Tài liệu tham khảo

CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI LỚN

BỆNH NỘI KHOA

(Dành cho đào tạo Điều dưỡng trình độ cao đẳng)

Lưu hành nội bộ
Năm 2021

MỤC LỤC

		Trang
Bài 1.	*Chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim ……..*	*1*
Bài 2.	*Chăm sóc bệnh nhân van tim ……..….*	*5*
Bài 3.	*Chăm sóc bệnh nhân đau thắt ngực ……..……*	*9*
Bài 4.	*Chăm sóc bệnh nhân tim phổi mãn ……..…….*	*12*
Bài 5.	*Chăm sóc bệnh nhân viêm phổi ……..….*	*20*
Bài 6.	*Chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi ……*	*26*
Bài 7.	*Chăm sóc người bệnh ung thư phổi ……..…….*	*29*
Bài 8.	*Chăm sóc bệnh nhân ho ra máu ……...*	*33*
Bài 9.	*Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản ……..…..*	*36*
Bài 10.	*Chăm sóc bệnh nhân loét dạ dày- tá tràng……*	*39*
Bài 11.	*Chăm sóc bệnh nhân ung thư dạ dày ……*	*41*
Bài 12.	*Chăm sóc người bệnh xuất huyết tiêu hoá ……..*	*46*
Bài 13.	*Chăm sóc người bệnh xơ gan ……..…..*	*48*
Bài 14.	*Chăm sóc người bệnh ung thư gan ……..….*	*50*
Bài 15.	*Chăm sóc bệnh nhân áp xe gan do amíp ……..…..*	*53*
Bài 16.	*Chăm sóc bệnh nhân thiếu máu ……..…..*	*55*
Bài 17.	*Chăm sóc bệnh nhân Leucemia ……..…..*	*59*
Bài 18.	*Chăm sóc bệnh nhân Basedow ……..……*	*62*
Bài 19.	*Chăm sóc bệnh nhân đái đường ……...*	*64*
Bài 20.	*Chăm sóc bệnh nhân suy thận ……..……*	*67*
Bài 21.	*Chăm sóc bệnh nhân viêm thận bể thận. ……..*	*70*
Bài 22.	*Chăm sóc bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. ……*	*74*
	Tài liệu tham khảo ……..…..	*78*

BÀI 1
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM

Mục tiêu:

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, điều trị nhồi máu cơ tim.

2. Trình bày được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim.

Nội dung:

1. Định nghĩa:

NMCT là tình trạng một vùng cơ tim bị hoại tử do một nhánh (hoặc một động mạch vành) bị tắc, dẫn đến không có máu cung cấp cho vùng cơ tim đó.

2. Nguyên nhân:

- Tắc động mạch vành do huyết khối tại vùng động mạch vành (ĐMV) đã bị hẹp do vữa xơ động mạch. Đây là nguyên nhân hàng đầu, nguyên nhân phổ biến nhất của NMCT.
- Có trường hợp NMCT mà trên phim chụp ĐMV không thấy tắc, người ta cho là co thắt ĐMV (nhưng thường hiện tượng co thắt cũng hay xảy ra ở ĐMV đã bị hẹp do vữa xơ).
- Tắc ĐMV còn có thể xảy ra do cục máu đông hình thành từ nơi khác đưa đến như trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, hẹp van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn.
- Về nguyên nhân của xơ vữa động mạch tuy chưa khẳng định được một cách chắc chắn, nhưng các yếu tố sau được coi là các yếu tố nguy cơ của vữa xơ động mạch:

* Các yếu tố không thay đổi được:

Tuổi cao, nam giới và tiền sử gia đình.

* Các yếu tố có thể thay đổi được gồm:

Tăng huyết áp, tăng lipid máu, tăng đường máu, thuốc lá, béo phì, stress và trì trệ vận động.

3. Triệu chứng:

**** Có 3 triệu chứng chính:***

- Cơn đau ngực: Là triệu chứng lâm sàng sớm nhất và rất quan trọng cho việc chẩn đoán NMCT.

Cơn đau ngực trong NMCT chính là cơn đau thắt ngực điển hình nhưng có cường độ dữ dội hơn, thời gian kéo dài hơn (có thể hàng giờ; hàng ngày, nằm nghỉ và ngậm thuốc không hết đau).

Đa số các trường hợp xảy ra ở một bệnh nhân trước đó đã đau nhiều lần, nhưng cũng có khi xảy ra ở một bệnh nhân mà trong tiền sử chưa hề có cơn đau.

- Bất thường điện tâm đồ:

Tùy vào thời điểm ghi điện tim mà có các dấu hiệu của thiếu máu; tổn thương hoặc hoại tử cơ tim.

Điện tâm đồ không những có giá trị khẳng định NMCT mà còn cho biết cả vị trí và mức độ nhồi máu cơ tim nữa.

- Bất thường men trong huyết thanh:

Rất có giá trị chẩn đoán NMCT nhưng điều dưỡng phải thực hiện xét nghiệm đúng thời điểm.

+ Men có giá trị nhất là Creatin Kinase (CK) và Isoenzym của nó là CK-MB. Men này tăng ngay trong ngày đầu nhồi máu và trở về bình thường sau 2-3 ngày.

+ Lactat Dehydrogenase (LDH) ít đặc hiệu hơn nhưng tăng kéo dài. Men này tăng cao nhất vào ngày thứ 2 và 3, sau 7-10 ngày mới trở về bình thường.

+ Glutamino Oxalo Transaminase (GOT) là men ít đặc hiệu nhất và cũng tăng sớm và nhanh trở về bình thường như CK.

**** Các triệu chứng kèm theo:***

- Sốt.
- Sốc tim: vã mồ hôi lạnh, mạch nhanh, huyết áp tụt, rối loạn ý thức...
- Tim đập nhanh, có thể có tiếng ngựa phi hoặc tiếng cọ màng ngoài tim.
- Ran ẩm ở phổi.

4. Biến chứng:

NMCT gây nhiều biến chứng và đều là những biến chứng rất nặng và có thể tử vong nhanh chóng.

Ba biến chứng chủ yếu là:

- Sốc tim: là biến chứng rất nặng, có thể gây tử vong tới 80% các trường hợp.
- Rối loạn nhịp tim làm giảm nghiêm trọng cung lượng tim và có thể gây ngừng tim đột ngột.
- Suy tim không hồi phục do:

+ Tổn thương các van tim.

+ Đứt các cột cơ, dây chằng van tim.

5. Điều trị:

- Bất động để:
  + Làm giảm tiêu thụ ô xy cơ tim.
  + Làm giảm gánh nặng cho tim.
- Giảm và làm mất đau ngực bằng:
  + Morphin Sulfat 2 – 5 mg tiêm tĩnh mạch một lần.
  + Các thuốc giãn mạch: Nitrat, chẹn Canxi, ức chế men chuyển.
  + Thở ô xy để làm giầu ô xy cho máu động mạch.
  + Thuốc an thần: Seduxen.
- Dùng thuốc tiêu huyết khối: Streptokinase
- Can thiệp cấp cứu: nong động mạch vành, phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành.

6. Chăm sóc:

6.1. Nhận định chăm sóc:

Là việc làm rất quan trọng của điều dưỡng đối với người bệnh NMCT. Điều dưỡng cần làm việc này một cách tỉ mỉ, chu đáo và thứ tự để không bỏ sót gồm:

- Khai thác người bệnh (hoặc người nhà) thật kỹ về các triệu chứng cơ năng như: Cơn đau ngực, khó thở, vã mồ hôi… Từng triệu chứng phải hỏi chi tiết về cách khởi phát, cường độ, thời gian kéo dài…
- Khai thác tiền sử: Tăng huyết áp, NMCT cũ và các yếu tố nguy cơ khác.
- Tham khảo bệnh án và nhận định các dấu hiệu thực thể:
  + Mạch: Đều hay không đều? Tần số ? Có loạn nhịp không ?
  + Nghe tim: Nhịp tim đều hay không đều? Tiếng tim? Có tiếng ngựa phi, tiếng cọ màng tim , các tiếng thổi…?
  + Đo huyết áp, chú ý dấu hiệu giảm HA tâm thu.
  + Hô hấp : Đếm tần số thở, nhận định kiểu thở, tiếng ran ẩm ở phổi.
  + Các dấu hiệu của suy tim ứ trệ: Phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi…

6.2. Chẩn đoán chăm sóc:

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được qua phần nhận định, các chẩn đoán chăm sóc chính ở bệnh nhân NMCT có thể là :

- Đau ngực do tổn thương cơ tim.
- Giảm lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức do giảm chức năng bơm của

tim do có hoại tử cơ tim.
- Giảm trao đổi khí do ứ huyết ở phổi.
- Người bệnh không chịu được hoạt động thể lực do mất cân bằng giữa cung và cầu oxy cơ tim.
- Người bệnh lo lắng về tình trạng bệnh.
- Nguy cơ người bệnh không tôn trọng trình tự chăm sóc do thiếu kiến thức về bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

Các mục tiêu cần đạt được là:
- Người bệnh nhanh chóng hết đau ngực.
- Người bệnh cải thiện được lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức.
- Người bệnh hết khó thở, thở bình thường.
- Người bệnh tăng dần được hoạt động thể lực mà không bị đau ngực.
- Người bệnh hết lo lắng.
- Người bệnh tôn trọng và tuân theo chương trình tự chăm sóc.

6.4. Thực hiện chăm sóc:

** Làm mất cơn đau ngực:*
- Giữ người bệnh bất động để làm giảm tiêu thụ oxy cơ tim. Tốt nhất là cho người bệnh nằm nghỉ trong tư thế nửa ngồi.
- Thực hiện y lệnh Morphin Sulfat hoặc Morphin Clohydrat tiêm tĩnh mạch từ 2 mg đến 5 mg một lần là cách tốt nhất để cắt cơn đau (không nên tiêm bắp vì sẽ ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm men). Chú ý theo dõi tần số thở vì thuốc gây ức chế trung tâm hô hấp.
- Nếu thầy thuốc cho các thuốc làm giãn động mạch vành để tăng cung cấp oxy cho cơ tim thì thực hiện y lệnh đó. Chú ý hướng dẫn cho người bệnh cách ngậm Nitroglycerin hoặc Adalat.
- Thực hiện y lệnh thở oxy để làm giàu oxy cho máu động mạch góp phần làm giảm đau ngực.
- Theo dõi cơn đau, theo dõi điện tâm đồ liên tục (đặc biệt quan trọng).

** Cải thiện lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức:*
- Nghỉ ngơi thoả đáng nhằm làm giảm tần số tim và do đó cải thiện lưu lượng tim.
- Thực hiện y lệnh thuốc giãn mạch để làm giảm sức cản ngoại biên như: các thuốc Nitrat, thuốc ức chế men chuyển.
- Theo dõi các dấu hiệu của cải thiện lượng máu từ tim tới tổ chức:
  + Tần số tim trở về bình thường.
+ Hết hoặc không có loạn nhịp.
  + HA tâm thu tăng đạt mức bình thường.
  + Lượng nước tiểu tăng (hết sức cảnh giác với sốc tim nếu lưu lượng nước tiểu < 30 ml/giờ).
  + Người bệnh hết đau ngực.
  + Đỡ mệt nhọc.

** Cải thiện trao đổi khí ở phổi:*
- Cho người bệnh nằm nghỉ ở tư thế nửa ngồi.
- Cho người bệnh thở oxy theo y lệnh.
- Khi đã hết đau ngực hướng dẫn người bệnh tập thở sâu và thường xuyên thay đổi tư thế để cải thiện thông khí phổi.
- Theo dõi các dấu hiệu của cải thiện hô hấp: Hết rối loạn kiểu thở, hết khó thở, tần số thở dần trở về bình thường, hết ran ẩm ở phổi.

** Tăng dần hoạt động thể lực:*

- Lúc đầu khi đau ngực khuyên người bệnh bất động giảm tiêu thụ oxy cơ tim.
- Khi người bệnh hết đau ngực cho phép người bệnh hoạt động tăng dần lên:
  + Cử động tay chân trong khi nằm.
  + Ngồi dậy trên giường ngày 2-3 lần, mỗi lần 10-20 phút.
  + Sau đó cho phép người bệnh tham gia các hoạt động tự chăm sóc mỗi ngày một nhiều dần lên.

- Khi cho người bệnh hoạt động phải theo dõi các đáp ứng của người bệnh với các

6.5. Đánh giá chăm sóc:

Người bệnh cần đạt được các mục tiêu sau:

- Hết đau ngực và cơn đau không tái diễn.
- Cải thiện được lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức.
- Hết khó thở.
- Tăng dần được hoạt động mà không mệt và đau ngực.
- Hết lo lắng.
- Biết tự chăm sóc sau khi ra viện.

BÀI 2
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

Mục tiêu

1.Trình bày được cách nhận định tình trạng người bệnh suy tim

2.Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc NB suy tim.

Nội dung

1.Nguyên nhân

1.1 Suy tim trái

- Tăng huyết áp, hẹp động mạch chủ.
- Bệnh van tim: Hở van 2 lá, hở van động mạch chủ.
- Các tổn thương cơ tim:
  + Nhồi máu cơ tim.
  + Viêm cơ tim do thấp tim.
  + Các bệnh cơ tim phì đại.
- Một số bệnh tim bẩm sinh:
  + Hẹp eo động mạch chủ
  + Còn ống động mạch
  + Ống nhĩ thất chung.

1.1 Suy tim phải

- Các nguyên nhân về phổi:
  + Bệnh phổi mạn tính
  + Nhồi máu phổi
  + Tăng áp lực động mạch phổi tiên phát.
- Các nguyên nhân về tim mạch:
  + Hẹp van 2 lá (là nguyên nhân thường gặp)
  + Bệnh tim bẩm sinh
  + Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

1.2 Suy tim toàn bộ:

- Do suy tim trái tiến triển thành suy tim toàn bộ
- Các bệnh cơ tim giãn.
- Viêm tim toàn bộ do thấp tim...

2.Phân độ suy tim theo NYHA:

- Độ I: Có bệnh tim nhưng không hạn chế vận động, vận động thể lực thông thường không gây mệt, hồi hợp, khó thở hay đau ngực.
- Độ II: Có bệnh tim gây giới hạn nhẹ vận động, NB khỏe khi nghỉ ngơi, vận động thể lực thông thường gây mệt, hồi hộp, khó thở hay đau ngực.
- Độ III: Có bệnh tim gây giới hạn vận động thể lực ở mức quan trọng, BN khỏe khi nghỉ ngơi, vận động thể lực nhẹ cũng gây mệt, hồi hộp, khó thở hay đau ngực.
- Độ IV: Có bệnh tim, NB hoàn toàn mất khả năng thực hiện mọi hoạt động thể lực, kể cả hoạt động giới hạn, NB có cả triệu chứng lúc nghỉ ngơi và 1 hoạt động thể lực nhỏ nhất cũng làm cho các triệu chứng gia tăng.

3.Biến chứng:

- Phù phổi cấp
- Rối loạn nhịp tim
- Bội nhiễm phổi
- Tắc mạch…

3.Chăm sóc

3.1 Nhận định

- Biểu hiện mệt mỏi
- Da xanh (hoặc tím nếu ở giai đoạn nặng)
- Môi và các đầu chi tím
- Khó thở: thường xuyên, NB có khi ngồi để thở.
- Tĩnh mạch cổ nổ, gan to, phù (suy tim phải)
- Ho: ho khan hoặc có khi có đàm lẫn ít máu (suy tim trái)
- Nhịp tim nhanh
- Huyết áp tối đa hạ và huyết áp tối thiểu tăng
- Khi BN đã có biến chứng sẽ nhận thấy các biểu hiện: bội nhiễm phổi, rối loạn nhịp tim, cơn hen tim…
- Số lượng nước tiểu/ngày?

3.2 Chẩn đoán chăm sóc

- Bệnh nhân mệt mỏi do suy tim.
- Bệnh nhân lo lắng về bệnh.
- Rối loạn chức năng sống do rối loạn tuần hoàn.
- Dinh dưỡng không đầy đủ do bệnh.
- Vệ sinh kém do vận động bị hạn chế.
- Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh.

3.3 Lập kế hoạch chăm sóc

Sau khi thu thập các thông tin hiện tại của NB người điều dưỡng đưa ra kế hoạch chăm sóc theo thứ tự ưu tiên cho phù hợp với bệnh hiện tại như:

- Nghỉ ngơi và tư thế cho bệnh nhân.
- chăm sóc về tinh thần.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, các dấu hiệu bất thường
- Chế độ dinh dưỡng cho NB
- Vệ sinh hàng ngày
- Giáo dục sức khỏe.

3.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1.1 Nghỉ ngơi và tư thế cho bệnh nhân

- NB suy tim chế độ nghỉ ngơi là rất cần thiết
- Để NB ở phòng yên tĩnh, có đầy đủ phương tiện. Bình thường khi nằm để NB ở tư thế đầu cao 30^o.
- Suy tim nặng: NB cần được nghỉ ngơi tuyệt đối cả về thể chất lẫn tinh thần. Để NB nằm đầu cao 45^o cho NB dễ thở.
- Giúp họ thay đổi tư thế khi có yêu cầu, khi thay đổi tư thế cần xoa nhẹ những vùng tỳ đè giúp mạch máu được lưu thông.

3.1.2 Giảm lo lắng:

NB suy tim hay bồn chồn , lo lắng, họ cảm thấy bất lực vì khó thở mà khó thở tăng lên về ban đêm, do vậy điều dưỡng cần chăm sóc họ về tinh thần: an ủi, động viên... Nhất là ban đêm phải luôn theo dõi tình trạng thiếu oxy não (khó thở, vật vã) và ban đêm nên cho phép người nhà ở bên cạnh.

3.1.3 Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:

- Nếu có máy monitor thì theo dõi trên máy như: SpO_2 (<80% báo BS), huyết áp (HA tăng quá cao hoặc hạ đột ngột), nhịp thở (>25 lần/phút hoặc <10 lần/phút), nhịp tim (<60 lần/phút hoặc >120 lần/phút).

- Không có máy phải thực hiện đếm mạch, nhịp thở, nhiệt độ và huyết áp như sau:

+ Mạch hoặc nhịp tim: giai đoạn đầu của suy tim chỉ cần lấy mạch 2 lần/ngày. Khi đếm mạch phải chú ý tần số, biên độ, nhận định những dấu hiệu bất thường...Phải đếm mạch trọn 1 phút, nếu mạch quá khó phải đếm nhịp tim.

+ Nhịp thở: Theo dõi kiểu thở, tần số, da, sắc mặt, nếu thấy bất thường báo BS. Nếu NB có thở oxy phải theo dõi chăm sóc trong suốt quá trình thở.

+ Huyết áp – nhiệt độ: Nếu bệnh ở mức độ nhẹ theo dõi 2 lần/ngày. Nếu bệnh nặng theo dõi theo chỉ định BS.

+ Đo điện tim: đo ít nhất 1 lần/ngày

+ Nước tiểu: theo dõi số lượng nước tiểu/ngày. Theo dõi số lượng dịch đưa vào (thức ăn, nước uống...) và lượng dịch thải ra (nước tiểu, mồ hôi, hơi thở...)

+ Theo dõi phù và cân nặng: xem NB phù kín đáo hay phù to, có tràn dịch các màng (màng tim, màng phổi...). Khi NB đi tiểu quá nhiều (do dùng thuốc lợi tiểu) xem có tình trạng mất nước hay không để báo BS điều chỉnh lại thuốc lợi tiểu. Cân NB hàng ngày nếu có suy tim nặng.

3.1.4 Thực hiện y lệnh:

- Thuốc:

+ Trước khi dùng thuốc trợ tim (Digoxin...) phải đếm mạch, nếu mạch chậm <60 lần/phút phải ngưng thuốc và báo BS. Luôn theo dõi để phát hiện sớm tình trạng ngộ độc thuốc (chán ăn, buồn nôn, rối loạn nhịp...).

+ Thuốc lợi tiểu phải dùng buổi sáng.

+ Kali phải uống sau bữa ăn.

- Xét nghiệm:

+ Thực hiện các xét nghiệm theo y lệnh: máu, nước tiểu, điện tim, X quang tim phổi, siêu âm tim.

+ Phụ BS làm các thủ thuật khi có chỉ định: đo điện tâm đồ, chọc dò màng tim, màng phổi...

3.1.5 Chế độ ăn uống:

- Chế độ calo vừa phải (1500 – 2000)
- Giảm muối: Suy tim nặng, phù nhiều chỉ được dùng 0,5g muối/ngày. Các trường hợp khác dùng rất hạn chế muối.
- Uống nước vừa phải: Số lượng nước uống/ngày = số lượng nước tiểu 24h + 500ml hoặc 300 (nếu NB có phù nhiều).
- Chống toan máu, tăng cường kali và các vita min.
- Hạn chế thức ăn kích thích và thức ăn sinh hơi.
- Ăn thức ăn dễ tiêu, chia nhiều bữa nhỏ trong ngày.

3.1.6 Vệ sinh cá nhân:

Hướng dẫn thực hiện công việc vệ sinh hàng ngày sạch sẽ như: răng miệng, lau người, thay quần áo...Nếu ở giai đoạn nặng điều dưỡng phải giúp họ thực hiện mọi công việc cần thiết.

3.1.7 Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ:

- Giải thích tầm quan trọng của sự nghỉ ngơi, giảm lo lắng để nhanh hồi phục, tránh gắng sức.

- Khi thấy có biểu hiện bất thường như khó thở, hồi hợp, trống ngực, chóng mặt báo ngay cho điều dưỡng biết.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống đúng y lệnh và tự xoa bóp vận động, thay đổi tư thế.
- Hướng dẫn dùng thuốc theo đơn và biết triệu chứng của ngộ độc digoxin: buồn nôn, tiêu chảy...
- Giải thích để NB hiểu sự cần thiết về chế độ khám định kỳ khi đã ra viện.

3.2 Đánh giá:

NB suy tim được chăm sóc tốt sẽ được đánh giá như sau:

- Các triệu chứng của bệnh như khó thở, ho, phù... đã thuyên giảm.
- Tình trạng tinh thần khá hơn, an tâm điều trị.
- Các dấu hiệu sinh tồn đi vào ổn định.
- Số lượng nước tiểu > 1000 ml/ngày.
- NB được chăm sóc chu đáo cả về thể chất lẫn tinh thần.
- NB được hướng dẫn về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, vận động và thực hiện theo lời khuyên của cán bộ y tế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Khi cho bệnh nhân suy tim dùng thuốc trợ tim, dấu hiệu quan trọng nhất cần theo dõi:

A.Huyết áp trước và sau khi dùng thuốc B.Nhịp thở 1 giờ/ 1 lần

C.Mạch trước và sau khi dùng thuốc D.Khối lượng nước tiểu 24 giờ

Câu 2: Tổng khối lượng nước đưa vào cơ thể người bệnh suy tim hợp lý nhất là:

A.Lượng nước tiểu của bệnh nhân trong 24 giờ

B.1000ml cho cả ngày

C.Lượng nước tiểu trong 24 giờ cộng với 300 – 500ml

D.Lượng nước uống của người bình thường.

Câu 3: Bệnh nhân suy tim ổn định trước khi ra viện, điều dưỡng cần:

A.Hướng dẫn chế độ ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý

B.Hướng dẫn cách xoa bóp, tự luyện tập

C.Hướng dẫn tái khám định kỳ

D.Giáo dục sức khỏe.

Câu 4: Đối với một bệnh nhân suy tim, việc thay đổi lối sống nào là quan trọng nhất:

A.Hạn chế muối B.Hạn chế mỡ

C.Hạn chế nước D.Giảm công cho tim.

Câu 5: Một bệnh nhân suy tim cần theo dõi:

A.Mạch, nhiệt độ, huyết áp B.Lượng nước tiểu

C.Tri giác D.Tất cả đúng.

BÀI 3
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ CƠN ĐAU THẮT NGỰC

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng bệnh nhân có cơn đau thắt ngực khi nhập viện.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh bị cơn đau thắt ngực.*

Nội dung

1. Nhắc lại bệnh học

Triệu chứng cơn đau thắt ngực ổn định:

- Cơn đau xảy ra khi gắng sức.
- Vị trí, hướng lan: đau ở vùng trước ngực, vùng sau xương ức, đau thường khu trú, đôi khi lan lên cổ, hàm, vai và thường lan ra cánh tay trái (ít khi đến ngón tay).
- Tính chất: Người bệnh có cảm giác tim bị bóp nghẹt, nặng nề, cảm giác sắp chết.
- Thời gian: Cơn đau kéo dài 3 – 5 phút, sau đó đỡ dần nếu người bệnh nghỉ ngơi hay uống thuốc nitroglycerin.

2. Kế hoạch chăm sóc

2.1. Nhận định tình trạng người bệnh:

Tùy theo tình trạng hiện tại của người bệnh có cơn đau thắt ngực điển hình hay không điển hình mà điều dưỡng nhận định tình trạng bệnh.

- Thời gian xuất hiện cơn đau.
- Tính chất của đau.
- Đường lan của đau.
- Ngoài ra người bệnh có đau đầu, buồn nôn, đánh trống ngực, hồi hợp, lo âu, vã mồ hôi…
- Cần hỏi người bệnh: đã dùng thuốc gì, thời gian dùng thuốc, tác dụng sau khi dùng thuốc.
- Hỏi bệnh sử đau ngực: bệnh tim mạch, huyết áp?

2.2. Kế hoạch chăm sóc:

Sau khi nhận định người điều dưỡng xác định các nhu cầu của người bệnh từ đó đưa ra kế hoạch chăm sóc phù hợp:

- Chăm sóc về tinh thần.
- Giảm đau.
- Thực hiện các y lệnh: thuốc, xét nghiệm, các thủ thuật…
- Theo dõi các DHST và các dấu hiệu bất thường.
- Chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, vệ sinh hàng ngày.
- Giáo dục sức khỏe.

2.3. Thực hiện chăm sóc:

2.3.1. Chăm sóc về tinh thần cho người bệnh:

- Trấn an người bệnh để họ giảm bớt lo lắng, sợ hãi do cơn đau gây nên.
- Khuyên người bệnh tránh cảm xúc đột ngột (quá lạnh, quá nóng),
- Điều dưỡng thường xuyên có mặt cạnh người bệnh để họ yên tâm.
- Người bệnh cần phải nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường khi đang có cơn đau.

2.3.2. Giảm đau:

Điều dưỡng khi chăm sóc nâng đỡ người bệnh cần phải nhẹ nhàng, tránh những động tác thô bạo gây nên cơn đau. Cho người bệnh nằm tư thế phù hợp cũng làm giảm đau.

2.3.3. Thực hiện các y lệnh:

- Thực hiện chính xác các y lệnh như: thực hiện thuốc tiêm, truyền hay thuốc uống.
- Khi cho người bệnh uống thuốc người bệnh phải nằm nghỉ ngơi tại giường, phải theo dõi mạch và huyết áp trước khi thực hiện y lệnh, theo dõi người bệnh sau khi dùng thuốc và theo dõi các tác dụng phụ có thể xảy ra như: nhức đầu, đánh trống ngực hoặc ngất, rối loạn tiêu hóa, buồn nôn hoặc nôn, dị ứng…nếu có biểu hiện bất thường phải báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng:
  + Xét nghiệm máu: đường máu, mỡ máu, LDL, HDL, triglyceride, AST, ALT.
  + Xét nghiệm nước tiểu.
  + X quang.
  + Chuẩn bị cho người bệnh đi chụp động mạch vành (nếu có chỉ định).
  + Siêu âm tim, điện tâm đồ.

2.3.4. Theo dõi DHST và các dấu hiệu bất thường:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, điện tim, nhịp tim, nhịp thở: tùy theo tình trạng hiện tại nếu người bệnh đang có cơn đau thắt ngực, điều dưỡng phải mắc máy monitor để theo dõi liên tục trong cơn đau. Nếu ngoài cơn đau, cần phải thực hiện thường quy 2 lần/ngày.
- Theo dõi cơn đau, thời gian đau và các biến chứng của bệnh.
- Theo dõi về giấc ngủ của bệnh nhân, tinh thần và sự ăn uống.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong ngày.

2.3.5. Chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt và vệ sinh hàng ngày:

- Dinh dưỡng:
  + Đủ lượng calo (2400 calo/ngày)
  + Tuyệt đối không được uống rượu.
  + Thức ăn phải đảm bảo hợp vệ sinh, chế biến hợp khẩu vị bệnh nhân, cho người bệnh ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa 1 ít, tránh thức ăn ôi thiu để phòng tiêu chảy.
- Chế độ sinh hoạt: Quy định chế độ nghỉ ngơi hợp lý, có chế độ luyện tập vận động đã được quy định khi tình trạng bệnh cho phép, không được hút thuốc lá…
- Vệ sinh thân thể: Khi người bệnh còn ở giai đoạn nhẹ, có thể hướng dẫn cho gia đình tự vệ sinh hàng ngày cho người bênh như: vệ sinh răng miệng, lau mình và tay chân, vệ sinh bộ phận sinh dục, thay quần áo, thay ga trải giường hàng ngày…

2.3.6. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình:

- Hướng dẫn người bệnh cần phải học cách thích nghi mọi hoạt động như: đi lại, sinh hoạt, lao động để cơ tim dần dần phù hợp.
- Tránh lạnh, tránh xúc động quá mức.

- Giải thích để người bệnh hiểu khi có dấu hiệu đau không được gắng sức, phải luôn mang thuốc bên người.
- Có chế độ nghỉ ngơi, luyện tập phù hợp.
- Khám sức khỏe định kỳ.

2.4. Đánh giá:

Người bệnh có cơn đau thắt ngực được chăm sóc tốt khi:

- Người bệnh yên tâm, không quá lo lắng về bệnh tât.
- Đỡ đau và các yếu tố làm xuất hiện cơn đau được loại bỏ.
- Không có biến chứng, nhất là biến chứng nhồi máu cơ tim.
- Thuốc điều trị được thực hiện đúng y lệnh.
- Người bệnh và gia đình được hướng cách phòng tránh cơn đau tái phát.
- Ăn thấy ngon miệng và thực hiện chế độ ăn theo sự hướng dẫn của cán bộ y tế.
- Tránh stress, tránh hút thuốc lá, khoong được uống rượu.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Khi BN xuất hiện cơn đau thắt ngực, người điều dưỡng ngay lập tức phải:
A.Mời BS đến xử trí. B.Cho BN thở oxy.
C.Cho BN uống thuốc giảm đau. D.Đặt 1 viên Nitroglycerin dưới lưỡi BN.
2. Cơn đau thắt ngực thường kéo dài khoảng:
A.Vài giây đến vài phút. B.Dưới 1 giờ.
C.Kéo dài đến vài giờ. D.Kéo dài cả ngày.
3. Biện pháp có giá trị nhất để xác định cơn đau thắt ngực:
A.Nghe tim. B.Điện tâm đồ. C.Khai thác bệnh sử. D.Siêu âm tim.
4. Bệnh nhân có cơn đau thắt ngực có biểu hiện:
A.Đau ngực. B.Đau sau xương ức
C.Đau lan lên vai trái D.Đau lan ra phía mặt trong của tay và bàn tay trái.
5. Bệnh nhân có cơn đau thắt ngực cần:
A.Phải nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, đặc biệt khi đang lên cơn đau.
B.Tránh đi lại kể cả trong phòng bệnh.
C.Nghỉ ngơi cả về thể chất và tinh thần
D.Hạn chế người đến thăm.
6. Biểu hiện của người bệnh có cơn đau thắt ngực kịch phát:
A.Cảm giác như đè ép vùng trước ngực B.Đau như bị bóp chặt tim
C.Đau vùng ngực liên tục trong hàng giờ. D.Cả A và B.

Bài 4
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Mục tiêu

1.Trình bày được cách nhận định bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

2. Trình bày được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Nội dung

1.Định nghĩa

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh biểu hiện bởi sự giới hạn lưu lượng khí, sự giới hạn này không hồi phục hoàn toàn. Sự giới hạn lưu lượng khí thường xảy ra từ từ và phối hợp với môt sự đáp ừng viêm bất thường của phổi đối với các hạt độc hay khí. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm viêm phế quản mạn và khí phế thủng.

Bao gồm viêm phế quản mạn, khí phế thủng và hen phế quản không hồi phục.

Sự chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính căn cứ vào triệu chứng ho, khạc đàm, khó thở và hay là có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Sự chẩn đoán được xác định bằng phế dung kế. sau khi dùng thuốc giãn phế quản mà FEV1 < 80% so với trị số dự đoàn phối hợp với FEV1/FVC < 70%.

2.Dịch tễ học

BPTNMT là nguyên nhân hàng đầu của bệnh suất và tử suất trên thế giới. Năm 1990 theo TCYTTG thi bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đứng hàng thứ 12 trong số những bệnh nặng. BPTNMT là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 4 sau bệnh tim, ung thư, bệnh mạch máu não. Theo báo cáo kết quả họp nhóm tư vấn của Châu Á Thái Bình Dương về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính lần thứ VI 1 - 2/6/2002 tại Hồng Kông thì tại các nước Châu Á Thái Bình Dương, tỉ lệ mắc BPTNMT khoảng 3,8%, nhưng gần đây qua một số mẫu nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lên đến 6,3% ở người trên 30 tuổi.

Theo TCYTTG và Ngân hàng Thế giới thì tỉ lệ mắc bệnh trên toàn thế giưới năm 1990 là 9,34/1000 dân nam, và 7,33/1000 dân nữ. Tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở các nước đang hút thuốc lá nhiều và ngược lại.

3. Yếu tố nguy cơ

3.1 Những yếu tố ký chủ

-Yếu tố di truyền đáng lưu ý nhất là thiếu hụt bẩm sinh α1 antitrypsine. Sự phát triển sớm và nhanh khí phế thủng toàn tiểu thuỳ

-Sự tăng đáp ứng phế quản: Ảnh hưởng đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là không rõ.

-Sự tăng trưởng phổi: Liên hệ với quá trình xảy ra trong giai đoạn mang thai, cân nặng lúc sinh và sự tiếp xúc với môi trường trong thời kỳ thiếu niên.

3.2 Yếu tố ảnh hưởng

- Hút thuốc lá: Liên hệ rất chặt chẻ với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, điều nầy xảy ra có lẽ là do những yếu tố di truyền. Không phải tất cả người hút thuốc lá đều bi bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, khoảng 15 - 20% người hút thuốc lá bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, 85 - 90% bênh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là do thuốc lá. Hút thuốc lá > 20 gói / năm có nguy cơ cao dẫn đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tiếp xúc thụ động với thuốc lá cũng có thể góp phần gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Hút thuốc lá trong thời kỳ mang thai cũng là một yếu tố nguy cơ cho bào thai, do ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển phổi trong tử cung

- Bụi và chất hoá học nghề nghiệp: Những bụi và chất hoá học nghề nghiệp (hơi nước, chất kích thích, khói) có thể gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính độc lập với hút thuốc lá

- Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà: Vai trò của ô nhiễm không khí ngoài nhà gây BPTNMT không rõ. Ô nhiễm môi trường trong nhà như chất đốt, chất đốt cháy từ nấu ăn và hơi nóng là những yếu tố gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Nhiễm khuẩn: Nhiễm trùng hô hấp ở thời kỳ thiếu niên có thể gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở thời kỳ trưởng thành.

3.3 Cơ chế bệnh sinh

Viêm và các yếu tố nguy cơ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Sự liên quan giữa hút thuốc lá và viêm đã được nghiên cứu rất nhiều. Thuốc lá kích hoạt đại thực bào và tế bào thượng bì sản xuất ra TNFα và một số chất trung gian gây viêm như IL8 và ILB4.

Mất quân bình giữa proteinase và antiproteinase

Thiếu α1 antitrypsine là môt chất ức chế một số proteine thuyết thanh như neutrophile elastase làm gia tăng nguy cơ gây khí phế thủng; elastin là một thành phần chính của thành phế bào bị huỷ bởi neutrophile elastase. Sự mất quân bình giữa proteinase và antiproteinase nội sinh có thể gây nên sự phá huỷ phổi và có thể xảy ra do sự suy giảm hoạt tính của antiproteinase do stress oxy hoá, do thuốc lá và có thể do những yếu tố nguy cơ khác của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Những stress oxy hoá

Trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có một sự mất quân bình rõ ràng chất oxy hóa và chất chống oxy hóa, trong đó chủ yếu là các chất oxy hóa, đó là hydrogen peroxide (H2O2) và nitric oxide (NO). Những stress oxy hóa ngoài việc gây tổn thương trực tiếp phổi còn góp phần vào sự mất quân bình proteinase - antiproteinase Những chất oxy hóa cũng xúc tiến viêm. Cuối cùng những stress oxy hóa có thể góp phần làm hẹp đường hô hấp.

3.4 Sinh lý bệnh

- Sự tăng tiết chất nhầy và rối loạn chức năng hô hấp
- Sự tăng tiết chất nhầy là do sự kích thích các tuyến tiết chất bởi những chất trung gian gây viêm như leucotrien, proteinase và neuropeptides. Những tế bào lông bị dị sản dạng vãy dẫn đến sự suy giảm hệ số thanh thải nhầy - lông.
- Sự giới hạn lưu lượng khí thở và sự căng phồng phổi
- Sự giới hạn lưu lượng khí thở không hồi phục, một số ít có thể hồi phục, do hiện tượng tái cấu trúc, xơ hóa và hẹp đường thở nhỏ. Những vị trí giới hạn đường thở là tiểu phế quản có khẩu kính < 2mm, trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính kháng lực đường thở tăng gấp đôi bình thường. Sự phá hủy phế bào gây khí phế thủng. Sự giới hạn lưu lượng khí được biểu hiện bởi sự giảm FEV1 và tỉ FEV1/FVC trong đó tỉ FEV1/FVC giảm thường là dấu hiệu đầu tiên của sự giới hạn lưu lượng khí.

Bất thường về sự trao đổi khí

Sự mất quân bình giữa thông khí / tưới máu là cơ chế chủ yếu do tổn thương thành đường thở ngoại vi và khí phế thủng. Trong khí phế thủng có sự giảm DLCO / L, từ đó gây nên thiếu oxy máu. Tình trạng thiếu oxy máu và tăng khí cácbonic ít xảy ra khi FEV1 < 1.00L. Lúc đầu tình trạng thiếu oxy máu chỉ xẩy ra lúc gắng sức, nhưng khi bệnh tiến triển nặng thì tình trạng thiếu oxy máu xảy ra lúc nghỉ ngơi.

Ở những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng, tình trạng thiếu oxy gây co các động mạch khẩu kính nhỏ và các tiểu động mạch.

Tăng áp phổi và tâm phế mạn

Tăng áp phổi xảy ra chậm trong diễn tiến của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Giai đoạn III), sau đó là tâm phế mạn. Những yếu tố gây nên tăng áp phổi là sự co mạch, sự tái cấu trúc những động mạch phổi. Sự co thắt mạch ngoài nguyên nhân do thiếu oxy máu còn do sự tổng hợp hay phóng thích NO bị giảm và sự tiết bất thường của những peptides co mạch như endothelin 1. Sự tăng áp phổi và sự giảm hệ thống mạch máu phổi do khí phế thủng có thể dẫn đến phì đại thất phải và suy tim phải.

4. Triệu chứng

4.1 Triệu chứng chức năng

- **Ho:** Ho mạn tính, thường là triệu chứng đầu tiên của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Lúc đầu ho cách khoảng, nhưng sau đó ho xảy ra hằng ngày, thường suốt cả ngày, ít khi ho ban đêm. Một số trưường hợp, sự giới hạn lưu lượng khí có thể xảy ra mà không ho.
- **Khạc đờm:** Với số lượng nhỏ đàm dính sau nhiều đợt ho.
- **Khó thở:** Là triệu chứng quan trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và là lý do mà hầu hết bệnh nhân phải đi khám bệnh, khó thở trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một loại khó thở dai dẳng và xảy ra từ từ, lúc đầu chỉ xảy ra khi gắng sức như đi bộ hay chạy lên thang lầu, khi chức năng phổi bị giảm, khó thở trở nên nặng hơn và bệnh nhân không thể đi bộ được hay không thể mang một xách đồ ăn, cuối cùng là khó thở xảy ra trong những hoạt động hằng ngày (mặc áo quần, rửa tay chân hay cả lúc nghỉ ngơi)

4.2 Triệu chứng thực thể

Khám thực thể ít có giá trị trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Những triệu chứng thường gặp là:

Tím trung ương.

Các khoảng gian sườn nằm ngang, lồng ngực hình thùng.

Dấu hiệu Hoover (dẹt 1/2 cơ hoành phối hợp với sự thu lại vào trong nghịch lý của đáy lồng ngực trong kỳ hít vào).

Tần số thở lúc nghỉ > 20 lần / phút, nhịp thở nông.

Bệnh nhân thở ra với môi mím lại với mục đích làm chậm lại luồng khí thở ra để có thể làm vơi phổi có hiệu quả hơn.

Nghe phổi âm phế bào giảm, có ran wheezing.

Những test và những xét nghiêm bổ sung cho chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Đối với những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn II và III, những tét và những xét nghiệm sau đây có thế được sử dụng:

Đánh giá giảm chức năng hô hấp bằng phế dung kế:

Kết quả đo phế dung là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và để theo dõi tiến triển của bệnh.

Đo FEV1 và FEV1/FVC.

Sau khi dùng thuốc giãn phế quản mà FEV1 < 80% so với trị số lý thuyết phối hợp với FEV1/FVC < 70% chứng tỏ có giới hạn lưu lượng khí không hoàn toàn phục hồi.

FEV1/FVC là tỉ số có độ nhạy cảm cao của sự giới hạn lưu lượng khí và FEV1/FVC < 70% được xem như là dấu hiệu sớm của giới hạn lưu lượng khí ở bệnh nhân bị BPTNMT trong lúc FEV1 vẫn còn bình thường (≥80% so trị số lý thuyết).

Test hồi phục phế quản sau khi khí dung thuốc giãn phế quản:

Những bệnh nhân không sử dụng thuốc giãn phế quản khí dung tác dụng ngắn trước đó 6 giờ, thuốc đồng vận β2 tác dụng dài trước 12 giờ hay theophylline thải chậm trước 24 giờ.
Đo FEV1 trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản.
Thuốc giãn thế quản phải được sử dụng dưới dạng khí dung qua một bầu hít hay khí dung máy. Liều lượng thích hợp là 40µg đồng vận β2, 80µg kháng cholinergic hay phối hợp cả 2 loại.
Đo FEV1 lại 3 - 45 phút sau khi dùng thuốc giãn phế quản.
Kết quả: Một sự tăng FEV1 > 200ml và trên 12% so với FEV1 trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản được xem như là có giá tri.
Khí máu: Ở những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đã lâu để đánh giá tâm phế mạn.
Chụp phim lồng ngực: Cho thấy khí phế thũng.
Giai đoạn
Giai đoạn 0: Có nguy cơ.
Giai đoạn I (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhẹ): Ho mạn tính và khạc đàm, thường bệnh nhân không chú ý đến.
Giai đoạn II và III (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vừa và nặng): Bệnh nhân thường khó thở khi gắng sức, đây là giai đoạn mà bệnh nhân đi khám bệnh được chẩn đoán là BPTNMT, có thể do nhiễm trùng hô hấp.
Giai đoạn IV (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính rất nặng): Những triệu chứng ho, khạc đàm tiếp tục xảy ra một cách điển hình, khó thở nặng lên và những biến chứng có thể xuất hiện.
Mức độ trầm trọng
Bảng: Các mức độ trầm trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Giai đoạn	**Đặc điểm**
0: có nguy cơ	+ Phế dung bình thường + Triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm)
I: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhẹ	+ FEV1/FVC < 70% + FEV1 ≥80% trị số lý thuyết. + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm)
II. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trung bình	+ FEV1/FVC < 70% + 30% ≤ FEV1 < 80% trị số lý thuyết 50% ≤ FEV1 < 80% trị số lý thuyết 30% ≤ FEV1 < 50% trị số lý thuyết + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm, khó thở)
III. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng	+ FEV1/FVC < 70% + 30% ≤ FEV1 < 50% trị số lý thuyết + Có hay không có các triệu chứng mạn tính (Ho, khạc đàm, khó thở)
IV Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính rất nặng	+ FEV1/FVC < 70% + FEV1 < 30% trị số lý thuyết hay FEV1 < 50% trị số lý thuyết phối hợp với suy hô hấp mạn

Chẩn đoán phân biệt

Bảng: Các chẩn đoán phân biệt thường gặp.

Chẩn đoán	Triệu chứng
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	+ Khởi phát trong khoảng tuổi 1/2 đời người + Những triệu chứng tiến triển chậm + Có tiền sử hút thuốc lá kéo dài + Khó thở khi gắng sức + Giới hạn lưu lượng khí không hồi phục nhiều
Hen phế quản	+ Khởi phát sơm thường trong thời kỳ thiếu niên + Những triệu chứng thay đổi từng ngày + Những triệu chứng xảy ra ban đêm + Dị ứng, viêm mũi và hay là chàm + Tiền sử gia đình hen phế quản + Giới han lưu lượng khí hồi phục nhiều
Suy tim sung huyết	+ Ran ẩm nhỏ hạt ở đáy + X quang lồng ngực cho thấy bóng tim lớn, phù phổi + Tét chức năng hô hấp cho thấy rối loạn thông khí hạn chế + Không có giới hạn lưu lượng khí
Giãn phế quản	+ Khạc đàm mũ số lượng nhiều + Thường phối hợp với nhiễm trung mũ + Ran ẩm to hạt + Phim lồng ngực hay CT scan phổi cho thây có giãn phế quản và

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Ba triệu chứng chính của đợt bộc phát cấp của Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là: gia tăng khó thở, gia tăng đàm mũ, gia tăng lượng đàm.

Bảng: Chẩn đoán mức độ nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Nhẹ	Vừa	Nặng
1 trong 3 triệu chứng chính, cũng như 1 trong những dấu chứng sau đây: nhiễm trùng đường hô hấp trên trong 5 ngày qua, sốt mà không có nguyên nhân rõ ràng, gia tăng ran rít, gia tăng ho, gia tăng nhịp thở và tần số tim 20% so với bình thường.	2 trong 3 triệu chứng chính	Tất cả 3 triệu chứng chính

Chức năng hô hấp: Thường thường khi PEF < 100lít/phút, hay FEV1 < 1.00L chứng tỏ một đợt bộc phát cấp nặng, trừ trường hợp bệnh nhân bị giới hạn đường thở nặng mạn tính.

Khí máu: Khi PaO_2 < 60mmHg và hay là SaO_2 < 90% chứng tỏ suy hô hấp. Khi PaO_2 < 50mmHg, $PaCO_2$ > 70mmHg và pH < 7,30 thì cần phải xử trí cấp cứu.

Phim lồng ngực đểi chẩn đoán phân biệt.

Tâm điện đồ giúp chẩn đoán phì đại tim phải, loạn nhịp và thiểu năng vành.

Công thức máu: chủ yếu công thức bạch cầu và đa hồng cầu có thể có Hct > 55%).

Xét nghiệm đàm có thể tìm thấy Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influnzae và Moraxella catarrahalis.

5. QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN COPD

5.1. Nhận định tình trạng bệnh nhân:

5.1.1. Hỏi bệnh :

– Bệnh nhân đau từ bao giờ, khạc đờm: Màu sắc, số lượng, tính chất đờm…
– Có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào từ bao giờ, số lượng hút mỗi ngày?
– Khó thở: bị khó thở từ bao giờ? Khó thở thì hít vào hoặc thở ra? Gắng sức có làm tăng khó thở không?
– Có tiếng cò cử không?
– Có tím tái không ?
– Thời gian nào trong ngày bệnh nhân khó thở và khạc đờm nhiều nhất ?
– Tiền sử có mắc bệnh mãn tính đường hô hấp không?
– Có mắc bệnh ở xoang, tai mũi họng không?
– Thời gian gần đây có mắc bệnh gì không?
– Nghề nghiệp làm gì, có hay tiếp xúc với hóa chất không?
– Môi trường làm việc và môi trường sống như thế nào?
– Các biểu hiện của tình trạng bệnh hiện tại.
– Sốt, nhức đầu, đau mình, mệt mỏi, khan tiếng? Mất ngủ?
– Bệnh nhân có hiểu biết về tình trạng bệnh của mình không? Cách tự chăm sóc?

5.1.2.Thăm khám :

– Tình trạng toàn thân: thể trạng BN, tình trạng tinh thần.
– Tình trạng hô hấp: tần số và tính chất hô hấp, tím tái.
– Ho: mức độ ho và các biểu hiện khác kèm theo.
– Số lượng màu sắc và tính chất đờm.
– Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân.
– Xem kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng.
– Chuẩn bị làm các xét nghiệm: CTM, VS, Xquang tim phổi, khí máu động mạch…
– Các kết quả khác từ hồ số bệnh án, gia đình hoặc những người xung quanh.

5.1.3. Chẩn đoán điều dưỡng

– Khó thở do co thắt phế quản, tăng tiết đờm, ho không hiệu quả.
– Sự làm sạch đường thở không hiệu quả liên quan đến tăng tiết chất nhầy, co thắt phế quản và kích thích đường thở.
– Nguy cơ toan hô hấp, mất thăng bằng nước và điện giải liên quan với việc giảm trao đổi khí, mất nước do ăn uống kém, sôt.
– Thiếu sự tự chăm sóc liên quan đến mệt mỏi do khó thở và thiếu oxy.
– Giảm hoạt động thể lực do mệt, oxy máu giảm, kiểu thở không hiệu quả.
– Bệnh nhân thiếu kiến thức về tự chăm sóc.

5.2. Thực hiện kế hoạch chăm sóc :

Mục tiêu chăm sóc là để cải thiện sự trao đổi khí, làm sạch đường thở, cải thiện đường thở, hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc, tự tập luyện tăng cường thể lực, giáo dục bệnh nhân chăm sóc sức khỏe tại nhà.

5.2.1. Giảm khó thở :

– Thường xuyên lượng giá mức độ khó thở và thiếu oxy của bệnh nhân.
– Thực hiện thuốc giãn phế quản đầy đủ: chú ý tác dụng phụ của thuốc.
– Đưa thuốc giãn phế quản quan đường khí dung làm giãn phế quản trực tiếp (với lượng thuốc nhỏ) làm tăng cường sự trao đổi khí.
– Sử dụng thuốc theo đường khí dung nên cho trước khi ăn, vì sau khi dùng thuốc bệnh nhân ho khạc chất tiết ra ngoài.

– Cho hít hơi ẩm, ấm sau khi hít thuốc giãn phế quản giúp làm loãng đờm, các chất tiết có thể di chuyển rõ ràng ra ngoài khi ho khạc.
– Dẫn lưu đờm theo tư thế, kết hợp vỗ rung lồng ngực, hướng dẫn bệnh nhân ho có hiệu quả để tống đờm ra ngoài.
– Trường hợp bệnh nhân quá yếu có thể hút đờm qua mũi miệng.
– Sử dụng oxy liệu pháp khi có thiếu oxy máu.
– Thực hiện thuốc kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn.

5.2.2. Làm sạch đường thở:

– Hạn chế mọi kích thích ở phổi đặc biệt là không hút thuốc.
– Uống nhiều nước làm lỏng đờm.
– Dẫn lưu đờm theo tư thế, kết hợp vỗ rung lồng ngực để tống đờm ra ngoài. Trước khi dẫn lưu cần tiến hành khí dung thuốc giãn phế quản. Dẫn lưu tư thế thường làm trước khi ngủ tối và sau khi dậy vào buổi sáng. Số lần dẫn lưu phụ thuộc vào sức chịu đựng của bệnh nhân.
– Hướng dẫn bệnh nhân ho có hiệu quả:

- Ho ở tư thế ngồi đầu hơi cúi về phía trước.
- Đầu gối và hông ở tư thế gấp để các cơ bụng mềm và ít bị căng cơ bụng khi ho.
- Hít vào chậm qua mũi và thở ra qua môi mím vài lần
- Ho 2 lần trong mỗi lần thở ra, trong khi co cơ bụng đúng lúc ho.

– Phòng nhiễm khuẩn phế quản – phổi: khi bội nhiễm virus, vi khuẩn các triệu chứng thường tăng rõ rệt. Vì vậy cần phải phòng tránh nhiễm virus, dùng kháng sinh sớm khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

5.2.3. Tập thở có hiệu quả:

– Kỹ thuật thở môi mím chống xẹp phế nang, giúp bệnh nhân kiểm soát được tần số thở, độ sâu của thở và thư giãn.
**Kỹ thuật thở môi mím tiến hành như sau :Hít vào qua mũi trong khi đếm đến 3, sau đó thở ra chậm qua đường miệng môi mím,khi thở ra cơ bụng co lại. Thở ra kéo dài qua môi mím trong khi đếm đến 7.*
– Kỹ thuật thở cơ hoành làm tăng thông khí phế nang, và đôi khi làm giảm dung tích khí cặn.
Kỹ thuật thở cơ hoành tiến hành như sau :Đặt một bàn tay vào bụng bệnh nhân (ngay dưới bờ sườn) bàn tay kia đặt vào giữa lồng ngực: Hít vào chậm và sâu qua mũi bụng lồi ra càng nhiều càng tốt.Thở ra qua miệng môi mím trong khi cơ bụng co lại, bàn tay kia đặt lên bụng đè nhẹ vào phía trong và lên trên khi thở ra.
Nhắc lại sau 2-5 phút, tiến hành vài lần/ ngày (trước bữa ăn và trước khi ngủ).

5.2.4. Điều chỉnh và giữ cân bằng nước và điện giải :

– Kiểm soát chặt chẽ pH máu, khi pH máu bình thường sẽ làm gia tăng hiệu quả của thuốc giãn phế quản. Theo dõi sát ion đồ trong máu vì tình trạng mất nước và một số thuốc đưa vào cơ thể có thể làm thay đổi điện giải đồ.
– Dùng NaHCO3 theo y lệnh để điều chỉnh toan máu.
– Duy trì đường truyền tĩnh mạch ở tốc độ thích hợp.
– Ngăn ngừa mất nước điện giải qua nôn ói, sốt: dùng thuốc chống nôn, hạ sốt theo y lệnh.

5.2.5. Tăng khả năng tự chăm sóc và tăng cường thể lực :

– Khi sự trao đổi khí và đường thở được cải thiện, cần khuyến khích bệnh nhân tự chăm sóc: tập thở cơ hoành đồng thời với đi bộ, làm việc nhẹ nhàng, leo cầu thang, tự luyện tập tăng dần và nghỉ khi thấy mệt hoặc khó thở.

– Bệnh nhân cần uống nhiều nước, tự tập dẫn lưu tư thế.
– Luyện tập thở và các bài tập thể dục thể thao với mức độ tăng dần sẽ làm tăng thông khí ở phổi, làm sung sức thể lực.
Tăng cường thể lực bằng cách tập thể dục

5.2.6. Giáo dục bệnh nhân chăm sóc ở nhà :

– Giáo dục cho bệnh nhân hiểu biết về bệnh của mình. Nếu bệnh nhân bệnh nặng bị bệnh nhiều năm, cần cải thiện chức năng phổi và giảm nhẹ các triệu chứng càng nhiều càng tốt. Trường hợp bệnh nhẹ, luyện tập ngăn ngừa giảm chức năng phổi.
– Tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột : nóng làm tăng nhu cầu oxy, lạnh làm tăng co thắt phế quản.
– Thuyết phục bệnh nhân bỏ thuốc lá, thuốc lào.
– Các hoạt động trong cuộc sống luôn có chừng mực và điều độ, hạn chế căng thẳng tâm lý.
– Cần sống trong môi trường có nhiệt độ và độ ẩm ít thay đổi.
– Cải thiện môi trường sống: tránh khói, bụi, trồng cây xanh…

BÀI 5
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI

Mục tiêu

1. *Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng của viêm phổi.*
2. *Nêu được một số chẩn đoán điều dưỡng.*
3. *Trình bày lập được kế hoạch chăm sóc một bệnh nhân viêm phổi.*

Nội dung

1. Nhắc lại bệnh học

1.1. Định nghĩa

Viêm phổi là một quá trình viêm nhiễm của nhu mô phổi (phế nang, tổ chức liên kết kẽ và tiểu phế quản tận cùng) do nhiều tác nhân như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, hóa chất...Có 2 loại viêm phổi là viêm phổi thùy thường gặp ở người trẻ và phế quản phế viêm thường gặp ở người già và trẻ nhỏ.

1.2. Dịch tễ học

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

1.3. Nguyên nhân gây bệnh:

- Do phế cầu khuẩn Gram (+) bình thường vẫn cư trú ở đường hô hấp. Khi gặp điều kiện thuận lợi như: Giảm khả năng miễn dịch cơ thể, giảm cơ chế chống đỡ của đường hô hấp …vv. Vi khuẩn trở nên gây bệnh viêm phổi.
- Do liên cầu, tụ cầu thường gây bệnh ở trẻ em, người già yếu, hậu phát sau viêm họng, viêm xoang, sởi, cúm, ho gà.

1.4. Các yếu tố nguy cơ:

- Do thời tiết lạnh.
- Tăng tiết dịch nhầy ở đường hô hấp.
- Bệnh nhân bị ức chế miễn dịch do dùng thuốc như: corticoid, thuốc chống ung thư, thuốc ức chế miễn dịch, do mắc bệnh suy giảm miễn dịch.
- Thuốc lá.
- Nằm bất động lâu.
- Giảm phản xạ ho do dùng thuốc hoặc do suy yếu hoặc hôn mê.
- Bệnh nhân ăn bằng sonde dạ.
- Nghiện rượu.
- Người già, người bị suy kiệt.
- Sau nhiễm virus đường hô hấp trên.

1.5.Triệu chứng Lâm sàng:

- Bệnh xảy ra đột ngột thường ở người trẻ tuổi, bắt đầu bằng cơn rét run kéo dài khoảng 30 phút rồi nhiệt độ tăng lên 39 – 40^{o} C, mạch nhanh, mặt đỏ. ở người già triệu chứng không rầm rộ.
- Đau ngực: Đau bên phổi tổn thương, đau tăng lên khi ho và khi thở sâu.
- Ho: Lúc đầu ho khan về sau ho có đờm đặc có máu màu rỉ sắt.
- Khó thở: Nhịp thở nhanh nông (25 – 40 lần/phút).
- Mạch nhanh nhỏ.
- Có thể có tím môi nhẹ
- Khám thực thể trong giờ đầu nếu nghe phổi chỉ thấy rì rào phế nang giảm ở vùng phổi tổn thương. Thời kỳ toàn phát khám thấy hội chứng đông đặc ở

vùng phổi tổn thương (Gõ đục, rung thanh tăng, RRPN mất) có khi có tiếng thổi ống.

1.6. Cận lâm sàng:

- *Chụp X quang phổi*: Thấy đám mờ hình tam giác.
- *XN công thức máu*: Thấy số lượng bạch cầu tăng
  - (90% là bạch cầu đa nhân trung tính).
- XN đờm có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

1.7. Tiến triển và biến chứng của viêm phổi:

1.7.1. Tiến triển:

Sốt duy trì trong tuần lễ đầu, nhiệt độ 39 – 40^{o} C, khạc đờm đặc lẫn máu. Sau 1 tuần các triệu chứng cơ năng tăng lên nhưng ngay sau đó thì sốt giảm, vã mồ hôi, đi tiểu nhiều, bệnh nhân cảm dễ chịu và bệnh khỏi nhưng khám phổi vẫn còn hội chứng đông đặc, hình ảnh X quang còn tồn tại vài tuần. Nhưng trong quá trình tiến triển có thể xảy ra các biến chứng.

1.7. 2. Biến chứng:

- Sốc nhiễm khuẩn: Thường xảy ra ở những bệnh nhân không được điều trị đặc hiệu, được điều trị đặc hiệu nhưng quá muộn hoặc dùng kháng sinh không phù hợp. Bệnh nhân xuất hiện khó thở, tím tái, mạch nhanh, HA hạ.
- Xẹp phổi: Xẹp một thùy hay một phân thùy phổi do cục đờm quánh làm tắc phế quản.
- Áp xe phổi: Rất thường gặp do điều trị kháng sinh không đủ liều lượng, BN sốt dai dẳng khạc đờm nhiều có mủ.
- Tràn mủ màng phổi, tràn mủ màng ngoài tim.

1.8. Điều trị:

1.8.1. Điều trị hỗ trợ

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

1.8.2. Điều trị triệu chứng

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

1.8.3. Điều trị nguyên nhân

- *Do phế cầu, liên cầu:*
  + Kháng sinh chính hiện nay vẫn là: **penicillin.**
  + Nếu bị dị ứng với penicillin thì dùng loại macrolid như erythromycin
- *Do tụ cầu vàng:*
  + Tụ cầu vàng nhạy cảm với methicillin
  + Tụ cầu vàng đề kháng methicillin: có thể dùng cefalosporin thế hệ III như cefotaxim (Claforan, Cefomic)

- Do *Hemophillus influenza:* có thể dùng:
  + Ampicillin
  + Gentamicin 3.
- Do Klebsiella pneumoniae: thường điều trị phối hợp cefalosporin thế hệ III với amikacin.
- Do vi khuẩn kỵ khí: penicillin G hay metronidazol
- Do hóa chất: kháng sinh thường dùng là penicillin G phối hợp với prednison

1.9. Phòng bệnh

Viêm phổi là một trong những bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến nhất, ngày nay nhờ vào nhiều loại kháng sinh mới, mạnh nên tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm nhiều. Tuy nhiên vẫn có trường hợp xảy ra thành những vụ dịch nhất là do virus.

Để phòng bệnh, giảm biến chứng phải nâng cao thể trạng, giữ ấm trong mùa lạnh, loại bỏ những yếu tố thúc đẩy như môi trường không trong sạch, không hút thuốc lá, phòng ngừa và điều trị sớm, tận gốc các nhiễm trùng ở đường hô hấp trên, các đợt cấp của bệnh phổi mạn tính, điều trị sớm và theo dõi sát giai đoạn sớm của nhiễm trùng đường hô hấp, tránh lây lan. Ngày nay đã có một số vaccin của nhiều loại virus đã được sử dụng và cả một số thuốc chống virus.

2. Kế hoạch chăm sóc

2.1. Nhận định

2.1.1. Hỏi bệnh

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

2.1.2. Quan sát tình trạng của bệnh nhân

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

2.1.3. Thăm khám

- Đo nhiệt độ, bắt mạch xem nhiệt độ có tăng và mạch có nhanh không?
- Tần số thở có nhanh không?
- Ấn các khoảng gian sườn có đau không?
- Khám phổi có hội chứng đông đặc phổi: rung thanh tăng, gõ đục, âm phế bào giảm.
- Nghe phổi có âm thổi ống và ran nổ chung quanh vùng đông đặc không?

Xem xét các xét nghiệm cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng.
+ Soi tươi và cấy đờm, cấy máu có thể tìm thấy phế cầu.
+ Chụp phim phổi thấy có một đám mờ bờ rõ hay không rõ, chiếm một
+ thùy hay phân thùy.

2.1.4. Thu thập các dữ kiện

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

2.2. Chẩn đoán điều dưỡng

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

- Giảm lưu thông đương thở do tăng tiết đàm (khó thở)
- Bệnh nhân sốt do nhiễm trùng.
- Mất nhiều năng lượng do tăng thở và nhiễm khuẩn.
- Mất nước do sốt và tăng thở
- Nguy cơ xảy ra biến chứng do điều trị không hiệu quả.
- Thiếu kiến thức tự chăm sóc

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Tăng cường lưu thông đường thở cho bệnh nhân.
- Hạ sốt cho bệnh nhân.
- Giảm mất năng lượng cho bệnh nhân
- Chống mất nước cho bệnh nhân.
- Hạn chế tối đa xảy ra các biến chứng
- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân.

2.4. Thực hiện chăm sóc

2.4.1. Tăng cường lưu thông đường thở:

Sự tiết dịch ở đường thở làm cản trở trao đổi khí, làm tăng nhiễm bẩn đường thở, làm chậm quá trình khỏi bệnh. Điều dưỡng cần phải tăng cường quá trình lưu thông đường thở cho bệnh nhân bằng cách:

- Dặn bệnh nhân uống nhiều nước (2-3 lít/ngày) để làm loãng đờm và dễ long đờm, uống nhiều nước còn bù lại lượng nước mất do sốt, thở nhanh. Tốt nhất là cho bệnh nhân uống nước trái cây.
- Làm ẩm và ấm không khí hít vào phương pháp cũng là để làm loãng đờm và dễ long đờm. Có thể bảo bệnh nhân đeo khẩu trang, hít vào bằng đường mũi rồi thở ra qua môi khép.

Giúp bệnh nhân ho có hiệu quả:

- Ho tư thế ngồi và ho cúi về phía trước vì tư thế thẳng vuông góc cho phép ho mạnh hơn.
- Đầu gối và hông gấp lại để cơ bụng mềm và ít căng cơ bụng khi ho.
- Hít vào chậm qua mũi, thở qua môi mím.
- Dẫn lưu đờm theo tư thế, kết hợp vỗ và rung lồng ngực để tống đờm ra ngoài. Sau khi dẫn lưu tư thế kết hợp vỗ và rung lồng ngực bảo bệnh nhân thở sâu và ho mạnh để tống đờm ra ngoài. Nếu bệnh nhân quá yếu, đờm nhiều, không thể ho hiệu quả được có thể hút đờm dãi cho bệnh nhân.
- Thở oxy có chỉ định, cần theo dõi hiệu quả của thở oxy và nồng độ oxy trong máu.
- Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh, thuốc loãng đờm.

2.4.2. Hạ sốt cho bệnh nhân.

- Cho người bệnh nằm phòng thoáng mát
- Nới rộng quần áo
- Lau mát cho bệnh nhân bằng nước ấm.
- Thực hiện thuốc hạ sốt theo y lệnh
- Theo dõi nhiệt độ trước và sau khi dùng thuốc.

2.4.3. Giảm mất năng lượng:

- Để bệnh nhân nằm nghỉ trên giường bệnh để giảm hao năng lượng, cho bệnh nhân nằm tư thế Fowler, dặn bệnh nhân thay đổi tư thế thường xuyên.
- Cho thuốc giảm ho và giảm đau nếu có chỉ định.

2.4.4. Chống mất nước:

- Do sốt và tăng tần số thở, cơ thể sẽ mất nước nên cần cho bệnh nhân uống nhiều nước (2-3 lít/ngày). Nên cho bệnh nhân uống sữa, nước cháo, nước trái cây để vừa cung cấp chất dinh dưỡng vừa chống mất nước.
- Truyền dịch nếu có chỉ định.

2.4.5. Theo dõi và đề phòng biến chứng

- Theo dõi sát tình trạng hô hấp của bệnh nhân
- Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu sinh tồn vào những khoảng thời gian nhất định tuỳ thuộc vào tình trạng bệnh nhân để đánh giá sự đáp ứng của bệnh nhân với tiến trình điều trị.
- TD liên tục và chặt chẽ cả về lâm sàng và cận lâm sàng để phát hiện kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.
- Phòng tránh sự lây lan của vi khuẩn gây bệnh:
  + Tăng cường sự thông thoáng khí các buồng bệnh
  + Hạn chế sự tiếp xúc: không xếp nhiều bệnh nhân trong phòng. Hạn chế khách, nhân viên y tế ra vào buồng bệnh. Hướng dẫn bệnh nhân dùng khăn hoặc giấy vệ sinh để che mũi miệng khi ho, hắt hơi và quay mặt sang một bệnh khi nói với người khác.
  + Nhân viên y tế rửa tay trước và sau khi khám làm thủ thuật trên bệnh
  + nhân. áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật...
  + Xử lý chất thải bỏ, dụng cụ cho người bệnh theo quy định.

2.4.6. Giáo dục sức khoẻ

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

2.5. Đánh giá

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

- Bệnh nhân được ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi thích hợp được đảm bảo.

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

BÀI 6
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN APXE PHỔI

Mục tiêu

1.Trình bày nhận định được tình trạng bệnh nhân áp xe phổi

2.Trình bày lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi

Nội dung

1.Đại cương

Áp xe phổi là một tình trạng nung mủ do hoại tử nhu mô phổi sau một quá trình viêm cấp, mà nguyên nhân chủ yếu là vi khuẩn mủ, ký sinh trùng. áp xe phổi có thể xảy ra trên một phổi trước đó chưa có tổn thương gọi là nung mủ phổi tiên phát hoặc xảy ra trên một phổi đã có tổn thương trước đó gọi là nung mủ phổi thứ phát.

Tỷ lệ áp xe phổi khá cao, khoảng 3 - 5% các bệnh phổi nói chung. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tuổi trung niên có tỷ lệ cao hơn. Bệnh thường dễ khởi phát sau yếu tố thuận lợi như thay đổi mùa, cơ thể suy kiệt, uống rượu, thuốc lá, đái tháo đường, ở các bệnh phổi mạn tính hoặc mắc một số bệnh khác làm giảm sức đề kháng.

Tiên lượng của bệnh khả quan hơn kể từ khi có các phương tiện chẩn đoán sớm.

2.Nguyên nhân

2.1 Nguyên nhân do vi khuẩn gây bệnh:

Vi khuẩn kỵ khí: đây là những vi khuẩn thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ từ 60 - 80%, đó là: Bacteroide, Fragilis, Peptococus, Peptostreptococus...

Tụ cầu vàng.

Klebsialla pneumoniae.

Các vi khuẩn khác như: phế cầu, liên cầu, vi khuẩn gram âm cũng có thể gây bệnh nhưng ít gặp hơn.

Ký sinh trùng: thường gặp nhất là amíp, có thể nguyên phát, nhưng hầu hết là thứ phát.

3.Các yếu tố thuận lợi:

Do các vật lạ lọt vào đường hô hấp.

Các nguyên nhân làm tắc nghẽn đường hô hấp.

Các khối u ở phổi, các bệnh phổi có trước.

Bệnh về tim mạch.

Các chấn thương lồng ngực hở, đặt nội khí quản.

Những cơ địa xấu.

4.Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

4.1Giai đoạn khởi đầu (nung mủ kín):

Sốt cao, rét run, vẻ mặt nhiễm trùng và nhiễm độc.

Ho khan và đau ngực, đau ngực tăng lên khi ho hay thở sâu.

Có thể khó thở nhẹ.

Khám phổi có thể phát hiện được hội chứng đông đặc phổi.

Xét nghiệm máu: thấy bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân tăng, máu lắng tăng.

Chụp phim phổi: thấy hình mờ tròn hay bầu dục, thường gặp ở đáy phổi phải.

4.2Giai đoạn khạc mủ:

Sau khoảng 5 - 7 ngày bệnh nhân ho và đau ngực tăng lên, tình trạng nhiễm độc ngày càng nặng, hơi thở hôi, bệnh nhân ọc ra mủ sau một cơn ho mạnh hay gắng sức, số lượng nhiều từ 300 - 500 ml/ngày. Mủ nhầy, thối, có thể lẫn máu và sau khi ộc ra mủ bệnh nhân cảm giác dễ chịu hơn, sốt giảm, đau ngực giảm dần.

4.3Giai đoạn nung mủ hở:

Sau thời gian ộc mủ khoảng 3-5 ngày, các triệu chứng cơ năng giảm hay mất dần, nếu được điều trị tốt bệnh nhân khoẻ hơn, ăn uống có cảm giác ngon miệng.
Khám phổi giai đoạn này có thể phát hiện hội chứng hang với ran ẩm to hạt.
Chụp phim phổi thấy có một hình hang tròn, bờ dày có mức hơi nước.
Cấy đờm phát hiện nguyên nhân gây bệnh.
Tiến triển và điều trị

5.Tiến triển:

Trước thời kỳ chưa có kháng sinh đặc hiệu thì áp xe phổi là một bệnh nặng, tỷ lệ tử vong tương đối cao, nhất là trẻ em và người già.
Hiện nay áp xe phổi nhờ có kháng sinh đặc hiệu nên bệnh tiến triển tốt, tỷ lệ khỏi bệnh cao và thường ít để lại di chứng.

6.Một số biến chứng của áp xe phổi:

Tràn dịch tương, dịch sợi hay tràn mủ màng phổi để lại di chứng dày dính màng phổi, gây suy hô hấp mạn.
Ho ra máu nặng.
Nhiễm trùng huyết.
Viêm màng tim, viêm trung thất.
Giãn phế quản, xơ phổi.
Áp xe phổi mạn tính.

7.Chăm sóc bệnh nhân áp xe phổi

7.1 Nhận định tình hình

Hỏi bệnh nhân:

Bệnh nhân có hít phải vật lạ vào phổi trong thời gian gần đây không?
Bệnh nhân có mắc bệnh về đường hô hấp trong thời gian gần đây không?
Thời gian gần đây có mắc bệnh gì không?
Tình trạng mệt mỏi, đau đầu, sốt sụt cân... như thế nào?
Ho khó thở như thế nào?
Số lượng và tính chất của đờm?
Tình trạng và tính chất của đau ngực?
Trước đây đã bị như vậy lần nào chưa?
Tiến triển của bệnh có nặng lên không?
Tình hình sử dụng kháng sinh và hiệu quả của thuốc?

Quan sát theo dõi:

Tình trạng toàn thân: thể trạng bệnh nhân, tình trạng tinh thần...
Tình trạng hô hấp: tần số và mức độ khó thở.
Ho, mức độ và các biểu hiện khác kèm theo ho.
Số lượng, màu sắc và tính chất đờm.
Tình trạng đau ngực của bệnh nhân.

Thăm khám bệnh nhân:

Kiểm tra các dấu hiệu sống của bệnh nhân.
Kiểm tra tình trạng hô hấp: nhịp thở, sự di động của lồng ngực, lưu ý hội chứng đông đặc phổi hay các âm bất thường ở phổi.
Tình trạng tim mạch: nhịp tim, tiếng tim, các tiếng bất thường ở tim.
Xem kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng.

Đánh giá bằng thu nhận thông tin:

Thu thập qua gia đình bệnh nhân.
Các kết quả khác từ hồ sơ bệnh án và các thuốc đã sử dụng.

7.2 Chẩn đoán điều dưỡng

Qua khai thác các giai đoạn trên giúp cho người điều dưỡng có được chẩn đoán điều dưỡng. Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể có ở bệnh nhân áp xe phổi như sau:
Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng.
Vẻ mặt mệt mỏi do nhiễm trùng và nhiễm độc.
Đau ngực do tổn thương nhu mô phổi.
Nguy cơ tràn dịch màng phổi do áp xe vỡ vào khoang màng phổi.
Nguy cơ nhiễm trùng huyết do điều trị không hiệu quả.
Lập kế hoạch chăm sóc
Người điều dưỡng cần phải phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên.

7.3 Chăm sóc cơ bản:

Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm ở tư thế dễ chịu nhất.
Buồng bệnh phải yên tĩnh, thoáng mát sạch sẽ.
Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.
Ăn đầy đủ năng lượng, nhiều hoa quả tươi. Thức ăn lỏng, dễ tiêu.
Hạ sốt bằng cách chườm lạnh hoặc dùng thuốc nếu bệnh nhân sốt cao.
Vệ sinh sạch sẽ hằng ngày.

7.4 Thực hiện các y lệnh:

Cho bệnh nhân uống thuốc.
Làm các xét nghiệm cơ bản.

7.5 Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
Theo dõi một số xét nghiệm như: công thức máu, tốc độ lắng máu, soi tươi và cấy đờm, chụp phim phổi.
Theo dõi tính chất ho.
Theo dõi số lượng đờm và tính chất của đờm.
Theo dõi lượng nước vào ra, cũng như chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân.
Theo dõi cách sử dụng thuốc và đáp ứng điều trị.

7.6 Giáo dục sức khoẻ:

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về các nguyên nhân, yếu tố thuận lợi, biểu hiện lâm sàng và tiến triển của bệnh để có thái độ điều trị và chăm sóc chu đáo. Cần phải điều trị và phòng bệnh tốt để tránh tái phát.
Thực hiện kế hoạch chăm sóc
Đặc điểm của bệnh nhân áp xe phổi là tiến triển cấp tính, bệnh có thể lành và không để lại di chứng nếu được chẩn đoán, điều trị và chăm sóc một đúng cách. Bệnh nhân có thể tử vong do những biến chứng của bệnh hoặc do tai biến điều trị.

Bài 7
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI

Mục tiêu

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ gây và triệu chứng ung thư phổi

2. Trình bày được chăm sóc bệnh nhân ung thư phổi

Nội dung

1. Đại cương:

Ung thư phổi là tình trạng xuất hiện khối u ở thành hoặc lớp biểu mô phế quản. Phổi cũng thường là vị trí của ung thư di căn từ nơi khác đến qua hệ thống tuần hoàn TM hoặc dẫn truyền bạch mạch. Ung thư phổi là bệnh rất thường gặp, đứng thứ 3 trong các bệnh phổi mạn tính và đứng thứ 5 trong các ung thư phủ tạng.

Theo hình thái tế bào học, Tổ chức Y tế Thế giới đã chia ung thư phổi thành 4 loại:

- Ung thư tế bào biểu bì (hay ung thư tế bào vẩy) là loại hay gặp nhất.
- Ung thư tế bào tuyến.
- Ung thư tế bào nhỏ.
- Ung thư tế bào to.

2. Các yếu tố nguy cơ:

2.1. Thuốc lá:

Ung thư phổi thường gặp ở người nghiện thuốc lá, người nghiện thuốc lá có nguy cơ ung thư phổi gấp 10 lần so với người không hút thuốc lá. Thời gian hút càng nhiều, số lượng hút càng nhiều thì tỷ lệ mắc ung thư phổi càng cao. Ung thư biểu bì liên quan tới hút thuốc nhiều nhất. Ung thư tế bào tuyến không liên quan tới hút thuốc. Người ta thấy rằng trong khói thuốc lá có những chất có khả năng gây ung thư đó là các hydrocacbua thơm đa vòng như: 3 - 4 Benzopyrin và Selenium trong giấy cuộn thuốc lá.

2.2. Khí quyển bị ô nhiễm:

Do hơi đốt từ gia đình, xí nghiệp, hơi xả ra từ các động cơ cũng là yếu tố nguy cơ gây ung thư phổi. ở các nước công nghiệp phát triển ung thư phổi gặp nhiều hơn.

2.3. Nghề nghiệp:

Cũng là yếu tố nguy cơ của ung thư phổi. Những công nhân làm ở mỏ phóng xạ (Uranium), công nhân tiếp xúc với nhiều hóa chất như: Arsenic, Nickel carbonyl, Cromate, sắt, than, nhựa, khí đốt... cũng có tỷ lệ ung thư cao.

2.4. Các yếu tố khác:

- Di truyền: Chưa được chứng minh.
- Virut: Các nhà bác học mới chỉ chứng minh được virut gây ung thư ở súc vật thực nghiệm mà thôi.
- Tuổi và giới: Nam bị ung thư nhiều hơn so với nữ. Tuổi thường gặp là 40-60 tuổi.
- Địa dư: Các nước công nghiệp phát triển, tỷ lệ ung thư ở thành phố cao hơn ở nông thôn.
- Các bệnh ở phế quản phổi:

+ Sẹo cũ di tích của ngoại vật ở phổi, sẹo của nhồi máu phổi.

+ Viêm nhiễm mạn tính: Như lao phổi, người ta cho rằng lao phổi làm giảm miễn dịch. Có tác giả cho rằng, một số thuốc chống lao về thực nghiệm có thể gây ung thư nhưng trên người thì chưa được chứng minh.

3. Triệu chứng:

3.1. Lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện phụ thuộc vào kích thước, vị trí của khối u, độ bít tắc phế quản, sự xâm lấn di căn.

Triệu chứng thường gặp là:
- Ho do kích thích phế quản, ho khan hoặc ho có đờm, dùng thuốc điều trị không đỡ, ho keo dài.
- Ho ra máu: Gặp triệu chứng này khoảng 50% các trường hợp, ho ra máu rất ít lẫn với đờm, thường ho về buổi sáng.
- Nhiễm khuẩn tái phát đường hô hấp: Có thể biểu hiện như một viêm phổi, nghĩ đến ung thư phổi khi bệnh nhân hết sốt, không khạc đờm mủ, hình ảnh X quang còn tồn tại lâu trên 1 tháng.
- Đau ngực: Không có điểm đau rõ rệt, thường đau bên tổn thương. Đau ngực thường là dấu hiệu muộn do khối u xâm lấn vào màng phổi, thành ngực, trung thất. Có khi đau quanh bả vai, mặt trong cánh tay (H/chứng Pancoart- Tobias). có khi đau kiểu đau thần kinh liên sườn, nên thầy thuốc có khi nhầm với viêm quanh khớp vai, đau dây thần kinh liên sườn.
- Khó thở: ít gặp, thường do tắc phế quản gây xẹp phổi. Có khi khó thở do liệt cơ hoành hoặc do khối u di căn vào màng phổi gây tràn dịch màng phổi.
- Các triệu chứng khác: Khàn tiếng, khó nuốt, phù mặt - cổ, tràn dịch màng phổi đều là các dấu hiệu muộn của bệnh.
- Ngón tay dùi trống, sưng đau các khớp (H/chứng Pierre-Marie).
- Triệu chứng toàn thân: Mệt mỏi, sút cân, chán ăn, thiếu máu xuất hiện muộn.
- Các vị trí ung thư thường di căn tới: Hạch, xương, não, phổi bên đối diện, tuyến thượng thận.

3.2. Các triệu chứng cận lâm sàng:
- Chụp X quang phổi: Chụp thẳng, nghiêng, cắt lớp có thể phát hiện được tổn thương, chụp phế quản sau bơm thuốc cản quang.
- Xét nghiệm đờm tìm tế bào ung thư.
- Soi phế quản để xác định vị trí của khối u, nếu thấy khối u làm sinh thiết để xét nghiệm tế bào, nếu không thấy khối u thì hút dịch phế quản để xét nghiệm tế bào.
- Sinh thiết hạch, sinh thiết phổi qua thành ngực.
- Thăm dò chức năng hô hấp: Nếu chỉ số Tiffeneau < 50%, không có chỉ định phẫu thuật.

4. Điều trị:
Mục tiêu điều trị là kéo dài tối đa đời sống của bệnh nhân và nâng cao chất lượng cuộc sống.
Chỉ định điều trị phụ thuộc vào loại ung thư, giai đoạn và trạng thái sinh lý của tim phổi, tình trạng toàn thân.
Các phương pháp điều trị có thể áp dụng bao gồm:
- Phẫu thuật: Cắt đoạn phổi, thường áp dụng khi khối u chưa có di căn, chức năng tim phổi bình thường.
- Tia xạ: Dùng để điều trị cho các trường hợp ung thư tế bào nhỏ, ung thư biểu bì không thể phẫu thuật được. Tia xạ có thể làm giảm các triệu chứng ho, đau ngực, khó thở, chảy máu trong một thời gian. Điều trị bằng tia xạ chỉ là tạm thời, không có tính triệt để. Điều trị tia xạ thường có hại cho các mô lành xung quanh. Biến chứng của tia xạ gồm: Viêm thực quản, viêm phổi, xơ phổi. Khi điều trị bằng tia xạ điều dưỡng phải theo dõi các triệu chứng nhiễm khuẩn, thiếu máu.
- Hóa trị liệu: Có tác dụng kéo dài thời gian sống đối với ung thư tế bào nhỏ. Còn để điều trị các khối u có di căn, có thể kết hợp với điều trị phẫu thuật và tia xạ.
+ Cần phối hợp 3 thứ thuốc chống ung thư trở lên.
+ Các hoá chất thường điều trị: Endoxan, Methotrexate, Vincristin…vv. Hoá trị liệu

có thể tạm thời làm giảm các triệu chứng đặc biệt là đau. Khi dùng hoá trị liệu điều dưỡng phải theo dõi là: Số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu, số lượng tiểu cầu, rụng tóc, chán ăn, giảm tế bào máu.
- Điều trị bằng phương pháp miễn dịch: Dùng BCG, lấy 2ml hỗn dịch BCG rạch da và bôi lên da, rạch 10 rạch (diện tích 5 cm), mỗi tuần làm một lần.
- Điều trị triệu chứng: Dùng thuốc giảm đau, an thần, kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

5. Chăm sóc:

5.1. Nhận định:

* Hỏi bệnh:
- Tiền sử bệnh nhân có hút thuốc không? Hút bao nhiêu năm? Mỗi ngày hút khoảng bao nhiêu điếu?
- Hỏi nghề nghiệp? địa điểm sinh sống và môi trường sống?
- Tiền sử gia đình có ai mắc bệnh ung thư không?
- Tình trạng bệnh: Bệnh khởi phát như thế nào? Thời gian bao nhiêu? hỏi các triệu chứng?
+ Ho từ bao giờ? Ho khan hay ho có đờm? Ho có lẫn máu không? Máu màu gì? số lượng máu?
+ Đau ngực: Vị trí, tính chất đau, mức độ đau?
+ Khó thở: Mức độ khó thở, tính chất khỏ thở?
+ Các triệu chứng khác: Đau khớp, nuốt khó, nói khó, chán ăn, có gầy sút nhanh không, có sốt không?

* Khám thực thể:
- Toàn thân: Thể trạng chung? Cân nặng? Tìm dấu hiệu nhiễm khuẩn (xem lưỡi có bẩn không? thân nhiệt?), khám phù, đầu ngón tay, hạch ngoại biên có to không? (chú ý hạch thượng đòn, hạch hố nách).
- Hô hấp: Hình thể lồng ngực? Cơ hô hấp có co kéo không? Đếm tần số thở? Xem số lượng, màu sắc đờm?
- Tuần hoàn: Đếm mạch, đo HA, tiếng tim?
- Tinh thần: Xem bệnh nhân có chán nản, bi quan, lo lắng không?
- Tham khảo các kết quả xét nghiệm.

5.2. Chẩn đoán chăm sóc: Có thể là:
- Đau do khối u xâm lấn vào màng phổi, thành ngực hay trung thất. Có thể đau do thủ thuật.
- Khó thở do khối u làm tắc phế quản và do tăng tiết dịch phế quản hoặc do tràn dịch màng phổi.
- Suy dinh dưỡng do tăng chuyển hoá, chán ăn.
- Lo lắng, chán nản, bi quan do cái chết đe dọa.
- Có nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp do tắc nghẽn, do khối u và dịch phế quản và do giảm sức đề kháng của cơ thể.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc:
- Làm giảm đau cho bệnh nhân.
- Làm giảm khó thở cho bệnh nhân.
- Cải thiện tình trạng dinh dưỡng.
- Chăm sóc về tinh thần.
- Làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp.

5.4. Thực hiện chăm sóc:

* Giảm đau cho bệnh nhân:

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi thoải mái.
- Tăng cường giấc ngủ cho bệnh nhân.
- Hỗ trợ bệnh nhân khi làm các thủ thuật.
- Thực hiện y lệnh:Thuốc giảm đau, an thần, thuốc điều trị khối u.(chú ý theo dõi tác dụng phụ của thuốc)
* Giảm khó thở cho bệnh nhân:
- Cho bệnh nhân nằm đầu cao (tư thế Fowler).
- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản bằng cách dẫn lưu tư thế kết hợp với vỗ rung lồng ngực, khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước. Thực hiện thuốc long đờm, kháng sinh theo y lệnh của thầy thuốc. Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản còn có tác dụng chống nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu để tăng cường sự giãn nở cơ hoành giúp bệnh nhân thở dễ dàng.
- Nếu khó thở do tràn dịch màng phổi phải báo cho thầy thuốc và chuẩn bị dụng cụ phụ giúp thầy thuốc chọc tháo dịch.
* Cải thiện về dinh dưỡng cho bệnh nhân:
- Giải thích cho người nhà và bệnh nhân hiểu biết tầm quan trọng của dinh dưỡng đối với diễn biến bệnh.
- Cho bệnh nhân ăn đủ calo, tăng đạm, cho bệnh nhân ăn từng bữa nhỏ, nhiều bữa trong ngày, thức ăn có lượng đạm cao như: sữa, trứng, thịt, tôm, cá…vv. Phải thay đổi món ăn để phù hợp với khẩu vị của bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân không ăn được phải cho bệnh nhân ăn bằng sonde và truyền dịch nuôi dưỡng.
- Theo dõi xem bệnh nhân có ăn hết khẩu phần không? Theo dõi cân nặng.
* Chăm sóc về tinh thần:
- Thường xuyên gần gũi động viên, an ủi bệnh nhân.
- Lắng nghe ý kiến, nguyện vọng của họ để đáp ứng.
- Hạn chế yếu tố Stress.
- Theo dõi những diễn biến về tinh thần, tình cảm để kịp thời chăm sóc.
* Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp:
- Làm sạch đường thở và dùng kháng sinh theo y lệnh để chống nhiễm khuẩn.
- Theo dõi nhiệt độ, số lượng màu sắc đờm, công thức bạch cầu, tần số thở, mạch, HA.

5.5. Đánh giá kết quả chăm sóc:

Kết quả mong muốn là:
- Bệnh nhân đỡ ho, đỡ khó thở, đỡ đau.
- Bệnh nhân không sút cân nhiều.
- Bệnh nhân không bị nhiễm khuẩn.
- Bệnh nhân yên tâm, đỡ lo lắng, không bi quan, chán nản.
- Ngủ, nghỉ thoải mái (ngủ được từ 6 giờ trở lên trong ngày).

Bài 8
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HO RA MÁU

Mục tiêu

1.Trình bày định được định nghĩa và phân loại ho ra máu

2.Trình lý được chăm sóc bệnh nhân ho ra máu

Nội dung

1. Định nghĩa ho ra máu:

Ho ra máu là máu từ đường hô hấp dưới (vùng dưới thanh môn) được ho, khạc, trào, ọc ra ngoài qua đường miệng mũi.

2. Chẩn đoán phân piệt:

• Khạc ra máu từ đường hô hấp trên do tổn thương chảy máu vùng mũi, họng, răng, miệng.

• Ói ra máu do xuất huyết dạ dày: máu ói ra lẫn thức ăn, đỏ thẫm, có khi lẫn máu cục, ít bọt sau đó,người bệnh đi cầu ra phân đen. Cảm giác trước khi ói ra máu là nôn nao, khác với ho ra máu là nóng và ngứa ở trong ngực và cổ.

3. Phân loại ho ha máu: có 3 mức độ

- Ho ra máu nhẹ: từ vài ml đến dưới 50 ml/ 24 giờ. Ho ra máu loại này chiếm đa số những bệnh nhân ho ra máu.
- Ho ra máu trung bình: khi từ 50-200 ml/ 24 giờ.
- Ho ra máu nặng: khi trên 200 ml/ 24 giờ hoặc ho ra một lượng máu đủ để gây rối loạn trao đổi khí do tắc nghẽn.

4.Đánh giá bệnh nhận và theo dõi

4.1. Tình trạng hô hấp: ho ra máu có tắc nghẽn đường thở gây suy hô hấp? Theo dõi SpO_2 của bệnh nhân.

4.2. Tình trạng tim mạch: theo dõi mạch, huyết áp xem có trụy tim mạch?

4.3. Tình trạng tinh thần của bệnh nhân: bệnh nhân có bình tĩnh, có hợp tác với thầy thuốc hay không, hay quá lo lắng vật vã không hợp tác với thầy thuốc.

4.4. Ước lượng số lượng máu mất.

Xét nghiệm:

• Công thức máu, nhóm máu, creatinin huyết, đường huyết, ion đồ.

Chụp phim X-quang lồng ngực.

5.Mục tiêu điều trị

Phòng ngừa cho bệnh nhân không bị suy hô hấp, suy tuần hoàn do ho ra máu.

- Giảm lượng máu mất.
- Cấp cứu hồi sức kịp thời khi có tình trạng ho ra máu tắc nghẽn gây suy hô hấp - tuần hoàn.

4.1 Điều trị

4.1. 1 Những chăm sóc chung:

- Nằm nghỉ ở nơi yên tĩnh, tránh vận động, đi lại.
- Ăn lỏng (sữa, súp) hoặc nửa lỏng (cháo).
- Dùng thuốc giảm ho, an thần.

4.1.2. Xử Trí ho ra máu nhẹ:

- Ho ra máu ít, vài ml hoặc máu chỉ thành từng vệt trong chất khạc: chỉ cần các biện pháp chăm sóc chung như trên là đủ. Có thể dùng các thuốc như sau:

• Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.

• Adona 30 mg, uống 1 viên, ngày 3 lần hoặc

• Tranxenamic acid (Transamine) 500 mg, uống 1 viên, ngày 3 lần.
- Ho ra máu từ vài ml đến dưới 50 ml/ 24 giờ:
- Chăm sóc chung như trên.
- Thuốc:
• Carbazochrome sodium sulfonate 25 mg (Adona 25 mg), tiêm tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần, hoặc
• Tranexamic acide 250 mg (Transamine 250 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần.
• Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
• Chlorpheniramine 4 mg hoặc Diazepam 5 mg, tối uống một viên.

4.1.3. Ho ra máu vừa:

- Chăm sóc chung như trên.
- Thuốc:
• Carbazochrome sodium sulfonate 25 mg (Adona 25 mg), tiêm tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần, hoặc
• Tranexamic acide 250 mg (Transamine 250 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần.
Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
• Chlorpheniramine 4mg hoặc Diazepam 5 mg, tối uống một viên.
• Có thể dùng thêm:
+ Sandostatin 0,05- 0,1 mg tiêm dưới da hoặc pha trong 500 ml NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch.

4.1.4. Ho ra máu nặng (nhưng khạc ra được, không tắc nghẽn đường thở):

- Chăm sóc chung như trên.
- Cho thở Oxygen 3 lít/ phút.
- Thuốc:
• Carbazochrome sodium sulfonate 25 mg (Adona 25 mg), tiêm tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần, hoặc:
Tranexamic acide 250 mg (Transamine 250 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống/ lần, mỗi ngày 2-4 lần.
• Toplexil, uống 1-2 viên, ngày 3 lần.
• Chlorpheniramine 4 mg hoặc Diazepam 5 mg, tối uống một viên.
• Có thể dùng thêm:
+ Sandostatin 0,05- 0,1 mg tiêm dưới da hoặc pha trong 250 ml NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch 30 giọt/ phút.

Truyền dịch, truyền máu bồi hoàn khối lượng tuần hoàn, điện giải:

- Dùng máu và các chất thay thế máu (các dịch cao phân tử, dịch điện giải, glucose). Bồi hoàn điện giải chú ý Na,K.
- Bồi hoàn máu: truyền theo lượng máu mất, trung bình 250-750 ml, tùy trường hợp. Nên ưu tiên truyền hồng cầu lắng.
- Bồi hoàn điện giải và máu không để người bệnh có nguy cơ trụy tuần hoàn, đảm bảo cho người bệnh được an toàn trong những lần ho ra máu sau nếu có. Lượng dịch có thể từ 1-3 lít / 24 giờ, tùy trường hợp.

4.1.5. Ho ra máu tắc nghẽn:

- Xử trí như ho ra máu nặng nhưng trước hết phải bảo đảm thông khí phế nang: hút thông đường thở, đặt nội khí quản, mở khí quản, nếu cần thì chỉ định thông khí cơ học.

- Không dùng các thuốc chống ho, an thần khi đang có tình trạng tắc nghẽn.

4.1.6. Ho ra máu sét đánh: thường do đứt, vỡ một mạch máu, phình mạch trong hang ở vùng phổi bị tổn thương.

Bệnh nhân ho ra máu rất nhiều, tỉ lệ tử vong cao. Can thiệp như ho ra máu tắc nghẽn và ho ra máu lượng nhiều.

Các phương pháp điều trị khác:

4.1.7. Nội soi phế quản:

- Xác định vị trí chảy máu.
- Bơm adrenaline tại vị trí chảy máu.

4.1.8. Gây thuyên tắc động mạch phế quản

* Chỉ định cho BN ho ra máu lượng nhiều hoặc tái phát nhiều lần.
* Hiệu quả cầm máu có thể đạt được 90%.

4.1.9. Phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi

* Chỉ định trong ho ra máu lượng nhiều hoặc tái phát nhiều lần và tổn thương khu trú có khả năng phẫu thuật.

5.Theo dõi

- Tình trạng tri giác.
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, SpO_2, nhịp thở.
- Bệnh nhân còn tiếp tục ho ra máu hay không, ước lượng số lượng máu mất.
- Xác định nguyên nhân để điều trị đặc hiệu.

6. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lao phổi giai đoạn ho ra máu

– Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái giúp đường hô hấp được lưu thông dễ dàng.

– Nếu ho ra máu quá nhiều nên đặt ở tư thế Fowler

– Căn dặn bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường và tránh di chuyển hoặc vận động.

– Chuẩn bị sẵn ca nhổ có vạch đo số lượng máu thoát ra của bệnh nhân.

– Luôn sẵn sàng hút đờm ở miệng hoặc sâu trong đường thở để đảm bảo khí được thông thương tốt

– Luôn an ủi và động viên bệnh nhân yên tâm điều trị sẽ có kết quả tốt.

– Cách ly bệnh nhân ở khu vực dành riêng cho người bị lao phổi.

Thường xuyên theo dõi tình trạng bệnh nhân:

– Đo số lượng ho ra máu mỗi lần và tổng số máu ho ra trong 24h, cộng thêm số lần ho ra máu trong 24h

– Quan sát màu sắc của máu khi bệnh nhân ho ra: màu đỏ tươi, đen sẫm, đỏ đen có lẫn máu cục hay không

– Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở thường xuyên theo chỉ định bác sỹ

– Theo dõi tác dụng phụ của thuốc và các diễn biến bất thường có thể xảy ra như suy hô hấp, khó thở…

Tuân thủ thời gian uống thuốc trong kế hoạch chăm sóc bệnh nhân lao phổi theo hướng dẫn bác sĩ

– Cho bệnh nhân uống thuốc đúng liều lượng đã được bác sỹ kê đơn.

– Thuốc lao phải được dùng cùng một lúc cách thời điểm ăn sáng 2 giờ.

– Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng: xét nghiệm máu, đờm, chụp X quang…

Thực hiện chế độ ăn uống khoa học

– Luôn động viên bệnh nhân tích cực ăn uống vì khi mắc lao phổi khiến cơ thể trở nên chán ăn và sa sút cân nhanh chóng.

– Cho người bệnh ăn những thực phẩm giàu đạm, calo, rau quả, tăng cường các loại thức uống, nước ép.

Bài 9
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được những đặc điểm thường gặp của hen phế quản.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh hen phế quản.*

Nội dung

1. Nhận định

Hỏi:

- Tiền sử người bệnh.
- Thời gian xuất hiện các cơn hen, bị bệnh về đường hô hấp.
- Các nhiễm khuẩn mạn (xoang, họng…).
- Môi trường sống và làm việc.

Quan sát:

- Người bệnh bị hắt hơi liên tục, sổ mũi, ngứa mũi, ho khan.
- Toàn trạng, tinh thần (mệt mỏi, lo lắng, hốt hoảng, bồn chồn, cảm giác như sắp tắc thở).
- Người bệnh khó thở liên tục, khó thở khi thở ra, có tiếng cò cử, nói hổn hển, có lúc phải tỳ tay vào thành giường để thở, vã mồ hôi (nếu người bệnh bị hen co nhiễm khuẩn thường biểu hiện thân nhiệt cao).
- Cơn khó thở có thể kéo dài 5-10 phút, có khi hàng giờ hoặc cả ngày (hen nặng) sau đó giảm dần và hết. Khi hết cơn khó thở nhận thấy người bệnh rất mệt nhọc.
- Ho rất nhiều và khạc ra nhiều đờm dãi trắng dính, càng khạc được nhiều đờm càng thấy dễ chịu và buồn ngủ.
- Thu thập thông tin qua kết quả lâm sàng: phim phổi, chức năng hô hấp, khí máu…

2. Lập kế hoạch chăm sóc

Qua thông tin thu thập ở người bệnh đang có cơn hen, điều dưỡng cần có chuẩn đoán chăm sóc, nhận thấy nhu cầu người bệnh cần để có kế hoạch chăm sóc như:

- Theo dõi quan sát các dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu bất thường của người bệnh trong cơn hen.
- Chăm sóc tinh thần.
- Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc (thuốc, các xét nghiệm cấp, các thủ thuật…).
- Thực hiện các hành động chăm sóc người bệnh.
- Giáo dục sức khỏe.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và các dấu hiệu bất thường của người bệnh trong cơn hen

- Theo dõi sự thay đổi của cơ quan hô hấp: đếm nhịp thở, chú ý tần số, biên độ thở.
- Đo nhiệt độ, đếm mạch, nếu thấy kết quả bất thường phải báo ngay bác sĩ để can thiệp sớm, phòng biến chứng xảy ra.

3.2. Theo dõi tình trạng hiện tại

Về tinh thần người bệnh, người điều dưỡng cần trấn an, động viên an ủi họ, luôn có mặt bên cạnh người bệnh để họ yên tâm.

Đồng thời phải theo dõi sát sao đối với người bệnh hen có bội nhiễm, người già xuật hiện cơn hen đề phòng có những cơn ngừng thở để xử trí kịp thời.

3.3. Thực hiện các y lệnh của thầy thuốc

- Chuẩn bị phương tiện dụng cụ cho người bệnh thở oxy.
- Đồng thời theo dõi sát, nếu nhận thấy Sp02 thấp, biểu hiện của suy hô hấp → thông báo bác sĩ và chuẩn bị dụng cụ phụ bác sĩ đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo.
- Chuẩn bị phương tiện dụng cụ, khí dung thuốc giãn phế quản.
- Thực hiện các xét nghiệm cấp: xét nghiệm máu, khí máu…
- Khi thực hiện thuốc cho người bệnh có cơn hen → theo dõi sự đáp ứng của thuốc cũng như những phản ứng của thuốc đối với người bệnh.

3.4 Thực hiện các hành động chăm sóc

- Khi đang có cơn hen:
    - Nếu khó thở dữ dội, để người bệnh ở tư thế thích hợp để tạo thuận lợi cho sự thở và loại bỏ dịch xuất tiết.
    - Điều dưỡng ân cần động viên, lau mồ hôi cho người bệnh (nếu có), thay áo đẫm mồ hôi, cho thở oxy qua mũi…
- Hạn chế người nhà, bạn bè đến thăm khi đang đến cơn khó thở.
- Theo dõi, đánh giá tình trạng mất nước.
- Khi hết cơn hoặc có người bệnh cơn hen kéo dài vẫn cho người bệnh ăn uống đảm bảo đủ lượng calo/ngày, thức ăn giàu chất dinh dưỡng, đủ vitamin.
- Theo dõi sắc mặt, môi, dấu hiệu khát nước, thái độ của người bệnh, số lượng nước tiểu.
- Theo dõi sự thay đổi về tinh thần: lẫn lộn, mất định hướng, trầm cảm hay kích động.
- Theo dõi tình trạng hô hấp: mức độ khó khăn để phát hiện dấu hiệu thiếu oxy máu và suy hô hấp.
- Khi cơn khó thở giảm dần và hết, người bệnh rất mệt nhọc, điều dưỡng giúp vỗ rung để người bệnh dễ khạc nhổ đờm xuất tiết, thông thoáng đường hô hấp giúp người bệnh nhận được cảm giác dễ chịu.
- Sau khi hết cơn hen điều dưỡng cần đánh giá tình trạng hô hấp.
- Nếu người bệnh bị hen nặng cần tiếp tục thở oxy, nếu nhẹ hết cơn khó thở cần chăm sóc sự ngủ và nghỉ của người bệnh.
- Cho bệnh nhân nằm phòng yên tĩnh.
- Thực hiện những động tác chăm sóc nhẹ nhàng, loại trừ những yếu tố gây căng thẳng (stress) cho người bệnh

3.5. Giáo dục sức khỏe

- Kiểm soát chặt chẽ môi trường gây dị ứng. Đặc biệt trong phòng ngủ, trong nhà, tránh tiếp xúc với dị nguyên gây hen phế quản như: bụi nhà, phấn hoa, lông chó, mèo…
- Giải thích để họ hiểu sự lo lắng, cáu giận sẽ làm bệnh nặng lên.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, tập ho: hướng dẫn người bệnh tập thở bụng (thở cơ hoành), thở chụm môi, luyện tập làm giãn nở phổi, tập ho và khạc đờm.
- Có chế độ làm việc, ngủ, nghỉ ngơi, vận động hợp lý.
- Tránh môi trường ô nhiễm, nơi độ ẩm cao.

- Không hút thuốc lá, thuốc lào.
- Không lạm dụng thuốc giãn phế quản và thuốc co mạch.
- Không dùng các loại thuốc hay gây dị ứng như: penicillin.

4. Lượng giá

Một người bệnh đang có cơn hen được chăm sóc tốt khi điều dưỡng đáp ứng được các nhu cầu của người bệnh cần, sau khi chăm sóc nhận thấy:

- Người bệnh yên tâm, tin tưởng vào công tác chữa bệnh, chăm sóc của cán bộ y tế.
- Không bị nhiễm khuẩn, không có các biến chứng xảy ra.
- Người bệnh được chăm sóc chu đáo cả thể chất và tinh thần.
- Sau cơn hen: chức năng hô hấp đã ổn định, sinh hoạt và lao động bình thường.
- Người bệnh có kiến thức về y học, hiểu được những hướng dẫn, giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất :

1. Sau cơn khó thở hen phế Quản

A. Ho khạc đờm trắng lỏng
B. Ho khạc đờm quánh trắng dính
C. Ho khạc nhiều đờm dãi càng dễ chịu
D. Câu A và B đúng

2. Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản

A. Đặt người bệnh nằn đầu cao 30^0
B. Đặc người bệnh nằm đầu cao 45^0 hoặc ngồi
C. Thở 02 qua mặt nạ6-8 lít/phút để có Sp 0_2 > 95%
D. B và C đúng

3. Nguyên nhân làm cho người bệnh khó thở trong cơn hen

A. Co thắt phế quản B.Phù nề niêm mạc phế quản
B. Tăng tiết dịch phế quản D.Cả A, B, C

4. Đặc điểm khó thở của Hen Phế Quản

A.Khó thở chậm B.Khó thở ra C.Khó thở vào D.cả A và B

BÀI 10
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng người bệnh loét dạ dày- tá tràng.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh loét dạ dày-tá tràng.*

Nội dung

1. Nhận định

1.1. Hỏi:

- Triệu chứng:
  - + Đau bụng: vị trí, thời gian, cường độ.
  - + Triệu chứng kèm theo: Ợ hơi, ợ chua…
  - + Chú ý trường hợp không điển hình.
- Các yếu tố liên quan: nghề nghiệp, thói quen, lối sống
- Tiền sử gia đình có người loét tá tràng không, tiền sử dùng thuốc chữa các bệnh khác.

1.2. Khám:

- Dấu hiệu sinh tồn: chú ý mạch, nhiệt độ trong biến chứng xuất huyết tiêu hoá.
- Tổng trạng: da niêm nhợt trong trường hợp mạn tính.
- Tiêu hoá: bụng mềm? ấn đau vùng thượng vị hay không?
- Số lượng, màu sắc của chất nôn, phân và nước tiểu.

1.3. Tham khảo từ bệnh án:

- Chẩn đoán của BS
- Y lệnh thuốc, cận lâm sàng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc:

1. Chế độ nghỉ ngơi, giảm đau, giảm lo lắng cho người bệnh
2. Chế độ ăn uống.
3. Thực hiện y lệnh.
4. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng.
5. Giáo dục sức khoẻ.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

1.1. Chế độ nghỉ ngơi, giảm đau, giảm lo lắng cho người bệnh.

- Có chế độ nghỉ ngơi và làm việc thích hợp.
- Dùng thuốc an thần khi mất ngủ.
- Giải thích cặn kẽ cho người bệnh trong phạm vi cho phép.
- Chườm ấm vùng thượng vị khi đau trừ trường hợp có biến chứng xuất huyết tiêu hoá.

1.2. Chế độ ăn uống:

- Trong đợt đau ăn thức ăn mềm, lỏng. Ngoài đợt đau ăn uống bình thường với những thức ăn dễ hấp thu.
- Chia thức ăn làm nhiều bữa trong ngày, ăn điều độ, không để quá đói hoặc ăn quá no.
- Ăn nhẹ, từ từ, nhai kỹ.
- Khuyên người bệnh uống nhiều nước.
- Kiêng gia vị, cà phê, thuốc lá, rượu.
- Thức ăn nên hấp luộc, không ăn thức ăn quay, rán. Thức ăn không quá nóng hoặc quá lạnh.

1.3. Thực hiện y lệnh:

- Y lệnh thuốc:

* Nhóm hạn chế yếu tố huỷ hoại

+ Thuốc kháng acid: Gastropulgite, Maalox, Phosphalugel.

+ Thuốc ức chế tiết: Thuốc kháng histamin H2 (Cimetidin, Ranitidin, Famotidin, Nizatidin), thuốc ức chế bơm proton (Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Esomeprazole)….

* Nhóm tăng cường yếu tố bảo vệ: Sucralfat, hợp chất Bismuth…

* Nhóm điều trị nhiễm Helicobacter pylori

- Thực hiện và theo dõi CLS: Xét nghiệm máu, nội soi dạ dày, xét nghiệm dịch vị.

1.4. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng:

- Xuất huyết tiêu hoá:

+ Nôn ra máu, tiêu phân đen.

+ Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp tụt, thở nhanh.

* Theo dõi:

+ Theo dõi tình trạng xuất huyết

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

+ Theo dõi lượng nước xuất nhập, lượng nước tiểu 24h

+ Theo dõi ống thông dạ dày, hệ thống thở oxy (nếu có).

+ Thực hiện y lệnh thuốc, xét nghiệm….

- Thủng ổ loét:

+ Đau bụng đột ngột vùng thượng vị. Đau như dao gâm

+ Bụng gồng cứng như gỗ và xuất hiện triệu chứng shock

* Theo dõi: tình trạng bụng, báo BS mổ cấp cứu.

- Hẹp môn vị:

+ Ăn không tiêu, chán ăn, buồn nôn, nôn ói ra thức ăn cũ.

+ Người suy kiệt mất nước.

* Theo dõi:

+ Theo dõi triệu chứng bệnh

+ Theo dõi lượng nước xuất nhập.

+ Theo dõi ống thông dạ dày (nếu có)

+ Điều trị nội khoa không đỡ chuyển sang nội khoa.

- Ung thư hoá: chỉ gặp trong loét dạ dày, theo dõi, chăm sóc theo y lệnh của thầy thuốc.

1.5. Giáo dục sức khoẻ:

- Cung cấp một số kiến thức về bệnh.
- Kiêng các chất kích thích.
- Ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, nhai kỹ.
- Cẩn thận khi dùng thuốc (nhất là corticoid).
- Có chế độ nghỉ ngơi, làm việc thích hợp.
- Đề phòng các biến chứng.

4. Lượng giá:

- Tình trạng đau bụng giảm hoặc hết
- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý
- Thực hiện y lệnh thuốc, cận lâm sàng đầy đủ, chinh xác.
- Theo dõi, phát hiện sớm xử lý kịp thời các biến chứng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Khi bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng có biến chứng chảy máu tiêu hoá, dấu hiệu quan trọng nhân phải nhận định là:
   A. Số lượng và tính chất máu chảy qua nôn và ỉa phân đen
   B. Nhiệt độ
   C. Nhịp thở.
   D. Mạch, huyết áp.
2. Hướng dẫn bệnh nhân loét dạ dày- tá tràng không nên dùng những chất kích thích (như càphê, thuốc lá, ớt…) nhằm mục đích cơ bản là:
   A. Tăng cường khả năng tiêu hoá
   B. Tránh tăng tiết axit clohydric dạ dày
   C. Tránh tăng vận động dạ dày- tá tràng
   D. B+C
3. Biện pháp chủ yếu giúp cho bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng tránh được những yếu tố làm bệnh nặng lên:
   A. Thực hiện y lệnh của thầy thuốc
   B. Hướng dẫn chế độ ăn uống hợp lý
   C. Hướng dẫn chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi.
   D. Cung cấp một số kiến thức về bệnh cho bệnh nhân

BÀI 11
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY

Mục tiêu

1.Trình bày được các triệu chứng ung thư dạ dày

2.Trình bày được cách chăm sóc bệnh nhân ung thư dạ dày

Nội dung

1.Đại cương

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu của các ung thư đường tiêu hóa. Mặc dù tỷ lệ tử vong đã có chiều hướng giảm trong suốt 60 năm qua nhưng tỷ lệ bệnh so với các ung thư khác vẫn còn cao.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây bệnh ung thư dạ dày

- Chế độ ăn: nhiều muối, những thức ăn khô, thức ăn hun khói, thức ăn chứa nhiều chất nitrosamine làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư dạ dày.

Người hút thuốc lá có nguy cơ mắc ung thư dạ dày cao hơn người không hút. Gần đây người ta đã chứng minh được mối liên quan giữa viêm dạ dày do Helicobacter pylori với ung thư dạ dày. Các tổn thương, bệnh lý có nguy cơ cao như viêm teo dạ dày, vô toan, thiếu máu ác tính, dị sản ruột, u tuyến dạ dày cũng được xem là có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Những người có tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày do loét có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2 - 4 lần người bình thường.

3. Triệu chứng lâm sàng

Ở giai đoạn sớm, triệu chứng nghèo nàn hoặc không có triệu chứng gì. Khi bệnh phát triển thường có triệu chứng sau:

- Đau bụng là dấu hiệu thường gặp nhất, đau không có chu kỳ, không liên quan đến bữa ăn.
- Buồn nôn, nôn nếu khối u ở môn vị và tâm vị.
- Khó nuốt nếu khối u ở tâm vị.
- Suy nhược toàn thân, gầy sút nhanh.
- Hội chứng thiếu máu: Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Hội chứng xuất huyết tiêu hoá: Nôn ra máu, đi ngoài phân đen.
- Khám bụng có thể sờ thấy khối u hoặc đám cứng.
- Phát hiện các dấu hiệu di căn: cổ trướng, gan to, di căn hạch thượng đòn

3.1 Các chẩn đoán cận lâm sàng

- ***Nội soi ống mềm***: Qua nội soi có thể quan sát trực tiếp tổn thương, xác định vị trí, hình dạng, kích thước tổn thương. Đồng thời tiến hành sinh thiết tổn thương để chẩn đoán mô bệnh học.
- ***Chụp X quang dạ dày***: Là phương tiện phổ biến để phát hiện tổn thương ở giai đoạn tiến triển. Ở giai đoạn sớm cần kỹ thuật chụp đối quang kép gợi ý tổn thương, từ đó xác định thêm bằng nội soi.
- ***Siêu âm ổ bụng***: Tìm ổ di căn xa ở gan, tuỵ, buồng trứng...
- ***Siêu âm qua nội soi***: Giúp đánh giá mức độ xâm lấn của tổn thương qua các lớp của thành dạ dày.

- ***Chụp cắt lớp vi tính***: Đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương vào các tạng lân cận để có chỉ định điều trị.
- ***Chỉ điểm khối u***: CEA, CA72-4 tăng cao trong một số trường hợp. Có giá trị theo dõi, đánh giá kết quả điều trị.
- ***Xạ hình xương bằng máy SPECT***: Phát hiện tổn thương di căn xương từ rất sớm so với chụp X quang thông thường. Từ đó giúp lựa chọn biện pháp điều trị thích hợp. Tổn thương có thể ở xương sườn, xương chậu, xương cột sống,..
- ***Chụp PET/CT ((Positron Emission Tomography / Computer Tomography)***: Phương pháp này có giá trị: Phát hiện sớm tổn thương, đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, theo dõi, đánh giá đáp ứng với điều trị, phát hiện tái phát, di căn xa, tiên lượng bệnh.
- ***Sinh thiết tổn thương, chẩn đoán mô bệnh học***: Sinh thiết qua nội soi, lấy bệnh phẩm làm chẩn đoán mô bệnh học, có giá trị xác định bệnh. Các loại: Ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô không biệt hoá, ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô tế bào vảy, sarcom, u lympho ác tính.

4. Điều trị bệnh ung thư dạ dày

+ ***Phẫu thuật***: Là biện pháp cơ bản nhất để điều trị ung thư dạ dày. Bao gồm các phương pháp:
- Cắt một phần dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày đồng thời cắt bỏ mạc nối lớn + vét hạch.
- Trường hợp giai đoạn sớm tổn thương tại chỗ ở lớp niêm mạc có thể cắt bỏ rộng tổn thương qua nội soi.
- Khi bệnh ở giai đoạn muộn: Phẫu thuật cắt dạ dày nhưng không vét hạch, nối vị tràng, mở thông dạ dày, mở thông hỗng tràng.

+ ***Xạ trị***

Xạ trị trước mổ hoặc hoá xạ trị đồng thời có thể giúp người bệnh không mổ được trở nên mổ được và có thể kéo dài thời gian sống của người bệnh sau mổ một cách đáng kể.

+ ***Hoá trị***:

Có thể điều trị trước phẫu thuật, sau phẫu thuật, đồng thời với xạ trị, hoá chất đơn thuần hoặc kết hợp với điều trị đích trong trường hợp giai đoạn tiến triển, tái phát. Dùng hoá chất trong các trường hợp sau:
- Sau phẫu thuật: Khối u lớn, xâm lấn rộng ra quá thanh mạc, hạch (+), có di căn xa.
- Trước phẫu thuật: T2,T3,T4,N(+).
- Các trường hợp không còn khả năng phẫu thuật hoặc phẫu thuật nhưng còn để lại tổ chức ung thư.

+ ***Điều trị đích***

Dùng kháng thể đơn dòng kháng phần nội bào của thụ thể, yếu tố phát triển biểu môn (Her 2). Dùng trong trường hợp: Ung thư biểu mô tuyến giai đoạn tiến triển; tái phát; thất bại với các biện pháp điều trị khác mà có xét nghiệm Her 2 dương tính.

5.Cách phòng bệnh ung thư dạ dày

Không ăn thức ăn có chứa nhiều chất nitrosamin: dưa muối, cà muối.

Không ăn thức ăn có nhiều chất phụ gia, thức ăn hun khói.

Ăn nhiều các loại thực phẩm có chứa các vitamin: rau xanh, quả tươi.

Không hút thuốc lá, không lạm dụng rượu bia, tránh béo phì.

Điều trị bệnh viêm dạ dày mạn tính nhất là diệt vi khuẩn Helicobacter pylori. Sử dụng thường xuyên 2 viên CumarGold mỗi ngày

Phòng ngừa và hỗ trợ điều trị ung bướu

Giảm thiểu nguy cơ mắc ung bướu do các gốc oxy hóa gây ra

6.Chăm sóc bệnh nhân ung thư dạ dày

- Chế độ dinh dưỡng, nâng cao thể trạng cho bệnh nhân Ung thư dạ dày

Chế độ ăn hợp lý: nhiều trái cây, rau, ngũ cốc toàn phần, các sản phẩm từ sữa, một lượng thịt vừa phải, ít chất béo động vật và hạn chế đường. Nên vận động, tập thể dục đều đặn, nhẹ nhàng. Hạn chế vận động khi có biến chứng chảy máu dạ dày. Luôn lạc quan, thoải mải và tin tưởng vào thầy thuốcCân bằng chế độ ăn uống sau phẫu thuật ung thư dạ dày:

- Bệnh nhân ung thư dạ dày sau khi phẫu thuật không nên ăn uống trong ngày hôm đó, sau khi bỏ ống ra khỏi dạ dày có thể uống ít nước, mỗi lần từ 4-5 muỗng canh, 2 tiếng uống 1 lần. Nếu không có phản ứng bất thường, ngày tiếp theo có thể uống thêm lượng chất lỏng vừa phải, 50 - 80 ml/lần. Ngày thứ 3 để chế độ ăn toàn chất lỏng, mỗi lần từ 100-150ml, mỗi ngày ăn từ 6 - 7 bữa. Nguyên tắc ăn uống như sau: thực phẩm không phải là chất rắn, ăn ở dạng lỏng, ăn ít và chia làm nhiều bữa, cách 2 - 3 tiếng ăn 1 bữa, nên chọn các loại thức ăn không gây đầy hơi, không quá ngọt, như trứng, súp, cháo, súp rau, phở mềm. Sau khi ăn nên nằm nghỉ từ 20 - 30 phút.
- Bệnh nhân ung thư dạ dày sau khi phẫu thuật đến thời gian hồi phục trở lại bình thường, nên ăn ít các chất béo và chế độ ăn dạng lỏng, như cháo, mì… Mỗi ngày ăn 5 - 6 bữa, nguyên tắc ăn uống như sau: ăn dạng bán lỏng, trong đó thức ăn chứa hàm lượng protein ở mức bình thường, hàm lượng chất xơ thấp, chế độ ăn uống bán lỏng cần phải giàu năng lượng, giàu vitamin, hàm lượng protein cao, ít chất béo, thức ăn tươi dễ tiêu hóa. Đối với thực phẩm giàu protein, cá tự nhiên là sự lựa chọn tốt nhất, không những giúp cơ thể dễ hấp thu mà còn dễ tiêu hóa, là dạng thực ăn cân bằng rất tốt.
- Bệnh nhân sau phẫu thuật nên kiên trì nguyên tắc ăn ít và chia làm nhiều bữa, bởi vì ung thư dạ dày sau khi phẫu thuật cắt bỏ mang tính điều trị triệt để, chỉ còn một phần nhỏ của dạ dày có thể hoạt động bình thường, lượng thức ăn nạp vào phải ít hơn rất nhiều so với trước đây, chỉ có tăng số lượng bữa ăn mới có thể bổ sung lượng dinh dưỡng, đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của cơ thể. Thời gian ăn uống nhất định phải theo quy luật, ăn uống đúng giờ, duy trì ăn ít chia làm nhiều bữa, mỗi ngày có thể chia từ 5 - 6 bữa là thích hợp.
- Bệnh nhân nên ăn ít đồ ngọt, nếu sau phẫu thuật ăn lượng đồ ngọt quá nhiều sẽ gây nên những triệu chứng bất thường. Ngoài ra, ăn uống từ từ, đối với các thực

phẩm thô khó tiêu hóa, cần phải nhai nuốt từ tốn, cho đến khi có thể hấp thụ hết hoàn toàn.

- Với các thực phẩm lạnh, chiên, cay nóng và chua, sau khi phẫu thuật từ 3 - 6 tháng cơ thể hồi phục dần về trạng thái bình thường mới được ăn.
- Trong việc cân bằng chế độ ăn uống cho bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật, cần phải chú ý ăn các thức ăn rau xanh tươi hoặc gan động vật, giúp làm tăng sự hấp thu các khoáng chất vitamin, đối với các triệu chứng thiếu máu thiếu sắt dễ xảy ra sau phẫu thuật, cần phải chú ý ăn lượng thức ăn có máu động vật như thịt nạc, cá, lòng đỏ trứng, các sản phẩm từ đậu nành, rau xanh, vừng, táo tàu…

BÀI 12
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng người bệnh xuất huyết tiêu hóa.*
2. *Trình bày kế hoạch chăm sóc người bệnh xuất huyết tiêu hóa.*

Nội dung

1. Nhận định

1.1. Hỏi:

- Xuất huyết từ bao giờ
- Nôn ra máu hay đại tiện ra máu?
- Máu đen hay máu đỏ tươi?
- Số lượng nhiều hay ít?
- Trước khi nôn ra máu hay tiêu ra máu có uống thuốc gì không?
- Có sốt không?
- Có đau bụng khi nôn hoặc đại tiện không?

1.2. Khám:

- Quan sát thể trạng, da niêm, chất nôn, phân và nước tiểu.
- Lấy dấu hiệu sinh tồn
- Quan sát khám bụng, thăm khám trực tràng, hậu môn.

1.3. Tham khảo từ bệnh án:

- Chẩn đoán của BS
- Y lệnh thuốc, cận lâm sàng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc:

1. Chế độ nghỉ ngơi, giảm đau, giảm lo lắng cho người bệnh
2. Chế độ ăn uống.
3. Thực hiện y lệnh.
4. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng.
5. Giáo dục sức khoẻ.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

3.1. Chế độ nghỉ ngơi, giảm lo lắng cho người bệnh.

- Giảm lo lắng cho người bệnh: người bệnh nằm nghỉ ở phòng yên tĩnh, động viên để người bệnh yên tâm.

3.2. Chế độ ăn uống:

- Trong giai đoạn xuất huyết, cho người bệnh nằm đầu không gối, nhịn ăn trong 24 giờ đầu, đại tiểu tiện tại giường để theo dõi phân, nước tiểu và chất nôn
- Chỉ cho người bệnh ăn khi không còn nôn ra máu. Khi đã cầm máu có thể cho người bệnh ăn cháo lỏng, súp, sữa lạnh. Nguyên tăc chung là ăn từ lỏng đến đặc dần, các thức ăn mềm, không nóng.
- Kiêng rượu, càphê, gia vị.

3.3. Thực hiện y lệnh:

- Tiêm truyền theo y lệnh
- Lấy máu xét nghiệm.
- Chụp X quang theo y lệnh
- Đặt sonde dạ dày theo dõi chảy máu
- Đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm
- Chuẩn bị dụng cụ thuốc men để sẵn sàng cấp cứu cho người bệnh

3.4. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút một lần và nếu có dấu hiệu bất thường báo ngay NVYT để xử trí kịp thời, đặc biệt là theo dõi mạch, huyết áp trong trường hợp chảy máu nặng.

3.**5. Giáo dục sức khoẻ:**

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, tránh lo lắng và hợp tác tốt y lệnh điều trị, chăm sóc.
- Hướng dẫn người bệnh cách phát hiện sớm triệu chứng xuất huyết tiêu hóa, khi thấy có dấu hiệu bất thường phải đến ngay cơ sở y tế gần nhất để được xử trí kịp thời.

4. Lượng giá:

- Người bệnh được nghỉ ngơi yên tĩnh, giảm hoặc hết lo lắng về bệnh tật.
- Người bệnh được theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp, chất nôn, phân để phát hiện tình trạng chảy máu còn hay đã được cầm máu.
- Y lệnh điều trị và chăm sóc dược thực hiện một cách khẩn trương, đầy đủ và chính xác.
- Khi ra viện, người bệnh được giáo dục sức khỏe từ nhân viên y tế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chế độ ăn uống ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá:

A.Nhịn ăn trong 24 giờ đầu. B.Đại tiểu tiện tại giường.
C.Kiêng rượu, cà phê, gia vị. D.Cả A, B, C.

2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá bao lâu 1 lần:

A.15 phút/lần. B.30 phút/lần. C.1 giờ/lần. D.2 giờ/lần.

3. Đặc điểm của chảy máu tiêu hóa

A.Nôn ra máu B.Là cấp cứu nội khoa
C.Tiêu phân đen D.Có thể gặp vừa nôn ra máu vừa tiêu phân đen

BÀI 13
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XƠ GAN

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng người bệnh xơ gan.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh xơ gan.*

Nội dung

1. Nhận định

1.1. Hỏi:

- Triệu chứng cơ năng như mệt mỏi, chán ăn, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, đau hạ sườn phải, chảy máu chân răng, chảy máu cam.
- Tiền sử bệnh như: viêm gan, nghiện rượu…..

1.2. Khám:

- Quan sát thể trạng, tinh thần, da niêm.
- Lấy dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu (số lượng, tính chất), cân nặng.
- Quan sát, khám phát hiện tình trạng phù, xuất huyết, gan lách to, cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ...

1.3. Tham khảo từ bệnh án:

- Chẩn đoán của BS
- Y lệnh thuốc, cận lâm sàng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc:

1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống cho người bệnh.
2. Thực hiện y lệnh.
3. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng
4. Chế độ vệ sinh.
5. Giáo dục sức khoẻ.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống cho người bệnh.

- Trong giai đoạn xơ gan tiến triển, bệnh nhân phải được nghỉ ngơi, không làm các công việc nặng nhọc.

- Chế độ ăn: đảm bảo đường, đạm, vitamin và hạn chế mỡ. Ăn nhạt hoàn toàn khi có phù và cổ trướng. Hạn chế đạm khi ở giai đoạn xơ gan mất bù. Tuyệt đối không được uống rượu.

3.2. Thực hiện y lệnh.

- Tiêm truyền theo y lệnh, đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn

- Chuẩn bị dụng cụ thuốc men để sẵn sàng cấp cứu cho người bệnh khi có biến chứng.

3.3. Theo dõi, phát hiện, phòng ngừa biến chứng.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút một lần và nếu có dấu hiệu bất thường báo ngay NVYT để xử trí kịp thời, đặc biệt là theo dõi mạch, huyết áp trong trường hợp có biến chứng xuất huyết tiêu hóa.

- Theo dõi tình trạng vàng da mỗi ngày.

- Theo dõi tình trạng thiếu kali trong máu khi có sử dụng thuốc lợi tiểu.

- Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ, lượng nước xuất nhập khi có phù và cổ trướng.

3.4. Chế độ vệ sinh.

- Hường dẫn người bệnh vệ sinh mũi, miệng chú ý khi người bệnh có chảy máu răng lợi, chảy máu cam.

- Giữ da khô ráo sạch sẽ, tránh gây nhiễm trùng da.

- Thay drap giường, quần áo sạch sẽ mỗi ngày.

3.5. Giáo dục sức khỏe.

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, vệ sinh, tránh lo lắng và hợp tác tốt y lệnh điều trị, chăm sóc.
- Hướng dẫn người bệnh cách phát hiện sớm triệu chứng xơ gan tái phát, khi thấy có dấu hiệu bất thường phải đến ngay cơ sở y tế gần nhất để được điều trị sớm.
- Hướng dẫn người bệnh theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng của xơ gan.

4. Lượng giá

- Hết vàng da
- Hết phù hoặc phù giảm
- Cổ trướng và tuần hoàn bàng hệ giảm
- Không xảy ra biến chứng
- Không sụt cân, ăn uống ngon miệng, không uống rượu và có hiểu biết nhất định về bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng cơ năng của bệnh xơ gan là:
   A. Bụng chướng, đầy hơi và ỉa lỏng. B.Đau hạ sườn phải.
   B. Chảy máu chân răng, máu cam. D.Cả A, B, C.
2. Chế độ ăn cho bệnh nhân xơ gan là, *chọn câu sai*:
   A.Đảm bảo đường, đạm, vitamin và hạn chế mỡ.
   A. Ăn nhạt hoàn toàn khi có phù và cổ trướng.
   B. Ăn nhiều đạm khi ở giai đọan xơ gan mất bù..
   C. Tuyệt đối không được uống rượu.

BÀI 14
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng người bệnh ung thư gan.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh ung thư gan.*

Nội dung

1. Nhận định

1.1. Hỏi:

- Tiền sử bệnh: Xơ gan, viêm gan virus…
- Triệu chứng: mệt mỏi, gầy sút cân, kém ăn, đầy bụng khó tiêu, căm giác nặng nề và đau hạ sườn phải, đau khớp xương, rối loạn tiêu hoá, phân nát, sốt…

1.2. Thăm khám:

- Quan sát toàn trạng, vàng da, da sạm, môi tím, vùng gan phồng lên, phù do suy gan, tuần hoàn bàng hệ, cổ trướng…
- Khám toàn thân, khám bụng xác định gan to, cứng, lổn nhổn, gan teo nhỏ, tuần hoàn bàng hệ, cổ trướng. Đo nhiệt độ xác định tình trạng sốt, đo mạch, huyết áp, nhịp thở.

1.3. Tham khảo từ bệnh án:

- Chẩn đoán của BS
- Y lệnh thuốc, cận lâm sàng.

2. Lập kế hoạch chăm sóc:

1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống
2. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
3. Thực hiện y lệnh thuốc kịp thời chính xác.
4. Chế độ vệ sinh
5. Giáo dục sức khỏe

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

3.1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống:

- Thời kỳ đầu và thời kỳ toàn phát: bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, đi lại nhẹ nhàng, tránh suy nghĩ lo lắng. Nếu không ngủ được cho dùng thuốc an thần. Thời kỳ cuối bệnh nhân rất đau, cần thông cảm và giúp đỡ người bệnh, có thể dùng morphin để giảm đau.
- Thời kỳ đầu và thời kỳ toàn phát: cần đảm bảo dinh dưỡng, hạn chế mỡ, tăng đường đạm, hạn chế đạm khi gan mất bù, hạn chế muối khi có phù, tuyệt đối không được uống rượu. Thời kỳ cuối chế độ dinh dưỡng vẫn duy trì như thời kỳ toàn phát, nếu người bệnh không ăn được thì nuôi dưỡng bằng đưỡng tĩnh mạch.

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

- Theo dõi hàng ngày để phát hiện các dấu hiệu bất thường và các biến chứng để báo cho thầy thuốc.
- Giai đoạn cuối của thời kỳ toàn phát cần:
  + Đo các DHST 30 phút/lần tùy tình trạng bệnh.
  + Theo dõi tình trạng ứ mật.
  + Theo dõi phù hai chi dưới.
  + Theo dõi phát hiện sớm và xử trí khi có các biến chứng của ung thư gan

- Xuất huyết tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản:

- Bệnh nhân nôn ra máu tươi ồ ạt, tiêu phân đen và đỏ

- Truỵ mạch, tử vong nhanh.

- Vỡ ổ ung thư trong ổ bụng: thường gây sốc

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 30 phút/lần, nếu thấy huyết áp tụt báo ngay bác sỹ.
- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tại giường
- Không cho ăn bằng đường miệng.
- Thực hiện khẩn trương các y lệnh: truyền dịch, truyền máu, các xét nghiệm.
- Đề phòng hôn mê gan: đặt ống thông hút hết máu trong dạ dày sau đó rửa dạ dày bằng nước lạnh, thụt tháo phân để loại trừ nhanh chóng máu đã xuống ruột ra ngoài.

- Hôn mê gan.

- Đảm bảo thông khí: tránh tai biến tụt lưỡi, sặc, hút đờm dãi, thở oxy. Khi cần đặt ống nội khí quản.
- Theo dõi DHST 30 phút/ lần
- Hơi thở có mùi đặc biệt, nhịp thở kiểu Kussmaul
- Theo dõi trạng thái tinh thần và ý thức.
- Điều chỉnh nước điện giải khẩn trương theo y lệnh.

3.3. Thực hiện y lệnh thuốc kịp thời chính xác.

- Thuốc: chủ yếu là điều trị triệu chứng, giảm đau, an thần….ngoài ra còn truyền dịch, truyền máu.
- Thực hiện các xét nghiệm: máu, nước tiểu…..
- Thực hiện phụ giúp bác sỹ các thủ thuật như: chọc hút dịch cổ trướng, soi ổ bụng.
- Thực hiện các thủ thuật: đặt sonde dạ dày, thụt tháo phân…
- Đưa người bệnh đi siêu âm, chụp cắt lớp, chụp X-quang…

3.4. Chế độ vệ sinh:

- Vệ sinh răng miệng chú ý tình trạng chảy máu.
- Chú ý vệ sinh da do ngứa, ngừa loét khi có hôn mê.
- TD, săn sóc sonde dạ dày trường hợp hôn mê gan.
- Thay quần áo, drap giường hàng ngày.

3.5. Giáo dục sức khỏe:

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh cách phòng tránh bệnh: hạn chế các yếu tố gây bệnh, không uống rượu, tránh tiếp xúc với các hoá chất, phóng xạ…
- Khi bị bệnh, hướng dẫn người bệnh phát hiện các dấu hiệu bệnh trở nặng, dùng thuốc theo toa và tái khám khi bất thường hoặc định kỳ.
- Cần chú ý trạng thái tinh thần. NVYT cần có thái độ nhẹ nhàng, tế nhị và đồng cảm với NB ung thư giai đoạn cuối.

4. Lượng giá:

- Bệnh nhân được áp dụng các biện pháp giảm đau ở mức tối đa và kịp thời
- Theo dõi phát hiện sớm xử lý kịp thời các biến chứng.
- Các DHST được theo dõi đầy đủ, kịp thời.
- Bệnh nhân được ăn uống, nghỉ ngơi, được thực hiện đầy đủ các y lệnh về thuốc, cận lâm sàng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. **Khám toàn thân, khám bụng người bệnh bị ung thư ở giai đọan toàn phát thường**
   A. Gan to, cứng.
   B. Tuần hoàn bàng hệ.
   C. Cổ trướng.
   D. Cả A, B, C.
2. **Triệu chứng của xuất huyết tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản:**
   A. Nôn ra máu tươi ồ ạt.
   B. Tiêu phân đen và đỏ
   C. Truỵ mạch
   D. Cả A, B, C.
3. **Biến chứng của ung thư gan:**
   A. Xuất huyết tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản.
   B. Vỡ ổ ung thư trong ổ bụng.
   C. Hôn mê gan.
   D. Cả A, B, C.

BÀI 15
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ABCES GAN

Mục tiêu:

1. Trình bày được triệu chứng, biến chứng cách nhận định bệnh nhân áp xe gan

2. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân áp xe gan

Nội dung

1. ĐẠI CƯƠNG

Abcès gan do amibe thường xảy ra trên bệnh nhân có viêm đại tràng mãn tính do amibe.

Amibe gây các ổ loét ở niêm mạc ruột rồi xâm nhập vào các mao mạch của tĩnh mạch cửa đến gan và thường khu trú ở gan phải (90%).Tại gan, amibe phát triển làm tắc các tĩnh mạch nhỏ đưa đến nhồi máu và hoại tử các tế bào gan tạo ra ra ổ mủ vô trùng, nhiều ổ mủ nhỏ hoại tử hợp nhau thành ổ mủ lớn

Số lượng ổ mủ abcès: hơn 90% có từ 1-2 ổ, một số ít trường hợp có hàng trăm ổ kích thước 1-2cm rải rác nhưng hiếm.

Kích thước: trung bình 5-6cm với 500-600ml mủ, có trường hợp ổ abcès 15-16cm với vài lít mủ.

Mủ: vô trùng, không mùi, màu chocolat.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thể lâm sàng điển hình bao gồm 3 triệu chứng chính là sốt, đau hạ sườn phải và gan to (tam chứng Fontan)

- ***Sốt***: sốt xuất hiện đầu tiên, có khi kéo dài 5 - 7 ngày, có khi kéo dài hàng tháng hoặc sốt ngắt quãng. Sốt 39 - 40ºC, có khi sốt âm ỉ 37.5ºC - 38ºC
- ***Đau hạ sườn phải***: mức độ đau tùy trường hợp, đau tăng lên khi cử động hoặc ho. Một đặc điểm của đau là không đau từng cơn mà đau triền miên kéo dài suốt ngày đêm.
- ***Gan to***, mềm, rất đau, rung gan (+), ấn kẻ sườn (+).

Ngoài ra còn có thể có những triệu chứng lâm sàng khác như:

+ Rối loạn tiêu hóa
+ Gầy sút
+ Phù
+ Tràn dịch màng phổi

3. CẬN LÂM SÀNG

- Máu: bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng
- X quang: cơ hoành phải bị đẩy lên cao, di động kém, đáy phổi phải có thể bị mờ do tràn dịch màng phổi.
- Siêu âm: cho biết số lượng, vị trí ổ abcès

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Biến chứng do vỡ ổ abcès: là biến chứng hay gặp nhất và nguy hiểm nhất, có thể vỡ tự nhiên hoặc do thăm khám thô bạo, do chấn thương, do chọc dò…

- **Vỡ vào phổi**: ổ abcès thủng trực tiếp vào nhu mô phổi và thông với một phế quản nào đó làm cho bệnh nhân khạc ra mủ hay ộc ra mủ.
- **Vỡ vào màng phổi:** gặp với ổ abcès nông , sát mặt trên gan nên có thể ăn lan đến cơ hoành rồi vào màng phổi gây tràn mủ màng phổi
- **Vỡ vào màng tim:** thường xảy ra với abcès gan trái
- **Vỡ vào ổ bụng** gây viêm phúc mạc

4.2. Biến chứng bội nhiễm: ổ abcès vô khuẩn nhưng nếu để lâu có thể bị bội nhiễm thêm vào, thường là vi khuẩn kỵ khí nên việc điều trị gặp nhiều khó khăn.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Dùng thuốc chống amibe đơn thuần: Metronidazol 250mgx4viên/ngày dùng trong 10 ngày.

5.2. Dùng thuốc chống amibe kết hợp với chọc hút mủ: Khi dùng thuốc không có kết quả, có thể phối hợp với chọc hút mủ hoặc phẫu thuật dẫn lưu.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc:

- Hỏi bệnh: + Trước đây có bị lỵ amibe không?
  + Đau ở đâu? Mức độ đau? đau tăng lên khi vận động?
  + Chán ăn?
- Nhận định: bệnh nhân mệt mỏi? gầy sút? sốt? khó thở?

6.2. Chẩn đoán chăm sóc: các chẩn đoán chăm sóc bao gồm

- Đau vùng gan do có ổ abcès
- Sốt
- Nguy cơ vỡ ổ abcès gây ra biến chứng
- Dinh dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu cơ thể
- Bệnh nhân không biết phòng bệnh do thiếu kiến thức về bệnh

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau vùng gan cho bệnh nhân
- Hạ sốt
- Giảm nguy cơ biến chứng
- Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân
- Giáo dục cho bệnh nhân cách phòng bệnh

6.4. Thực hiện chăm sóc

- Giảm đau vùng gan cho bệnh nhân

+ Cho bệnh nhân nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái
+ Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau

- Hạ sốt

+ Lau mát, khi hạ nhiệt lau khô mồ hôi
+ Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt

- Giảm nguy cơ biến chứng

+ Di chuyển phải nhẹ nhàng, tránh thăm khám thô bạo
+ Theo dõi các dấu hiệu bất thường có thể xảy ra
  * Ho nhiều, ho khan→ tràn mủ màng phổi
  * Khó thở dữ dội→ tràn dịch màng ngoài tim
  * Đau khắp bụng, bụng cứng như gỗ→abcès vỡ vào ổ bụng

- Đảm bảo dinh dưỡng

+ Ăn đủ calo (2500-3000calo/ngày), dùng dầu thực vật
+ Thức ăn lỏng, dễ tiêu
+ Cho bệnh nhân uống nước đầy đủ (1.5 – 2.5lít/ngày)

- Giáo dục cho bệnh nhân biết cách phòng bệnh

+ Ăn uống hợp vệ sinh để tránh nhiễm amibe, nghỉ ngơi hợp lý
+ Tuyệt đối không được uống rượu, nếu nghiện thì phải cai nghiện
+ Sử dụng thức ăn: nhiều đạm, đường, dầu thực vật, hạn chế mỡ động vật
+ Khi có các dấu hiệu như sốt, đau hạ sườn phải → khám kịp thời

BÀI 16
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THIẾU MÁU

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng người bệnh thiếu máu*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh thiếu máu.*

Nội dung

1. Đại cương

Thiếu máu là hiện tượng giảm hồng cầu hoặc huyết sắc tố ở máu ngoại biên.

Thiếu máu do nhiều nguyên nhân gây nên, tùy theo ngyên nhân cấp tính hay mãn tính mà biểu hiện và tiến triển có thể khác nhau.

2. Nguyên nhân

2.1. Do mất máu

- Mất máu cấp tính: ho ra máu, nôn máu, ỉa máu, do chấn thương, do phẫu thuật…
- Mất máu mãn tính: mất máu ít một, kéo dài trong bệnh giun móc, u xơ tử cung, trĩ…

2.2. Do huyết tán

- Bình thường hồng cầu sống khoảng 100 – 120 ngày, khi hồng cầu vỡ sớm hàng loạt gọi là huyết tán.
- Huyết tán bẩm sinh: hồng cầu hình bi, hồng cầu hình lưỡi liềm, bất đồng nhóm máu Rh giữa mẹ và con.
- Huyết tán mắc phải: truyền nhầm nhóm máu, nhiễm trùng máu, nhiễm độc, sốt rét…

2.3. Do rối loạn tạo máu

- Do suy tủy, bệnh bạch cầu cấp…
- Suy thận mãn, suy giáp.

2.4. Do thiếu dinh dưỡng

- Do thiếu ăn.
- Do kém hấp thu, ỉa chảy kéo dài, do kháng sinh đường tiêu hóa…

3. Triệu chứng

3.1. Thiếu máu mãn tính

- Da xanh, niêm mạc nhợt. Thường rõ ở lòng bàn tay, môi, niêm mạc mắt, miệng – họng…
- Người bệnh đánh trống ngực nhất là khi gắng sức, mệt mỏi, gầy yếu, thường ù tai hoa mắt, chóng mặt (nhất là khi ngồi xuống đứng lên), móng tay bẹt dễ gãy.
- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, sống phân, ỉa chảy.
- Rối loạn về sinh dục: rối loạn kinh nguyệt ở nữ, nam giới thì bất lực sinh dục.
- Kèm theo các dấu hiệu của nguyên nhân dẫn đến thiếu máu:
  + Vàng da, vàng mắt: nếu do huyết tán.
  + Sốt, gan – lách – hạch to nếu do bệnh lơxêmi
  + Đau thượng vị: nếu do bệnh dạ dày…
- Thiếu máu mãn tính lâu dài, nặng cò thể dẫn đến suy tim khó thở, mạch nhanh, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.
- Xét nghiệm: nhằm 3 mục đích:
  + Đánh giá mức độ mất máu: công thức máu, tỷ lệ huyết sắc tố, Hematorcit.

+ Tìm nguyên nhân thiếu máu: huyết đồ, tủy đồ, điện di hyết sắc tố, hình dáng, kích thước hồng cầu, tìm giun móc trong phân…
+ Xác định hậu quả thiếu máu: làm điện tim, chụp Xquang tim phổi.

3.2. Thiếu máu cấp tính

- Thường có các dấu hiệu gây mất máu cấp tính như ho máu, nôn máu, ỉa máu, chấn thương, băng huyết…
- Da xanh niêm mạc nhợt, đáng trống ngực.
- Người bệnh ho mắt, chóng mặt, mạch nhanh, huyết áp tụt.
- Khó thở, vô niệu, rối loạn ý thức, hôn mê.
- Thiếu máu nặng nếu không kịp cấp cứu người bệnh có thể tử vong do thiếu oxy não.
- Xét nghiệm chủ yếu là xét nghiệm đánh giá mức độ mất máu và tìm nguyên nhân chảy máu tương tự như mất máu cấp tính: công thức máu, Hematocrit...

4. Điều trị

- Nếu thiếu máu nặng cấp tính: truyền máu.
- Thiếu máu nhẹ.
- Cho thuốc bổ máu như vitamin C, viên sắt, acid folic, viên đạm và tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh...
- Điều trị nguyên nhân:
  + Nếu do giun móc thì tẩy giun móc.
  + Nếu do suy tủy thì điều trị suy tủy.
  + Nếu do dinh dưỡng thì tăng cường dinh dưỡng...
- Điều trị hậu quả thiếu máu:
- Nếu tụt huyết áp hoặc có sốc thì truyền dịch, truyền máu.
- Nếu có suy tim thì điều trị suy tim.

5.Chăm sóc

5.1 Nhận định

Hỏi:

- Có nhức đầu, chóng mặt, hồi hộp, chán ăn, buồn nôn hay không?
- Có mệt nhọc, khó thở khi gắng sức hay liên tục không?
- Có đau vùng thượng vị hay không?
- Màu sắc nước tiểu, phân?
- Nếu người bệnh là phụ nữ hỏi có rong kinh hay không?
- Nghề nghiệp?

Thăm khám:

- NB mệt mỏi, da xanh, niêm nhợt, móng khô lõm.
- DHST? Có sốt, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ?
- Tìm vị trí xuất huyết: chảy máu cam, chảy máu chân răng, đi tiêu ra máu, nôn ra máu, tiểu ra máu, nốt xuất huyết dưới da, hội chứng loét (rõ nhất ở mồm), rối loạn ý thức.
- Khám gan, lách? Có hạch không? Ở đâu?
- Biểu hiện suy tim trường hợp nặng, kéo dài?

Tham khảo từ bệnh án:

- Chẩn đoán của BS
- Y lệnh thuốc, cận lâm sàng.

5.2 Lập kế hoạch chăm sóc:

1. Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống
2. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
3. Thực hiện y lệnh thuốc kịp thời chính xác.
4. Chế độ vệ sinh
5. Giáo dục sức khỏe

5.23 Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

Chế độ nghỉ ngơi, ăn uống:

- Giúp bệnh nhân hoạt động bình thường, vừa phải:
  + Có kế hoạch làm việc và nghỉ ngơi
  + Tránh những căng thẳng, những chấn động mạnh về tâm lý.
  + Trong giai đoạn thiếu máu thì hạn chế lao động nặng. Chú ý: khi nằm, ngồi không đột ngột đứng lên, người bệnh có thể ngã.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng:
  + Chế độ ăn giàu protein, giàu sắt ,giàu vitamin.
  + Cho bệnh nhân ăn thức ăn nhừ, nhiều sợi tơ, có nhiều nước, dễ tiêu. Tránh ăn những chất kích thích như: ớt, tiêu…..
  + Hoa quả: chuối, cam, nho, dưa hấu. Rau: rau muống, rau dền, đậu, giá đỗ…
  + Tránh mắc bệnh trĩ.

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

- Theo dõi DSH 2 lần/ngày tuỳ tình trạnh bệnh.
- Theo dõi các triệu chứng đặc hiệu: chảy máu, thể chất, số lượng HC, phân.
- Ngoài ra còn theo dõi nước tiểu, điện tâm đồ, huyết đồ, tìm Hb niệu, tìm trứng giun trong phân.

Thực hiện y lệnh thuốc kịp thời chính xác.

- Thực hiện thuốc: bổ máu, thuốc điều trị nguyên nhân thiếu máu.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, tỷ lệ huyết sắc tố….
- Tìm nguyên nhân thiếu máu: xét nghiệm phân tìm giun móc, tuỷ đồ, điện di huyết sắc tố, đời sống hồng cầu.
- Tìm hậu quả thiếu máu: điện tim, X-quang tim phổi.
- Thực hiện các thủ thuật: truyền dịch, truyền máu, thở oxy, đặt thông dạ dày, thông bàng quang nếu cần.

Chế độ vệ sinh:

- Vệ sinh thân thể, răng, mũi, miệng sạch sẽ để ngăn ngừa vi khuẩn và tránh bội nhiễm.
- Nếu có các vết loét trong họng và niêm mạc miệng, cho bệnh nhân súc miệng bằng nước muối sinh, chấm các vết loét bằng glycerin borat.

Giáo dục sức khỏe:

- Nêu rõ các triệu chứng và hậu quả của thiếu máu để người bệnh cùng phối hợp điều trị giúp bệnh mau thuyên giảm.
- Hướng dẫn người bệnh biết nguyên nhân thiếu máu và cách phòng tránh thiếu máu.

Lượng giá:

- Da niêm trở lại bình thường.
- Bệnh nhân hết mệt, hết sốt, hết xuất huyết.
- Các dấu hiệu lâm sàng và các kết quả trở về bình thường.

- Đánh giá xem chăm sóc điều dưỡng có được thực hiện và có đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân không?

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Vitamin giúp hấp thu tốt chất sắt:
   A. Vitamin A B.Vitamin B C.Vitamin C D.Vitamin D
2. Chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân thiếu máu:
   A. Chế độ ăn giàu protein, giàu sắt ,giàu vitamin.
   B. Tránh ăn những chất kích thích.
   C. Tránh mắc bệnh trĩ.
   D. Cả A, B, C.
3. Nguyên nhân gây thiếu máu thường gặp ởViệt Nam:
   A.Bệnh các cơ quan tạo máu. B.Bệnh giun móc.
   C.Suy dinh dưỡng kéo dài. D.Cả B, C đúng.
4. Một phụ nữ có biểu hiện thiếu máu yếu tố gây thiếu máu đầu tiên nghĩ đến là:
   A.Đẻ nhiều con liền nhau B.Ăn uống tiết kiệm
   B.Rong kinh D.Dùng thuốc nội tiết

BÀI 17
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LEUCEMIE CẤP

Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng bệnh bạch cầu cấp.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân bạch cầu cấp.

Nội dung

1. Định nghĩa:

Bệnh bạch cầu cấp là bệnh tăng sinh dòng bạch cầu hạt non, lấn át các dòng khác.

2. Nguyên nhân: Có nhiều giả thiết.

- Do virus: Virus ác tính làm cho tế bào trưởng thành bị rối loạn và không biệt hoá được. Tế bào bị virus tấn công, sản sinh không ngừng, cấu trúc và màng tế bào thay đổi, mất khả năng biệt hoá và trưởng thành.
- Do phóng xạ.
- Do hoá chất: Benzen, Tolugen, thạch tín vô cơ.
- Do yếu tố di truyền: Trong gia đình có người mắc ung thư thì tỷ lệ mắc bạch cầu cấp cao gấp 4 lần so với gia đình khác.
- Phần lớn chưa rõ nguyên nhân, cho là bệnh tự miễn dịch.

3. Triệu chứng:

Gặp ở lứa tuổi trẻ, đặc điểm là tăng sinh bạch cầu non chưa biệt hoá, dòng bạch cầu trung gian không có.

3.1. Lâm sàng: (Có 5 hội chứng)

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao 39 - 410C, sốt liên tục.
- Hội chứng thiếu máu:
  + Hoa mắt, chóng mặt.
  + Hồi hộp đánh trống ngực.
  + Da xanh niêm mạc nhợt.
  + Mạch nhanh, nhịp tim nhanh.
- Hội chứng xuất huyết:

+ Xuất huyết: Dưới da, niêm mạc, nội tạng.

+ Xuất huyết tự nhiên, nhiều hình thái, xuất huyết do giảm tiểu cầu.

- Hội chứng gan, lách, hạch to mức độ vừa phải.
- Hội chứng viêm loét miệng, hơi thở hôi và có thể đau các xương dài.

3.2. Cận lâm sàng:

- Huyết đồ: (Máu ngoại vi)

+ Số lượng hồng cầu giảm.

+ Số lượng tiểu cầu giảm.

+ Số lượng bạch cầu có khi tăng, có khi bình thường, có khi giảm, nhưng rất nhiều bạch cầu non chưa biệt hoá (Leucoplaste > 80%), đa nhân trung tính giảm.

- Tuỷ đồ :

+ Số lượng tế bào tủy tăng sinh (bình thường: 30.000-100.000/mm3 máu), tăng nhất là dòng bạch cầu non chưa biệt hoá.

+ Bạch cầu trung gian (Tủy bào - Hậu tủy bào) không có.

+ Bạch cầu già (Bạch cầu đũa - múi) ít. (Người ta gọi là khoảng trống bạch cầu)

+ Còn dòng hồng cầu và dòng tiểu cầu giảm.

4. Điều trị:

**** Dùng thuốc chống ung thư để ức chế dòng bạch cầu non:***

- Pretnisolon 5 mg x 6 - 10 viên/24 h, uống sau ăn.
- Vincristin hoặc Lecrocrictin, Myleran, 6MP.

**** Truyền máu:***

- Nếu thiếu máu nhiều cho truyền máu cùng nhóm.
- Cho uống thêm các loại thuốc tạo hồng cầu như Vitamin C, Vitamin B6, Sắt.

** Hạ sốt: Paraxetamon 0,5 g x 2 viên/24h.*

**** Chống nhiễm khuẩn:***

Cho kháng sinh: Penixilin; Cephalecin hoặc Ampixilin.

5. Chăm sóc:

5.1. Nhận định:

- Hỏi bệnh nhân:

+ Mắc bệnh từ bao giờ ?
+ Có sốt không, sốt liên tục hay sốt cơn?
+ Có hoa mắt chóng mặt, hồi hộp đánh trống ngực? mệt nhọc?
+ Có chảy máu cam, chảy máu chân răng, xuất huyết ngoài da không?
+ Có tiếp xúc với các chất độc hoá học, có tiếp xúc với tên lửa hoặc rađa không?

- Quan sát và khám:

+ Da xanh, niêm mạc môi, lưỡi có nhợt, lòng bàn tay, móng tay nhợt?
+ Trên da có xuất huyết?
+ Mạch, nhịp tim nhanh bao nhiêu?
+ Gan, lách, hạch có to không?

- Xét nghiệm :

+ Số lượng hồng cầu, tiểu cầu giảm là bao nhiêu?
+ Bạch cầu non tăng bao nhiêu?
+ Tủy đồ: Số lượng tế bào tủy tăng bao nhiêu?

5.2. Chẩn đoán chăm sóc:

- Giảm sự tưới máu tới các cơ quan tổ chức do giảm số lượng hồng cầu.
- Tăng thân nhiệt do nhiễm khuẩn.
- Tăng quá trình xuất huyết toàn thân do giảm tiểu cầu.
- Bệnh nhân lo lắng về bệnh tật do bệnh tiến triển quá nhanh.

5.3. Kế hoạch chăm sóc:

- Tăng lượng máu tới các tổ chức.
- Giảm thân nhiệt và làm hết nhiễm khuẩn.
- Làm giảm và hết xuất huyết.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

** Tăng cường lượng máu tới các tổ chức: (Tăng số lượng hồng cầu)*

- Để bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, buồng yên tĩnh, nằm đầu thấp, chân cao, thay đổi tư thế phải từ từ, đi lại phải có người trợ giúp.
- Thực hiện y lệnh:

+ Lấy máu xét nghiệm, phụ giúp bác sĩ làm huyết- tủy đồ.
+ Nếu số lượng hồng cầu < 2 triệu/mm3 phải truyền máu tươi cùng nhóm.
+ Khi truyền máu phải theo dõi mạch, huyết áp, trạng thái tinh thần bệnh nhân.
+ Cho bệnh nhân uống các thuốc tạo hồng cầu như VitaminC, Vitamin B6, sắt.

- Chế độ ăn:

+ Ăn nhẹ dễ tiêu, ăn thức ăn có nhiều calo, ăn các loại hoa quả tươi.
+ Ăn chia nhiều bữa nhỏ.

** Giảm thân nhiệt và làm hết nhiễm khuẩn:*

- Vệ sinh răng miệng: Đánh răng, xúc miệng bằng nước muối sinh lý, nếu loét miệng lau bằng khăn vải mềm.

- Vệ sinh thân thể: Lau người, vệ sinh bộ phận sinh dục bằng nước ấm, thay quần áo thường xuyên .

- Thực hiện y lệnh:

+ Sốt cho hạ sốt: Paraxetamon 0,5 g x 2 viên/24h.

+ Có nhiễm khuẩn: Cho Penixilin G, Cephalecin, Ampixilin...

+ Dùng thuốc chống ung thư để ức chế bạch cầu non: Pretnisolon, Vincristin, 6MP, Myleran.

Chú ý: Khi sử dụng thuốc chống ung thư phải theo dõi: Đau dạ dày, huyết áp, rụng tóc, buồn nôn... nếu có thì phải ngừng thuốc.

** Làm giảm, hết xuất huyết và ngăn ngừa xuất huyết tái phát:*

- Hạn chế sử dụng các loại thuốc tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.

- Tránh va chạm, đứt tay, đứt chân.

- Nếu có sốt đau đầu không uống Aspirin.

- Thực hiện y lệnh: Vitamin C , Rutin 4viên/24h (Làm bền vững thành mạch) tốt nhất là truyền máu vì trong máu có tiểu cầu.

** Giảm lo lắng cho bệnh nhân: (GDSK)*

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm, kiên trì. Tạo cho bệnh nhân tinh thần thoải mái, gần gũi bệnh nhân, khuyến khích bệnh nhân tham gia vào chế độ điều trị.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu được các triệu chứng của bệnh, một số tác dụng phụ của thuốc để bệnh nhân theo dõi và thực hiện giữ gìn vệ sinh thân thể suốt quá trình bị bệnh và giữ gìn da không để xuất huyết bằng cách tránh va chạm.

- Hướng dẫn cho gia đình chăm sóc bệnh nhân chu đáo, nhất là chế độ ăn có nhiều Prôtit: Thịt, trứng, sữa, tim,... hợp khẩu vị, chia nhiều bữa trong ngày, ăn nhiều hoa quả tươi.

- Giáo dục cho những người thân trong gia đình, nếu làm trong các nhà máy hoá chất, sử dụng thuốc trừ sâu, tiếp xúc chiếu chụp tia tử ngoại, phải có bảo hộ lao động để ngừa bệnh ung thư máu.

5.5. Đánh giá chăm sóc:

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc người điều dưỡng phải so sánh các triệu chứng hiện tại với các triệu chứng ban đầu xem bệnh có tiến triển tốt lên hay

xấu đi để điều chỉnh kế hoạch chăm sóc:

Biểu hiện tốt lên gồm:

- Bệnh nhân hết sốt, đỡ mệt, đỡ hoa mắt chóng mặt.

- Hết xuất huyết, hết nhiễm khuẩn.

- Hiểu và yên tâm điều trị, tham gia theo dõi bệnh.

BÀI 18
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BASEDOW

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng bệnh nhân basedow khi nhập viện.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh basedow.*

Nội dung

1. Nhận định

- Người bệnh mệt mỏi, gầy sút trong thời gian ngắn.
- Ăn nhiều nhưng chóng đói, uống nhiều, có rối loạn tiêu hóa.
- Tóc rụng, khó ngủ, hay cáu rắt, tính tình thay đổi.
- Có cảm giác bốc nóng ở mặt, ra mồ hôi nhiều ở chân tay.
- Quan sát: da người bệnh nóng ướt.
- Mắt: lồi, co cơ mi, mắt sáng long lanh.
- Run tay, teo yếu ở gốc chi, phù niêm trước xương chầy.
- Quan sát tình trạng tâm thần: bệnh nhân luôn ở trạng thái kích động, nóng bức, bồi hồi, ngồi không yên, không chịu được nóng.
- Tuyến giáp to.
- Mạch nhanh, huyết áp tâm thu thường cao, có thể có rối loạn tim mạch.

2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần.
- Thực hiện chăm sóc điều dưỡng (ăn, ngủ, vệ sinh cá nhân…).
- Thực hiện các y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện theo dõi người bệnh.
- Thực hiện giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình họ.

3. Thực hiện chăm sóc

3.1. Thực hiện các chăm sóc cơ bản

- Chăm sóc về tinh thần
- Chăm sóc mắt: Trường hợp bị lồi mắt nặng, khi ngủ phải bịt mắt, đeo kính màu khi ra ngoài.
- Chế độ dinh dưỡng: Là bệnh có tăng chuyển hóa do vậy cần đảm bảo dinh dưỡng đủ để chống sút cân, chế độ ăn giàu calo (2500 calo/ngày).
- Vệ sinh hàng ngày.
- Trường hợp người bệnh phải can thiệp ngoại khoa.

3.2. Thực hiện các y lệnh

- Thực hiện các xét nghiệm.
- Thực hiện thuốc.

3.3. Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở và các triệu chứng đặc hiệu

- Mạch: nhanh 100 lần/phút, khi theo dõi thấy mạch quá nhanh phải đề phòng trụy mạch.
- Huyết áp: thường huyết áp tâm thu cao, do vậy phải ghi điện tim để theo dõi các rối loạn tim mạch.
- Nhiệt độ: nếu sốt cao phải đề phòng cơn bão giáp.
- Theo dõi sát tình trạng dùng thuốc quá liều và theo dõi tác dụng phụ của thuốc như: sốt, đỏ da, mề đay…
- Theo dõi và phát hiện kịp thời cơn cường giáp: mạch rất nhanh: 130 lần/1 phút, do đó dễ gây đến trụy mạch.

- Theo dõi tình trạng tâm thần của người bệnh: rối loạn ý thức, lo sợ, hốt hoảng…
- Theo dõi các biến chứng:
  - ✓ Tim: loạn nhịp hoàn toàn, rung nhĩ, suy tim.
  - ✓ Mắt: mắt lồi ác tính.
  - ✓ Nhiễm độc giáp cấp.

3.4. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh

- Tránh sờ nắn vùng tuyến giáp khi lau rửa vì nó có thể gây nên cơn nhiễm độc giáp cấp.
- Hạn chế hoạt động thể lực và tránh các đả kích về tinh thần, cân bằng giữa nghỉ ngơi và vận động.
- Hướng dẫn người bệnh cách dùng thuốc.
- Hướng dẫn viết bảng kế hoạch điều trị, chế độ ăn uống tại nhà.
- Hướng dẫn cách phát hiện các dấu hiệu của tác dụng phụ của thuốc.

4. Đánh giá

- Người bệnh được chăm sóc tốt khi:
- Các triệu chứng của bệnh giảm dần và ổn định.
- Người bệnh yên tâm điều trị, phối hợp tốt với cán bộ y tế trong chăm sóc và điều trị.
- Trong quá trình điều trị không xảy ra các biến chứng, không sụt cân, duy trì được cân nặng.
- Người bệnh thực hiện theo lời hướng dẫn, GDSK của cán bộ y tế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Biểu hiện của người bệnh Basedow
   A. Thay đổi tính tình, mắt lồi. B.Luôn cảm thấy nóng bức.
   C. Gầy. D.Cả A, B và D.
2. Biểu hiện của người bệnh Basedow, *chọn câu sai*:
   A.Mắt: lồi, co cơ mi, mắt sáng long lanh. B.Run tay, teo yếu ở gốc chi.
   C.Tuyến giáp bình thường. D.Mạch nhanh.
3. Khi đếm mạch cho người bệnh Basedow điều dưỡng nhận thấy
   A.Mạch nhanh 100 lần/phút. B.Mạch nhanh 90 lần/phút.
   C.Mạch nhanh 80 lần/phút. D.Mạch bình thường.
4. Bệnh nhân Basedow cần phải được hướng dẫn:
   A.Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý.
   B.Uống thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ.
   C.Chế độ ăn uống, vệ sinh phù hợp.
   D.Tất cả đúng.

BÀI 19
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận được tình trạng bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) khi nhập viện.*
2. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường.*

Nội dung

1. Bệnh học

1.1. Triệu chứng lâm sàng:

Thường biểu hiện bởi nhóm triệu chứng bốn nhiều:

- Khát nước uống nhiều.
- Tiểu nhiều (hay còn gọi là đa niệu thẩm thấu).
- Ăn nhiều.
- Gầy sụt cân nhiều.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Đường huyết lúc đói; 110 mg% ≤ ĐH ≥ 126 mg% (nếu ĐH > 126: ĐTĐ).
- Đường huyết sau 2 giờ uống glucose: 140 mg% ≤ ĐH ≥ 200 mg% (nếu ĐH > 200 mg%: ĐTĐ).

1.3. Biến chứng:

- Biến chứng mạch máu lớn:
  + Suy mạch vành: nhồi máu cơ tim, bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu.
  + Bệnh động mạch chi dưới: tắc mạch chi đưa đến hoại tử các ngón chân, loét bàn chân.
  + Tăng huyết áp.
  + Tai biến mạch máu não.
  + Xơ vữa động mạch và rối loạn chuyển hóa lipid.
- Biến chứng mạch máu nhỏ:
  + Biến chứng võng mạc: giãn các tĩnh mạch nhỏ, xuất huyết, phù nề võng mạc.
  + Biến chứng thận: giảm độ lọc cầu thận, hội chứng thận hư.
- Biến chứng thần kinh: viêm đa dây thần kinh, viêm đơn dây thần kinh, biến chứng thần kinh thực vật.
- Biến chứng nhiễm trùng: nhiễm trùng da, nhiễm nấm bộ phận sinh dục hay kẻ móng tay và chân, nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, loét chân.
- Các biến chứng chuyển hóa cấp: nhiễm toan ceton, hôn mê do tăng thẩm thấu, nhiễm toan acid lactic.

2. Kế hoạch chăm sóc

2.1. Nhận định chăm sóc:

- Hỏi:
  + Bị bệnh từ bao giờ? Triệu chứng xuất hiện đầu tiên là gì?
  + Mắt có mờ không, răng và niêm mạc miệng có bị đau không? Các vết xước da thường lâu lành? Có bị lở loét ngoài da không?

+ Ăn nhiều lâu chưa? Thường xuyên đói? Tiểu nhiều? Thường xuyên khát? Sút cân nhiều?

- Quan sát:
  + Bệnh nhân mệt mỏi cả về thể sát lẫn tinh thần.
  + Tìm những biến chứng như sau: nhiễm khuẩn ngoài da, đục thủy tinh thể, viêm mủ chân răng, biến chứng tim mạch…
- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm: đường máu lúc đói, đường niệu 24h, chụp phổi...

2.2. Lập kế hoạch chăm sóc:

Tất cả những thông tin thu thập được ở phần nhận định, người điều dưỡng đưa ra kế hoạch chăm sóc phù hợp cho bệnh nhân.

- Chăm sóc tinh thần cho người bệnh.
- Thực hiện các y lệnh.
- Theo dõi người bệnh.
- Chế độ ăn và uống.
- Vệ sinh hàng ngày cho người bệnh.
- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh.

2.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

2.3.1. Chăm sóc về tinh thần:

Động viên, giải thích cho người bệnh hiểu về bệnh tật của họ để họ yên tâm phối hợp trong điều trị, chăm sóc tuân thủ theo sự hướng dẫn của cán bộ y tế thì bệnh sẽ tốt lên.

2.3.2. Thực hiện các y lệnh:

- Thuốc tiêm: Insulin. Tiêm dưới da là chủ yếu, không tiêm 1 chổ quá 3 lần, mỗi mũi tiêm cách nhau 5 cm. Điều quan trọng khi tiêm là phải đúng liều lượng và thời gian.
- Thuốc uống: Sulffamid hạ đường huyết, Biguanid, thuốc kháng sinh, vitamin, thuốc giảm đau, thuốc lợi tiểu, thuốc tim mạch…
- Các xét nghiệm:
  + Xét nghiệm máu: glucose máu, glucose niệu.
  + Soi đáy mắt, điện tâm đồ.

2.3.3. Các vấn đề cần theo dõi:

- Hạ đường huyết nhanh: người bệnh sẽ có biểu hiện vã mồ hôi, run tay chân, mạch nhanh, đánh trống ngực và bứt rứt.
- Theo dõi hạ đường huyết chậm: bệnh nhân nhức đầu, lẫn lộn, mất trí nhớ, tê lưỡi và môi, nhìn đôi, chóng mặt, co giật và hôn mê.
- Theo dõi cân nặng hàng tháng.
- Theo dõi, giám sát bệnh nhân thực hiện chế độ ăn uống.
- Theo dõi phát hiện sớm các biến chứng như: nhiễm khuẩn, thoái hóa mỡ vùng tiêm.

2.3.4. Xây dựng chế độ dinh dưỡng hợp lý cho bệnh nhân:

- Tất cả bệnh nhân ĐTĐ type 1 và 2 dều phải tuân thủ chế độ ăn giảm glucid để tránh tăng đường huyết sau khi ăn.
- Nhu cầu về năng lượng: Tỷ lệ % các loại thức ăn:

  Glucid = 45- 50%

  Protid = 15- 20%

  Lipid = 35%

- Bệnh nhân có thể ăn không hạn chế các loại thức ăn có <5% glucid (gồm đa số các loại rau xanh). Kiêng hay hạn chế tối đa các loại đường hấp thu nhanh (mứt, kẹo, bánh ngọt, nước ngọt, trái cây khô).
- Nên phân phối làm nhiều bữa ăn để tránh đường huyết tăng nhiều sau khi ăn.

2.3.5. Chế độ luyện tập:

- Tập luyện cho người bệnh khi đường huyết < 300 mg/dl với nguyên tắc phù hợp với tình trạng từng người bệnh.
- Khi đường huyết > 300 mg/dl không được tập luyện.

2.3.6. Vệ sinh hàng ngày

Bệnh nhân ĐTĐ rất dễ nhiễm khuẩn nên người điều dưỡng giúp đỡ hoặc nhắc nhở họ thường xuyên tắm gội, giữ gìn vệ sinh răng miệng, quần áo và khăn trải giường luôn sạch. Những chỗ trầy sướt, mụn nhọt, lở loét phải được trị ngay, hàng ngày phải được thay băng sạch sẽ.

2.3.7. Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn chế độ điều trị:

- Khi bệnh nhân nằm viện, nên tuyên truyền cho họ hiểu được tầm quan trọng của chế độ ăn và cách sử dụng bảng chuyển đổi thức ăn.
- Giáo dục cho họ thể dục, luyện tập rất cần thiết trong điều trị và giảm chứng béo phì.
- Vấn đề hôn nhân: không nên kết hôn trong trường hợp cả 2 đều bị bệnh.
- Những người béo phì nên ăn chế độ ăn ít calo hơn những người bình thường và thường xuyên kiểm tra đường máu cũng như đường niệu.
- Giáo dục cho họ biết những biến chứng có thể xảy ra nhất là biến chứng nhiễm khuẩn.

2.4. Đánh giá:

Người bệnh ĐTĐ được gọi là chăm sóc tốt khi:

- Các kết quả xét nghiêm tốt lên, các triệu chứng của bệnh giảm dần và hết.
- Người bệnh trong quá trình điều trị không bị các biến chứng hoặc đã có biến chứng thì các biến chứng giảm đi, duy trì không để nặng them.
- Người bệnh nhận thức được về bệnh tật và thực hiện theo đúng chế độ ăn theo sự hướng dẫn của cán bộ y tế.
- Người bệnh thực hiện tốt chế độ luyện tập và thuốc men theo sự chỉ dẫn của cán bộ y tế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Biến chứng của ĐTĐ ngoại trừ:

   A.Béo phì. B.Loét chân.
   C.Thoái hóa khớp. D.Thiếu máu cơ tim.

2. Triệu chứng của bệnh đái tháo đường là:

   A.Ăn nhiều.
   B.Ăn nhiều, uống nhiều.
   C.Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều.
   D.Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân nhiều.

3. Đái tháo đường khi đường huyết lúc đói:

   A.110 mg% B.≥ 110 mg%
   C.110 mg% ≤ ĐH ≤ 126 mg% D. > 126 mg%

Bài 20
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được tình trạng bệnh nhân suy thận mạn tính.*
2. *Trình bày lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn tính*

Nội dung

1. Suy thận:

Suy thận mạn là giảm mức lọc cầu thận (MLCT) dưới mức bình thường. Suy thận được gọi là mạn tính khi mức lọc cầu thận giảm thường xuyên, cố định, có liên quan đến sự giảm số lượng nephron chức năng.

Suy thận mạn là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa tiến triển mạn tính qua nhiều năm tháng, hậu quả của sự xơ hóa các nephron chức năng gây giảm sút từ từ mức lọc cầu thận dẫn đến tình trạng tăng nitơ phi protein máu như urê, creatinin máu, acid uric ...

Đặc trưng của suy thận mạn là:

- Có tiền sử bệnh thận tiết niệu kéo dài.
- Mức lọc cầu thận giảm dần.
- Nitơ phi protein máu tăng dần.
- Kết thúc trong hội chứng urê máu cao.

2. Mức lọc cầu thận (MLCT):

Là lượng nước tiểu đầu trong 1 phút (glomerular filtration rate - GPR), là chỉ số cần và đủ để đánh giá mức độ suy thận mạn.

Trong thực hành lâm sàng MLCT được đo bằng độ thải sạch creatinin nội sinh (clearance creatinin). Bình thường MLCT trung bình bằng 120 ml/phút hoặc 2 ml/giây. Creatinin máu trung bình là 1 mg/dl (0,8-1,2 mg/dl) tức là 88 µmol/l (70-130 µmol/l). Khi MLCT giảm xuống dưới 60 ml/phút, creatinin máu tăng 1,5 mg/dl hoặc 130 µmol/l trở lên, suy thận rõ. Nitơ phi protein máu bao gồm urê, creatinin, acid uric …, trong đó urê chiếm 80% và được coi là đại diện của nhóm. Trong lâm sàng có thể sử dụng urê máu để đánh giá mức độ và tiên lượng nặng nhẹ của suy thận. Để đánh giá tiên lượng và có biện pháp điều trị thích hợp cho từng thời kỳ, các nhà thận học chia suy thận thành 4 giai đoạn hoặc 4 độ tương ứng với sự giảm MLCT và tăng creatinin máu.

Giá trị ước đoàn dựa vào creatinin máu. Chỉ định điều trị và chế độ ăn dựa vào MLCT.

3. Giai đoạn suy thận:

Tiến triển của suy thận mạn có thể từ 5-10 năm hoặc lâu hơn tùy theo sự giảm sút từ từ số lượng nephron chức năng và MLCT. Có thể chia suy thận mạn thành 4 giai đoạn dựa vào mức lọc cầu thận:

- Suy thận nhẹ (giai đoạn 1).
- Suy thận vừa (giai đoạn 2).
- Suy thận nặng (giai đoạn 3).
- Suy thận giai đoạn cuối (giai đoạn 4).

Bảng: Các giai đoạn suy thận (Phân loại mức độ suy thận mạn và chỉ định điều trị theo Nguyễn Văn Xang)

Mức độ suy thận	MLCT (ml/phút)	Creatinin máu (mg/dl)	Creatinin máu (µmol/l)	Chỉ định điều trị
Bình thường	120	0,8 - 1,2	70 - 130	Bảo tồn

Suy thận độ I	60 - 41	< 1,5	< 130	Bảo tồn
Suy thận độ II	40 - 21	1,5 - 3,4	130 - 299	Bảo tồn
Suy thận độ IIIa	20 - 11	3,5 - 5,9	300 - 499	Bảo tồn
Suy thận độ IIIb	10 - 5	6,0 – 10	500 - 900	Lọc máu
Suy thận độ IV	< 5	> 10	> 900	Lọc máu bắt buộc hoặc ghép thận

3.Kế hoạch chăm sóc

3.1 Nhận định tình hình

Đánh giá bằng cách hỏi bệnh:

Bệnh nhân có bị phù bao giờ chưa?

Từ trước đến nay có rối loạn tiểu tiện không?

Có tiền sử bị tăng huyết áp không?

Có hay bị rối loạn tiêu hoá không?

Có bị nhức đầu hay chóng mặt không?

Tình hình sức khoẻ có giảm sút so với trước đây không?

Tình trạng điều trị và chăm sóc trước đây về bệnh thận nếu có.

Tình trạng bệnh tật của gia đình bệnh nhân.

Đánh giá bằng quan sát:

Đánh giá bệnh nhân về tinh thần, tổng trạng chung của bệnh nhân.

Có buồn nôn và nôn không?

Tình trạng hô hấp và hơi thở của bệnh nhân như thế nào?

Các dấu hiệu về da, niêm mạc như thế nào?

Tình trạng đi cầu và tính chất phân của bệnh nhân.

Màu sắc và số lượng nước tiểu.

Thăm khám bệnh nhân:

Kiểm tra các dấu hiệu sống.

Đo số lượng nước tiểu.

Khám các cơ quan:

Bụng: tràn dịch, thận có lớn không, các điểm đau...

Hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, mùi...

Tim mạch: nhịp tim, các tiếng tim bất thường...

Thu nhận thông tin:

Thu nhận qua gia đình bệnh nhân.

Qua hồ sơ, phiếu điều trị và chăm sóc.

Chẩn đoán điều dưỡng

Qua phần nhận định như trên, người điều dưỡng có được một số chẩn đoán ở bệnh nhân suy thận mạn như sau:

Nhức đầu, mất ngủ do tăng ure máu.

Chán ăn, buồn nôn do tăng ure máu.

Tăng thể tích dịch ngoại bào do ứ nước và muối.

Số lượng nước tiểu giảm do giảm chức năng lọc cầu thận.

Nguy cơ nhiễm trùng do sức đề kháng giảm.

Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau.

3.2 Chăm sóc cơ bản:

Để bệnh nhân nghỉ ngơi, nằm đầu cao.

Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh tật.

Ăn đầy đủ năng lượng.

Vệ sinh sạch sẽ hàng ngày.

3.3 Thực hiện các y lệnh:

Cho bệnh nhân uống thuốc và tiêm thuốc theo chỉ định.

Làm các xét nghiệm cơ bản.

3.4 Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nếu có bất thường phải báo bác sĩ ngay.

Số lượng và màu sắc nước tiểu.

Theo dõi một số xét nghiệm như: ure và creatinin máu, protein niệu, công thức máu, nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ ngay.

Theo dõi các biến chứng của bệnh.

3.5 Giáo dục sức khỏe

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh, cách phòng bệnh và thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh nhân bị suy thận mạn.

Điều dưỡng viên phải hướng dẫn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân chế độ ăn cần thiết cho người bị suy thận và cách theo dõi chế độ ăn uống đúng quy định.

Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân cần biết về sự cần thiết chạy thận nhân tạo chu kỳ ở những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

Đánh giá chăm sóc

Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh và thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của người bệnh mới vào viện để đánh giá tình hình bệnh tật:

Quan sát tình trạng hô hấp có cải thiện không?

Quan sát số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.

Tình trạng thần kinh và tiêu hoá của bệnh nhân.

Các dấu hiệu sinh tồn có gì bất thường hay tốt lên không?

Đánh giá chăm sóc điều dưỡng cơ bản có được thực hiện và có đáp ứng được với yêu cầu của người bệnh không?

Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc và điều trị để thực hiện.

Các biến chứng xuất hiện.

BÀI 21
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM THẬN BỂ THẬN

Mục tiêu

1. *Trình bày nhận định được bệnh viêm thận bể thận*
2. *Trình bày được chăm sóc bệnh viêm thận bể thận.*

Nội dung

1.Đại cương

Viêm thận bể thận là một bệnh khá phổ biến đối với các bệnh lý về hệ thống thận và tiết niệu. Viêm thận bể thận là do tình trạng nhiễm khuẩn các đài bể thận và tổ chức kẽ thận. Bệnh có thể cấp tính hay mạn tính tuỳ từng giai đoạn, tiến triển ngày càng nặng dần hậu quả cuối cùng có thể dẫn đến suy thận nếu không được điều trị tốt.

2.Nguyên nhân

Nguyên nhân viêm thận bể thận cấp hay mạn tính thường do nhiễm trùng ngược dòng, có thể theo đường máu. Thường gặp là E.Coli, Enterococcus, Klebsiella. Ngoài ra có một số yếu tố thuận lợi sau:

Sỏi đường tiết niệu.

Nhiễm khuẩn huyết.

Do nhiễm khuẩn ngược dòng.

Do tiến hành các thủ thuật về đường tiết niệu không đảm bảo vô khuẩn.

Các khối u chèn ép.

U xơ tiền liệt tuyến ở đàn ông.

Có thai, nhất là những tháng cuối.

Do dị dạng đường tiết niệu.

Do nằm lâu, vệ sinh kém và cơ thể suy kiệt.

3.Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân thường có tiền sử về bệnh thận và tiết niệu hay đang bị một bệnh lý toàn thân, đột nhiên sốt cao, rét run, đau vùng hông một hay hai bên. Nhiều trường hợp xuất hiện một cơn đau quặn thận điển hình.
  - Rối loạn về tiểu tiện.
  - Khám thấy thận lớn một hay hai bên, làm phương pháp vỗ vào vùng hông bệnh nhân đau.
  - Nước tiểu màu đỏ hay đục.
  - Nhiệt độ tăng trên 39oC, mạch nhanh.
  - Mất nước, da khô, lưỡi bẩn.
  - Huyết áp đa số là bình thường, tuy nhiên một số trường hợp có thể cao hay thấp tuỳ thuộc vào bệnh và mức độ của bệnh.

Xét nghiệm

- Công thức máu: bạch cầu tăng chủ yếu là đa nhân trung tính.
- Tốc độ lắng máu tăng.
- Urê có thể tăng.

Cấy máu có thể gặp vi khuẩn gây bệnh, tuy nhiên tuỳ thuộc nguyên nhân gây bệnh và tuỳ thuộc vào giai đoạn của bệnh.

Nước tiểu: protein niệu dương tính, nước tiểu có nhiều bạch cầu thoái hoá. Cấy nước tiểu tìm thấy vi khuẩn gây bệnh, phần lớn là vi khuẩn gram âm. Đây là xét nghiệm quan trọng cần phải làm sớm trước khi sử dụng kháng sinh.

4.Điều trị

4.1 Điều trị viêm thận bể thận cấp:

Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nên sử dụng kháng sinh càng sớm càng tốt. Cần phối hợp hai hoặc ba loại kháng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị. Có thể phối hợp 3 loại kháng sinh thuộc các nhóm penicillin, Nitroimidazole hoặc nhóm aminoglycoside.

Amoxilline- acide clavulanic: 1.5 g/ngày.

Gentamycine: 1mg/kg/8 giờ.

Azetronam: 1g/mỗI 12 giờ.

Ceftriaxon: 2 g/ngày.

Cotrimoxazole: 960 x 2 viên/ngày.

Offloxacine: 200mg x 2 viên/ngày.

Dùng một loại kháng sinh hoặc kết hợp hai loại, dùng đường uống hoặc đường ngoài tiêu hoá.

Loại bỏ các nguyên nhân gây cản trở đường tiểu như sỏi, các khối u...

4.2 Điều trị viêm thận bể thận mạn:

Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nên sử dụng từng đợt khi có triệu chứng nhiễm khuẩn. Đặc biệt tránh dùng những loại kháng sinh độc cho thận.

Loại bỏ các yếu tố thuận lợi nếu có.

Tiến triển và tiên lượng

Viêm thận bể thận là một bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu cao, nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời thì bệnh sẽ lành nhanh chóng. Ngược lại nếu điều trị và chăm sóc không đúng cách thì bệnh có thể tái đi tái lại nhiều lần có thể dẫn đến suy thận và cuối cùng dẫn đến tử vong do bệnh hay do biến chứng của bệnh gây nên.

5.Lập kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng phân tích, tổng hợp và đúc kết các dữ kiện để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra kế hoạch chăm sóc. Khi lập kế hoạch chăm sóc phải xem xét đến toàn trạng bệnh nhân, đề xuất vấn đề ưu tiên, vấn đề nào cần thực hiện trước và vấn đề nào thực hiện sau.

- **Thực hiện chăm sóc cơ bản:**

Đặt bệnh nhân nằm nghỉ ở tư thế đầu cao, phòng thoáng mát sạch sẽ.

Luôn giữ ấm cơ thể bệnh nhân, mùa đông không dùng nước lạnh tắm hay rửa.

Quan sát và theo dõi cơn đau, nếu bệnh nhân quá đau hoặc có những bất thường phải báo cho bác sĩ biết.

- **Chế độ ăn uống:**

Nước uống: cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, thường thì không có hạn chế nước uống, một số trường hợp cần phải truyền tĩnh mạch cho bệnh nhân để chống mất nước. Nếu bệnh nhân có tăng huyết áp thì cần hạn chế nước.

Ăn chất dễ tiêu, đảm bảo năng lượng và nhiều hoa quả tươi. Lượng đạm đưa vào cũng cần căn cứ vào tình trạng ure máu có ở trên bệnh nhân, bình thường lượng đạm đưa vào khoảng 1 - 2 g/ngày, nếu:

Ure máu dưới 0,5 g/l có thể cho bệnh nhân ăn nhiều đạm thực vật, ít đạm động vật. Số lượng đạm đưa trong một ngày vào khoảng 0,25 g/kg trọng lượng cơ thể.

Ure máu từ 0,5 - 1 g/l, nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trong ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.

Ure máu trên 1 g /l chế độ ăn chủ yếu là gluxid và một số acid amin cần thiết.

Vệ sinh hàng ngày cho bệnh nhân: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn, phát hiện sớm các ổ nhiễm trùng để có hướng điều trị cho bệnh nhân. áo, quần, vải trải giường và các vật dụng khác phải luôn được sạch sẽ.

Thực hiện các y lệnh:

Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc như: các thuốc tiêm, thuốc uống. Trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo cho bác sĩ biết.

Thực hiện các xét nghiệm:

Xét nghiệm về máu như: công thức máu, máu lắng, ure, creatinin, điện giải...

Các xét nghiệm khác như: siêu âm bụng, chụp film bụng không chuẩn bị.

Các xét nghiệm về nước tiểu: hàng ngày phải theo dõi kỹ số lượng nước tiểu và màu sắc. Lấy nước tiểu xét nghiệm phải đảm bảo đúng quy trình. Các xét nghiệm cần làm là: protein, ure, creatinin, cấy nước tiểu.

Theo dõi:

Dấu hiệu sinh tồn mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.

Cơn đau quặn thận, đau vùng thận.

Tình trạng màu sắc và số lượng nước tiểu.

Theo dõi các biến chứng.

Đánh giá chăm sóc

Tình trạng bệnh nhân sau khi đã thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của người bệnh để đánh giá tình hình bệnh tật, cụ thể:

Quan sát tình trạng sốt có cải thiện không?

Tình trạng đau và rối loạn tiểu tiện có giảm không?

Quan sát số lượng, màu sắc của nước tiểu so với ban đầu.

Đánh giá mức độ giải quyết nguyên nhân.

Các dấu hiệu sinh tồn có gì bất thường hay tốt lên không?

Chăm sóc điều dưỡng cơ bảncó đáp ứng được với yêu cầu người bệnh không?

Những vấn đề sai sót hoặc thiếu cần bổ sung vào kế hoạch chăm sóc.

- Giáo dục sức khoẻ:

Bệnh nhân và gia đình cần phải biết về nguyên nhân, cách phát hiện bệnh và thái độ xử trí cũng như cách chăm sóc bệnh nhân viêm thận bể thận.
Biết được tiến triển của bệnh và các biến chứng có thể xảy ra.
Thực hiện kế hoạch chăm sóc
Đặc điểm của bệnh nhân viêm thận bể thận là tình trạng nhiễm trùng, rối loạn nước và điện giải có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

BÀI 22
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Mục tiêu

3. *Trình bày nhận định được tình trạng bệnh nhân viêm khớp dạng thấp khi nhập viện.*
4. *Trình bày lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm khớp dạng thấp.*

Nội dung

2. Bệnh học

1.1. **Đại cương**:

- VKDT là một bệnh tự miễn. Đó là quá trình viêm thoái quá tiến triển mạn tính ở nhiều khớp, bệnh làm phá hủy đầu xương, sụn khớp, gây dính, cứng khớp làm mất khả năng lao động, nặng hơn nữa bệnh nhân không tự phục vụ được, trở thành người tàn tật.
- Đây là bệnh không chết người, nhưng gây tàn phế mất khả năng lao động
- Nguyên nhân chưa rõ ràng .Người ta đưa ra nhiều yếu tố như:
  + Khí hậu ẩm thấp
  + Nhà cửa thiếu ánh sáng
  + Ăn uống thiếu thốn
  + Nhiễm trùng răng, miệng, mũi nhưng không có gì chắc chắn.
- Hay gặp ở phụ nữ > 35 tuổi

1.2. Triệu chứng lâm sàng

1.2.1.Triệu chứng tại khớp:

*** Giai đoạn khởi phát**

- Bệnh thường khởi phát từ từ, tăng dần, chỉ khoảng 10-15% bệnh bắt đầu đột ngột và cấp tính. Trước khi có triệu chứng của khớp, bệnh nhân có thể có biểu hiện như sốt nhẹ, mệt mỏi, gầy sút, ra nhiều mồ hôi, tê các đầu chi, rối loạn vận mạch
- Vị trí: 65% (2/3 trường hợp) bắt đầu chỉ viêm 1 khớp, 35% (1/3 trường hợp) khởi đầu bằng viêm các khớp nhỏ ở bàn tay, 30% khởi đầu bằng viêm khớp gối, còn lại là các khớp khác.
- Tính chất: Các khớp viêm sưng đau rõ nhưng ít đỏ và ít nóng, dấu hiệu cứng khớp buổi sáng thường gặp ở 20% trường hợp, đau nhiều về nửa đêm gần sáng và khi vận động. Giai đoạn này kéo dài vài tuần đến vài tháng rồi chuyển sang giai đoạn toàn phát.

*** Giai đoạn toàn phát(giai đoạn muộn)**

- **Vị trí viêm khớp:**
  + Bàn tay 90% khớp bàn ngón 70% bàn chân 70%
  + Cổ tay 90% Khớp ngón gần 80% Cổ chân 70%
  + Khớp gối 90% Khớp khủyu 60% Ngón chân 60%
  + Các khớp háng, cột sống, hàm, ức đòn đều hiếm gặp và thường xuất hiện muộn
- **Tính chất viêm**
  + Sưng đau, ít nóng đỏ
  + Đau có tính chất đối xứng 95%
  + Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng 90%

+ Đau tăng nhiều về đêm (gần sáng)
+ Mu bàn tay sưng hơn lòng bàn tay

*** Các dấu hiệu biến chứng**:

- Bệnh tiến triển từng đợt nặng dần, dần dần xuất hiện tình trạng dính và biến dạng khớp như: ngón tay hình thoi, cổ tay hình lưng lạc đà, bàn ngón tay dính và biến dạng ở tư thế nửa co và lệch trục về phía xương trụ gọi là *bàn tay gió thổi, ngón tay hình cổ cò*, khớp gối dính ở tư thế hơi gấp.
- Ảnh hưởng khả năng lao động và sinh hoạt của BN

1.2.2. Triệu chứng ngoài khớp ngoài khớp:

- **Toàn thân:**

+ BN mệt mỏi, sốt nhẹ, gầy sút, chán ăn, ngủ kém, ra nhiều mồ hôi do rối loạn thần kinh thực vật da xanh niêm nhợt do thiếu máu

- Tổn thương da:
  + Da nổi đỏ
  + Hạt nổi lên khỏi mặt da (5%) kích thước 5-20mm, chắc, không đau, không di động vì dính nền xương ở dưới da, không đau, không có lổ dò. Thường gặp phía trên xương trụ gần khớp khủy hoặc trên xương chày gần khớp gối hoặc quanh khớp khác.
  + Da khô nhất là các chi, lòng bàn tay bàn chân thường đỏ hồng do gãn.
- Tổn thương cơ quan nội tạng hiếm gặp.

3. Kế hoạch chăm sóc

2.1. Nhận định

- Hỏi chi tiết vị trí đau các khớp và tính chất đau
  + Đau khớp nào? Thời gian đau?
  + Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng không?
  + Có hạn chế vận động không? Mức độ hạn chế? Có tự phục vụ cho bản thân: tắm rửa, mặt quần áo,..
  + Sốt, chán ăn, giảm cân không?
- Nhận định thực thể
  + Quan sát khớp viêm: tính chất đối xứng 2 bên, biểu hiện viêm, sưng đỏ
  + Quan sát vùng khớp viêm có: teo cơ, loan dưỡng, yếu cơ…
  + Sờ khớp viêm đánh giá nhiệt độ
  + Xem khớp nề, tràn dịch khớp, sờ điểm đau

2.2. Lập kế hoach chăm sóc

1. BN đau và khó chịu do viêm các khớp
2. Giảm khả năng hoạt động do hạn chế vận động khớp
3. Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do thức ăn đưa vào cơ thể không thỏa đáng
4. Nguy cơ xãy ra biến chứng do dùng corticoid kéo dài
5. BN lo lắng do đau khớp triền miên kéo dài làm giảm khả năng lao động

2.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

1. Giảm đau và khó chịu cho BN

- Vị trí và tư thế BN: Để BN và các khớp viêm tư thế thích hợp giúp BN đở đau và khó chịu
- Bất động và nghỉ ngơi: Giảm đau, giải phóng các khớp khỏi sức nặng của cơ thể, bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, tất cả các khớp đều được đặt và đỡ ở tư thế tốt nhất
- Áp dụng nhiệt trị liệu:

+ Chườm nóng: giảm đau, giảm viêm
+ Chườm lạnh: bằng túi nước đá: ở vài bệnh nhân, nhiệt có thể làm tăng đau, gây co cơ, kích thích tăng bài tiết dịch. Nếu khớp bị viêm cấp, chườm lạnh có thể có tác dụng tốt

- Cung cấp cho BN một số phương tiện trợ giúp như: nạn, thanh nẹp, dung cụ để chống đở và cố định khớp ở tư thế cơ năng
- Hướng dẫn BN sử dụng thuốc giảm đau: diclophenac, corticoid: prednisolon, depersolon…

2. Tăng khả năng vận động của khớp và hoạt động của cơ thể

- Hướng dẫn và giúp BN các hoạt động tự chăm sóc, động viên BN thực hiện công việc: chải đầu, xúc răng, tắm rửa…ngay sau khi khớp giảm đau.
- Nếu bệnh nhân đi lại khó khăn, có thể khuyên dùng gậy chống để làm giảm sức nặng cơ thể mà các khớp chi dưới phải chịu đựng. Đóng giày thích hợp với chân bệnh nhân để tập đi bộ, bảo vệ khớp, tránh ngã và làm giảm biến dạng khớp thêm.

3. Tăng cường dinh dưỡng cho BN: do BN bị VKDT chán ăn mệt mỏi, thiếu máu nhẹ

- HD BN và gia đình lựa chọn thức ăn cung cấp nhiều năng lượng: thực phẩm nhiều protein như thịt cá, trứng rau quả tươi, nhiều sắt: củ dền, đậu nành, gan heo…
- Khuyên BN ăn làm nhiều bửa nhỏ, ăn thức ăn có nhiều giá trị dinh dưỡng cao: thịt nạt, trứng sửa..
- Đối với BN quá béo hướng dẫn BN ăn giảm năng lượng để giảm trọng lượng thừa, giảm gánh nặng cho khớp tránh làm tổn thương thêm.

4. Giảm nguy cơ xãy ra biến chứng do dùng thuốc corticoid kéo dài

- Theo dõi cân nặng, huyết áp, nhiệt độ bệnh nhân, và các xét nghiệm
- Theo dõi triệu chứng tiêu hóa như : viêm loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, nhiễm trùng …
- Hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc vào lúc sáng khoảng 6- 8h sang (để hạn chế ức chế trục tuyến yên- dưới đồi, cortisol trong máu tăng từ 4h sáng và đạt mức cao nhất 8h sáng sau đó giảm đến 12 giờ đêm là thấp nhất, vậy tuyến thượng thận ngủ về đêm nếu ta uống thuốc lúc chiều và tối thì tuyến thượng thận sẽ bị ức chế suốt cả ngày và nếu tình trạng này kéo dài sẽ gây nguy cơ teo võ thượng thận.)
- Uống thuốc sau khi ăn no và uống nhiều nước
- Ăn lạt và giảm đường trong khẩu phần ăn
- Khẩu phần ăn nhiều đạm
- Uống nhiều nước phòng sỏi thận
- Dùng thêm 1g KCl/ ngày
- Theo dõi tình trạng bụng của bệnh nhân nếu BN than đau bụng vùng thượng vị
- Ngừa loãng xương: vận động, canxi, vitaminD

5. Tăng cường niềm lạc quan tinh thần cho BN

- Điều dưỡng cùng với gia đình BN hiểu và thông cho BN, cổ vủ động viên niềm lạc quan tin tưởng
- Khuyên BN chịu khó luyện tập để tránh tàn phế

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Tư thế bất động tốt nhất trong giai đoạn khớp viêm cho BN bị VKDT
A. Nằm ngửa trên gường duỗi thẳng chân tay
B. Tư thế ngồi thẳng lưng đẻ tránh cong cột sống
C. Để khớp viêm ở tư thế cơ năng
D. Tất cả các tư thế kia điều đúng

Câu 2. Tính chất viêm trong viêm khớp dạng thấp là:
A.Sưng đau, ít nóng đỏ B.Đau có tính chất đối xứng
C.Dấu hiệu cứng khớp buổi sang D.Cả A, B, C.

Câu 3. Điều cần nhất trong chăm sóc cơ bản để giúp BN bị VKDT khi có triệu chứng trầm cảm bi quan là:
A. Hướng dẫn luyện tập từng khớp khi hết viêm
B. Hướng dẫn cách giải trí, nâng cao ý thức cho BN
C. Chăm sóc BN đày đủ về chế độ ăn
D. Giải thích cho BN biết tiến trình của bệnh

Câu 4: Để làm giảm đau và khó chịu cho bệnh nhân bị VKDT :
A.Áp dụng nhiệt trị liệu B.Bất động và nghỉ ngơi
C.Hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau D.Cả 3 câu trên điều đúng

Câu 5: Bệnh VKDT hay gặp ở phụ nữ
A. >25 tuổi B.30 tuổi C.>35 tuổi D. Cả 3 câu trên đúng

Câu 6: Vấn đề của bệnh nhân khi bị viêm khớp dạng thấp
B. BN đau và khó chịu do viêm các khớp
C. Giảm khả năng hoạt động do hạn chế vận động khớp
D. Lo lắng do đau khớp triền miên kéo dài
E. Cả 3 câu trên đều đúng

Câu 7: Biện pháp đơn giản và có giá trị chuẩn đoán VKDT thể điển hình là
A. Hỏi và khám lâm sang về vị trí và tính chất khớp viêm
B. Chụp X quang các khớp viêm
C. Xét nghiệm sinh hóa máu
D. Xét nghiệm miễn dịch học

Câu 8: Đặc điểm tổn thương tại khớp trong viêm khớp dạng thấp, ngoại trừ:
A.Sưng đau, ít nóng đỏ B.Đau có tính chất không đối xứng
C.Dấu hiệu cứng khớp buổi sang D.Đau tăng về đêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2007), Điều dưỡng nội khoa, Nhà Xuất bản Y học
2. Đại học Y Hà Nội (2004), Bài giảng Nội khoa, Nhà Xuất bản Y học
3. Đại học Y Hà Nội (2007), Điều dưỡng Nội khoa . Nhà Xuất bản Y học