch máu, u cơ, u nhầy chiếm 50% u tim.

1.2. Can thiệp ngoại khoa về phổi

- Ung thư phổi.
- Kén khí vỡ điều trị nội khoa thất bại.
- Vết thương màng phổi phải mở dẫn lưu màng phổi.

1.3. U trung thất

Từ nguồn gốc thần kinh, u phổi, u tuyến ức, bướu tuyến giáp trong ngực và hạch trung thất...

2. DẪN LƯU KÍN KHOANG MÀNG PHỔI

2.1. Mục đích dẫn lưu kín khoang màng phổi

Dẫn lưu hết chất dịch hay khí nằm trong khoang màng phổi để giúp phổi nở trở lại sau phẫu thuật hay chấn thương, người bệnh thở tốt hơn.

2.2. Chỉ định

- Tràn dịch (gồm dịch tiết hay mủ, máu) màng phổi, tràn dịch do bệnh lý hay sau chấn thương.
- Tràn khí màng phổi do vỡ phế nang hay chấn thương, vết thương màng phổi.

- Sau phẫu thuật lồng ngực như mô tim, phổi, thực quản...

2.3. Vị trí dẫn lưu

- Dẫn lưu khí: dẫn lưu ở khoang liên sườn II đường giữa xương đòn.
- Dẫn lưu dịch: dẫn lưu ở liên sườn VII – VIII đường nách giữa. Nếu có cả tràn khí và tràn dịch thì đặt hai ống hai nơi.

2.4. Đặt hệ thống dẫn lưu khí khoang màng phổi

- Dẫn lưu màng phổi chăm sóc phải đảm bảo nguyên tắc: kín (nếu không kín có thể gây tràn khí màng phổi) và một chiều (nước dẫn lưu chỉ có thể chảy từ khoang màng phổi xuống phía dưới để tránh gây nhiễm khuẩn ngược dòng viêm mũ màng phổi).
- Sau khi phẫu thuật viên đặt xong ống dẫn lưu màng phổi. Điều dưỡng cắt gạc che vết thương, chân ống dẫn lưu.
- Kẹp ống bằng 2 panh lớn, chắc, không dễ bị bung ra.
- Đổ nước vào bình, thường là dung dịch mặn đẳng trương. Đổ ngập ống thủy tinh dài 3 cm. Đậy nắp kín và cố định nắp chai bằng băng dính. Nối dây từ dẫn lưu màng phổi tới ống thủy tinh dài ở bình dẫn lưu.
- Mở panh và quan sát cột nước trong ống thủy tinh dài có lên xuống theo nhịp thở không.
- Đặt bình dẫn lưu ở nơi an toàn, thấp hơn cơ thể 60 cm.
- Dán nhãn ghi lên bình: ngày giờ, số lượng nước đổ vào bình.
- Nối máy hút vào ống thủy tinh gần. Hút với áp lực thấp 20 cm H₂O. Đặt ở đầu giường 2 panh để khi di chuyển, khi vỡ bình, khi thay bình phải kẹp ống dẫn lưu ngay tránh gây tràn khí màng phổi.

2.5. Kế hoạch chăm sóc

2.5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Toàn thân:
 - + Người bệnh có sốc không?
 - + Thể trạng có tốt không?
- Tình trạng hô hấp:
 - + Xem người bệnh có khó thở không? Da niêm mạc hồng hào hay tím tái? Nhịp thở có nhanh không? Thở có đều không?
 - + Quan sát hệ thống dẫn lưu có hoạt động tốt không? Cột nước trong ống thủy tinh dài có lên xuống theo nhịp thở của người bệnh không? Có nguy cơ hở đường ống dẫn lưu màng phổi không?
- Tình trạng vết thương:
 - + Quan sát vết thương khô sạch hay thấm ướt máu hoặc dịch?
 - + Ống dẫn lưu có được cố định an toàn không? Có cần cố định băng dính thêm không?
- Tình trạng dây nối và bình chứa:
 - + Dây nối bị tắc hay bắn? Dây nối có bị hở?

- + Bình có đặt ở nơi an toàn không? Có bị dịch trào ngược không?

2.5.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Chăm sóc dẫn lưu.
- Chăm sóc vết mổ.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu.

2.5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở tùy từng người bệnh mà có thể từ 10 – 30 phút một lần, ghi vào bảng theo dõi hằng ngày.

- Đặt người bệnh ở tư thế Fowler, nếu khó thở cho nằm đầu cao, nghiêng về phía có ống dẫn lưu và cho thở oxy.

- Dùng thuốc giảm đau, truyền dịch theo y lệnh.
- Theo dõi da và niêm mạc, đánh giá tình trạng chảy máu.
- Đặt tư thế đầu cao, nghiêng về phía có ống dẫn lưu.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ bằng cách:
 - + Thay băng vô khuẩn vết mổ
 - + Theo dõi dịch ở bình chứa: số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Thay dẫn lưu và bình chứa tránh nhiễm khuẩn ngược dòng
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.

- Chăm sóc ống dẫn lưu đảm bảo phải kín, tránh gây tràn khí vào khoang màng phổi:

+ Giữ ống dẫn lưu bằng dây buộc vào cạnh giường, tránh ống bị căng hay gãy gập ống hoặc đè bẹp ống.

+ Thay bình dẫn lưu: Kẹp ống bằng 1 panh lớn, chắc, không bị bung ra. Tháo bình và xúc bình bằng dung dịch mặn đẳng trương.

+ Đổ nước vào bình theo đúng quy định (thường là dung dịch mặn đẳng trương) để ngập ống thủy tinh 3cm.

+ Mở panh và quan sát cột nước trong ống thủy tinh dài có lên xuống theo nhịp thở không.

+ Đặt bình vào nơi an toàn, tránh đổ vỡ.

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

+ Nối máy hút, hút với áp lực thấp qua ống thủy tinh ngắn của bình dẫn lưu.

- Vết thương chân ống dẫn lưu vô trùng khô sạch, chưa thay băng, nếu ướt dịch cần phải thay băng.

- Nếu dây nối dẫn lưu bẩn cần thay dây và đảm bảo không hở để tránh gây tràn khí màng phổi.

- Khi bình chứa dịch đầy tới 2/3 của bình hoặc dịch trong bình đổi màu trong 24 giờ phải thay bình, để phòng nhiễm trùng ngược dòng.

- Phải đặt bình thấp hơn người bệnh nằm khoảng 60cm; nên để bình chứa dịch trong hộp gỗ để tránh vỡ, đổ, có thể gây tràn khí màng phổi.
- Luôn quan sát sự hoạt động của hệ thống dẫn lưu màng phổi. Nếu hệ thống ngừng hoạt động mà người bệnh không khó thở là phổi dẫn nở tốt. Nếu hệ thống ngừng hoạt động mà người bệnh khó thở, tím tái, cần cho thở oxy, sửa lại hệ thống dẫn lưu và báo bác sĩ.
- Theo dõi chảy máu qua vết mổ, qua dẫn lưu: khi thấy máu tươi trong bình ra > 200ml/ giờ hay 800 ml/ngày, hay khí trong bình ra ào ạt mà người bệnh vẫn khó thở, cần phải lấy mạch, huyết áp, nhịp thở. Khi hút nên hút ngắt quãng với áp lực thấp = 20cm H₂O.
- Tránh gập, tắc ống dẫn lưu, khi không thấy dịch hay khí chảy ra, tình trạng người bệnh tốt thì kẹp thử 24 giờ, nếu không khó thở thì rút ống dẫn lưu.
- Giảm nguy cơ dày dính màng phổi: sau khi rút dẫn lưu, hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, tập thể dục, tập khớp vai và thở cơ hoành, tập thổi bóng.
- Điều kiện rút ống dẫn lưu màng phổi:
 - + Toàn trạng tốt
 - + Không khó thở
 - + Chụp lồng ngực: không còn tràn khí, tràn máu màng phổi.
- Thực hiện các chăm sóc khác:
 - + Khi vệ sinh cá nhân tránh làm ướt băng, chú ý vệ sinh răng miệng. Thường xuyên trở mình để chống loét. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.
 - + Chế độ ăn uống: cần ăn tăng đậm, vitamin.

2.5.4. Chăm sóc để phòng ngừa những tai biến khi đặt dẫn lưu màng phổi

- Chảy máu: ướt băng quanh chân ống dẫn lưu phải thay băng và băng chặt lại, nếu còn chảy máu phải báo bác sĩ để xử trí.
- Nhiễm trùng quanh chân ống dẫn lưu: thường gặp trong dẫn lưu mủ màng phổi. Cần phải thay băng vô trùng và khuyên người bệnh thở sâu...
- Xẹp phổi.
- Tràn khí dưới da (ít sẽ tự khỏi).
- Viêm màng phổi do nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Tụt ống dẫn lưu: phải dùng tay bóp kín 2 mép da nơi dẫn lưu, băng kín và báo bác sĩ.
- Vỡ bình dẫn lưu: cần nhanh chóng dùng panh kẹp chặt ống dẫn lưu, thay bình.
- Tắc ống: cột nước không lên xuống, người bệnh tím tái, khó thở, cần phải bơm rửa ống nối.

2.5.5. Giáo dục sức khỏe

- Giảm nguy cơ dày dính màng phổi sau khi rút dẫn lưu:
 - + Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu.
 - + Tập thể dục, tập khớp vai và thở cơ hoành.
 - + Thổi bóng.
 - Khi người bệnh ra viện tiếp tục hướng dẫn tập thở sâu, tập thể dục nhẹ nhàng.
- Nếu thấy đột ngột khó thở hoặc khó thở kèm theo sốt cần đến viện khám lại.

2.5.6. Đánh giá

- Không còn khó thở.
- Hết dịch và khí màng phổi.
- Phục hồi chức năng màng phổi tốt (phổi nở sát thành ngực).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Tư thế người bệnh sau mổ dẫn lưu màng phổi là nằm ngửa kê cao vai.		
2	Cần thay ống dẫn lưu màng phổi hằng ngày khi chăm sóc người bệnh sau mổ dẫn lưu màng phổi.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

3. Khi chăm sóc ống dẫn lưu màng phổi, thấy người bệnh tím tái, khó thở người điều dưỡng viên cần phải:
 - A. Cho người bệnh nằm đầu thấp
 - B. Cho thở oxy và báo bác sĩ
 - C. Tiêm thuốc trợ hô hấp
 - D. Hút ống dẫn lưu.
4. Sau khi rút ống dẫn lưu, việc làm quan trọng nhất là:
 - A. Cho người bệnh tập thở
 - B. Cho người bệnh ăn tăng đạm
 - C. Dùng kháng sinh tích cực
 - D. Theo dõi chân ống dẫn lưu.
5. Vấn đề quan trọng nhất khi chăm sóc người bệnh sau dẫn lưu màng phổi là:
 - A. Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh
 - B. Cho người bệnh tập ho và thở sâu
 - C. Vệ sinh răng miệng và thân thể
 - D. Cho người bệnh nằm đầu thấp.
6. Di chứng nặng nề nhất sau dẫn lưu màng phổi là:

- A. Suy dinh dưỡng
- B. Dày dính màng phổi
- C. Viêm phổi
- D. Xẹp phổi.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

7. Trước khi rút dẫn lưu màng phổi cần kẹp ống dẫn lưu... (A)... giờ. Nếu người bệnh không khó thở mới rút.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Hoàng Văn C, 20 tuổi vào viện được chẩn đoán là vết thương thấu ngực, đã được mổ dẫn lưu màng phổi phải ngày thứ hai. Hiện tại người bệnh tỉnh, khó thở, nhịp thở 25 lần/ phút, ống dẫn lưu màng phổi không hoạt động.

8. Công việc cần làm của người điều dưỡng với người bệnh C:

- A. Rút dẫn lưu màng phổi
- B. Báo cáo với phẫu thuật viên
- C. Bơm rửa dẫn lưu
- D. Theo dõi tiếp.

9. Người bệnh C ổn định được xuất viện, hướng dẫn nào sau đây của người điều dưỡng có ý nghĩa nhất cho người bệnh:

- A. Ăn uống đủ chất
- B. Vệ sinh thân thể sạch sẽ
- C. Lao động nhẹ nhàng
- D. Tập thở sâu.

Bài 15
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG
PHỔI – MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, phân loại triệu chứng chính, biến chứng chấn thương phổi – màng phổi.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương phổi – màng phổi trước và sau mổ.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Lồng ngực là nơi chứa hai cơ quan chính và quan trọng là tim và phổi.

- Chấn thương phổi – màng phổi là một cấp cứu ngoại khoa. Việc cấp cứu phải nhanh chóng, kịp thời, đặc biệt sơ cứu tốt sẽ hạn chế những nguy hiểm đến tính mạng cho người bệnh.

- Việc điều trị và chăm sóc cần thực hiện đầy đủ. Khi hết dịch và khí cần chú ý đến việc phục hồi chức năng màng phổi.

- Người điều dưỡng cần hướng dẫn cho người bệnh tập thở sâu, cách vận động trong và sau khi dẫn lưu màng phổi.

2. NGUYÊN NHÂN

Các chấn thương thời chiến: Các chấn thương do sức ép trong các vụ nổ lớn, chấn thương do sập hầm...

- Thời kỳ hoà bình:

+ Các chấn thương do tai nạn giao thông: ngã đập thành ngực xuống nền cứng.

+ Tai nạn lao động: sập hầm lò, tường đổ gây chấn thương ngực...

+ Tội nạn xã hội: bị đánh vào ngực bằng vật cứng hoặc gậy...

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Trần máu màng phổi

- Toàn thân: có thể sốc do đau và do mất máu.

- Cơ năng: đau ngực và khó thở.

- Thực thể:

+ Nhìn: lồng ngực bên tổn thương cao hơn bên lành, di động xương sườn bị hạn chế.

+ Sờ: rung thanh giảm.

+ Gõ: đục vùng thấp.

+ Nghe: rì rào phế nang giảm.

- Xquang: trên phim chụp lồng ngực ở tư thế thẳng ta thấy hình ảnh mờ vùng thấp và giới hạn với vùng phổi lành bằng đường cong Damoiseau.

3.2. Tràn khí màng phổi

- Cơ năng: đau ngực khó thở.
- Thực thể:
 - + Nhìn: lồng ngực bên tổn thương cao hơn bên lành
 - + Sờ: rung thanh giảm
 - + Gõ: vang
 - + Nghe: rì rào phế nang giảm.
- Xquang: trên phim lồng ngực thẳng sẽ thấy vùng phổi bị tràn khí sáng hơn bình thường và thường ở vùng đỉnh phổi.

3.3. Tràn khí – Tràn máu màng phổi phổi hợp

- Khi khám ta thấy có các triệu chứng tràn khí và tràn máu, song khi gõ sẽ thấy đục ở vùng thấp và vang ở vùng cao.
- Xquang: hình ảnh mức nước – mức hơi bên phổi bị tổn thương.

4. BIẾN CHỨNG

Sau khi người bệnh bị tràn máu hoặc tràn khí màng phổi nếu không được điều trị tốt sẽ để lại các biến chứng:

- Viêm mủ màng phổi
- Dày dính màng phổi
- Xơ hoá màng phổi.

5. XỬ TRÍ CẤP CỨU

Tràn dịch và tràn khí màng phổi: chọc hút dịch hay khí bằng kim to và dẫn lưu kín hoặc mở màng phổi cầm máu, dẫn lưu màng phổi.

- Tràn khí màng phổi: chọc ở khoang liên sườn II đường giữa xương đòn
- Tràn máu màng phổi: chọc dẫn lưu máu ở khoang liên sườn VII – VIII đường nách sau.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Chăm sóc trước mổ

6.1.1. Nhận định

- Toàn thân:
 - + Người bệnh có sốc không ?
 - + Tình trạng hô hấp thế nào ?
 - + Thể trạng có tốt không?
- Tại chỗ:
 - + Thương tổn thuộc loại nào?
 - + Gãy xương sườn hay gãy xương ức?
 - + Có mảng sườn di động không?

- + Có tràn máu, tràn khí màng phổi không?

6.1.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh khó thở.
- Đau vùng ngực.
- Nguy cơ sốc.
- Nguy cơ suy hô hấp.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết thương.

6.1.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Phòng và chống sốc:
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút/ lần
 - + Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh
 - + Truyền dịch và thực hiện thuốc.
- Chống suy hô hấp :
 - + Tư thế người bệnh: nằm tư thế Fowler.
 - + Băng cố định xương sườn nếu gãy xương sườn.
 - + Trợ giúp bác sĩ làm các thủ thuật cố định xương sườn nếu người bệnh có mảng sườn di động.
- + Thở oxy.
- Chống nhiễm trùng:
 - + Thay băng vô khuẩn vết thương, trợ giúp bác sĩ cắt lọc và rửa vết thương.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - + Tiêm huyết thanh phòng uốn ván.
- Chuẩn bị trước mổ:
 - + Hoàn thành hồ sơ bệnh án
 - + Đưa người bệnh đi làm các xét nghiệm
 - + Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật
 - + Thay băng vết thương và sát khuẩn vùng cần mổ
 - + Giải thích cho người bệnh yên tâm
 - + Tháo bỏ đồ trang sức giao cho gia đình người bệnh
 - + Giải thích cho gia đình ký giấy cam kết mổ.

6.2. Chăm sóc sau mổ dẫn lưu màng phổi

6.2.1. Nhận định

- Người bệnh có bị nhiễm trùng vết mổ không?
- Tình trạng hô hấp thế nào?
- Ống dẫn lưu có thông không và dịch chảy ra thế nào?

6.2.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ mất máu.
- Nguy cơ suy hô hấp.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.

- Nguy cơ dày dính màng phổi.

6.2.3. *Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc*

- Theo dõi chảy máu sau mổ:
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng da và niêm mạc. Nếu mất máu nhiều, da xanh và niêm mạc nhợt cần báo lại cho bác sĩ.
 - + Theo dõi máu chảy qua vết mổ bằng cách theo dõi tình trạng dịch thấm băng.
 - + Máu và dịch chảy qua sonde dẫn lưu: bình thường máu chảy qua sonde dẫn lưu số lượng ít và trong dần.
 - + Xét nghiệm máu nếu số lượng hồng cầu dưới 2 triệu/ 1mm^3 cần báo cho bác sĩ truyền máu cho người bệnh.
- Hô hấp:
 - + Tư thế người bệnh: nằm đầu cao nghiêng về phía có dẫn lưu.
 - + Theo dõi nhịp thở, tình trạng tím tái môi và đầu chi.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
 - + Theo dõi dịch ở bình chứa: số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Thay băng vô khuẩn vết mổ hai ngày một lần nếu vết mổ khô, ngày một lần nếu vết mổ nhiễm trùng và cắt chỉ cách để thoát dịch nếu vết mổ có mủ.
 - + Thay dẫn lưu và bình chứa tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
- Theo dõi ống dẫn lưu:



Ghế tập sau dẫn lưu màng phổi

- + Tránh gập ống dẫn lưu, tránh tắc, dẫn lưu phải được đặt đúng nguyên tắc là dẫn lưu kín và một chiều.
- + Kẹp ống dẫn lưu: khi không thấy dịch chảy ra. Tình trạng tốt, đồng thời chụp Xquang không thấy hình ảnh dịch và khí màng phổi ta tiến hành kẹp dẫn lưu 24 giờ nếu người bệnh không khó thở thì rút ống.
- Các chăm sóc khác:
 - + Vệ sinh: Vệ sinh cá nhân tránh ướt băng, vệ sinh răng miệng.
 - + Thay đổi tư thế để chống loét.
 - + Dinh dưỡng: đảm bảo chế độ dinh dưỡng, tăng đạm và vitamin chống nhiễm trùng.

6.3. Giáo dục sức khỏe

- Giảm nguy cơ dày dính màng phổi sau khi rút dẫn lưu:
 - + Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu
 - + Tập thể dục, tập khớp vai và thở cơ hoành
 - + Thổi bóng.
- Khi người bệnh ra viện tiếp tục hướng dẫn tập thở sâu, tập thể dục nhẹ nhàng. Nếu thấy đột ngột khó thở hoặc khó thở kèm theo sốt cần đến viện khám lại.

6.4. Đánh giá

- Người bệnh hết khó thở
- Hết dịch và khí màng phổi
- Không có các di chứng như dày dính màng phổi hay ổ cặn màng phổi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, vào cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Đau là triệu chứng luôn có trong chấn thương ngực.		
2	Triệu chứng cơ năng của người bệnh bị tràn máu màng phổi là đau ngực và khó thở.		
3	Viêm mũ màng phổi là biến chứng luôn có ở người bệnh chấn thương ngực.		
4	Khi gãy xương sườn cần băng cố định vào thành ngực để người bệnh đỡ đau.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

5. Triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán tràn máu màng phổi là:
- A. Nghe rì rào phế nang giảm và gõ vang ở vùng cao
 - B. Nghe rì rào phế nang giảm và gõ vang ở vùng thấp
 - C. Nghe rì rào phế nang giảm và gõ đục ở vùng cao
 - D. Nghe rì rào phế nang giảm và gõ đục ở vùng thấp.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

6. Chấn thương ngực do tai nạn giao thông là chấn thương mà người bệnh ngã đập...
A... xuống đất.
7. Tràn khí – dịch màng phổi là gõ vang ở... (A)... và đục ở...(B)...
8. Biến chứng của chấn thương ngực là dày dính... A...

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Trần Thị A bị tai nạn xe máy được đưa vào trạm xá xã trong tình trạng đau vùng ngực trái, đau nhiều khi thở, nhịp thở 19 lần/ phút, không tím tái, không co kéo cơ hô hấp. Sờ thấy có tiếng lục cục ở xương sườn số 9 bên trái.

9. Cách chăm sóc đúng nhất của người điều dưỡng đối với người bệnh A là:

- A. Thở oxy
- B. Tiêm thuốc giảm đau
- C. Cố định xương sườn gãy bằng băng dính to bản
- D. Cho người bệnh nằm tư thế Fowler.

Bài 16

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RÒ HẬU MÔN VÀ TRĨ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, phân loại, triệu chứng chính và hướng điều trị rò hậu môn – trĩ*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ rò hậu môn – trĩ.*

PHẦN I – BỆNH HỌC

1. RÒ HẬU MÔN

1.1. Đại cương

- Rò hậu môn là hậu quả, di chứng của áp xe quanh hậu môn điều trị không triệt để.
- Bệnh không nguy hiểm tới tính mạng nhưng ảnh hưởng tới sinh hoạt, lao động của người bệnh.
- Điều trị rò hậu môn chỉ có một phương pháp duy nhất là phẫu thuật.
- Chăm sóc người bệnh rò hậu môn đòi hỏi người điều dưỡng cần nhẹ nhàng, tế nhị.

1.2. Nguyên nhân

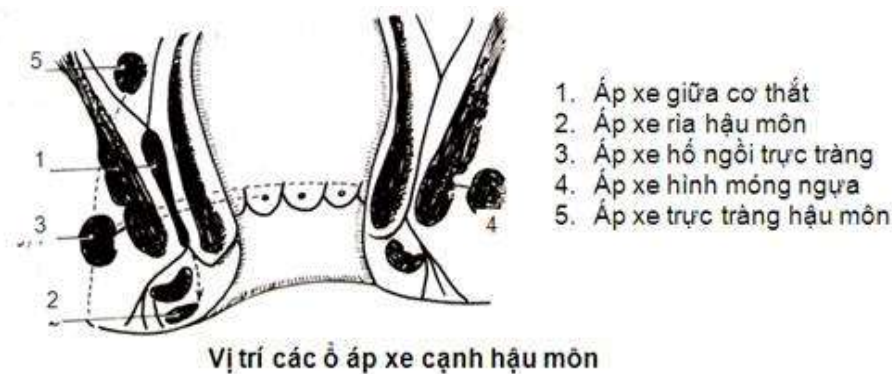
Do vi khuẩn gây áp xe các hốc hậu môn tạo nên đường rò (coli, tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn lao). Vi khuẩn làm nung mủ cấp tính hoặc mạn tính, mà điểm xuất phát là nhiễm trùng một trong các tuyến Herma – Desfosses.

1.3. Phân loại

Người ta dựa vào vị trí, đường đi của đường rò liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn và các khoang tế bào xung quanh hậu môn để phân loại rò hậu môn.

- Các đường rò chính:

- + Rò xuyên qua cơ thắt
- + Rò giữa các cơ thắt
- + Ngoài các đường rò chính còn các túi cùng thông vào đường rò.



- Các trường hợp đặc biệt:

- + Rò đôi: có hai lỗ nguyên phát, rất hiếm gặp.
- + Rò hình chữ Y: là loại rò có một lỗ nguyên phát, lúc đầu có một đường rò duy nhất, sau đó chia ra làm hai đường xuyên qua cơ thắt ngoài.

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Chảy mủ hay nước vàng từng đợt ở vùng hậu môn:
 - + Dịch chảy ra thường ít, chỉ thấm ướt đũng quần.
 - + Dịch mủ chảy ra khoảng mười ngày rồi ngừng lại, nhưng ít lâu sau lại chảy lần tiếp theo.
- Ngứa ở quanh vùng hậu môn.

1.3.2. Triệu chứng thực thể

Đề người bệnh nằm ngửa theo tư thế sản khoa để khám.

- Nhìn:
 - + Cạnh hậu môn có một lỗ rò nằm giữa núm thịt nhỏ
 - + Lỗ rò có thể đang chảy dịch, mủ hoặc đã đóng vảy
 - + Cần xác định vị trí lỗ rò theo tên gọi của các chữ số trên mặt đồng hồ ở tư thế sản khoa.
- Sờ, nắn: sờ thấy một đám cứng to hay nhỏ, dài hay ngắn là tùy thuộc vào đường rò.
- Thăm khám đường rò bằng dụng cụ: Đưa dụng cụ từ lỗ ngoài sẽ thấy đầu que thăm chui qua lỗ ở phía trong lòng ống hậu môn.
- Soi hậu môn: kết hợp với bơm xanh methylen từ lỗ ngoài để tìm lỗ rò trong.

1.3.3. Cận lâm sàng: chụp lỗ rò có thuốc cản quang để xác định đường rò.

1.4. Hướng xử trí

- Phẫu thuật khoét bỏ đường rò.

- Dẫn lưu dài ngày đường rò và cắt dần dần cơ thắt vòng hậu môn: áp dụng cho những lỗ rò có nhiều góc ngách.

2. TRĨ

2.1. Đại cương

- Trĩ là hiện tượng dẫn tĩnh mạch hậu môn – trực tràng.
- Chăm sóc người bệnh trĩ người điều dưỡng cần nhẹ nhàng, tế nhị.
- Người điều dưỡng cần hướng dẫn cho người bệnh những việc cần phải thực hiện để tránh trĩ tái phát sau khi xuất viện.

2.2. Nguyên nhân

Hiện nay nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ còn chưa được làm sáng tỏ. Đa số các tác giả cho rằng bệnh trĩ xuất hiện trên những cơ địa đặc biệt (di truyền, thể tạng...) và nêu lên một số yếu tố khởi bệnh:

- Sự suy yếu của tổ chức nâng đỡ.
- Rối loạn lưu thông tiêu hoá: táo bón, ỉa chảy.
- Yếu tố nội tiết
- Yếu tố gia đình.
- Chế độ ăn uống, bệnh thường gặp ở một số nghề nghiệp.

Trong các thuyết nêu ra, có 2 thuyết được nhiều người chấp nhận nhất đó là:

2.2.1. Thuyết mạch máu

Khi các yếu tố khởi bệnh tác động làm các shunt động – tĩnh mạch mở rộng. Máu động mạch chảy vào ổ ạt làm các đám rối tĩnh mạch gây dẫn quá mức.

2.2.2. Thuyết cơ học

Dưới tác dụng của áp lực tăng cao do rặn khi đại tiện (táo bón, đại tiện khó), các bộ phận nâng đỡ tổ chức trĩ bị dần dần và trở lên lỏng lẻo. Các búi trĩ bị sa xuống dưới và dần dần nằm ở ngoài ống hậu môn.

2.2.3. Yếu tố thuận lợi

- Rối loạn lưu thông ruột.
- Một số hiện tượng sinh lý: chữa, đẻ.
- Chế độ ăn uống quá mức, ăn nhiều ớt, uống nhiều rượu, cà phê.
- Dùng một số thuốc đặt ở hậu môn.

2.3. Phân loại trĩ

2.3.1. Phân loại theo giải phẫu

Lấy đường lược làm mốc người ta phân ra:

- Trĩ nội: nằm ở khoang dưới niêm mạc, trên đường lược.
- Trĩ ngoại: nằm ở khoang cạnh hậu môn, dưới da, dưới đường lược.

2.3.2. Phân theo vị trí

Nếu coi ống hậu môn như mặt kính đồng hồ, người bệnh nằm theo tư thế sản khoa. Sự phân bố thông thường nhất của ba búi trĩ ở vị trí 3 - 8 - 11 giờ.

2.3.3. Phân theo quá trình phát triển

Tuỳ theo quá trình phát triển trĩ nội chia làm 4 độ:

- Độ 1: Thường không có biểu hiện lâm sàng. Thỉnh thoảng người bệnh có ngứa và sưng vùng hậu môn do ăn uống quá mức.
- Độ 2: Triệu chứng là ra máu sau mỗi lần đi đại tiện.
- Độ 3: Xuất hiện sa lòi búi trĩ khi đi đại tiện nhưng búi trĩ có thể co lên được sau đại tiện.
- Độ 4: Sa lòi búi trĩ khi đi đại tiện nhưng không tự co lên được.

2.4. Triệu chứng

- Đại tiện ra máu: đây là dấu hiệu quan trọng nhất, máu đỏ tươi bám theo phân hoặc nhỏ thành từng giọt sau khi đi đại tiện.

- Sa lòi búi trĩ:

+ Sa một bó hay cả vòng trĩ khi đi đại tiện hoặc gắng sức khi rặn.

+ Nếu búi trĩ không tự co lên được sau đại tiện thì người bệnh phải dùng tay đẩy lên

- Tắc mạch trĩ. Khoảng 15% trĩ có các đợt tắc mạch.

+ Trĩ ngoại tắc mạch: đó là một khối nhỏ, thường đơn độc, màu xanh tím, chắc, nằm dưới da rìa hậu môn. Để tự diễn biến sẽ tự tiêu thành miếng da thừa vùng rìa hậu môn.

+ Trĩ nội tắc mạch: hiếm gặp hơn, thường biểu hiện bằng những cơn đau dữ dội trong ống hậu môn. Khám hậu môn trực tràng thấy một khối nhỏ hơi rắn, đau, soi hậu môn thấy khối màu xanh tím, niêm mạc nề nhẹ.

+ Sa trĩ tắc mạch: đau dữ dội vùng hậu môn, khó có thể đẩy trĩ vào lòng ống hậu môn.

- Những biểu hiện lâm sàng khác:

+ Đau (ngoài đợt trĩ tắc mạch) thường là cảm giác vướng rứt khi đi đại tiện.

+ Những mảnh da thừa hay u nhú phì đại: di tích của trĩ tắc mạch tự tiêu.

+ Trĩ phối hợp với nứt kẽ hậu môn: thường hội chứng nứt kẽ trĩ lên (đau, song không nên hiểu rằng nứt kẽ là biến chứng của trĩ.

- Toàn thân: có thể có hội chứng thiếu máu.

2.5. Hướng điều trị

- Điều trị bằng thuốc:

+ Thuốc điều hoà lưu thông ruột

+ Thuốc tăng cường trương lực các tĩnh mạch

+ Thuốc chống viêm.

- Tiêm thuốc làm xơ cứng các búi trĩ.

- Đốt trĩ bằng tia hồng ngoại.

- Thất búi trĩ bằng dây chun.
- Dùng thuốc đông y.
- Phẫu thuật cắt trĩ.

PHẦN II – CHĂM SÓC

1. NHẬN ĐỊNH

1.1. Nhận định trước mổ

1.1.1. Nhận định toàn trạng

- Thể trạng: Xem người bệnh gầy hay béo?
- Có hội chứng thiếu máu không?
 - + Da và niêm mạc: Xem da có xanh và niêm mạc có nhợt hay không?
 - + Dấu hiệu sinh tồn: Xem mạch có nhanh không?
 - + Số lượng hồng cầu có giảm không?

1.1.2. Nhận định tại chỗ

- Trĩ:
 - + Đau: Xem người bệnh đau nhiều hay ít?
 - + Chảy máu: Xem mỗi lần đi đại tiện có ra máu không?
 - + Sa búi trĩ: Xem búi trĩ có sa ra ngoài mỗi lần đi đại tiện hay không và nếu có búi trĩ thì có tự co lên được không?
- Rò hậu môn:
 - + Số lỗ rò: Xem một hay nhiều lỗ?
 - + Lỗ rò đang chảy dịch hay đã khô?
 - + Lỗ rò có bị sưng nề, tấy đỏ hay không?

1.2. Sau mổ

- Nhận định về dấu hiệu sinh tồn?
- Nhận định về tiểu tiện: Xem có bí tiểu tiện hay không? (sau mổ vùng hậu môn người bệnh hay bí tiểu tiện).
- Nhận định về đại tiện: Xem có bị táo bón sau mổ hay không?
- Nhận định về vết mổ: Xem vết mổ có bị chảy máu và có bị nhiễm khuẩn không?

2. NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN CHĂM SÓC

- Người bệnh thiếu máu.
- Búi trĩ nhiễm trùng.
- Búi trĩ sa ra ngoài hậu môn.
- Lỗ rò nhiễm trùng sưng nề tấy đỏ.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Vệ sinh hậu môn hằng ngày.
- Thực hiện chế độ ăn uống chống táo bón.

3. LẬP VÀ THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

3.1. Chuẩn bị trước mổ

- Chuẩn bị để khám trực tràng hoặc soi trực tràng:
 - + Cần phải thụt tháo sạch phân cho người bệnh (thụt 2 lần)
 - + Điều dưỡng phụ chuẩn bị dụng cụ ánh sáng
 - + Chuẩn bị tư thế.
- Cho người bệnh ngâm hậu môn bằng nước muối ấm ngày 2 lần, mỗi lần từ 10 đến 15 phút.
- Đặt thuốc vào hậu môn nếu có chỉ định.
- Dinh dưỡng: 3 ngày trước khi mổ cho ăn ít chất xơ, ăn thức ăn nhẹ dễ tiêu, hướng dẫn cách dùng thuốc nhuận tràng.
- Thụt tháo vào buổi chiều ngày trước mổ và buổi sáng ngày mổ. Phải đảm bảo sạch phân trong đại tràng.
- Làm xét nghiệm và các thủ tục trước mổ.
- Vệ sinh vùng tầng sinh môn và hậu môn thật sạch.

3.2. Chăm sóc sau mổ

- Theo dõi sát về dấu hiệu sinh tồn: ngày đầu cần theo dõi 1 giờ/ lần, cần chú ý hơn về mạch và huyết áp.
- Tiêm thuốc giảm đau, an thần theo y lệnh.
- Chăm sóc vết mổ.
 - + Theo dõi chảy máu vết mổ: ngày đầu cần theo dõi sự chảy máu vết mổ, ngày thứ ba trở đi theo dõi hiện tượng nhiễm trùng vết mổ.
- Chăm sóc tiểu tiện:
 - + Theo dõi xem người bệnh có bị bí tiểu tiện hay không
 - + Theo dõi lượng nước tiểu trong vòng 24 giờ đầu.
- Thay băng khi băng thấm ướt và thay băng hằng ngày.
- Rút Mecher theo chỉ định:
 - + Thường Mecher được rút sau 24 giờ.
 - + Trước khi rút Mecher cần cho người bệnh ngâm hậu môn vào nước ấm. Có thể ngâm thuốc tím hay nước muối ấm.
 - + Cần rút nhẹ nhàng, tránh chảy máu trong trường hợp mổ trĩ.
- Tránh táo bón:
 - + Cho người bệnh uống nhiều nước, ăn thức ăn có tính chất nhuận tràng như đu đủ chín, chuối tiêu, khoai lang.
 - + Hướng dẫn cho người bệnh sau mỗi lần đi đại tiện phải rửa kỹ và ngâm bằng nước ấm.
- Dinh dưỡng:
 - + Ngày đầu: cho uống sữa.
 - + Ngày thứ hai: Cho ăn cháo, sau đó ăn cơm; cần ăn thức ăn mềm, tránh thức ăn nhiều chất xơ.

- Chăm sóc vận động: Sau 12 giờ giúp người bệnh ngồi dậy, sau 24 giờ giúp người bệnh đi lại.

3.3. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn cho người bệnh ăn uống tránh táo bón.
- Tránh ăn uống các chất kích thích như rượu, chè, ớt....
- Tập đi đại tiện đúng giờ.
- Ngâm hậu môn trong nước muối ấm, ngày 2 lần trong 1 tuần.
- Tập thể dục thường xuyên.
- Mỗi lần đi đại tiện cần rửa hậu môn sạch sẽ.

3.4. Đánh giá

- Trước mổ:
 - + Hậu môn không bị chảy máu, viêm nhiễm
 - + Chuẩn bị tốt trước mổ.
- Sau mổ:
 - + Không chảy máu vết mổ
 - + Không nhiễm khuẩn vết mổ
 - + Không mắc bệnh tái phát
 - + Người bệnh thực hiện tốt lời dặn dò của người điều dưỡng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Đại tiện ra máu tươi là triệu chứng hay gặp của trĩ.		
2	Ngứa quanh hậu môn là triệu chứng cơ năng của rò hậu môn.		
3	Trĩ nội độ 2 là búi trĩ thường xuyên nằm ngoài hậu môn.		
4	Rò hậu môn là hậu quả của áp xe quanh hậu môn điều trị không triệt để.		
5	Rò hậu môn thường có biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân.		
6	Trong bệnh trĩ có thể có hội chứng thiếu máu.		
7	Đối với người bệnh trĩ, cần ăn những chất dễ tiêu để tránh táo bón.		
8	Sau mổ trĩ cần cho người bệnh ngồi dậy sau 48 giờ.		
9	Đặt Mecher trong ống hậu môn sau mổ trĩ cần rút sau 72 giờ.		
10	Sau mổ trĩ cần ngâm hậu môn trong nước ấm sau mỗi lần đại tiện.		
11	Cho người bệnh sau mổ trĩ uống ít nước.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

12. Vấn đề theo dõi quan trọng nhất sau chích rạch áp xe quanh hậu môn là:
- A. Theo dõi sốt
 - B. Theo dõi tiểu tiện
 - C. Theo dõi đại tiện
 - D. Theo dõi mũ thoát qua miệng vết chích.
13. Rò hậu môn là hậu quả của bệnh:
- A. Nứt kẽ hậu môn
 - B. Sa trực tràng
 - C. Áp xe quanh hậu môn
 - D. Viêm trực tràng.
14. Triệu chứng bệnh rò hậu môn là:
- A. Vùng quanh hậu môn có lỗ chảy nước vàng
 - B. Vùng quanh hậu môn có một đám cứng
 - C. Vùng quanh hậu môn có lỗ rò chảy dịch, mũ ở vùng da lành thông với hậu môn
 - D. Vùng quanh hậu môn nề, có máu chảy ra.
15. Việc chuẩn bị cần thiết nhất trước khi mổ trĩ là:
- A. Cho nhịn ăn trước 2 ngày
 - B. Bơm thuốc vào đại tràng chống co thắt
 - C. Làm sạch đại tràng
 - D. Uống thuốc nhuận tràng.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

16. Trĩ thường gặp ở vị trí của hậu môn:
- A. 3 giờ
 - B. 8 giờ
 - C.
17. Nêu 4 mức độ của trĩ nội:
- A. Độ 1: Trĩ cương tụ, có hiện tượng chảy máu (chỉ co lên trong lòng ống hậu môn).
 - B. Độ 2: Sa trĩ khi rặn, tự co lên sau khi đi ngoài.
 - C. Độ 3: Xuất hiện sa lồi búi trĩ khi đi đại tiện nhưng búi trĩ.....lên được.
 - D. Độ 4: Sa lồi búi trĩ khi đi đại tiện nhưng không tự co lên được.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Thị H vào viện trong tình trạng đi đại tiện ra máu đỏ tươi. Khám thấy vùng hậu môn vị trí 9 giờ có một khối u mềm, màu tím sẫm đang chảy máu và người bệnh đã được mổ cấp cứu cầm máu.

18. Người bệnh H mắc bệnh:
- A. Sa trực tràng
 - B. Trĩ
 - C. Rò hậu môn
 - D. Áp xe cạnh hậu môn.
19. Khi được xuất viện: hướng dẫn nào sau đây của người điều dưỡng có ý nghĩa nhất với người bệnh H:
- A. Chế độ ăn ít chất xơ
 - B. Lao động nhẹ nhàng
 - C. Ngâm hậu môn nước muối ấm ngày 2 lần trong 1 tuần
 - D. Tập thể dục.

Bài 17

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được dịch tễ học, triệu chứng chính, hướng dẫn điều trị ung thư đại tràng.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh ung thư đại tràng*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư đại tràng ở Việt Nam là loại ung thư thường gặp ở đường tiêu hoá, đứng hàng thứ ba sau ung thư dạ dày và ung thư gan. Bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, cho nên thời gian sống 5 năm sau mổ còn thấp (30- 60 %).
- Điều trị ung thư đại tràng cơ bản là điều trị bằng phẫu thuật.
- Chăm sóc sau mổ ung thư đại tràng cần phải kiên trì, tế nhị, đặc biệt là sau mổ người bệnh phải làm hậu môn nhân tạo.

2. DỊCH TỄ HỌC

- Ung thư đại tràng gặp nhiều ở các nước Tây Âu và Bắc Mỹ, ít gặp hơn ở các nước châu Phi và châu Á.
- Bệnh gặp cả ở nam và nữ, gặp nhiều từ tuổi 45 và tăng dần theo tuổi.
- Nguyên nhân của ung thư đại tràng chưa được xác định chắc chắn, nhưng người ta đã xác định được yếu tố nguy cơ.
 - + Các trạng thái tiền ung thư:
 - Polyp đại tràng
 - Bệnh viêm loét chảy máu đại tràng
 - Bệnh Crohn đại tràng.

+ Yếu tố di truyền

Bệnh polyp đại tràng gia đình: Trong lòng đại tràng gặp hàng trăm đến hàng nghìn polyp nằm ở đại – trực tràng, nguy cơ ung thư hoá tới 100%.

Bệnh polyp đại tràng phối hợp với u xơ ở mạc treo, ở sau phúc mạc, hoặc phối hợp với các khối u ở hệ thần kinh trung ương.

Hội chứng ung thư đại tràng gia đình.

+ Yếu tố môi trường

Chế độ ăn: Ăn nhiều mỡ động vật và nhiều thịt là tăng nguy cơ ung thư đại tràng.

- Ngoài ra, người ta còn nói tới vai trò của vi khuẩn đường ruột đặc biệt là vi khuẩn kỵ khí.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Ung thư đại tràng giai đoạn sớm thường không có triệu chứng. Các triệu chứng lâm sàng chỉ xuất hiện khi bệnh đã có tiến triển. Các triệu chứng cũng không đặc hiệu và thay đổi theo vị trí khối u.

- Đau bụng: là triệu chứng thường gặp. Đối với ung thư đại tràng phải, lúc đầu thường đau nhẹ, mơ hồ ở vùng hố chậu phải hoặc mạng sườn phải, sau đó tăng dần thành cơn đau đại tràng thực sự, kèm theo trướng bụng, buồn nôn. Cơn đau giảm dần hoặc hết khi có trung tiện (hội chứng Koenig). Đối với ung thư đại tràng trái thường biểu hiện bằng những cơn đau đại tràng thực sự, khởi phát đột ngột, luôn luôn ở một vị trí, cơn đau cũng mất nhanh sau khi người bệnh đại tiện lỏng hoặc trung tiện.

- Rối loạn tiêu hoá: gặp đại tiện lỏng đối với ung thư đại tràng phải và táo bón với ung thư đại tràng trái hoặc đại tiện lỏng xen kẽ với những đợt táo bón. Đây là dấu hiệu gợi ý nếu mới xuất hiện và kéo dài ở người bệnh > 40 tuổi.

- Đại tiện ra máu: thường là đại tiện máu vi thể. Đôi khi là đại tiện ra máu thực sự. Đại tiện phân đen thối với ung thư đại tràng phải, đại tiện máu tươi lẫn nhầy đối với ung thư đại tràng Sigma.

3.2. Triệu chứng toàn thân

Ung thư đại tràng thường dẫn tới những rối loạn toàn thân như gầy sút, mệt mỏi, thiếu máu mạn tính, sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Khám bụng có thể sờ thấy khối u nằm ở một trong các vị trí của khung đại tràng, thường gặp khối u ở hố chậu phải, mạng sườn phải, ít khi sờ thấy u ở đại tràng trái.

- Khối u thường có tính chất: chắc, ranh giới rõ ở bờ ngoài và bờ dưới, bờ không đều, ít đau, di động hoặc ít di động.

- Bụng có thể trướng nhẹ, manh tràng có thể dẫn hơi.

- Thăm trực tràng: có thể sờ thấy khối u của đại tràng Sigma bị tụt xuống túi cùng Douglas.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp khung đại tràng có Baryt: ung thư đại tràng có hình ảnh X quang điển hình sau:

- + Hình ảnh chít hẹp

- + Hình khuyết

- + Hình cắt cụt.

- Soi đại tràng với ống soi mềm và sinh thiết: phát hiện được ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm, sinh thiết có thể chẩn đoán xác định về mặt giải phẫu bệnh.

- Các thăm dò cận lâm sàng khác: chủ yếu để đánh giá mức độ xâm lấn và di căn của ung thư đại tràng như siêu âm gan, chụp X quang lồng ngực, soi dạ dày tá tràng, soi bàng quang...

4. HƯỚNG XỬ TRÍ

4.1. Phẫu thuật

- Cắt khối ung thư đại tràng, nối phục hồi lưu thông tiêu hoá hay làm hậu môn nhân tạo là tùy thuộc vào thể trạng người bệnh, vị trí khối ung thư, ung thư đại tràng đã có biến chứng hay chưa.

- Phẫu thuật tạm thời: nối tắt hồi – đại tràng ngang với ung thư đại tràng phải, nối đại tràng ngang – đại tràng Sigma đối với đại tràng trái.

4.2. Điều trị bổ trợ

Loại thuốc được dùng là 5 FU (5 fluoro – uracile) và Levamisol.

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định chăm sóc

5.1.1. Trước mổ

- Toàn trạng:
 - + Người bệnh có bị gầy sút, ăn kém không?
 - + Da có xanh, niêm mạc có nhợt không?
 - + Hạch ngoại biên có sờ thấy không?
- Tại chỗ:
 - + Có đau bụng không? Tính chất cơn đau thế nào?
 - + Đại tiện: táo bón hay đại tiện lỏng? Khi đi đại tiện có máu không, nếu có tính chất của máu ra sao? Phân có nhầy máu mũi không?
 - + Hỏi tiền sử người bệnh xem có thói quen hút thuốc lá không ? Thói quen ăn, uống như thế nào?
 - + Nhận định về hoàn cảnh kinh tế gia đình, tư tưởng người bệnh.

5.1.2. Sau mổ

- Nhận định về dấu hiệu sinh tồn.
- Nhận định về tình trạng ổ bụng.
- Xem vết mổ có bị chảy máu và có bị nhiễm khuẩn không?
- Nếu có hậu môn nhân tạo cần nhận định về hậu môn nhân tạo để chăm sóc.
- Nhận định về vận động, chế độ ăn uống sau mổ.

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh lo lắng khi phải mổ.
- Đau nhiều vùng bụng nơi có khối u.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Ăn uống kém sau mổ.
- Người bệnh mặc cảm khi phải mang hậu môn nhân tạo.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Chuẩn bị trước mổ

- Thụt tháo phân hằng ngày trong một tuần trước mổ.
- Cạo lông quanh hậu môn, tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ da vùng tăng sinh môn.
- Dùng kháng sinh đường ruột.
- Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh.

- Truyền dịch khi có chỉ định của bác sĩ.
- Cho uống thuốc giảm đau, thuốc ngủ vào buổi tối trước ngày mổ theo y lệnh.
- Cho người bệnh đi tiểu trước khi vào phòng mổ.

5.3.2. Sau mổ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 1 giờ/lần trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.

- Ống hút dịch dạ dày: phải theo dõi thường xuyên tránh tắc nghẽn, cần cho hút ngắt quãng. Không được rút sớm ống hút dạ dày, chỉ rút khi có nhu động ruột.

- Theo dõi tình trạng ổ bụng.

Bình thường sau mổ bụng đỡ trướng dần. Nếu ngày thứ 4 – 5 sau mổ mà bụng trướng, kèm theo đau khắp bụng, bí trung, đại tiện, toàn thân có biểu hiện nhiễm trùng thì cần báo ngay với bác sĩ (thường do viêm phúc mạc thứ phát do bục nơi nối hai đầu ruột).

- Chăm sóc ống dẫn lưu:

+ Ống dẫn lưu ổ bụng phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

+ Cho người bệnh nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.

+ Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.

+ Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường ống dẫn lưu ổ bụng ra với số lượng ít dần và không hôi.

+ Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay với bác sĩ.

+ Thay băng chân ống dẫn lưu và sát khuẩn thân ống dẫn lưu, thay túi đựng dịch dẫn lưu hằng ngày.

+ Ống dẫn lưu thường được rút khi có trung tiện.

- Chăm sóc ống thông niệu đạo – bàng quang: Sau mổ ống dẫn lưu niệu đạo – bàng quang cần được rút sớm để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

- Chăm sóc vết mổ:

+ Đảm bảo thay băng vô khuẩn ngày một lần hoặc 2 ngày một lần

+ Bình thường cắt chỉ vào ngày thứ 7.

Đối với người già, suy dinh dưỡng, thành bụng yếu thì cắt chỉ muộn hơn (ngày thứ 10).

- Dinh dưỡng:

+ Khi chưa có nhu động ruột nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch

+ Khi đã có nhu động ruột thì bắt đầu cho uống, sau đó cho ăn từ lỏng tới đặc.

Đối với người bệnh sau mổ có hậu môn nhân tạo cần chăm sóc tốt hậu môn nhân tạo.

5.3.3. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn cho người bệnh trong quá trình về nhà nếu có dấu hiệu bất thường: Đại tiện ra máu, đau bụng phải đến bệnh viện khám lại ngay.

- Đến khám định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ.
 - Nếu có hậu môn nhân tạo cần hướng dẫn cách chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà.
- Khuyến người bệnh không ăn các chất gia vị như: hạt tiêu, ớt..., tránh gây táo bón, tập đại tiện qua hậu môn nhân tạo đúng giờ.

5.4. Đánh giá

- Chuẩn bị tốt trước mổ.
- Người bệnh được chăm sóc tốt sau mổ.
- Sau mổ không có biến chứng xảy ra.
- Người bệnh hiểu và thực hiện tốt lời căn dặn của nhân viên y tế.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Ung thư đại tràng thường sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân.		
2	Cần thực tháo phân trước 2 ngày để mổ ung thư đại tràng.		
3	Không cần dùng kháng sinh đường ruột cho người bệnh trước mổ ung thư đại tràng.		
4	Đối với ung thư đại tràng, cần nhận định xem người bệnh có gây sút, ăn kém không.		
5	Triệu chứng đau bụng trong ung thư đại tràng phải ở giai đoạn đầu là đau dữ dội.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

6. Khối u trong ung thư đại tràng có tính chất:
- Chắc, ranh giới rõ ở bờ ngoài và bờ dưới
 - Mềm, ranh giới rõ ở bờ ngoài và bờ dưới
 - Mềm, ranh giới không rõ ở bờ ngoài và bờ dưới
 - Chắc, ranh giới không rõ ở bờ ngoài và bờ dưới.
7. Hình ảnh X quang không gặp trong ung thư đại tràng:
- Hình ảnh khuyết
 - Hình ảnh cắt cụt
 - Hình ảnh giãn rộng
 - Hình ảnh chít hẹp.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

8. Hướng dẫn cho người bệnh sau mổ ung thư đại tràng trong quá trình về nhà nếu có dấu hiệu bất thường:... A ... đau bụng phải đến viện khám lại ngay.
9. Trong ung thư đại tràng gặp đại tiện lỏng đối với ung thư đại tràng phải và...A.... với ung thư đại tràng trái.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Văn C vào viện với triệu chứng đau âm ỉ bụng trái một tháng nay, đại tiện phân có máu khuôn phân dẹt, sờ thấy một khối u vùng hố chậu trái, người gầy nhanh, ăn uống kém, chụp ổ bụng có hình ảnh chít hẹp ở đại tràng trái.

10. Người bệnh C mắc bệnh:

- A. Ung thư đại tràng
- B. Viêm đại tràng co thắt
- C. Ung thư dạ dày
- D. Lòng ruột.

11. Người bệnh có chỉ định phẫu thuật, chăm sóc nào sau đây có ý nghĩa nhất với người bệnh C:

- A. Cho ăn nhiều chất xơ
- B. Cho uống nhiều nước
- C. Cho thụt tháo phân hằng ngày trong một tuần trước mổ
- D. Theo dõi phân hằng ngày một tuần trước mổ.

Bài 18

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, hướng điều trị sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ đường tiết niệu.*

PHẦN I – BỆNH HỌC

1. SỎI THẬN

1.1. Đại cương

- Sỏi thận là bệnh phổ biến trên thế giới thường gặp ở châu Âu và một số nước châu Á, châu Phi ít gặp hơn.

- Về giới: thường nam giới gặp nhiều gấp đôi nữ giới. Lứa tuổi thường mắc bệnh này từ 30 đến 50.

- Sỏi thận gây nhiều biến chứng phức tạp, có thể dẫn đến tử vong. Vì vậy, cần được chẩn đoán sớm và điều trị cũng như chăm sóc chu đáo để tránh những biến chứng xảy ra.

- Ngày nay, nhờ vào tiến bộ khoa học việc chẩn đoán cũng như điều trị sỏi đường tiết niệu đã được cải thiện đáng kể.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Sỏi thứ phát

Là sỏi được hình thành do nước tiểu bị ứ trệ mà nguyên nhân chính là do cản trở ở bể thận hoặc niệu quản do bệnh bẩm sinh hay mắc phải, do viêm chít hẹp do lao, giang mai v.v...

1.2.2. Sỏi nguyên phát

- Là những viên sỏi được hình thành tự nhiên. Quá trình hình thành sỏi rất phức tạp.

- Thành phần, cấu tạo của sỏi rất khác nhau, vì vậy hiện nay chưa có một lý thuyết tổng quát về hình thành sỏi.

1.2.3. Các loại sỏi thận

- Sỏi canxi: thường là dưới dạng oxalat canxi hoặc phốt phát canxi.

- Sỏi kết hợp với nhiễm khuẩn: thành phần gồm phốt phát amoniac magnesi, thực tế thường kết hợp với cacbonat apatit. Loại này hay gặp ở phụ nữ dưới dạng sỏi san hô.

- Sỏi axit uric.

- Sỏi cristin.

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Con đau quặn thận:

+ Đau dữ dội, lẫn lộn.

+ Đau từ vùng thận bị bệnh lan dọc theo đường đi của niệu quản xuống tận bộ phận sinh dục ngoài.

+ Kèm theo đau có thể có nôn, bí trung đại tiện, trướng bụng.

+ Con đau thường xảy ra sau vận động mạnh.

+ Có một số trường hợp không có cơn đau mà chỉ tình cờ phát hiện ra sỏi.

- Tiểu tiện ra máu, tiểu máu toàn bãi.

- Tiểu tiện ra mủ.

1.3.2. Triệu chứng thực thể

- Khám thấy đau vùng thắt lưng.

- Rung thận dương tính.

- Nếu thận to chạm thận, bập bênh thận dương tính.

1.3.3. Triệu chứng toàn thân

Không có gì đặc biệt trừ những trường hợp có biến chứng như nhiễm khuẩn, suy thận.

1.3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm:

+ Xét nghiệm nước tiểu thấy có hồng cầu, bạch cầu và vi khuẩn

+ Xét nghiệm máu bạch cầu tăng, urê máu tăng.

- X quang, siêu âm:

+ Siêu âm: biết được kích thước thận. Tình trạng đài bể thận có dẫn hay không.

+ X quang ổ bụng không chuẩn bị phát hiện sỏi cản quang thận.

+ Chụp hệ tiết niệu có bơm thuốc cản quang qua tĩnh mạch (UIV) phát hiện được sỏi, đánh giá được chức năng thận.

+ Chụp niệu quản bể thận ngược dòng để phát hiện sỏi không cản quang.

+ Chụp cắt lớp, chụp niệu đồ bằng đồng vị phóng xạ.

1.4. Biến chứng

Sỏi thận gây nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân.

- Sỏi gây tắc đường tiết niệu, làm dẫn đài bể thận, làm mỏng nhu mô thận dẫn đến suy giảm chức năng thận rồi mất hoàn toàn chức năng thận.

- Nếu cả hai thận có sỏi gây tắc người bệnh vô niệu, urê máu tăng cao, tử vong nhanh.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu gây sốc nhiễm khuẩn dễ tử vong. Người bệnh thường đau nhiều bên thận bị bệnh, sốt cao, rét run.

1.5. Hướng điều trị

- Điều trị nội khoa chỉ có vai trò phòng bệnh và chống tái phát.

- Điều trị ngoại:

+ Mở bể thận lấy sỏi.

+ Mở nhu mô thận lấy sỏi.

- + Những trường hợp thận mất chức năng mô cắt bỏ thận hoặc cắt bán phần thận.
- + Tán sỏi qua da sỏi nhỏ dưới 2 cm.

2. SỎI NIỆU QUẢN

2.1. Đại cương

- Sỏi niệu quản là bệnh ngoại khoa cấp cứu tri hoãn.
- Một số trường hợp sỏi hai bên niệu quản gây tắc phải mổ cấp cứu, nếu không can thiệp kịp thời có thể tử vong do vô niệu.
- Có một số trường hợp sỏi nhỏ, sỏi di chuyển xuống bàng quang người bệnh tiểu tiện ra sỏi. Thường sỏi dừng lại ở đoạn hẹp của niệu quản: đoạn bể thận – niệu quản, đoạn niệu quản bắt chéo động mạch chậu, đoạn niệu quản sát bàng quang.

2.2. Nguyên nhân sinh bệnh

2.2.1. Sỏi nguyên phát

Thường sỏi từ thận rơi xuống chiếm khoảng 80%.

2.2.2. Sỏi thứ phát

- Do hậu quả của một số bệnh mắc phải như: viêm, lao, giang mai, thương tổn niệu quản do các phẫu thuật gây chít hẹp niệu quản.
- Do dị dạng niệu quản: niệu quản dẫn to, niệu quản sau tĩnh mạch chủ, niệu quản đôi. Nước tiểu ứ trệ ở phía trên chỗ hẹp lắng cặn hình thành sỏi.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Con đau do sỏi dịch chuyển. Người bệnh đau từng cơn dữ dội vùng thắt lưng, đau lan xuống phía dưới.
- Khi có ứ đọng nước tiểu ở thận, niệu quản đau âm ỉ, căng tức vùng thắt lưng.
- Khi đau có thể có nôn, trướng bụng.
- Tiểu ra máu toàn bãi, thoáng qua.
- Tiểu buốt, dắt khi sỏi sát bàng quang kích thích.

2.3.2. Triệu chứng thực thể

- Trong cơn đau sỏi niệu quản khám thấy co cứng cơ thắt lưng, cứng nửa bụng bên niệu quản có sỏi, bụng trướng.
- Khi sỏi gây tắc niệu quản, gây ứ nước, ứ mủ thận, khám thấy thận to.

2.3.3. Triệu chứng toàn thân

- Thể trạng ít thay đổi khi chỉ có sỏi một bên.
- Người bệnh có sốt khi sỏi gây tắc niệu quản và có nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Sỏi niệu quản hai bên gây tắc nước tiểu, toàn thân người bệnh suy sụp nhanh vì gây urê máu cao, thiếu niệu, vô niệu.

2.3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm thấy hình ảnh sỏi, tình trạng bể thận, niệu quản phía trên sỏi.
- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị thấy hình ảnh sỏi niệu quản cản quang.

- Chụp hệ tiết niệu có thuốc cản quang thấy vị trí sỏi, đường đi của niệu quản, đánh giá chức năng thận.

- Chụp niệu quản, bể thận ngược dòng phát hiện sỏi, nhất là sỏi không cản quang.

2.4. Biến chứng

- Nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Thận to do ứ nước, ứ mủ.
- Vô niệu khi có sỏi hai bên gây tắc nước tiểu.
- Suy thận.
- Tăng huyết áp.

2.5. Hướng xử trí

- Với sỏi nhỏ, đường kính < 0,5 cm: Cho uống nhiều nước, dùng thuốc giảm đau, dẫn cơ, nhảy dây có thể sỏi sẽ xuống được bàng quang.

- Tán sỏi ngoài cơ thể.
- Mở niệu quản lấy sỏi.
- Lấy sỏi qua đường niệu đạo.

3. SỎI BÀNG QUANG

3.1. Đại cương

- Sỏi bàng quang hình thành liên quan đến sự ứ đọng nước tiểu do trường ngại ở cổ bàng quang hay ở niệu đạo.

- Có trường hợp sỏi từ thận, niệu quản rơi xuống.
- Gặp ở cả nam và nữ.

3.2. Nguyên nhân

3.2.1. Sỏi nguyên phát

Thường từ thận, niệu quản rơi xuống. Hòn sỏi có thể được người bệnh tiểu tiện ra ngoài, nếu không thoát ra ngoài được lâu ngày các cặn sỏi tiếp tục bám phủ làm cho hòn sỏi to dần lên.

3.2.2. Sỏi thứ phát

- Do các bệnh gây chít tắc phía dưới như xơ cứng cổ bàng quang, u tiền liệt tuyến, chít hẹp niệu đạo, túi thừa bàng quang.

- Do các dị vật có trong bàng quang như các mũi chỉ không tiêu, đầu ống thông bị đứt.

- Do các dị vật từ ngoài đưa vào.

3.3. Triệu chứng

3.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau tức vùng hạ vị, đau dội lên khi tiểu gần cuối bãi, hoặc lúc vận động nhiều.

- Đau lan ra đầu dương vật, hoặc lan xuống tầng sinh môn.
- Mót tiểu thường xuyên, tiểu nhiều lần, thỉnh thoảng đi tiểu tắc đột ngột.
- Nếu sỏi nhỏ lọt vào xoang tiền liệt tuyến, người bệnh tiểu rỉ.
- Tiểu tiện ra máu cuối bãi.
- Nếu bị nhiễm khuẩn, tiểu buốt, dắt, nước tiểu đục.

3.3.2. Triệu chứng thực thể

- Khám có cầu bàng quang nếu bí tiểu hoàn toàn.
- Có thể có các lỗ rò từ bàng quang ra thành bụng, tầng sinh môn hoặc âm đạo.
- Nếu sỏi to thăm trực tràng, âm đạo có thể sờ thấy.

3.3.3. Triệu chứng toàn thân

- Người bệnh vật vã khó chịu vì bí tiểu hoặc do các rối loạn tiểu tiện.
- Khi có nhiễm trùng tại bàng quang có thể gây viêm đường tiết niệu ngược dòng, suy thận.

3.3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn.
- X quang: Chụp phim ổ bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh sỏi bàng quang.
- Siêu âm bàng quang phát hiện sỏi.
- Soi bàng quang: Đây là phương pháp chẩn đoán chắc chắn nhất.

3.4. Hướng xử trí

- Mở bàng quang lấy sỏi khi sỏi to, có nhiễm khuẩn và giải quyết nguyên nhân gây ra sỏi (túi thừa bàng quang, hẹp niệu đạo, u tiền liệt tuyến).
- Trường hợp sỏi nhỏ dưới 2 cm tán sỏi.

PHẦN II – CHĂM SÓC

1. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

1.1. Nhận định

- Nhận định toàn trạng:
 - + Thể trạng gầy hay béo?
 - + Da niêm mạc thể nào?
 - + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
- Nhận định cơn đau:
 - + Người bệnh đã đau thời gian bao lâu?
 - + Đau từng cơn hay đau liên tục?
 - + Đau dữ dội hay đau âm ỉ?
 - + Vị trí đau ở đâu?
- Nhận định tiểu tiện:
 - + Tiểu bao nhiêu lần trong 24h?
 - + Số lượng nước tiểu bao nhiêu trong 24h?

- + Tiểu tiện có buốt, dắt, nước tiểu có máu, mủ hoặc bí tiểu không?
- Nhận định thực thể:
 - + Bụng có trướng không.
 - + Đối với sỏi thận, sỏi niệu quản chú ý nhận định xem hai hố thận có đầy không, thận có to không?
 - + Đối với sỏi bàng quang, phải nhận định xem có cầu bàng quang không?
 - + Phải nhận định xem có ống thông tiểu không? Nếu có thì ống thông chảy tốt không? Nước tiểu trong hay đục?

1.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ urê máu cao.
- Đau vùng hố thận hay vùng hạ vị.
- Mất ngủ.
- Nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu.

1.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Những trường hợp trước mổ cần phải ăn uống đủ chất.
- Đối với người bệnh có nguy cơ urê máu cao:
 - + Cho ăn chủ yếu gluxit, hạn chế protit.
 - + Truyền dịch theo y lệnh. Dùng dung dịch đường là chính, hạn chế dịch muối, truyền dung dịch natribicacbonat 1,4%.
 - + Làm thông đường tiểu.
- Giảm đau:
 - + Để người bệnh nghỉ ngơi, tránh vận động.
 - + Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh.
- Làm cho người bệnh ngủ được:
 - + Giải thích về bệnh tật để người bệnh yên tâm điều trị.
 - + Làm giảm rối loạn tiểu tiện: đặt thông tiểu.
 - + Cho nằm phòng thoáng mát yên tĩnh.
 - + Cho dùng thuốc ngủ theo y lệnh.
- Làm giảm nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu:
 - + Đặt thông tiểu phải bảo đảm vô khuẩn.
 - + Vệ sinh ống thông tiểu.
 - + Thay ống thông tiểu đúng thời hạn, đặt thông tiểu thường từ 5 – 7 ngày phải thay thông mới.
 - + Dùng kháng sinh theo y lệnh.

2. CHĂM SÓC SAU MỔ

2.1. Nhận định

- Hỏi người bệnh đã mổ được bao lâu?
- Xem toàn trạng có tốt không?
- Ăn ngủ, vận động có tốt không?

- Nhận định tiểu tiện có tốt không?
- Nhận định vết mổ, các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu.

2.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Có nguy cơ viêm phổi, loét.
- Có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Chăm sóc các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu.

2.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Chống viêm phổi, loét

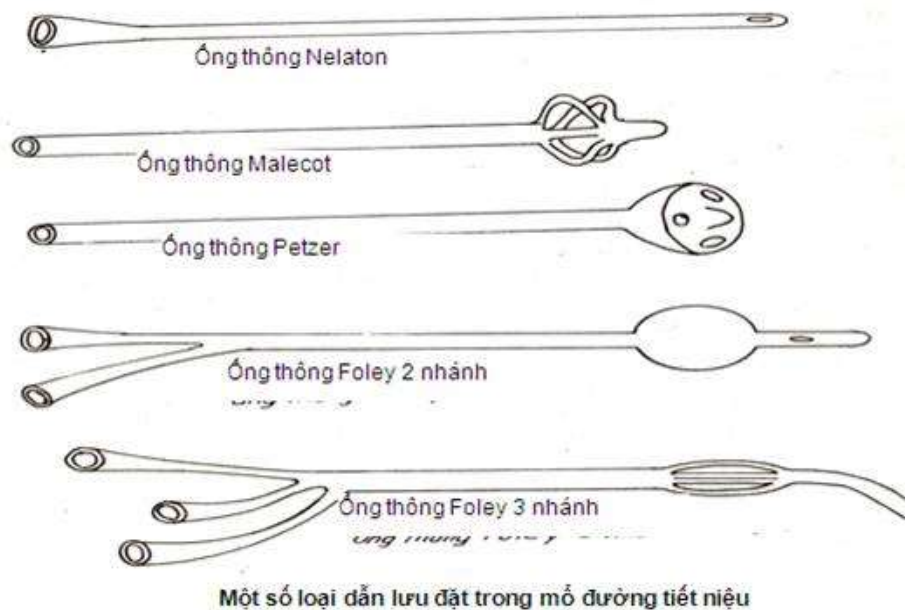
- Tập vận động sớm cho người bệnh.
- Vỗ rung lồng ngực, xoa vùng tì đè cho nằm đệm chống loét.

2.3.2. Chống nhiễm trùng vết mổ

- Theo dõi thay băng vết mổ hằng ngày.
- Nếu vết mổ tấy đỏ cắt chỉ sớm, vết mổ có mủ phải tách mép vết mổ.

2.3.3. Chăm sóc các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu

- Chăm sóc ống dẫn lưu hố thận: Loại ống dẫn lưu này đặt vào hố thận trong trường hợp mổ thận. Sau mổ ống dẫn lưu này chảy ra ít dịch tiết, máu. Dịch chảy qua ống ít dần sau 3 ngày thì rút ống. Nếu nước tiểu qua ống dẫn lưu hố thận quá 200 ml/24h thì không được rút ống và báo với phẫu thuật viên.



- Chăm sóc ống dẫn lưu bể thận: dẫn lưu này thường là ống Malecot hoặc ống Petzer, dẫn lưu mủ hoặc nước tiểu. Nếu đặt quá 25 thì ngày rút thay ống mới, ống này bơm rửa được.

- Chăm sóc ống dẫn lưu bàng quang qua da: thường là ống Malecot hoặc ống Petzer. Bơm rửa ống nếu có máu, cặn mủ. Ống dẫn lưu bàng quang qua da có thể đặt vĩnh viễn

hay tạm thời. Đặt tạm thời trước khi rút phải kẹp thử người bệnh đi tiểu được mới rút. Đặt vĩnh viễn từ 3 đến 6 tuần phải thay ống mới.

- Chăm sóc ống dẫn lưu niệu đạo, bàng quang: Thường dùng là ống Nelaton, trong trường hợp đặt thông tiểu xong rút ngay. Loại ống Foley đặt lưu thông, bơm rửa khi bàng quang có máu, mủ hoặc tắc ống. Đặt từ 5 đến 7 ngày rút thay ống mới. Chú ý vệ sinh chân ống tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

- Chăm sóc ống dẫn lưu Retzius: Mục đích đặt ống này để dẫn lưu dịch ở khoang Retzius trong trường hợp mổ bàng quang. Sau 24 đến 48h dịch ra ít dần thì rút ống.

2.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Uống nhiều nước hằng ngày
- Tránh nhịn tiểu.
- Khi có dấu hiệu tiểu tiện buốt, dắt, tiểu khó hoặc tiểu máu đến viện khám lại.

3. ĐÁNH GIÁ

- Không có biến loạn dấu hiệu sinh tồn do urê máu cao.
- Không nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Không nhiễm trùng vết mổ.
- Các ống dẫn lưu không tắc, rút đúng thời gian.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, vào cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Trước mổ đường tiết niệu urê máu cao phải được ăn nhiều chất đạm.		
2	Người bệnh trước mổ sỏi tiết niệu cần phải vận động tích cực.		
3	Làm giảm rối loạn tiểu tiện cho người bệnh, trước mổ đường tiết niệu phải đặt thông tiểu, lưu ống thông.		
4	Dẫn lưu hố thận rút sau 7 ngày.		
5	Dẫn lưu bàng quang qua da không được bơm rửa.		
6	Dẫn lưu bàng quang qua da vĩnh viễn không phải thay ống.		
7	Dẫn lưu niệu đạo bàng quang phải bơm rửa khi tắc ống.		
8	Dẫn lưu niệu đạo bàng quang đặt sau 15 ngày rút ống.		
9	Dẫn lưu Retzius được đặt mục đích dẫn lưu dịch ở khoang Retzius và dẫn lưu vết mổ.		
10	Sau mổ bàng quang rút dẫn lưu Retzius sau 7 ngày.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

11. Xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán sỏi thận:
- A. Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu và vi khuẩn
 - B. Xét nghiệm máu bạch cầu tăng, urê máu tăng
 - C. Chụp ổ bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh sỏi thận
 - D. Siêu âm hệ tiết niệu.

12. Triệu chứng toàn thân, thực thể không đúng của sỏi niệu quản:
- A. Sỏi gây tắc niệu quản, gây ứ nước, ứ mủ thận, khám thấy thận to
 - B. Người bệnh sốt khi sỏi gây tắc niệu quản, nhiễm trùng đường tiết niệu
 - C. Sỏi niệu quản hai bên gây tắc nước tiểu, toàn thân suy sụp nhanh
 - D. Khám bụng người bệnh có cầu bàng quang.
13. Triệu chứng cận lâm sàng chắc chắn nhất và chính xác để chẩn đoán sỏi bàng quang:
- A. Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu
 - B. Chụp ổ bụng không chuẩn bị có hình ảnh sỏi
 - C. Siêu âm bàng quang thấy có sỏi
 - D. Soi bàng quang thấy sỏi.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

14. Biểu chứng của sỏi niệu quản:
- A.
 - B. Thận to do ứ nước, ứ mủ.
 - C. Vô niệu. Suy thận cấp
 - D. Cao huyết áp
15. Triệu chứng thực thể của sỏi thận
- A. Khám thấy đau ở vùng thắt lưng.
 - B.
 - C. Nếu thận to chạm thận, bập bênh, thận dương tính.
16. Triệu chứng cơ năng của sỏi thận:
- A. Cơ đau quặn thận
 - B. ...
 - D. Tiểu ra mủ

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Lê Văn H vào viện với triệu chứng đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, tiểu buốt, tiểu dắt, chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị có hình ảnh sỏi vùng hạ vị. Người bệnh đã được phẫu thuật ngày thứ 6. Hiện tại người bệnh ăn ngủ được, sốt nhẹ, dẫn lưu niệu đạo – bàng quang ra nước tiểu đục, có nhiều cặn bẩn, bụng xẹp mềm, vết mổ khô.

17. Người bệnh H mắc bệnh:
- A. Sỏi thận
 - B. Sỏi niệu quản
 - C. Sỏi mật
 - D. Sỏi bàng quang.
18. Cách chăm sóc nào sau đây có ý nghĩa nhất cho người bệnh H:
- A. Cho uống hạn chế nước
 - B. Cho ăn thức ăn giàu dinh dưỡng
 - C. Thay băng vết mổ ngày 2 lần
 - D. Bơm rửa bàng quang bằng dung dịch natriclorua 0,9% ấm.

Bài 19
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U TIỀN LIỆT TUYẾN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được triệu chứng chính, biến chứng, hướng điều trị u tiền liệt tuyến.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ u tiền liệt tuyến*

1. ĐẠI CƯƠNG

- U tiền liệt tuyến là bệnh gặp ở đàn ông cao tuổi, gây rối loạn tiểu tiện. Việc xử trí được đặt ra khi u gây biến chứng.

- Bệnh thường xuất hiện từ 50 tuổi trở lên và tần số tăng lên theo lứa tuổi.

- Vì bệnh xuất hiện ở người lớn tuổi nên việc chăm sóc cũng như điều trị phải toàn diện.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng biểu hiện tùy thuộc vào từng giai đoạn. Người ta chia làm 3 giai đoạn.

2.1.1. Giai đoạn đầu

Giai đoạn này được biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng nhưng chưa có tổn thương thực thể. Người bệnh tiểu khó, phải rặn, tia không mạnh, phải đứng lâu mới tiểu tiện hết bãi; tiểu nhiều lần chủ yếu về ban đêm, gần sáng nên gây mất ngủ.

2.1.2. Giai đoạn hai

- Giai đoạn này được đánh dấu bằng sự ứ đọng nước tiểu trong bàng quang (trên 100 ml).

- Bí tiểu không hoàn toàn.

- Các triệu chứng tiểu khó, tiểu nhiều lần tăng cả ban ngày và ban đêm.

- Người bệnh có cảm giác tiểu không hết, luôn thấy tức hạ vị.

2.1.3. Giai đoạn ba

- Giai đoạn này khi bàng quang dẫn quá mức (nước tiểu ứ đọng trong bàng quang trên 300ml).

- Người bệnh có dấu hiệu suy thận do dẫn toàn bộ hệ tiết niệu. Ngoài các triệu chứng trên có thể tiểu rỉ liên tục vì bàng quang không còn khả năng co bóp.

- Các giai đoạn trên cho thấy tiến triển của bệnh, nhưng trong bất cứ giai đoạn nào cũng có thể bí tiểu hoàn toàn.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:

+ Công thức máu bạch cầu tăng (biểu hiện nhiễm trùng)

- + Urê máu tăng (biểu hiện suy thận).
- Xét nghiệm nước tiểu:
 - + Sinh hoá: nước tiểu có protein
 - + Tế bào nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu.
- Xét nghiệm hình ảnh:
 - + Làm siêu âm tiền liệt tuyến xác định kích thước, trọng lượng tiền liệt tuyến
 - + Soi bàng quang để phát hiện u bàng quang, sỏi bàng quang không cản quang.

3. BIẾN CHỨNG

- Có bí tiểu hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.
- Viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, áp xe tiền liệt tuyến, viêm mào tinh hoàn.
- Sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang.
- Suy thận.

4. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

- Điều trị nội khoa: Việc điều trị nội khoa hiện nay gồm chế độ sinh hoạt điều độ, ăn uống thích hợp, tránh dùng chất kích thích. Ngoài ra còn dùng thuốc chống nhiễm khuẩn và điều trị các triệu chứng rối loạn tiểu tiện.

- Điều trị ngoại khoa:
 - + Mổ bóc u
 - + Cắt đốt u bằng nội soi.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Chăm sóc trước mổ

5.1.1. Nhận định người bệnh

- Nhận định toàn trạng:
 - + Thể trạng gầy hay béo?
 - + Da niêm mạc thể nào?
 - + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
- Nhận định tiểu tiện:
 - + Tiểu bao nhiêu lần trong 24h?
 - + Số lượng nước tiểu bao nhiêu trong 24h?
 - + Tiểu tiện có buốt, có rắt không? Nước tiểu có máu, mủ hoặc có bí tiểu không?
- Nhận định thực thể:
 - + Bụng có trướng không?
 - + Nhận định xem có cầu bàng quang không?
 - + Nhận định xem có ống thông tiểu không? Nếu có thì ống thông chảy có tốt không?

Nước tiểu trong hay đục?

5.1.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Chăm sóc sonde niệu đạo – bàng quang.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp.

- Chăm sóc về dinh dưỡng.
- Giáo dục người bệnh tránh nguy cơ gây bí đái hoàn toàn.

5.1.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Những trường hợp trước mổ cần phải ăn uống đủ chất.
- Đối với người bệnh có nguy cơ urê máu cao:
 - + Cho ăn chủ yếu gluxit, hạn chế protit.
 - + Truyền dịch theo y lệnh. Dùng dung dịch đường là chính, hạn chế dịch muối, truyền dung dịch natribicacbonat 1,4%.
 - + Làm thông đường tiểu.
- Làm cho người bệnh ngủ được:
 - + Giải thích về bệnh tật để người bệnh yên tâm điều trị.
 - + Làm giảm rối loạn tiểu tiện có thể đặt thông tiểu, lưu ống thông.
 - + Cho nằm phòng thoáng mát, yên tĩnh.
 - + Cho dùng thuốc ngủ theo y lệnh.
- Làm giảm nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu.
 - + Đặt thông tiểu phải bảo đảm vô khuẩn.
 - + Vệ sinh chân ống thông tiểu.
 - + Thay ống thông tiểu đúng thời hạn, đặt thông tiểu sau 5 đến 7 ngày phải thay thông mới.
 - + Dùng kháng sinh theo y lệnh.

5.2. Chăm sóc sau mổ

5.2.1. Nhận định người bệnh

- Hỏi người bệnh đã mổ được bao lâu?
- Xem toàn trạng có tốt không?
- Ăn ngủ, vận động có tốt không?
- Tiểu tiện có tốt không?
- Vết mổ, các ống dẫn lưu đặt trong mổ tiết niệu.

5.2.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ chảy máu sau mổ qua các ống dẫn lưu bàng quang. Dẫn lưu khoang Retzius.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Nguy cơ viêm phổi, loét vùng tì đè.

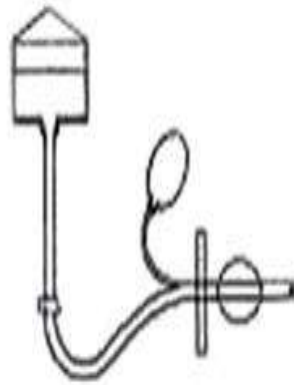
5.2.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chống viêm phổi, loét:
 - + Tập cho người bệnh vận động sớm
 - + Vỗ rung lồng ngực, xoa vùng tì đè cho nằm đệm chống loét.
- Chống nhiễm trùng vết mổ:
 - + Đối với mổ uxor tiền liệt tuyến nhiễm trùng vết mổ có nguy cơ cao vì nước tiểu.

+ Theo dõi thay băng vết mổ hằng ngày. Nếu vết mổ tấy đỏ, cắt chỉ sớm; vết mổ có mủ, phải tách mép vết mổ.

+ Chăm sóc ống dẫn lưu bàng quang qua da: Thường là ống Malecot hoặc ống Petzer. Bơm rửa ống nếu có máu, cặn mủ. Có hai loại ống đặt vĩnh viễn hoặc đặt tạm thời. Đặt tạm thời, trước khi rút phải kẹp thử người bệnh tiểu được mới rút. Đặt vĩnh viễn, 3 đến 6 tuần phải thay ống mới.

+ Chăm sóc ống dẫn lưu niệu đạo bàng quang: Bơm rửa khi bàng quang có máu, mủ hoặc tắc ống. Đặt từ 5 đến 7 ngày thì rút thay ống mới. Chú ý vệ sinh chân ống, tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.



Dẫn lưu niệu đạo Hệ thống rửa bàng quang sau mổ – bàng quang

+ Chăm sóc ống dẫn lưu Retzius: Mục đích đặt ống này để dẫn lưu dịch ở khoang Retzius. Sau 24 đến 48h dịch ra ít dần thì rút ống.

5.2.4. Giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn cho người bệnh sau khi xuất viện:

- Uống nhiều nước
- Vệ sinh sạch sẽ vùng bộ phận sinh dục hằng ngày
- Khi có đái buốt, đái dắt, đái khó cần đến bệnh viện khám lại, đề phòng tái phát u.

5.3. Đánh giá

- Không có biến loạn dấu hiệu sinh tồn do: chảy máu sau mổ, urê máu cao.
- Không nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Không nhiễm trùng vết mổ.
- Các ống dẫn lưu không tắc, rút đúng thời gian.
- Người bệnh ăn ngủ tốt, tinh thần có chiều hướng tích cực.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Giai đoạn ba của u tiền liệt tuyến là khi bàng quang dẫn quá mức, nước tiểu ứ đọng trong bàng quang trên 200 ml.		
2	Biến chứng của u tiền liệt tuyến là bí tiểu hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.		
3	Sau mổ u tiền liệt tuyến, nhiễm trùng vết mổ có nguy cơ cao.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

4. U tiền liệt tuyến ở giai đoạn hai, nước tiểu ứ đọng tại bàng quang sau khi đi tiểu:

- A. Trên 30 ml
- B. Trên 50 ml
- C. Trên 70 ml
- D. Trên 100 ml.

5. Thời gian thay ống Malecot (dẫn lưu bàng quang qua da) trong trường hợp dẫn lưu vĩnh viễn sau mổ u tiền liệt tuyến :

- A. Dưới 3 tuần
- B. Từ 3 đến 6 tuần
- C. Từ 7 đến 8 tuần
- D. Từ 9 đến 10 tuần.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

6. Sonde niệu đạo – bàng quang đặt sau mổ bóc u tiền liệt tuyến, cần bơm rửa khi bàng quang có....A...., mủ hoặc....B...ống.

7. Trước mổ u tiền liệt tuyến mà người bệnh có đặt thông tiểu, phải thay thông tiểu...A...thời hạn.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Văn V, 76 tuổi vào viện với triệu chứng bí đái hoàn toàn, đau tức vùng hạ vị, siêu âm tiền liệt tuyến: 67 gam, urê huyết 15 mmol/lít.

8. Cách chăm sóc nào sau đây đúng cho người bệnh V :

- A. Cho uống nhiều nước
- B. Xoa vùng hạ vị
- C. Cho nằm nghỉ ngơi
- D. Đặt sonde niệu đạo – bàng quang.

9. Chế độ ăn cho người bệnh V :

- A. Chủ yếu là gluxit
- B. Chủ yếu là lipit
- C. Chủ yếu là protit
- D. Ăn nhiều muối.

Bài 20
CHẤN THƯƠNG THẬN – BÀNG QUANG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, triệu chứng chính, diễn biến, biến chứng, hướng điều trị của chấn thương thận – bàng quang.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương – bàng quang.*

1. CHẤN THƯƠNG THẬN

1.1. Nguyên nhân chấn thương thận

- Thận nằm trong hố sườn thắt lưng, sau màng bụng, phần lớn được che dưới vòm sườn lưng và khối cơ lưng phía sau nên chấn thương thận ít gặp hơn các bộ phận khác.
- Những chấn thương trực tiếp vùng thắt lưng bụng trong tai nạn giao thông, sinh hoạt thường chiếm 80%.
- Nguyên nhân gián tiếp như xoay vặn người quá mức, ngã cao làm các tạng trong ổ bụng và thận bị dồn mạnh cũng có thể gây chấn thương thận (15 – 20%).

1.2. Triệu chứng

1.2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau vùng thắt lưng. Đau tăng theo tiến triển của tổn thương thận.
- Trướng bụng và nôn cũng là triệu chứng hay gặp.
- Đái máu là dấu hiệu cụ thể khách quan nhất trong chấn thương thận. Ngay sau khi bị chấn thương, người bệnh đái máu đỏ tươi. Đái máu là triệu chứng để đánh giá, tiên lượng chấn thương thận.

1.2.2. Triệu chứng thực thể

- Nhìn thấy vùng bầm tím lan dưới da vùng thắt lưng bên thận bị tổn thương.
- Co cứng nửa bụng bên thận bị tổn thương.
- Khám vùng thắt lưng đầy hơn bình thường, căng nề và rất đau. Sờ thấy rõ co cứng vùng thắt lưng, co cứng cả khối cơ lưng.

1.2.3. Triệu chứng toàn thân

- Sốc: gặp từ 25 đến 30% các trường hợp chấn thương thận với các tổn thương nặng như dập nát thận, đứt cuống thận, đa chấn thương.
- Thiếu máu cấp do chảy máu: biểu hiện da niêm mạc nhợt nhạt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ. Xét nghiệm máu, hồng cầu giảm.

1.2.4. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: hồng cầu giảm do mất máu.
- Siêu âm thấy tình trạng thận bị tổn thương.
- X quang:

- + Chụp thận không chuẩn bị thấy bóng thận to hơn bình thường.
- + Chụp thận có thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch.
- + Chụp cắt lớp vi tính.

1.3. Diễn biến

- Đại đa số các chấn thương thận thường là những thương tổn nhẹ đụng dập thận ; dập thận nhẹ chiếm 80 – 90%, còn lại từ 15 – 20% là những thương tổn nặng.

+ Xu hướng ổn định: Các triệu chứng lâm sàng giảm dần, người bệnh đỡ đau dần, nước tiểu sẫm màu rồi chuyển sang màu vàng, khối máu tụ không to hơn, toàn thân không sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định.

+ Xu hướng không ổn định: Người bệnh tiểu ra máu tiếp diễn, máu cục, máu đỏ tươi. Khối máu tụ quanh thận to dần, có thể có biến loạn dấu hiệu sinh tồn.

- Chấn thương thận nặng: Các trường hợp vỡ thận, đứt cuống thận biểu hiện tiểu máu dữ dội, khối máu tụ quanh thận tăng nhanh, có biểu hiện thiếu máu cấp. Toàn thân biểu hiện nặng nề, da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt, những trường hợp này cần phải can thiệp phẫu thuật ngay.

1.4. Biến chứng

- Viêm tấy hố thắt lưng: sốt cao, đau, sưng nề hố thắt lưng. Nếu không được điều trị tốt có thể tiến triển thành áp xe quanh thận, rò thận.

- Đau lưng kéo dài do viêm xơ quanh thận.

- Ứ nước quanh thận do viêm xơ chít quanh niệu quản, do khối máu tụ lớn xơ hoá.

- Xơ teo thận sau chấn thương.

- Những tổn thương động mạch thận, tĩnh mạch thận có thể gây phồng động mạch, phồng tĩnh mạch.

2. CHẤN THƯƠNG BÀNG QUANG

2.1. Nguyên nhân

- Chấn thương bàng quang gặp do tai nạn giao thông, tai nạn xây dựng, tai nạn trong công nghiệp, ngã vỡ xương chậu, chủ yếu xương mu. Với sức ép của xương mu di lệch ép vào bàng quang khi căng nước tiểu nên gây vỡ bàng quang.

- Các vết thương bàng quang do vết đâm như dao nhọn, cọc sắt gậy tre, vết đạn bom trực tiếp vào vùng dưới rốn gây thủng bàng quang.

- Thường gặp ở nam nhiều hơn nữ (60 – 65%).

2.2. Triệu chứng

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Thường triệu chứng kín đáo.

- Người bệnh đau vùng dưới rốn, mất cảm giác đi tiểu tiện.

- Khám bụng trướng, có cảm ứng phúc mạc. Đục vùng thấp gặp trong trường hợp nước tiểu chảy vào ổ bụng.

- Thông bàng quang dễ dàng, có ít nước tiểu, nước tiểu có máu, tia nước tiểu chậm, không có tia xoáy cuối cùng.

- Thăm trực tràng kiểm tra thương tổn phổi hợp người bệnh đau, có khối máu tụ, nước tiểu đơng sau bàng quang.

- Triệu chứng toàn thân ít bị ảnh hưởng nếu đến sớm và vỡ bàng quang đơn thuần. Nếu đến muộn toàn thân suy sụp do nhiễm trùng – nhiễm độc do viêm phúc mạc do nước tiểu.

- Nếu có tổn thương nội tạng phổi hợp thường triệu chứng vỡ bàng quang bị che lấp.

2.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp ổ bụng có bơm thuốc cản quang vào bàng quang thấy thuốc trào ra xung quanh.

- Siêu âm bàng quang ổ bụng: có nhiều dịch tự do và thấy bàng quang không có nước tiểu.

- Chọc dò ổ bụng có dịch như nước tiểu đặt thông tiểu chảy ra.

2.3. Hướng điều trị

2.3.1. Chấn thương thận

- Những trường hợp đưng dập thận, dập thận mà các dấu hiệu sinh tồn vẫn ổn định, số lượng hồng cầu giảm ít thì có chỉ định điều trị nội khoa như:

- + Truyền dịch, truyền máu hoặc các dịch thay thế;
- + Dùng kháng sinh;
- + Thuốc cầm máu;
- + Thuốc giảm đau;
- + Nằm bất động ;
- + Chườm lạnh vùng thắt lưng.

- Những trường hợp điều trị bảo tồn thận phải được theo dõi sát siêu âm. Phải theo dõi nước tiểu máu ra ít dần, tiên lượng tốt. Cần làm xét nghiệm máu để theo dõi số lượng hồng cầu.

- Những trường hợp chấn thương thận nặng như đứt cuống thận, vỡ thận hoặc các trường hợp chấn thương thận điều trị nội khoa không ổn định phải can thiệp phẫu thuật kịp thời.

- + Nếu thận vỡ không thể khâu bảo tồn được, phải cắt bỏ thận tổn thương.

- + Nếu thận tổn thương ít có thể khâu thận bảo tồn, cắt bán phần thận.

2.3.2. Chấn thương bàng quang

- Điều trị nội khoa: cho những trường hợp đưng dập bàng quang, nếu người bệnh bí tiểu đặt thông tiểu.

- Mô cấp cứu: khâu lại chỗ vỡ, dẫn lưu trong trường hợp vỡ bàng quang.

3. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

3.1. Trước mổ

3.1.1. Nhận định

- Nhận định dấu hiệu sinh tồn xem có sốc không?
- Quan sát da niêm mạc, bình thường hay nhợt nhạt?
- Hỏi người bệnh về cơ chế chấn thương, vị trí bị va đập ở đâu?
- Có đau không, vị trí, mức độ đau thế nào?
- Tiểu tiện thế nào? có máu không? số lượng mỗi lần tiểu?

3.1.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Có nguy cơ sốc.
- Có tiểu máu.
- Người bệnh không tiểu tiện được.
- Trướng bụng.

3.1.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Để người bệnh nằm yên, tư thế nằm ngửa, đầu bằng hoặc đầu thấp nếu huyết áp thấp.
 - Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và theo dõi sát.
 - Phòng, chống sốc tích cực:
 - + Truyền dịch theo y lệnh. Thường truyền dịch mặn đẳng trương, hoặc Ringerlactat.
 - + Tiêm thuốc giảm đau, thuốc chống sốc theo y lệnh. Những trường hợp tiêm giảm đau phải loại trừ tổn thương nội tạng ổ bụng.
 - + Thở oxy.
 - + Làm xét nghiệm số lượng hồng cầu, nếu hồng cầu thấp báo cáo bác sĩ.
 - Đặt thông tiểu, theo dõi nước tiểu chảy qua thông về số lượng, màu sắc. Nếu nước tiểu còn có nhiều máu cục, tắc ống phải bơm rửa ống thông tiểu.
 - Những trường hợp chấn thương thận nhẹ không phải can thiệp phẫu thuật chỉ điều trị nội khoa, dùng kháng sinh theo y lệnh, nằm bất động tại giường, theo dõi nước tiểu. Cho chườm lạnh vùng thắt lưng. Nếu nước tiểu ngày càng trong dần, đó là dấu hiệu tiến triển tốt. Nếu người bệnh thấy ngày một đau hơn, nước tiểu lẫn máu nhiều lên thì báo cáo ngay với bác sĩ.
 - Đặt ống hút dịch dạ dày trong trường hợp bụng trướng nhiều.

3.2. Sau mổ

3.2.1. Nhận định

- Nhận định toàn trạng:
 - + Người bệnh có tỉnh táo không?
 - + Da, niêm mạc thế nào?
 - + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?

- + Nếu mới mổ trong 24h đầu chú ý nhịp thở có tốt không?
- Nhận định vấn đề đau: Đau tại nơi tổn thương, đau vết mổ?
- Nhận định tiểu tiện, tốt nhất đặt thông tiểu để theo dõi, hỏi sức.
- Nếu những ngày sau mổ nhận định về ăn, ngủ có tốt không?
- Nhận định tình trạng ổ bụng có trướng hay không?
- Nhận định tình trạng vết mổ liền tốt hay nhiễm trùng?
- Nhận định các ống dẫn lưu:
 - + Nhận định ống dẫn lưu hố thận trong mổ chấn thương thận. Xem dịch chảy ra hằng ngày, số lượng là bao nhiêu? Màu sắc thế nào?
 - + Nhận định ống dẫn lưu bàng quang qua da, ống dẫn lưu niệu đạo bàng quang trong mổ chấn thương bàng quang?
 - Ngoài ra còn nhận định các ống dẫn lưu khác nếu có.

3.2.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Người bệnh mất ngủ.
- Trướng bụng.
- Chăm sóc ống dẫn lưu hố thận sau mổ chấn thương thận.
- Chăm sóc ống dẫn lưu bàng quang qua da, ống dẫn lưu niệu đạo bàng quang sau mổ chấn thương bàng quang.

3.2.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Tích cực làm giảm nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
 - + Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu bằng hoặc đầu thấp.
 - + Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
 - + Bù đủ khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch theo y lệnh.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - + Dùng an thần, giảm đau thật tốt theo y lệnh.
 - + Cho thở oxy ngắt quãng.
- Làm lại các xét nghiệm cần thiết như thử lại số lượng hồng cầu. Nếu số lượng hồng cầu thấp phải truyền máu theo y lệnh.
 - Để người bệnh nằm nơi yên tĩnh, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.
 - + Động viên, giải thích để người bệnh yên tâm điều trị.
- Đặt ống hút dạ dày, ống thông hậu môn nếu trướng bụng.
 - + Đối với sau mổ vỡ bàng quang, có thể cho vận động sớm để nhanh chóng có nhu động ruột.
 - + Đối với sau mổ khâu bảo tồn thận, phải để người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối từ 10 đến 15 ngày.
 - + Đối với mổ cắt thận có thể cho người bệnh vận động sớm hơn so với người bệnh khâu bảo tồn thận.

- Chế độ dinh dưỡng phải đặc biệt chú ý. Sau khi có nhu động ruột cho ăn đủ chất, chú ý các chất tạo hồng cầu.
- Theo dõi và chăm sóc các ống dẫn lưu:
 - + Theo dõi dịch chảy qua ống dẫn lưu về số lượng, màu sắc, tính chất dịch.
 - + Thay băng chân ống dẫn lưu hằng ngày.
 - + Nếu ống dẫn lưu tắc phải bơm rửa làm thông ống.
 - + Rút ống dẫn lưu đúng theo chỉ định.
- Theo dõi, thay băng vết mổ hằng ngày.

3.3. Giáo dục sức khỏe

- Trong lao động, sinh hoạt, tham gia giao thông cần thận trọng, tránh tai nạn gây chấn thương thận – bàng quang nói riêng và chấn thương nói chung.
- Vận động nhẹ nhàng, tránh lao động nặng trong tháng đầu khi ra viện.
- Uống nhiều nước
- Khi thấy tiểu ra máu cần đến bệnh viện khám ngay.

3.4. Đánh giá

- Người bệnh nhanh chóng thoát sốc.
- Người bệnh được đặt thông tiểu để theo dõi nước tiểu.
- Người bệnh được bù đủ máu, khối lượng tuần hoàn.
- Vết mổ liền tốt.
- Các ống dẫn lưu hoạt động tốt, rút đúng thời hạn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

TT	CÂU	Đ	S
1	Chăm sóc trước mổ chấn thương thận-bàng quang, đặt người bệnh nằm tư thế ngửa, đầu cao.		
2	Trước mổ chấn thương thận □bàng quang phải truyền dịch chống sốc chủ yếu dịch ưu trương.		
3	Chấn thương thận có sốc phải cho người bệnh thở oxy.		
4	Chấn thương thận bàng quang không nên đặt thông tiểu.		
5	Những trường hợp chấn thương thận bàng quang nhẹ không can thiệp phẫu thuật, cho người bệnh vận động bình thường.		
6	Chấn thương thận bàng quang nặng, phải cho người bệnh nằm bất động.		
7	Sau mổ chấn thương thận bàng quang phải làm lại xét nghiệm máu.		
8	Sau mổ chấn thương bàng quang nên cho vận động sớm, phòng dính ruột.		
9	Sau mổ khâu bảo tồn thận, cho người bệnh vận động sớm.		
10	Sau mổ vỡ bàng quang, các ống dẫn lưu tắc không được bơm rửa.		
11	Sau mổ chấn thương thận bàng quang không nên đặt ống hút dạ dày.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

12. Triệu chứng cơ năng của chấn thương thận:

- A. Đau vùng thượng vị
- B. Đái nước tiểu đục
- C. Con đau quặn thận
- D. Đau vùng thắt lưng.

13. Triệu chứng thực thể chấn thương thận:

- A. Trướng bụng, có hình quai ruột nổi
- B. Khám thấy vùng thắt lưng đầy hơn bình thường, căng nề rất đau
- C. Co cứng cơ cả vùng bụng
- D. Đau vùng thắt lưng.

14. Triệu chứng không đúng của chấn thương bàng quang

- A. Khám bụng xẹp mềm, gõ đục vùng thấp
- B. Thông bàng quang dễ dàng, có ít nước tiểu, nước tiểu có máu
- C. Chụp ổ bụng có bơm thuốc cản quang vào bàng quang thấy thuốc trào ra xung quanh
- D. Chọc dò ổ bụng có dịch như nước tiểu đặt thông tiểu.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

15. Hai nguyên nhân chính gây chấn thương thận :

- A.
- B. Gián tiếp.

16. Xét nghiệm cận lâm sàng có thể làm đối với chấn thương thận :

- A.
- B. Chụp thận không chuẩn bị thấy bóng thận to
- C. Chụp thận có thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch
- D. Chụp cắt lớp vi tính.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Hoàng Văn X bị tai nạn giao thông vào viện trong tình trạng da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt, đi tiểu ra máu, hố thắt lưng bên trái đầy, nề và nắn rất đau, có co cứng nửa bụng trái.

18. Người bệnh X mắc bệnh :

- A. Chấn thương thận
- B. Chấn thương niệu quản

- C. Chấn thương bàng quang
- D. Chấn thương niệu đạo.

19. Tư thế nào sau đây phù hợp với người bệnh X

- A. Nằm đầu thấp hơn chân
- B. Nằm đầu cao hơn chân
- C. Nằm tư thế Fowler
- D. Ngồi.

Bài 21

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

MỤC TIÊU

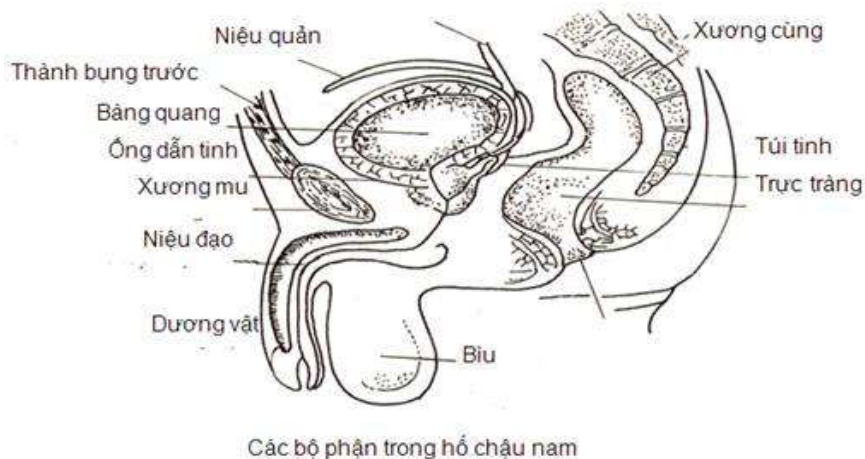
1. Trình bày được giải phẫu niệu đạo nam
2. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng chính, diễn biến chấn thương niệu đạo.
3. Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau mổ chấn thương niệu đạo.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương niệu đạo là cấp cứu ngoại khoa phải được xử trí kịp thời để tránh các tai biến như bí đái, viêm tấy nước tiểu đày chày, và tránh các di chứng phức tạp về sau viêm như niệu đạo, hẹp niệu đạo.

- Chấn thương niệu đạo chủ yếu gặp ở nam, ít gặp ở nữ. Vì vậy bài này chỉ đề cập đến chấn thương niệu đạo nam.

2. GIẢI PHẪU NIỆU ĐẠO NAM



2.1. Niệu đạo trước

Niệu đạo trước có vật xốp bao bọc và cả tạng cương bọc trong cân Buck, được chia làm 2 phần:

- Phần di động (niệu đạo dương vật) ít khi bị tổn thương, bị vỡ khi vật hang bị bẻ gãy hay bị dao cắt.

- Phần cố định (niệu đạo bìu và niệu đạo tầng sinh môn). Đây là đoạn thường bị dập hay bị đứt khi bị chấn thương, nhất là đoạn niệu đạo tầng sinh môn vì nó bị kẹp giữa vật cứng (tác nhân chấn thương) và xương mu.

2.2. Niệu đạo sau

Niệu đạo sau không có vật xóp bao bọc, đi từ hành niệu đạo đến cổ bàng quang, có hai đoạn:

- Niệu đạo tiền liệt tuyến: bao bọc bởi tiền liệt tuyến, là ngã ba đường tiểu, sinh dục, có hai lỗ phụt tinh từ túi tinh đổ vào, có cơ thắt trên bao bọc chung quanh niệu đạo. Cơ thắt trên ụ núi có tác dụng co thắt tự động khi sắp xuất tinh nên tinh dịch trào ra ngoài mà không trào vào bàng quang. Cơ thắt trên ụ núi có tác dụng giúp đi tiểu tiện có kiểm soát.

- Niệu đạo màng tiền liệt tuyến có cơ niệu đạo màng mỏng, cơ thắt vẫn bao bọc và giữ nước tiểu theo ý muốn. Đoạn này thường bị tổn thương khi xương chậu vỡ làm rách cân cơ đáy chậu, cân này kéo làm cho hai đầu niệu đạo tách xa nhau bởi niệu đạo sau dính chặt vào cân đáy chậu giữa, bám vào cung trước của khung chậu, cung sau bám vào xương cùng.

3. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

3.1. Nguyên nhân

- Do ngã ngồi (kiểu cưỡi ngựa) trên vật cứng như: ngã ngồi xoạc chân trên mạn thuyền, ngã trên dàn giáo. Đoạn niệu đạo này bị kẹt giữa xương mu phía trên và vật cứng phía dưới nên niệu đạo bị dập, đứt hoàn toàn hay không hoàn toàn.

- Do thông đái bằng ống thông cứng bị lạc đường.

- Do sỏi kẹt niệu đạo trước hoặc tại biến khi gấp sỏi.

3.2. Triệu chứng

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Người bệnh ngã theo kiểu cưỡi ngựa trên vật cứng, ngã từ trên cao xuống, đập đáy chậu xuống vật cứng, có thể ngất lịm đi từ 3 – 5 phút rồi tỉnh lại, cảm thấy đau ở vùng đáy chậu.

- Chảy máu tự nhiên ra miệng sáo nhiều hoặc ít do chảy máu niệu đạo.

- Thăm khám:

- + Vùng đáy chậu căng nề bầm tím

- + Ấn vùng đáy chậu đau chói và máu chảy ra ở miệng sáo.

- + Máu tụ ở vùng đáy chậu bầm tím dưới da, hình cánh bướm nhỏ hoặc to, nhanh hay chậm tùy thuộc vào mức độ tổn thương của vật xóp (vỡ phần trong, vỡ phần ngoài hoặc dập toàn bộ vật xóp). Tụ máu lớn có thể lan rộng ra hai bên đùi, da trước bìu cũng căng to lên.

3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng sẽ cho biết thương tổn cụ thể.

3.3. Diễn biến

- Bí đái: Sau đứt niệu đạo 2 - 4 giờ, người bệnh cảm thấy tức ở bàng quang, bàng quang căng. Bí đái có thể do phản xạ đau nên người bệnh không đái, hoặc chính do đứt niệu đạo gây co thắt ở cổ bàng quang, co thắt niệu đạo. Bí đái thực sự, bàng quang căng.

- Viêm lan tẩy nước tiểu vùng đáy chậu: Đứt niệu đạo nếu không được chẩn đoán đánh giá đúng, cấp cứu kịp thời thì bí đái tăng lên, bàng quang căng quá mức, nước tiểu rỉ đọng lại nơi tổn thương đáy chậu. Máu và nước tiểu bị nhiễm khuẩn sẽ gây viêm lan tẩy nước tiểu rất nguy hiểm, có thể gây tử vong hoặc tự phá vỡ, gây rò niệu đạo.

- Hẹp niệu đạo: Trong các trường hợp đứt niệu đạo hoặc dập niệu đạo không điều trị chu đáo, không đúng sẽ gây hẹp niệu đạo. Những thương tổn niệu đạo bị xơ hoá sẽ gây hẹp niệu đạo ở mức độ khác nhau.

3.4. Hướng xử trí

3.4.1. Đi tiểu được

Nước tiểu đỏ có máu ở đầu bãi: theo dõi không thăm dò, không thông niệu đạo. Điều trị dùng kháng sinh từ 7 – 10 ngày, sau đó ngưng niệu đạo kiểm tra và theo dõi, đề phòng hẹp niệu đạo.

3.4.2. Không thể đi tiểu được

- Chảy máu ra ở miệng sáo nhiều lần liên tục, bàng quang căng: mở dẫn lưu bàng quang và kết hợp đặt ống thông bàng quang.

- Chảy máu niệu đạo, tụ máu vùng đáy chậu lớn:

+ Mở dẫn lưu bàng quang;

+ Mở đáy chậu lấy máu tụ, cầm máu tại chỗ, nếu có điều kiện và thương tổn gọn thì có thể cắt nối niệu đạo ngay (khâu nối một thì).

▪ Thì một: Dẫn lưu bàng quang, lấy máu tụ đáy chậu, cầm máu, đặt ống điều trị thông niệu đạo.

▪ Thì hai: Cắt xơ hẹp niệu đạo khâu nối tận – tận, kết quả chắc chắn hơn.

4. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU

4.1. Triệu chứng

- Chấn thương niệu đạo sau là một biến chứng của gãy xương chậu. Do vậy triệu chứng của chấn thương niệu đạo sau rất nghèo nàn, ngược lại triệu chứng của gãy xương chậu thì nổi bật nhất.

- Bí đái và bàng quang căng to là một triệu chứng duy nhất của thương tổn niệu đạo sau. Triệu chứng này xuất hiện đồng thời với triệu chứng của gãy xương chậu (sau chấn thương người bệnh bị sốc mất máu không đứng dậy được, đau khi làm động tác ép bừa hai cánh chậu...).

4.2. Hướng xử trí

- Người bệnh bị kết hợp đồng thời hai tổn thương, đó là gãy xương chậu và đứt niệu đạo sau (cần cho nằm ván cứng, điều trị sốc...).

- Người bệnh thương tổn niệu đạo sau cần:

+ Mở bàng quang dẫn lưu nước tiểu, đặt sonde niệu đạo bàng quang nếu có thể được.

+ Nối niệu đạo ngay sau khi xương chậu đã được nắn ổn định. Nếu khó khăn thì chỉ mở bàng quang dẫn lưu nước tiểu, nối niệu đạo thì hai.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Sơ cứu

5.1.1. Sơ cứu chấn thương niệu đạo trước

- Xác định chấn thương niệu đạo trước: máu chảy ở miệng sáo (nhìn thấy hoặc xem quần lót của nạn nhân). Tìm dấu hiệu tụ máu hình cánh bướm tầng sinh môn và cầu bàng quang.

- Khi không thông được niệu đạo thì không cố làm, sẽ nguy hiểm vì có thể gây tổn thương thêm niệu đạo.

- Gửi người bệnh đến cơ sở ngoại khoa điều trị chính thức.

5.1.2. Sơ cứu chấn thương niệu đạo sau và gãy xương chậu

- Xác định gãy xương chậu dựa vào các triệu chứng:

+ Sốc ở các mức độ khác nhau.

+ Sau chấn thương không đứng dậy được.

+ Động tác ép bừa hai cánh chậu có điểm đau chói.

+ Thấy dấu hiệu bàng quang căng cứng nhưng không tiểu tiện được.

- Khi xác định có tổn thương gãy xương chậu thì cho người bệnh nằm trên ván cứng.

- Phòng và chống sốc

+ Giảm đau bằng các biện pháp có thể (tiêm thuốc giảm đau tại ổ gãy, hoặc giảm đau toàn thân nếu không có chống chỉ định...).

+ Ủ ấm.

+ Chống mất máu.

+ Truyền dịch.

5.2. Kế hoạch chăm sóc trước mổ

5.2.1. Nhận định

- Quan sát da niêm mạc có bình thường hay nhợt nhạt?

- Có sốc không?

- Cơ chế chấn thương, vị trí bị va đập ở đâu?

- Hỏi người bệnh có đau không, vị trí, mức độ đau thế nào?

- Tiểu tiện thế nào, có máu không?

5.2.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Có nguy cơ sốc.

- Chảy máu miệng sáo.

- Người bệnh không tiểu tiện được.

- Có nguy cơ viêm lan tấy nước tiểu vùng đáy chậu.

- Có máu tụ hình cánh bướm vùng tầng sinh môn.

5.2.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đề người bệnh hạn chế vận động tối đa, nếu huyết áp thấp cho thở oxy và nằm đầu thấp.

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và theo dõi sát.
- Phòng, chống sốc tích cực:
 - + Truyền dịch, máu theo y lệnh.
 - + Tiêm thuốc giảm đau theo y lệnh.
 - + Làm xét nghiệm số lượng hồng cầu.
 - + Nếu hồng cầu thấp truyền máu theo y lệnh.
- Đặt thông tiểu qua niệu đạo, nếu không đặt được thì không cố làm, gây tổn thương niệu đạo.

5.3. Kế hoạch chăm sóc sau mổ

5.3.1. Nhận định

- Nhận định toàn trạng:
 - + Người bệnh tỉnh táo không?
 - + Da, niêm mạc thế nào?
 - + Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
 - + Nếu mới mổ trong 24h đầu, chú ý nhịp thở có tốt không?
- Nhận định vấn đề đau. Đau tại nơi tổn thương, đau vết mổ?
- Nhận định tiểu tiện qua thông tiểu?
- Nếu những ngày sau mổ nhận định về ăn, ngủ có tốt không?
- Nhận định tình trạng ổ bụng có trướng hay xẹp mềm?
- Nhận định tình trạng vết mổ có liền tốt hay nhiễm trùng?
- Nhận định các ống dẫn lưu: nhận định ống dẫn lưu bàng quang qua da, ống dẫn lưu niệu đạo bàng quang trong mổ chấn thương niệu đạo?
- Ngoài ra còn nhận định các ống dẫn lưu khác nếu có.

5.3.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Có nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Người bệnh mất máu.
- Người bệnh không ngủ được.
- Chăm sóc ống dẫn lưu bàng quang qua da, ống dẫn lưu niệu đạo bàng quang.

5.3.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Tích cực làm giảm nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn sau mổ do gây mê, gây tê trong 24 giờ đầu.
 - + Đặt người bệnh nằm ngửa.
 - + Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
 - + Bù đủ khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch theo y lệnh.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
 - + Dùng an thần, giảm đau tốt theo y lệnh.
 - + Cho thở oxy ngắt quãng nếu có khó thở.
 - Làm lại các xét nghiệm cần thiết như: thử lại số lượng hồng cầu, hematocrit...

Nếu số lượng hồng cầu thấp phải truyền máu theo y lệnh.

- Để người bệnh nằm nơi yên tĩnh, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.

- + Động viên, giải thích để người bệnh yên tâm điều trị.

- + Theo dõi thay băng vết mổ hằng ngày.

- Đặt ống hút dạ dày, ống thông hậu môn nếu có trướng bụng.

- Sau khi có nhu động ruột cho ăn từ lỏng đến đặc dần.

- Theo dõi và chăm sóc các ống dẫn lưu:

- + Theo dõi dịch chảy qua ống dẫn lưu bàng quang (qua niệu đạo hoặc qua da): số lượng màu sắc, tính chất dịch, dẫn lưu đảm bảo tránh nhiễm trùng ngược dòng.

- + Thay băng chân ống dẫn lưu hằng ngày.

- + Nếu ống dẫn lưu tắc phải bơm rửa làm thông ống.

- + Rút ống dẫn lưu đúng theo chỉ định.

- Chăm sóc vết mổ: theo dõi thay băng vết mổ hằng ngày

- + Ngày đầu kiểm tra vết mổ khô hay thấm dịch.

- + Những ngày sau xem vết mổ có sưng tấy hay không.

5.3.4. Giáo dục sức khoẻ khi người bệnh ra viện

- Dặn dò người bệnh đến khám định kỳ đúng hẹn để nong niệu đạo, tránh hẹp niệu đạo sau phẫu thuật.

- Tuyên truyền trong cộng đồng cần thận trọng trong lao động, sinh hoạt tránh tai nạn gây tổn thương niệu đạo.

5.4. Đánh giá

- Người bệnh nhanh chóng thoát sốc, đỡ đau.

- Người bệnh đặt được thông tiểu để theo dõi nước tiểu.

- Người bệnh được bù đủ máu, khối lượng tuần hoàn.

- Vết mổ liền tốt.

- Các ống dẫn lưu hoạt động tốt, rút đúng thời hạn.

6. KẾT LUẬN

- Sự khác nhau giữa chấn thương niệu đạo trước và niệu đạo sau về các vấn đề sau:

- + Nguyên nhân gây tai nạn.

- + Triệu chứng lâm sàng.

- + Điều trị.

- Nguyên nhân, triệu chứng, điều trị của chấn thương niệu đạo trước và sau hoàn toàn khác nhau.

- Triệu chứng chính của thương tổn niệu đạo trước là chảy máu nhỏ giọt qua quy đầu ở nạn nhân ngã kiêu cưỡi ngựa.

- Triệu chứng chính của tổn thương niệu đạo sau là bí đái hoàn toàn sau gãy xương chậu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Đứt niệu đạo hoàn toàn máu tụ vùng đáy chậu ít, người bệnh không bí đái thực sự.		
2	Chấn thương niệu đạo trước gây chảy máu tự nhiên qua miệng sáo.		
3	Nguyên nhân chấn thương niệu đạo trước: do thông đái bằng ống thông cứng bị lạc đường.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

4. Chấn thương niệu đạo sau là biến chứng của:

- A. Tổn thương tầng sinh môn
- B. Gãy xương chậu
- C. Vỡ bàng quang
- D. Gãy dương vật.

5. Người bệnh chấn thương niệu đạo trước mổ cần :

- A. Nằm bất động
- B. Vận động tích cực
- C. Chỉ vận động khi hết đau
- D. Hạn chế vận động.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

6. Nguyên nhân chấn thương niệu đạo trước là do:

- A. Người bệnh ngã ngồi (kiểu cưỡi ngựa) trên vật cứng
- B.....
- C. Sỏi kẹt niệu đạo trước hoặc tai biến khi gấp sỏi.

7. Diễn biến của chấn thương niệu đạo trước

- A. Bí đái bàng quang căng
- B. Viêm lan tấy nước tiểu vùng đáy chậu
- C.....

8. Trong chấn thương niệu đạo, nếu không đặt được thông niệu đạo – bàng quang thì không....A.....làm gây tổn thương thêm niệu đạo.

9. Trong chấn thương niệu đạo trước, máu tụ ở vùng đáy chậu bầm tím dưới da, hình...A...nhỏ hoặc to.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Phạm Văn N bị tai nạn lao động, đập vùng tầng sinh môn vào thành cầu, vào viện trong tình trạng đau tức vùng hạ vị, không đi tiểu được, cầu bàng quang ngang rốn, miệng sáo rỉ máu. Người bệnh đã được mổ đặt dẫn lưu bàng quang qua da và dẫn lưu niệu đạo – bàng quang ngày thứ 2. Hiện tại người bệnh tỉnh, dấu hiệu sinh tồn ổn

định, dẫn lưu bàng quang qua da và dẫn lưu niệu đạo bàng quang ra nước tiểu màu đỏ sẫm và có dây máu. Dẫn lưu khoang Retzius khô.

10. Người bệnh N mắc bệnh:

- A. Chấn thương thận
- B. Chấn thương bàng quang
- C. Chấn thương bìu
- D. Chấn thương niệu đạo.

11. Công việc chăm sóc nào sau đây có ý nghĩa nhất với người bệnh N:

- A. Bơm rửa bàng quang theo y lệnh
- B. Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh
- C. Kẹp sonde
- D. Cho uống nhiều nước.

Bài 22
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, phân loại, thang điểm Glasgow trong chấn thương sọ não.*
2. *Nêu được triệu chứng chính, hướng điều trị chấn thương sọ não.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não.*

1. NGUYÊN NHÂN

- Do vật rắn đập vào đầu: gậy, búa...
- Ngã đập đầu xuống nền cứng: ngã cao, tai nạn giao thông, tường đổ.
- Ngoài tổn thương tại chỗ còn có những tổn thương do dồn ép, xoay... gây máu tụ.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Chấn thương sọ não kín

Định nghĩa: Một chấn thương sọ não mà không làm rách màng não cứng, nghĩa là khoang dưới nhện không thông với môi trường bên ngoài thì gọi là chấn thương sọ não kín.

2.1.1. Những thương tổn giải phẫu bệnh lý

Một chấn thương sọ não kín có thể gặp một hoặc nhiều thương tổn kết hợp sau:

2.1.1.1. Da đầu

Da đầu vẫn có thể bình thường hoặc có bầm tím; sây sát da đầu hoặc có khối máu tụ hay nhô dưới da đầu, cũng có trường hợp da đầu bị dập nát rách rộng.

2.1.1.2. Xương sọ

- Xương vòm sọ có thể bị vỡ
- Xương nền sọ: Một chấn thương mạnh có thể gây ra vỡ xương nền sọ, vỡ xương vòm sọ cũng có thể lan xuống nền sọ.

2.1.2. Tổn thương não

2.1.2.1. Chấn động não: do hiện tượng rung chuyển các não thất hoặc co thắt mạch máu não, không có tổn thương thực thể, đây là loại tổn thương phổ biến.

- Sau chấn thương vào đầu, người bệnh mê ngay, mắt nhắm nhật, mạch nhanh nhỏ, thở nông, sau 10 – 15 phút, người bệnh tỉnh lại và tỉnh hoàn toàn, nhưng không kể lại được sự việc đã xảy ra.

- Nôn, đau đầu, ngòai dậy thay đổi tư thế dễ nôn, chóng mặt.
- Các triệu chứng dần dần hết và khỏi không để lại di chứng.

2.1.2.2. Dập não: là có tổn thương nhu mô não khu trú.

- Sau chấn thương vào đầu, người bệnh mê ngay sau đó tỉnh dần. Có dấu hiệu liệt khu trú tương ứng với vùng não bị tổn thương.

- Nặng hơn người bệnh bị kích thích giũa, vật vả dẫn đến tử vong.

2.1.2.3. Phù não: là một tổn thương phức tạp nhất và điều trị cũng khó khăn nhất. Hiện tượng phù não thường xảy ra ngày thứ 2, thứ 3 sau chấn thương. Phù não là tình trạng tích tụ nước trong mô não, gây tăng thể tích của não và hậu quả là làm tăng áp lực nội sọ. Phù não phân chia làm hai loại chính:

- Phù não khu vực ngoài tế bào: phù não của tổ chức chất trắng (phù do vận mạch).
- Phù não khu vực trong tế bào: phù của tổ chức chất xám (phù do nhiễm độc tế bào xảy ra ở tổ chức chất xám).

Nguyên nhân do máu tụ và do dập não.

2.1.3. Máu tụ trong hộp sọ

- Máu tụ ngoài màng cứng: do tổn thương đứt động mạch màng não hoặc từ xương vỡ chảy ra. Người bệnh mê khoảng 2 - 10 phút, sau đó tỉnh lại từ 1 - 24 h rồi mê lại, chứng tỏ có máu tụ nội sọ. Triệu chứng máu tụ rất phức tạp.

- Máu tụ dưới màng cứng: do tổn thương đứt động mạch nuôi não, dập não.

+ Máu tụ dưới màng cứng cấp tính: mê nhanh, liệt 1/2 người, dẫn dòng tử bên đối diện, có cơn co cứng mất não, có thể rối loạn nhịp thở và rất dễ tử vong.

+ Máu tụ dưới màng cứng bán cấp: sau chấn thương nhẹ vào đầu từ 2 – 5 tuần sau, người bệnh thấy đau đầu, buồn nôn, người lảo đảo, chậm, quên nhiều. Khám thấy liệt 1/2 người, phù gai thị. Có thể khỏi hoàn toàn sau mổ.

- Máu tụ trong não: khối máu tụ nằm trong tổ chức não, thường kèm theo tổ chức não dập và phù não. Nguyên nhân do não dập làm tổn thương các mạch máu trong tổ chức não gây ra khối máu tụ.

Loại này ít gặp hơn so với hai loại máu tụ ngoài màng cứng và dưới màng cứng.

2.2. Vết thương sọ não hở: tổn thương rách màng cứng làm thông khoang dưới nhện với bên ngoài.

3. LÂM SÀNG

- Những tổn thương sau chấn thương sọ não là những thương tổn phối hợp, biểu hiện lâm sàng rất phức tạp, vì vậy cần theo dõi sát.

- Trong những thương tổn sau một chấn thương sọ não, thương tổn quan trọng nhất, chẩn đoán khó khăn nhất và cũng gây tỷ lệ tử vong cao nhất đó là: khối máu tụ trong sọ.

3.1. Hỏi bệnh

Nếu người bệnh còn tỉnh thì hỏi trực tiếp người bệnh, nếu người bệnh mê thì hỏi người đi theo về cơ chế gây tai nạn: nếu vật cứng đập vào đầu (đầu cố định) thì thường tổn thương trực tiếp nơi bị chấn thương. Ngược lại, nếu đập đầu vào vật cứng (đầu di động) thì thường tổn thương bên đối diện với bên chấn thương.

3.2. Khám da đầu và xương sọ

- Phát hiện những thương tích trên da và vòm sọ: sây sát, bầm tím, máu tụ dưới da đầu, rách da đầu. Nếu phát hiện qua vết thương đầu có nước não tuỷ phải nghĩ đến vết thương sọ não hở.

- Nếu có chảy máu mũi, hoặc bầm tím dưới da quanh hố mắt (mắt đeo kính râm) phải nghĩ đến vỡ tầng trước nền sọ.

- Nếu thấy chảy máu qua tai hoặc liệt mặt ngoại biên, hoặc máu tụ ở vùng xương chũm phải nghĩ đến vỡ xương đá.

3.3. Dấu hiệu tri giác

Dấu hiệu tri giác được đánh giá dựa vào thang điểm Glasgow

Thang điểm tối đa = 15 điểm

Thang điểm tối thiểu = 3 điểm

Mắt (M)	Đáp ứng bằng lời nói (L)	Đáp ứng bằng cử động (V)
Mở tự nhiên: 4 đ	Nhanh đúng : 5 đ	Bảo làm đúng : 6 đ
Gọi mở: 3 đ	Chậm chạp : 4 đ	Cầu làm đúng : 5 đ
Cầu mở: 2 đ	Không chính xác: 3 đ	Cầu quờ quạng: 4 đ
Không mở: 1 đ	Không hiểu : 2 đ	Gấp chi trên: 3 đ
	Không đáp ứng: 1đ	Duỗi cứng tứ chi: 2đ
		Không đáp ứng: 1 đ

Chú ý : Cần theo dõi thang điểm 30 phút/lần, so sánh lần sau với lần trước. Nếu thang điểm giảm dần chứng tỏ tri giác suy giảm mạnh.

- Ý nghĩa thực tiễn của thang điểm này là: điểm số càng cao tình trạng càng tốt, có thể cứu chữa được, điểm số càng thấp tiên lượng càng xấu, ít có khả năng sống.

- Kinh nghiệm của các tác giả trong y văn thế giới cho biết:

+ Trên 7 điểm tiên lượng còn tốt.

+ Dưới 7 điểm tiên lượng dè dặt.

3.4. Dấu hiệu liệt khu trú, liệt thần kinh sọ não

- Liệt 1/2 người bên đối diện với bên có máu tụ.

- Dẫn dòng tử cùng bên với bên có máu tụ do dây thần kinh số III bị chèn ép. Mức độ dẫn dòng tử tăng dần (tỷ lệ thuận với khối máu tụ).

- Ngoài ra, có thể thấy liệt mặt ngoại biên do vỡ xương đá chèn ép dây thần số VI.

- Dấu hiệu màng não và vỏ não: Trong máu tụ dưới màng cứng thường có dấu hiệu màng não và vỏ não: nạn nhân đau đầu dữ dội, có khi vật vã, giãy giụa, cứng gáy, có trường hợp xuất hiện một hoặc cả hai bên.

- Động kinh: Có trường hợp động kinh cục bộ xuất hiện trong máu tụ dưới màng cứng, nhất là có dập não kèm theo. Các dấu hiệu thần kinh khu trú chỉ có giá trị khi tiến triển tăng dần. Nếu sau tai nạn xuất hiện ngay thì ít có giá trị.

3.5. Dấu hiệu thần kinh thực vật

- Mạch: giảm dần, tần số có thể từ 90 lần giảm xuống 60 lần/phút.

- Huyết áp: khi có máu tụ thì huyết áp hơi tăng hoặc tăng cao từ 140/90mmHg đến 150/90mmHg. Cần so sánh lần khám sau so với lần khám trước để đánh giá đúng tình trạng của người bệnh.

- Nhịp thở: tăng dần, có thể dẫn đến rối loạn nhịp thở, tăng tiết dịch đường hô hấp. Nếu có rối loạn nhịp thở là biểu hiện tình trạng rất nặng.

- Thân nhiệt: có thể sốt cao 39 – 40°C, do chèn ép thân não.

Riêng đối với trẻ em ít thấy có mạch chậm, trái lại thường thấy mạch nhanh nhỏ.

3.6. Vết thương sọ não hở

Thấy tổ chức não phòi ra như tổ chức bã đậu hoặc một vết thương xuyên có một lỗ vào, một lỗ ra hoặc một đường rách màng cứng làm cho dịch não tủy chảy ra ngoài.

3.7. Khám phát hiện những tổn thương phối hợp khác

Trong chấn thương sọ não có máu tụ nội sọ, không có hiện tượng choáng mắt máu vì lượng máu tụ trong sọ chỉ > 30g người bệnh đã hôn mê, thậm chí lâm sàng rất nặng (vì có phù não kèm theo). Cho nên khi đo mạch, huyết áp, nhịp thở lần đầu tiên nếu thấy hiện tượng choáng mắt máu (da xanh, huyết áp giảm dần không lên được, mạch nhanh dần) phải chú ý khám phát hiện những tổn thương phối hợp ở các cơ quan khác như:

- Trần máu, tràn khí màng phổi: người bệnh vật vã, giãy giụa, thở phì phò co kéo, rung cơ dưới da cổ và liên sườn. Nghe phổi một bên rì rào phế nang rõ, một bên nghe yếu hoặc không nghe thấy.

- Chấn thương bụng kín: bụng trướng, gõ đục, chọc dò ổ bụng có máu không đông.

- Có thể gãy xương cánh tay, xương đùi, xương cẳng chân, xương chậu.

- Gãy xương hàm mặt: mặt méo, biến dạng, máu mũi chảy nhiều.

Cần chú ý phát hiện thương tổn cột sống cổ kèm theo, nếu có cần tránh xoay lật đầu người bệnh khi khám.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chụp sọ không chuẩn bị: có thể phát hiện được vỡ xương vòm sọ.

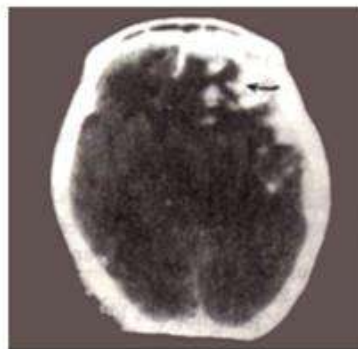
4.2. Chụp sọ có chuẩn bị: bơm thuốc cản quang vào động mạch cảnh gốc, chụp phim để phát hiện vị trí bất thường của động mạch não.

4.3. Chụp City Scanner: để phát hiện vị trí, kích thước khối máu tụ,

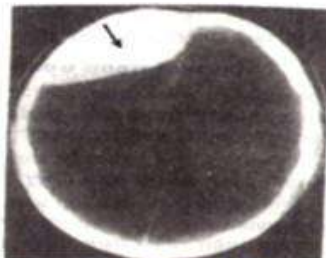
4.4. Chụp cộng hưởng từ MRI: phát hiện khối máu tụ.



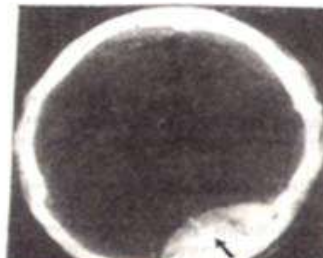
Máu tụ trong não



Dập não kết hợp máu tụ rải rác trong não



Máu tụ vùng trán



Máu tụ ngoài màng cứng vùng chẩm

4.5. Làm các xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu...

5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

5.1. Phẫu thuật: áp dụng trong các trường hợp sau

- Máu tụ nội sọ.
- Lún sọ kín, lún sọ hở.
- Vết thương sọ não.

5.2. Bảo tồn

- Chấn động não.
- Dập não.
- Phù não.

Kết hợp chống phù não, kháng sinh chống nhiễm trùng.....

6. DI CHỨNG SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

6.1. Di chứng về thần kinh

- Thường gặp sau dập não: liệt 1/2 người, rối loạn ngôn ngữ, động kinh.
- Liệt thần kinh VII (nếu vỡ xương đá).
- Nghe kém hoặc điếc do tổn thương dây thần kinh ốc tai, tiền đình.

6.2. Di chứng về tâm thần

- Giảm trí nhớ, chậm chạp, đau đầu, mất ngủ, trầm cảm, cáu gắt, suy nhược thần kinh.

- Nặng nhất là sống đời sống thực vật (khi bị chấn thương sọ não nặng, kể cả trường hợp phải mổ cũng như không phải mổ).

7. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

7.1.1. Trước mổ

- Nhận định người bệnh tỉnh hay mê? Tri giác tốt hay xấu? Đánh giá dựa vào thang điểm Glasgow?

- Dấu hiệu sống có thay đổi hay không?

- Mức độ nôn, đau đầu?

- Có dấu hiệu tụ máu dưới da đầu không, có dấu hiệu vỡ xương sọ không?

- Tình trạng thông khí có tốt hay không?

- Tại chỗ: có rách da, chảy máu, có dấu hiệu tụ máu dưới da đầu không, có dấu hiệu vỡ xương sọ không? Có dịch não tủy, chất não chảy ra không? Có chảy máu tai, mũi, có tụ máu quanh hốc mắt không?

- Có liệt thần kinh khu trú không? (liệt mặt, liệt nửa người), đồng tử hai bên có đều nhau không, phản xạ ánh sáng có tốt không?

- Có tổn thương phối hợp hay không?

7.1.2. Sau mổ

- Nhận định về tri giác của người bệnh dựa vào thang điểm Glasgow để đánh giá tiến triển của bệnh.

- Nhận định tình trạng toàn thân, dấu hiệu sinh tồn?

- Tình trạng thông khí tốt hay không?

- Tình trạng vết mổ như thế nào? Có chảy máu, nhiễm trùng hay không?

- Tình trạng ống nội khí quản, sonde dạ dày, niệu đạo bàng quang như thế nào?

7.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Giảm thông khí.

- Có rối loạn về tri giác.

- Nôn, đau đầu.

- Có vết thương vùng đầu, mặt.

- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.

- Nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi...
- Nguy cơ loét những vùng tỳ đè.
- Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.
- Người bệnh mất ngủ.

7.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Trước mổ

- Đảm bảo thông khí tốt:

Người bệnh chấn thương sọ não thường thiếu oxy não do: hôn mê tăng, tiết nhiều đờm dãi, máu chảy khoang mũi miệng, răng giả; lưỡi đổ ra sau, bít tắc đường hô hấp làm cho thở kém, thiếu oxy não dẫn đến phù não.

Xử trí:

- + Đặt người bệnh nằm nghiêng, móc sạch đờm dãi, dị vật...
- + Đặt canun – mayor đè lưỡi, hút đờm dãi.
- + Đặt sonde dạ dày hút dịch, thức ăn tránh tình trạng trào ngược hô hấp trong lúc người bệnh hôn mê.

- + Cho thở oxy 3 – 5 lít/phút.

- Tuân hoàn: Thực hiện y lệnh truyền dịch nâng huyết áp ngay từ đầu, phụ giúp bác sĩ khâu cầm máu vết thương da đầu (nếu có). Đặt người bệnh nằm tư thế cổ ngay ngắn (dù nằm nghiêng hay nằm ngửa) để tránh cản trở máu lưu thông tĩnh mạch cảnh hai bên (hạn chế phù não).

- Theo dõi phát hiện những tổn thương phối hợp.
- Thực hiện y lệnh thuốc chống phù não, chống sốc. Chỉ dùng thuốc giảm đau, không dùng thuốc ngủ khi còn đang theo dõi.

- Người bệnh hôn mê cần đặt sonde niệu đạo bàng quang theo dõi lượng nước tiểu.

- Chuẩn bị da đầu: trước phẫu thuật cạo tóc vệ sinh sạch sẽ, thay băng vết thương nếu có. Tránh thăm khám thô bạo, tránh dùng vật cứng thăm dò vết thương.

- Lập bảng theo dõi thang điểm Glasgow, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, dấu hiệu liệt khu trú, dẫn đồng tử, thời gian 30 lần/phút. Phát hiện kịp thời những dấu hiệu có máu tụ trong hộp sọ.

- Thực hiện lấy máu làm xét nghiệm giúp người bệnh chụp Xquang khi mạch huyết áp ổn định.

7.3.2. Sau mổ

- Đảm bảo thông khí tốt: hút đờm dãi ở mũi miệng, ống nội khí quản. Chăm sóc lỗ mở thông khí quản để tránh nhiễm trùng và tránh ống nội khí quản đè vào hai tĩnh mạch cổ gây phù não thì sau. Sau 2 ngày, dù ống nội khí quản còn tốt cũng rút bỏ ống nội khí quản và mở khí quản.

- Vệ sinh các hốc tự nhiên, thân thể. Nhỏ thuốc mắt vì người bệnh hôn mê mắt nhắm không kín để tránh khô loét giác mạc.

- Xoay trở tư thế để tránh loét do đè ép.
- Theo dõi màu sắc, tính chất nước tiểu. Nếu có tình trạng viêm nhiễm đường tiết niệu, cần cho uống nhiều nước, bơm rửa bàng quang theo y lệnh, báo cho bác sĩ để dùng kháng sinh thích hợp.
- vỗ rung lồng ngực, hướng dẫn người bệnh thở sâu, ho có hiệu quả để phòng viêm phổi, xẹp phổi.
- Lập bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn, thang điểm Glasgow, đồng tử hai bên. Thời gian theo dõi tùy thuộc vào tình trạng bệnh.
- Làm các xét nghiệm về máu, nước tiểu.
- Theo dõi ống dẫn lưu:
 - + Nếu ống dẫn lưu ngoài màng cứng: lộ dẫn lưu thấp hơn đầu người bệnh.
 - + Nếu ống dẫn lưu dưới màng cứng hoặc trong não: lộ dẫn lưu để ngang đầu người bệnh.
 - + Nếu ống dẫn lưu ở não thất: lộ dẫn lưu cao hơn đầu người bệnh.
- Đảm bảo dinh dưỡng: Khi người bệnh còn hôn mê, nuôi dưỡng qua sonde dạ dày, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Thay sonde dạ dày, sonde bàng quang 1 tuần một lần, đảm bảo vô trùng tốt, tránh nhiễm khuẩn.
- Vận động, xoa bóp tránh teo cơ cứng khớp.

7.3.3. Giáo dục sức khỏe

- Cần tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng khi tham gia giao thông phải tuân thủ luật lệ giao thông, đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy. Trong lao động sản xuất cần có bảo hộ lao động để giảm tới mức thấp nhất chấn thương sọ não.
- Khi bị chấn thương vào đầu cần đến viện khám ngay, tránh đến viện muộn sẽ để lại nhiều biến chứng sau này.

7.4. Đánh giá

Người bệnh chấn thương sọ não được đánh giá là được chăm sóc tốt khi:

- Được theo dõi phát hiện kịp thời khối máu tụ trong não.
- Đảm bảo tốt đường thở, tránh được phù não.
- Phòng chống loét tốt, tránh được các biến chứng nằm lâu.
- Được nuôi dưỡng tốt.

KẾT LUẬN

- Sau một chấn thương sọ não thường gây ra những tổn thương phối hợp, vì vậy biểu hiện lâm sàng rất phức tạp, chẩn đoán thường gặp nhiều khó khăn nên tỷ lệ tử vong còn cao.
- Chẩn đoán dựa trên diễn biến của các triệu chứng, vì vậy phải theo dõi sát, phát hiện kịp thời những triệu chứng chính để có chỉ định điều trị thích hợp. Do đó khi chăm sóc đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức chăm sóc toàn diện.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

TT	CÂU	Đ	S
1	Khi theo dõi chấn thương sọ não thấy mạch giảm dần, huyết áp tăng, độ mê tăng là có máu tụ trong não.		
2	Điều trị bảo tồn cho những trường hợp lún sọ kín, lún sọ hở.		
3	Người bệnh có máu tụ vùng chẩm rất dễ tử vong.		
4	Chấn thương sọ não kín là khoang dưới nhện thông với môi trường bên ngoài.		
5	Vỡ tầng giữa nền sọ, gây tụ máu quanh hai hốc mắt.		
6	Chấn động não, khi khỏi không để lại di chứng.		
7	Dập não người bệnh không bị hôn mê.		
8	Tụ máu ngoài màng cứng do đứt động mạch nuôi não.		
9	Trong chấn thương sọ não liệt 1/2 người cùng bên với khối máu tụ.		
10	Thang điểm Glasgow: Mở mắt tự nhiên = 6 điểm		
11	Thang điểm Glasgow: Gáp cứng chi trên=3 điểm		
12	Điều trị bằng phẫu thuật đối với những trường hợp dập não.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

13. Việc cần phải làm trước tiên khi chăm sóc chấn thương sọ não là:
- Đảm bảo thông khí để tránh phù não
 - Truyền dịch chống phù não
 - Lấy máu làm xét nghiệm
 - Đưa người bệnh đi chụp sọ không chuẩn bị.
14. Vấn đề quan trọng nhất trong điều trị máu tụ nội sọ là:
- Truyền dịch nâng huyết áp
 - Mổ lấy máu tụ và cầm máu
 - Chống nhiễm trùng
 - Nâng cao thể trạng.
15. Vấn đề cần được chú ý nhất trong chăm sóc sau mổ chấn thương sọ não là:
- Hút đờm dãi, dịch tiết ở mũi miệng, ống nội khí quản
 - Vệ sinh hằng ngày các hốc tự nhiên
 - Xoay trở tư thế tránh loét
 - Theo dõi lượng nước tiểu hằng ngày.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

16. Khi theo dõi người bệnh chấn thương sọ não thấy dần đồng tử.....A.....với bên chấn thương, tri giác....B.... chứng tỏ có máu tụ nội sọ.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Văn A bị tai nạn giao thông đập đầu xuống nền đường, sau đó bị hôn mê và tỉnh lại, được đưa vào bệnh viện cấp cứu. Vào viện sau 7 giờ người bệnh xuất hiện mê lại. Hiện tại người bệnh khó thở, tăng tiết đờm dãi, liệt 1/2 người trái, dẫn dòng tử bên phải, đại tiểu tiện không tự chủ, mạch chậm, huyết áp tăng.

17. Người bệnh A bị tổn thương:

- A. Chấn động não
- B. Phù não
- C. Vỡ vòm sọ
- D. Tụ máu hộp sọ.

18. Công việc chăm sóc nào sau đây có ý nghĩa nhất đối với người bệnh A

- A. Dùng thuốc kháng sinh chống nhiễm khuẩn
- B. Đặt sonde dạ dày
- C. Khơi thông đường hô hấp, thở oxy
- D. Truyền dịch chống tụt huyết áp.

Bài 23

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GỠ XƯƠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, phân loại, tiến triển và biến chứng gãy xương.*
2. *Nêu được triệu chứng chính, hướng điều trị gãy xương.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh gãy xương.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là tổn thương đến sự toàn vẹn của xương. Thường gặp do chấn thương hoặc do bệnh lý (u xương, viêm xương)...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Trực tiếp: do các chấn thương trực tiếp gây gãy xương.

- Tai nạn giao thông: bánh xe ô tô, xe máy, công nông va đập trực tiếp lên chi gây gãy xương.
- Mảnh bom mìn phá hủy.
- Do tường đổ, sập hầm...

2.2. Gián tiếp: nơi gãy xương xa nơi chấn thương.

- Ngã cao, gót chân tiếp đất trước gây gãy, lún xương cột sống, gãy cổ xương đùi...
- Ngã chống tay gây gãy trên lồi cầu cánh tay.

3. PHÂN LOẠI GỠ XƯƠNG

3.1. Gãy xương kín: là ổ gãy không thông với bên ngoài.

3.2. Gãy xương hở: là loại gãy mà ổ gãy thông với bên ngoài, nghĩa là da xung quanh nơi gãy xương bị tổn thương, có thể thấy đầu xương gãy chọc ra ngoài. Có thể do vật sắc nhọn từ ngoài chọc vào như lưỡi lê, mảnh đạn.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng không chắc chắn

- Đau xảy ra ngay sau khi bị chấn thương.
- Sưng nề, bầm tím vùng gãy xương.
- Giảm hoặc mất cơ năng chi gãy.

4.2. Triệu chứng chắc chắn gãy xương

- Biến dạng trục chi: có thể gập góc, xoay, ngắn chi.
- Tiếng lạo xạo xương gãy: do hai đầu xương cọ sát vào nhau.
- Chi gãy có cử động bất thường, khi cố gắng cử động.
- Điểm đau chói tại nơi gãy xương.

4.3. Các triệu chứng khác

4.3.1. Tại chỗ

- Da bị tổn thương làm ổ gãy thông với bên ngoài gọi là gãy hở.

+ Biểu hiện: máu chảy ra từ ổ gãy có màu đen, không đông hoặc có váng mỡ, hoặc thấy đầu xương gãy chọc ra ngoài.

- Mạch máu và thần kinh có thể bị dập nát, đứt hay bị chèn ép.

+ Nếu tổn thương mạch biểu hiện: đầu chi tím lạnh mất mạch hoặc mạch yếu.

+ Nếu tổn thương thần kinh biểu hiện mất cảm giác vận động vùng thần kinh chi phối.



4.3.2. Toàn thân

- Có thể có hội chứng sốc biểu hiện: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, da xanh nhợt, chân tay lạnh, hốt hoảng, lo sợ, vã mồ hôi.

- Có thể xuất hiện hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao, mạch nhanh, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, đau đầu....

4.4. Triệu chứng X quang: Chụp phim ở 2 tư thế thẳng và nghiêng, trên một khớp, dưới một khớp để xác định vị trí gãy, đường gãy, hướng di lệch.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiến triển: xương gãy liền qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn tụ máu tại ổ gãy.
- Giai đoạn can xương liền kết.
- Giai đoạn can xương nguyên phát.
- Giai đoạn can xương vĩnh viễn.

5.2. Biến chứng

5.2.1. Biến chứng sớm

- Gãy xương mất nhiều máu, đau có thể dẫn đến sốc.
- Từ gãy xương kín dẫn đến gãy xương hở do cố định không tốt, thăm khám thô bạo.
- Tổn thương mạch máu thần kinh do đầu xương gãy chọc vào.

5.2.2. Biến chứng muộn

- Cứng khớp và teo cơ: do bất động kéo dài, không tập vận động phục hồi chức năng.
- Khớp giả: Nơi gãy xương không có can xương dẫn đến xương không liền tạo ra cử động bất thường gọi là khớp giả.

6. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

6.1. Sơ cứu

- Phòng chống sốc: cần chú ý tới toàn trạng của người bệnh, loại trừ tổn thương nội tạng, có thể tiêm thuốc giảm đau toàn thân bằng morphin hay phóng bế novocain xung quanh thân xương.

- Bất động chi gãy bằng nẹp tương ứng theo đúng nguyên tắc.

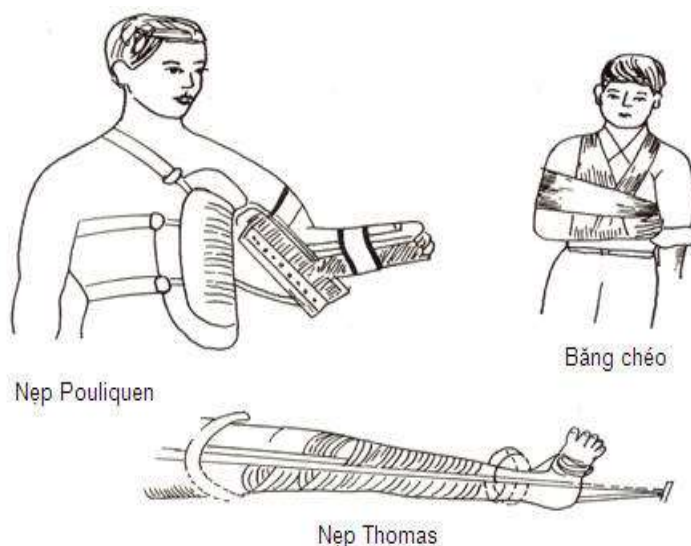
+ Bất động trên một khớp và dưới một khớp nơi xương gãy.

+ Độn bông mỡ vào nơi đầu xương nhô ra.

+ Bất động xương gãy ở tư thế cơ năng: cùi chỏ khuỷu gấp 90^0 , dùng nẹp tùy ứng, chi dưới khớp hông và khớp gối duỗi thẳng. Đối với gãy hở và gãy sát khớp bất động theo tư thế gãy, trước khi bất động phải băng vết thương nếu có.

+ Trong khi bất động phải nhẹ nhàng, tránh gây đau đớn và tổn thương thêm. Bất động phải đủ chặt.

- Vận chuyển người bệnh nhẹ nhàng: sau khi bất động xong phải vận chuyển về nơi điều trị thực thụ.



Sơ cứu bất động gãy xương

6.2. Điều trị

6.2.1. Phương pháp chỉnh hình bằng bảo tồn

- Phương pháp kéo nắn bó bột áp dụng cho các trường hợp gãy kín đến sớm, gãy ít di lệch. Kéo nắn bó bột chỉnh hình ở tư thế cơ năng.

Thời gian giữ bột tùy thuộc loại xương gãy, lứa tuổi.

- Phương pháp kéo liên tục: dùng kim Kirschner xuyên qua đầu xương, dùng tạ kéo.

+ Đối với chi trên, trọng lượng tạ = $1/14 \div 1/10$ trọng lượng cơ thể.

+ Đối với chi dưới, trọng lượng tạ = $1/8 \div 1/6$ trọng lượng cơ thể.

+ Đối với cột sống cổ, trọng lượng tạ từ $2 \div 2,5$ kg.

6.2.2. Phương pháp kết hợp xương

Đóng đinh nội tuỷ, nẹp vít, cố định ngoại vi; buộc vòng chỉ thép tuỷ theo từng chi định khác nhau.

7. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

7.1.1. Tình trạng chung

- Nhận định xem có hội chứng sốc hay không? (dựa vào tinh thần, da, niêm mạc, dấu hiệu sinh tồn).

- Có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, thiếu máu hay không?

- Có tổn thương phối hợp ở nơi khác hay không?

Ví dụ: chấn thương bụng, ngực, sọ não.

7.1.2. Tình trạng tại chỗ

- Trước khi bó bột hoặc mổ:

+ Gãy xương kín hay gãy xương hở?

+ Chi gãy được bất động chưa? Mức độ đau, sưng nề, bầm tím?

+ Vết thương rộng hay nhỏ, sạch hay bẩn? có dịch, có mủ hay không?

+ Có tổn thương mạch máu thần kinh hay không? (dựa vào dấu hiệu đau, màu sắc, vận động, cảm giác, nhiệt độ của đầu ngón chi).

- Sau bó bột:

+ Bột có rạch dọc hay bột vòng tròn kín? Bột có cửa sổ không? (để chăm sóc vết thương hoặc vết mổ)

+ Bột chặt hay lỏng? khô hay ẩm? sạch hay bẩn? đúng nguyên tắc hay không?

+ Có dấu hiệu chèn ép mạch máu, thần kinh hay không?

+ Nếu có vết thương, dịch thấm vào bột nhiều hay ít? mùi hôi hay không?

+ Mức độ đau sưng của chi bó bột? có dấu hiệu chèn ép bột không?

- Sau mổ:

+ Vết mổ chảy máu hay không? có dịch, có mủ hay không? cắt chỉ chưa?

+ Có dấu hiệu tổn thương mạch máu thần kinh sau mổ hay không?

+ Tính chất của dịch dẫn lưu?

+ Mức độ đau sưng nề chi tổn thương như thế nào?

7.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ sốc.

- Đau, sưng nề nơi tổn thương.

- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.

- Nguy cơ viêm xương.

- Nguy cơ bị tổn thương mạch máu, thần kinh sau mổ.

- Nguy cơ rối loạn tuần hoàn nuôi dưỡng chi sau bó bột.

- Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.
- Người bệnh mất ngủ.

7.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Trước khi bó bột hoặc mổ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn tùy theo tình trạng của người bệnh.
- Phòng chống sốc.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, sau 30 phút dùng nẹp bất động tạm thời.
 - + Bất động chi gãy theo đúng nguyên tắc.
 - Nẹp phải đủ dài trên một khớp và dưới một khớp, đủ chắc. Phải được bọc độn trước khi bất động.
 - Độn bông mỡ vào đầu xương nhô ra, không được bỏ quần áo nơi gãy xương lúc đặt nẹp.
 - Người phụ nâng đỡ nhẹ nhàng nơi gãy xương và từ từ kéo nhẹ cho đến khi nào bất động xong mới được bỏ ra.
 - Buộc dây phải đủ chặt, không được buộc trực tiếp lên ổ gãy xương, bản dây phải đủ rộng.
 - Nâng cao chi bị tổn thương để giảm sưng nề.
 - Bất động chi gãy theo tư thế cơ năng.
 - Nếu gãy hở hay có vết thương kèm theo phải được thay băng vô khuẩn, tránh đưa phần nhiễm bẩn vào trong ổ gãy. Sau đó bất động theo tư thế gãy.
 - Theo dõi màu sắc đầu ngón chi, phát hiện sự bết tắc tuần hoàn sau khi buộc dây bất động nẹp.
 - + Cho người bệnh uống nước chè đường ấm, sưởi ấm, thở oxy.
- Nếu có dấu hiệu sốc, tổn thương mạch máu, thần kinh, tổn thương phổi hợp, người điều dưỡng phải báo cho bác sĩ.
- Làm xét nghiệm công thức máu, máu đông, máu chảy, chụp X quang v.v...

7.3.2. Sau bó bột

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Nếu bột chặt gây chèn ép mạch máu, thần kinh điều dưỡng cần nói bột và báo cáo cho bác sĩ biết tình trạng trên.
- Kiểm tra, chăm sóc bột theo nguyên tắc.
- Nếu bột vỡ, gãy phải thay bột.
- Không được dùng que chọc vào trong bột gây xước da nhiễm trùng. Tránh làm ướt bột.
- Sau 7 ÷ 10 ngày, khi chi hết sưng nề quấn tròn bột nếu như bột không quá lỏng. Nếu bột quá lỏng phải bó bột mới và hẹn đến khám lại tùy theo từng loại gãy xương.
- Khi bột khô cố định tốt hướng dẫn người bệnh vận động cơ cơ trong bột, vận động các cơ, chi không bó bột để tránh teo cơ, đồng thời phải hướng dẫn người bệnh uống

nhieu nước vỗ rung lồng ngực, vệ sinh thân thể, để giảm nguy cơ viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.

- Thường xuyên quan sát da vùng tỳ đè, dễ loét như vùng gáy, khuỷu, gai chậu trước trên, gót chân để phát hiện sự cọ sát phù nề đổi màu, loét.

- Hướng dẫn người bệnh ăn chế độ ăn bồi dưỡng để nâng cao thể trạng, chú ý ăn thức ăn tránh táo bón, sỏi tiết niệu.

- Nếu người bệnh có vết thương thâm dịch mùi hôi phải báo bác sĩ, thay băng vết thương.

- Dặn người bệnh không được tự ý tháo bột, phải giữ bột đủ thời gian theo quy định.

- Nếu đủ thời gian bất động cho người bệnh chụp Xquang kiểm tra xem xương liền tốt chưa. Nếu xương chưa liền tốt cần bất động thêm.

- Chăm sóc vết thương, vết loét nếu có. Hướng dẫn người bệnh ngâm chân vào nước muối ấm, vừa ngâm vừa tập vận động chủ động ngày 3 lần, mỗi lần từ 10 – 15 phút trong 5 – 7 ngày. Hướng dẫn tập phục hồi chức năng từ từ, tránh quá sức, quá đau và tránh ngã.

7.3.3. Sau mổ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

- + Trong vòng 24h đầu sau mổ: để phát hiện tình trạng tai biến của gây mê, phẫu thuật.

Ví dụ: mất máu, đau kéo dài, rối loạn nhịp tim, nhịp thở. Nếu có tai biến của gây mê, phẫu thuật phải xử trí kịp thời và báo ngay cho bác sĩ.

- + Những ngày sau : để phát hiện tình trạng nhiễm trùng, tình trạng thiếu máu.

- Chăm sóc thay băng vết mổ tùy từng trường hợp. Nếu chảy máu vết mổ cần thực hiện băng ép cầm máu ngay, sau băng ép vẫn chảy máu phải báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- + Vết mổ tiến triển tốt, cắt chỉ sau 7 ngày.

- + Vết mổ có biểu hiện sưng nề, có dịch mủ cần cắt chỉ sớm để giải phóng mủ, dịch.

- Giảm đau, sưng nề chi tổn thương bằng cách gác chi cao trên dụng cụ thích hợp.

- Theo dõi tuần hoàn của chi, vận động cảm giác của chi tổn thương.

- Hướng dẫn người bệnh ăn chế độ ăn bồi dưỡng để nâng cao thể trạng.

- Hướng dẫn người bệnh tập vận động, vệ sinh thân thể tùy từng trường hợp.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh, theo dõi tác dụng phụ, tai biến của thuốc.

- Rút ống dẫn lưu sau 24 – 48h.

7.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Khi mang bột về nhà cần dặn dò người bệnh thực hiện một số việc sau:

- + Không để bột gãy

- + Không làm ướt bột

- + Không làm bản bột
- + Không tự ý cắt bột
- + Không dùng que chọc vào trong bột
- + Đến khám lại theo đúng lịch hẹn.

- Tuyên truyền trong cộng đồng cần thận trọng trong khi tham gia giao thông, trong lao động sản xuất, trong sinh hoạt để làm giảm tỷ lệ gãy xương.

7.4. Đánh giá

Người bệnh gãy xương được chăm sóc tốt khi:

- Được sơ cứu tốt, tránh từ gãy kín thành gãy hở, hạn chế được nguy cơ sốc.
- Được theo dõi chăm sóc tốt, tránh được các tai biến do mổ xương, bó bột.
- Được hướng dẫn tập phục hồi chức năng tốt.

KẾT LUẬN

Gãy xương, đặc biệt là gãy xương hở có nhiều nguy cơ viêm xương, đây là một biến chứng còn gặp nhiều khó khăn trong điều trị. Việc chăm sóc phòng nguy cơ này là một việc làm rất cần thiết, đòi hỏi người điều dưỡng luôn luôn chú ý khi chăm sóc vết thương cho người bệnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Gãy xương kín là ổ gãy không thông với bên ngoài.		
2	Bất động quá lâu trong gãy xương dẫn đến teo cơ cứng khớp.		
3	Gãy xương hở có nguy cơ viêm xương.		
4	Gãy xương hở máu chảy ra từ vết thương có vầng mỡ.		
5	Liên xương có 3 giai đoạn.		
6	Tổn thương động mạch dẫn đến sung nề chi trong gãy xương		
7	Gãy hở thường dẫn đến khớp giả.		
8	Cần bó bột không rạch dọc cho những trường hợp gãy xương mới.		
9	Biến dạng trục chi là triệu chứng chắc chắn của gãy xương.		

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

10. Gãy xương là tổn thương đến sự...A.... của xương. Thường gặp do...B.... hoặc do bệnh lý.

11. Gãy xương hở là loại gãy mà ổ gãy thông với bên ngoài. Nghĩa là da xung quanh nơi gãy xương...A..., có thể thấy....B.....chọc ra ngoài.

12. Không được dùng.....A.....vào trong bột gãy.....B.....nhiễm trùng.
13. Sau.....A.....ngày khi chỉ hết sưng nề....B..... bột nếu như bột không lỏng quá.
14. Nhận định tại chỗ trước khi điều trị gãy xương gồm có:
- A.....
 - B. Chi gãy được bất động chưa? Mức độ đau, sưng nề, bầm tím?
 - C. Vết thương rộng hay nhỏ, sạch hay bẩn? Có dịch, mủ hay không?
 - D. Có tổn thương mạch máu thần kinh hay không?
15. Nhận định sau bó bột đối với gãy xương gồm có:
- A. Bột chặt hay lỏng? khô hay ẩm? sạch hay bẩn? đúng nguyên tắc hay không?
 - B.....
 - C. Nếu có vết thương dịch thấm vào bột nhiều hay ít? Mùi hôi hay không?
 - D. Mức độ đau sưng nề tăng, hay giảm?
16. Nhận định sau mổ đối với gãy xương gồm có:
- A. Vết mổ chảy máu hay không? Có dịch, có mủ hay không? Cắt chỉ chưa?
 - B. Có dấu hiệu tổn thương mạch máu thần kinh sau mổ hay không?
 - C.....
 - D. Mức độ đau sưng nề chỉ tổn thương như thế nào?

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Vũ Thị H bị tai nạn lao động được đưa vào trạm xá xã trong tình trạng đau căng chân phải, mất vận động căng chân phải, căng chân phải sưng to, có biến dạng gập góc vào trong. Người bệnh chưa được sơ cứu gì.

17. Người bệnh H mắc bệnh:
- A. Bong gân
 - B. Gãy xương
 - C. Trật khớp
 - D. Tổn thương phần mềm.
18. Công tác sơ cứu nào sau đây có ý nghĩa nhất đối với người bệnh H:
- A. Cho uống nước chè đường ấm, sau đó chuyển đến cơ sở y tế tuyến trên.
 - B. Dùng thuốc giảm đau, sau đó chuyển đến cơ sở y tế tuyến trên.
 - C. Bất động chi gãy sau đó chuyển đến cơ sở y tế tuyến trên.
 - D. Dùng thuốc kháng sinh chống nhiễm khuẩn, sau đó chuyển đến cơ sở y tế tuyến trên.

Bài 24
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN – TRẬT KHỚP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, phân loại, triệu chứng, biến chứng, hướng điều trị bong gân – trật khớp.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh bong gân – trật khớp.*

1. BONG GÂN

1.1. Định nghĩa

- Bong gân là tổn thương dây chằng của bao khớp: khi chấn thương đột ngột làm cho dây chằng bị kéo dài ra hoặc đứt nhưng không gây di lệch mặt khớp.
- Những khớp hay bị bong gân: khớp cổ chân, khớp cổ tay, khớp đầu gối, khớp bàn chân, khớp các ngón tay.
- Hay gặp ở thanh thiếu niên và vận động viên thể dục thể thao.

1.2. Phân loại bong gân

- Bong gân độ I: lực tác động làm cho dây chằng bị giãn dài ra mà không co ngắn ngay trở lại vì có một số ít (không đáng kể) các sợi collagen bị đứt.
- Bong gân độ II: một số đáng kể sợi collagen bị đứt.
- Bong gân độ I – II: khớp còn vững vàng.
- Bong gân độ III:
 - + Dây chằng bị bong khỏi vị trí bám hoặc bị đứt toàn bộ.
 - + Bao khớp bị tổn thương, khớp lỏng lẻo, có thể mẻ mảnh xương nơi bám của dây chằng.

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Đau: là triệu chứng căn bản nhất, điểm đau ở chỗ bám và đường đi của dây chằng.
- Đau tự nhiên theo 3 thì: đau chói như điện giật tức thì ngay sau khi bị chấn thương rồi tê bì không cảm thấy đau một thời gian, đau xuất hiện trở lại mặc dù đã được bất động.
 - + Ấn vào vùng bong gân có dấu hiệu đau chói.
 - + Kéo căng diện khớp phía bong gân cũng gây đau chói.

1.3.2. Triệu chứng X quang

- Có thể thấy hình ảnh mẻ mảnh xương nơi bám của dây chằng.
- Bong gân độ III: hình ảnh khe khớp phía bên bong gân bị toác rộng hơn so với bên lành.

1.4. Di chứng

- Viêm bao khớp vô trùng do điều trị không đúng quy cách. Bao khớp sưng nề kéo dài, đau nhức khó chịu, hạn chế vận động khớp.
- Thoái hoá khớp: mặt sau bị bào mòn, rồi mọc thêm các gai xương.

1.5. Hướng điều trị

- Điều trị bảo tồn với bong gân độ I– II.
- Điều trị bằng phẫu thuật đối với bong gân độ III:
 - + Phẫu thuật khâu lại sớm các dây chằng bị đứt, sau đó bất động vững chắc khớp để bảo vệ các dây chằng đã được khâu. Sau 4– 6 tuần cho tập vận động cơ mức độ không gây đau, dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu lành nghề.
 - + Có thể điều trị bảo tồn với các người bệnh không yêu cầu phục hồi cao, đặc biệt thích hợp với người bệnh lớn tuổi.

1.6. Kế hoạch chăm sóc

1.6.1. Nhận định tình trạng người bệnh

1.6.1.1. Tình trạng chung

- Nhận định xem có hội chứng nhiễm trùng không?
- Nhận định xem có tổn thương phối hợp không?

1.6.1.2. Tình trạng tại chỗ

- Mức độ đau sưng nề tăng hay giảm?
- Khớp vững hay không vững? đã được bất động chưa?
- Có tổn thương mạch máu thần kinh không?
- Sau mổ
 - + Vết mổ có bị chảy máu hay không? có dấu hiệu nhiễm trùng hay không?
 - + Có tổn thương mạch máu thần kinh không?
 - + Vùng phẫu thuật được bất động có tốt không?

1.6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Đau, sưng nề nơi tổn thương.
- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
- Nguy cơ bị tổn thương mạch máu, thần kinh sau mổ.
- Nguy cơ rối loạn tuần hoàn nuôi dưỡng chi sau bó bột.
- Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.
- Người bệnh mất ngủ.

1.6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

1.6.3.1. Đối với điều trị bảo tồn: những trường hợp bong gân độ I và II

- Giai đoạn sưng nề cấp tính
 - + Mục đích điều trị: làm ngừng chảy máu và hạn chế sưng nề
 - + Phương pháp:
 - Băng ép vùng bong gân bằng băng chun, giữ ít nhất 48 giờ.

- Chườm lạnh ngoài băng chun bằng nước đá, cứ 20 – 30 phút chườm một lần trong suốt 4 giờ đầu tiên.
- Kê cao chi tổn thương.
- Dùng thuốc giảm đau, giảm phù nề.

Chú ý: Không được xoa bóp và chườm nóng, không được tiêm thuốc vào vùng bong gân.

- Giai đoạn phục hồi

+ Bong gân độ I: có thể cho vận động sớm khi hết đau, rồi dần dần cho lao động lại bình thường.

+ Bong gân độ II: phải bất động vững chắc khớp bị bong gân bằng cách bó bột, để tránh các vận động đột ngột làm tổn thương thêm hoặc đứt lại dây chằng.

- Chi trên để bột 2 tuần.
- Chi dưới để bột 3 tuần.

Nếu có kỹ thuật viên vật lý trị liệu lành nghề thì có thể cho người bệnh tập sớm hơn, theo một chương trình thích hợp và có sự kiểm soát. Tập vận động nhất thiết không được gây đau.

1.6.3.2. Sau phẫu thuật: đối với những trường hợp bong gân độ III

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong những giờ đầu chú ý phát hiện những tai biến của gây mê, phẫu thuật như: rối loạn nhịp tim, nhịp thở, chảy máu vết mổ. Những ngày sau chú ý phát hiện biểu hiện nhiễm trùng toàn thân.

- Thay băng vết mổ hằng ngày, phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng tại vết mổ, cắt chỉ cách cho những trường hợp ứ dịch vết mổ.

- Hướng dẫn cho người bệnh gác chi cao để giảm đau, sưng nề.

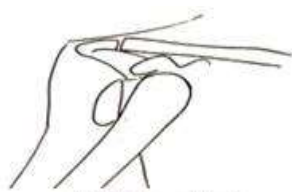
- Thực hiện thuốc theo y lệnh, theo dõi phát hiện tai biến của thuốc như: gây phản ứng dị ứng, gây đau dạ dày...

- Bất động vững chắc khớp để bảo vệ các dây chằng đã được khâu. Hết thời gian bất động 4– 6 tuần hướng dẫn người bệnh tập vận động cơ mức độ không gây đau, dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. TRẬT KHỚP

2.1. Định nghĩa

Trật khớp là sự di lệch đột ngột hoàn toàn hoặc không hoàn toàn các mặt khớp với nhau do một tác nhân tác động gián tiếp trên khớp ở các chi bị chấn thương hoặc do động tác sai tư thế của khớp.



Trật khớp vai trước
trong dưới mỏm qua



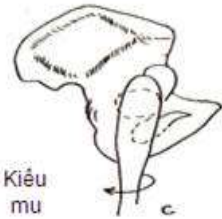
Trật khuỷu ra sau lên trên



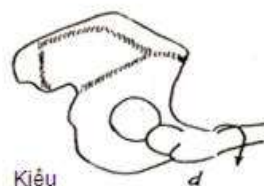
Kiểu
chậu



Kiểu
ngồi



Kiểu
mu



Kiểu
bịt

Các kiểu trật khớp háng

2.2. Phân loại trật khớp chấn thương

2.2.1. Theo thời gian

- Nhóm cấp cứu: trong vòng 48 giờ.
- Nhóm đến sớm: 2 ngày – 3 tuần.
- Nhóm đến muộn: 4 tuần trở lên.

2.2.2. Theo giải phẫu

- Bán trật khớp: mặt khớp không di lệch hoàn toàn.
- Trật khớp hoàn toàn.
- Gãy trật khớp: có thể trật khớp kèm theo gãy xương, dập đầu xương, một mảnh đầu xương nơi bám của dây chằng hoặc bao khớp bị rách rời xương.

2.2.3. Theo mức độ tái phát

- Trật khớp lần đầu.
- Trật khớp tái diễn: tuy đã được nắn vào khớp nhưng dễ trật lại sau một chấn thương nhẹ, thường gặp ở khớp vai, khớp hàm.
- Trật khớp liên tục.

2.2.4. Theo lâm sàng

- Trật khớp kín.
- Trật khớp hở: rách da và cơ quanh khớp tạo thành trật khớp hở.
- Trật khớp kèm biến chứng : mạch máu và thần kinh cũng có thể bị tổn thương và kèm theo nhiều rối loạn vận mạch.

- Trật khớp không nắn được do mảnh xương, bao khớp chèn vào giữa 2 mặt khớp.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau xảy ra ngay sau chấn thương, bất động vẫn đau.
- Giảm hoặc mất cơ năng hoàn toàn.

2.3.2. Triệu chứng thực thể

2.3.2.1. Khớp biến dạng

- Trật khớp vai ra trước: cánh tay ở tư thế giàng xoay ngoài, có thể có dấu hiệu nhát rìu, mất rãnh delta ngực.

- Trật khớp khuỷu ra sau: khuỷu gấp $50 - 60^0$ cẳng tay hơi sấp, đầu dưới xương cánh tay gồ ra trước khuỷu, mỏm khuỷu nhô hẳn ra phía sau. Tam giác Hunter đảo ngược.

- Trật khớp háng:

- + Ra sau, lên trên: háng khép, xoay trong, gối gấp ít.
- + Ra sau xuống dưới: háng khép, xoay trong, gối gấp nhiều.
- + Ra trước lên trên: háng giàng, xoay ngoài, gối gấp ít.
- + Ra trước xuống dưới: háng giàng, xoay ngoài gối gấp nhiều.

2.3.2.2. Ổ khớp trống rỗng, sờ thấy đầu xương ở vị trí bất thường

- Khớp vai: sờ thấy chỏm xương cánh tay ngay dưới mỏm cùng vai, phía sau sờ thấy hõm khớp.

- Khớp khuỷu: sờ thấy hõm khớp rỗng, đầu dưới xương cánh tay sờ thấy ở phía trước nếp gấp khuỷu ngay trên mỏm khuỷu.

- Khớp hông: tùy theo kiểu trật khớp có thể thấy chỏm xương đùi ở vùng mông (phía sau) hoặc ở trước khớp hông.

2.3.2.3. Cử động lò xo: làm ngược với biến dạng sẽ thấy chi bật về vị trí biến dạng ban đầu.

2.4. Triệu chứng Xquang

Chụp khớp ở hai tư thế thẳng và nghiêng: thấy rõ tư thế trật khớp và tổn thương phối hợp.

2.5. Tiến triển và biến chứng

2.5.1. Tiến triển

Trật khớp nếu điều trị tốt, sau khi bất động khớp có thể vẫn bị cứng, biên độ vận động hạn chế. Cần ngâm khớp trong nước muối ấm, tập cử động nhẹ nhàng tích cực, chủ động tập các động tác hồi phục chức năng.

2.5.2. Biến chứng

- Tổn thương phần mềm dẫn đến trật khớp hờ.
- Tổn thương mạch máu thần kinh.
- Tổn thương đầu xương.
- Trật khớp tái phát.

2.6. Hướng điều trị

- Sơ cứu: Giảm đau bằng cách phóng bế Novocain 1% tại chỗ hoặc tiêm thuốc giảm đau toàn thân như Morphin clohydrat, Dolacgan...Bất động trong tư thế trật khớp.

- Điều trị: Nắn chỉnh là chủ yếu, nắn khớp trong trường hợp đến sớm, trừ trường hợp đến muộn. Trật khớp có kèm theo gãy xương, các tổn thương phần mềm cần phải phẫu thuật đặt lại khớp. Sau khi nắn trật khớp đặt nẹp hoặc bó bột bất động.

2.6.1. Vô cảm khi nắn

- Gây tê ổ khớp, gây tê vùng hoặc gây mê tùy từng trường hợp.

- Nắn không vô cảm khi người bệnh đến ngay sau khi tai nạn một vài giờ, bác sĩ có kinh nghiệm điều trị, người bệnh hợp tác tốt.

2.6.2. Nắn trật khớp

Nắn ngược theo biến dạng.

- Khớp vai : theo phương pháp Hypocrate, Kocher.

- Khớp hông: theo phương pháp Boehler, Kocher.

2.6.3. Bất động và vật lý trị liệu

- Khớp vai: Nắn áp cánh tay vào thân, xoay trong cánh tay cố định bằng bột Desault hoặc băng băng chun, thời gian bất động 2 – 3 tuần.

+ Sau đó cho tập nhẹ nhàng khớp vai trong 2 – 3 tuần tiếp theo.

+ Tránh vận động nặng trong vòng 1 – 2 tháng đầu.

+ Khi tập vận động lại khớp vai thì cử động giạng và gập được thực hiện trước, xoay ngoài và đưa ra sau tập chậm hơn.

- Khớp khuỷu: Nắn bất động, khuỷu trong tư thế gấp 90^0 bằng bột cánh cẳng bàn tay 2 – 3 tuần. Chỉ cho lao động nặng sau 3 tháng kể từ ngày bỏ bột.

- Khớp hông: Nắn bất động duỗi đùi hoàn toàn, đùi xoay khoảng 15^0 hơi giạng bằng bột chậu lưng chân, thời gian bất động 2 – 4 tuần.

- Tập vận động nhẹ nhàng, từ từ lấy lại biên độ cử động khớp háng trong 4 – 8 tuần. Cho tỳ xuống chân đau tăng dần. Cứ 6 tháng đến 1 năm phải kiểm tra lại khớp háng bằng X quang để phát hiện biến chứng thoái hoá khớp, tiêu chỏm.

- Điều trị mổ đặt lại khớp trong trường hợp sai khớp đến muộn, sai khớp không nắn được.

2.7. Kế hoạch chăm sóc

2.7.1. Nhận định tình trạng người bệnh

2.7.1.1. Tình trạng chung

- Nhận định xem có sốc hay không? Dựa vào tinh thần, da, niêm mạc, mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Nhận định xem có hội chứng nhiễm trùng toàn thân hay không?

- Có tổn thương phối hợp hay không? Chú ý những tổn thương như: chấn thương sọ não, chấn thương lồng ngực, chấn thương ổ bụng, gãy xương chậu...

2.7.1.2. Tại chỗ

- Khớp được bắt động hay chưa? Trật khớp kín hay hở, nếu có vết thương thì vết thương sạch hay bẩn?

- Có tổn thương mạch máu, thần kinh không?

- Mức độ đau, sưng nề như thế nào?

- Bột chặt hay lỏng? Có dấu hiệu thiếu máu nuôi dưỡng chi bó bột hay không?

- Vết mổ nhiễm trùng hay không?

2.7.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Đau, sưng nề nơi tổn thương.

- Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.

- Nguy cơ bị tổn thương mạch máu, thần kinh sau mổ.

- Nguy cơ rối loạn tuần hoàn nuôi dưỡng chi sau bó bột.

- Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.

- Người bệnh mất ngủ.

2.7.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Nếu chưa bắt động

+ Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, đánh giá tác dụng của thuốc.

+ Bắt động ngay trong tư thế trật khớp:

▪ Chi trên chỉ cần đeo tay khăn vuông.

▪ Chi dưới nẹp bất động, vận chuyển bằng cáng.

- Sau bó bột

+ Kiểm tra chăm sóc bột theo nguyên tắc.

+ Nâng cao chi tổn thương để giảm đau, sưng nề.

+ Nếu có bất thường như : bột quá chặt, gây chèn ép thiếu máu nuôi dưỡng chi, hồng vỡ bột cần báo cho bác sĩ.

+ Thực hiện y lệnh thuốc.

- Sau mổ

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

+ Chăm sóc vết mổ theo đúng nguyên tắc.

+ Gác chi cao để giảm đau, sưng nề.

+ Thực hiện thuốc theo y lệnh.

2.7.4. Đánh giá

Người bệnh bong gân, trật khớp được chăm sóc tốt khi:

- Người bệnh được giảm đau, giảm sưng nề nhanh.

- Người bệnh được nắn lại trật khớp sớm.

- Người bệnh được bắt động đủ thời gian.

- Được hướng dẫn tập phục hồi chức năng tốt, tránh được các di chứng.

KẾT LUẬN

Trật khớp là chấn thương thường gặp, nếu không được phục hồi tốt về chức năng có thể để lại di chứng cứng khớp, ảnh hưởng đến lao động, sinh hoạt hằng ngày.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Khi trật khớp thì ổ khớp trống rỗng.		
2	Khi bị trật khớp, tư thế cơ năng của khớp mất hoàn toàn.		
3	Khi trật khớp phải bất động tạm thời khớp trong tư thế cơ năng.		
4	Xoa bóp thuốc nam cho người bệnh trật khớp để phục hồi bao khớp.		
5	Bong gân độ III dây chằng bị bong khỏi vị trí bám hoặc bị đứt toàn bộ.		
6	Bong gân độ II cần phải phẫu thuật nối lại gân.		
7	Ấn vào vùng bong gân có dấu hiệu đau chói.		
8	Di chứng của bong gân là viêm bao khớp vô trùng.		

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

9. Trật khớp là sự di lệch.....A..... hoàn toàn hoặc không....B..... các mặt khớp với nhau.
10. Bong gân là tổn thương.....A.....của bao khớp.
11. Sinh lý bệnh của bong gân gồm có 3 giai đoạn:
A.....
B. Giai đoạn phục hồi
C. Giai đoạn tạo hình.

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

12. Triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán trật khớp là:
A. Đau khớp khi bị chấn thương
B. Giảm hoặc mất cơ năng hoàn toàn
C. Khớp sưng nề, bầm tím
D. Có dấu hiệu lò xo.
13. Việc cần tránh khi điều trị trật khớp là:
A. Bất động khớp
B. Kéo nắn khớp
C. Xoa dầu nóng
D. Tập vận động.
14. Việc làm bắt buộc nhất khi điều trị trật khớp là:
A. Kéo nắn trật khớp
B. Bất động để phục hồi bao khớp
C. Dùng thuốc giảm đau
D. Tập vận động sau khi hết đau.

15. Điều trị bong gân độ 1 – 2 quan trọng nhất là:
- A. Xoa bóp vùng bong gân bằng dầu nóng
 - B. Băng ép vùng bong gân bằng băng chun, giữ ít nhất 48 giờ
 - C. Chọc hút máu tụ tại vùng bong gân
 - D. Vận động sớm vùng bong gân.
16. Yêu cầu điều trị đối với bong gân độ III
- A. Chỉ cần bất động vùng bong gân bằng bột
 - B. Chỉ cần dùng thuốc giảm đau, giảm nề
 - C. Phẫu thuật khâu phục hồi gân
 - D. Tập vật lý trị liệu.
17. Di chứng của bong gân là:
- A. Đau kéo dài
 - B. Bong gân tái phát
 - C. Khớp lỏng lẻo
 - D. Thoái hoá khớp.
18. Thời gian giữa hai lần chườm lạnh đối với bong gân là:
- A. 5 phút – 10 phút
 - B. 10 phút – 20 phút
 - C. 20 phút – 30 phút
 - D. 30 phút – 40 phút.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Hoàng Văn S ngã đập vùng vai phải xuống nền cứng, sau đó bị đau vùng vai phải, không vận động được tay phải, cánh tay luôn giạng, có dấu hiệu nhát dùi ở cơ delta, mất rãnh delta ngực, người bệnh được đưa vào trạm xá xã và chưa được sơ cứu gì.

19. Người bệnh S mắc bệnh:
- A. Bong gân
 - B. Trật khớp
 - C. Gãy xương
 - D. Tổn thương phần mềm
20. Trước khi chuyển người bệnh lên tuyến trên, người điều dưỡng cần:
- A. Bất động theo tư thế trật khớp
 - B. Bất động theo tư thế cơ năng
 - C. Bất động ép sát cánh tay vào thân người bệnh
 - D. Không cần bất động.

Bài 25
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích của kéo tạ và các biến chứng do kéo tạ.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh kéo tạ.*

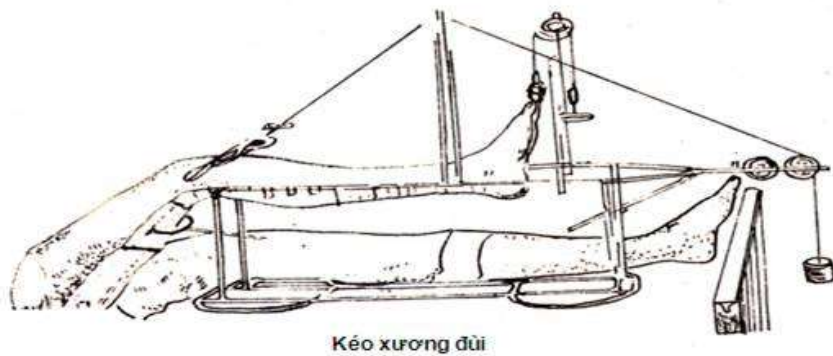
1. MỤC ĐÍCH CỦA KÉO TẠ

1.1. Kéo tạ để điều trị

- Dùng trong nắn chỉnh một số trường hợp gãy xương ở trẻ em, người lớn. Mục đích để giữ thẳng trục, giữ độ dài trong quá trình liền xương.
- Dùng trong nắn chỉnh dần một số trường hợp co gân, cơ, khớp, đưa về tư thế cơ năng.

1.2. Kéo để chuẩn bị

Dùng trong gãy xương di lệch nhiều, kéo để giảm di lệch chùng xương, chuẩn bị cho mổ xương sau đó ít ngày hoặc để đạt độ dài cũ của xương rồi chuyển sang bất động bằng bột tiếp tục.



2. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA KÉO TẠ

2.1. Tại chỗ

- Nếu tạ quá nặng hay kéo quá mạnh dẫn đến:
 - + Làm hai đầu gãy xa nhau dẫn đến chậm liền xương, khớp giả.
 - + Thần kinh bị kéo căng gây đau dữ dội có thể dẫn đến liệt.
 - + Mạch hẹp lại vì căng và co thắt dẫn đến rối loạn tuần hoàn.
- Nhiễm trùng nơi xuyên kim kéo tạ: da xung quanh chân đinh sưng nề, tấy đỏ, chảy dịch, mủ; ấn vào xương người bệnh kêu đau và chân đinh lỏng ra.

2.2. Toàn thân

- Có thể xảy ra biến chứng do bất động quá lâu trong thời gian kéo tạ.
- Giảm dung lượng tuần hoàn: dễ viêm tắc tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch, tắc mạch phổi.
 - Ứ đọng phổi, gây viêm phổi.
 - Táo bón, bụng trướng.

- Loãng xương do bất động dài ngày.
- Loét da.

3. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

3.1. Nhận định

3.1.1. Tình trạng chung

- Toàn thân: xem có các bệnh toàn thân như: bệnh tuần hoàn, hô hấp, táo bón? Các bệnh ngoài da? Lưu ý những người bệnh rối loạn đại tiểu tiện. Các vùng tỳ nén có thể bị loét.

- Tại chỗ: Phần mềm vùng xuyên đinh kéo tạ và vùng lân cận có viêm nhiễm, phù nề, rối loạn dinh dưỡng không?

3.1.2. Tại chỗ

- Nhận định về thần kinh bị thương tổn: cảm giác, vận động đầu chi?
- Nhận định về tuần hoàn: màu sắc, nhiệt độ, mạch ở đầu chi?
- Có các biểu hiện nhiễm trùng tại nơi xuyên kim, nơi băng dính, hạch ở gốc chi, sốt, đau không?
- Có biểu hiện lệch trục, cong vẹo, co gân khớp không?

3.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ biến chứng viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.
- Viêm nhiễm chân đinh.
- Loét da những vùng tỳ đè.
- Người bệnh có biến dạng trục chi.

3.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.3.1. Trước khi kéo tạ

- Đánh giá tình trạng của người bệnh và nơi tổn thương.
- Nắm vững mục đích kéo tạ cho từng người bệnh.
- Dự kiến tư thế nằm và sự vận động thích hợp cho từng người bệnh.

3.3.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

Khay đựng dụng cụ xuyên đinh vô trùng (khoan tay, khoan điện, kim Kirschner) thuốc tê để trừ đau và dụng cụ sát trùng. Các phương tiện dùng cho kéo tạ thích hợp.

3.3.1.2. Chuẩn bị người bệnh

Giải thích mục đích kéo tạ để người bệnh an tâm. Hướng dẫn tư thế nào được làm và không được làm khi đã kéo tạ. Chuẩn bị da vùng kéo tạ phòng nhiễm trùng.

3.3.2. Trong khi kéo tạ

- Tại chỗ: nơi xuyên kim kéo hoặc nơi dán băng dính, hệ thống hạch gốc chi, trục chi, nơi dễ bị ẩm, loét. Phải thay băng vô khuẩn hằng ngày, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: sưng, nóng, đỏ, đau. Nếu có viêm tấy phải xử lý kịp thời, thích hợp.

- Hệ thống kéo tạ: hướng dây kéo phải trùng với hướng trục chi. Đánh giá lực kéo tạ đi và lực phản kéo (thường dùng cân nặng của người bệnh làm lực kéo) có tương xứng hay không?

+ Độ kê cao của chân giường phía chân người bệnh (nếu là kéo chi dưới thì kê chân cao đầu thấp) hoặc của mông người bệnh với mặt giường (nếu là ở trẻ em theo cách kéo chân thẳng lên trần nhà).

+ Hệ thống ròng rọc phải trơn nhẵn, dây phải trượt dễ dàng trên ròng rọc.

+ Các nút dây buộc phải chắc, nếu dây sờn phải thay dây khác, không để rơi tạ, hoặc đứt dây gây tai nạn điều trị. Tạ cách mặt đất 20 cm. Trọng lượng tạ kéo tùy theo nơi tổn thương:

- Đối với chi trên, trọng lượng tạ = $1/14 - 1/10$ trọng lượng cơ thể.
- Đối với chi dưới, trọng lượng tạ = $1/8 - 1/6$ trọng lượng cơ thể.
- Đối với cột sống cổ trọng lượng tạ từ 2 – 2,5 kg.

- Chăm sóc chi kéo tạ:

+ Hàng ngày đo độ dài của chi kéo tạ so với bên lành, khi độ dài bằng nhau hay ngắn hơn 1 cm là nắn được di lệch bên. Khi nắn xong phải bỏ bớt tạ kéo (gọi là kéo giữa). Nếu kéo quá mạnh làm cho các đầu xương xa nhau, không cho hai đầu xương gãy cài vào nhau, gây ra kích thích co thắt mạch, dẫn đến rối loạn tuần hoàn và rối loạn nuôi dưỡng mao mạch.

+ Hậu quả của loạn dưỡng toàn bộ chi: chậm liền xương, can hoá ngà rất yếu về mặt cơ học, gãy lại, khớp giả. Biểu hiện của rối loạn tuần hoàn chi: đau, tím, lạnh, sưng nề, teo cơ, loãng xương.

+ Hàng ngày phải theo dõi trục chi kéo tạ: có bị mở góc ra trước hay sang bên hay không?

+ Toàn thân: hô hấp, tuần hoàn, nhiệt độ, đại tiểu tiện.

+ Kiểm tra độ ẩm của da nơi tiếp xúc, tỳ nén.

+ Tình trạng vệ sinh da.

+ Tình trạng tiết mồ hôi.

+ Các vùng dễ loét như vùng: bẹn, kẽ chân.

-Nên bố trí (khi có thể) đặt người bệnh ở tư thế Fowler mà vẫn có lực phản kéo. Bố trí dây kéo, xà treo nơi đầu giường để tập vận động chi trên hoặc ngồi dậy từng lúc.

- Hướng dẫn người bệnh tự đổi tư thế (trong phạm vi cho phép) như:

+ Chống chân lành xuống mặt giường để làm thoáng vùng da mông và cùi chỏ.

+ Xoay nhẹ phần lưng trên sang hai bên.

- Xoa bóp, lau khô da vùng tỳ nén, thoa phấn. Đặt các lớp giấy có tác dụng hút ẩm. Tới kỳ lột trần các tấm nilon hoặc đặt săm cao su trực tiếp với da vùng tỳ nén.

+ Kiểm tra mùi bốc ra từ các vùng tỳ nén, khi không nhìn trực tiếp được.

+ Tại phòng kéo tạ có nhiệt độ mát và không có độ ẩm cao.

- Chăm sóc tư thế:

+ Tất cả các tư thế nằm, ngồi, xoay trở của người bệnh đều không được làm tổn hại đến hướng của trục chi, trục dây kéo tạ, không làm giảm lực phản kéo, không làm di lệch xương gãy.

+ Theo dõi không để người bệnh bị kéo trôi dần về phía tạ kéo (đặt bục có độ êm để người bệnh tỳ được bàn chân).

- Tập luyện: Vận động các phần chi còn tự do. Lên gân (co cơ) các phần chi còn tự do. Thở sâu và vận động bụng để tránh biến chứng phổi, trướng bụng, táo bón.

- Tự chăm sóc giải trí: Tìm hiểu nhu cầu của người bệnh: nhu cầu đọc sách, báo, nghe đài, bạn bè và người thân thăm hỏi. Tạo môi trường xung quanh dễ chịu, thoải mái. Hướng dẫn một số việc mà người bệnh có thể tự làm trong sinh hoạt hằng ngày. Các vật dụng được bố trí trong tầm tay để người bệnh tiện sử dụng.

3.3.3. Sau kéo tạ

- Thường gặp ở người bệnh sau tháo tạ một số triệu chứng như: yếu các cơ, giảm huyết áp tư thế đứng, đi lại dễ ngã.

- Tập ngồi tư thế Fowler rồi chuyển sang ngồi không có tựa lưng.

- Ngồi bỏ thông hai chân ra khỏi thành giường và dùng đưa hai chân, vận động hai khớp cổ chân.

- Ngồi ghé tựa và gập người ra trước, ngả ra sau để tập cơ lưng.

- Đứng thẳng trên hai chân, tựa lưng trên tấm phản dựng nghiêng (để chuẩn bị cho đi và làm khỏe các cơ mông, đùi).

- Đi lại có tay vịn trên mặt đất bằng phẳng.

- Đi lại trên mặt đất gồ ghề và khi đã khỏe cơ bắp thì tập lên xuống cầu thang gác.

3.4. Đánh giá

Người bệnh kéo tạ được chăm sóc tốt khi:

- Nơi đặt thiết bị kéo tạ không bị tổn thương thêm (nhiễm trùng, loét da).

- Không bị loét nơi tỳ nén. Hệ thống kéo tạ đúng và an toàn.

- Tránh được các biến chứng do bất động để kéo tạ. Chóng phục hồi cơ năng vận động.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Kéo tạ dùng để nắn chỉnh dần một số trường hợp co gân, cơ khớp.		
2	Kéo tạ để giảm di lệch chông xương.		
3	Người bệnh kéo tạ tránh được biến chứng viêm tắc tĩnh mạch huyết khối.		
4	Khi kéo tạ thì để tạ cách mặt đất 50 cm.		
5	Cần theo dõi tuần hoàn của chi kéo tạ.		
6	Hướng dây kéo tạ không được trùng với trục của chi kéo tạ.		
7	Người bệnh có thể nằm theo tư thế Fowler trong quá trình kéo tạ.		
8	Cần lót đệm, sảm cao su trực tiếp nơi bị tỳ nén khi kéo tạ.		
9	Trong khi kéo tạ người bệnh vẫn có thể xoay nhẹ phần lưng sang hai bên.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

10. Mục đích nào sau đây không phải của kéo tạ:

- A. Chống viêm xương
- B. Chuẩn bị cho mổ xương
- C. Nắn chỉnh một số xương gãy ở trẻ em
- D. Nắn chỉnh một số xương gãy ở người lớn.

11. Trọng lượng tạ kéo đối với chi trên:

- A. 1/4 đến 1/6 trọng lượng cơ thể
- B. 1/7 đến 1/9 trọng lượng cơ thể
- C. 1/10 đến 1/14 trọng lượng cơ thể
- D. 1/15 đến 1/18 trọng lượng cơ thể.

12. Trọng lượng tạ kéo đối với cột sống cổ:

- A. Từ 2 đến 2,5 kg
- B. Từ 3 đến 4,5 kg
- C. Từ 5 đến 7,5 kg
- D. Từ 8 đến 9,5 kg.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống

13. Trọng lượng tạ kéo đối với chi dưới từ... A...đến....B....trọng lượng cơ thể.

14. Chăm sóc chi kéo tạ: hằng ngày đo....A.... của chi kéo tạ so với bên lành.

15. Biến chứng của kéo tạ là nhiễm trùng nơi....A.... kéo tạ.

Bài 26
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích, chỉ định, tai biến của bó bột*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước bó bột, trong khi mang bột và sau tháo bột*

1. MỤC ĐÍCH

- Bó bột giúp quá trình liền xương nhanh, tránh can xấu, can lệch, khớp giả.
- Phòng ngừa biến dạng chi.
- Sửa chữa biến dạng (gù vẹo cột sống, chỉnh hình chi).
- Bó bột giúp các tổ chức phần mềm tổn thương được phục hồi trong trạng thái nghỉ.
- Bó bột sau khi mổ hoặc trong điều trị gãy xương, người bệnh sẽ vận động sớm, hạn chế biến chứng teo cơ cứng khớp trong quá trình điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH CỦA BÓ BỘT

2.1. Tổn thương ở xương

- Gãy xương.
- Viêm xương tuỷ: trước và sau mổ để hạn chế viêm lan rộng.
- Các trường hợp ghép xương, kết xương cần tăng cường thêm.

2.2. Tổn thương ở khớp

- Sau khi nắn sai khớp do chấn thương hay bẩm sinh.
- Viêm khớp, lao khớp tiến triển hoặc sau phẫu thuật cứng khớp.

2.3. Tổn thương phần mềm

- Bong gân nặng: bất động hạn chế đau.
- Sau phẫu thuật về gân: bất động giúp liền tốt.
- Vết thương phần mềm, dập nát.
- Bỏng: bất động hạn chế phù nề, thoát huyết tương.
- Bó bột sau ghép da, tạo điều kiện áp sát liền da.

3. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG DO BÓ BỘT

Người bệnh sau bó bột cần được chăm sóc theo dõi sát, đặc biệt trong những ngày đầu, để đề phòng các biến chứng.

- Loét do chèn ép: có thể chèn ép tại các mấu xương, do nếp cộm ở mặt trong của bột hoặc do dị vật giữa bột và chi.
- Sưng nề phần chi bó bột dẫn đến rối loạn dinh dưỡng tại chỗ, tạo thành phòng nước.
- Bột quá chặt: chèn ép mạch, thiếu máu kéo dài dẫn đến hội chứng Volkmann (gây trên lồi cầu xương cánh tay, gãy hai xương cẳng tay), thậm trí gây hoại tử chi.

- Di lệch thứ phát, khớp giả, can lệch do bột lỏng.
- Teo cơ cứng khớp do bó bột dài ngày.

4. QUY TẮC CHUNG CỦA BÓ BỘT

- Bất động tuyệt đối nơi gãy xương, khớp cần phải bó bột. Không bó bột lỏng quá hoặc chặt quá.
- Theo dõi bột liên tục từ lúc bó bột cho tới khi tháo bột nhằm đạt kết quả tốt.
- Tất cả các kiểu bó bột đều đặt một lớp băng bột mỏng ở trong rồi mới đặt nẹp bột, sau đó quấn băng bột ra ngoài.
- Những trường hợp gãy xương mới, còn phù nề, cần bó bột rạch dọc, không độn.
- Những trường hợp chỉnh hình cần phải bó bột có độn, không rạch dọc.
- Bó bột rạch dọc, mở cửa sổ để chăm sóc vết thương.
- Bó bột trên một khớp và dưới một khớp mới đảm bảo bất động. Nếu sát khớp chỉ bất động một khớp sát ổ gãy.
- Bó bột để chi ở tư thế cơ năng.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Tình trạng toàn thân:
 - + Dấu hiệu sinh tồn?
 - + Có bị sốc sau khi gãy xương không?
 - + Có bị loét vùng tỳ đè, viêm phổi, viêm đường tiết niệu trong khi mang bột hay không?
- Tại chỗ:
 - + Gãy xương ở đâu?
 - + Gãy xương kín hay gãy hở?
 - + Lưu thông máu bị tổn thương: người bệnh có đau không, đầu chi có lạnh không?
 - + Chi có sưng nề, bầm tím không? Vận động, cảm giác có mất hoặc giảm không?
- Có tổn thương thần kinh mạch máu không?
 - + Có nhiễm trùng, hoại tử tổ chức da, cơ không?
 - + Bột khô hay ướt? Lỏng hay chặt? Có dấu hiệu chèn ép bột không? Có bị gãy bột không?
 - + Vận động của người bệnh sau bó bột?
 - + Sau tháo bột chi tổn thương có bị teo cơ, cứng khớp không?

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Đau chi bị gãy xương.
- Nguy cơ sốc.
- Nguy cơ chèn ép bột.
- Nguy cơ loét, viêm đường tiết niệu, viêm đường hô hấp sau bó bột.
- Teo cơ, cứng khớp sau bó bột.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch

5.3.1. Trước khi bó bột

- Địa điểm: Phải có phòng riêng để bó bột, có khi bó ở nhà mổ, phòng tiểu phẫu. Trang bị trong phòng: bàn kéo nắn chỉnh hình, X quang tại chỗ, bàn làm bột, tủ đựng dụng cụ.

- Người bệnh:

- Giải thích mục tiêu bó bột.

- Khám toàn diện, phát hiện những bệnh ảnh hưởng đến bó bột như mảng mục, cứng khớp cũ, bại liệt, hen phế quản...

+ Làm vệ sinh vùng bó bột: cạo lông, lau rửa sạch sẽ bằng nước.

+ Thay băng vết thương (nếu có) : trải một lớp gạc mỏng lên vết thương.

+ Nếu người bệnh phải gây mê, dặn nhịn ăn, uống trước 6 giờ.

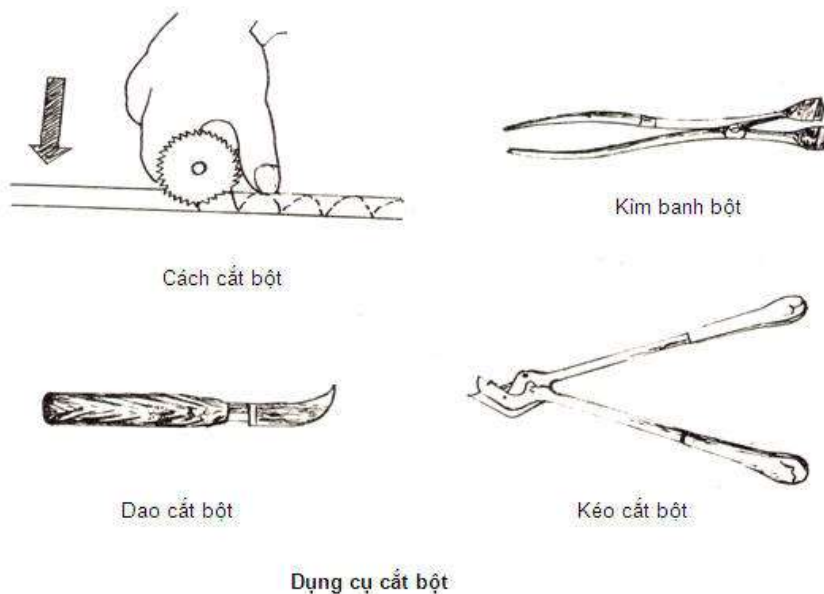
+ Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

- Dụng cụ:

+ Hộp thay băng nếu cần. Kim, kéo, dao dụng cụ để cắt bột.

+ Khay dụng cụ gây tê, gây mê. Vật liệu để bó bột: bột bó, bông mỡ, dây vải, bút chì...

5.3.2. Sau khi bó bột: chuẩn bị giường và các dụng cụ cần thiết như đệm lót gối, nâng cao chi...



- Khi bột chưa khô:

+ Không được che phủ làm bột lâu khô. Mùa rét, bột ẩm phải dùng lò sưởi sấy cho bột mau khô để người bệnh khỏi bị lạnh.

+ Không được vận chuyển khi bột còn ướt, vì vận chuyển có thể làm bột gãy hoặc các ngón tay tỳ vào bột tạo thành chỗ lõm bột, gây đè ép trên phần da khi bột khô.

+ Rạch dọc bột khi gãy xương đã đến sớm bệnh viện và còn phù nề nhiều. Mở cửa sổ khi có vết thương cần chăm sóc, theo dõi.

+ Cắt sửa mép bột, hạn chế các phần không cần thiết bất động như: hõm nách, nếp bẹn, mu bàn chân, gan bàn tay.

+ Lau sạch các đầu chi bó bột, xoa dầu và xoa bóp mỗi ngày, tốt nhất là dùng cồn.

+ Đối với người bệnh gây mê, để nắn bó bột phải đợi tỉnh mới cho về phòng bệnh.

- Khi bột khô:

+ Phải dặn giữ bột sạch sẽ, nếu thấy chặt gây đau phải đưa vào viện ngay hoặc báo cho bác sĩ biết.

+ Tất cả các trường hợp bó bột phải được kiểm tra vào ngày hôm sau (24 giờ đầu): Xem bột có khô không? Phải xem màu sắc, nếu bột màu trắng trong, gõ nghe thanh và gọn là bột khô.

+ Nếu chặt quá: người bệnh đau nhức không chịu được, mạch giảm hoặc mất; đầu chi tím nhợt, lạnh và phù nề; Giảm hoặc mất cảm giác và vận động. Nếu có các triệu chứng trên phải nới bột ngay, kê cao chi.

- Theo dõi chèn ép cục bộ do bó bột không đều tay hoặc u xương, theo dõi phát hiện hội chứng Volkmann đối với gãy trên lồi cầu xương cánh tay và gãy hai xương cẳng tay.

+ Sau một tuần kiểm tra lần hai: bột rạch dọc lỏng quá phải thay bột. Nếu bột không lỏng quá bó tròn luôn, cho người bệnh về hện một tháng sau đến khám lại hoặc tháo bột.

+ Bột khô cố định tốt phải hướng dẫn người bệnh tập lên gân trong bột, vận động các khớp còn lại của chi, tránh teo cơ cứng khớp.

+ Chăm sóc vệ sinh: tắm rửa, lau mình hàng tuần nhất là sau khi đại tiểu tiện. Khi mang bột thường bị ngứa chi bó bột, vì vậy không dùng que chọc vào da trong bột làm xước da trong bột gây nhiễm trùng.

- Thường xuyên quan sát vùng da nơi các mép bột tỳ ép như: vùng gáy, khuỷu, gai chậu phát hiện sự cọ sát, phù nề, đổi màu da hoặc loét. Cần xoa bóp bằng cồn và thoa phấn rôm. Hướng dẫn cách theo dõi da, tránh làm tổn thương da (dùng gương để theo dõi vùng da không xem trực tiếp được).

+ Ăn chế độ bồi dưỡng để nâng cao thể trạng, chú ý ăn uống tránh táo bón, sỏi tiết niệu.

+ Không được tự động tháo bột, nếu bột bẩn, có mùi hôi thối (vết thương thấm dịch vào bột) phải đến bệnh viện để sửa bột, thay băng vết thương.

5.3.3. Sau khi tháo bột

- Phải kiểm tra đã đủ thời gian bất động chưa, các dấu hiệu lâm sàng có tốt không?

- Khi tháo bột phải kiểm tra trên lâm sàng, X quang. Nếu có vết thương phải thay băng. Nếu tốt cho người bệnh về nhà, nếu can xương chưa vững phải bó bột bất động tiếp.

- Sau khi tháo bột phải cho người bệnh ngâm chi vào nước muối ấm và tập vận động chủ động 3 lần/ngày, mỗi lần từ 10 – 15 phút trong 5 – 7 ngày.
- Nếu chi dưới phải băng chun từ bàn chân tới gối sau tháo bột.
- Hướng dẫn người bệnh tập luyện dần phục hồi chức năng tránh quá sức, tránh ngã.

5.3.4. Giáo dục sức khỏe

- Vệ sinh khi mang bột.
- Hướng dẫn tập luyện: tránh teo cơ, cứng khớp, ngăn ngừa loãng xương, rối loạn dinh dưỡng.
- Hướng dẫn cho người bệnh biết tự kiểm tra, phát hiện tai biến trong thời gian mang bột.

5.4. Đánh giá

- Người bệnh được theo dõi, phòng ngừa các tai biến do bó bột.
- Người bệnh được an toàn trong khi bó bột và sau khi tháo bột.
- Người bệnh tin tưởng hợp tác trong quá trình điều trị và chăm sóc.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Sau bó bột xuất hiện nốt phỏng nước là do tổn thương thần kinh.		
2	Gãy xương mới cần bó bột có độn và không có rạch dọc.		
3	Bó bột đúng là bó trên một khớp và dưới một khớp nơi gãy xương.		
4	Khi bột thấm mùi hôi là biểu hiện có loét hoại tử da vùng bó bột.		
5	Khi có vết thương, cần đặt một lớp gạc dày lên vết thương rồi mới bó bột.		
6	Sau khi bột khô, cố định tốt cho người bệnh tập vận động lên gân trong bột.		
7	Bột có màu trắng trong, gõ nghe thanh là bột còn ẩm.		
8	Bột bẩn có thể lau rửa bằng nước sạch.		
9	Người bệnh có thể tự tháo bột khi hết đau nơi gãy xương, chi hết sưng nề.		
10	Tại chỗ loét da nơi bó bột cần rắc thuốc kháng sinh để vết loét nhanh liền.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

11. Thời gian kiểm tra lại bột lần đầu tiên sau bó bột:

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích, chỉ định, tai biến và biến chứng của phẫu thuật xương.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước và sau phẫu thuật xương.*

1. MỤC ĐÍCH CỦA MỔ XƯƠNG KHỚP

- Về phương diện chức năng: Nắn sửa xương người lớn cần thực hiện tốt hơn xương trẻ em (do xương trẻ em còn có thể bình chỉnh được trong quá trình phát triển). Sửa nắn xương nơi gãy gần khớp cần thực hiện tốt hơn xương ở thân xương. Nắn sửa xương chi trên cần tốt hơn xương chi dưới, đặc biệt chú ý hai xương cẳng tay vì liên quan đến động tác sắp ngửa.

- Bất động nơi gãy xương: Xương gãy dù ít hay nhiều cũng cần được bất động tốt nhằm giảm đau và sưng nề. Với mổ xương ta đưa xương về vị trí giải phẫu hoàn chỉnh, đặc biệt các gãy xương di lệch nhiều khi nắn xương có thể gặp di lệch thứ phát do lúc đầu nơi gãy xương thường sưng nề. Sau khi bó bột 7 – 10 ngày nơi gãy đỡ nề và bột trở nên lỏng. Các gãy xương có mảnh rời, khi mổ ta có thể đưa mảnh gãy về vị trí và giữ nó đến khi lành.

- Tập vận động sớm:

+ Sự tập luyện khi gãy xương rất cần thiết để tránh teo cơ, cứng khớp và loãng xương.

+ Tập luyện càng sớm càng tốt và càng hạn chế được di chứng do gãy xương gây nên.

+ Tập luyện cần thực hiện ngay trong và sau điều trị và tập liên tục mỗi ngày. Trong quá trình tập luyện đòi hỏi người bệnh phải kiên trì và phải phối hợp tốt.

+ Thời gian phục hồi chức năng thường lâu hơn thời gian liền xương, vì vậy cần cho người bệnh biết để họ yên tâm và phối hợp trong điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương có khó khăn về kéo nắn và cần cố định bằng phẫu thuật.
- Nguy cơ tạo khớp giả hoặc khớp giả.
- Trường hợp can lệch, can xấu.
- Sai khớp tái diễn nhiều lần hoặc không nắn được.
- Các bệnh lý xương khớp : Viêm xương, hư khớp, u xương, lao xương khớp...

3. TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG CỦA MỔ XƯƠNG KHỚP

- Sốc do đau, chảy máu nhiều, kéo dài mà không bù đủ.
- Các tổn thương do sai sót kỹ thuật: trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên có thể chạm các dụng cụ phẫu thuật sắc nhọn vào mạch máu hoặc thần kinh.

- Tổn thương do ảnh hưởng hoá học và điện phân của các vật liệu cố định.
- Nguy cơ chậm liền xương, khớp giả.
- Nguy cơ nhiễm trùng dẫn đến viêm xương: do công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ hoặc do công tác vô khuẩn trong quá trình phẫu thuật không tốt có thể gây nhiễm trùng và dẫn đến viêm xương.
- Viêm tắc tĩnh mạch, tắc mạch phổi, tắc mạch do mỡ, viêm phổi, xẹp phổi...

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Nhận định

4.1.1. Trước mổ

- Người bệnh có bị sốc chấn thương không?
- Có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc không? (có thể gặp trong vết thương hay gãy xương hở).
- Thể trạng thế nào? Dấu hiệu sinh tồn có ổn định không?
- Có các tổn thương phối hợp như ngực, bụng, sọ não không? Tổn thương mạch máu, thần kinh không?
- Tình trạng nếp cố định nơi tổn thương có đúng nguyên tắc, có chèn ép không?
- Tình trạng da nơi tổn thương, vết thương rộng hay hẹp, sạch hay bẩn, có lộ xương không?

Ngoài ra ta nhận định tư tưởng của người bệnh, thân nhân, chế độ thuốc trước mổ, vệ sinh thân thể, tại vùng tổn thương...như thế nào?

4.1.2. Sau mổ

- Toàn trạng : sắc mặt, da, niêm mạc, mạch, nhiệt độ, huyết áp, số lượng nước tiểu ?
- Tư thế người bệnh ngay sau mổ?
- Tại chỗ: Vết mổ có máu thấm băng, có sưng nề tấy đỏ, băng vết mổ có mùi hôi hay không? Ống dẫn lưu dịch chảy ra thế nào, số lượng màu sắc và tính chất?
- Dinh dưỡng sau mổ thế nào, người bệnh có được đáp ứng đầy đủ các chất cho nhu cầu dinh dưỡng sau mổ hay không?
- Chế độ tập vận động: Người bệnh có tập luyện đúng cách, có được hướng dẫn đầy đủ về chế độ tập luyện sau khi ra viện hay không?
- Vệ sinh sau mổ thế nào?



Tập vận động sau phẫu thuật xương đùi

4.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ sốc.
- Người bệnh và gia đình lo lắng về bệnh và về cuộc mổ.
- Nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn sau phẫu thuật.
- Nguy cơ viêm xương và chậm liền xương.
- Nguy cơ teo cơ và cứng khớp.

4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Trước mổ

- Giảm nguy cơ sốc chấn thương:
 - + Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.
 - + Luôn đảm bảo thông khí, khai thông đường hô hấp hút đờm dãi và thở oxy nếu cần.
 - + Nẹp bất động (nếu gãy xương): nẹp bất động đúng nguyên tắc và các động tác cần nhẹ nhàng.
 - + Theo dõi toàn trạng: da, niêm mạc, mạch – nhiệt độ – huyết áp – nhịp thở 30 phút/lần.
 - + Truyền máu, truyền dịch, dùng thuốc theo chỉ định.
- Giải thích về mục đích cuộc mổ để gia đình và người bệnh yên tâm.
- Hướng dẫn viết giấy xin mổ.
- Hoàn thiện các thủ tục hành chính:
 - + Làm các xét nghiệm cần thiết
 - + Thực hiện y lệnh thuốc.
- Tháo bột để chăm sóc da vùng bó bột và vết thương (nếu có).
- Vệ sinh thân thể, chú ý vệ sinh răng miệng, vùng hậu môn sinh dục.
- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc:
 - + Truyền máu, truyền dịch, thuốc kháng sinh, chống uốn ván theo y lệnh.
 - + Theo dõi mức độ nhiễm độc thần kinh, lượng nước tiểu 24 giờ.
 - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
 - Vệ sinh da vùng mổ: tuý theo vị trí
 - + Mổ cột sống: vệ sinh da từ gáy đến mông của phần lưng.

- + Mô cổ xương đùi: vệ sinh da từ nách đến gối.
- + Mô xương đùi : Ngang rốn đến 1/3 trên cẳng chân
- + Cẳng chân : Vệ sinh da từ đùi đến bàn chân.
- + Mô cánh tay : Vệ sinh da từ vai đến cẳng tay.
- + Mô cẳng tay : Vệ sinh da từ cánh tay đến bàn tay.

Băng vô khuẩn da vùng mổ sau khi đã được vệ sinh

- + Buổi tối hôm trước mổ dùng thuốc theo y lệnh
- + Buổi sáng ngày phẫu thuật:
 - Kiểm soát lại vệ sinh cá nhân.
 - Thay băng lại nơi chuẩn bị mổ.
 - Chuẩn bị đầy đủ: Hồ sơ bệnh án, băng bột, băng chun (nếu cần)
 - Mang vòng tên cho người bệnh (tránh nhầm lẫn người bệnh với hồ sơ bệnh án).
 - Tháo đồ trang sức, răng giả (nếu có)
 - Tháo hệ thống kéo tạ (nếu có).
 - Bất động chi gãy.

4.3.2. Sau mổ

Mổ chỉnh hình có những biến chứng không phải lúc nào cũng phòng ngừa được. Người bệnh cần được theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng và các tác dụng phụ của thuốc tê và thuốc mê.

- Tư thế trong 6 giờ đầu nếu gây mê nội khí quản khi người bệnh chưa tỉnh để nằm ngửa kê cao vai.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở 30phút/lần. Sau khi người bệnh hết mê, mạch, huyết áp trở về bình thường thì có thể theo dõi 3giờ/lần trong 48 giờ đầu.

- Tại chỗ:

- + Băng thấm dịch : thay băng vết mổ.
- + Ống dẫn lưu: Theo dõi ống dẫn lưu về số lượng, màu sắc, tính chất dịch.
- + Đối với dẫn lưu tưới rửa phải đảm bảo thông.
- + Thời gian rút dẫn lưu: Bình thường trong mổ xương khớp dẫn lưu rút khi không có dịch chảy ra nữa (có thể là từ 24 đến 72 giờ sau mổ).

- Kê cao chi phẫu thuật có tác dụng giảm phù nề. Lưu ý kê cao toàn bộ chi, không gối vào vùng gót, khoeo gây đè ép.

- Theo dõi, chăm sóc bột (nếu có): Khô hay ướt? Gãy bột? Chèn ép bột? Theo dõi vết máu loang ra thêm hay như lúc ban đầu (phát hiện chảy máu nơi vết mổ). Hỏi cảm giác ướt, nhột tại vùng mổ có bó bột, theo dõi mùi nơi vết thương khi bó bột.

- Theo dõi số lượng màu sắc nước tiểu 24 giờ.

- Dinh dưỡng sau mổ: Chỉ ăn, uống khi đã tỉnh. Ăn tăng đạm, giàu vitamin, nên ăn lỏng trong những ngày đầu.

- Hướng dẫn người bệnh tập vận động sau mổ phòng teo cơ cứng khớp loãng xương.

- Vệ sinh sau mổ: Vệ sinh thân thể răng miệng, vùng hậu môn sinh dục, đặc biệt lưu ý người già, gầy yếu, thời gian nằm viện lâu, phải chủ động phòng chống loét.

4.3.3. Giáo dục sức khỏe

- Khi có tổn thương xương khớp, phải đến cơ sở y tế khám và điều trị sớm. Không được tự ý dùng thuốc xoa bóp hoặc đắp lên vị trí tổn thương.

- Sau mổ: Giữ vệ sinh sạch sẽ, đặc biệt vùng có vết mổ.

- Tập vận động chủ động có sự hướng dẫn của bác sĩ.

- Khi mang bột: Phải luôn giữ bột sạch sẽ, tránh làm ướt, không tự ý cắt xén bột, không tự tháo bột, không dùng que chọc vào da vùng bó bột gây xước da.

- Nếu có bất thường phải đến cơ sở y tế kiểm tra.

4.4. Đánh giá quá trình chăm sóc

Người bệnh được chăm sóc tốt khi:

- Người bệnh được chăm sóc toàn diện trước mổ.

- Điều dưỡng theo dõi, phát hiện sớm các biến chứng sau mổ, báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời, tránh tổn thương thêm và gây tử vong cho người bệnh.

- Người bệnh được chăm sóc toàn diện sau mổ.

- Người bệnh được hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng sau mổ.

KẾT LUẬN

- Mổ xương là một phần công việc quan trọng trong điều trị và chăm sóc để đảm bảo cuộc mổ thành công và hạn chế các biến chứng do mổ xương gây nên, người điều dưỡng cần nắm vững các nguyên tắc cũng như cách chăm sóc trước, trong và sau mổ.

- Việc tập luyện cho sau mổ xương cũng như hướng dẫn người bệnh và gia đình biết cách tập luyện là việc làm rất quan trọng, nó góp phần làm cho cuộc mổ đạt kết quả tốt.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai :

STT	CÂU	Đ	S
1	Mô xương bao giờ cũng thường gặp biến chứng chậm liền xương.		
2	Cần giải thích về mục đích và các tai biến của mô xương cho gia đình người bệnh trước khi phẫu thuật.		
3	Mô xương đùi cần vệ sinh da trước mổ từ ngang rốn đến gối.		
4	Cần theo dõi ống dẫn lưu sau mổ xương về số lượng và tính chất dịch chảy ra.		
5	Bình thường ống dẫn lưu sau mổ xương được rút sau 24 giờ.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

6. Người bệnh nhất thiết phải mổ xương trong trường hợp:

- A. Tất cả các loại gãy xương
- B. Tất cả các loại viêm xương
- C. Các gãy xương có khó khăn về kéo nắn
- D. Tất cả các trường hợp can lệch.

7. Tai biến nguy hiểm đe dọa tính mạng người bệnh trong khi mổ xương là

- A. Sốc do đau và mất máu do cục mỡ kéo dài
- B. Viêm xương và khớp giả
- C. Tổn thương do điện phân hoá học của vật liệu kết hợp xương
- D. Tổn thương cân cơ và thần kinh do phẫu thuật.

8. Để giảm nguy cơ nhiễm trùng và viêm xương sau mổ xương cần

- A. Thực hiện tốt công tác vô khuẩn trước, trong, sau mổ
- B. Vệ sinh tốt buồng bệnh và không khí
- C. Thay băng vết mổ hằng ngày
- D. Ăn uống đủ chất dinh dưỡng để nâng cao thể trạng.

9. Người bệnh mổ xương cẳng chân cần vệ sinh trước mổ:

- A. Từ bụng đến bàn chân
- B. Từ đùi đến bàn chân
- C. Từ gối đến bàn chân
- D. Từ đùi đến cổ chân.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

10. Để giảm nguy cơ sốc ở người bệnh gãy xương cần....A...tốt và.....B.....tốt nơi gãy xương.
11. Cần thực hiện thuốc....A.... và....B....để giảm nguy cơ nhiễm trùng cho người bệnh mổ xương.
12. Người bệnh có nguy cơ sốc do mổ xương cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn...A... một lần.
13. Sau mổ xương khi người bệnh chưa tỉnh cần để cho người bệnh nằm...A... và kê cao...B.....

Bài 28
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
ĐINH NHỌT - ÁP XE - CHÍN MÉ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí đinh nhọt, áp xe, chín mé.*
2. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được hướng xử trí và chăm sóc người bệnh đinh nhọt, áp xe, chín mé.*

1. ĐINH NHỌT

1.1. Nguyên nhân

- Do tụ cầu gây ra làm tiêu huỷ các tổ chức quanh lỗ chân lông, chân lông bị huỷ thành ngòi mủ, da phồng to nóng đỏ, đau, sau đó tạo thành mủ, khi vỡ có thể ngòi ra theo; nhiễm trùng có thể lan ra chỗ khác theo đường máu, đường bạch huyết hoặc trên mặt da do gãi.

- Điều kiện thuận lợi để đinh nhọt xuất hiện:

- + Da bị bẩn.
- + Có bệnh da liễu sẵn.
- + Cơ thể suy nhược: đái đường, thương hàn, ngộ độc.

1.2. Triệu chứng

Lúc đầu xuất hiện ở chân lông một khối u nhỏ, sưng, nóng, đỏ, đau. Khối u to lên, nóng nhiều, đỏ lan rộng, người bệnh càng đau nhiều, khi căng quá sẽ tự vỡ ra và có kèm theo một ngòi trắng dài, để lại một lỗ ở giữa, hơi sâu. Đinh nhọt sau vỡ sẽ thâm đầu, đỡ đau, nhỏ đi rồi khỏi hẳn.

1.3. Tiến triển

Đinh nhọt thường khởi dễ dàng, nhưng cũng có khi lan toả, gây viêm bạch mạch. Nguy hiểm là vùng quanh mòm, nhất là môi trên thường gọi là đinh râu. Trong thời kỳ nhọt ở môi đang viêm tấy hoặc bị một chấn thương nhỏ do cọ sát, nếu nặn sớm nhọt lan rộng, vi khuẩn đi xa gây viêm tĩnh mạch xoang hang dẫn đến nhiễm trùng huyết có thể gây tử vong.

1.4. Hướng xử trí và chăm sóc

- Khi bị đinh nhọt không được nặn, khều, nặn, trong giai đoạn chưa có mủ càng nên tránh.
- Cẩn băng ẩm, bôi thuốc sát khuẩn quanh nhọt, thực hiện vệ sinh sạch chỗ da lành, có thể dùng kháng sinh.
- Nếu có mủ cần rạch rộng để mủ và ngòi thoát ra.

2. NHỌT TỔ ONG

- Là một cụm gồm nhiều nhọt tập trung ở một chỗ trên bất cứ nơi nào của cơ thể, ở lưng gọi là hậu bối, khi nhọt vỡ ra có rất nhiều nhọt lỗ chỗ, làm cho cụm nhọt có hình ảnh giống một cái tổ ong.

- Nguyên nhân cũng do tụ cầu khuẩn vàng gây nên, xuất hiện từ những viêm nhiễm ở các chân lông như một đỉnh nhọt bình thường, thường xuất hiện ở người bị bệnh đái tháo đường.

2.1. Triệu chứng

- Toàn thân: sốt cao, mệt mỏi, lơ đãng, kém ăn, kém ngủ, hốc hác.

- Tại chỗ: có thể gặp bất kỳ nơi nào trên cơ thể, nhưng gặp nhiều hơn là ở vùng lưng, gáy, mông.

- Nhọt tổ ong có hình ảnh ban đầu là một mảng da bị sưng nề, cứng, màu tím đỏ lan nhanh ra xung quanh, các đường bạch huyết ở xung quanh cũng bị viêm. Nắn từ nông đến sâu đều có cảm giác cứng.

- Trong vài ngày sau khi nhọt xuất hiện, trên mặt mảng da sưng nề, có nhiều nốt phỏng nước, khi vỡ ra có nước màu nâu, dưới nốt phỏng bị vỡ nhìn thấy lớp biểu bì bị loét có màu xám, đồng thời trên nền vết loét có nhiều ngòi trắng của nhọt.

- Nhọt có thể nhỏ, tình trạng toàn thân và tại chỗ đều nhẹ, khi tổ chức hoại tử thoát hết ra ngoài thì để lại một đáy vết loét, sau đó đáy dần thành sẹo.

- Khi nhọt có đường kính lớn hơn 15cm thì toàn thân rất nặng, có khi sốt cao mê sảng, có nhiều khả năng biến chứng vào tim, thận, phổi, máu, diễn biến rất xấu, nếu không tích cực xử trí có thể tử vong.

- Nếu nhọt tổ ong ở trên một người bệnh đái tháo đường thì phải xét nghiệm thêm đường huyết, đường niệu.

2.2. Hướng xử trí và chăm sóc

2.2.1. Toàn thân

- Vì nhọt tổ ong thường xuất hiện ở người già và suy nhược hoặc người bị bệnh đái tháo đường, do vậy cần trợ lực ăn uống tốt, bồi bổ cơ thể, trợ sức.

- Cần dùng kháng sinh liều cao (tốt nhất là dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nếu không phải dùng loại kháng sinh mạnh, phổ tác dụng rộng, liều cao).

- Nếu người bệnh đái tháo đường hoặc có biến chứng cần điều trị kết hợp biến chứng.

2.2.2. Tại chỗ

Tại chỗ không nặn, không rạch lúc chưa có mủ, khi có mủ rõ thì mới dùng dao rạch hình chữ thập ở giữa nhọt. Cắt lọc tổ chức hoại tử, băng và dùng kháng sinh.

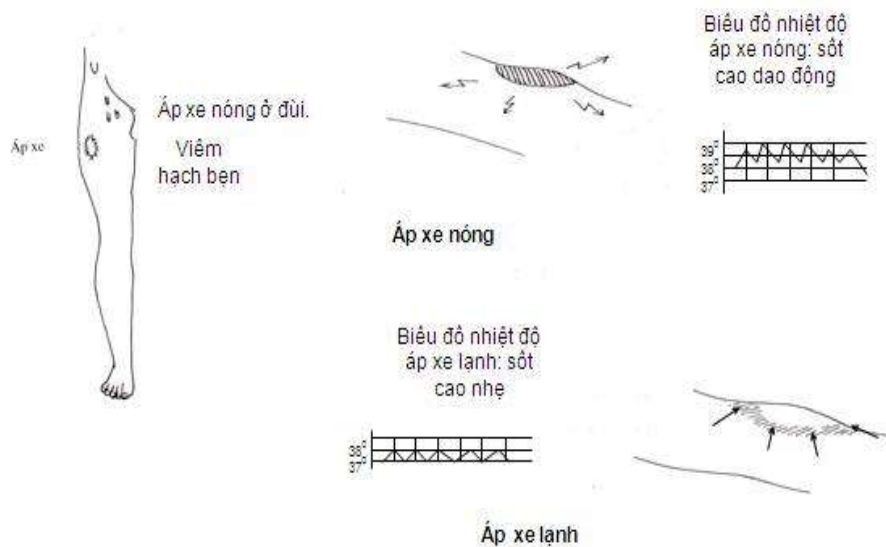
3. ÁP XE NÓNG

Là một túi mủ có ranh giới rõ giữa túi mủ và tổ chức chưa làm mủ, thường gặp trong trường hợp bị nhiễm khuẩn cấp tính.

3.1. Nguyên nhân

- Do các vi khuẩn gây mủ như: tụ cầu khuẩn, liên cầu khuẩn gây ra.

- Các vi khuẩn này đột nhập qua các vết thương trên da, niêm mạc hoặc đường máu tới một nơi nào đó trong cơ thể, rồi gây ra áp xe.



Vi khuẩn tới nơi gây bệnh, tiết ra độc tố để phá hủy tổ chức, đồng thời cơ thể sinh sản nhiều bạch cầu và xuyên qua thành mạch tới ổ viêm để diệt khuẩn, bạch cầu làm nhiệm vụ thực bào. Vi khuẩn tiết ra độc tố để tiêu diệt bạch cầu, do vậy tại ổ viêm xuất hiện xác vi khuẩn chết, các tế bào bị hoại tử, và xác bạch cầu bị huỷ diệt, hỗn hợp này một phần bị tiêu đi theo đường tuần hoàn và bài tiết, còn một phần tạo thành mủ và cấu tạo nên ổ áp xe. Tổ chức liên kết phát triển quanh ổ mủ hình thành ranh giới ổ áp xe.

3.2. Tiến triển

3.2.1. Giai đoạn đầu

Có những biểu hiện nhiễm khuẩn tại chỗ: tổ chức bị viêm, xung huyết, phù nề, các mạch máu bị dẫn, máu tụ lại nhiều hơn, huyết tương thoát qua thành mạch vào tổ chức tế bào, bạch cầu xuyên qua thành mạch để ra ngoài.

3.2.2. Giai đoạn sau: mủ thành lập

- Vỏ của ổ mủ hình thành bằng các tổ chức liên kết mới xây dựng dày đặc các mạch máu mới sinh và bạch cầu. Chính vỏ này là ranh giới của ổ áp xe.

- Trong vỏ áp xe là mủ: tùy theo loại vi khuẩn gây bệnh mà mủ có đặc điểm riêng.

- + Mủ đặc, dính, màu vàng kem: do tụ cầu khuẩn.
- + Mủ loãng, không dính, màu trắng lơ, có lẫn những màu trắng lớn nhỏ: do liên cầu.
- + Mủ có mùi rất thối: thường do vi khuẩn yếm khí.
- + Mủ đặc nhưng không thối, có màng giả bằng sợi huyết: do phế cầu khuẩn.

3.2. Triệu chứng

- Giai đoạn đầu: viêm tấy

- + Toàn thân: sốt cao, có khi rét run, ăn kém ngon, lưỡi bẩn, dấu hiệu nhiễm khuẩn.

+ Tại chỗ:

- Sưng: Nơi bị viêm sưng to hơn bình thường.
- Nóng: Đặt tay lên thấy nóng hơn chỗ lạnh, do mạch dẫn nên máu dồn tụ đến nhiều.
- Đỏ: Thấy ổ viêm đỏ rực ở một vùng, bờ rõ, lấy một ngón tay ấn vào chỗ đỏ thấy da ở dưới ngón tay trắng ra, vì máu toả ra xung quanh nhưng khi bỏ tay ra thì đỏ trở lại.
- Đau: Đau nhức, tại các gốc chi có nhiều hạch nổi lên.

- Giai đoạn sau: mưng mủ

+ Toàn thân: sốt cao, nhiệt độ dao động, lúc cao lúc thấp, mệt mỏi, kém ăn, kém ngủ.

+ Tại chỗ: sưng to hơn, nắn vào giữa thấy mềm hơn, xung quanh hơi cứng. Nếu ổ áp xe ở nông thì ở đỉnh ổ áp xe có màu nhạt hơn, màu vàng. Chọc dò qua da hút được mủ.

3.3. Xử trí và chăm sóc

- Giai đoạn đầu: Dùng kháng sinh, không chích rạch (nếu chích rạch giai đoạn này sẽ gây viêm tấy lan toả, người bệnh có thể tử vong do nhiễm khuẩn huyết). Dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao, đắp nước ấm.

- Giai đoạn sau mưng mủ, phải rạch rộng theo trục chi hoặc theo hình nan hoa xe đạp nếu ở vú, rồi đặt dẫn lưu.

- Lưu ý:

+ Rạch đúng giữa ổ áp xe.

+ Không được nặn mạnh để tránh làm dập nát các tổ chức xung quanh đang mủn.

+ Không ngoáy chọc mạnh vào đáy ổ áp xe, sau chọc nên dùng thêm kháng sinh.

+ Không dùng kháng sinh viên tán nhỏ rắc lên vết rạch, vì trong thuốc viên có phần tá dược trở thành dị vật làm áp xe dễ tái phát khó liền.

4. ÁP XE LẠNH

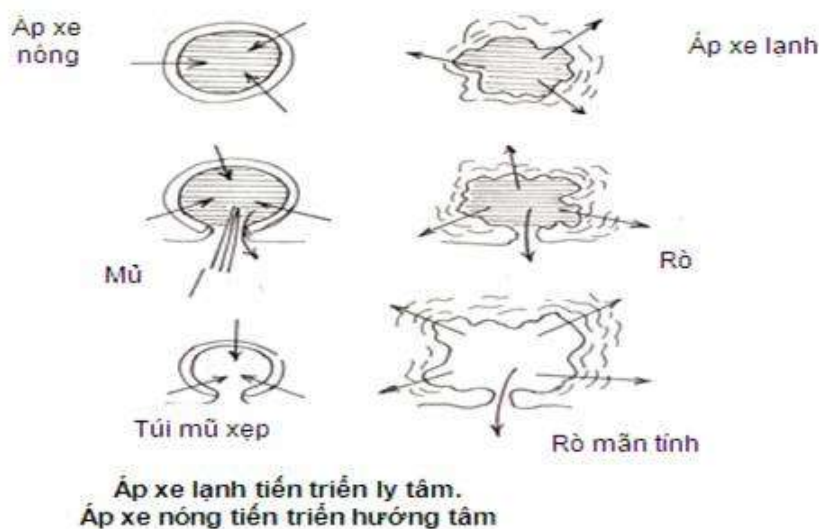
Áp xe lạnh khác với áp xe nóng những điểm sau đây:

- Nguyên nhân thường do trực khuẩn lao, hoặc nấm.
- Túi mủ được cấu tạo từ từ.
- Không nóng, không đỏ, không đau hoặc đau ít.
- Phương pháp xử lý cũng khác nhau.

4.1. Triệu chứng

- Toàn thân: ít bị ảnh hưởng, nếu có lao phổi hoặc lao cột sống thì toàn thân người bệnh gây yếu, sút cân, mồ hôi trộm, xanh yếu, thiếu máu, sốt nhẹ về chiều.

- Tại chỗ: Lúc đầu là u rắn, tròn nhẵn không đau, di động, sau càng ngày càng to dần, ở giữa u mềm. Khi áp xe vỡ, mủ sẽ ra ngoài và để lại một tổ chức xơ, sẹo dính dùm đó.



4.2. Xử trí và chăm sóc

Không nên rạch mở, hoặc để cho áp xe căng rồi tự vỡ, vì sẽ gây rò kéo dài:

- Với áp xe loại trung bình: chọc kim bơm Natriclorua 0,9% để làm loãng mủ và hút tổ chức bã đậu ra, sau đó bơm Streptomycin vào ổ áp xe.
- Nếu chỉ có củ lao và áp xe nhỏ: mổ bóc hết củ lao và vỏ áp xe.
- Trường hợp áp xe tự vỡ hoặc quá to: mở áp xe, dùng thìa nạo sạch củ lao, lấy hết vỏ áp xe cho Streptomycin vào ổ áp xe, băng vô khuẩn kín.
- Toàn thân: bồi dưỡng cơ thể ăn uống tốt, dùng các loại vitamin và thuốc điều trị bệnh lao lâu dài như Rimiphon, Rifamixin...
- Nếu có tổn thương lao phối hợp như lao cột sống, lao phổi phải điều trị kết hợp tại các chuyên khoa lao.

5. CHÍN MÉ

5.1. Phân loại

Bao gồm các trường hợp nhiễm khuẩn ở ngón tay, nguyên nhân do sang chấn trong sinh hoạt làm sâu sước, tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập, gây nên chín mé, bao gồm các trường hợp sau:

- Chín mé nông: chỉ tổn thương ở da và móng.
- Chín mé xương: có thêm tổn thương ở xương.
- Chín mé bao hoạt dịch: tổn thương lan toả vào các bao hoạt dịch.
- Chín mé nhiễm khuẩn nặng.

5.2. Triệu chứng

5.2.1. Chín mé nông

Là viêm lớp da vùng rìa của móng, chia làm hai loại:

- Chín mé đỏ ửng: đỏ cả đốt hoặc cả ngón đỏ lên vài ngày thì khỏi, chỉ cần xử trí ngâm nước ấm, đắp cồn, bất động.
- Chín mé có nốt phỏng: ở xung quanh móng, đội móng lên làm long móng.

5.2.2. Chín mé dưới da

Da ngón tay dày nên mụn khó vỡ ra ngoài, viêm có xu hướng tiến sâu vào trong xương gây viêm xương. Người bệnh có thể sốt, ngón tay sưng, nóng, đỏ.

5.2.3. Chín mé có viêm xương kèm theo

- Thường từ một chín mé dưới da không được điều trị kịp thời nên dẫn tới viêm xương ngón tay.

- Nếu có viêm xương thì khi chích chín mé sẽ thấy mặt xương lõm chõm, sờ bề mặt xương gồ ghề, sau chích thấy mụn ra kéo dài, chụp Xquang thấy ổ trên vỏ hoá, có mảnh xương chết. Khớp xương bị phá huỷ, dây chằng bị đứt gây lỏng khớp, đốt ngón tay có thể vận động sang cả bên trái và phải.

5.2.4. Viêm tấy bao hoạt dịch: chín mé gây viêm bao hoạt dịch là một biến chứng nặng, dẫn đến mất ngón tay hoặc lan toả tới bàn tay, làm hạn chế vận động của bàn tay sau này. Toàn thân có sốt cao, kém ăn, đau nhức, kém ngủ, ngón tay sưng to, nóng đỏ, mu tay phù nề, ngón tay co lại, ấn vào lòng bàn tay đau nhiều.

5.2.5. Chín mé nhiễm khuẩn nặng

Nếu độc tố của vi khuẩn mạnh, cơ thể yếu thì viêm tấy sẽ lan toả mạnh, dễ gây nhiễm khuẩn huyết, phải tháo khớp cổ tay để tránh tử vong.

5.3. Xử trí và chăm sóc

5.3.1. Nguyên tắc chung

- Rạch khi có mụn (không để lâu vì tổ chức càng bị phá huỷ). Rạch vào đúng ổ mụn, không được rạch vào tổ chức còn tương đối lành, phải rạch đủ rộng để mụn có thể thoát dễ dàng ra ngoài, miệng vết rạch không bị bít lại, sau rạch kết hợp dùng thêm kháng sinh.

- Rạch vào bên cạnh về phía mu tay.

- Rạch dọc theo đốt sống, không rạch vào giữa ngón tay gây sẹo cứng làm giảm chức năng sờ mó cầm nắm của các ngón tay.

- Sau rạch không nặn thô bạo, phải đặt dẫn lưu bằng lam cao su và bất động tốt.

5.3.2. Xử trí cụ thể

- Chín mé có nốt phỏng: Cắt da trên nốt phỏng, tháo dịch bằng vô khuẩn.

- Chín mé móng tay: Khi chưa có mụn thì chườm nóng, đắp cồn, dùng kháng sinh. Nếu có mụn thì rạch tháo mụn ở phần rìa của móng, nặn cho mụn thoát ra ngoài. Nếu chín mé quanh móng thì rạch một đường chữ nhật hoặc đường vòng cung quanh gốc móng, cắt bỏ một phần móng ở khu vực viêm, để lại phần móng lành ở đầu ngón tránh bị đau khi va chạm; móng sẽ mọc lại dần dần.

- Chín mé ở đầu ngón: Rạch da ở một bên nơi tiếp giáp da phía trước và da phía sau của ngón, dừng lại cách nếp gấp 1 cm, tránh tổn thương bao gân gấp.

- Chín mé sâu: có viêm xương kèm theo, phải nạo phần hoại tử xương chết, nếu cả đốt bị viêm phải lấy bỏ cả đốt viêm đó, nếu cả ngón bị viêm thì phải tháo ngón, nhưng cố gắng điều trị, bảo tồn ngón cái.

- Viêm tấy bao hoạt dịch: Nếu chưa có mũ phải dùng kháng sinh liều cao, khi có mũ thì phải mở rộng bao hoạt dịch dẫn lưu: tùy theo bao hoạt dịch ở vị trí giải phẫu nào mà có đường rạch khác nhau.

5.3.3. Giáo dục sức khỏe

- Giữ gìn bàn tay sạch sẽ, khi có vết thương, dù nhỏ cũng phải rửa sạch, sát khuẩn và băng vô khuẩn.

- Khi mới bị chín mé thì ngay từ đầu phải ngâm tay vào nước muối nóng hoặc dung dịch sát khuẩn và dùng kháng sinh.

- Không được cạy, nặn, rạch ổ áp xe, khi chưa có mũ đặc biệt là đinh râu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Trong thời gian nhọt đang viêm tấy, không được khều, nặn.		
2	Áp xe lạnh thường là do tụ cầu khuẩn gây ra.		
3	Có thể dùng các loại thuốc viên tán nhỏ rắc lên vết rạch ở ổ áp xe.		
4	Chín mé là bao gồm các trường hợp nhiễm khuẩn ở ngón chân.		
5	Khi rạch chín mé nên rạch ngang đốt ngón và giữa ngón.		
6	Trong thời kỳ nhọt đang viêm tấy cần băng nóng, bôi thuốc sát khuẩn, vệ sinh sạch chỗ da lành.		
7	Áp xe lạnh không nóng, không đỏ và rất đau.		
8	Chín mé dưới da không điều trị kịp thời dễ dẫn tới viêm xương.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:

9. Nguy hiểm nhất là đinh nhọt ở:

- A. Môi dưới
- B. Môi trên
- C. Vùng gáy
- D. Vùng má.

10. Giai đoạn đầu của áp xe nóng cần phải:

- A. Rạch ổ áp xe
- B. Chọc vào ổ áp xe tạo lỗ thoát dịch
- C. Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh
- D. Ăn uống bồi dưỡng tốt.

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống:

11. Đinh nhọt là một bệnh do...A...gây ra, làm tiêu huỷ các tổ chức quanh lỗ chân lông.

12. Nhọt tổ ong là một cụm gồm....A....tập trung ở một chỗ trên bất kỳ nơi nào trên cơ thể.

Câu hỏi tình huống

Người bệnh Lê Thị U đau vùng môi trên 2 ngày, đồng thời môi trên sưng, nóng, đỏ, đường kính khoảng 0,5 cm, sờ cứng, chắc, chưa có dấu hiệu làm mủ.

13. Người bệnh U mắc bệnh:

- A. Hậu bối
- B. Áp xe lạnh
- C. Đỉnh râu
- D. Nhọt tổ ong.

14. Xử trí nào sau đây của người điều dưỡng đúng cho người bệnh U:

- A. Rạch khối u
- B. Chườm nóng khối u
- C. Chườm lạnh khối u
- D. Dùng kháng sinh theo y lệnh, không rạch khối u.

Bài 29
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN
(2 tiết)

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích, chỉ định của việc mở khí quản.*
2. *Nêu được các biến chứng sau khi mở khí quản.*
3. *Vận dụng kiến thức bài học để lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh mở khí quản..*

1. MỤC ĐÍCH

Mở khí quản là một thủ thuật nhằm khai thông đường dẫn khí một cách triệt để nhất, nếu ngay cả việc đặt nội khí quản cũng không thể giải quyết sự thông khí tốt hơn được. So với đặt nội khí quản, mở khí quản giúp cho sự thông khí chắc chắn hơn ở chỗ:

- Mở khí quản tạo ra một đường thông khí ngắn, giảm khoảng chết sinh lý từ 150ml (nếu thở từ mũi) xuống còn 75ml. Người bệnh thở dễ dàng sau khi mở khí quản.
- Làm tăng hiệu quả của việc ho và hút đờm. Mở khí quản còn làm cho người bệnh vẫn nói chuyện, ăn uống bình thường trong khi vẫn thở tự nhiên.
- Thuận lợi cho việc lấy dị vật hay hút sạch đờm dãi, nhất là người già hay những người mổ sọ não, hôn mê sâu.
- Ở những trường hợp không tự thở được, mở khí quản sẽ dễ dàng cho việc sử dụng thở máy khi cần.

Tuy vậy, mở khí quản là một phẫu thuật cần phải được chuẩn bị và tiến hành trong điều kiện vô khuẩn tới mức tối đa, phải theo đúng quy trình để hạn chế bớt những khó khăn cho sự chăm sóc về sau do những biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định chính

- Trong suy hô hấp cấp: Người bệnh được đặt nội khí quản sau 48 giờ mà tình trạng suy hô hấp không tiến triển tốt lên như ngộ độc phốt pho hữu cơ, clo hữu cơ, viêm phế quản phổi cấp.
- Phù thanh quản: không đặt được nội khí quản, polyp thanh quản che lấp khí quản, bạch hầu thanh quản có nhiều màng giả, co thắt thanh quản dữ dội.
- Mở khí quản sau ngừng tim khi:
 - + Đờm bị giữ lại nhiều không khạc ra được.
 - + Giảm thông khí kéo dài.
 - + Phải thông khí nhân tạo dài ngày.
- Phải hô hấp nhân tạo dài ngày do tính chất của bệnh
 - + Bại liệt có liệt cơ hô hấp
 - + Uốn ván nặng

- + Con nhược cơ nặng (Myasthenic grave)
- 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.
 - + Chấn thương sọ não nặng (phù não, dập não).
 - + Ngoại vật rơi vào khí quản.
 - + U thanh quản.

2.2. Chỉ định cân nhắc

- Viêm màng não có hôn mê
- Tai biến mạch máu não
- Viêm não cấp
- Đợt cấp của suy hô hấp mạn
- Tâm phế mạn
- Khó thở thanh quản
- Chấn thương ngực nặng
- Bỏng đầu mặt (độ II, III)
- Viêm phổi lan rộng
- Suy hô hấp.

Trẻ em hết sức hạn chế mở khí quản vì dễ gây tai biến và hẹp khí quản.

3. CÁC ĐƯỜNG RẠCH KHÍ QUẢN

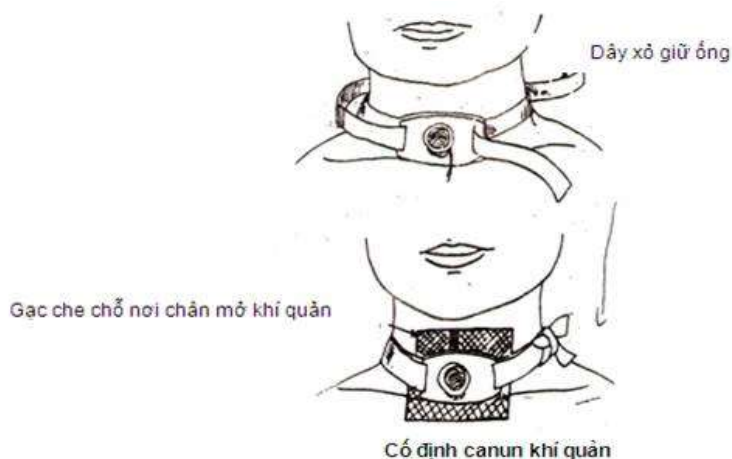
- Mở khí quản cao: Đường rạch cao ở vòng sụn khí quản 2 và 3, kéo eo tuyến giáp xuống dưới. Đường rạch nông, vào khí quản nhanh, nhưng gần thanh quản nên dễ viêm thanh quản.

- Mở khí quản giữa: đường rạch thấp (sụn 4 và 5), kéo eo tuyến giáp lên trên. Đường rạch này vào khí quản sâu hơn nhưng tránh được tai biến viêm thanh quản và ít gây hẹp khí quản.

Tuy nhiên mở khí quản thấp nên Canun khí quản có thể tỳ vào chạc khí quản gây viêm loét tại chỗ hoặc lệch về một bên, gây xẹp phổi bên kia. Để tránh tai biến này nên chụp phổi kiểm tra vị trí Canun.

- Có hai loại canun thường dùng là:

- + Canun Krishaberg ở người lớn số: 3, 4, 5; trẻ em: số 2.
- + Canun Sjoberg: dùng tốt hơn vì làm bằng nhựa mềm, có bóng cố định ở đầu, người lớn: số 6,7, 8; trẻ em: số 3, 4, 5.



4. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn: Việc mở khí quản là mở thêm một tuyến đường mới cho sự nhiễm khuẩn thứ phát ở phế quản– phổi, vì vậy từ các dụng cụ phẫu thuật, xông hút đờm cho đến việc thay băng canun phải hạn chế nhiễm khuẩn thứ phát đến mức tối đa. Phải bảo đảm không khí quanh người bệnh được lưu thông, hạn chế sự tiếp xúc của người bệnh với người nhà. Cần theo dõi nhiệt độ, cấy đờm dịch phế quản 3– 5 ngày/lần.

- Tắc đờm: Do khô đường dẫn khí, mất nước, đờm quánh lại thành nút có thể gây xẹp phổi. Biện pháp giải quyết là truyền dịch đầy đủ, soi hút phế quản qua lỗ mở khí quản, hút đờm cẩn thận, rửa phế quản bằng dung dịch Natribicacbonat 14% (dùng 20 – 30ml mỗi lần), có thể cho thêm Alphachymotrypsine.

- Dẫn khí quản: Dẫn khí quản sau chỗ mở khí quản.

- Tụt ống: những giờ đầu và những ngày đầu.

- Nhiễm trùng da quanh chân nơi mở khí quản.

- Tràn khí dưới da.

- Chảy máu những tĩnh mạch lớn: thường do bội nhiễm chỗ mổ.

- Rò khí quản – thực quản: do những áp lực đẩy vào của máy thở hô hấp nhân tạo quá mạnh (trên 70mmHg) hoặc làm thủ thuật quá thô bạo. Biến chứng này rất nguy hiểm vì thức ăn sẽ vào khí quản, phải can thiệp phẫu thuật sớm.

Biện pháp giải quyết: Cho người bệnh nằm tư thế Trendelenburg, bơm căng bóng Canun Sjoberg, băng ép ngay rồi tiến hành thắt buộc đoạn tĩnh mạch phía dưới. Rửa sạch và khử khuẩn lỗ mở khí quản.

- Polip phế quản: Tại nơi mở, sau khi rút canun, niêm mạc khí quản lồi vào phía trong tạo thành một polip nhỏ, gây hẹp khí quản.

Biện pháp giải quyết: soi khí quản, cắt hoặc đốt u bằng dao điện.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Tình trạng hô hấp:

+ Xem người bệnh có thở oxy không? Nếu ống oxy đã quá 24 giờ phải thay ống khác.

+ Có nhiều đờm rãi không ? Đờm đặc không ? Chuẩn bị máy hút nếu đờm đặc, phải có ống tiêm nhỏ huyết thanh mặn đẳng trương trước khi hút.

- Gạc che nơi chân mở khí quản bẩn nhiều hay ít?

- Tình trạng người bệnh có dễ bị kích thích hay không? Nếu kích thích quá nhiều phải chuẩn bị thêm Xylocain.

- Dây buộc canun có bị bẩn hay sạch. Nếu dây bị bẩn cần chuẩn bị dây mới để thay.

- Tình trạng nhiễm trùng: người bệnh có sốt không?

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc

Một số những vấn đề chính cần chăm sóc đó là:

- Chăm sóc da quanh nơi mở khí quản để tránh nhiễm khuẩn.

- Chăm sóc đường thở : Đảm bảo lưu thông đường thở bằng cách tích cực hút đờm rãi.

- Chăm sóc canun: Định kỳ rửa, thay nòng trong của ống canun, đề phòng tụt ống canun vào trong.

- Chăm sóc đảm bảo vô khuẩn, thay đổi tư thế người bệnh tránh nhiễm trùng hô hấp, xẹp phổi.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.3.1. Nguyên tắc chăm sóc sau khi mở khí quản

- Việc chăm sóc sau khi mở khí quản có ý nghĩa rất quan trọng. Người điều dưỡng cần phải nắm vững những nguyên tắc cơ bản khi chăm sóc sau mở khí quản.

- Người bệnh mở khí quản không nói to được nên cần phải có chuông báo động, giấy, viết...(người bệnh tỉnh). Nếu người bệnh mê cần phải có điều dưỡng túc trực thường xuyên.

Có 3 nguyên tắc chính khi chăm sóc mở khí quản.

5.3.1.1. Giữ thông đường thở

- Người bệnh được hút đờm rãi thường xuyên.

- Máy hút đờm rãi luôn luôn ở bên cạnh.

- Dụng cụ hút cần vô khuẩn để tránh nhiễm trùng phế quản, phổi.

- Khi hút không được đặt ống hút quá lâu (tối đa 2-10 giây, ống hút luôn luôn phải nhỏ hơn canun).

- Phải hút bằng 2 ống hút riêng biệt.

+ Một ống cho mũi miệng.

+ Một ống cho mở khí quản.

- Nếu người bệnh có đờm rãi quá đặc: trước khi hút có thể nhỏ vài giọt dung dịch nước muối sinh lý mặn, hay Alphachymotrypsine cho bột phù nề để việc hút được dễ dàng.

5.3.1.2. Chăm sóc nơi mở khí quản

Cần giữ vết mở khí quản luôn sạch sẽ, gạc băng nếu dính đờm dãi cần thay thường xuyên, canun trong nên lấy ra rửa, hấp thường xuyên (nếu đờm nhớt nhiều, 4 giờ thay và rửa hấp nòng 1 lần. Nếu ít, ngày rửa 2 – 3 lần, thời gian lấy ống trong ra không quá 10 phút.

5.3.1.3. Cho thở oxy ẩm và không khí ẩm

- Là việc rất quan trọng, ngừa được khô phổi, xẹp phổi. Có thể dùng oxy, cho ống dẫn oxy qua chai nước kín, đầu nối vào bình oxy ngập trong nước, đầu dẫn vào ống canun không được ngập trong nước mà phải ở phần khí trong chai nút kín.

- Trường hợp không thở oxy phải che gạc tẩm huyết thanh mặn đẳng trương trên ống canun (chú ý lớp gạc mỏng và không được tẩm quá nhiều huyết thanh tránh cản trở hô hấp).

- Hút đờm: Ngày đầu hút đờm 20 – 30 phút/ lần, những ngày sau 1 giờ/ lần, cần đảm bảo vô khuẩn.

- Làm sạch và làm loãng đờm

- + Sau mỗi lần hút nên nhỏ vào canun 1ml dung dịch Natri bicacbonat 14% hoặc Alphachymotrypsine (1mg trong 10ml nước cất).

- + Truyền nước đầy đủ cho người bệnh (rất quan trọng).

- Thay băng, rửa vết mổ, thay canun

- + Trong ngày đầu nên thay băng 2 – 3 lần và rửa vết mổ, rửa quanh canun bằng ete, oxy già. Những ngày sau rửa và thay băng ngày 1 lần.

- + Thay canun sau 24 giờ: nếu canun bằng nhựa mềm có thể để sau 48 giờ thay một lần. Canun bẩn thay ra, rửa sạch máu và dịch bám bằng xà phòng, mang đi tiệt khuẩn mới dùng lại.

- Khí dung chống bội nhiễm tại chỗ: khí dung ngày hai lần bằng Cocticoïd, nước cất, kháng sinh. Cấy dịch khí quản và làm kháng sinh đồ.

- Rút canun: rút khi người bệnh tự thở tốt qua đường mũi, phản xạ ho khạc đờm bình thường, không có bội nhiễm ở phổi, dung tích sống trên 75% dung tích sống lý thuyết.

- + Chuẩn bị trước khi rút canun: khí dung, hút đờm, tiêm Atropin 1/2 mg (tiêm bắp).

- + Sau khi rút canun, lấy một gạc mỏng băng vết mổ lại, theo dõi 3– 4 ngày.

5.3.2. Thực hiện chăm sóc

5.3.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ

Dụng cụ vô trùng

- Khay trải khăn vô trùng

- Hai panh, 01 kéo, bông, gạc.

- Que bông + nòng trong của canun cùng số.

- Ống tiêm.
- Hai chén chung:
 - + Đựng dung dịch mặn đẳng trương nếu đờm đặc.
 - + Đựng cồn Iốt, nếu người bệnh kích thích nhiều lấy thêm Xylocain 1%.
- Hai ống hút ngâm trong 2 chai đựng dung dịch sát khuẩn. Một ống hút nơi mở khí quản, một ống hút mũi miệng.
- Một ống thở oxy, nếu người bệnh cần thở oxy.
- Nòng trong canun.

Dụng cụ sạch

- Khay quả đậu (hay chén cao) đựng oxy già, đựng nòng trong canun của người bệnh.
- Panh sạch để gấp băng bản và canun trong.
- Khay quả đậu hay túi giấy đựng băng bản.
- Kéo, băng dính, dây buộc.
- Chuẩn bị máy hút và oxy (nếu cần).

5.3.2.2. Quy trình kỹ thuật

STT	KỸ THUẬT
1	Mang dụng cụ đến giường, báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm nếu người bệnh tỉnh.
2	Giúp người bệnh nằm tư thế thuận tiện để thay băng
3	Ngừng thở oxy, đặt ống oxy trên gác (nếu người bệnh đang thở oxy)
4	Hút đờm dãi ở nơi mở khí quản và mũi miệng cho sạch, trước khi hút nên vỗ lưng, sau mỗi lần hút nếu người bệnh khó thở, cho thở oxy lại.
5	Nếu đờm đặc, nhỏ vài giọt huyết thanh mặn đẳng trương trước khi hút.
6	Vặn chốt và lấy ống trong ra ngâm trong khay quả đậu đựng oxy già, rửa và hấp lại (tốt nhất là thay ống mới).
7	Hút lại đờm dãi ống ngoài.
8	Dùng que bông nhúng huyết thanh mặn đẳng trương rửa sạch nòng trong; ống ngoài nếu không có que bông phải vệ nhỏ bông và dùng panh để rửa.
9	Rửa mặt trên ống và sát trùng lại bằng cồn Iốt cẩn thận, tránh cồn rơi vào trong lòng ống.
10	Đặt ống trong vào (đặt nhẹ nhàng), tránh gây kích thích cho người bệnh.
11	Rửa nơi mở khí quản với cồn Iốt. Nếu quá bẩn, rửa với huyết thanh mặn đẳng trương trước, lau khô rồi mới sát trùng lại với cồn Iốt. Thay dây buộc từng bên, buộc vừa phải, không quá lỏng hay quá chặt.
12	Cắt gác và che vết mổ dưới miệng ống (không lót bông ở giữa) nên xỏ dây, không nên buộc nút gây chèn ép cổ người bệnh và khó thở.

13	Đắp lên miệng ống 1 miếng gạc thấm nước muối sinh lý và giữ bằng 1 miếng băng dính giúp người bệnh thở không khí ẩm, tránh khô phổi và tránh vật lạ rơi vào khí quản.
14	Giúp cho người bệnh nằm tư thế thuận lợi.
15	Ghi hồ sơ: tình trạng đờm, tình trạng hô hấp và tình trạng vết mổ khí quản.

Những điểm cần lưu ý

- Khi chăm sóc cần nhẹ nhàng, tránh kích thích – người bệnh dễ sặc sụa. Khi chăm sóc cần đứng trên ngang đầu người bệnh.
- Không hút đờm dài quá lâu, nếu có khó thở cho thở oxy ngay.
- Không lấy ống trong ra quá lâu, tốt nhất không quá 10 phút vì đờm dài dễ bám dính. Tránh nhiễm khuẩn phổi bằng cách chú ý vô khuẩn, hút đờm; ống hút phải sạch và chai ngâm rửa ống phải được thay thường xuyên.
- Cần hút nhẹ nhàng cẩn thận khi lấy ống trong và thay ống, tránh đè mạnh ống ngoài gây chảy máu.
- Khi có tràn khí dưới da, cần mở bớt mỗi chỉ nơi mở khí quản.

5.4. Đánh giá

Người bệnh được chăm sóc tốt khi:

- Không nhiễm trùng phổi – viêm phổi: không sốt, không khó thở (da, niêm mạc hồng).
- Không bị khô phổi.
- Không bị tắc nghẹt đờm dãi. Sau khi hút đờm dãi, độ bão hoà oxy trong máu mạch SpO₂ tăng (bình thường là 98 -100%).
- Da nơi mở khí quản không viêm tấy đỏ, không có tràn khí dưới da.
- Người bệnh ăn không bị sặc (nếu bị sặc có thể do rò khí-phế quản).
- Không nhiễm trùng nơi chân ống (vết mổ khí quản).
- Không tụt ống canun.
- Không chảy máu khi hút đờm dãi.
- Không có tràn khí dưới da.

KẾT LUẬN

Chăm sóc mở khí quản ngoài việc tích cực hút đờm dãi, khí dung, thay băng thì chăm sóc ống, cho thở oxy, làm ẩm không khí thở cũng là việc cần thiết. Phải thực hiện sử dụng tối đa các biện pháp để người bệnh mau chóng ra khỏi tình trạng suy hô hấp. Phải hiểu rằng, thở cần cho sự sống bao nhiêu, thì người bệnh mở khí quản cần sự chăm sóc bấy nhiêu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau đây bằng cách đánh dấu (V) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai:

STT	CÂU	Đ	S
1	Trẻ em hết sức hạn chế mở khí quản vì dễ gây tai biến và hẹp khí quản.		
2	Mở khí quản giữa tránh được tai biến viêm thanh quản và ít gây hẹp khí quản.		
3	So với mở khí quản, đặt nội khí quản giúp cho sự thông khí chắc chắn hơn.		
4	Ngày đầu mở khí quản, cứ 2 giờ hút đờm một lần.		
5	Mở khí quản sẽ dễ dàng cho việc sử dụng máy thở khi cần.		

Hoàn thành các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống :

6. Nguyên tắc chăm sóc sau mở khí quản

A.

B. Chăm sóc nơi mở khí quản

C. Cho người bệnh oxy ẩm và không khí ẩm.

7. Rút canun khi người bệnh tự thở tốt qua đường mũi, phản xạ ho khạc đờm bình thường, không cóA..... ở phổi, dung tích sống trên....B.... dung tích sống lý thuyết.

8. Làm sạch và làm loãng đờm bằng cách sau mỗi lần hút lên nhỏ vào canunA..... dung dịch Bicarbonat Natri 1,4% hoặc Alphachymotripsin (1ml trong 10 ml nước cất).

Bảng kiểm

STT	KỸ THUẬT	CÓ	KHÔNG
1	Mang dụng cụ đến giường người bệnh, báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm nếu người bệnh tỉnh.		
2	Giúp người bệnh nằm tư thế thuận tiện cho việc thay băng.		
3	Ngừng thở oxy, đặt ống oxy trên gạc (nếu người bệnh đang thở oxy).		
4	Hút đờm dài ở nơi mở khí quản và mũi miệng cho sạch; trước khi hút nên vỗ lưng, sau mỗi lần hút nếu người bệnh khó thở, cho thở oxy lại.		
5	Nếu đờm đặc, nhỏ vài giọt huyết thanh mặn đẳng trương trước khi hút.		

6	Vặn chốt và lấy ống trong ra ngâm trong khay quả đậu đựng oxy già rửa sạch và hấp lại (tốt nhất có ống mới).		
7	Hút lại đờm dãi ống ngoài.		
8	Dùng que bông nhúng huyết thanh mặn đẳng trương rửa sạch nòng trong, ống ngoài nếu không có que bông phải vê nhỏ bông và dùng panh để rửa.		
9	Rửa mặt trên ống và sát trùng lại bằng cồn Iốt cần thận tránh cồn rơi vào trong lòng ống.		
10	Đặt ống trong vào – đặt nhẹ nhàng, tránh gây kích thích cho người bệnh.		
11	Rửa nơi mở khí quản với cồn Iốt. Nếu quá bẩn – rửa với huyết thanh mặn đẳng trương trước, lau khô rồi mới sát trùng lại với cồn Iốt. Thay dây buộc từng bên, buộc vừa phải, không quá lỏng hay quá chặt.		
12	Cắt gạc và che vết mổ dưới miệng ống (không lót bông ở giữa) nên xỏ dây, không nên buộc nút gây chèn ép cổ người bệnh và khó thở.		
13	Đắp lên miệng ống một miếng gạc thấm nước muối sinh lý và giữ bằng một miếng băng dính giúp người bệnh thở không khí ẩm, tránh khô phổi và tránh vật lạ rơi vào khí quản.		
14	Giúp cho người bệnh nằm tư thế thuận lợi.		
15	Ghi hồ sơ: tình trạng đờm, tình trạng hô hấp của người bệnh và tình trạng vết mổ khí quản.		

BÀI 30

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG (BÀI BỔ SUNG)

MỤC TIÊU

1. Trình bày nguyên nhân, phân loại bỏng theo diện tích và độ sâu của bỏng.
2. Trình bày diễn biến và tiên lượng bỏng theo các giai đoạn.
3. Trình bày được theo dõi và chăm sóc các giai đoạn của bỏng.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

- Bỏng là một cấp cứu ngoại khoa.
- Tác nhân gây bỏng làm thương tổn da, tổ chức dưới da, thậm trí bỏng sâu gây tổn thương tới cơ, xương, nội tạng.
- Bỏng gặp trong các tai nạn hỏa hoạn, cháy nổ, gặp trong thời bình và thời chiến.
- Bỏng nếu không được sơ cứu tốt, không được cấp cứu kịp thời người bệnh có thể bị tử vong do sốc.
- Bỏng nếu không được điều trị và chăm sóc đúng sẽ để lại những di chứng, thậm chí có thể tử vong.

2. NGUYÊN NHÂN:

2.1. Do nhiệt độ cao: thường gặp nhất (84% đến 93%).

- Nhiệt độ khô: lửa, kim loại nóng chảy, những nguyên nhân này thường gây bỏng sâu.
- Nhiệt độ ướt: nước sôi, hơi nước sôi nổi hấp áp xuất, dầu mỡ sôi...

2.2. Do hoá chất: chiếm 2,3% đến 8%.

- Nhóm axit: axit sunfuric, axit clohydric, axit nitric,...
- Nhóm kiềm: bỏng tôi vôi (canxihydrôxit), natrihydrôxit,...

Bỏng do hoá chất làm tổn thương da sâu, loại trừ tác nhân gây bỏng khó, khi khỏi thường để lại di chứng nặng, phức tạp.

2.3. Do điện: chiếm 3% đến 4%.

- Do dòng điện: bỏng nơi tiếp xúc với dòng điện đi qua, đây là loại bỏng với diện tích nhỏ nhưng sâu.
- Do tia lửa điện.

2.4. Do yếu tố vật lý

- Tia hồng ngoại.
- Tia tử ngoại.
- Hạt cơ bản.

Các nguyên nhân này có trong ánh nắng mặt trời, hàn điện.

2.5. Các nguyên nhân khác: bỏng do phospho, nhựa đường nóng chảy, nổ thuốc pháo.

3. PHÂN LOẠI BỎNG

3.1. Dựa vào diện tích

- Cách tính đơn giản là theo quy luật số 9 của Wasle:
 - + Đầu mặt cổ: 9%
 - + Một chi trên: 9%

+ Một chi dưới: 18%

+ Thân trước: 18%

+ Thân sau: 18%

+ Bộ phận sinh dục: 1%

- Phương pháp tính bằng cách ướm đo diện tích bóng bằng lòng bàn tay (người bệnh): Mỗi lòng bàn tay người bệnh tương ứng với 1% đến 1,25% diện tích cơ thể của người đó.

3.2. Dựa vào độ sâu: bóng được chia làm hai loại: bóng nông và bóng sâu.

3.2.1. Bóng nông

- Bóng độ I: là bóng ở lớp sừng, hay gặp khi cháy nắng. Da ửng đỏ, hơi rát, sau 2 - 3 ngày sẽ tự khỏi: lớp sừng bị bong, không để lại vết tích hoặc da có thể bị đổi màu ít. Khi bị bóng độ I quá rộng thì có thể có phản ứng toàn thân, biểu hiện sốt, sốt, cá biệt có ca tử vong.

- Bóng độ II : lớp biểu bì bị thương tổn, xuất hiện các nốt phỏng sau 1-2 giờ. Các nốt phỏng chứa dịch huyết tương, nằm giữa các tế bào gai Malpighi biểu bì. Dịch nốt phỏng ban đầu trong, sau đục dần. Dưới chỗ phỏng là một lớp tế bào đáy và rất rát. Khi lành da không để lại sẹo dùm đó.

3.2.2. Bóng sâu

- Bóng độ III: lớp tế bào đáy bị tác nhân gây bong phá huỷ hoàn toàn, bóng ăn lan đến lớp trung bì, gây hoại tử da.

+ Ở bóng sâu độ III, các nốt phỏng thường bị vỡ, để lại một nền ướt màu trắng bệch hoặc vàng nhạt, sờ hay chạm tay vào không đau hoặc đau rất ít.

+ Bóng độ III nếu để diễn biến tự nhiên sẽ phát triển tổ chức hạt và sẽ tạo thành sẹo.

- Bóng độ IV: nhiệt phá huỷ hết lớp da ăn sâu đến lớp hạ bì, lớp cơ, xương, có chỗ cháy đen.

3.2.3. Bóng trung gian

Bóng trung gian hay thấy do nước sôi đổ vào người ở phần có quần áo, tất... Bóng làm hồng hết lớp thượng bì, làm hồng các lớp tế bào đáy nằm nông (các tế bào đáy nằm uốn lượn lên xuống).

4. DIỄN BIẾN CỦA MỘT BÓNG NẶNG:

- Bóng được coi là nặng khi:

+ Bóng từ độ II trở lên.

+ Diện tích bóng: ở trẻ em > 10%; ở người lớn > 30%.

- Diễn biến của một bóng nặng tiến triển qua bốn giai đoạn:

4.1. Giai đoạn sốc: diễn biến qua hai thời kỳ và kéo dài khoảng 48 giờ đầu.

- Thời kỳ sốc thần kinh: xuất hiện ngay sau khi bị bỏng và kéo dài trong vòng 6 giờ đầu.

+ Nguyên nhân: do tác nhân gây bỏng kích thích vào mặt đoạn thần kinh gây đau đớn.

+ Lâm sàng: người bệnh hoảng hốt, kêu la, vật vã, mặt đỏ, mạch nhanh, huyết áp tăng nhẹ.

- Thời kỳ sốc bỏng: kéo dài từ 6 - 48 giờ.

+ Người bệnh nằm lả đi, luôn kêu khát, da và niêm mạc nhợt tím, chân tay lạnh, vã mồ hôi lạnh ở trán. Huyết áp tụt, mạch nhanh, thân nhiệt giảm, buồn nôn, uống vào là nôn. Nước tiểu ngày một ít đi, đỏ đặc, có nhiều huyết cầu tố, protein, dần dần có thể bị vô niệu.

4.2. Giai đoạn nhiễm độc cấp tính: kéo dài từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 15.

- Nguyên nhân: do hấp phụ chất độc của tổ chức do hoại tử và nhiễm khuẩn.

- **Triệu chứng lâm sàng:** người bệnh trong tình trạng kích thích, vật vã, nằm lơ mơ, tri giác hiểu biết sút kém. Dần dần có thể bị hôn mê. Sốt cao dai dẳng đến 40 - 41°C. Đầu, mũi và chân tay lạnh, môi tím, nổi vân tím, đôi khi ửng đỏ quanh các vết bỏng. Người bệnh thờ ngơ, không đều, đi tiểu ít dần, có khi vô niệu, mạch nhanh yếu, chán ăn, thường nôn, bỏng nặng hay gặp chảy máu tiêu hoá do loét cấp tính.

4.3. Giai đoạn nhiễm trùng: sốt dao động, gầy mòn, kém ăn, mất ngủ. Vết bỏng có tổ chức hạt phù nề, nhiễm khuẩn.

4.4. Giai đoạn hồi phục hay suy mạn kéo dài: nếu điều trị kém, muộn, người bệnh suy mạn, thiếu nhiều protein thì sẽ lâm vào “vòng luẩn quẩn”. Gầy mòn, hốc hác, miếng vá da không “ăn” loét nhiều chỗ, bàn chân bị nề do suy dinh dưỡng.

5. SƠ CỨU BỎNG

- Loại trừ tác nhân gây bỏng: dập lửa, cắt nguồn điện.
- Đưa người bệnh ra khỏi vùng bỏng.
- Cho người bệnh nằm ở chỗ thoáng mát về mùa hè, ấm vào mùa đông.
- Cắt bỏ quần áo vùng bỏng, chú ý chống lạnh, nhiệt độ xung quanh tốt nhất 22-24°C. Trời rét phải ủ ấm nhưng ở bỏng không nên sưởi.
- Đối với bỏng diện tích bé, nhất là ở hai bàn tay thì ngâm ngay phần chi bỏng trong nước có đá lạnh, mỗi lần ngâm 20 phút. Rút ra mấy phút rồi ngâm tiếp, trong khoảng thời gian 2 giờ. Người bệnh sẽ đỡ đau, đỡ phỏng nước.
- Khi bị bỏng do axit hoặc bazơ (chất kiềm) cần phải rửa nhiều nước lạnh dội lên, hoặc ngâm vùng bỏng vào nước lạnh để hoà loãng nồng độ sau đó dùng các chất trung hoà.
- + Trung hoà axit bằng dung dịch natri bicacbonat 1- 2%, nước xà phòng, nước vôi nhè 5%...
- + Trung hoà kiềm dùng: axit axetic 6%, amoni clorua (NH₄Cl) dung dịch 5%, axit boric dung dịch 3%, hoặc nước giấm, nước chanh, nước đường.
- Không rửa nước khi bị bỏng do axit sunfuric, axit clohydric, axit muriatic và các hợp chất hữu cơ - nhôm, vì sẽ phát sinh thêm nhiệt do các phản ứng hoá học.
- Nếu bỏng do nhựa đường, dùng dầu tây loại trừ nhựa đường.
- Băng ép vết bỏng để tránh thoát huyết tương.
- Dùng thuốc giảm đau, an thần.
- Cho uống nước chè đường ấm.
- Dùng gạc sạch phủ lên vùng bỏng.
- Chuyển người bệnh lên tuyến điều trị thực thụ. Khi vận chuyển không để cao đầu.

6. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

6.1.1. Tình trạng toàn thân

- Nhận định xem người bệnh có bị sốc không?
- + Về tinh thần: xem có tỉnh hay không?
- + Quan sát da, niêm mạc: xem da có xanh tái không, niêm mạc có nhợt nhạt không?
- + Nhận định về dấu hiệu sinh tồn.
- + Nhận định về lượng nước tiểu trong 8 giờ, 16 giờ, 24 giờ.
- Nhận định xem có nhiễm trùng, nhiễm độc không?
- + Về tinh thần: xem người bệnh có mệt mỏi không?

- + Nhận định xem có sốt cao không?
- + Nhận định về mặt: môi có khô, lưỡi có bẩn hay không?
- + Nhận định về nước tiểu?

6.1.2. Nhận định nơi da bị bỏng

- Nhận định về thời gian và địa điểm xảy ra bỏng?
- Nhận định tác nhân gây bỏng?
- Nhận định xem sau bỏng người bệnh đã được sơ cứu như thế nào và đã dùng thuốc gì?
- Nhận định về vị trí bỏng, diện tích bỏng, độ sâu bỏng?

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

- Người bệnh lo lắng, hoảng hốt do bị bỏng.
- Sốc hoặc nguy cơ sốc do đau, do mất huyết tương.
- Nguy cơ nhiễm độc do vết bỏng.
- Nhiễm trùng vết bỏng.
- Nguy cơ biến loạn dấu hiệu sinh tồn do bỏng nặng.
- Nguy cơ suy mòn.
- Thiếu hiểu biết kiến thức trong phòng tránh bỏng.

6.3. Lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.3.1. Phòng chống sốc

- Cho người bệnh nằm nghỉ tại giường.
- Tiêm thuốc giảm đau, an thần theo y lệnh. Các thuốc thường dùng là:
 - + Morphinclorhydrat.
 - + Phenobarbital.
 - + Seduxen.
 - + Aminazin (dùng cho trẻ em).
- Truyền dịch theo y lệnh: phải đảm bảo đường truyền tốt để bồi phục đủ nước và điện giải.
- Loại trừ nguyên nhân bỏng: phải làm nhẹ nhàng, tránh gây đau đớn, tránh gây trợt da.
- Cho người bệnh thở oxy khi cần thiết.
- Đặt ống thông niệu đạo - bàng quang theo dõi số lượng nước tiểu.

6.3.2. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc và lấy máu làm xét nghiệm: thông thường các xét nghiệm làm trong bỏng là: CTM, điện giải đồ, urê huyết, nhóm máu, hematocrit.

6.3.3. Chăm sóc vết bỏng

- Với nốt phỏng nhỏ để nguyên, nốt phỏng to chọc ở bờ cho thoát dịch.
- Rửa vết bỏng:
 - + Dùng nước vô khuẩn: nước cất, NaCl 0,9%.
 - + Đối với bỏng do axit: dùng dung dịch natri bicarbonat 2-3%, nước vôi nhè 5%...
 - + Đối với bỏng do kiềm: Sau khi rửa, đắp ngay các dung dịch toan như axit axêtic 0,5 - 6%, amôni clorua 5%, axit boric 3%. Nếu không có dung dịch trên, dùng nước dấm, nước chanh, nước đường 20%.
- Băng diện bỏng với vài lớp gạc tẩm nhiều thứ thuốc: dầu cá, thuốc mỡ, dầu gấc, thuốc mỡ, oxyt kẽm, cao lá sim, nước sắc vỏ cây xoan trà (B76), nghệ, lá sắn thuyền...
- Ở trẻ em và ở các chi có thể quấn thêm vài lượt thạch cao mỏng cho khỏi tuột da.
- Bỏng ở mặt, vùng hậu môn sinh dục thì rắc bột sous gallate de bismuth, để hở, không băng.

- Cần ngăn ngừa di chứng sẹo co dính vùng khớp đối với bỏng sâu: băng riêng từng ngón tay, khớp bỏng phải giữ ở tư thế dự phòng quá mức, hạn chế sẹo co dúm.
- Đối với những vết bỏng có mủ thì phải được cấy mủ, làm kháng sinh đồ.

6.3.4. Chăm sóc tổng quát

- Vệ sinh vùng phụ cận:
 - + Phòng bệnh cần phải giữ sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè, ẩm và tránh gió lùa vào mùa đông và phải được khử khuẩn thường xuyên.
 - + Khăn trải giường và quần áo người bệnh cần phải được sát khuẩn.
- Vệ sinh cá nhân:
 - + Giữ cho da được sạch sẽ nhất là vùng bộ phận sinh dục.
 - + Nếu có đặt ống thông niệu đạo bàng quang cần tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - + Tránh loét: dùng đệm chống loét, lay trở, xoa bột tan vào các vùng tỷ đè.
 - + Vệ sinh răng miệng hằng ngày.
- Dinh dưỡng: nếu người bệnh không nôn cần cho ăn bằng đường miệng, đảm bảo 3000kcalo/24giờ, thức ăn có nhiều vitamin + protid.

6.3.5. Giáo dục sức khỏe

- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Phổ biến nội quy khoa phòng để người bệnh thực hiện.
- Hướng dẫn cách giữ gìn vết bỏng không chạm tay vào vùng bỏng, không tự dùng thuốc cho vào vùng bỏng.
- Giáo dục cộng đồng thận trọng trong lao động, sinh hoạt để tránh bỏng.
- Biết cách sơ cứu bỏng đúng phương pháp để có thể hạn chế được diện tích và độ sâu của bỏng.

6.4. Đánh giá

- Việc chăm sóc được coi là có kết quả khi:
 - Người bệnh được sơ cứu tốt sau bỏng.
 - Vết bỏng không nhiễm khuẩn.
 - Người bệnh ăn uống tốt.
 - Phục hồi chức năng tốt sau bỏng.

LƯỢNG GIÁ:

1. Trình bày phân loại theo nguyên nhân bỏng?
2. Trình bày cách phân loại bỏng theo diện tích và độ sâu của bỏng?
3. Trình bày nhận định và lập kế hoạch chăm sóc bỏng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vụ khoa học và Đào tạo – Bộ Y tế, *Điều dưỡng ngoại khoa*, 2003.
2. Trường Đại học Y – Dược TP HCM, *Bệnh học ngoại khoa tập 1*, 1991.
3. Học viện Quân y, *Bài giảng ngoại khoa tập 2*, 1993.
4. Vũ Văn Đình, Nguyễn Thị Dụ, *Kỹ thuật hồi sức cấp cứu*, Nhà xuất bản Y học, 1987.

5. B. S. Đặng Xuân Lạng □ Nguyễn Văn Cường, *Điều dưỡng nội ngoại khoa* (tài liệu dịch), 1996.
6. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, 1999.
7. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học ngoại khoa tập I, II*, Nhà xuất bản Y học, 2002
8. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, 1993.
9. Vụ Khoa học và Đào tạo Bộ Y tế, *Điều dưỡng ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, 1996.
10. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học ngoại bụng*, Nhà xuất bản Y học, 1985.
11. Trường Cao đẳng Y tế Nam Định, *Điều dưỡng ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, 1997.
12. Nguyễn Tiến Thịnh, Nguyễn Ngọc Kiện, *Điều dưỡng nội - ngoại khoa* (tài liệu dịch), Nhà xuất bản Y học, 1996.
13. Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế, *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh*, Nhà xuất bản Y học, 2002.
14. Trung tâm quốc gia biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, *Bách khoa thư bệnh học*, Hà Nội, 1991.
15. Brunner Suddarth, *Textbook of Medical & Surgical Nursing*, 4th Edition, Philadelphia, 1993.
16. Huguier. M -Houry. S, *Cancer de l'estomac*, Encyc. Med. Chir. 25 – 526 – A10, 1992.

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU	1
Bài 1. PHÒNG MÔ VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG	2
Bài 2. BẢO QUẢN DỤNG CỤ PHÒNG PHẪU THUẬT	13
Bài 3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT	19
Bài 4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT	27
Bài 5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA CẤP	39
Bài 6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẮC RUỘT.....	47
Bài 7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁT VỊ BỆN	54
Bài 8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÙNG DẠ DÀY CẤP.....	62
Bài 9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỨC MẠC.....	71
Bài 10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI MẬT	76
Bài 11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP	85
Bài 12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG DẪN LƯU	91
Bài 13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO	95
Bài 14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI	101
Bài 15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG PHỔI – MÀNG PHỔI	107
Bài 16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RÒ HẬU MÔN VÀ TRĨ	112
PHẦN I – BỆNH HỌC.....	112
PHẦN II – CHĂM SÓC	116
Bài 17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRÀNG	121
Bài 18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU	127
PHẦN I – BỆNH HỌC.....	127
PHẦN II – CHĂM SÓC	131
Bài 19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U TIỀN LIỆT TUYẾN.....	136
Bài 20. CHẤN THƯƠNG THẬN – BÀNG QUANG	141
Bài 21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO	149
Bài 22 . CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO	157
Bài 23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG	167
Bài 24. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN – TRẬT KHỚP	175
Bài 25. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ	184
Bài 26 .CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT	189
Bài 27. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT XƯƠNG	195
Bài 28 .CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐÌNH NHỌT - ÁP XE - CHÍN MÉ.....	202
Bài 29. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN	210