

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 1

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG)

MÃ SỐ: Đ.34.Z.06

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC
HÀ NỘI – 2008

Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên:

PGS. TS. BS. NGUYỄN TẤN CƯỜNG

Những người biên soạn:

PGS. TS. BS. NGUYỄN TẤN CƯỜNG

ThS. TRẦN THỊ THUẬN

CN. NGUYỄN THỊ NGỌC SƯƠNG

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo **Cử nhân điều dưỡng**. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn cơ sở và chuyên môn theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách đạt chuẩn chuyên môn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 1 được biên soạn dựa vào chương trình giáo dục của Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được PGS.TS. Nguyễn Tấn Cường (Chủ biên), ThS. Trần Thị Thuận, CN. Nguyễn Thị Ngọc Sương biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 1 đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học chuyên ngành Cử nhân điều dưỡng của Bộ Y tế thẩm định năm 2007. Bộ Y tế quyết định ban hành tài liệu dạy – học đạt chuẩn chuyên môn của ngành trong giai đoạn hiện nay. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế chân thành cảm ơn các tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách; cảm ơn GS.TS. Đỗ Đức Vân, PGS.TS. Võ Tấn Sơn đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau sách được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

LỜI NÓI ĐẦU

Y học là một lĩnh vực không ngừng biến đổi, trong đó ngoại khoa cũng không phải là một ngoại lệ. Trong gần hai thập niên vừa qua, thế giới đã chứng kiến sự biến đổi sâu sắc trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị bệnh tật. Sự biến đổi này đã kéo theo một loạt điều chỉnh về quan điểm điều trị và chăm sóc, trong đó có thay đổi về lĩnh vực đào tạo y khoa. Điều dưỡng là một thành phần quan trọng trong nhóm phẫu thuật, tham

gia vào quá trình tiếp nhận, điều trị, chăm sóc và theo dõi người bệnh, do đó việc cập nhật kiến thức cũng là một đòi hỏi cấp thiết.

Tại nước ta, điều dưỡng vẫn được xem là một ngành phụ thuộc vào ngành bác sĩ, có rất ít sách giáo khoa chuyên ngành, nhất là về chuyên ngành ngoại khoa. Ngày nay, số lượng cử nhân điều dưỡng được đào tạo ngày càng nhiều, đòi hỏi phải có một tài liệu giảng dạy tương xứng để tăng chất lượng đào tạo. Chúng tôi biên soạn cuốn sách **Điều dưỡng ngoại 1** nhằm đáp ứng nhu cầu giảng dạy Cử nhân Điều dưỡng.

Cuốn sách này được biên soạn dựa theo chương trình Điều dưỡng ngoại của Bộ Y tế, theo Quyết định số 12/2001/QĐ-BGD&ĐT ngày 26-04-2001. Giáo trình được viết dựa trên kinh nghiệm giảng dạy lâm sàng, cập nhật dần qua tham khảo các tài liệu trong nước và sách giáo khoa nước ngoài dành cho điều dưỡng ngoại khoa. Sách được trình bày theo từng lĩnh vực chuyên khoa, mỗi bài giảng có tóm lược về giải phẫu, sinh lý; có sơ đồ, hình vẽ hoặc ảnh minh hoạ giúp học viên dễ nắm bắt các kiến thức cần thiết.

Giáo trình gồm 7 chương, 51 bài giảng trình bày về chăm sóc ngoại khoa cơ bản, tiêu hoá, tiết niệu, tuần hoàn, thần kinh, chỉnh hình và kỹ thuật chăm sóc ngoại. Trong chương kỹ thuật chăm sóc ngoại, các bài đều được trình bày chi tiết về mục đích, chỉ định, chuẩn bị dụng cụ, quy trình kỹ thuật... Sau mỗi bài giảng có phần câu hỏi lượng giá giúp học viên hệ thống hoá các kiến thức của mình. Trong đó, **Điều dưỡng ngoại 1** gồm 2 chương, 25 bài giảng; **Điều dưỡng ngoại 2** gồm 5 chương, 26 bài giảng.

Vì là giáo trình dành cho điều dưỡng, nên bài giảng sẽ đặt trọng tâm vào các kiến thức cơ bản, vấn đề chăm sóc người bệnh, kỹ thuật chăm sóc và đặc biệt là quy trình điều dưỡng ngoại khoa. Lượng giá công tác chăm sóc là vấn đề tương đối mới.

Mặc dù đã cố gắng, song trong quá trình biên soạn khó tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của độc giả để giáo trình hoàn thiện hơn trong các lần tái bản sau.

Xin chân thành cảm ơn.

PGS. TS. BS. NGUYỄN TẤN CƯỜNG
Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại – Đại học Y Dược TPHCM

Chương 1. NGOẠI CƠ SỞ

Bài 1

VAI TRÒ NGƯỜI DƯỠNG NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được sơ lược về lịch sử ngoại khoa.
2. Trình bày được những phát minh y học liên quan đến ngoại khoa.
3. Trình bày được những đặc điểm ngoại khoa.
4. Trình bày được vai trò của người điều dưỡng ngoại khoa.

1. LỊCH SỬ NGOẠI KHOA

– *Giải phẫu thời cổ đại*: Phương pháp giải phẫu đầu tiên được ghi lại ở Ai Cập vào năm 2250 trước Công nguyên (TCN) như mổ bướu cổ, rách ung nhọt. Hippocrates (Hy Lạp, 460–377 TCN) được coi như cha đẻ của nền Y học phương Tây. Ông cho rằng, bệnh tật là do những thay đổi vật chất trong cơ thể chứ không phải ý muốn của Thượng Đế. Ông có nhiều đóng góp trong điều trị gãy xương, trật khớp; hiện nay, phương pháp của ông vẫn còn ứng dụng trong ngành chỉnh hình.

– *Y học thời trung cổ*: Thời kỳ này, nhà thờ thống trị xã hội. Y học thời kỳ này quan niệm: mổ xẻ là không cần thiết, ngoại khoa bị thoái triển nghiêm trọng. Mổ xẻ chỉ là công việc thủ công và được giao cho thợ cắt tóc, đao phủ.

– *Y học thời phục hưng*: Ngành ngoại khoa có những thay đổi theo chiều hướng tiến bộ. Giai đoạn này y học được phép mổ xác.

– *Y học thời cận đại* thực sự phát triển từ thế kỷ XIX.

– *Y học ngày nay* đã và đang phát triển với những thành tựu như: tuần hoàn ngoài cơ thể, vi phẫu thuật, thay thế tạng, ghép tạng, can thiệp nội soi, phẫu thuật nội soi...

2. NỘI SOI CHẨN ĐOÁN VÀ PHẪU THUẬT QUA NỘI SOI

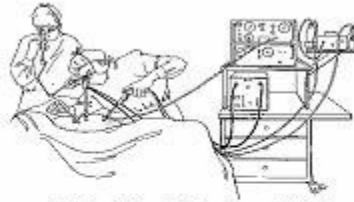
2.1. Nội soi thời sơ khai (từ năm 400 TCN – 1805)

Quan sát các cơ quan bên trong cơ thể luôn là ước mơ của các thầy thuốc trong nhiều thế kỷ. Hippocrates (460–377 TCN) đã mô tả một dụng cụ để banh trực tràng (rectal speculum). Hiển nhiên, các dụng cụ thô sơ thời bấy giờ gặp phải trở ngại kỹ thuật lớn là không có đủ ánh sáng và thường không thể đưa sâu vào cơ quan quan sát; do đó suốt 2.000 năm ngành nội soi không phát triển.

2.2. Nội soi thời hiện đại (từ năm 1805 đến nay)

Năm 1901, Kelling đã dùng kính soi bàng quang để quan sát ổ bụng chó sau khi bơm khí trời vào ổ bụng. Năm 1910, Jacobeus (Thụy Điển) dùng kính soi bàng quang để soi ổ bụng người. Trong vòng 30 năm, soi ổ bụng chỉ nhằm mục đích chẩn đoán chứ chưa thể phẫu thuật được.

Năm 1933, C. Fervers (Đức) gỡ dính qua nội soi ổ bụng đầu tiên trên thế giới. Năm 1936, Boesch (Thụy Sĩ) thực hiện ca đoạn sản đầu tiên qua nội soi. Năm 1946, Decker đề nghị chọc trocar và kính soi qua cùng đồ (culdoscopy) để tránh tai biến thủng ruột và chảy máu, người bệnh phải nằm sấp, gối gập lên ngực. Năm 1964, Kurt Semm (Đức) chế tạo ra máy bơm khí tự động



Hình 1.1. Mô nội soi thập niên 1960–1970, phẫu thuật viên phải nhìn trực tiếp qua kính soi

điều chỉnh áp lực và lưu lượng khí vào ổ bụng (trước giai đoạn này phải bơm bằng tay). Năm 1966, Hopkins (Anh) chế ra kính soi dùng hệ thống thấu kính hình que (rod–lens) cho hình ảnh sáng và sắc nét.



Hình 1.2. Mô nội soi ngày nay. Thay vì nhìn qua kính nội soi, phẫu thuật viên nhìn qua màn hình video. Sự thay đổi kỹ thuật như thế đòi hỏi phải tập luyện đôi tay thao tác thật điêu luyện

Tháng 3-1987, Mouret (Pháp) tiến hành cắt túi mật qua soi ổ bụng đầu tiên trên thế giới, mở ra một kỷ nguyên mới cho phẫu thuật, đó là phẫu thuật qua nội soi. Nếu như năm 1987 tại Mỹ chưa có ca cắt túi mật nội soi nào được thực hiện thì đến năm 1992, con số đó là 80% tất cả các trường hợp mổ cắt túi mật. Tại Việt Nam, ca mổ cắt túi mật nội soi đầu tiên được Nguyễn Tấn Cường thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 1992. Nếu năm 1992 chỉ có 5% ca cắt



Hình 1.3. Sẹo mổ bụng một người bệnh đã cắt túi mật nội soi sau 5 năm hầu như không còn nhìn thấy

túi mật được thực hiện qua nội soi, thì trong gì 73%. Ngoài đặc điểm sẹo mổ nhỏ, thẩm mỹ cho người bệnh, ưu điểm của phẫu thuật nội soi hoặc phụ trợ bằng nội soi (laparoscopic – assisted surgery) còn là giảm sang chấn phẫu thuật đến mức tối thiểu, nhờ đó giảm đau đớn sau mổ, người bệnh có thể phục hồi nhanh chóng và xuất viện sớm. Sau mổ cắt ruột thừa hoặc cắt túi mật nội soi, người bệnh có thể xuất viện sau mổ 1-3 ngày. Chính yếu tố giảm thời gian nằm viện đưa đến giảm phí tổn nằm viện, một vấn đề mà cộng đồng y tế cũng như người bệnh rất quan tâm.

3. NHỮNG PHÁT MINH Y HỌC LIÊN QUAN ĐẾN NGOẠI KHOA

3.1. Gây mê – hồi sức

Ngày 16-10-1846, thầy thuốc ở Boston là William T.G Morton (1819-1868) trình diễn gây mê bằng ête thành công đã đánh dấu mốc lịch sử giải phẫu. Đây là phát minh rất quan trọng trong ngoại khoa vì nó giúp cho cuộc mổ nhẹ nhàng hơn, người bệnh ít đau hơn trong phẫu thuật.

3.2. Truyền máu

James Blundell, người Anh, truyền máu lần đầu tiên cho một sản phụ vào năm 1818. Nhưng truyền máu chỉ thật sự bắt đầu từ năm 1930.

3.3. Vô trùng

Louis Pasteur (1835-1895), người Pháp, đã tìm ra vi trùng; Joseph Lister (1827-1912) người Anh, là người đầu tiên sử dụng phương pháp sát trùng trong phẫu thuật.

3.4. Kháng sinh

Alexander Fleming (1881-1955), nhà vi trùng học người Scotland đã tìm ra Penicilline và sau đó có hàng trăm kháng sinh ra đời. Kháng sinh giúp rất nhiều cho ngành y, đặc biệt cho ngành ngoại khoa.

4. ĐẶC ĐIỂM NGOẠI KHOA

4.1. Định nghĩa

Ngoại khoa được định nghĩa như một nghệ thuật và khoa học điều trị bệnh, thương tổn và dị dạng bằng phẫu thuật và dụng cụ chuyên dùng. Phẫu thuật có sự tương quan giữa người bệnh, phẫu thuật viên, điều

dưỡng ngoại khoa và nhóm gây mê.

4.2. Mục đích của giải phẫu

– *Chẩn đoán bệnh chính xác.* Khác với nội khoa, khi bác sĩ cần chẩn đoán bệnh chính xác thường dựa vào thủ thuật hay phẫu thuật, lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh lý để đọc kết quả chính xác.

– *Điều trị triệt căn.* Ngoại khoa thường điều trị bằng cách cắt bỏ phần bị bệnh. Ví dụ: cắt ruột thừa trong viêm ruột thừa.

– *Điều trị tạm thời.* Phẫu thuật giúp giải quyết những tắc nghẽn hay để giảm đau, giảm những triệu chứng tạm thời, để có thời gian nâng cao thể trạng, giảm tình trạng nhiễm trùng.

– *Điều trị phòng ngừa.* Trong những trường hợp bệnh lý có nguy cơ cao trở thành ác tính về sau, điều trị ngoại khoa can thiệp bằng phẫu thuật giúp cắt bỏ để loại trừ nguy cơ. Ví dụ: cắt polyp đại tràng.

– *Thẩm mỹ.* Phẫu thuật giúp con người chỉnh sửa cơ thể bình thường để trở nên đẹp hơn.

– *Tái tạo chỉnh hình.* Người bệnh được chỉnh lại cơ quan bị khuyết tật do dị dạng bẩm sinh hay do dị tật sau chấn thương bằng chỉnh hình giúp lập lại chức năng bình thường, người bệnh phục hồi khả năng hoạt động trong cuộc sống thường ngày.

– *Ghép cơ quan.* Người bệnh được ghép một bộ phận của người khác để thay thế bộ phận đã mất chức năng của mình.

4.3. Xếp loại phẫu thuật

– *Bệnh ngoại khoa* bao hàm ý nghĩa phải bộc lộ các tạng, cơ quan có bệnh tật hay thương tổn mà mắt của thầy thuốc nhìn thấy để điều trị, được thực hiện bằng phẫu thuật với các dụng cụ chuyên dùng.

Bệnh ngoại khoa luôn được phân loại mô tùy vào tình trạng bệnh lý, từng hoàn cảnh người bệnh, tùy yêu cầu người bệnh và tình huống người bệnh cần được mổ cấp cứu hay mổ chương trình.

– *Phẫu thuật cấp cứu* phải giải quyết trong vòng vài giờ, hoặc nếu tối khẩn thì phải giải quyết ngay như trong chảy máu động mạch...

– *Phẫu thuật trì hoãn* khi người bệnh có bệnh lý cần mổ cấp cứu nhưng do bệnh lý cần phải chờ một khoảng thời gian để thầy thuốc theo dõi, điều trị, hồi sức, chăm sóc trước khi phẫu thuật. Ví dụ: trong những trường hợp nhiễm trùng, người bệnh cần được điều trị kháng sinh tích cực trước khi tiến hành phẫu thuật.

– *Phẫu thuật chương trình* tùy vào bệnh lý không cần phẫu thuật ngay, tùy từng người bệnh muốn phẫu thuật lúc nào. Thường người bệnh chọn ngày, giờ phẫu thuật và có sự chuẩn bị trước. Người bệnh có thể nhập viện để chuẩn bị trước mổ hoặc chỉ nhập viện một ngày trước mổ, hoặc phẫu thuật trong ngày nhưng tất cả đều có sự chuẩn bị chu đáo.

4.4. Phân bố các khoa

Khoa phòng ngoại khoa luôn được phân chia thành hai khu: khu tiền phẫu và khu hậu phẫu.

– *Khu tiền phẫu* là nơi người bệnh nằm theo dõi hay chờ phẫu thuật. Nơi đây thường chỉ lưu các bệnh trước mổ, người bệnh rất cần những thông tin về cuộc mổ sắp đến, người bệnh cần được theo dõi tình trạng diễn tiến của bệnh.

– *Khu hậu phẫu* là nơi người bệnh đã phẫu thuật, có vết thương, có dẫn lưu,... Khu này phân thành khu sạch và khu nhiễm.

Mục đích của việc chia thành nhiều khu như thế để đảm bảo tình trạng vô khuẩn, lây chéo giữa các loại bệnh và trên hết vẫn là tâm lý người bệnh trước và sau mổ.

– *Khu phòng mổ* thông với khu hồi sức hậu phẫu bằng một hành lang kín, bằng phẳng, ngắn. Có sự kết hợp chặt chẽ giữa nhóm gây mê, điều dưỡng trong phòng mổ và nhóm hồi sức hậu phẫu. Vô trùng trong ngoại khoa luôn được áp dụng một cách triệt để.

4.5. Đặc điểm ngoại khoa

Ngoại khoa có đặc điểm: người bệnh luôn có vết thương do chấn thương, do giải phẫu, có dẫn lưu, có hậu môn nhân tạo,... Người bệnh có thể có mất mát cũng như biến dạng trên cơ thể: sẹo, khâu nối, ghép

tạng, đoạn chi, mất một bộ phận nào đó trên cơ thể... Ngoài ra, ngoại khoa luôn kèm theo truyền máu. Do đó, hầu hết các phẫu thuật đều có chuẩn bị máu trước mổ cho cả mổ trung phẫu hay đại phẫu.

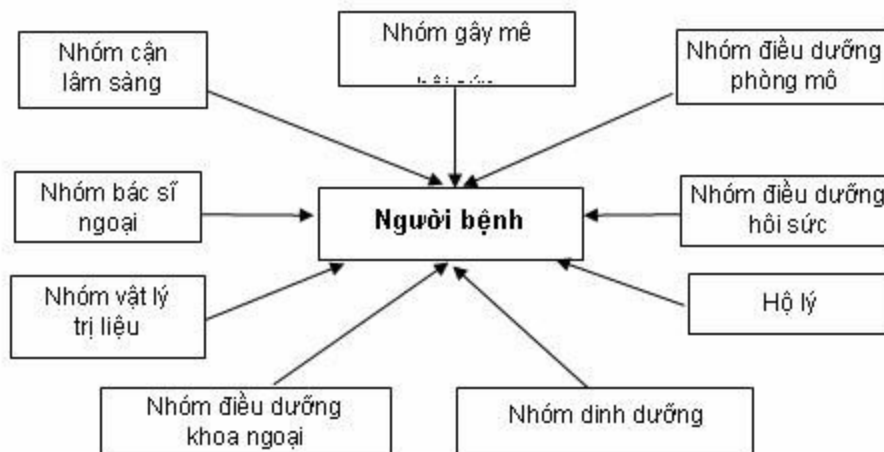
Vấn đề tâm lý rất quan trọng vì người bệnh thường chịu đựng sự mất mát, đau đớn, biến dạng, tai biến do phẫu thuật.

Ngoại khoa còn liên quan đến sự phát triển của máy móc, công tác khử khuẩn, thẩm mỹ. Ngoại khoa còn liên quan đặc biệt đến gây mê. Ngoại khoa còn có nhiệm vụ quan trọng là trả người bệnh về với cuộc sống bình thường ở mức độ cho phép.

Ngoại khoa là một liên chuyên khoa:



Ngoại khoa là sự làm việc của một tập thể gồm:



5. NHIỆM VỤ ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

Ở thời kỳ sơ khai, không có sự phân biệt giữa việc chăm sóc người bệnh (nursing) và y học (medicine). Người bệnh được chăm sóc chủ yếu bởi những người có bản năng giáo dục. Y học ngày nay đã phát triển vượt bậc và người ta đề cập đến chăm sóc người bệnh toàn diện, chẳng hạn như giáo dục sức khỏe, chăm sóc sức khỏe cho gia đình và cộng đồng, thiết lập sự tin cậy, các biện pháp để giảm stress... Vấn đề này đã được thủy tổ ngành điều dưỡng, bà Florence Nightingale, đề cập đến từ năm 1893 khi bà nhấn mạnh rằng, cần phải chăm sóc toàn diện người bệnh nói chung, chứ không phải chỉ chăm sóc căn bệnh. Vào thập niên 60, chăm sóc người bệnh được xem như công việc của một tập thể (bác sĩ, điều dưỡng, vật lý trị liệu v.v...) mà mỗi

nhà chuyên môn chỉ chú ý đến công việc riêng của mình. Chẳng hạn, đứng trước một người bị gãy xương chậu, người điều dưỡng chỉ chú ý đến vấn đề đau và bất động, làm hạn chế vận động của người bệnh, trong khi bác sĩ phẫu thuật thì lại chú ý đến loại phẫu thuật và loại nẹp vít sẽ sử dụng. Để khắc phục nhược điểm này, từ thập niên 90 tại các nước phát triển, chăm sóc sức khỏe được xem như một sự hợp tác toàn diện giữa các chuyên khoa, trong đó người điều dưỡng đóng vai trò quan trọng từ khâu tiếp nhận, chăm sóc người bệnh trong bệnh viện đến khâu chăm sóc tiếp tục tại nhà. Điều đó đòi hỏi ngành y tế phải phát triển toàn diện.

5.1. Điều dưỡng ngoại khoa

Nhận người bệnh từ các khoa, từ cấp cứu, phòng hồi sức, phòng mổ chuyển đến. Trại ngoại khoa mỗi ngày đều có cuộc hội chẩn cùng với gây mê, phẫu thuật viên để chọn phương pháp gây mê và phẫu thuật thích hợp cho từng người bệnh. Tùy theo từng bệnh viện, tùy từng khoa điều dưỡng sẽ dự buổi họp thông qua mổ mỗi ngày hay mỗi tuần. Điều dưỡng khoa ngoại phải phối hợp với điều dưỡng phòng mổ sắp xếp lịch mổ và lên chương trình mổ. Điều dưỡng khoa ngoại cần có kiến thức về bệnh, về phương pháp phẫu thuật để làm công tác tư tưởng và giáo dục cho người bệnh trước mổ. Khác với nội khoa, người điều dưỡng khoa ngoại còn phải chuẩn bị người bệnh trước mổ và chăm sóc người bệnh sau mổ. Nói đến ngoại khoa là nói đến vô khuẩn. Người điều dưỡng luôn phải cập nhật kiến thức về chống nhiễm khuẩn trong bệnh viện, luôn phải áp dụng vô trùng ngoại khoa tuyệt đối trong chăm sóc người bệnh như chăm sóc vết mổ, dẫn lưu... Phòng ngừa nhiễm trùng chéo giữa các vết thương trên cùng người bệnh hay giữa người bệnh này với người bệnh khác. Về chăm sóc, phục hồi người bệnh sau mổ, điều dưỡng ngoại khoa có nhiệm vụ phòng ngừa biến chứng sau mổ, vật lý trị liệu cho người bệnh, phục hồi vận động sau mổ. Dinh dưỡng sau mổ cũng rất quan trọng, người bệnh cần được cung cấp dinh dưỡng nhưng tùy từng bệnh lý, tùy từng phương pháp phẫu thuật mà điều dưỡng sẽ cung cấp dinh dưỡng qua truyền dịch, ăn bằng miệng, dẫn lưu nuôi ăn. Điều dưỡng hướng dẫn, chuẩn bị cho người bệnh ra viện với mục tiêu phòng và tránh biến chứng sau mổ, trả người bệnh về với gia đình, xã hội với tình trạng tốt nhất.

5.2. Điều dưỡng phòng mổ

– *Sự kết hợp và chuyển giao.* Bàn giao giữa điều dưỡng khoa ngoại với phòng mổ khi chuyển người bệnh từ khoa ngoại, cấp cứu xuống phòng tiền phẫu.

Bàn giao giữa điều dưỡng khoa hậu phẫu và điều dưỡng phòng mổ khi người bệnh phẫu thuật hoàn tất.

– *Lượng giá người bệnh trước mổ.* Lượng giá tình trạng người bệnh về dấu chứng sinh tồn, tri giác, tâm lý, tổng trạng người bệnh. Xét nghiệm tiền phẫu, tên người bệnh, phương pháp gây mê và chẩn đoán trước mổ, phương pháp phẫu thuật dự kiến.

– *Can thiệp điều dưỡng trong mổ.* Duy trì sự an toàn cho người bệnh, dụng cụ, tư thế, ánh sáng, phẫu trường. Theo dõi tình trạng sinh lý người bệnh, mạch, huyết áp, nhiệt độ. Thực hiện đúng nhiệm vụ điều dưỡng được giao trong một cuộc mổ: điều dưỡng vòng trong và điều dưỡng vòng ngoài. Luôn kết hợp cùng gây mê và nhóm mổ thực hiện hoàn hảo phẫu thuật cho người bệnh trong suốt thời gian phẫu thuật. Người điều dưỡng luôn áp dụng vô trùng tuyệt đối trong suốt quá trình phẫu thuật, phải biết phân biệt thì sạch, thì nhiễm trong chu trình phẫu thuật. Hiểu biết và sử dụng đúng các dung dịch tiệt khuẩn, máy móc, đưa dụng cụ đúng quy trình. Phúc trình lại đầy đủ diễn tiến và những bất thường trong mổ vào hồ sơ. Điều dưỡng luôn đảm bảo môi trường phòng mổ an toàn và vô khuẩn, chấn chỉnh kịp thời những sai phạm.

Đánh giá tình trạng người bệnh để chuẩn bị cho người bệnh chuyển từ phòng mổ sang phòng hồi sức như: dấu chứng sinh tồn, tri giác, chảy máu. Di chuyển người bệnh an toàn về phòng hồi sức. Bàn giao người bệnh cùng điều dưỡng phòng hồi sức.

Hiện nay, cùng với sự phát triển không ngừng của phẫu thuật nội soi, người điều dưỡng cần cập nhật kiến thức không chỉ nhằm phục vụ cho cuộc phẫu thuật mà còn biết cách sử dụng và chăm sóc máy móc, biết cách xử trí các loại máy trong phòng mổ giúp cuộc mổ hoàn thành tốt. Phẫu thuật nội soi đã giúp người bệnh rất nhiều như giảm đau, thẩm mỹ hơn thì điều dưỡng phòng mổ cũng cần cố gắng hơn trong các trợ thủ phẫu thuật như cách sử dụng dụng cụ trong các thì phẫu thuật. Ngoài ra, điều dưỡng phòng mổ cũng cần biết cách tiệt khuẩn, bảo quản dụng cụ nội soi.

5.3. Điều dưỡng phòng hồi sức

Bàn giao giữa điều dưỡng phòng mổ và điều dưỡng phòng hồi sức, nhận định tình trạng người bệnh sau mổ: dấu chứng sinh tồn, tri giác, vết mổ, dẫn lưu, áp lực tĩnh mạch trung tâm, bệnh lý, phương pháp phẫu thuật...

Luôn trau dồi kiến thức chuyên môn và kỹ năng về chăm sóc trong hồi sức cấp cứu, sử dụng thành thạo các máy móc, dụng cụ hồi sức, trau dồi kiến thức về chống nhiễm khuẩn trong bệnh viện. Luôn áp dụng vô trùng ngoại khoa trong chăm sóc... Biết thực hiện và hiểu được tác dụng phụ của thuốc hồi sức. Biết đánh giá người bệnh đủ tiêu chuẩn để chuyển người bệnh về khoa ngoại. Ngoài ra, người điều dưỡng khoa hồi sức còn phải trang bị kiến thức trong giao tiếp với người bệnh. Ở khoa hồi sức người bệnh thường hôn mê, được đặt nội khí quản, thở máy; người bệnh không thể giao tiếp bằng lời nói mà chỉ bằng điệu bộ và chữ viết. Người điều dưỡng tại khoa hồi sức vì thế rất cần trau dồi kiến thức về giao tiếp bằng cử chỉ, điệu bộ, hiểu biết tâm lý người bệnh.

6. KẾT LUẬN

Ngày nay, ngoại khoa đã có những bước tiến ngày càng hoàn hảo hơn giúp người bệnh đau ít hơn, thẩm mỹ hơn, ít mất máu hơn, ít nhiễm trùng hơn, tỷ lệ tử vong giảm... Đó chính là sự nỗ lực không ngừng của ngành y học. Sự nỗ lực này thành công chính là nhờ sự kết hợp hài hòa giữa phẫu thuật viên và điều dưỡng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu sau:

- Nêu 5 mục đích của điều trị ngoại khoa.
A.
B.
C.
D.
E.
- Nêu 4 phát minh khoa học liên quan đến sự phát triển ngoại khoa.
A.
B.
C.
D.
- Về sơ đồ ngoại khoa là 1 liên khoa.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Ngoại khoa là 1 liên khoa.		
5	Luôn áp dụng vô trùng ngoại khoa ở phòng mổ.		
6	Điều dưỡng ngoại khoa ở phòng hồi sức phải luôn cập nhật kiến thức liên tục.		
7	Luôn có sự bàn giao giữa phòng mổ và phòng hồi sức.		
8	Bệnh ngoại khoa chỉ là bệnh chấn thương.		
9	Luôn tránh lây chéo trong khoa ngoại.		
10	Dinh dưỡng được đánh giá chủ yếu trong sự hồi phục người bệnh.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi, *Bài giảng Ngoại khoa cơ sở, Triệu chứng học ngoại khoa*. Đại học Y Dược. TP. Hồ Chí Minh 2001, NXB Y học, 9–12.
2. Kim Litwack, *Preoperative patient, in Medical Surgical Nursing*, Mosby–Year book, Inc. 4th (1996), 349–385.
3. Hirschowitz BI, *Development and application of endoscopy*, Gastroenterology. 1993; 104:337–342
4. Semm K, *The history of endoscopy*. In: Vitale GC, Sanfilippo JS, Perissat J, eds. Laparoscopic surgery. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1995: 3–11.
5. Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection Study group (COLOR) (2005) Lancet Oncol 6 (7) 477–484.
6. MRC Classic Trial Group (2005), Lancet 365: 1718–1726.

Bài 2

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHOÁNG CHẤN THƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, sinh lý bệnh, phân loại của choáng chấn thương
2. Chăm sóc được người bệnh choáng chấn thương.

I. BỆNH HỌC

1. ĐỊNH NGHĨA

Choáng là trạng thái giảm tưới máu đến các cơ quan, đưa đến hậu quả huỷ hoại chức năng tế bào và tử vong.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Choáng tim

Choáng tim là do cung lượng tim không đảm bảo tưới máu cho mô. Nguyên nhân có thể do bệnh lý cơ

tim, do tràn máu màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp, suy tim ứ huyết nặng,...

2.2. Choáng thần kinh

Thường sau chấn thương cột sống, chấn thương sọ não, do gây tê tuỷ sống, gây mê tổng quát sâu, ức chế trung tâm vận mạch (do đau dữ dội, nghiện thuốc, hạ đường huyết, stress do xúc cảm).

2.3. Choáng vận mạch

Giống như choáng thần kinh nhưng khác hẳn ở cơ chế gây ra. Đó là vai trò quan trọng của các chất trung gian vận mạch nội hay ngoại sinh trong sự phát triển của choáng vận mạch thường gặp trong choáng nhiễm trùng, choáng phản vệ do thuốc, thức ăn, côn trùng cắn, truyền máu, chùng ngừa.

2.4. Choáng giảm thể tích

Là do tình trạng mất thể tích dịch trong mạch máu. Do mất dịch bên ngoài (giảm thể tích dịch thật sự) hay do dịch chuyển từ khoang mạch tới khoang tế bào (liên quan đến giảm thể tích dịch). Hậu quả của mất dịch là giảm máu trở về tim, giảm thể tích dịch, giảm tổng máu tim, suy giảm tuần hoàn, giảm tưới máu mô. Dịch mất đi có thể là máu, plasma, nước, điện giải. Hầu hết nguyên nhân mất dịch bên ngoài là do chảy máu. Hậu quả của choáng do mất máu tùy vào sự đáp ứng của cơ chế bù trừ của mỗi người. Một cơ thể khoẻ mạnh của người lớn có thể bù trừ ngay khi mất khoảng 10% máu của toàn cơ thể, nhưng nếu mất máu khoảng 20–25% thì cơ chế bù trừ thất bại. Số lượng máu mất đi có thể do chấn thương (như vỡ gan, vỡ lách), do bệnh lý (như chảy máu do loét dạ dày tá tràng, vỡ phình động mạch chủ...), mất dịch như trong nôn ói, tiêu chảy, rò dịch...

2.5. Choáng chấn thương

Là tình trạng mất máu sau chấn thương, cũng nằm trong một phần của choáng giảm thể tích do mất máu, choáng thần kinh do đau.

3. SINH LÝ BỆNH

Sau chấn thương, choáng giảm thể tích có thể xảy ra; mất dịch cơ thể làm giảm dịch lưu hành trong lòng mạch, đưa đến giảm cơ chế bù trừ tưới máu cho mô với các đáp ứng về:

– *Nội tiết*: Thể tích lòng mạch giảm làm giảm cung lượng tim dẫn đến đáp ứng giao cảm thượng thận và từ đây phóng thích catecholamine. Chất này gây co mạch ngoại biên giúp duy trì huyết áp, giúp tổng máu nuôi não và tim trong thời gian ngắn.

– *Tim*: Do tác dụng cường giao cảm, sức co bóp cơ tim và nhịp tim sẽ tăng nhanh ngay khi có mất dịch đáng kể. Tuy nhiên, khi choáng hình thành và kéo dài tưới máu cơ tim sẽ bị ảnh hưởng.

– *Não*: Lưu lượng máu não có giảm sút khi mất trên 20% thể tích máu cơ thể. Thiếu máu xảy ra khi huyết áp tâm thu < 50mmHg.

– *Phổi*: Không có ảnh hưởng nhiều đến sự trao đổi khí.

– *Gan*: Ít biểu hiện rõ.

Thận: Đáp ứng của thận với choáng giảm thể tích là trầm trọng. Độ lọc vi cầu thận giảm do giảm máu tới thận, tái phân bố dòng máu về tuỷ nhiều hơn là về vỏ thận. Tác dụng của angiotensin, aldosterone nhằm gia tăng tái hấp thu nước và muối giúp bù trừ sự giảm thể tích.

– *Ruột*: Thiếu oxy gây thiếu máu niêm mạc đưa đến rối loạn chức năng hàng rào niêm mạc ruột. Tái tưới máu sau hồi sức đưa đến tích tụ các chất oxy hoá làm thương tổn tế bào, tính thấm thấu niêm mạc ruột gia tăng và vi khuẩn đường ruột, nội độc tố chuyển dịch qua thành ruột vào máu dẫn đến nhiễm trùng huyết.

4. RỐI LOẠN CHUYỂN HOÁ NƯỚC VÀ ĐIỆN GIẢI

4.1. Rối loạn chuyển hoá nước

Một số trường hợp mất nước:

– *Mất nước do mồ hôi*: phụ thuộc vào thời tiết, điều kiện lao động, cường độ lao động...

Mồ hôi có tính nhược trương, trong những trường hợp đặc biệt như lao động nặng trong điều kiện nóng, độ ẩm cao và ít thông khí..., mồ hôi có thể mất

3 – 4 lít/giờ. Sự bù đắp nước trong mất mồ hôi thường dễ dàng bằng đường uống, mất từ 5 lít trở lên phải bù thêm NaCl 9‰.

Lâm sàng sẽ thấy người bệnh có những biểu hiện mà bản chất là do tình trạng gian bào nhược trương dẫn đến nước vào tế bào gây rối loạn chuyển hoá, tổn thương tế bào: mau mệt mỏi, vã mồ hôi, uể oải, nhức đầu, buồn nôn, tim đập nhanh, lú lẫn...

– *Mất nước do sốt*: Khi sốt, thân nhiệt tăng, chuyển hoá các chất tăng, nhu cầu oxy tăng, lượng CO₂ cần đào thải cũng tăng. Trong sốt mất nước chủ yếu là đường hô hấp, sau là mồ hôi... gây nên tình trạng mất nước ưu trương.

– *Mất nước do nôn*: Nôn nhiều gây mất nước, gây rối loạn huyết động, làm giảm huyết áp (khối lượng tuần hoàn giảm), máu cô đặc, máu qua thận giảm (nếu nặng có thể dẫn đến suy thận), cuối cùng dẫn đến tình trạng nhiễm độc, nhiễm toan nếu không xử lý kịp thời.

– *Mất nước do thận*: Gặp trong đái tháo nhạt...

– *Mất nước do tiêu chảy*: Tiêu chảy làm cho người bệnh mất nước kèm rối loạn điện giải.

4.2. Rối loạn điện giải

Cân bằng Na⁺:

Mỗi ngày cơ thể cần khoảng 5–10g NaCl (cho người lớn). Na⁺ có vai trò quan trọng trong cân bằng thẩm thấu. Na⁺ chịu sự ảnh hưởng của hormone thượng thận.

– *Giảm Na huyết tương*: thường gây nhược trương gian bào, nước vào tế bào, giảm dự trữ kiềm, giảm khối lượng máu, giảm huyết áp, có thể dẫn đến trụy tim mạch, làm thiếu niệu, gây suy thận... Nặng có thể phù não, vỡ hồng cầu.

– *Tăng Na huyết tương*: ít thấy, thường xảy ra với những bệnh nội tiết như bệnh Cushing, tiêm nhiều ACTH, corticoid, ăn nhiều muối natri... Hậu quả là giữ nước, phù, tăng huyết áp mà cơ chế là do phồng nội mạc làm hẹp lòng mạch và tăng hoạt tính của catecholamin, còn có thể gây mất nước tế bào.

Cân bằng Kali (K):

K là ion chủ yếu bên trong tế bào, nhưng bên ngoài tế bào nó cũng giữ một vai trò quan trọng trong việc duy trì tính chịu kích thích của sợi cơ, nhất là cơ tim. Mỗi ngày cơ thể cần khoảng 4 – 5g K (cho người lớn).

– *Giảm K huyết tương*: có thể do ăn thiếu, do mất theo các dịch, dùng thuốc tẩy ruột kéo dài, dùng nhiều thuốc lợi tiểu. K có thể bị kéo ra khỏi tế bào, ảnh hưởng đến co bóp cơ (mệt mỏi), tim đập yếu... Hậu quả là: nếu K giảm < 3,5mEq sẽ sinh mỏi cơ, yếu cơ, giảm nhu động ruột, có thể liệt ruột, giảm huyết áp tâm trương, tim nhanh (ngựa phi) kéo dài sóng QT và hạ thấp biên độ T.

– *Tăng K huyết tương*: do ăn, uống nhiều muối K⁺; sẽ gây suy thận nặng, huỷ hoại nhiều tế bào... Hậu quả rất nguy hiểm: tim chậm, rung thất, sóng T cao và nhọn, sóng QRS kéo dài, có thể ngừng tim...

Cân bằng Canxi (Ca):

– *Giảm Ca huyết tương*: gặp trong suy tuyến cận giáp trạng, thiếu vitamin D, kém hấp thu ở ruột. Hậu quả gây co giật tự phát, nặng có thể ngừng hô hấp, giảm nhẹ và kéo dài có thể gây còi xương, rickets...

– *Tăng Ca huyết tương*: do cường tuyến cận giáp, hoặc trong nhiễm toan (huy động nhiều từ xương ra), gây giảm dẫn truyền thần kinh cơ.

Cân bằng Clo (Cl):

Cl có vai trò trong điều khiển cân bằng acid, base: khi cơ thể nhiễm toan, Cl vào hồng cầu hoặc thải ra dạ dày.

- Thừa Cl sẽ làm toan dịch vị, gây nôn.
- Thiếu Cl gây giảm toan dịch vị, gây khó tiêu.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Dữ kiện chủ quan

Hỏi người bệnh những thông tin quan trọng về sức khỏe:

- Tiền sử sức khỏe: nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi, nhiễm trùng, chấn thương cột sống, chảy máu, chấn thương, bỏng, tiểu đường, mất nước, suy tim ứ huyết, suy van tim, viêm tụy cấp, tắc ruột, phản ứng nặng nề do côn trùng cắn.
- Thuốc: phản ứng quá mẫn với thuốc, thuốc chủng ngừa, gây mê, quá mẫn thuốc.
- Phẫu thuật và những điều trị khác: phẫu thuật lớn, liên quan đến mất máu. Chấn thương gây mất máu, vị trí tổn thương và số lượng máu mất.
- Chuyển hoá dinh dưỡng: đói, nôn ói, buồn nôn, chứng mê đay và ngứa (trong choáng phản vệ), toát mồ hôi, lạnh run.
- Bài tiết: nước tiểu giảm.
- Hoạt động: yếu, chóng mặt, sự kích động, mệt, hồi hộp, đau ngực, khó thở, có ho hay không ho.

1.2. Dữ kiện khách quan

Thăm khám người bệnh về:

- Thần kinh: khởi đầu kích động, lo lắng; sau đó thay đổi tâm thần, ngủ gà, thần thờ, mê.
- Tuần hoàn: nhịp tim nhanh, huyết áp giảm, nhợt nhạt, mạch chỉ, tiếng tim bất thường, mạch cổ phồng, rối loạn nhịp tim.
- Da: tái, lạnh, ẩm, nổi da gà (nhiễm trùng hay choáng phản vệ), tím tái, mê đay, nổi mẩn.
- Tiết niệu: nước tiểu giảm, vô niệu.
- Hô hấp: thở nhanh, khò khè, ran nổ, mất tiếng thở, nghẹt thở, ho.
- Tiêu hoá: ói, tăng hay giảm nhu động ruột.
- Tổng quát: nhiệt độ bình thường, tăng (nhiễm trùng), giảm...
- Dấu hiệu dương tính khác: rối loạn nước và điện giải, Hemoglobin và Hematocrit giảm, thiếu máu, giảm CO₂, tăng bạch cầu, giảm oxy, kiềm hô hấp và toan chuyển hoá acid, BUN tăng, men gan tăng, mức độ lactate tăng, có vết thương, máu, cấy dịch cơ thể, XQ ngực và đo điện tim bất thường.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Phòng ngừa choáng

Điều quan trọng nhất của điều dưỡng là phòng ngừa choáng xảy ra. Vì thế, trước tiên, điều dưỡng phải nhận biết người bệnh nào có nguy cơ choáng cao nhất. Người già, người rất trẻ, người có bệnh mạn tính, bệnh suy nhược là những người có nguy cơ cao nhất. Với người bệnh sau phẫu thuật, sau chấn thương thì có nguy cơ cao nhất khi nguyên nhân do chảy máu, chấn thương cột sống, bỏng, dị ứng thuốc, dị ứng tôm, cua, sò hến; quá mẫn thuốc, côn trùng cắn...

Can thiệp điều dưỡng là xác định những cá nhân dễ xúc cảm, nhận định qua theo dõi và phát hiện sớm những thay đổi bất thường trên người bệnh. Điều dưỡng cần chẩn đoán đúng, can thiệp thích hợp và lượng giá những hành động cần thực hiện. Hầu hết những người bệnh đau thắt ngực hay nhồi máu cơ tim thường

phải dùng thuốc để can thiệp kịp thời.

Bảng 2. Bảng nhận định người bệnh bị choáng

Vùng liên quan	Choáng giảm thể tích	Choáng tim	Choáng vận mạch	Choáng thần kinh
Biểu hiện tổng quát	Lo âu, bồn chồn	Lo âu, bồn chồn	Lo âu, bồn chồn, chóng mặt	Lo lắng, bồn chồn
Mức độ tri giác	Lơ mơ, hôn mê	Lơ mơ, hôn mê	Lơ mơ, hôn mê	Lơ mơ, hôn mê
Nhiệt độ	↑ hay ↓	↑	↑ hay ↓	↑ hay ↓
Nhịp tim nghe	↑, mạch chỉ	↑, mạch chỉ S1, S4 rung miu	↑, mạch chỉ	Bình thường hay chậm
Huyết áp Sớm	Áp suất mạch ↓, huyết áp tâm trương ↓	Áp suất mạch ↓, huyết áp tâm trương ↓	Bình thường áp suất mạch ↓	Bình thường áp suất mạch ↓
Trễ	Huyết áp tâm thu ↓	Huyết áp tâm thu ↓	Huyết áp tâm thu ↓	Huyết áp tâm thu ↓
Da và làn da	Lạnh, ẩm, ướt,	Lạnh, ẩm, ướt,	Sớm: Ấm, khô	Sớm: Ấm, khô

	tái	tím tái	Trễ: Lạnh, ẩm, ướt, tím tái	Trễ: Tím
Mao mạch	↓	↓	↓	↓
Mạch ngoại biên	Mất hay ↓	Mất hay ↓	Mất hay ↓	Mất hay ↓
Chức năng phổi Nhịp thở Nghe	↑, nông hay Cheyne stockes Sớm: rõ Trễ: rale	↑, nông hay Cheyne stockes, ngưng thở rale	↑, nông hay Cheyne stockes Sớm: rõ Trễ: rale	↑, nông hay Cheyne stockes Sớm: rõ Trễ: rale
Thay đổi kiểm toan Sớm Trễ	Kiểm hô hấp toan biến dưỡng	Kiểm hô hấp toan biến dưỡng	Kiểm hô hấp toan biến dưỡng	Kiểm hô hấp toan biến dưỡng
Nước tiểu Sớm Trễ	↓ < 20ml/mm Thiếu niệu	↓ < 20ml/mm Thiếu niệu	↓ < 20ml/mm Thiếu niệu	↓ < 20ml/mm Thiếu niệu

(Ghi chú: ↑ – tăng; ↓ – giảm)

Hành động này giúp gia tăng tưới máu cơ tim và làm giảm hoạt động của tim qua: nghỉ ngơi, thuốc, liệu pháp chống đông,...

Theo dõi cẩn thận cân bằng dịch trong cơ thể cũng ngăn ngừa choáng giảm thể tích. Theo dõi nước xuất nhập, cân nặng mỗi ngày, dẫn lưu từ vết thương...

Phát hiện chảy máu sớm và kiểm soát chảy máu ngay. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, theo dõi nhiệt độ. Thực hiện ngay đường truyền cung cấp dịch tốt là rất quan trọng. Trong khi chăm sóc việc ngăn ngừa nhiễm trùng như rửa tay trước và sau chăm sóc người bệnh là thực sự cần thiết.

Để ngăn ngừa choáng phản vệ nên hỏi người bệnh cẩn thận về tiền sử dị ứng thuốc, nhất là kháng sinh hay thức ăn... Trước khi truyền máu nên hỏi người bệnh về tiền sử truyền máu và dị ứng, nhóm máu, Rhesus. Cần kiểm tra kỹ trước khi truyền máu, nên có 2 điều dưỡng kiểm tra với nhau trước khi truyền máu là tốt nhất và tiếp tục theo dõi cẩn thận trong và sau truyền máu.

2.2. Sự thay đổi thân, não, tim phổi, tưới máu ngoại biên

– *Lượng giá dấu hiệu và triệu chứng sự thay đổi tưới máu mô:* da lạnh, tím tái, mạch yếu, thay đổi tâm thần, nhịp tim nhanh, nước tiểu giảm, ối.

– *Can thiệp điều dưỡng:* Cho người bệnh nằm đầu bằng hay tư thế thẳng, tư thế chân cao 15–30° so với mực tim sẽ giúp máu về tim tốt. Do cơ mạch máu về nội tạng, do cơ chế bù trừ, rối loạn giao cảm nên người bệnh dễ bị lạnh; vì thế điều dưỡng luôn giữ ấm người bệnh bằng chăn mềm. Đánh giá nước xuất nhập như theo dõi dấu hiệu mất nước ở quần áo, bọc tã, đo lượng nước vào và ra mỗi 1–2 giờ tùy vào tình trạng người bệnh, tùy theo y lệnh, nên theo dõi qua áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), qua lượng nước tiểu mỗi giờ (nước tiểu bình thường 0,5–1ml/giờ/kg cân nặng). Thường khi nước tiểu ít hơn 800ml/24 giờ gọi là thiếu niệu, và ít hơn 200ml/24 giờ gọi là vô niệu. Với người bệnh đang choáng điều dưỡng nên đặt thông tiểu lưu để theo dõi nước tiểu mỗi giờ nhưng phải áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn, an toàn để tránh nguy cơ nhiễm trùng tiểu. Khi nhận định các dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải hay thiếu máu trên lâm sàng, điều dưỡng thực hiện y lệnh cân bằng nước và điện giải qua tĩnh mạch: máu toàn phần, plasma, dịch truyền...

Trong giai đoạn này vấn đề dinh dưỡng cũng quan trọng, nhưng thường trong giai đoạn cấp việc ăn uống tạm dừng lại. Khi tình trạng người bệnh tương đối ổn định hơn thì việc cho ăn nên thực hiện nhỏ giọt qua ống Levine, không nên cho ăn qua miệng. Động tác nhai hay căng cơ lưỡi dạ dày do thức ăn làm gia tăng nhịp tim vốn đã mệt mỏi nhiều. Thức ăn nhỏ giọt vừa giúp dạ dày hấp thu từ từ thức ăn nhằm cung cấp năng lượng cần thiết cho cơ thể, vừa tránh tình trạng nôn ối hay nuốt khó do người bệnh đang ở tư thế nằm đầu thấp.

Kiểm tra dấu chứng sinh tồn mỗi 1–2 giờ. Thời gian theo dõi tùy thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ; nhưng người bệnh luôn nằm trong tầm nhìn điều dưỡng.

Nếu người bệnh choáng do mất máu và có truyền máu thì điều dưỡng cần theo dõi sát các dấu hiệu chảy máu qua vết thương, xuất huyết nội... do khi truyền máu số lượng nhiều người bệnh có nguy cơ rối loạn đông máu do chất kháng đông từ những túi máu. Nếu là vết thương bên ngoài thì thực hiện băng ép, theo dõi dấu chứng sinh tồn và báo ngay bác sĩ xử trí.

2.3. Giảm tổng máu từ tim – giảm thể tích dịch

– *Lượng giá dấu hiệu và triệu chứng của giảm tổng máu tim:* mệt, da tái, thiếu niệu, tiểu ít, huyết áp giảm, mạch nhanh, dấu thiếu máu.

– *Can thiệp điều dưỡng:* Người bệnh nằm trên giường, nghỉ ngơi hoàn toàn giúp bảo tồn năng lượng và để giảm nhu cầu oxy, giúp duy trì biến dưỡng cần thiết. Theo dõi chỉ số huyết động học để đánh giá tình trạng lâm sàng của người bệnh và đáp ứng điều trị: áp lực máu, áp lực động mạch, áp lực động mạch phổi. Theo dõi các dấu hiệu sống qua monitor, nên cài chế độ báo động trên máy. Nếu có bất kỳ dấu hiệu máy báo bất thường nào điều dưỡng đều phải khám lại người bệnh và nhận định ngay để can thiệp kịp thời. Giữ ấm người bệnh để giúp người bệnh thoải mái, giảm lo lắng hơn. Sự có mặt thường xuyên của người điều dưỡng giúp cho người bệnh

an tâm, giảm lo lắng.

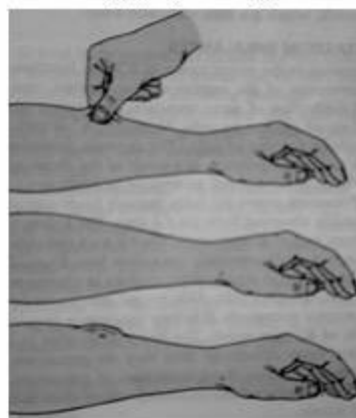
– Đáp ứng thuốc của tim: Điều dưỡng cần hiểu tác dụng chính và phụ của thuốc về tim để đề ra kế hoạch chăm sóc thích hợp cũng như theo dõi tác dụng của thuốc nhằm báo bác sĩ kịp thời điều chỉnh thuốc hợp lý.

Lập kế hoạch chăm sóc ngăn ngừa người bệnh mệt, tăng nhu cầu oxy như thở oxy theo y lệnh, nghỉ ngơi, ăn nhỏ giọt qua ống thông dạ dày. Lưu ý: tránh để bình thức ăn quá cao, tăng áp lực dòng chảy.

Chăm sóc người bệnh cấp I:

Đo nước xuất nhập mỗi giờ, cần ghi rõ tổng lượng nước xuất nhập chính xác vào bảng theo dõi và vào hồ sơ trong 24 giờ. Theo dõi mắt nước

và rối loạn điện giải trên lâm sàng 1–2 giờ/lần, thực hiện y lệnh xét nghiệm BUN, creatinin, Ion đồ. Thực hiện cung cấp nước và điện giải cho người bệnh luôn chính xác theo số lượng, số giọt và đúng thời gian theo y lệnh, nên sử dụng kim lùn có 3 chia để có thể truyền dung dịch kết hợp.



Hình 2.1. Dấu véo da dương tính

2.4. Giảm trao đổi khí

– *Lượng giá*: áp lực máu động mạch, nồng độ oxy máu ngoại biên.

– *Can thiệp điều dưỡng*: cung cấp đủ oxy cho người bệnh qua: mask, canule, máy thở, lều oxy...

Nghe phổi mỗi giờ giúp phát hiện những bất thường như nghẹt đàm, nhất là người già trong giai đoạn này giữa thừa nước và thiếu nước rất gần nhau nên nghe phổi sẽ giúp phát hiện phù phổi cấp.

Theo dõi suy giảm oxy: nhịp thở nhanh hơn, thở cố gắng, màu da tím, thở co kéo liên sườn, cánh mũi phập phồng, dấu đàn hồi mao mạch giảm. Khi nhận định có các dấu hiệu trên, điều dưỡng cần chuẩn bị dụng cụ hỗ trợ để bác sĩ đặt nội khí quản và thực hiện trợ giúp thở cho người bệnh ngay. Chuẩn bị nội khí quản và trợ giúp thở theo y lệnh.

2.5. Ngăn ngừa chấn thương

An toàn cho người bệnh khi nằm, khi di chuyển. Do tri giác kém, do thiếu oxy não trong giai đoạn choáng nên người bệnh thường bị kích thích, bứt rứt nên dễ có nguy cơ ngã khỏi giường. Người điều dưỡng phải luôn luôn kéo chân song thành giường lên cao. Nên có đệm lót tốt và chêm lót tốt ở thành giường tránh tổn thương cho người bệnh do va chạm vào thành giường.

2.6. Ngăn ngừa tổn thương da

Chăm sóc da, lau khô khi người bệnh toát mồ hôi. Xoay trở người bệnh mỗi 1–2 giờ trong điều kiện cho phép. Tránh đè cấn do dụng cụ, nếp gấp của vải trải giường. Theo dõi và phòng chống loét: không để người bệnh ẩm ướt, lau khô da ngay, massage vùng dễ bị đè cấn.

2.7. Thay đổi dinh dưỡng

Cho ăn nhỏ giọt qua ống Levine, đảm bảo đủ năng lượng cần thiết cho người bệnh. Khi ăn nên cho người bệnh nằm đầu cao 30⁰, không đặt đầu quá cao. Theo dõi tình trạng bụng người bệnh, tránh căng chướng dạ dày. Theo dõi dấu hiệu mất nước cho người bệnh. Trong trường hợp người bệnh đang diễn tiến nặng thì không nên cho ăn, chỉ cho ăn khi có y lệnh hay khi người bệnh ổn định.

2.8. Tâm lý người bệnh

Luôn giải thích thủ tục và phương pháp trước khi tiến hành kỹ thuật chăm sóc giúp người bệnh không lo lắng.

Đảm bảo người bệnh an toàn nhất, môi trường yên lặng, thoải mái, tránh đau khi xoay trở và thực hiện thủ thuật. Dùng thuốc giảm đau nếu có y lệnh trước khi chăm sóc. Cho phép người bệnh tiếp xúc với gia

định ở điều kiện cho phép. Cung cấp phương tiện giao tiếp nếu người bệnh không nói được. Quản lý thuốc men, giúp người bệnh tư thế giảm đau. Điều dưỡng luôn có mặt bên cạnh người bệnh giúp họ an tâm, tránh tình trạng căng thẳng, lo lắng.

2.9. Duy trì tình trạng vô trùng

Thực hiện kháng sinh theo y lệnh: qua tiêm truyền, qua bơm tiêm. Vệ sinh xung quanh, vệ sinh môi trường và cách ly với các bệnh nhiễm trùng khác. Thực hiện đúng kỹ thuật khi chăm sóc người bệnh, áp dụng kỹ thuật vô trùng với các thủ thuật. Rửa tay trước và sau khi chăm sóc.

2.10. Thay đổi nhiệt độ cơ thể và da

Da người bệnh có thể tím tái, nhợt nhạt. Người bệnh có thể bị lạnh, trong trường hợp này điều dưỡng cần giữ ấm cho người bệnh và giữ nhiệt độ môi trường ấm. Nếu người bệnh có nhiệt độ = $38,6^{\circ}\text{C}$ thì điều dưỡng nên đắp mát và cho người bệnh thuốc hạ sốt. Vì nhiệt độ cao hay thấp cũng gây nguy cơ thiếu oxy của người bệnh.

LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh tri giác trở về bình thường.
- Người bệnh không còn dấu hiệu mất nước và điện giải
- Dấu chứng sinh tồn trở về bình thường.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Choáng chấn thương gồm

A. Choáng giảm thể tích

B.

C.

D.

2. Ba lượng giá sau choáng gồm:

A.

B.

C.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Nên cho người bệnh nằm nghỉ ngơi hoàn toàn khi choáng.		
4	Với người bệnh choáng nặng nên theo dõi nước tiểu mỗi giờ.		
5	Người bệnh choáng có biểu hiện hôn mê ngay.		
6	Người bệnh choáng cần cách ly với các bệnh nhiễm trùng khác.		
7	Nếu nước tiểu người bệnh choáng < 20ml/giờ là nặng.		
8	Người bệnh choáng nên cho bơm thức ăn qua ống Levine.		
9	Người bệnh choáng cần giữ trong môi trường yên lặng.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Văn Ninh. *Choáng chấn thương*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh. NXB Y học 2001, 66–84.
2. Judith J. Barrows. *Shock, in Medical Surgical Nursing*, Mosby–Year book, Inc. 4th ed., St. Louis–Missouri, (1996): 117–141.

Bài 3

NHIỄM TRÙNG NGOẠI KHOA VÀ CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa nhiễm trùng ngoại khoa.
2. Trình bày được diễn biến của các nhiễm trùng ngoại khoa.
3. Chăm sóc được loại thương tổn thường gặp.

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm trùng là sự xâm nhập của vi sinh vật vào cơ thể và sự đáp ứng của cơ thể đối với thương tổn do vi sinh vật gây nên (vi sinh vật có thể là: vi khuẩn, siêu vi khuẩn hoặc ký sinh trùng).

Nhiễm trùng ngoại khoa là biến chứng thường xảy ra sau chấn thương kín, vết thương hoặc sau khi phẫu thuật. Khác với nhiễm trùng nội khoa, ở đây thường có một ổ thuận lợi cho nhiễm trùng như: một phần cơ thể bị giập nát, các tổ chức hoại tử, vết mổ nhiễm trùng thứ phát... thường đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa để giải thoát mủ hoặc loại bỏ mô hoại tử; còn nhiễm trùng nội khoa thường không có hoặc có rất ít mô hoại tử nhưng lại có biểu hiện toàn thân nhiều hơn.

2. DIỄN BIẾN CỦA MỘT NHIỄM TRÙNG NGOẠI KHOA

Bệnh cảnh của một nhiễm trùng ngoại khoa rất khác nhau tùy thuộc vào đặc điểm của vi sinh vật, nguyên nhân gây ra, sức đề kháng của cơ thể người bệnh.

Ví dụ: Clostridium tetanie (gây bệnh uốn ván) sinh sôi trong mô cơ thể người bệnh, gây rất ít hoặc không có phản ứng tại chỗ nhưng lại tiết ra một ngoại độc tố (exotoxin) rất mạnh tác động lên tế bào thần kinh ở xa ổ nhiễm trùng; hoặc Salmonella typhi (gây sốt thương hàn) sinh sôi trong máu của người bệnh và gây ra triệu chứng toàn thân; Streptococcus (liên cầu khuẩn) qua vết thương da rất nhỏ như một vết xây xát hoặc chỗ đập gai, thường xâm nhập vào hệ thống bạch mạch gây viêm bạch mạch cấp tính, viêm hạch bạch huyết cấp tính hoặc viêm tấy lan tỏa.

Nhiễm trùng ngoại khoa thường diễn biến qua 4 thời kỳ:

– **Thời kỳ nung bệnh** là thời gian từ lúc vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể đến khi bắt đầu có triệu chứng lâm sàng.

– **Thời kỳ khởi đầu** với những triệu chứng sớm như đau nhức, sốt, đỏ.

– **Thời kỳ toàn phát:** Nhiễm trùng xuất hiện với đầy đủ triệu chứng chính. Trong thời kỳ này có thể gặp các thể lâm sàng sau đây:

+ Ổ nhiễm trùng khu trú: áp-xe nóng và viêm tấy lan tỏa.

+ Ổ nhiễm trùng di chuyển: viêm bạch mạch cấp tính, viêm hạch bạch huyết cấp tính.

+ Nhiễm trùng toàn thân: nhiễm khuẩn huyết (septicemie), nhiễm khuẩn mủ huyết (septico-pyohemie) với những ổ mủ rải rác và định cư ở các cơ quan nội tạng.

– **Thời kỳ diễn biến và kết thúc:** diễn ra theo 1 trong 3 khả năng

+ **Diễn biến tốt:** Nhiễm trùng được giải quyết nhưng cơ thể người bệnh suy sụp và có khả năng nhiễm trùng tái phát (ví dụ: nhọt ở mông).

+ **Cơ thể được miễn nhiễm** (như trong bệnh uốn ván) hoặc ở trong tình trạng dị ứng (do bị cảm ứng bởi vi khuẩn).

+ **Diễn biến xấu:** Có nhiều biến chứng nặng như nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn mủ huyết... có thể dẫn đến tử vong.

3. CÁC THƯƠNG TỔN THƯỜNG GẶP

3.1. Áp-xe nóng

3.1.1. Định nghĩa

Áp-xe nóng là một ổ khu trú theo sau một viêm nhiễm cấp tính, như sau một chấn thương bị nhiễm trùng, mụn nhọt, vết mổ nhiễm trùng hoặc một viêm tấy.

3.1.2. Nguyên nhân

Áp-xe nóng được tạo ra bởi sự xâm nhập dưới da của những vi khuẩn làm mủ như tụ cầu khuẩn (*Staphylococcus epidermidis*) hoặc tụ cầu khuẩn vàng (*Staphylococcus aureus*), liên cầu khuẩn. Trong đó, tụ cầu khuẩn vàng là hay gặp nhất. Hiếm hơn như phế cầu, lậu cầu, trực khuẩn Coli, vi khuẩn kỵ khí (vi khuẩn yếm khí).

3.1.3. Triệu chứng lâm sàng

Áp-xe nóng tiến triển qua 2 giai đoạn

– **Giai đoạn lan tỏa:** đau nhức, buốt ở một vùng cơ thể. Có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân như sốt cao, ớn lạnh, uể oải, nhức đầu... Khám có 4 triệu chứng cơ bản: Khối u hoặc vùng sưng cứng ở trung tâm và đóng bánh ở viền ngoài, sờ ngay khối u thấy nóng. Bề mặt khối u đỏ so với da xung quanh. Ấn ngay khối u rất đau. Khi điều dưỡng thăm khám và hỏi bệnh có thể phát hiện thấy một ngõ vào như một vết thương nhỏ, chỗ tiêm dưới da hoặc bắp thịt. Những dấu hiệu lan ra lân đỏ hoặc viêm bạch mạch, viêm hạch bạch huyết cấp tính. Hỏi người bệnh có thể phát hiện những yếu tố thuận lợi cho bệnh phát sinh như tiểu đường, lao...

– **Giai đoạn tụ mủ (sau vài ngày):** đau nhói, buốt mất đi, nhường chỗ cho cảm giác căng nhức theo nhịp đập của tim làm người bệnh mất ngủ. Dấu hiệu toàn thân nặng hơn: sốt dao động, thử máu bạch cầu tăng (tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng). Khối u đóng bánh ở viền ngoài bây giờ sờ thấy mềm hơn trung tâm có thể phát hiện dấu chuyển sóng (fluctuation): hai đầu ngón tay đặt cách nhau vài cm ở hai cực của ổ mủ, khi ấn bên này ngón tay bên kia bị xô đẩy (hình 3.1B).

3.1.4. Diễn biến của áp-xe nóng

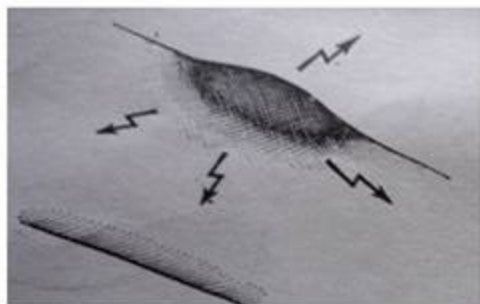
Ở giai đoạn lan tỏa nếu điều trị kháng sinh có thể khỏi sau vài ngày.

Ở giai đoạn tụ mủ có 2 cách: nếu rạch áp-xe tháo mủ và dùng kháng sinh, vết rạch sẽ liền sẹo sau 5–7 ngày. Nếu không được mổ rạch tháo mủ, áp-xe có thể tự vỡ và rò mủ kéo dài, hoặc có thể gây những biến chứng tại chỗ như viêm bạch mạch cấp tính, viêm hạch mủ hay những biến chứng toàn thân như nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn mủ huyết có thể đưa đến tử vong.

3.1.5. Chăm sóc

Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ, nếu người bệnh sốt quá cao nên chườm mát và cho thuốc giảm nhiệt theo y lệnh, nên ghi nhiệt độ thành biểu đồ để theo dõi. Người bệnh rất đau, đây là đau thực thể, điều dưỡng đánh giá mức độ đau, tìm tư thế giảm đau, thực hiện thuốc giảm đau và theo dõi tác dụng thuốc. Để giảm đau cho người bệnh tư thế cũng rất quan trọng, tránh thăm khám thường xuyên, tránh đè cán lên ổ áp-xe. Kháng sinh theo y lệnh, thực hiện kháng sinh đúng giờ, đúng liều và theo dõi diễn tiến của bệnh. Phụ giúp bác sĩ rạch ổ nhiễm trùng, khi rạch mủ nên có mẫu cây giúp điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Giúp người bệnh tìm tư thế giảm đau sau rạch, tránh đè cán hay băng quá chặt lên vùng vết thương.

Thay băng thực hiện ngày 2 lần hay có thể nhỏ giọt liên tục để rửa vết thương. Dẫn lưu cần được theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch thường xuyên. Trong khi thay băng điều dưỡng cần quan sát và nhận định tình trạng vết thương để giúp bác sĩ điều trị thích hợp. Vệ sinh sạch sẽ tránh lây nhiễm từ ngoài vào nhất là vùng da xung quanh. Cách ly tốt với những vết thương khác và những người bệnh xung quanh.



Hình 3.1. Áp-xe nóng

A. Tụ mủ có giới hạn rõ, cấp tính (sưng, nóng, đỏ, đau);

B. Dẫn chuyển sóng

3.2. Áp-xe lạnh

3.2.1. Định nghĩa

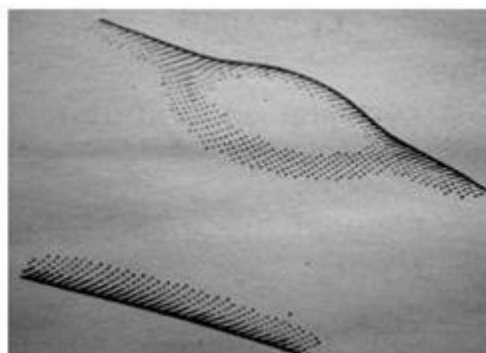
Áp-xe lạnh là một ổ mủ hình thành chậm, thường chỉ có triệu chứng sưng, không có triệu chứng nóng, đỏ và đau. Nguyên nhân thường do vi khuẩn lao, hiếm hơn có thể do nấm hoặc trực khuẩn thương hàn.

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng tại chỗ: Áp-xe lạnh diễn biến qua 3 giai đoạn:

– Giai đoạn đầu: có một khối u nhỏ cứng di động không đau, không đỏ, không nóng. Khối u này có thể tồn tại khá lâu trong nhiều tháng mà không biến đổi gì.

– Giai đoạn có mủ: dần dần khối u mềm lại. Khám có dấu hiệu chuyển sóng, sờ ấn không đau. Chọc dò ở chỗ da lành xa ổ áp-xe sẽ rút ra được mủ loãng, vàng, có chất lợn cợn như bã đậu.



Hình 3.2. Áp-xe lạnh

Giai đoạn rò mủ: ổ mủ lan dần ra làm da trên ổ mủ trở nên tím; sau đó da bị loét và vỡ mủ ra ngoài. Khi áp-xe lạnh vỡ ra ngoài da thì rất khó lành, các vi khuẩn sinh mủ có thể xâm nhập vào ổ áp-xe gây bội nhiễm và lúc đó sẽ có triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau. Như vậy, một ổ áp-xe lạnh đã biến thành áp-xe nóng.

Triệu chứng toàn thân: vì áp-xe lạnh là một biến chứng của bệnh lao, do đó thường gặp trên người bệnh gầy, suy kiệt. Cần khám toàn thân, phổi, xương, các hạch ở vùng lân cận. Thử xét nghiệm máu VS tăng, bạch cầu có thể tăng hoặc bình thường, tỷ lệ tân bào tăng do tình trạng nhiễm trùng mạn tính. Phản ứng trong da với tuberculin (+), BCG (+). X quang phổi có thể phát hiện lao phổi.

3.2.3. Điều trị

Chủ yếu là điều trị nội khoa, không rạch tháo mủ đối với áp-xe lạnh vì nó sẽ gây ra rò mủ kéo dài, trừ trường hợp lao cột sống có áp-xe lạnh chèn ép gây liệt chi dưới.

3.2.4. Chăm sóc

Nhận định và lượng giá mức độ sưng. Theo dõi dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau do những đợt viêm cấp. Áp-xe lạnh chủ yếu là do bệnh lý mạn tính như lao, nấm... Vì thế, người bệnh thường được điều trị nội khoa lâu dài, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh uống thuốc điều trị theo phác đồ hướng dẫn, đúng giờ, đúng liều, đúng thời gian. Dinh dưỡng cho người bệnh rất quan trọng vì đây là một phần quan trọng trong sự hồi phục của bệnh. Vừa thuốc vừa dinh dưỡng đúng giúp người bệnh chóng hồi phục. Điều dưỡng hướng dẫn cách ăn uống, chất lượng dinh dưỡng cho người bệnh. Cung cấp kiến thức về bệnh, cách chăm sóc, phòng ngừa, lây lan. Người bệnh thường không điều trị nội trú mà được điều trị ngoại trú. Vì thế việc theo dõi thường xuyên cần được quan tâm. Người bệnh có thể là mầm lây cho cộng đồng, cho gia đình nên việc giáo dục người bệnh tự chăm sóc và tránh lây lan trong cộng đồng là nhiệm vụ quan trọng.

3.3. Viêm tấy lan tỏa (Phlegmon Diffus = Cellulite)

3.3.1. Định nghĩa

Viêm tấy lan tỏa là tình trạng viêm cấp tính tế bào với 2 đặc điểm là xu hướng lan tỏa mạnh không giới hạn và hoại tử các mô bị xâm nhập.

3.3.2. Nguyên nhân

Vi khuẩn gây viêm tấy lan tỏa thường gặp nhất là loại liên cầu khuẩn (*Streptococcus*), tụ cầu khuẩn vàng (*Staphylococcus aureus*); thường gây bệnh trên người bệnh nghiện rượu, tiểu đường, suy thận...

3.3.3. Triệu chứng

Giai đoạn khởi đầu:

– Triệu chứng toàn thân: rét run, sốt cao, mệt nhọc, buồn nôn, mất ngủ.

Khám: nơi viêm gần ngõ vào của vết thương sưng phồng lên và lan rộng, da bóng đỏ, có những chỗ tái bầm, ấn đau.

Giai đoạn trễ:

Các mô viêm bị hoại tử, tự vỡ ra ngoài và được loại bỏ. Nếu người bệnh không được điều trị kịp thời, tình trạng nhiễm độc nặng có thể khiến người bệnh tử vong trong vòng 24 – 48 giờ.

3.3.4. Biến chứng

Viêm khớp có mủ, viêm tắc tĩnh mạch sau nhiễm trùng lan ra. Viêm mủ màng phổi, viêm nội tâm mạc do ổ mủ di căn của nhiễm khuẩn mủ huyết.

3.3.5. Điều trị

Nội khoa: kháng sinh liều cao ở giai đoạn khởi đầu, mổ tháo mủ và dẫn lưu ở giai đoạn hoại tử.

3.3.6. Chăm sóc

Điều dưỡng lau mát khi người bệnh sốt cao, theo dõi nhiệt độ, thực hiện thuốc giảm sốt. Cần theo dõi hô hấp, tri giác vì người bệnh rất dễ thiếu oxy do sốt cao. Viêm tấy lan tỏa làm người bệnh đau nhiều, điều dưỡng nên giúp người bệnh tìm tư thế giảm đau, thực hiện thuốc giảm đau, giảm thăm khám. Vì là nhiễm trùng rất nặng, vết thương rạch phức tạp và rộng nên cần thực hiện kháng sinh đúng liều, đúng giờ. Đây là một vết thương rạch rộng nên điều dưỡng cần chăm sóc vết thương, thấm dịch một hay hai lần trong ngày. Hầu hết thầy thuốc sẽ dẫn lưu ổ mủ, điều dưỡng chăm sóc vết thương vô khuẩn, báo cáo chính xác số lượng, màu sắc, tính chất dịch và rút từ từ dẫn lưu theo y lệnh. Khi chăm sóc, điều dưỡng tránh vết thương lành từ bên ngoài da nhưng ổ mủ bên trong vẫn tiến triển và như thế tình trạng người bệnh có nguy cơ rò dịch. Vết thương lành khi có sự kết hợp giữa chăm sóc vết thương, kháng sinh và dinh dưỡng. Việc nâng cao thể trạng người bệnh là một khâu quan trọng. Người bệnh luôn được cung cấp đủ protide, vitamin như vitamin A, D, E, C, khoáng chất như Zn, Fe,...

3.4. Viêm bạch mạch và viêm hạch bạch huyết cấp tính

3.4.1. Định nghĩa

Viêm bạch mạch cấp tính là nhiễm trùng cấp tính của các mạch bạch huyết do vi khuẩn. Khi nhiễm trùng này lan đến các hạch bạch huyết sẽ gây nên viêm hạch bạch huyết cấp tính.

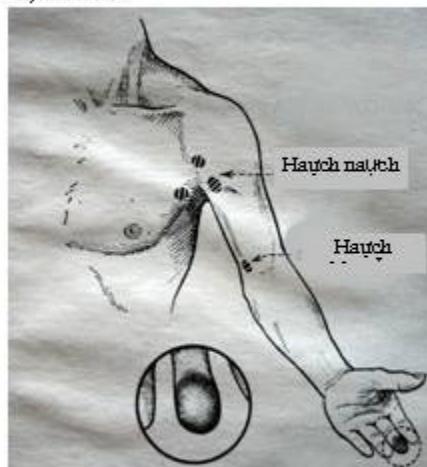
3.4.2. Sinh lý bệnh

Khởi đầu qua vết thương vi khuẩn lọt vào những mạch bạch huyết nông ở da (viêm bạch mạch lưới), kế đến lan đến những mạch bạch huyết ở sâu hơn, chạy song song với mạch máu.

3.4.3. Triệu chứng

Đau nhức một ngón tay hoặc ngón chân nơi bị vết thương, đau dọc lên theo chi. Sốt 38°C – 39°C , ớn lạnh, nhức đầu. Khám thấy phần mềm vết thương sưng nề, da phía trên nóng, sưng đỏ với những lần chỉ đỏ kết thành mạng lưới, ần đau

thốn (viêm bạch mạch lưới), phần chi phía trên vết thương có những lần đỏ sẫm, song song nhau, sờ như sợi dây cộm cứng, ần rất đau (viêm thân bạch mạch). Hạch phía trên vùng khoeo và háng (nếu nhiễm trùng chi dưới), vùng nách (nếu nhiễm trùng chi trên) sưng to, di động, ần đau, sờ nóng (viêm hạch bạch huyết cấp tính). Hạch có thể dính chùm nhau, cứng, đau, không di động được (viêm hạch bạch huyết cấp kèm với viêm quanh hạch), có thể tiến triển thành viêm tấy hạch (adenophlegmon): đau nhiều hơn, sốt cao hơn, rét run, hạch sưng to, đỏ, nóng. Vài ngày sau sờ có đầu chuyển sọng (viêm hạch mưng mủ), cần phải xẻ dẫn lưu mủ.



Hình 3.3. Viêm hạch bạch huyết vùng khuỷu và nách do chín mé (panaris)

3.4.4. Chăm sóc

Chăm sóc người bệnh sốt, ghi tình trạng sốt theo biểu đồ. Ngoài các biện pháp giảm sốt như trên điều dưỡng còn chú ý tình trạng đau ở các hạch trên người bệnh. Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, giảm sốt, kháng sinh. Khi tháo mủ, điều dưỡng cần chăm sóc vết thương đúng kỹ thuật vô trùng.

3.5. Nhọt (Furuncle) và nhọt chùm (Anthrax)

3.5.1. Định nghĩa

– Nhọt là nhiễm trùng da giới hạn, thường do tụ cầu khuẩn vàng, khởi đầu ở một nang lông làm mủ và

hoại tử ở chân lông cùng với một phần của da xung quanh, được loại ra ngoài dưới dạng một cùi nhọt (bourbillon).

– Nhọt chùm là nhiều nhọt kết dính với nhau bởi tình trạng làm mủ ở chân bì, thường xuất hiện trên cơ thể suy nhược, trên người bệnh tiểu đường.

3.5.2. Triệu chứng

– Nhọt

Giai đoạn khởi đầu: cảm giác châm chích, ngứa, nóng ở da. Vài ngày sau nổi lên một mụn cứng, đỏ, nhọt, bao trùm lên một lông ở giữa, mụn to dần lên.

Giai đoạn trể: sau 5–6 ngày, ở đỉnh nhọt xuất hiện một mụn mủ. Sau đó, mụn mủ vỡ, chảy ra một ít mủ cùng với một cùi nhọt màu xanh hoặc vàng. Đau nhức giảm dần, chỗ nhọt vỡ để lại một sẹo trắng hình sao.

– Nhọt chùm: thường thấy ở sau gáy (do đó còn gọi là hậu bối). Triệu chứng khởi đầu là sốt nhẹ, vùng sau cổ căng và ngứa, xuất hiện một mảng cứng nóng, đỏ và đau. Sau vài ngày người bệnh sốt cao hơn, đau nhức vùng gáy nhiều hơn khiến xoay trở đầu khó khăn. Mảng sau gáy cứng đỏ, tím bầm, trên đó xuất hiện những nốt phỏng, giữa nốt phỏng là một sợi lông, lúc đầu màu đỏ sẫm sau biến thành mủ. Xét nghiệm cận lâm sàng thấy bạch cầu tăng, đường huyết tăng (nếu có tiểu đường).

3.5.3. Diễn biến

Sau 5–7 ngày những nốt phỏng tự vỡ để lộ những ổ loét nhỏ rải đều như tổ ong. Đau nhức giảm dần có thể cần phải mổ để cắt lọc các mô hoại tử.

3.5.4. Chăm sóc

– Nhọt: tránh nặn nhọt hay phá vỡ nhọt bằng tay hay những dụng cụ không vô khuẩn, tránh tình trạng nhiễm trùng viêm tấy nặng. Những mụn nhọt thường xảy ra ở người bệnh tiểu đường nên việc điều trị cần kết hợp với chuyên khoa nội tiết. Điều dưỡng cần theo dõi đường huyết cho người bệnh thường xuyên. Điều trị triệt để những mụn nhọt ngay. Giáo dục người bệnh khi phát hiện có những mụn nhỏ sau lưng nên khám ở thầy thuốc ngay, không tự ý xử trí tại nhà. Giáo dục người bệnh vệ sinh da sạch sẽ, thường xuyên.

– Nhọt chùm: chăm sóc vết thương sau khi rạch, nên phơi nắng, nâng cao thể trạng, điều trị người bệnh tiểu đường.

3.6. Nhiễm khuẩn huyết (Septicemie) – nhiễm khuẩn mủ huyết (Septicopyohemie)

3.6.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm trùng toàn thân, do sự phóng thích vi khuẩn, độc tố của vi khuẩn vào máu từng đợt từ một ổ nhiễm trùng trong cơ thể.

Nhiễm khuẩn mủ huyết: tương tự như nhiễm khuẩn huyết, nhưng có sự di chuyển qua đường máu của những ổ mủ từ một ổ nhiễm trùng đến nhiều cơ quan khác trong cơ thể.

3.6.2. Triệu chứng

Nhiễm khuẩn huyết có 2 triệu chứng cơ bản là rét run và sốt cao.

Rét run rất nặng nề và kéo dài. Có sự rung cơ (secousse musculaire), răng đánh bò cạp (claquement des dents), cảm giác lạnh thấu xương, lông ngoài da dựng đứng. Cơ rét run tương ứng với một đợt phóng thích vi khuẩn vào máu.

Sốt cao 40–41⁰C theo sau rét run. Tùy loại vi khuẩn mà người bệnh có thể sốt liên tục (fièvre continue), sốt dao động (fièvre oscillante), sốt nổi cơn (fièvre remittente) hoặc sốt ngắt quãng (fièvre intermittente). Nhưng nếu nhiễm khuẩn huyết do các vi khuẩn huyết là các vi khuẩn Gram (–) như E.Coli, Bacteroides v.v... có khi người bệnh không sốt hoặc nhiệt độ thấp hơn bình thường.

Các dấu hiệu kèm theo như dấu hiệu nhiễm độc thần kinh, nhức đầu dữ dội, mê sảng khó thở, mạch nhanh, buồn nôn, tiểu ít. Có thể có những điểm xuất huyết hoặc bầm máu dưới da, chảy máu cam... Tổng trạng suy sụp rất nhanh. Cận lâm sàng: bạch cầu tăng cao (chủ yếu là Neutrophil) hoặc không tăng (nếu cơ

thể tê liệt do vi khuẩn tràn ngập trong máu). Cây máu tìm vi khuẩn trong máu (cơ bản để chẩn đoán xác định). Có thể tử vong nhanh 36 – 48 giờ nếu không điều trị kịp thời.

3.6.3. Điều trị

Dùng kháng sinh liều cao, loại bỏ ổ nhiễm trùng, hồi sức người bệnh.

3.6.4. Chăm sóc

Điều dưỡng cùng bác sĩ hồi sức tích cực chống choáng nhiễm trùng, chuẩn bị người bệnh phẫu thuật nếu có, chăm sóc người bệnh choáng nhiễm trùng, nâng cao thể trạng người bệnh.

3.7. Nhiễm khuẩn mủ huyết

Có 4 triệu chứng cơ bản: Cơ rét run mãnh liệt và tái diễn nhiều lần rất giống bệnh sốt rét (rét – sốt – đổ mồ hôi). Sốt cao $40^0 - 41^0C$, nhiệt độ dao động mỗi ngày hoặc nhiều lần trong ngày. Triệu chứng nhiễm độc toàn thân: mặt hốc hác, lưỡi khô, thở nhanh, mạch nhanh nhỏ, nhức đầu, mê sảng, chán ăn. Khám thực thể: có thể phát hiện những ổ mủ di căn như nhiều ổ mủ rải rác trong cơ, mô dưới da, áp-xe phổi, thận, viêm khớp có mủ. Chẩn đoán dựa vào cấy máu có vi khuẩn.

Điều trị và chăm sóc giống như nhiễm khuẩn huyết.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Trình bày 4 diễn tiến của 1 nhiễm trùng ngoại khoa:

- A.
- B.
- C.
- D.

2. Trình bày 3 triệu chứng lâm sàng tại chỗ của 1 áp-xe lạnh:

- A.
- B.
- C.

3. Trình bày 2 giai đoạn của 1 áp-xe nóng:

- A.
- B.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Viêm bạch mạch cấp tính là nhiễm trùng cấp tính của các mạch bạch huyết do vi khuẩn.		
5	Nhiễm khuẩn huyết có 2 triệu chứng cơ bản là rét run và sốt cao.		
6	Áp-xe lạnh là một biến chứng của bệnh lao, do đó thường gặp trên người bệnh gầy gò, suy kiệt.		
7	Áp-xe lạnh là một ổ mủ hình thành chậm, chỉ có triệu chứng sưng		

	và đau.		
8	Nếu áp-xe nóng không được mở rạch tháo mủ áp-xe có thể tự vỡ và tự lành.		
9	Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm trùng toàn thân.		
10	Giáo dục người bệnh: khi phát hiện có những mụn nhỏ sau lưng nên khám thầy thuốc ngay, không tự ý xử trí tại nhà.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Đỗ Đình Công, *Vô khuẩn Ngoại khoa*, Bài giảng Ngoại khoa cơ sở – Triệu chứng học ngoại khoa. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2001: 28–52.

Bài 4

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại và giải phẫu bệnh của vết thương.
2. Hiểu được sinh lý sự lành vết thương và các hình thức liền vết thương.
3. Trình bày được các phương pháp điều trị và chăm sóc.
4. Nêu được những yếu tố nguy cơ nhiễm trùng vết thương.
5. Chăm sóc được người bệnh có vết thương.

Có rất nhiều khái niệm về vết thương như: "Vết thương phần mềm chỉ các thương tích gây rách da và gây tổn thương mô liên kết dưới da, gân và cơ". Hoặc: "Vết thương được xem như sự gián đoạn trong sự liên tục của tế bào. Sự lành vết thương là sự phục hồi của sự liên tục đó".

1. PHÂN LOẠI

1.1. Theo cơ chế vết thương

- Vết thương do rạch: do dụng cụ sắc, bén, nhọn, có tổn thương giải phẫu như đứt cơ, mạch máu... nhưng nguy cơ chính là nhiễm trùng.
- Vết thương bầm dập: do vật tù, đặc trưng như tổn thương phần mềm có chảy máu, tổn thương giải phẫu nhiều, sưng, nhiễm trùng, có nhiều mô dập nát.
- Vết thương rách nát: là vết thương bờ lởm chởm không đều, tổn thương giải phẫu nhiều, nhiễm trùng tăng cao, lành vết thương chậm và sẹo xấu.

- Vết thương thủng: do dao đâm, đạn bắn, lỗ vào nhỏ nhưng lỗ ra lớn và tổn thương giải phẫu nhiều.

1.2. Theo mức độ ô nhiễm

- Vết thương sạch: là vết thương ngoại khoa không bị nhiễm khuẩn. Vết thương không nằm trong vùng của hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu.
- Vết thương sạch nhiễm: là vết thương nằm trong vùng của hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu nhưng có sự kiểm soát nhiễm trùng, vết thương không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Vết thương nhiễm: vết thương nhiễm trùng, vết thương do tai nạn, vết thương trên vùng có nhiễm khuẩn trước mổ. Ví dụ: viêm phúc mạc, chấn thương ruột,...
- Vết thương bẩn: vết thương có mủ và có nguồn gốc bẩn trước.

1.3. Theo nguyên nhân

Phẫu thuật: do vết rạch hay cắt lọc.

Chấn thương: do cơ học, do nhiệt độ, do hoá chất.

1.4. Theo thời gian

- Vết thương cấp tính: là vết thương do chấn thương, do phẫu thuật. Chăm sóc vết thương cấp tính với môi trường tốt thì khả năng lành vết thương sau 4 –14 ngày. Vết thương cấp tính thường nhiễm khuẩn, chảy máu, vết thương nứt nẻ, vết thương hở, rò sẽ có nguy cơ chậm lành vết thương.
- Vết thương mạn tính: loét giường, bàn chân tiểu đường, rò vết thương do lao thường kéo dài thời gian lành vết thương. Nguyên nhân chậm lành vết thương do tiểu đường, tuần hoàn kém, tình trạng dinh dưỡng kém, giảm sức đề kháng.
- Vết thương mạn tính thường có nhiều mô hoại tử, vì thế việc điều trị thường kèm theo cắt lọc vết thương và chăm sóc tốt.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

Khi có vết thương thì da sẽ bị khuyết mất mô, các thương tích, vết mổ của các loại mô mềm sẽ ảnh hưởng đến da, mô liên kết, lân cơ. Tại da, nơi đây là cửa ngõ cho vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể gây nguy cơ nhiễm trùng. Mô liên kết là nơi ứ đọng máu, là nơi cung cấp thức ăn giúp vi khuẩn sống và phát triển. Khi có vết thương ở vùng cân cơ, do cân cơ thường kém đàn hồi và cân đóng kín nên sẽ giúp vi khuẩn có nơi ẩn nấp để phát triển. Khi vết thương có máu bầm, bị tắc mạch, sưng nề đều có nguy cơ chèn ép khoang. Ngoài ra, phần cơ giáp nát hoại tử là nơi cung cấp thức ăn cho vi khuẩn, là môi trường nuôi dưỡng vi khuẩn tốt nhất. Vết thương gây ra 3 nguy cơ: chảy máu vết thương, nhiễm trùng vết thương, khuyết mất mô, chậm liền vết thương và sẹo xấu.

3. SINH LÝ CỦA SỰ LÀNH VẾT THƯƠNG

3.1. Thời kỳ viêm

Thời kỳ này còn gọi là thời gian Friedrich, khoảng 6 ngày đầu. Thời gian này tại vết thương tuy có vi khuẩn nhưng chưa nhiễm, mạch máu bị tổn thương nên hồng cầu đem các chất dinh dưỡng, oxy tới tổ chức giảm và dẫn tới hiện tượng tiêu huỷ, xuất hiện các men tiêu huỷ nội bào và protease của bạch cầu giúp tiêu huỷ các mô giáp nát.

Tự làm sạch vết thương: bạch cầu vừa thực bào vừa tiêu diệt vi khuẩn, vừa dọn sạch mô chết biểu hiện qua tình trạng viêm và nung mủ. Vì thế, trong giai đoạn này điều trị và chăm sóc nhằm chống lại hiện tượng ứ đọng nên cần dẫn lưu dịch vết thương và bạch cầu lưu thông nhiều hơn.

3.2. Thời kỳ tăng sinh (giai đoạn lấp đầy – phục hồi tạo mô mới)

Vết thương được lấp đầy bằng các tổ chức hạt, có nhiều mạch máu và nguyên bào sợi đọng vào thì chảy

máu, mô hạt lấp đầy vùng khuyết mất mô và tạo hàng rào ngăn cản vi khuẩn, bảo vệ vết thương.

3.3. Thời kỳ trưởng thành (giai đoạn co rút – ngoại bì co lại)

Sự hình thành fibrin trong vết thương dần dần biến thành tổ chức sợi lấp đầy vết thương, đồng thời biểu bì từ mép vết thương đi vào từ đó, ở các mép vết thương co rút dần, sự sản xuất collagen gắn 2 mép vết thương lại.

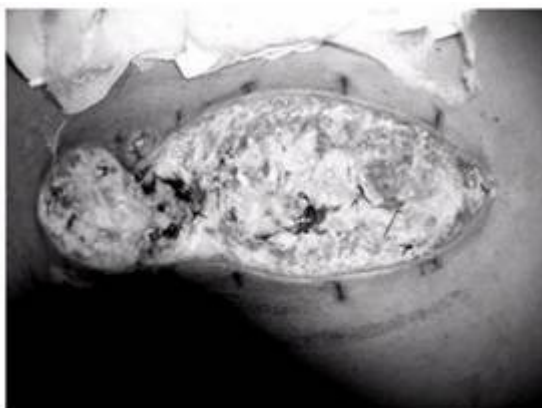
4. CÁC HÌNH THỨC LIỀN VẾT THƯƠNG

4.1. Liên nguyên phát

Vết thương không nhiễm trùng, không đọng máu, không ngoại vật, không ổ hoại tử, các mép vết thương khép chặt vào nhau, có sinh lực tốt và có fibrin giữ 2 mép vết thương giúp vết thương liền trong thời kỳ đầu, vì thế sẹo nhỏ, đẹp.

4.2. Liên thứ phát

Liên bằng tổ chức hạt.



Hình 4.1. Liên bằng tổ chức hạt.



Hình 4.2. Liên nguyên phát.

5. NHIỄM TRÙNG VẾT MỒ

Theo CDC định nghĩa nhiễm trùng vết mổ dựa theo 3 tiêu chuẩn chiến lược là:

- Nhiễm trùng trên bề mặt vết mổ.
- Nhiễm trùng sâu bên trong của vết mổ.
- Nhiễm trùng các cơ quan hay các khoang của vị trí mổ.

5.1. Nhiễm trùng bề mặt của vết mổ

Mô liên quan: da và mô dưới da.

Dấu hiệu và triệu chứng:

- + Mủ chảy ra từ bề mặt vết mổ.
- + Dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng: đau, sưng, đỏ, nóng.

5.2. Nhiễm trùng sâu trong vết mổ

- *Mô liên quan:* mô mềm sâu trong vết mổ.
- *Dấu hiệu và triệu chứng:*
- + Mủ chảy ra từ sâu trong vết mổ nhưng không từ cơ quan hay khoang của cơ thể.

- + Vết mổ tự động vỡ ra hay do phẫu thuật viên mở ra khi người bệnh có ít nhất các triệu chứng sau: sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, đau tại chỗ vết mổ.
- Có áp-xe hay có bằng chứng khác của nhiễm trùng.

5.3. Nhiễm trùng cơ quan hay khoang cơ thể

- *Mô liên quan*: bất kỳ tạng nào của thì giải phẫu được mở ra hay do dùng tay trong giải phẫu.
- *Dấu hiệu và triệu chứng*:
 - + Mủ chảy ra từ ống dẫn lưu đặt trong khoang hay cơ quan cơ thể.
 - + Áp-xe hay có bằng chứng khác của nhiễm trùng.
 - + Được chẩn đoán bởi bác sĩ.

5.4. Nguyên nhân nhiễm trùng vết mổ theo SSIs (Surgical site infections)

Hầu hết nhiễm trùng vết mổ được gây ra do vi trùng xâm nhập vào cơ thể qua đường vết mổ trên vùng cơ thể của người bệnh.

Bệnh lý mạn tính cũng có thể ảnh hưởng đến sự nhạy cảm của nhiễm trùng vết mổ.

Những nguy cơ khác bao gồm trong chu trình phẫu thuật như: truyền máu, sử dụng steroid, tình trạng suy dinh dưỡng, nhiễm trùng mũi họng trước mổ với *Staphylococcus Aureus*.

6. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

6.1. Đánh giá vết thương

Điều dưỡng nhận định tình trạng mép vết thương phẳng gọn thì quá trình lành nhanh nhưng nếu vết thương bờ nham nhở thì khả năng hai mép vết thương khó khép chặt lại. Vết thương mới tiến triển lành tốt hơn vết thương cũ, vết thương có kèm tổn thương khác cũng làm tình trạng vết thương dễ bị ô nhiễm hơn, giảm sức đề kháng hơn và khả năng lành vết thương cũng kéo dài. Vị trí vết thương trên cơ thể cũng rất quan trọng vì vùng có nhiều máu nuôi, vùng sạch, khả năng nhiễm trùng ít và cung cấp nhiều máu hơn thì thời gian lành vết thương ngắn hơn. Tổng trạng tốt cũng giúp vết thương mau lành, người béo phì hay suy dinh dưỡng cũng ảnh hưởng đến khả năng lành vết thương, thường là lành vết thương kém. Có kèm bệnh lý khác kèm theo: tiểu đường, lao, ung thư thì việc bục vết khâu có nguy cơ xảy ra và tiến trình lành vết thương chậm lại.

6.2. Nguyên tắc điều trị

– *Loại bỏ dị vật, mô giập*: bất kỳ vết thương nào cũng có sự hiện diện của vi khuẩn, do đó loại bỏ mô giập, lấy sạch máu tụ, dị vật là cắt đứt nguồn cung cấp thức ăn cho vi khuẩn; luôn giữ tình trạng vô khuẩn, tránh đem thêm vi khuẩn mới vào.

– *Mở rộng vết thương dẫn lưu tốt*: sự ứ đọng dịch, máu cũ, dị vật,... cung cấp thức ăn cho vi khuẩn. Sự ứ dịch làm mô vết thương không có khả năng tăng sinh mô hạt. Vì thế cần dẫn lưu dịch thật tốt để kích thích mô hạt mọc đẩy nhanh quá trình lành vết thương.

– *Giúp vết thương mau lành*: Bất kỳ vết thương nào cũng có hàng rào bảo vệ nên khi chăm sóc vết thương điều dưỡng không nên phá hủy hàng rào tự vệ đó như: tránh làm tổn thương vùng xung quanh vết thương, không luôn chạm tới vết thương; thay băng thường xuyên không đúng kỹ thuật, như tháo băng cũ cũng là hình thức tổn thương mô hạt vừa hình thành và như thế chúng ta vừa tạo thêm cho người bệnh một vết thương mới. Dung dịch sát khuẩn là hàng rào bảo vệ tránh vi khuẩn xâm nhập nhưng nó cũng có nguy cơ làm tổn thương mô hạt nên không dùng dung dịch sát khuẩn bôi lên vết thương nếu không có chỉ định. Vết thương luôn tiết dịch nên việc giữ ẩm vết thương là cần thiết nhưng không phải là làm ướt vết thương, do đó điều dưỡng cần thay băng khi thấm ướt. Khi có vết thương, người bệnh rất đau, điều dưỡng chú ý tránh làm đau người bệnh khi thay băng, nên thực hiện thuốc giảm đau trước khi thay băng nếu nhận định vết thương có thể làm người bệnh đau.

7. NHỮNG YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY NHIỄM TRÙNG VẾT MỒ

7.1. Tại chỗ: Ô nhiễm, dị vật, kỹ thuật khâu có sai sót, mô mất sinh lực, tụ máu, nhiễm trùng từ trước, vị trí nơi giải phẫu ở vùng thiếu máu nuôi hay đang có sự hiện diện của vi khuẩn khi đóng vết mổ: thường do vi khuẩn *Staphylococcus aureus*. Vết thương do tỳ đè, do bệnh tiểu đường; do kỹ thuật giải phẫu như vết thương hở đóng chậm, mô giáp nát rộng, vết khâu căng, vết thương có dẫn lưu.

7.2. Toàn thân: Suy kiệt, mất nước, thiếu máu, thiếu dinh dưỡng, tuổi cao, béo phì, choáng, có bệnh mạn tính kèm theo, suy hô hấp, suy tuần hoàn, ung thư, thuốc, sự trì hoãn trước mổ kéo dài, phẫu thuật kéo dài.

8. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

8.1. Băng kín vết thương: là tạo ra môi trường thích hợp cho sự lành vết thương do băng hấp thu dịch tốt, giúp bảo vệ vết thương không bị va chạm, tổn thương. Thay băng mới cũng là hình thức tránh mô mới mọc sâu vào băng cũ, khi tháo băng điều dưỡng có thể tạo vết thương mới trên mô hạt mới hình thành. Băng kín vết thương cũng giúp bảo vệ vết thương không bị ô nhiễm từ bên ngoài như bụi, không khí ô nhiễm, dị vật. Vết thương quá ướt hay quá khô đều làm chậm lành vết thương nên việc băng vết thương giúp duy trì độ ẩm thích hợp trên bề mặt vết thương. Ngoài ra, băng kín vết thương cũng giúp cầm máu khi băng ép hay nẹp bất động vết thương, và trên hết, băng vết thương thường tạo cho người bệnh cảm giác an tâm.

8.2 Không băng vết thương: cũng có ích lợi cho vết thương như loại trừ những điều kiện giúp vi khuẩn mọc (âm, ẩm, tối). Với một vết thương không băng giúp điều dưỡng quan sát, theo dõi diễn biến tình trạng dễ dàng, dễ tắm rửa. Như đã nói, việc tháo băng không đúng cách cũng có nguy cơ tạo thêm vết thương cho người bệnh nên việc không thay băng là tránh tổn thương thêm cũng như tránh dị ứng băng dính và tiết kiệm bông băng, dung dịch...

8.3. Kỹ thuật rửa vết thương: Rửa vết thương theo đường thẳng từ đỉnh đến đáy và thao tác từ trong ra ngoài, từ vết cắt theo đường thẳng chạy song song với vết thương. Luôn rửa từ vùng sạch đến vùng ít sạch và sử dụng tấm bông hoặc miếng gạc cho mỗi lần lau theo chiều đi xuống. Đối với một vết thương đã mở, làm ẩm miếng gạc bằng một tác nhân làm sạch và vắt khô dung dịch thừa, rửa vết thương bằng 1,2 vòng tròn hay cả vòng tròn đi từ trung tâm ra phía ngoài. Nên rửa vết thương tối thiểu 2,5cm vượt qua phần cuối của gạc mới, hoặc vượt qua rìa của vết thương là 5cm. Chọn miếng gạc đủ độ mềm để đưa vào chạm bề mặt vết thương.

Nên sử dụng những dung dịch không gây hại với mô cơ thể và không cản trở sự lành vết thương. Miếng gạc có thể bằng chất tổng hợp hoặc cotton (cotton thường được sử dụng hơn vì nó có kẽ hở lớn, chúng giữ lại chất làm ẩm và phù hợp với vết thương).

– *Trước khi áp băng gạc vào vết thương* phải theo các bước sau:

- + Kiểm soát lại thứ tự việc chăm sóc vết thương.
- + Xem lại vòng đeo tay xác minh tên của người bệnh.
- + Giải thích thủ tục cho người bệnh.

– *Để áp một băng gạc mới lên vết thương:* cần đặt gạc nhẹ nhàng vào trung tâm vết thương, nới rộng ra hai bên tối thiểu là 2,5cm so với mép vết thương. Những vết thương đang rỉ dịch nhiều một băng gạc hút nước có nhiều lớp phía trên gạc, có thể áp 2 đến 3 lớp để hút dịch cho đến khi đổi băng gạc kế tiếp. Khi băng gạc đã được đặt vào chỗ, điều dưỡng nên tháo găng ra để tránh băng keo dính vào găng. Gắn chặt mép gạc vào da của người bệnh bằng băng keo, hoặc làm chặt băng với một nút thắt, băng co giãn, sao cho người bệnh thấy thoải mái.

9. NỀN TẢNG CHỮA LÀNH VẾT THƯƠNG

Yếu tố toàn thân gồm: tuổi, cơ địa, bệnh mạn tính, tình trạng dinh dưỡng, suy mạch, giảm sức đề kháng

của cơ thể, xạ trị...

Tuổi: những người bệnh già có thể hấp thu chất dinh dưỡng không đủ, ít hấp thu nước. Hệ thống miễn nhiễm, hệ thống tuần hoàn, hô hấp cũng suy yếu. Những yếu tố này có nguy cơ làm tăng sự huỷ hoại của da và trì hoãn việc lành vết thương.

Cơ địa: cũng tác động đến việc lành vết thương những người bệnh béo phì, việc lành vết thương bị chậm bởi mô mỡ hạn chế máu tới nuôi vết thương. Khi một người bệnh suy dinh dưỡng việc thiếu oxy và chất dinh dưỡng có thể hạn chế việc lành vết thương.

Những căn bệnh mạn tính: tác động đến việc lành vết thương là bệnh động mạch vành, bệnh mạch ngoại vi, ung thư và bệnh tiểu đường những người bị bệnh tiểu đường lệ thuộc vào Insulin, những vết thương mạn tính có đặc thù là lành chậm bởi việc sản xuất ra mô hạt lệ thuộc vào Insulin, khối lượng Insulin không đủ có thể làm trì hoãn sự tạo thành mô hạt. Tuy nhiên, điều dưỡng lâm sàng nên theo dõi đường huyết và xem kỹ để tìm ra dấu hiệu những triệu chứng nhiễm trùng, mà những triệu chứng này có thể khó nhận ra.

Tình trạng dinh dưỡng: việc đánh giá liên tục về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh là cần thiết vì sự biểu hiện bề ngoài của người bệnh hoặc của vết thương có thể dễ nhìn thấy thì không đáng tin tưởng vì không biết người bệnh có nhận được khối dinh dưỡng phù hợp không. Những xét nghiệm có giá trị là protein toàn phần, albumin, chất điện giải, dung tích hồng cầu cần phải được đánh giá và theo dõi thường xuyên.

Bảng 4.1. Những chất dinh dưỡng cần thiết cho việc lành vết thương

Chất dinh dưỡng	Chức năng	Kết quả của sự thiếu hụt
Protein	– Sản xuất yếu tố đông máu – Sản xuất và di chuyển của bạch cầu – Tăng sinh mô bào sợi – Tạo mạch mới (neovascularization) – Tổng hợp chất tạo keo – Tăng sinh tế bào biểu mô – Tái tạo vết thương	– Rối loạn đông máu – Chậm lành vết thương – Phù – Thiếu hụt tế bào lymphô (lymphopenia) – Suy giảm miễn dịch tế bào
Albumin	Duy trì áp thẩm thấu	Thiếu albumin gây phù toàn thân, khuếch tán oxy chậm và cơ thể chuyển hoá chậm từ mao mạch và màng tế bào
Carbohydrates	Cung cấp năng lượng cho tế bào	Khi thiếu, cơ thể sử dụng protein cơ bắp và nội tạng để tạo ra năng lượng
Chất béo	– Cung cấp năng lượng tế bào, acid béo cần thiết – Chế tạo màng tế bào – Sản xuất chất prostaglandin	Sửa chữa mô bị ngưng
Vitamin A	– Tổng hợp chất tạo keo – Tạo kiểu mô	Chậm lành vết thương
Vitamin C	Giữ cho màng tế bào nguyên vẹn	– Bệnh Scorbut – Chậm lành vết thương – Mao mạch dễ vỡ
Vitamin K	Đông máu	Nguy cơ xuất huyết tăng, dễ tụ máu
Vitamin B1, B6 và B12	– Tạo kháng thể và tế bào bạch cầu – Đồng yếu tố trong việc phát triển tế bào – Thúc đẩy hoạt động enzym	Kết quả đề kháng nhiễm trùng giảm
Đồng		Tổng hợp chất keo bị giảm
Sắt	Tổng hợp chất keo, tăng hoạt động diệt khuẩn của bạch cầu	– Thiếu máu cục bộ tăng – Sức căng cơ giảm
Kẽm	– Tăng sinh tế bào – Là chất co-enzym	– Chậm lành vết thương – Biến đổi vị giác gây biếng ăn

10. NHỮNG HƯỚNG DẪN GIÚP ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG NGỪA NHIỄM TRÙNG VẾT THƯƠNG

10.1 Tại chỗ: Thẩm định thường xuyên các dấu hiệu nhiễm trùng vết thương như màu sắc niêm mạc tái, nhiều mủ trên vết thương, có mùi hôi hơn, có mô hoại tử nhiều hơn. Để đẩy nhanh quá trình lành vết thương, điều dưỡng phải áp dụng thay băng đúng kỹ thuật vô khuẩn, dẫn lưu mủ tốt, lấy hết dị vật, cắt lọc mô hoại tử theo y lệnh. Nhận định tình trạng vết thương trước khi thay băng. Điều dưỡng cần nhẹ nhàng khi tháo băng, cần làm ướt băng trước khi tháo để tránh tạo vết thương mới. Chọn dung dịch và sử dụng dụng dịch thích hợp, thực hiện y lệnh về dung dịch rửa nếu có. Không làm chảy máu khi thay băng. Khi rửa vết thương tránh để lại dị vật trên vết thương như: gòn, chỉ, bột phấn... vì nếu còn sót lại ở vết thương thì chính chúng cản trở sự lành vết thương. Cách băng vết thương cũng ảnh hưởng đến tình trạng vết thương như nếu băng chặt làm máu tới nuôi kém, nếu băng quá hẹp cho phép vi khuẩn xâm nhập vào vết thương. Nếu có dẫn lưu thì chăm sóc dẫn lưu đúng nguyên tắc, phòng dịch tràn vào vết mổ, chăm sóc da vùng chân dẫn lưu, câu nối thấp, giáo dục cách sinh hoạt, đi lại khi có dẫn lưu.

10.2 Toàn thân: người bệnh cần được cung cấp nhiều chất dinh dưỡng. Dinh dưỡng ảnh hưởng đến sự lành vết thương vì protein làm nền tảng tạo quân bình mới, điều chỉnh sự thâm lọc máu và dịch trong cơ thể, hình thành prothrombine, enzyme, hormone, đề kháng của cơ thể. Ngoài ra, còn có các chất dinh dưỡng chính yếu khác như nước, vitamin A, C, E, B6, B12, Sắt, Kẽm, Calcium. Cung cấp đủ oxy rất cần thiết vì sự suy giảm oxy sẽ ức chế sự di chuyển của fibroblast rất tốt cho sự tổng hợp collagen, hậu quả là làm giảm sức mạnh co giãn vết thương.

Theo dõi nhiệt độ để đánh giá tình trạng nhiễm trùng của người bệnh. Stress cũng làm chậm lành vết thương, vì thế điều dưỡng giúp người bệnh thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý. Thực hiện thuốc giảm đau khi cần thiết, tránh làm người bệnh đau khi thay băng. Thực hiện kháng sinh theo y lệnh. Cần theo dõi tác dụng phụ thuốc steroid, thuốc kháng đông, kháng sinh phổ rộng, chống ung thư là những thuốc làm chậm lành vết thương. Giáo dục hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc vết thương. Vệ sinh cá nhân sạch sẽ, nhất là vùng da gần vết thương.

11. BIẾN CHỨNG

11.1. Chảy máu, tụ máu: thường do tình trạng cầm máu trong phẫu thuật chưa được an toàn, do người bệnh suy dinh dưỡng bục chỗ khâu cầm máu, hay do điều dưỡng tháo băng quá sớm trong những trường hợp băng ép cầm máu. Và việc tháo băng người bệnh không đúng cũng có nguy cơ chảy máu vết thương.

11.2. Nhiễm khuẩn vết thương là vấn đề lớn trong bệnh viện do chịu ảnh hưởng của nhiều nguyên nhân: do tình trạng vết thương, do kỹ thuật khâu, do môi trường bệnh viện, do không tuân thủ tình trạng vô khuẩn khi chăm sóc...

11.3. Rò, vết thương không lành thường xảy ra ở người bệnh suy kiệt, choáng, người bệnh ung thư, AIDS, nhiễm trùng, lao...

11.4. Vết thương hở: trong tình trạng nhiễm trùng nặng có nhiều mủ, bẩn, cần được chăm sóc như rạch áp-xe,...

11.5. Sẹo xấu

- Sẹo lồi: to, dày, chắc, căng, màu tím, đỏ ngứa, không tự khỏi.
- + Sẹo phì đại: do sự phát triển không ổn định, không bình thường của chất tạo keo và mô xơ. Sẹo trở nên dày, chắc, ít di động, cảm giác căng da. Có thể tự khỏi sau 2–3 tháng.
- + Sẹo co rút: do sự phân bố không đều của sợi tạo keo.
- + Sẹo ung thư hoá: căng nứt, loét kéo dài.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 hình thức của sự lành vết thương:

- A.
B.
C.

2. Nêu 3 thời kỳ sinh lý bệnh của sự lành vết thương:

- A.
B.
C.

3. Nêu 3 nguyên tắc trong điều trị vết thương:

- A.
B.
C.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Người bệnh choáng cũng ảnh hưởng đến sự lành vết thương.		
5	Vết thương cần được cắt lọc tốt để tránh người bệnh không lo sợ.		
6	Không dùng dung dịch sát khuẩn bôi lên vết thương đang mọc mô hạt.		
7	Nên băng ép tất cả vết thương.		
8	Dấu hiệu nhiễm trùng vết thương là sưng, nóng, đỏ, đau.		
9	Chỉ cung cấp thức ăn nhiều vitamin là giúp vết thương mau lành.		
10	Đau cũng ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Medical Surgical Nursing*, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992
2. *Mosby's Manual of Clinical Nursing*, second edition. Jun M. Thompson, 1986.
3. *Chăm sóc ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học), Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội, 1994.
4. *Medical Surgical Nursing*, Foundations for Clinical Practice, Edition, Frances Donovan Monahan, Marianne Neighbors, 1998.
5. *Vết thương phân mềm*, *Bệnh học ngoại khoa*, tập 5, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 1987.

Bài 5

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÔNG – GHÉP DA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại bỏng.
2. Cấp cứu và quản lý được người bệnh bỏng ngay khi nhập viện.
3. Nhận biết được các giai đoạn của bỏng.
4. Chăm sóc được người bệnh bỏng.
5. Trình bày được định nghĩa ghép da.
6. Chăm sóc được người bệnh ghép da.

I. BỆNH HỌC

1. PHÂN LOẠI BỎNG

1.1. Theo độ sâu

- Độ 1: thương tổn chỉ ở lớp sừng như cháy nắng.
- Độ 2: thương tổn hết lớp thượng bì cho đến màng đáy, chia làm 2 mức độ:
 - + Bỏng bề mặt da, có những đặc điểm: mụn nước (nông), dấu hiệu ấn da đổi màu mất (+), vết thương ẩm, lông còn chắc, đau đớn nhiều, châm kim chảy máu nhiều.
 - + Bỏng da sâu, có những đặc điểm: mụn nước sâu hơn, lớp trung bì màu trắng, dấu hiệu ấn mất (+), mất tính đàn hồi, lông còn dính, cảm giác đau giảm nhiều, châm kim sâu tới lớp trung bì mới biết.
- Độ 3: thương tổn đến phần nông của lớp bì, chia làm 2 mức độ:
 - + Bỏng độ 3a: bỏng toàn bộ lớp da, mụn bỏng, dấu hiệu ấn mất (–), tổn thương khô, lông – tóc – móng rụng, mất cảm giác đau, đâm kim sâu tới hết lớp da mới rỉ máu.
 - Bỏng độ 3b sâu: da bị phá huỷ khô, ở đáy vết thương dấu hiệu ấn mất (–), vùng tổn thương đã cháy đen, có thể thấy những tĩnh mạch bị tắc ở dưới, lông –tóc – móng rụng, cảm giác đau mất.
- Độ 4: hoại tử lớp da và các cơ quan bên dưới, cháy lớp cân cơ xương.

Theo diện tích bỏng: độ rộng trên cơ thể người bệnh là hình ảnh dễ nhận biết. Trên diện tích bị bỏng: cơ thể đã mở cửa thông thương cho vi khuẩn xâm nhập, cho dịch mất đi và mất nhiệt. Đánh giá chính xác diện tích bỏng rất có ý nghĩa trong giai đoạn choáng bỏng.

1.2. Theo vị trí bỏng

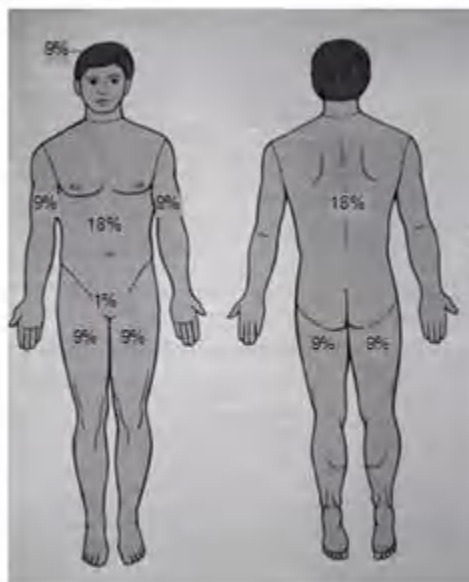
Vị trí bỏng có ý nghĩa quan trọng trong thẩm mỹ, trong cuộc sống như vùng cổ, ngực thì ảnh hưởng đến hô hấp; các lỗ tự nhiên như mắt, tai, mũi, miệng không chỉ ảnh hưởng đến hình dáng, thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến giác quan; bộ phận sinh dục ảnh hưởng đến khả năng tình dục, tiết niệu; vùng khớp ảnh hưởng đến chức năng vận động, sinh hoạt.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

Tuổi người bệnh càng lớn sự hồi phục càng chậm. Người bệnh có kèm theo bệnh khác về hô hấp, tim mạch, thận, tiểu đường thì càng làm chậm khả năng hồi phục. Người bệnh tiểu đường có nguy cơ hoại tử vết

thương. Người bệnh nghiện rượu, suy dinh dưỡng, chấn thương kèm theo làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, chậm lành vết thương.

Theo Wallace:	Quy tắc số 9	
Đầu, mặt, cổ:		9%
Thân trước:	Ngực:	9%
	Bụng:	9%
Thân sau:	Lưng:	9%
	Mông:	9%
Chi trên:		9% x 2
Chi dưới:	Mặt trước	9% x 2
	Mặt sau	9% x 2
Vùng sinh dục ngoài:		1%
Chú ý:	Lòng bàn tay	1%
Đầu trẻ em:	Mới sinh	20%
	1 tuổi	16%
	5 tuổi	14%



Hình 5.1. Quy tắc số 9

3. CẤP CỨU VÀ QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH BỎNG

3.1. Bỏng do nhiệt

– *Nhận định điều dưỡng:* thở nhanh, nông, giọng khàn, ho ra khói màu đen, xám. Cháy xém lông mũi, mặt, thờ khói đen. Kích ứng, rát đường hô hấp trên, đau cổ họng và ngực, khó thở, nét mặt hoảng sợ, lo lắng.

– *Nguyên nhân:* nước sôi, lửa, vật nóng...

– *Nhận định điều dưỡng:* bề mặt trên của vùng da bỏng thấy đỏ, nóng, đau, sưng nề, phù, ấn da có màu trắng. Bề sâu của bỏng sẽ thấy vết bỏng ướt, vằn trắng hồng dần chuyển sang đỏ, tăng cảm giác, đau từ trung bình đến nặng, tái nhợt khi ấn trên vết bỏng.

Bỏng sâu, toàn bộ: choáng, da khô tróc vảy, nâu sậm, thoái hoá. Giảm cảm giác khi sờ, mùi bỏng. Không đau vùng bỏng nhưng mô xung quanh đau, mất màu trắng khi ấn.

Bảng 5.1. Quy trình cấp cứu bỏng do nhiệt

Can thiệp cấp cứu:

1. Đưa nạn nhân ra khỏi vùng gây bỏng.
2. Duy trì thông khí: lấy hết dị vật ở mũi, miệng.
3. Kiểm tra tổn thương mặt, mũi, cổ. Nếu phát hiện người bệnh có chấn thương ở cổ thì nên bất động vùng cổ. Nếu thấy giọng khàn, đàm đen, thờ khò khè, nên đặt nội khí quản ngay, đưa nạn nhân ra vùng thoáng khí.
4. Thở oxy ẩm 100%, theo dõi độ bão hoà oxy.
5. Theo dõi dấu chứng sinh tồn, tri giác liên tục.
6. Cất bỏ quần áo, đồ trang sức.
7. Khám nạn nhân để phát hiện và xử trí những tổn thương liên quan.
8. Lập 1 đường truyền với kim lớn, cố định tốt. Thực hiện dịch truyền, thuốc giảm đau, phòng

- ngừa phong đòn gánh theo đúng y lệnh.
9. Đắp gạc mát lên vùng bỏng, ngâm trong nước mát với những tổn thương bỏng nhỏ.
 10. Xác định diện tích, độ sâu của bỏng.
 11. Băng vết bỏng với gạc khô, vô khuẩn sau khi làm sạch vết bỏng.
 12. Di chuyển người bệnh tới trung tâm bỏng.

3.2. Bỏng do hoá chất

Nguyên nhân: acid, kiềm phosphate, vôi,...

Nhận định tình trạng người bệnh: đau tại vết bỏng chỗ mô thoái hoá, da bị mất màu, phù nề mô xung quanh. Suy hô hấp nếu bỏng đường thở. Liệt, giảm sức cơ phối hợp.

Bảng 5.2. Quy trình cấp cứu bỏng do hoá chất

Can thiệp cấp cứu:

1. Di chuyển người bệnh rời xa hoá chất.
2. Loại bỏ hoá chất bằng cách tưới rửa lên vết thương và xung quanh vết thương với nước sạch hay dung dịch muối đẳng trương. Tưới rửa nhẹ nhàng nhưng không chà xát. Lấy những chất vôi hay những thứ bột khác ra khỏi vùng bỏng, đặc biệt không dùng dung dịch trung hoà tưới lên vết bỏng.
3. Đắp khăn sạch lên vết thương, nơi da khô giúp giảm nhiệt, giúp người bệnh dễ chịu.
4. Duy trì thông khí, kiểm tra tổn thương mắt, mũi, cổ. Nếu người bệnh có bỏng vùng mặt, mũi nên hỗ trợ bác sĩ đặt nội khí quản.
5. Thở oxy ẩm 100%, theo dõi độ bão hoà oxy.
6. Theo dõi dấu chứng sinh tồn, tri giác thường xuyên cho đến khi người bệnh được chuyển đến chuyên khoa.
7. Điều dưỡng cần hỏi cơ chế bị bỏng, thăm khám, xử trí những tổn thương liên quan.
8. Người bệnh cần được cung cấp nước nên việc lập một đường truyền với kim lớn, cố định tốt là rất cần thiết. Nên sử dụng kim luồn và 3 chia. Thực hiện đủ dịch truyền, thuốc giảm đau, phòng ngừa phong đòn gánh cho người bệnh theo y lệnh.
9. Cần cắt bỏ quần áo, đồ trang sức để dễ dàng quan sát, xác định loại bỏng, chăm sóc vùng bỏng được tốt. Lưu ý chăm sóc nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương vết bỏng.

3.3. Bỏng do khói và tổn thương do hít khí độc

– Nguyên nhân: sức nóng, lửa, khói của lửa, hoá chất, CO, tổn thương trên và dưới thanh môn.

– Nhận định điều dưỡng: thở nhanh, nông, giọng khàn, ho, ho ra khói màu đen, xám. Cháy xém lông mũi, mặt, thở khói đen. Kích ứng, rát đường hô hấp trên, đau cổ họng và ngực, khó thở, nét mặt hoảng sợ, lo lắng.

Bảng 5.3. Quy trình cấp cứu bỏng do khói và tổn thương do hít khí độc

Can thiệp cấp cứu:

1. Di chuyển người bệnh khỏi vùng ngộ độc tới vùng thoáng khí, hạn chế người vây quanh bên người bệnh.
2. Thiết lập và duy trì đường thở. Cần thông đường thở, tuần hoàn, đặt nội khí quản nếu người bệnh suy hô hấp. Thở 100% oxy ẩm, theo dõi độ bão hoà oxy.
3. Nới rộng quần áo, lấy sạch dị vật, khói bụi ở mũi, miệng.
4. Ủ ấm người bệnh, luôn có người ở bên, không để nạn nhân hoảng sợ.
5. Không nên cho người bệnh uống nước nếu nạn nhân đang khó thở, để tránh nguy cơ sặc nước.
6. Thiết lập đường truyền, nên sử dụng kim luồn, 3 chia, tiêm ở những mạch lớn gần tim là tốt hơn. Việc bù nước và điện giải được thực hiện theo y lệnh.

7. Theo dõi dấu chứng sinh tồn, tri giác thường xuyên cho người bệnh. Với bông đường hô hấp thường người bệnh nằm ở tư thế Fowler, vì như thế người bệnh dễ thở hơn, với tư thế này sẽ giúp gia tăng thể tích của lồng ngực hơn.
8. Thường bông ngạt xảy ra ở những cơn hoả hoạn nên việc thăm khám tìm những dấu hiệu tổn thương khác là cần thiết nhằm xử trí kịp thời.

3.4. Bông do điện

- *Nguyên nhân*: do tiếp xúc với dòng điện.
- *Nhận định tình trạng người bệnh*: vết bông đổi màu da, da giảm cảm giác, đau ít hay không đau. Vết thương sâu, thấy đường vào và ra. Nạn nhân bông điện luôn có triệu chứng rối loạn nhịp tim. Quy trình cấp cứu bông do điện như trên bảng 5.4).

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THEO CÁC GIAI ĐOẠN CỦA BÔNG

4.1. Giai đoạn cấp cứu: là thời kỳ đòi hỏi phải tái giải quyết ngay sau giai đoạn sơ cứu. Giai đoạn này bắt đầu mất dịch, phù nề và tiếp tục cho đến khi điều trị phục hồi lượng dịch và người bệnh có nước tiểu.

- Rối loạn nước và điện giải: người bệnh bông dễ dàng mất nước qua nốt bông, qua mất nhiệt, qua sốt, qua thành mạch gồm: nước, sodium, protein. Vì thế người bệnh có nguy cơ choáng do giảm thể tích dịch.
- Vết thương và tình trạng viêm: bông tạo ra những vết thương trên cơ thể, tạo cửa ngõ cho vi khuẩn xâm nhập nên có nguy cơ nhiễm trùng cao cho vết thương và toàn thân.

Bảng 5.4. Quy trình cấp cứu bông do điện

Can thiệp cấp cứu:

1. Ngắt dòng điện trước khi di chuyển người bệnh ra khỏi dòng điện. Trong thời gian này nạn nhân cần tránh tiếp xúc cùng dòng điện trong suốt thời kỳ cấp cứu.
2. Nạn nhân luôn được đánh giá về đường thở, hơi thở, dấu hiệu thiếu oxy. Thiết lập và duy trì đường thở 100% oxy ẩm.
3. Người bệnh điện giật cần thiết nhất là kiểm tra mạch, nhịp tim, tần số, tri giác và được theo dõi liên tục trong suốt thời kỳ cấp cứu cho đến khi đến bệnh viện. Tại bệnh viện người bệnh cũng cần được theo dõi liên tục qua monitor có cài chế độ báo động cho đến khi người bệnh ổn định.
4. Phục hồi tuần hoàn theo y lệnh cũng được tiến hành.
5. Người bị điện giật thường có kèm chấn thương khác do nạn nhân thường bị té khi tắt nguồn điện, vì thế khi sơ cứu cần cẩn thận khi di chuyển, cần thận trọng khi xoay trở nạn nhân nếu có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ. Luôn luôn nhớ rằng cần cố định cổ nạn nhân trong suốt quá trình di chuyển. Kiểm tra những tổn thương khác như gãy xương... do té. Nếu có gãy xương nên cố định gãy xương, giảm đau cho nạn nhân trước khi di chuyển.
6. Cởi bỏ quần áo, lượng giá vùng bông. Phủ lên vết bông bằng gạc vô khuẩn.
7. Ủ ấm nạn nhân, công tác tư tưởng cho nạn nhân không hoảng sợ.

– *Suy giảm miễn dịch*: bông dẫn đến stress, giảm sức đề kháng của cơ thể, người bệnh bông thường choáng do đau, do mất nước. Điều dưỡng cần chú ý đến tình trạng số lượng nước tiểu, nếu nước tiểu ít thường biểu hiện mất nước, sẽ có nguy cơ tổn thương thận. Ngoài ra, dấu hiệu liệt ruột cơ năng cũng thường xảy ra cho người bệnh bông, có thể do tình trạng rối loạn điện giải hay do choáng. Điều dưỡng thường xuyên theo dõi tình trạng bụng trướng, đau, nghe nhu động ruột mỗi giờ nếu người bệnh bông chưa có nhu động ruột trở lại.

4.2. Biến chứng

– *Thận*: rối loạn chức năng thận, thận là cơ quan có thể ảnh hưởng nặng nề trong bông. Trong những trường hợp bông nặng, người bệnh có rất nhiều nguy cơ rơi vào suy thận không hồi phục. Ngày đầu tiên của bông là ngày nguy hiểm nhất đối với thận do tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn, lưu lượng máu qua thận

ít đi. Mặt khác, những tế bào bị huỷ hoại do bỏng sẽ có cơ hội phát tán ra những sản phẩm dị hoá, quá trình này gây tác hại về mặt cơ học hay hoá học ở ống thận.

– *Tìm mạch*: rối loạn nhịp tim, choáng do thiếu dịch, choáng nhiễm trùng do vết thương hoại tử...

– *Hô hấp*: biến chứng ở phổi và phù nề, tắc đường hô hấp do bỏng đường hô hấp trên và do bỏng hít, ngạt, giảm đau, an thần.

4.3. Chăm sóc vết thương

Chăm sóc vết thương sau khi người bệnh đã ổn định. Mục đích thay băng vết thương là làm sạch, lấy mô hoại tử, giảm số lượng vi trùng hiện diện, tránh tổn thương da thêm, giúp người bệnh thoải mái.

4.3.1. Bỏng nông

Rửa sạch vết thương, băng bằng gạc thấm ướt mỡ. Điều dưỡng phá vỡ những nốt bỏng vì nơi đây vi trùng có sẵn ở chân lông, tuyến chất nhờn có nhiều chất dinh dưỡng nhất sẽ thuận lợi phát triển vi trùng. Đắp thuốc mỡ hay băng ẩm có chất kháng khuẩn, băng thêm gạc khô dày giúp hút dịch, băng ép nhẹ. Thay băng vào ngày thứ 5, điều dưỡng cần theo dõi vết thương nếu không đau nhiều, không thấm dịch, không mùi, không sốt thì rửa sạch vết thương rồi băng lại bằng băng ẩm. Thay băng lần 2 vào ngày thứ 10; điều dưỡng rửa sạch, băng ẩm, nhưng băng mỏng hơn và tiếp tục theo dõi. Ngày thứ 15 cho người bệnh tắm bông, các lớp băng bong ra dễ dàng, vùng bỏng sẽ lên da non đỏ hồng. Trong giai đoạn này, điều dưỡng cần theo dõi vết thương thường xuyên để tránh nguy cơ nhiễm trùng làm cho tình trạng vết thương tiến triển sâu hơn.

4.3.2. Bỏng sâu độ 3

Loại này có thể tự lành nhưng thường để lại sẹo lớn, do đó thầy thuốc thường dùng phương pháp mổ hớt dần từng lớp. Thường được tiến hành vào ngày thứ 3 sau tai nạn vì lúc này độ sâu vết bỏng đã ổn định, sự phù nề được tái hấp thu một lượng lớn. Để chuẩn bị trước, mô điều dưỡng rửa sạch vết thương, lấy hết chất mỡ và dịch ứ đọng, chuẩn bị vùng da thật sạch và băng kín vô trùng. Chăm sóc sau mổ, điều dưỡng thay băng vào ngày thứ 5 sau mổ. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, băng bằng thuốc mỡ kháng khuẩn.

4.3.3. Bỏng sâu độ 4

Thường thầy thuốc áp dụng mổ hớt dần từng lớp, cắt lọc sâu, ghép da cuống. Điều dưỡng theo dõi, chăm sóc và đảm bảo vô trùng tuyệt đối khi chăm sóc vết thương. Phương pháp tắm bông trong giai đoạn này giúp lấy mô hoại tử, chất tiết, kích thích mô hạt mọc, giúp người bệnh sạch sẽ, giúp người bệnh thoải mái, giảm đau, nhưng tắm không quá 20 phút vì sẽ làm người bệnh mất dịch và điện giải, lạnh, nguy cơ nhiễm trùng. Tiêu chuẩn nước để tắm: sạch, nhiệt độ 40°C.

4.4. Băng vết bỏng

Khi chăm sóc vết bỏng, điều dưỡng cần lưu ý rửa tay, mang găng vô khuẩn khi thay băng. Sau khi rửa vết thương, điều dưỡng đắp gạc, băng cho người bệnh. Nhiệt độ phòng 29,4°C. Có 2 loại băng:

– *Băng kín*: băng kín vết thương bằng gạc kháng sinh mỡ.

– *Băng hở*: vết thương được phủ bằng mỡ kháng sinh nhưng không băng kín, người bệnh được nằm ở vùng vô khuẩn.

4.5. Quản lý thuốc

Tiêm ngừa phong đòn gánh cho tất cả người bệnh bỏng, thực hiện thuốc giảm đau bằng đường tĩnh mạch, thuốc che chở niêm mạc dạ dày, thuốc kháng sinh, bù dịch nước và điện giải theo y lệnh.

4.6. Dinh dưỡng

Người bệnh bỏng thường bị mất nhiệt lượng nhiều do bốc hơi qua vết bỏng, nhiễm trùng. Vì thế cần làm giảm quá trình chuyển hoá của người bệnh như giữ nhiệt độ và độ ẩm cao trong không khí (nhiệt độ phòng từ 23 đến 32°C, độ ẩm từ 25 đến 50%), làm giảm đau đớn cho người bệnh.

– Người lớn: 25 cal/kg + 40 cal cho mỗi phần trăm diện tích bị bỏng.

– Trẻ em: 40–60 cal/kg cân nặng + 40 cal cho mỗi phần trăm diện tích bỏng. Trong trường hợp người

bệnh sút cân cần báo cáo lại và thực hiện nâng cao thể trạng người bệnh. Khi nhu động ruột người bệnh giảm hay liệt ruột thì nâng đỡ thể trạng bằng dịch truyền theo y lệnh. Người bệnh có nhu động ruột có thể cho ăn qua ống Levine, thức ăn loãng nhưng cung cấp nhiều protein, vitamin A, B, C, khoáng chất, sắt, folate. Năng lượng 5.000 kcal/ngày. Nếu người bệnh khá hơn thì có thể cho người bệnh ăn qua đường miệng bình thường.

4.7. Giai đoạn cấp tính: là giai đoạn vết thương ổn định.

4.7.1. Thay đổi chức năng sinh lý: biến dạng cơ thể, đau, vết thương hoại tử, ghép da và tái tạo chỉnh hình. Biểu hiện lâm sàng là vết thương khô và mô hoại tử hoá trắng thành nâu sẫm, mất cảm giác, phần dày sâu tiết dịch, nốt phỏng đau và nhiễm trùng. Xét nghiệm Ion đồ phát hiện các dấu hiệu lâm sàng do rối loạn điện giải.

4.7.2. Biến chứng: Trong giai đoạn cấp tính người bệnh có rất nhiều biến chứng như nhiễm trùng vết bỏng, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng hô hấp...

Tình trạng hô hấp và tim mạch cũng bị ảnh hưởng như khó thở, viêm phổi, rối loạn vận mạch. Thần kinh người bệnh thấy ác mộng, lo sợ, khủng hoảng tinh thần và có thể có tổn thương não. Trong giai đoạn này vấn đề xương khớp cũng biểu hiện như co rút cơ, mất tư thế cơ năng, hạn chế hoạt động, teo cơ đờ khớp. Chức năng tiêu hoá cũng có nguy cơ cao là loét dạ dày hay chảy máu dạ dày. Tiêu đường làm chậm lành vết thương và tăng nguy cơ nhiễm trùng.

4.7.3. Trị liệu: Thầy thuốc thường cho y lệnh cung cấp dịch thay thế, cung cấp dinh dưỡng, thuốc giảm đau, kháng sinh, kháng viêm. Việc chăm sóc vết thương và băng theo tư thế cơ năng cũng rất quan trọng đối với người bệnh để khi người bệnh phục hồi có thể trả họ về với đời sống bình thường. Vai trò vật lý trị liệu rất cần thực hiện trong giai đoạn này. Tình trạng hoại tử vết thương cũng có nguy cơ cao trong nhiễm trùng vết thương nên việc cắt lọc mô hoại tử, ngăn ngừa nhiễm trùng, kích thích mô hạt mọc tốt và chuẩn bị cho ghép da, giúp rút ngắn thời gian lành vết thương, tái tạo chỉnh hình.

4.7.4. Quản lý điều dưỡng: lượng giá và chăm sóc người bệnh đau, chăm sóc vết thương, nâng đỡ tinh thần.

4.8. Giai đoạn phục hồi

Mục đích giai đoạn này là giúp người bệnh trở lại cuộc sống, thiết lập lại chức năng cơ thể, tái tạo chỉnh hình vết thương, ghép da. Biểu hiện lâm sàng là hạn chế vận động, đau khi vận động, sẹo xấu. Do người bệnh đau nên không tập luyện, người bệnh có nguy cơ co rút cơ, cứng khớp, sẹo co rút, sẹo xấu, biến dạng cơ thể, sẹo phì đại. Trị liệu và quản lý điều dưỡng là vật lý trị liệu, tái tạo chỉnh hình. Trong giai đoạn này gia đình và người bệnh là người tự điều trị chính cho người bệnh với sự trợ giúp của nhóm tâm lý, vật lý trị liệu, điều dưỡng tại nhà, nhóm dinh dưỡng. Vấn đề cung cấp dinh dưỡng đủ các chất cho người bệnh rất quan trọng. Điều dưỡng hướng dẫn thức ăn cho người bệnh và không cử ăn.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Vết thương: mức độ và nguyên nhân bỏng (nhiệt, hoá chất, điện...)

Sự thay đổi dịch và choáng: mạch tăng, huyết áp giảm, tiểu ít, theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, potassium tăng.

Đường thở: phù nề đường thở, cháy xém lông mũi, miệng hay mũi đầy bụi khói, đàm sẫm màu, ho, tím tái, khó thở.

Ngộ độc CO: nôn ói, đau ngực, thở nhanh, bối rối, kích động, phản xạ?

Thần kinh: thay đổi tri giác, chấn thương sọ não, cột sống cổ.

Tim mạch: rối loạn nhịp, thay đổi thể tích dịch, tưới máu mô kém.

Hô hấp: thở nhanh, nông, thiếu oxy.

Xương khớp: gãy xương, giảm vận động, biến dạng, nhô xương, cơ.

Tăng chuyển hoá và mất nhiệt: cơ thể người bệnh dễ bị lạnh, giảm cân.

Máu: Hct giảm, tiểu hemoglobine.

Tiêu hoá: tổn thương miệng, nôn ói, chảy máu dạ dày, loét dạ dày, liệt ruột.

Thận: choáng, thiếu niệu, tiểu huyết sắt tố, tiểu myoglobin.

Đau: đánh giá mức độ đau.

Tâm lý: mức độ lo lắng về hình dạng cơ thể.

Nhiễm trùng: vết bỏng tiết dịch, mùi, sốt.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Tổn thương da do vết bỏng

Lượng giá mức độ và độ sâu vết thương giúp điều dưỡng chuẩn bị dụng cụ và chọn dung dịch thích hợp cho từng loại vết thương. Khi tháo băng cần nhẹ nhàng, tránh tạo vết thương mới, tránh đau cho người bệnh. Đối với người bệnh có vết bỏng quá rộng tốt nhất phải làm ẩm băng trước khi tháo băng cho người bệnh. Khi tiến hành rửa vết thương cần hết sức nhẹ nhàng, sử dụng dung dịch thích hợp hay theo y lệnh của bác sĩ. Thực hiện cách ly vết thương tránh nhiễm trùng, lây chéo giữa các vết thương. Áp dụng kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc vết thương. Tùy vào tình trạng vết thương, điều dưỡng quyết định băng hở hay băng kín.

2.2. Mất nước và điện giải do thoát dịch qua vết thương

Người bệnh bỏng thường bị mất nước qua vết bỏng, xuất tiết dịch qua vết thương, ăn uống kém, rối loạn điện giải. Điều dưỡng theo dõi nước xuất nhập, dấu mất nước và điện giải trên lâm sàng, qua xét nghiệm Ion đồ... Theo dõi dấu chứng sinh tồn, chỉ số CVP, tổng nước tiểu thường xuyên trong ngày. Duy trì dịch truyền theo y lệnh. Thực hiện bù đủ dịch và điện giải căn cứ vào lượng nước tiểu (bình thường 50ml/giờ).

2.3. Suy giảm khả năng vận động

Do đau vì vết bỏng, do sẹo co rút nên người bệnh rất sợ cử động. Người bệnh không cử động sẽ dẫn đến nguy cơ teo cơ – cứng khớp. Tập vận động chủ động và thụ động ngăn ngừa co rút cơ và teo cơ. Khuyến khích người bệnh tập vật lý trị liệu và người bệnh tập là chính. Điều dưỡng cũng cần cố định chi đúng tư thế khi băng vết thương, hướng dẫn người bệnh tự xoay trở, vận động.

2.4. Người bệnh kém dinh dưỡng

Bỏng làm người bệnh mất nhiều năng lượng. Điều dưỡng theo dõi và nghe nhu động ruột, tình trạng bụng của người bệnh giúp đánh giá tình trạng tiêu hoá và cho người bệnh ăn sớm nhất. Lượng giá cân nặng và tình trạng dinh dưỡng người bệnh. Chọn phương pháp cung cấp thức ăn cho người bệnh như qua đường miệng, ống thông dạ dày, lỗ mở dạ dày. Cung cấp protein 2–4g/kg/ngày, vitamin C, A, D,... Năng lượng: 3.500–5.000 kcal/ngày.

2.5. Táo bón

Người bệnh không ăn cho đến khi có nhu động ruột lại, tình trạng nằm lâu trên giường cũng đưa người bệnh đến tình trạng táo bón. Điều dưỡng cần cung cấp thức ăn nhiều xơ, nước trái cây, đủ nước giúp người bệnh đi cầu dễ dàng. Cho người bệnh vận động, tập bụng. Thực hiện thuốc nhuận tràng nếu người bệnh đi cầu phân quá cứng. Vấn đề táo bón có thể là nguyên nhân làm cho người bệnh lo lắng. Điều dưỡng cần giải thích và hướng dẫn người bệnh cụ thể, giúp người bệnh an tâm.

2.6. Mất nhiệt

Da người bệnh bị bỏng thường không thực hiện được nhiệm vụ quan trọng của da là duy trì nhiệt độ cho

cơ thể. Chính vì thế, người bệnh thường lạnh do mất nhiệt. Kiểm soát nhiệt độ môi trường và giữ ấm người bệnh là nhiệm vụ của điều dưỡng. Ngoài ra, cần duy trì đủ calorie trong ngày cũng giúp người bệnh có năng lượng giữ ấm cơ thể. Lưu ý, khi thay băng tránh phơi bày cơ thể quá lâu. Tắm bồn ở nhiệt độ 37°C, không tắm quá lâu.

2.7. Đau

Lượng giá cơn đau của người bệnh. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh khi thay băng, khi tập vận động. Tư thế thoải mái, tắm bệnh, kỹ thuật thư giãn.

2.8. Tâm lý thất vọng, mặc cảm do biến dạng cơ thể

Khuyến khích người bệnh nói lên cảm giác của mình về hình dáng hiện tại của họ. Theo dõi dấu hiệu chán nản và lãnh đạm. Giúp người bệnh lấy lại niềm tin và phục hồi lại vận động.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Giáo dục người bệnh trong chăm sóc vết thương, nhận biết dấu hiệu nhiễm trùng. Hướng dẫn người bệnh về dinh dưỡng. Vật lý trị liệu tích cực giúp phục hồi teo cơ, cứng khớp. Cho người bệnh thông tin về phẫu thuật tái tạo chỉnh hình, giúp người bệnh tham gia vào cộng đồng.

LƯỢNG GIÁ

- Vết bông lành, dinh dưỡng đầy đủ.
- Người bệnh vận động trở lại.
- Người bệnh không biến chứng nhiễm trùng, mất cân, co rút, sẹo xấu.

III. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GHÉP DA

1. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Ghép da rời

Ghép da rời là lấy một mảnh da ở nơi nào rời ghép lên chỗ thiếu da. Mảnh da ghép sống được là nhờ sự thẩm thấu chất dinh dưỡng từ nơi nhận.

1.2. Vạt da

Là một mảnh da hay một phần mô được bóc tách ra thành khối để ghép. Vạt da có khối lượng lớn nên cần phải khâu nối mạch máu của vạt vào mạch máu – nơi nhận để tái lập tuần hoàn nuôi sống vạt da.

1.3. Chuyển ghép

Là di chuyển chất liệu từ nơi này sang nơi khác để ghép và sau đó dùng các kỹ thuật vi phẫu để tái lập tuần hoàn cho vạt da.

Phẫu thuật ghép da có nhiều loại:

- *Da tự thân*: da cùng một người, loại da này sẽ sống vĩnh viễn trên nền ghép.
- *Da đồng loại*: lấy ở người khác, chỉ che phủ tạm thời, không được để quá 5 ngày mà không thay băng.
- *Da dị loại*: ở loài vật, phải thay băng mỗi ngày, nguy cơ nhiễm trùng cao.
- *Da nhân tạo*: silicone, polyvinyl chloride derivate cũng mang tính chất tạm thời.

1.4. Các dạng ghép da rời

- Che phủ toàn phần.
- Che phủ một phần: ghép da xen kẽ, ghép da ngực vắn, ghép da tem thư, ghép da lưới.

2. TÍNH CHẤT CỦA DA GHÉP KHI CHỌN LỰA

Da ghép càng mỏng càng dễ dính, dễ sống, nhưng sẹo dễ co rút. Da ghép càng dày càng khó dính, dễ chết.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH GHÉP DA

3.1. Toàn thân: thể trạng khá, tốt hơn là tăng cân. Người bệnh không có dấu hiệu nhiễm trùng, không sốt, protid máu > 60g/l và hồng cầu, dung tích hồng cầu, bạch cầu, tốc độ lắng máu bình thường.

3.2. Vùng da cho: tắm rửa sạch trước 3 ngày và nên tắm sạch nhất vùng da sắp cho để giúp mảnh da ghép không nhiễm trùng do những vi khuẩn bám vào chân lông, vì thế phần da cho cần cạo lông trước mổ, nhưng tránh không để có vết thương trên da, nên sử dụng dao cạo râu là tốt nhất. Sáng ngày mổ rửa sạch da, sát trùng da nhưng tránh sử dụng dung dịch có màu, sau đó băng kín vô khuẩn trên vùng da đó.

3.3. Vùng da được ghép: mô hạt mọc tốt bằng với nền da, không tụ dịch, không mủ, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Điều dưỡng rửa sạch vết thương, lấy hết dị vật, máu tụ, dịch ứ đọng, mô hoại tử. Băng kín vết thương bằng gạc vô khuẩn.

4. CHĂM SÓC SAU MỔ GHÉP DA RỜI

4.1. Chăm sóc mảnh da ghép

Tất cả các mảnh ghép đều được băng ép và bất động để khỏi bị bóc ra hay máu tụ dưới mảnh ghép. Nếu ở chi thì nên theo dõi dấu hiệu chèn ép thiếu máu nuôi do băng ép. Không thay băng, nếu mở băng quá sớm sẽ làm mảnh ghép bong ra. Nếu băng quá bẩn chỉ thay lớp băng ngoài. Nếu băng quá khô nên thấm gạc ẩm bằng nước muối sinh lý. Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng qua nhiệt độ người bệnh tăng cao, người bệnh đau nhiều hơn, băng thấm dịch đổi màu, có mùi hôi.

Thời gian thay băng như sau: nếu băng sạch, thay băng vào ngày thứ 5 và nếu cần kiểm tra thì thay băng vào ngày thứ 3.

Cách thay băng: cần thấm ướt băng trước khi mở, tháo băng nhẹ nhàng. Ấn nhẹ ở những vùng da phồng nước giúp thoát dịch, cắt bớt những mảnh da hoại tử khô cứng, rửa sạch nhẹ nhàng, thấm hút dịch, sau đó băng ẩm lại, ép nhẹ.

4.2. Chăm sóc mảnh da cho

Không thay băng, để 8–10 ngày băng tự động tróc ra và tự lành; giúp người bệnh phơi nắng, vận động bình thường. Hướng dẫn người bệnh không tự động tháo băng sớm.

5. CHĂM SÓC SAU MỔ GHÉP VẬT DA

5.1. Theo dõi người bệnh và vật da ghép

Theo dõi 30 phút trong 4 giờ đầu sau mổ cho đến khi ổn định, mỗi giờ trong 4 giờ sau, mỗi 2 giờ trong ngày đầu, 4–6 giờ trong 2–3 ngày sau.

Điều dưỡng theo dõi màu sắc vùng da ghép, bình thường hồng hơn da thường do mao quản giãn nở. Theo dõi tuần hoàn da qua dấu hiệu nhấp nháy da bằng cách dùng ngón tay ấn

nhẹ lên vật da và thả tay ra để quan sát sự trở về của màu sắc vật da, bình thường 1–2 giây, nếu đàn hồi quá nhanh điều dưỡng nghĩ đến ứ máu tĩnh mạch, nếu quá chậm (> 2–3 giây) chứng tỏ giảm lưu lượng máu. Điều dưỡng cũng cần theo dõi nhiệt độ da, bình thường da ấm nhưng nếu da nóng kèm theo nhiệt độ cơ thể tăng cần xem lại người bệnh có nhiễm trùng không. Vấn đề không kém phần quan trọng đó là tình trạng vật da, bình thường mềm, đàn hồi. Nếu căng, phù nề nhẹ, đó là dấu hiệu chèn ép nhẹ. Nếu quá căng, đỏ tím, có nốt phỏng, đó là dấu hiệu tắc nghẽn mạch máu. Theo dõi băng nếu máu thấm băng nhiều có nguy cơ tạo thành garo chèn ép vật da.

5.2. Chăm sóc vết thương

Di chuyển người bệnh nhẹ nhàng, tránh va chạm và đảm bảo vùng da ghép bất động tốt. Nếu băng thấm máu nhiều nên thay băng bên ngoài trước 3 ngày sau ghép. Nếu ổn định, thay băng vào ngày thứ 2–3. Nếu có vết thương hở thì nên thay băng hàng ngày, băng ẩm, lỏng nên để hở vật da theo dõi. Chăm sóc nếp bột sạch. Rút dẫn lưu sớm 48 giờ sau mổ. Cắt chỉ muộn 12–14 ngày sau mổ.

5.3. Chăm sóc toàn thân

Người bệnh cần được cung cấp dinh dưỡng: protide, vitamin, khoáng chất, nước... Không hút thuốc lá vì thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ chậm lành mảnh da ghép. Hướng dẫn người bệnh vận động tại giường, xoay trở tốt để giúp người bệnh thoải mái. Giúp ngăn ngừa bệnh ngoài da và nhiễm trùng mảnh ghép, người bệnh nên vệ sinh thân thể sạch sẽ. Điều dưỡng giúp người bệnh giảm tâm lý lo âu, an tâm, hợp tác điều trị và chăm sóc...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Phân loại người bệnh bỏng theo quy luật số 9

2. Ghi 3 giai đoạn của bỏng:

A.

B.

C.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Cần di chuyển ngay tức thì nạn nhân bị bỏng đúng chuyên khoa.		
4	Nạn nhân bỏng do mất nước qua thành mạch, qua nốt bỏng.		
5	Khi bỏng khói cần cho thở oxy 100%.		
6	Cần theo dõi nhịp tim nạn nhân bỏng điện.		
7	Lấy hết dị vật trong miệng cho nạn nhân khi bỏng khói.		
8	Tắm bỏng giúp người bệnh không mất nước.		
9	Nếu bỏng quá rộng không nên thay băng thường xuyên.		
10	Ghép da sau bỏng là giúp vết thương mau lành.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược 1985, tập 1, trang 175.

2. Medical Surgical Nursing, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, p.525–553.

3. *Mosby's Manual of Clinical Nursing*, second edition. Jun M. Thompson, p.551–557.

4. *Chăm sóc ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03–SIDA, Hà Nội, 1994.

5. *Bài giảng ngoại khoa cơ sở – triệu chứng học ngoại khoa*, NXB Y học, Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, năm 2001, trang 85–97.

6. *Bệnh học ngoại khoa tiêu hoá*, Nguyễn Thế Hiệp, NXB Y học Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, năm 2003, trang 13–26.

Bài 6

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được tầm quan trọng của giải phẫu và mục đích của việc phỏng vấn người bệnh trước phẫu thuật.*
2. *Lượng giá được người bệnh trước phẫu thuật.*
3. *Thực hiện được vai trò quản lý của điều dưỡng trong việc chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật.*
4. *Chuẩn bị được người bệnh trước phẫu thuật.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Giải phẫu là kế hoạch có dự kiến và có sự chuẩn bị, cả mổ cấp cứu hay mổ chương trình đều mang tầm quan trọng như nhau. Chuẩn bị cuộc mổ luôn thực hiện một cách an toàn và hiệu quả để tránh tai biến cho người bệnh trong mổ, ngăn ngừa biến chứng sau mổ và giúp người bệnh hồi phục tốt. Vai trò của người điều dưỡng rất quan trọng trong việc sửa soạn người bệnh trước mổ. Điều dưỡng cần có những thông tin cơ bản về người bệnh, muốn thế điều dưỡng phải thu thập dữ kiện từ người bệnh về bệnh tật và các rối loạn kèm theo. Điều dưỡng phải hiểu được phản ứng của người bệnh trước mổ, phải biết đánh giá những kết quả xét nghiệm tiền phẫu và phải biết lượng giá những thay đổi của cơ thể, nguy cơ, biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

2. PHÒNG VẤN NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

Phòng vấn người bệnh trước mổ giúp điều dưỡng thu thập dữ kiện về bệnh sử, tiền sử, triệu chứng, tình trạng người bệnh, những khó khăn của người bệnh và qua đó giúp người bệnh chọn ngày, giờ phẫu thuật phù hợp. Qua phỏng vấn, điều dưỡng sẽ thông báo cho người bệnh về phương pháp phẫu thuật và gây mê vì thường người bệnh rất lo âu về phương pháp gây mê, về loại phẫu thuật cần thiết, việc cung cấp thông tin này giúp người bệnh an tâm. Điều dưỡng giúp người bệnh thực hiện cam kết đồng ý mổ của người bệnh, đây là vấn đề pháp lý, người bệnh phải hiểu rõ trước khi ký cam kết. Trong quá trình trao đổi sẽ giúp điều dưỡng đánh giá tình trạng tâm lý của người bệnh, điều dưỡng cần tiếp xúc với người bệnh và người nhà người bệnh để hiểu rõ tâm tư, lo lắng của người bệnh và có kế hoạch can thiệp kịp thời.

3. LƯỢNG GIÁ TIỀN PHẪU

- Xác định tình trạng sức khỏe, thu thập dữ kiện về người bệnh.
- Xác định và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ trước khi phẫu thuật.
- Cân nhắc xem người bệnh tiến hành phẫu thuật theo chế độ nào (nội trú, ngoại trú, trong ngày).
- Lập kế hoạch và thực hiện việc chuẩn bị trước mổ.
- Qua hội chẩn: chọn loại thuốc gây mê và phương pháp phẫu thuật tốt nhất cho người bệnh.

4. LƯỢNG GIÁ CÁC DỮ KIẾN CHỦ QUAN

4.1. Tâm lý

Tâm lý người bệnh có thể là lo sợ đau và không thoải mái, sợ do không hiểu biết, sợ biến dạng cơ thể, sợ xa cách người thân, sợ chết, sợ gây mê, sợ thay đổi lối sống sau mổ,... Điều dưỡng cần biết nhận thức của người bệnh để nâng đỡ và cung cấp những thông tin trong suốt thời gian trước mổ. Điều dưỡng là người nâng đỡ tinh thần và giúp người bệnh giảm đau buồn, giảm sợ hãi để duy trì và hồi phục niềm tin cho người bệnh.

4.2. Tiền sử sức khỏe

Đầu tiên, điều dưỡng cần khai thác sự hiểu biết cần thiết của người bệnh, về phẫu thuật trước mổ và những than phiền của người bệnh. Với phụ nữ, phải tìm hiểu tiền sử như kinh nguyệt, sinh đẻ, ngày có kinh sau cùng với mục đích tránh ảnh hưởng của thuốc gây mê, sang chấn tinh thần, tác dụng thuốc trên người bệnh mang thai. Đối với trẻ vị thành niên, điều dưỡng cần cẩn thận dùng những từ ngữ phù hợp để khai thác các vấn đề về kinh nguyệt, sinh sản, tình dục. Những thông tin về gia đình như bệnh di truyền, liên quan đến gây mê, bệnh tim mạch, nội tiết, thai kỳ, hoàn cảnh người bệnh, kinh tế, bệnh tật của người bệnh và gia đình.

4.3. Đánh giá sức khỏe toàn thân

Tổng trạng, cân nặng, chỉ số BMI, tình trạng da niêm, dấu chứng sinh tồn, phát hiện những dấu hiệu bất thường của người bệnh.

4.3.1. Hệ tim mạch

– *Nhiệm vụ:* Hệ tim mạch có nhiệm vụ đáp ứng nhu cầu oxy, dịch thể, thuốc, dinh dưỡng cho cơ thể. Đây là nhiệm vụ rất quan trọng vì hệ thống này còn mang thuốc, kháng sinh, thuốc mê trong quá trình phẫu thuật. Và nó cũng có nhiệm vụ mang các chất cần loại bỏ ra khỏi cơ thể.

– *Hỏi:* Việc khai thác dấu hiệu bệnh tật rất quan trọng vì nó giúp thầy thuốc có thể điều trị, điều chỉnh hay tìm ra phương pháp nào đó tránh biến chứng cho người bệnh trong và sau mổ. Vì thế điều dưỡng cần khai thác bệnh sử về tim mạch như cao huyết áp, đau thắt ngực, suy tim, bệnh tim bẩm sinh, mổ tim. Cũng cần có những thông tin về bác sĩ đang điều trị, thuốc tim mạch đang sử dụng.

– *Khám:* Đánh giá mạch, huyết áp, da niêm, tình trạng chảy máu, đo điện tim giúp phát hiện bất thường trên điện tim, nghe tim.

– *Can thiệp điều dưỡng:* Nếu người bệnh có nhồi máu cơ tim cần khuyên người bệnh hoãn phẫu thuật khoảng 6 tháng sau để tránh nguy cơ tái phát. Nếu người bệnh có bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, thấp tim cần thực hiện kháng sinh dự phòng trước mổ. Người bệnh loạn nhịp tim cần theo dõi điện tim trước mổ. Nếu người bệnh dùng Digitalis cần theo dõi định lượng Kali trong huyết thanh để tránh ảnh hưởng tác dụng phụ và độc hại của thuốc mê. Thực hiện truyền dịch đối với người bệnh mất nước trước mổ, cẩn thận với người bệnh già vì ranh giới giữa thừa và thiếu nước rất hẹp.

4.3.2. Hệ hô hấp

– *Nhiệm vụ:* Hô hấp có nhiệm vụ quan trọng trong phẫu thuật vì nó vừa là ngõ gây mê vừa là ngõ thải thuốc mê, trao đổi khí. Tế bào thiếu oxy sẽ chết và oxy có vai trò quan trọng nhất đối với mô não. Có nhiều

phương pháp gây mê phải qua đường hô hấp, vì thế nếu hô hấp có vấn đề thì rất nguy hiểm cho người bệnh.

– *Hỏi:* Người bệnh có tiền sử khó thở, ho, suyễn, ho ra máu, lao, nhiễm trùng đường hô hấp kinh niên trước đó không? Vì đây là những triệu chứng của bệnh đường hô hấp trước đó. Suyễn là vấn đề ở người bệnh phẫu thuật. Suyễn có thể xuất hiện khi lo sợ, mùi... cũng có thể gây cơn khó thở cho người bệnh.

Ngoài ra, nếu không khai thác kỹ tiền sử suyễn của người bệnh thì khi gây mê cũng gây nguy cơ cao cho người bệnh do việc tương tác thuốc trong gây mê. Sự tổn thương trên phổi có thể làm giảm khả năng trao đổi khí và chính đó là nguyên nhân gây suy hô hấp cho người bệnh trong và sau mổ, cũng là nguy cơ gây nhiễm trùng hô hấp sau mổ và như thế làm tình trạng người bệnh nặng nề thêm. Người hút thuốc lá có nguy cơ ứ đọng dịch ở phổi dễ gây tắc nghẽn hô hấp và viêm phổi sau mổ.

– *Khám:* tùy vào từng loại phẫu thuật nhưng cơ bản điều dưỡng cần đo tần số nhịp thở, kiểu thở, nghe phổi, PaO₂.

– *Can thiệp:* nếu người bệnh có nhiễm trùng cấp tính đường hô hấp trên điều dưỡng cần thực hiện kháng sinh theo y lệnh giúp điều trị dứt điểm nhiễm trùng. Nếu người bệnh hút thuốc cần ngưng hút thuốc trước mổ một tuần. Phải ghi nhận người bệnh có bất thường về đường hô hấp, ghi nhận chức năng hô hấp như khí máu động mạch, nghe phổi đánh giá lại tình trạng hô hấp. Hướng dẫn người bệnh cách hít thở sâu, hướng dẫn cách thở hiệu quả, cách xoay trở, ngồi dậy giúp giãn nở phổi tối đa sau mổ. Hướng dẫn người bệnh cách ho, khạc đàm.

4.3.3. Gan

– *Nhiệm vụ:* Gan liên quan đến đường trong máu, biến dưỡng mỡ, tổng hợp protein, thuốc, biến dưỡng hormone, tạo bilirubin và bài tiết giải độc cho nhiều loại thuốc mê, thuốc điều trị...

– *Hỏi:* tiền sử về viêm gan trước đó, đã tiêm ngừa viêm gan chưa, số lần tiêm, thời gian tiêm. Tình trạng dị ứng da, ngứa và có vàng da lần nào không. Có bệnh lý về đường mật như sỏi mật, đau hạ sườn phải không. Có tiền sử mổ về mật, mổ gan. Tiền sử uống rượu, số lượng, thời gian không.

– *Khám:* bờ gan to không, tình trạng vàng da, bụng báng, dấu tuần hoàn bàng hệ, màu phân, các dấu đau trên bụng và nên đánh giá xét nghiệm chức năng gan, bilirubin.

– *Can thiệp:* đánh giá tình trạng rối loạn đông máu, đồng thời thực hiện điều chỉnh tình trạng chảy máu qua thuốc theo y lệnh. Chăm sóc vàng da, thuốc giảm ngứa, uống nhiều nước. Nghỉ ngơi và dinh dưỡng hợp lý giúp nâng đỡ chức năng gan. Thực hiện thuốc nâng đỡ chức năng gan, tránh những thuốc thải qua gan. Thông báo cho nhóm phẫu thuật về tình trạng người bệnh.

4.3.4. Thận

– *Nhiệm vụ:* suy giảm chức năng thận liên quan đến số lượng dịch thay thế, mất cân bằng về dịch thể và điện giải, chức năng đông máu, gia tăng nguy cơ nhiễm trùng, vết thương lâu lành, thay đổi đáp ứng của điều trị và không tiên đoán được sự bài tiết của thuốc.

– *Hỏi:* Người bệnh có phù không, phù vào lúc nào và phù ở đâu. Tiểu gắt buốt, tiểu đục, số lượng nước tiểu. Có tiền sử sỏi niệu, mổ thận, ghép thận không.

– *Khám:* Cân nặng, huyết áp, nước tiểu, da niêm, dấu bập bênh thận, khám thấy dấu hiệu phù.

– *Can thiệp:* Theo dõi mất nước, thực hiện bù đủ nước và thực hiện cân bằng điện giải người bệnh trước mổ, cân nặng, theo dõi phù. Phòng ngừa thiếu nước và rối loạn điện giải, theo dõi số lượng nước tiểu. Đánh giá chức năng thận, Ion đồ. Nhận định sớm trên lâm sàng dấu hiệu thiếu điện giải.

4.3.5. Thần kinh trung ương

Đánh giá: tri giác, nhận thức, thực hiện các y lệnh của người bệnh. Khai thác tai nạn về não, tuỷ sống trước đó... Vì khi có chấn thương hay đã mổ cột sống cổ thì có thể ảnh hưởng trong tư thế đặt nội khí quản. Đánh giá về nhận thức rất có ích trong theo dõi sau mổ, giúp điều dưỡng nhận định về tri giác và nhận thức người bệnh chính xác hơn.

4.3.6. Cơ xương khớp

Hỏi: Tiền sử viêm xương khớp, nhất là người già vì nó sẽ làm hạn chế cử động, tư thế người bệnh trong và sau mổ. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách tập vận động trước mổ. Sau mổ tránh người bệnh đau do vận động, di chuyển.

4.3.7. Dinh dưỡng

– *Béo phì* gây khó khăn trong tư thế mổ và di chuyển người bệnh sau mổ, dễ nhiễm trùng vết thương, vết thương lâu lành, thuốc mê thấm chậm và tồn tại trong mỡ, do đó giải phóng thuốc sau mổ chậm nên người bệnh mê lâu hơn và tỉnh chậm hơn. Nếu không mổ cấp cứu, điều dưỡng cần hướng dẫn chế độ ăn và tập luyện giảm cân cho người bệnh trước mổ.

Suy dinh dưỡng: giảm protein, vitamin A, B... người bệnh hồi phục chậm, vết thương lâu lành. Người già (do thiếu răng, do ăn uống kém), người nghèo ăn ít chất dinh dưỡng, người bệnh ăn uống kém, người bệnh mạn tính, ung thư thì thường có nguy cơ suy dinh dưỡng và thiếu hụt dịch thể do thói quen kiêng ăn hay không ăn được. Nâng cao thể trạng người bệnh trước mổ là điều cần thiết. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh thức ăn nhiều dinh dưỡng, chế độ ăn phù hợp bệnh lý. Nếu người bệnh suy kiệt nhiều hoặc do bệnh lý không ăn được điều dưỡng thực hiện nuôi ăn bằng dịch truyền an toàn và đủ năng lượng.

4.3.8. Nghiện ma túy hay rượu

Người nghiện ma túy hay rượu thường có nguy cơ suy dinh dưỡng cao và đặc biệt với người nghiện rượu thì chức năng gan cũng suy giảm. Vì thế, với những người bệnh này điều dưỡng cần khai thác tiền sử một cách cẩn thận qua người thân và chính bản thân người bệnh. Thường người bệnh không khai thật nên điều dưỡng cần khéo léo để có những dữ kiện chính xác về người bệnh. Người bệnh nghiện rượu hay ma túy có rất nhiều biến chứng sau mổ do tình trạng suy dinh dưỡng, do chức năng gan giảm, do chức năng thần kinh cũng có vấn đề. Điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc trong trường hợp người bệnh lên cơn nghiện sau phẫu thuật hay cuồng sản do rượu.

4.3.9. Nội tiết

Tiểu đường là một yếu tố nguy cơ cho cả gây mê và giải phẫu. Người bệnh tiểu đường có nguy cơ cao trong hạ đường huyết, biến chứng tim mạch, nguy cơ nhiễm trùng cao, vết thương lâu lành. Điều dưỡng cần xác định, theo dõi đường trong máu và giúp bác sĩ điều chỉnh lượng đường trong máu. Điều dưỡng cần thực hiện chế độ tiết chế cho người bệnh.

4.3.10. Nhiễm trùng

Nếu nhiễm trùng cấp tính, cuộc mổ thường phải huỷ nếu là mổ chương trình. Nhiễm trùng mạn tính như lao, AIDS thì tùy trường hợp có thể mổ. Kiểm soát nhiễm trùng trước mổ là điều cần thiết cho người bệnh, vì thế điều dưỡng cần hỏi người bệnh và thực hiện khám chuyên khoa tai mũi họng, răng, tiết niệu, sinh dục người bệnh trước mổ. Theo dõi nhiệt độ. Thực hiện y lệnh trong điều trị dứt điểm nhiễm trùng trước mổ, thực hiện thuốc kháng sinh phòng ngừa theo y lệnh điều trị.

4.3.11. Miễn dịch

Điều dưỡng cần tìm hiểu tiền sử dị ứng của người bệnh như dị ứng thuốc, điều dưỡng cần khai thác loại thuốc và ghi chú hồ sơ giúp thầy thuốc và gây mê tránh sử dụng những loại thuốc này. Dị ứng thức ăn cũng quan trọng vì sau mổ vấn đề dinh dưỡng rất cần thiết nên cần hỏi rõ thông tin để tránh tai biến dị ứng có thể làm tình trạng sau mổ nặng nề hơn. Trong những người bệnh ghép tạng thường khả năng miễn dịch kém nên điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc hoàn toàn vô khuẩn tránh nguy cơ nhiễm trùng cho người bệnh.

4.3.12. Thuốc

Điều dưỡng hỏi người bệnh về thuốc họ đang sử dụng vì có nguy cơ tương tác với thuốc mê, có thể ảnh hưởng đến thuốc tim mạch, huyết áp, miễn dịch chống đông máu,... biết được sự tương tác và phản ứng phụ của thuốc, dị ứng với các loại thức ăn, hoá học, nghiện thuốc, lạm dụng thuốc, nghiện rượu.

– *Thuốc steroid:* trong những trường hợp người bệnh mắc bệnh mạn tính cần điều trị lâu dài loại thuốc

này, điều dưỡng cần khai thác kỹ cách sử dụng và không nên dùng đột ngột, cần báo qua nhóm gây mê để có hướng điều chỉnh thuốc kịp thời.

– *Thuốc lợi tiểu*: thường kèm theo giảm Kali máu cũng ảnh hưởng đến tim mạch hay thuốc Thiazide cũng có thể gây suy hô hấp trong quá trình gây mê. Ngoài ra, thuốc lợi tiểu cũng gây tình trạng mất nước và điện giải.

– *Thuốc chống trầm cảm*: tác dụng phụ của thuốc này cũng gây nguy cơ tụt huyết áp.

– *Aspirin*: trong những bệnh lý tim mạch người bệnh thường sử dụng lâu dài aspirin. Điều dưỡng cần thông báo cho gây mê để có kế hoạch gây mê cụ thể tránh tình trạng chảy máu sau mổ do trong một số phẫu thuật có thể kết hợp cùng heparin trong mổ.

5. DỮ KIỆN KHÁCH QUAN

Mỗi người bệnh cần có hồ sơ bệnh án đầy đủ trước mổ.

Khám xét thể chất và phải hoàn tất dữ kiện về người bệnh trước mổ do phẫu thuật viên, điều dưỡng, gây mê thực hiện. Xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản trước mổ như:

Máu: công thức máu, máu đông, máu chảy, nhóm máu, dung tích hồng cầu, tốc độ lắng máu, chức năng đông máu toàn bộ, BUN, đường huyết, protid.

Nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu.

Chẩn đoán hình ảnh: X quang phổi, siêu âm, điện tim, CT scan.

Ngoài ra, tùy loại phẫu thuật người thầy thuốc có y lệnh các xét nghiệm khác về gan, tuỷ đồ, thận.

6. QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

6.1. Giáo dục người bệnh trước phẫu thuật

Với người bệnh nội trú, điều dưỡng giáo dục và dặn dò buổi chiều trước mổ sau khi hội chẩn xong và khi chuẩn bị vệ sinh cho người bệnh trước mổ.

Với người bệnh ngoại trú, điều dưỡng giáo dục và dặn dò trong ngày khám bệnh và sáng ngày trước mổ. Hướng dẫn người bệnh cần đến đúng giờ và thường đến trước giờ mổ 1–2 giờ. Nếu mổ trong ngày, điều dưỡng liên hệ với người bệnh để báo trước giờ mổ.

Nội dung giáo dục chính là cung cấp thông tin cho người bệnh và thân nhân người bệnh, giúp họ bớt căng thẳng, lo âu trong thời gian chờ đợi cuộc mổ bao gồm: phỏng đoán thời gian của cuộc phẫu thuật, thời gian hồi phục sau mổ, nơi chuyển người bệnh đến sau mổ, thông tin về nhóm chăm sóc sau mổ và những chăm sóc thường quy. Bên cạnh đó, điều dưỡng cũng hướng dẫn người bệnh cách thở sâu, ho, thư giãn, vận động trước mổ để sau mổ họ hiểu biết và tự chăm sóc tốt hơn, cách sử dụng thuốc bơm giảm đau, giúp người bệnh biết được những thông tin đặc biệt khi mổ. Thông tin cho người bệnh biết cần tắm, thật tháo, ngưng ăn uống trước mổ. Điều dưỡng lắng nghe và quan sát người bệnh thực hiện đúng chưa.

Giá trị của việc giáo dục là giúp người bệnh giảm sự lo lắng, giảm sợ, giảm nôn ói, giảm đau, giảm biến chứng, giảm thời gian nằm viện. Ngoài ra, người bệnh còn hiểu rõ hơn mình sẽ làm thế nào giúp cho sau cuộc mổ tốt hơn, người bệnh an tâm hơn.

6.2. Thực hiện cam kết trước mổ

Ký giấy cam kết trước mổ là người bệnh tự nguyện và ưng thuận mổ. Hồ sơ này bảo vệ cho bác sĩ, điều dưỡng, bệnh viện, chia sẻ quyết định giữa người mổ và người được mổ. Nhưng trước khi ký giấy cam kết người bệnh cần biết chẩn đoán xác định, mục đích điều trị, mức độ thành công của cuộc mổ, nguy cơ bị thay đổi trong điều trị. Vì thế, người bệnh cần phải chứng tỏ đủ hiểu biết toàn diện về những thông tin được cung cấp. Người bệnh không bị thuyết phục hay bị bắt ép. Người bệnh có thể ký cam kết cho bản thân nếu tuổi và tình trạng tinh thần cho phép. Nếu như người bệnh còn nhỏ, hôn mê, rối loạn tâm thần thì người thân có thể ký cam kết thay thế. Nếu người bệnh là người nhỏ tuổi, tự do, trên 16 tuổi có thể tự ký giấy. Trong trường hợp cấp cứu có thể phải mổ để cứu sống mà không có mặt của gia đình thì người ký tên phải là người có trách nhiệm về phía bệnh viện.

7. CÔNG VIỆC CỤ THỂ MÀ ĐIỀU DƯỠNG CẦN CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

7.1. Ngày trước mổ

– *Cởi bỏ tư trang người bệnh*: điều dưỡng nên gửi tư trang của người bệnh cho thân nhân và bàn giao cẩn thận vì những vật này vừa gây trở ngại đề cần trong tư thế phẫu thuật, vừa gây nhiễm khuẩn vùng mổ. Tốt nhất nên hướng dẫn người bệnh cởi bỏ tư trang để lại nhà trước khi nhập viện.

– *Tháo răng giả* là yêu cầu tuyệt đối vì răng giả gây trở ngại trong việc đặt nội khí quản, gây hay sút răng giả, dị vật đường thở nếu răng rớt vào khí quản.

– *Tóc dài thắt bím lại hay buộc tóc gọn gàng*. Tóc giả cần được lấy ra vì nó là nguyên nhân gây nhiễm trùng cho vùng mổ.

– *Móng tay sơn*: chùi sạch móng tay, móng chân có sơn màu giúp quan sát, theo dõi màu sắc da niêm, móng chính xác.

– *Vệ sinh*: nên cho người bệnh vệ sinh sạch sẽ chiều hôm trước mổ, vệ sinh vùng mổ và tắm rửa sạch vùng mổ tốt nhất với xà bông sát khuẩn, nhất là vùng mổ. Hiện nay, trong các tài liệu nước ngoài việc cạo lông hạn chế thực hiện, thay vào đó là việc làm vệ sinh với dung dịch savon sát khuẩn. Nếu trong trường hợp cần cạo lông thì nên sử dụng dụng cụ cạo râu.

– *Ăn uống*: chiều trước mổ ăn nhẹ loãng, tối trước mổ nhịn ăn hoàn toàn, thường nhịn ăn tối thiểu 8 giờ trước mổ, ngưng uống tối thiểu trước 4 giờ. Sáng hôm sau thực hiện truyền dịch cho người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh gây tê thì không cần nhịn ăn uống tối trước mổ, chỉ nhịn ăn vào sáng trước mổ.

– *Thụt tháo*: cần làm sạch ruột tối hôm trước và sáng hôm mổ như uống thuốc xổ, bơm hậu môn bằng dung dịch tẩy xổ. Với mổ đại tràng, nguyên tắc là đảm bảo sạch phân đại tràng nên cần thực hiện thụt tháo cho người bệnh.

– *Tâm lý trước mổ*: để tránh người bệnh lo âu, căng thẳng, điều dưỡng cho người bệnh gặp gỡ người nhà, khuyên người bệnh ngủ sớm, có thể thực hiện thuốc an thần cho người bệnh đêm trước mổ.

7.2. Sáng hôm mổ

Thụt tháo lại sáng trước mổ, cũng tùy vào từng loại phẫu thuật nhưng thường mổ đại tràng việc này là rất cần thiết.

Chuẩn bị người bệnh: người bệnh thay đồ mổ sau khi tắm sạch vào buổi sáng.

Tổng trạng: luôn thực hiện lấy dấu chứng sinh tồn vào sáng hôm mổ và trước khi chuyển người bệnh lên bàn mổ. Chú ý kiểm tra mạch với những người bệnh mổ bướu giáp, huyết áp với người bệnh mổ tim, hô hấp với người bệnh có suyễn hay mổ về hô hấp.

Thông tin bàn giao người bệnh: đeo băng tên, nên ghi rõ ràng cả họ tên, tuổi, khoa, chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật.

Vết thương: thay băng lại vết thương sạch sẽ, băng kín.

Dịch thể: truyền dịch, thực hiện thuốc theo y lệnh. Phòng ngừa tình trạng thiếu dịch là nhiệm vụ rất quan trọng của điều dưỡng trước mổ.

Đặt ống thông dạ dày (nếu cần). Đặt thông tiểu (nếu cần), cho người bệnh đi tiểu.

Chuyển bệnh lên phòng mổ: điều dưỡng cùng thân nhân chuyển người bệnh đến phòng mổ bằng các phương tiện an toàn.

7.3. Thuốc trước mổ

Điều dưỡng nên hiểu biết tác dụng và thời gian của thuốc trước mổ như *Benzodiazepines & Barbiturate* – thuốc an thần gây mê.

H₂ receptor antagonis – thuốc ngăn cản nguy cơ tổn thương niêm mạc dạ dày do aspirin, do stress trước mổ đối với những người bệnh nhạy cảm, lo lắng nhiều hoặc tùy bệnh lý.

Anticholinergic làm giảm bài tiết.

Narcotic thuốc giảm đau.

Kháng sinh: người bệnh có bệnh van tim, nhiễm trùng trước đó, vết thương nhiễm trùng, nguy cơ nhiễm trùng, kháng sinh dự phòng trước mổ.

Heparin: tiêm dưới da 6–12 giờ trước mổ ngăn ngừa tắc mạch, trong các trường hợp mổ tim, ghép tạng...

Thuốc nhỏ mắt: nên thực hiện trước mổ nếu người bệnh từng có mổ mắt.

Thuốc trước mổ được sử dụng nhằm giảm lo lắng, tăng an thần, giúp giảm đau, ngăn ngừa nôn ói, ngăn ngừa các phản xạ tự động, giúp đặt nội khí quản dễ dàng trước mổ, giảm sự bài tiết dịch dạ dày–ruột, hô hấp.

Thời gian và cách dùng thuốc như sau:

– Thuốc uống: nên cho trước 60–90 phút trước khi đưa người bệnh xuống phòng mổ vì người bệnh chỉ uống ít nước.

– Tiêm bắp (IM), tiêm trong da (ID): tiêm 30–60 phút trước khi xuống phòng mổ.

– Tiêm tĩnh mạch (IV), nên thực hiện tiêm ở phòng tiền mê.

Điều dưỡng cần báo cho người bệnh những tác dụng chính và phụ của thuốc.

Di chuyển người bệnh tới phòng mổ: điều dưỡng cần di chuyển người bệnh xuống phòng mổ an toàn, hướng dẫn người nhà nơi phòng đợi và những thông tin khác. Cần di chuyển người bệnh bằng xe lăn, băng-ca, tránh để người bệnh tự đi bộ.

BẢNG KIỂM SOÁT TRƯỚC MỔ									
Họ tên người bệnh:									
Khoa:									
Chẩn đoán trước mổ:									
Ngày mổ:									
Phương thức phẫu thuật:									
Tổng trạng:									
Cân nặng:									
Kết quả xét nghiệm: Hct Hgb Kali									
Hình ảnh: XQ ☐ ECG ☐ Loại máu ☐									
Dị ứng: Có ☐ Không ☐ Thuốc ☐ Thức ăn ☐ Khác ☐									
Nhịn đói: từ giờ đến									
Lấy các loại dụng cụ giả trên cơ thể:									
Tròng mắt kính ☐ Mắt kính ☐ Tai nghe ☐									
Răng giả ☐ Niềng răng ☐ Tóc giả ☐									
Dấu chứng sinh tồn: Mạch lần/phút Huyết áp mmHg									
Nhịp thở lần/phút Nhiệt độ °C									
Chuẩn bị da: tắm ☐ cọ rửa ☐ cạo lông ☐									
Mặc áo choàng bệnh viện ☐									
Trang điểm: tẩy trang ☐ sạch móng do nước sơn ☐									
Vết thương: thẩm dịch ☐ thay băng ☐									
Bó bột: có ☐ không ☐ tháo bột ☐ nẹp ☐									
Dẫn lưu: có ☐ không ☐ dẫn lưu vết thương ☐ ống Levine ☐									
CVP ☐									
Nước tiểu: thông tiểu có ☐ không ☐									
Thụt tháo									
Thuốc đến phòng mổ cùng người bệnh									
Ký tên người giao					Ký tên người nhận				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Lượng giá chức năng tim mạch, điều dưỡng cần thăm khám về:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Nghe tim
2. Lượng giá chức năng hô hấp, điều dưỡng cần thăm khám về:
 - A.
 - B. Kiểu thở
 - C.
 - D.
3. Lượng giá về chức năng thận, điều dưỡng cần hỏi về:
 - A. Phù
 - B.
 - C.
 - D.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Cần nhịn ăn uống trước mổ 5-7 giờ.		
5	Người bệnh cần được cung cấp thông tin trước mổ giúp họ an tâm.		
6	Lượng giá cân nặng giúp thầy thuốc thực hiện thuốc mê trong mổ.		
7	Chỉ nâng cao dinh dưỡng người bệnh suy dinh dưỡng trước mổ.		
8	Lượng giá thần kinh giúp điều dưỡng theo dõi tri giác chính xác.		
9	Người bệnh cần cạo tóc trước mổ.		
10	Lấy răng giả trước mổ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim Litwack. *Preoperative patient*, in *Medical Surgical Nursing*, Mosby–Year book, Inc. 4th ed., St. Louis– Missouri, (1996): 350–370.
2. Phạm Thị Minh. *Chuẩn bị tiền phẫu (bụng) trong chăm sóc ngoại khoa*. Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học. Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03–SIDA, Hà Nội 1994, trang 3–8.
3. Phan Thị Hồ Hải. *Chuẩn bị người bệnh trước mổ*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 1985. Nhà xuất bản Y học, 1985, trang 9–11.
4. *Điều dưỡng nội ngoại khoa* tập 2, BRUNNER/ SUDDARTH, Nhà xuất bản Y học lần 6, Hà Nội 1996, trang 13–34.
5. Sandra L. Seidel, *Knowledge base for Patients undergoing surgery*, in *Medical Surgical Nursing*, W.B. Saunders company 2nd ed. (1998): 115–158.

Bài 7

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRONG MỔ

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được nhiệm vụ của thành viên trong cuộc mổ.
2. Thực hành được chăm sóc người bệnh trong phòng mổ.
3. Trình bày được các phương pháp gây mê.
4. Thực hành chăm sóc người bệnh trong mổ.

Trong suốt quá trình mổ, chức năng của điều dưỡng như là người đại diện chính cho người bệnh. Khi người bệnh đến phòng mổ có 3 nhóm chăm sóc người bệnh: Nhóm gây mê – nhóm phẫu thuật viên và phụ mổ – nhóm điều dưỡng phòng mổ (điều dưỡng vòng ngoài và vòng trong). Trong suốt thời gian mổ, 3 nhóm người này cần nắm chắc những thông tin về người bệnh giúp cho việc chăm sóc và theo dõi thật tốt. Ngoài ra, những diễn biến trong suốt thời gian người bệnh mổ cũng cần được ghi chú cẩn thận. Về phương diện nhiễm khuẩn, nên chia phòng mổ thành 2 nhóm:

Nhóm vô trùng: phẫu thuật viên, phụ mổ, điều dưỡng vòng trong.

Nhóm không vô trùng: điều dưỡng vòng ngoài, gây mê.

1. CHỨC NĂNG CÁC THÀNH VIÊN TRONG CUỘC MỔ

1.1. Nhóm vô trùng

1.1.1. Chức năng điều dưỡng trong phòng mổ

Điều dưỡng là người đầu tiên của nhóm phẫu thuật tiếp xúc cùng người bệnh ở phòng mổ. Điều dưỡng giúp người bệnh thoải mái, an tâm, đo lại dấu chứng sinh tồn cho người bệnh. Điều dưỡng luôn luôn áp dụng đúng quy trình điều dưỡng trong mổ.

1.1.2. Điều dưỡng vòng trong

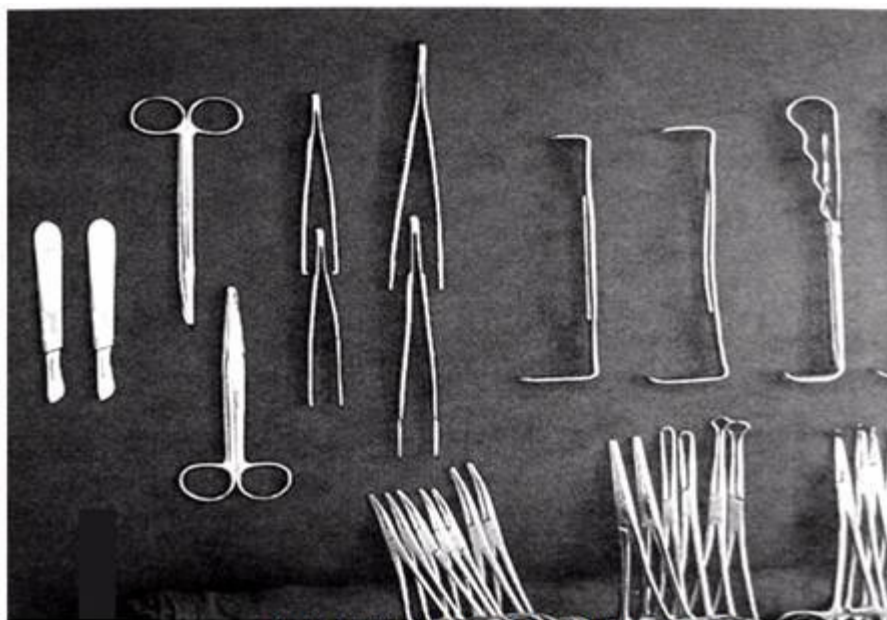
Điều dưỡng vòng trong cần có kiến thức thực hành mở rộng, sự khéo léo và nhạy bén trong tiến trình cuộc mổ, bình tĩnh khi cấp cứu. Hiểu rõ các tiến trình trong cuộc mổ, hiểu rõ ý tưởng của phẫu thuật viên, hiểu rõ dụng cụ cần trong mổ, hiểu rõ dụng cụ cần trong tiến trình cũng như khi cấp cứu. Theo phân công, điều dưỡng chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho cuộc mổ, nếu có khó khăn về dụng cụ nên báo qua phẫu thuật viên.

– Bảo đảm vùng mổ vô trùng trong suốt cuộc mổ.

– Tiến hành đúng thủ tục trước mổ: rửa tay, mang găng, mặc áo vô khuẩn. Mặc áo, mang găng vô khuẩn cho phẫu thuật viên và người phụ mổ.

– Biết cách sắp xếp dụng cụ và trao dụng cụ đúng kỹ thuật. Nắm chắc quy trình mổ phối hợp nhịp nhàng.

– Trãi vải che bàn tiếp dụng cụ. Sau khi mặc áo, mang găng vô khuẩn mới xếp dụng cụ trên bàn tiếp dụng cụ.



Hình 7.1. Vị trí dụng cụ trên bàn dụng cụ

– Với một số phẫu thuật lớn thì xếp thêm 1 bàn tiếp dụng cụ.



Hình 7.2. Bàn tiếp liệu

Nửa trước của bàn tiếp dụng cụ gồm: dao mổ, kéo mổ, kẹp phẫu tích, kìm cầm máu, chỉ, kim, kìm kẹp kim...

Nửa sau của bàn tiếp dụng cụ từ trái sang phải theo thứ tự gồm: vải che trường mổ, các loại gạc, găng mổ, dụng cụ kim loại và ống hút.

Điều dưỡng phải phối hợp đưa dụng cụ một cách nhịp nhàng, chính xác, thực hiện đúng các thì sạch và bẩn. Trong cấp cứu điều dưỡng cũng thực hiện đúng quy trình một cách chính xác và an toàn.

Khi mổ mở, điều dưỡng đứng đối diện phẫu thuật viên, nhưng với mổ nội soi điều dưỡng đứng cùng bên với phẫu thuật viên.

Cần kiểm tra lại dụng cụ, gạc trước và sau khi đóng vết mổ cùng với điều dưỡng vòng ngoài.

Sau mổ kiểm tra các dụng cụ kim loại, vải, gạc đủ, chuẩn bị dụng cụ, găng... cho ca mổ sau.

Quản lý các dụng cụ kim loại đang dùng, định kỳ lau chùi, bảo quản các dụng cụ kim loại dự trữ, hộp hấp.

1.1.3. Phẫu thuật viên và phụ mổ

– Phẫu thuật viên là người khám và theo dõi người bệnh trước mổ và là người có vai trò chính tiến hành phẫu thuật, chịu trách nhiệm cho toàn nhóm mổ. Phẫu thuật viên hỏi bệnh sử và khám lâm sàng người bệnh

trước mổ giúp chọn phương pháp phẫu thuật, phương pháp gây mê và cho y lệnh điều trị người bệnh trước mổ. Là người chịu trách nhiệm an toàn và quản lý người bệnh trong suốt thời gian mổ và sau mổ. Là người trải vải mổ với phụ mổ hay điều dưỡng vòng trong, người sát trùng da lại sau cùng và dán băng keo da trên vùng da mổ.

– *Phụ mổ* (bác sĩ, bác sĩ nội trú...) đứng đối diện phẫu thuật viên, giúp phẫu thuật viên chính trải vải vô trùng, trợ giúp phẫu thuật viên trong suốt thời gian mổ. Cầm van kéo (retractor), ống hút, cầm máu, khâu vết thương.

1.2. Nhóm không vô trùng

1.2.1. Điều dưỡng vòng ngoài

Phải là điều dưỡng, luôn có mặt trong phòng mổ trong suốt cuộc mổ, là người trợ giúp cho toàn nhóm mổ, có thể trợ giúp nhiều phòng mổ cùng một lúc.

Vai trò của điều dưỡng vòng ngoài gồm:

– Quan sát và trợ giúp mọi hoạt động trong phòng mổ. Di chuyển trong khoảng không gian không vô trùng trong phòng mổ.

– Hỗ trợ cho nhóm vô trùng, tiếp nhận bệnh tại phòng tiền phẫu, điều chỉnh tư thế người bệnh, rửa da vùng phẫu thuật, mở các gói dụng cụ vô trùng, theo dõi dấu chứng sinh tồn, lấy thêm dụng cụ và tất cả những gì nhóm mổ cần, trợ giúp nhóm gây mê, thông báo và giao tiếp cùng người nhà trong những tình huống cần trao đổi, đếm dụng cụ và gạc, ghi nhận những chăm sóc trong cuộc mổ, liên hệ cùng khoa hậu phẫu để chuyển bệnh.

– Trước khi mổ phải chỉnh và kiểm tra đèn mổ, máy hút, dao điện, bàn mổ, phòng mổ. Kiểm tra lại người bệnh, tên tuổi, chẩn đoán bệnh. Cho người bệnh lên bàn mổ, tư thế người bệnh đúng yêu cầu cùng phẫu thuật viên. Rửa da vùng mổ và chuẩn bị bàn tiếp dụng cụ. Giúp mặc áo mổ cho nhóm vô khuẩn, giúp điều dưỡng vòng trong mở các hộp hấp...

– Trong khi mổ lấy thêm dụng cụ, thuốc, máu, dịch truyền, xét nghiệm cho cuộc mổ. Quan sát cuộc mổ để hỗ trợ cho điều dưỡng vòng trong, cùng với điều dưỡng vòng trong tiến hành đếm gạc ở bên ngoài trước khi phẫu thuật viên đóng vết mổ.

Sau khi mổ, điều dưỡng vòng ngoài băng vết mổ, chuyển người bệnh sang khu hồi sức sau mổ cùng gây mê, phẫu thuật viên. Vệ sinh lại toàn bộ phòng mổ.

1.2.2. Nhóm gây mê

Là người thực hiện gây mê (bác sĩ, kỹ thuật viên gây mê) và theo dõi dấu hiệu sống của người bệnh.

Nhóm gây mê lượng giá người bệnh trước mổ để bảo đảm an toàn trong việc chọn phương pháp gây mê. Thực hiện gây mê và phối hợp cùng phẫu thuật viên trong suốt quá trình phẫu thuật. Bảo đảm vô cảm trong suốt quá trình mổ, theo dõi các phản ứng người bệnh trong suốt cuộc mổ. Tùy vào phẫu thuật và diễn biến bệnh lý của người bệnh mà cung cấp dịch truyền, thuốc, điện giải, máu trong cuộc mổ... Theo dõi dấu chứng sinh tồn cho người bệnh trong suốt cuộc mổ. Cùng điều dưỡng vòng ngoài di chuyển người bệnh sang phòng hồi sức hậu phẫu. Theo dõi sự hồi tỉnh người bệnh tại phòng hồi sức trong 24 giờ sau mổ và ghi hồ sơ và theo dõi sau mổ cho đến khi hết vô cảm hoàn toàn. Bàn giao cho khoa hồi sức tình trạng người bệnh sau mổ.



Hình 7.3. Vị trí các thành viên trong nhóm mổ nội soi

2. QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Trước mổ trong phòng mổ

Lượng giá người bệnh trước mổ giúp so sánh với người bệnh trong và sau mổ.

Lượng giá tâm lý: điều dưỡng vòng ngoài luôn hiểu rõ phương pháp phẫu thuật và gây mê để giải thích cho người bệnh, giúp họ an tâm khi chuyển vào phòng mổ.

Lượng giá sức khỏe: dấu chứng sinh tồn, cân nặng, chiều cao, tuổi, dị ứng, vùng da mổ, nhận biết những bất thường: suy giảm chức năng xương, tiếp xúc khó khăn, ý thức, đau, không thoải mái.

Bảng lượng giá:

1. Bệnh sử – khám thực thể
2. Tổng phân tích nước tiểu
3. Công thức máu
4. Ion đồ
5. X quang
6. Đo điện tim
7. Test chẩn đoán

2.2. Người bệnh vào phòng mổ

Người bệnh cần hoàn tất các thủ tục hành chính và chuyên môn mới được vào phòng mổ. Điều dưỡng cần biết tên người bệnh, tên phẫu thuật viên, phương pháp mổ và số phòng. Tái lượng giá người bệnh lần cuối trước khi vào phòng mổ.

2.3. Trong mổ

Chuẩn bị trang thiết bị cho cuộc mổ. Bảo đảm an toàn, riêng tư, vô khuẩn trong suốt thời gian phẫu thuật. Nhóm phẫu thuật cần thay giày, áo quần, kính đeo mắt... của phòng mổ. Chuẩn bị gói dụng cụ phẫu thuật và những dụng cụ cần thiết khác, nhu cầu thuốc men, dụng cụ, máu. Chuẩn bị hoàn chỉnh các dụng cụ trong phòng mổ như đèn mổ, điện, máy hút, máy theo dõi, máy đốt. Điều chỉnh nhiệt độ, độ ẩm trong phòng mổ thích hợp.

Chuẩn bị người bệnh: di chuyển người bệnh an toàn đến bàn mổ. Giúp người bệnh thoải mái, tránh tạo tiếng ồn do dụng cụ, tránh gây lo sợ cho người bệnh như bàn luận về cuộc mổ, tránh bàn bạc liên quan đến bệnh của người bệnh, tránh sự thiếu quan tâm đến người bệnh. Điều dưỡng vòng ngoài phụ giúp gây mê đặt đường truyền, đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm. Hỗ trợ cùng gây mê và phẫu thuật viên đặt tư thế người bệnh đúng trên bàn mổ. Điều dưỡng thực hiện rửa da, đặt thông tiểu. Theo dõi người bệnh trong suốt quy trình phẫu thuật... Rửa tay ngoại khoa, mặc áo và mang găng vô trùng. Kỹ thuật vô trùng luôn được áp dụng trong phòng mổ.

Trợ giúp nhóm gây mê: chuẩn bị gây mê cho người bệnh. Điều dưỡng phải hiểu cơ chế cho thuốc và

cách gây mê. Điều dưỡng vòng ngoài trợ giúp gây mê lắp đặt các monitor, dụng cụ, tiêm thuốc, tránh tai biến cho người bệnh.

Tư thế người bệnh: đảm bảo tư thế đúng. Khi chuẩn bị tư thế cho người bệnh cần phòng ngừa: tăng áp lực thần kinh, căng và chèn ép mô thần kinh, tổn thương vùng xương nhô ra, vùng mắt, chèn ép da, lồng ngực bị chèn ép, nghẽn mạch máu. Điều dưỡng cần tránh phơi bày cơ thể người bệnh, nhận biết và tôn trọng sự riêng tư cần thiết.

Chuẩn bị da: điều dưỡng vòng ngoài rửa da nhằm mục đích giảm số lượng vi trùng xâm nhập vào vết thương.

2.4. Sau mổ

Gây mê phải biết trước thì kết thúc phẫu thuật để kết thúc liệu gây mê, kiểm tra thực thể người bệnh trước khi chuyển người bệnh sang phòng hồi sức.

Tiêu chuẩn chuyển phòng: người bệnh không có dấu hiệu chảy máu, mạch, huyết áp ổn định.

Phẫu thuật viên, gây mê, điều dưỡng vòng ngoài di chuyển người bệnh và bàn giao với phòng hồi sức.

3. SỰ PHÂN LOẠI THUỐC Mê

– Những yếu tố góp phần quyết định phương pháp gây mê gồm:

– Tình trạng bệnh, bệnh sử, cảm xúc, yếu tố liên quan đến phương pháp giải phẫu. Đây là sự hội chẩn của phẫu thuật viên, điều dưỡng, gây mê liên quan với bệnh lý của người bệnh.

– Nhóm thực hiện gây mê: phê chuẩn thông tin trước mổ, quyết định sau cùng, nội dung gây mê, y lệnh thuốc trước mổ.

– Trong quá trình mổ, bác sĩ gây mê sẽ theo dõi dấu chứng sinh tồn, điện tâm đồ (ECG), thể tích khí lưu thông. Lưu ý đến đối tượng người cao tuổi vì thường có kèm theo bệnh mạn tính, chức năng các cơ quan hoạt động kém và tích mỡ nhiều hơn, do đó nguy cơ của gây mê sẽ tăng cao.

4. GÂY Mê, GÂY Tê VÀ CHĂM SÓC

4.1. Gây mê bằng thuốc mê bay hơi: Halothane, Enflurane, Isoflura.

Giai đoạn 1: khởi mê, cần tránh tiếng động vì lúc này tiếng ồn được phóng đại.

Giai đoạn 2: giai đoạn kích thích. Nên cố định tốt người bệnh tránh té ngã và sút dây truyền dịch.

Giai đoạn 3: giai đoạn phẫu thuật. Điều dưỡng và gây mê theo dõi sát dấu chứng sinh tồn và diễn biến của người bệnh.

Giai đoạn 4: giai đoạn nguy hiểm.

Chăm sóc người bệnh trong gây mê bằng đường hô hấp: theo dõi những tác dụng phụ do gây mê, những thay đổi sinh lý khác như tăng tiết đàm nhớt và nước bọt. Có thể phòng ngừa cho người bệnh bằng cách tiêm thuốc giảm nôn, giảm tăng tiết. Trường hợp người bệnh hạ nhiệt độ điều dưỡng cần ủ ấm cho họ. Ngạt thở do đàm nhớt, do dị vật, tụt lưỡi, co thắt thanh quản nên thường người bệnh được sử dụng nội khí quản có bóng chèn. Theo dõi sát tình trạng hô hấp người bệnh.

4.2. Gây mê qua tĩnh mạch: Barbiturate, Thiopental, Mepiridine.

Ưu điểm: không cháy nổ, đưa thuốc vào dễ dàng, người bệnh thoải mái, dễ chịu, cần ít trang thiết bị.

Nhược điểm: giảm hô hấp mạnh, viêm tắc tĩnh mạch, ngộ độc.

Chăm sóc: thường gây mê chọn tĩnh mạch lớn, theo dõi dấu chứng sinh tồn, nhất là hô hấp, người bệnh cần cung cấp dụng cụ hô hấp hỗ trợ. Theo dõi và phát hiện các dấu hiệu ngộ độc thuốc.

Biến chứng:

Biến chứng hô hấp: khó thở, nhịp thở bất thường, ho, ngưng thở, nấc cục.

Biến chứng tuần hoàn: tim loạn nhịp, cao huyết áp, truyền tắc khí, hạ huyết áp.

Biến chứng: nôn và trào ngược, tổn thương mắt, phổi, thần kinh do truyền dịch.

4.3. Gây tê tuỷ sống

Người bệnh mất cảm giác nhưng tri giác tỉnh, thận trọng khi nói chuyện trong phòng mổ vì khi bàn bạc về người bệnh sẽ làm người bệnh choáng do lo sợ.

Cần theo dõi những dấu hiệu sau: nôn và đau, dị cảm ở chi, nói khó, hạ huyết áp, vật vã, co giật, liệt hô hấp, nhức đầu, sự hấp thu thuốc tê, choáng váng, giật cơ, động kinh. Tai biến như nhức đầu, đau lưng, bí tiểu, viêm màng não... Lượng giá điều dưỡng sau gây tê tuỷ sống: theo dõi huyết áp, theo dõi cảm giác và vận động chi dưới của người bệnh, an toàn cho người bệnh. Theo dõi các ảnh hưởng do gây tê tuỷ sống như:

Tuần hoàn: hạ huyết áp.

Tiêu hoá: tăng nhu động ruột, ói, do dạ dày căng.

Tiết niệu: liệt bàng quang tạm thời.

Thân nhiệt: nhiệt độ tăng do giãn mạch.

4.4. Gây tê vùng và gây tê tại chỗ

Gây tê vùng là dạng gây tê trong đó thuốc tê tiêm vào xung quanh khu vực do thần kinh này chi phối.

Chăm sóc: nhận định cảm giác, màu sắc, vận động của vùng được gây tê.

Tránh đắp nóng lạnh trên vùng da của vùng được gây tê. Điều dưỡng cần chú ý tránh đè cán vùng gây tê vì có thể gây chèn ép thiếu máu nuôi.

4.5. Gây tê tại chỗ

Gây tê phong bế là tiêm dung dịch có thuốc tê tại nơi đường dao rạch đi qua.

Điều dưỡng nên cho người bệnh tư thế nằm khi gây tê. Chăm sóc, theo dõi người bệnh tụt huyết áp do thuốc tê, do sợ khi thực hiện thủ thuật. Theo dõi cảm giác vùng da gây tê. Nếu là vùng chi dưới nên bảo đảm người bệnh hết thuốc tê mới cho người bệnh đi để tránh té ngã. Khuyến người bệnh không nên đi xe khi còn thuốc tê.

5. CÔNG VIỆC CỤ THỂ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CUỘC MỔ

5.1. Điều dưỡng vòng ngoài

- Kiểm soát tình trạng vệ sinh phòng và các dụng cụ.
- Kiểm tra lại lịch mổ.
- Trao đổi với điều dưỡng vòng trong về dụng cụ và các vấn đề khác.
- Kiểm tra các gói dụng cụ.
- Sắp xếp lại xe dụng cụ, ghế, bàn mổ, các vật dụng cố định người bệnh và các vật dụng cần thiết cho cuộc mổ.
- Kiểm tra tình trạng hoạt động đèn mổ, máy hút và các loại máy khác.
- Mở lớp ngoài của các gói dụng cụ.
- Cột dây áo cho nhóm vô trùng.
- Tiếp liệu điều dưỡng vòng trong: dung dịch, lưỡi dao, chỉ, ống hút,...
- Đếm gạc cùng điều dưỡng vòng trong và ghi số gạc vào trong sổ.
- Phối hợp đặt người bệnh đúng tư thế phẫu thuật do gây mê chỉ đạo.
- Gắn điện các máy vào ổ điện.
- Đặt các thùng rác đúng vào vị trí cần thiết.
- Đặt các bồn chứa dịch vào đúng vị trí thuận tiện cho phẫu thuật viên và điều dưỡng vòng trong.
- Trong khi mổ, điều dưỡng vòng ngoài phụ tiếp cho nhóm vô trùng.
- Sau mổ, đếm gạc và kiểm tra dụng cụ cùng điều dưỡng vòng trong trước khi đóng vết mổ.
- Duy trì tình trạng vô trùng trong suốt cuộc phẫu thuật.

- Đánh giá người bệnh trước khi chuyển người bệnh sang khoa hồi sức.

5.2. Điều dưỡng vòng trong

- Kiểm tra lại lịch mổ.
- Trong lúc điều dưỡng vòng ngoài kiểm soát lại phòng mổ thì điều dưỡng vòng trong rửa tay, mặc áo choàng, mang găng.
- Chuẩn bị dụng cụ vô trùng: xếp đồ vải theo thứ tự, trải vải trải trên bàn Mayor, sửa soạn kim và chỉ khâu.
- Đếm gạc cùng điều dưỡng vòng ngoài.
- Mặc áo mổ và mang găng mổ cho nhóm vô trùng.
- Giúp đắp khăn mổ cho người bệnh.
- Trong mổ: trao dụng cụ cho phẫu thuật viên.
- Đếm gạc trước khi đóng vết mổ.
- Sau mổ: gửi mẫu xét nghiệm, lấy lưỡi dao ra khỏi cán dao, cho dụng cụ vào khay và chuyển sang tiếp liệu thanh trùng, kiểm soát lại đồ vải, cởi áo, găng và rửa tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sandra L. Seidel, *Knowledge base for Patients undergoing surgery, in Medical Surgical Nursing*, W.B. Saunders company 2nd ed. (1998): 115–158.
2. Patricia Robertson Hercules, Darlene Batson. *Patient during surgery, in Medical Surgical Nursing*, Mosby–Year book, Inc. 4th ed. (1996): 371–384.
3. *Phòng mổ, trong Chăm sóc ngoại khoa* (Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA.INDEVELOP). Hà Nội 1994, trang 257–280.
4. *Điều dưỡng và gây mê trong khi mổ trong Điều dưỡng nội ngoại khoa tập 2*, BRUNNER/SUDDARTH, Người dịch: Nguyễn Tiến Thịnh, Nguyễn Ngọc Kiện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 1996 – lần 6, chương 18, trang 41–76.
5. *Cẩm nang phòng mổ* (Operating room manual). Translated & adapted from The U.S air-force manual N0 160–56, 1971.

Bài 8

PHÒNG MỔ VÀ TRANG THIẾT BỊ

MỤC TIÊU

1. Hiểu được cấu trúc phòng mổ.
2. Thực hiện được cách bảo quản trang thiết bị trong phòng mổ.

Phòng mổ là phương tiện chính của quá trình điều trị ngoại khoa. Khâu then chốt trong tổ chức và xây dựng phòng mổ là vấn đề vô khuẩn ngoại khoa.

1. MÔI TRƯỜNG PHÒNG MỔ

1.1. Phòng mổ

Phòng mổ cần đạt tiêu chuẩn về yếu tố địa lý, môi trường, vi sinh. Phòng mổ cần thông với khoa hồi sức, cấp cứu, cận lâm sàng, ngân hàng máu. Trước khi người bệnh chuyển vào phòng mổ người bệnh cần nằm tại phòng tiền mê, vì thế phòng tiền mê nên nằm bên trong khu vực phòng mổ.

Vật dụng trong phòng mổ luôn dễ điều chỉnh, dễ lau chùi, dễ di chuyển.

Ánh sáng đầy đủ, nhiệt độ phòng $20^{\circ}\text{C} - 24^{\circ}\text{C}$ ($68^{\circ}\text{F} - 75^{\circ}\text{F}$), độ ẩm 50%.

Luôn luôn thực hiện phương pháp vô trùng tuyệt đối trong phòng mổ.



Hình 8.1. Phòng mổ, bàn mổ và dụng cụ trong phòng mổ

1.2. Phòng tiền mê

Đây là phòng xuất nhập người bệnh của phòng mổ. Phòng này giúp điều dưỡng nhận bệnh, theo dõi trước khi đưa người bệnh vào phòng mổ, là nơi kiểm tra, cung cấp thông tin hay kiểm tra người bệnh trước khi chuyển người bệnh vào phòng mổ.

2. KHÁI NIỆM VỀ VÔ KHUẨN VÀ TIỆT KHUẨN

– *Vô khuẩn*: ngăn ngừa nhiễm trùng vùng mổ bằng cách không cho các dụng cụ, vật liệu, môi trường xung quanh có vi khuẩn xâm nhập vào.

– *Tiệt khuẩn*: là phương pháp dùng hoá chất hay vật lý để diệt vi khuẩn.

3. CÁC YÊU CẦU KHU PHẪU THUẬT

Vị trí: xây ở nơi cao ráo, thoáng khí, có ánh sáng mặt trời, xa bệnh phòng và các nguồn ô nhiễm khác. Đường ra vào 1 chiều.

Thể tích mỗi phòng mổ là 100m^3 ($6 \times 5 \times 3,5$), góc tường nên xây tròn, có 2 lần cửa, cửa tự động.

Số lượng buồng: tùy thuộc quy mô bệnh viện, nhưng ít nhất nên có 2 phòng mổ: mổ sạch và mổ nhiễm.

Các phòng khác:

– Phòng rửa tay trước mổ (hình 8.2).



Hình 8.2. Phòng rửa tay

– Phòng tiền mê (hình 8.3)



Hình 8.3. Phòng tiền mê

– Phòng tiệt khuẩn dụng cụ (hình 8.4)



Hình 8.4. Phòng tiệt khuẩn dụng cụ

Phòng mổ cấp cứu, kho dự trữ dụng cụ, đồ vải, phòng hồi sức tập trung sau mổ.

Không khí: Việc thay đổi không khí trong phòng mổ rất quan trọng, khi đặt đĩa Pêtri có môi trường nuôi vi khuẩn mà sau 45 phút nếu có 14 vi khuẩn lạc mọc trên đĩa thì không khí trong phòng mổ chưa lọc tốt, ngược lại, nếu không khí đã được lọc thì sau 60 phút chỉ có 7 vi khuẩn lạc mọc. Không khí trong phòng mổ nên di chuyển từ trần nhà xuống sàn nhà. Hạn chế tối đa số người ra vào phòng mổ.

Ánh sáng: cần có đầy đủ nguồn ánh sáng tự nhiên qua các khung cửa sổ và ánh sáng nhân tạo gồm:

- Ánh sáng khuếch tán: ánh sáng trần.
- Ánh sáng tập trung: ánh sáng tụ lại và không tạo bóng (đèn mổ).



Hình 8.5. Đèn mổ

Nhiệt độ và độ ẩm: nhiệt độ từ 18–20⁰C và độ ẩm từ 60–65%, tốt nhất là dùng máy điều hoà nhiệt độ.

Nước rửa tay trước khi mổ: nước phải được tiệt trùng và thường xuyên kiểm tra hệ thống này.

Trang bị trong mỗi phòng mổ: càng ít vật dụng càng tốt, tối thiểu là bàn mổ, máy gây mê, máy hút, tủ đựng dụng cụ, tủ thuốc. Các dụng cụ máy móc khác sau mổ phải chuyển ra ngoài để lau chùi và bảo quản, khi cần thì đem vào. Các hộp dụng cụ đưa vào phòng mổ qua cửa sổ.

4. TRANG THIẾT BỊ CHO CUỘC MỔ NỘI SOI

4.1. Các thiết bị chính

4.1.1. Camera màu: có độ nhạy sáng 1–5lux, độ phân giải cao, nhận hình ảnh trong ổ bụng từ ống kính soi truyền qua một dây dẫn vào bộ phận xử lý trung tâm. Hình ảnh sẽ được chiếu lên màn hình (monitor).



Hình 8.6. Camera màu



Hình 8.7. Nguồn sáng lạnh

4.1.2. Nguồn sáng lạnh: với bóng đèn Halogen hoặc Xenon công suất 150 – 300W cung cấp ánh sáng cho ống kính soi ổ bụng (laparoscope) qua một dây quang dẫn.



Hình 8.8. Máy bơm khí tự động

1.1. Phòng mổ

Phòng mổ cần đạt tiêu chuẩn về yếu tố địa lý, môi trường, vi sinh. Phòng mổ cần thông với khoa hồi sức, cấp cứu, cận lâm sàng, ngân hàng máu. Trước khi người bệnh chuyển vào phòng mổ người bệnh cần nằm tại phòng tiền mê, vì thế phòng tiền mê nên nằm bên trong khu vực phòng mổ.

Vật dụng trong phòng mổ luôn để điều chỉnh, dễ lau chùi, dễ di chuyển.

Ánh sáng đầy đủ, nhiệt độ phòng $20^{\circ}\text{C} - 24^{\circ}\text{C}$ ($68^{\circ}\text{F} - 75^{\circ}\text{F}$), độ ẩm 50%.

Luôn luôn thực hiện phương pháp vô trùng tuyệt đối trong phòng mổ.



Hình 8.1. Phòng mổ, bàn mổ và dụng cụ trong phòng mổ

1.2. Phòng tiền mê

Kính soi: có thể phóng đại hình ảnh 15-20 lần

Máy đốt điện: có dây gắn vào các dụng cụ mổ, nhờ đó vừa có thể phẫu tích vừa cắt, đốt cầm máu

Monitor hoặc TV: có độ nét cao (thông dụng là loại 14 hoặc 20 inches).

Dụng cụ thu hình (video-cassette, CD hoặc DVD): để thu lại các trường hợp mổ dùng cho nghiên cứu khoa học v.v...

4.3. Các dụng cụ mổ

Kim Veress bơm khí: có lò xo để bảo vệ đầu kim tránh không gây thủng ruột khi chọc qua thành bụng.

Trocar 5 và 10mm: để chọc qua thành bụng – có van bảo vệ – giúp đưa các dụng cụ mổ vào trong ổ bụng.



Hình 8.10. Các dụng cụ mổ

Các kìm phẫu thuật để cầm nắm (grasper), để bóc tách mô (dissector), kéo, móc đốt, ống hút... Hầu hết các dụng cụ này đều có thể nối với dây dẫn điện của máy đốt để vừa bóc tách vừa đốt cầm máu.

Endoloop: là một que nhựa xoắn chỉ (Chromic 1-0 hoặc Vicryl 1-0) dùng để cột mạch máu hoặc mô (ruột thừa, ống túi mật, mạc treo ruột v.v...)

5. BẢO QUẢN PHÒNG MỔ

Mục đích: nhằm duy trì phòng mổ luôn sạch, an toàn. Có nội quy cụ thể việc ra vào phòng mổ.

5.1. Trước mổ và trong mổ

- Thực hiện đúng thủ tục vô khuẩn trước mổ.
- Sát trùng kỹ vùng mổ và trải khăn che mổ vô khuẩn.
- Chỉ sử dụng dụng cụ mới, vô khuẩn.
- Tuân thủ đúng kỹ thuật sạch và bẩn trong khi mổ.
- Phòng mổ không vượt quá 10 người. Hạn chế việc đi lại trong phòng mổ.

5.2. Sau mổ

- Khử khuẩn phòng mổ:
- Cọ rửa sàn, tường bằng dung dịch sát khuẩn.
- Lau chùi bàn mổ, đèn mổ... bằng dung dịch khử khuẩn.
- Chuyển toàn bộ dụng cụ ra ngoài phòng mổ trừ bàn mổ, máy gây mê, máy hút.
- Luôn đóng kín cửa phòng mổ.
- Điều chỉnh nhiệt độ phòng mổ và thông khí.

5.3. Hàng tuần

Làm vệ sinh toàn bộ phòng mổ.

– Chế độ kiểm tra: Kiểm tra vô khuẩn định kỳ trang thiết bị, dụng cụ. Kiểm tra vô khuẩn định kỳ đối với nhân viên.

- Nên phối hợp với phòng điều trị đánh giá lại tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ.

Bảng 8.1. Những nguyên tắc về sức khỏe và quần áo trong phòng mổ

Những nguyên tắc về sức khỏe và quần áo trong phòng mổ:

1. Điều dưỡng bị cảm cúm, đau mắt, nhiễm các bệnh nhiễm khuẩn không được vào phòng mổ.
2. Khi vào phòng mổ phải mặc quần áo hấp tiệt trùng của phòng mổ, quần phải có chun, áo bỏ trong quần.

3. Quần áo ướt phải thay ngay, mặc đồ hấp tiệt trùng khi vào phòng mổ. Khi ra khỏi phòng mổ thay đồ khác và bỏ vào bao đồ bẩn để chuyển xuống nhà giặt.
4. Khẩu trang phải che kín mũi miệng, tránh nói cười, hắt hơi mạnh vào khẩu trang vì có thể bay qua không khí. Khẩu trang khi ẩm phải thay, khi tháo khẩu trang ra chỉ chạm vào dây, không sử dụng lại sau khi tháo ra, không bỏ khẩu trang xuống cổ.
5. Nón: che kín tóc hoàn toàn.
6. Giày êm, bằng vải dày, loại dùng một lần.

Bài 9

BÀN MỒ VÀ VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH TRONG PHÒNG MỒ

MỤC TIÊU

1. Hiểu được cấu tạo bàn mổ.
2. Thực hiện được cách vận chuyển người bệnh lên và xuống bàn mổ.

1. CẤU TẠO BÀN MỒ

1.1. Cấu tạo chung

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

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

Mặt bàn: có thể có 3 mảnh ghép với nhau, có thể dễ dàng tháo rời phần đầu hay phần cuối, còn phần giữa có thể vận động được qua các đoạn khớp nối. Hai mép của mặt bàn có các thanh dọc để lắp các ô trượt theo chiều dài của mép và qua các lỗ ổ trượt có thể lắp thêm các phần phụ. Dưới mặt bàn của phần giữa có khoang để lắp phim chụp ngay lúc đang mổ. Trên mặt bàn có 3–4 miếng đệm được bọc nylon hay vải giả da để chống thấm.



Hình 9.1. Bàn mổ

Một số loại mặt bàn mổ có phần chân là 2 miếng chữ nhật ghép lại theo chiều dọc và có thể tách rời ra thành hình chữ V.

Chú ý: bàn mổ chuyên khoa như sản phụ khoa có thể lắp một cọc ngắn để lắp van kéo khớp vệ hay bàn chỉnh hình có thêm một số cấu trúc khác.

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

1.2. Các bộ phận phụ của bàn mổ

Gồm có:

- Giá đỡ 2 tay người bệnh khi mổ bụng: một tay truyền dịch và một tay để đo huyết áp.
- Giá đỡ 2 đầu gối trong tư thế sản phụ khoa hay mổ tầng sinh môn.
- Giá đỡ lưng hay ngực trong tư thế mổ thận hay mổ lồng ngực. Các bao da để buộc vào chân hay băng dính để giữ tay và băng da để buộc chân.

2. VẬN HÀNH BÀN MỔ

Nâng cao hay hạ thấp bàn mổ: nhờ một cái cần thường lắp ở chân bàn mổ, cần này hoạt động như 1 cái kích hoặc bằng cơ học hoặc bằng hệ thống dầu.

Quay mặt bàn nghiêng sang phải hay trái: nhờ một bộ phận lắp ở đầu bàn do vô lăng, tay quay hoặc nút ấn. Bàn có thể quay cho đầu cao hay đầu thấp cũng do một bộ phận lắp ở gần đầu bàn. Mặt bàn có thể nâng cao ở đoạn giữa trong tư thế mổ thận theo đường hố thận. Chú ý, tuyệt đại đa số các bộ phận điều khiển tư thế bàn được bố trí ở phần đầu bàn.

Các phòng mổ có trang bị hiện đại thường theo dõi người bệnh qua các monitor với các thông số: điện tim, mạch... do vậy cần phải lắp dây dặt vào bàn để chống nhiễu.

3. BẢO QUẢN BÀN MỔ

Sau khi mổ, điều dưỡng lau sạch bàn mổ, lau chùi các vết máu và dịch, nhất là ở các khe và kẽ nhằm chống hoen gỉ để kéo dài tuổi thọ của bàn, chống nhiễm khuẩn (các vết hoen gỉ hay dịch bẩn, máu là ổ chứa nhiều vi khuẩn).

Định kỳ cho dầu vào bánh xe, các khớp của bàn và các bộ phận quay nhằm sử dụng dễ dàng và kéo dài tuổi thọ của bàn. Hàng tuần cọ rửa bằng nước và xà phòng toàn bộ bàn mổ và sau đó phải lau khô ngay để chống hoen gỉ. Các phụ kiện của bàn mổ để đúng nơi quy định, để tìm khi dùng và hàng tuần cũng phải lau chùi như bàn mổ.

4. VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH LÊN XUỐNG BÀN MỒ

4.1. Đưa người bệnh lên bàn mổ

Người bệnh đi lại được: điều dưỡng hạ thấp bàn mổ giúp người bệnh tự lên bàn mổ. Nếu mặt bàn xuống hết mức mà còn quá cao với người bệnh thì dùng ghế có nhiều bậc để người bệnh tự trèo lên. Sử dụng các phương tiện để giữ tay và chân của người bệnh.

Người bệnh nặng không đi lại được hay đã tiền mê: điều dưỡng đẩy cáng người bệnh song song với bàn mổ hay tạo với bàn mổ thành chữ L để chuyển người bệnh từ cáng sang bàn mổ với sự giúp đỡ của 2–3 điều dưỡng. Chú ý, luôn giữ người bệnh ở tư thế nằm ngang, tuyệt đối không thay đổi tư thế đột ngột. Chọn tư thế để đầu người bệnh cho thích hợp để khi di chuyển thì đầu người bệnh đặt đúng vào đầu bàn mổ ngay lập tức. Đặt người bệnh ở tư thế mổ đúng với phương thức phẫu thuật khi người bệnh đã được gây tê hay gây mê. Sử dụng các phương tiện để giữ tay và chân người bệnh.

4.2. Chuyển người bệnh từ bàn mổ sang giường: để chuyển sang phòng hồi tỉnh. Điều dưỡng cần lượng giá tình trạng người bệnh sau mổ chưa tỉnh hoàn toàn, mất phản xạ, ho sặc,... do vậy nếu nôn thì dịch dạ dày dễ trào ngược vào đường hô hấp. Do người bệnh còn ảnh hưởng của thuốc mê và quá trình phẫu thuật, tuần hoàn chưa ổn định, vì vậy, nếu thay đổi tư thế đột ngột dễ gây tụt huyết áp, truy tìm mạch cho người bệnh. Do tác dụng của thuốc dùng trong gây mê và nhiệt độ của phòng mổ với bên ngoài có chênh lệch nên người bệnh phải được ủ ấm thích hợp theo mùa, chống mất nhiệt để tránh người bệnh bị cảm lạnh. Khi di chuyển nên cho người bệnh tư thế đầu bằng và nhẹ nhàng.

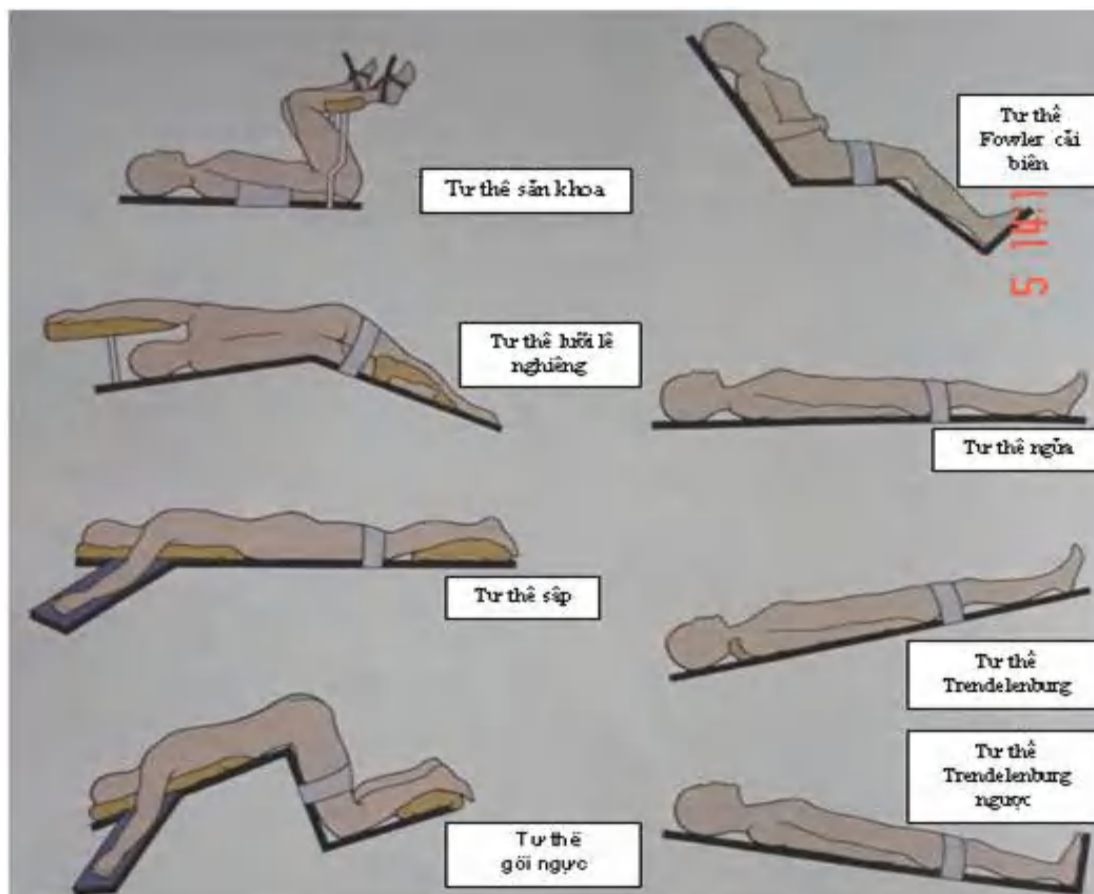
4.3. Quá trình chuyển người bệnh từ phòng mổ về phòng hồi sức: khi chuyển người bệnh từ bàn mổ sang giường bệnh điều dưỡng đặt giường song song với bàn mổ hay tạo với bàn mổ hình chữ L. Khi chuyển người bệnh cần sự trợ giúp của 2–3 điều dưỡng. Động tác di chuyển phải nhẹ nhàng, từ từ và giữ người bệnh ở tư thế nằm ngang. Khi sang giường đặt đầu người bệnh nghiêng sang một bên để phòng nôn, tránh tụt lưỡi. Nên đặt tube Mayor để nâng góc lưỡi. Giữ nhiệt độ người bệnh như phủ chăn mỏng nếu là mùa hè, chăn bông nếu là mùa đông. Nâng bộ phận đỡ dọc 2 bên cáng để phòng người bệnh ngã. Nếu không có bộ phận đỡ thì phải buộc giữ người bệnh hoặc có 2 điều dưỡng đi hai bên. Chuyển người bệnh về phòng hồi sức, bàn giao cho điều dưỡng chăm sóc sau mổ về: hồ sơ bệnh án để thực hiện y lệnh điều trị, tình trạng người bệnh lúc bàn giao, dấu chứng sinh tồn, dẫn lưu, y lệnh chăm sóc đặc biệt.

Bài 10

TƯ THẾ PHẪU THUẬT TRÊN BÀN MỒ

MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị được tư thế đúng cho người bệnh trên bàn mổ.
2. Hiểu rõ các dụng cụ trên bàn mổ và các dụng cụ phụ.
3. An toàn cho người bệnh trong suốt cuộc mổ.



Hình 10.1. Các tư thế người bệnh trên bàn mổ

Tư thế của người bệnh trên bàn mổ tùy thuộc vào quyết định của phẫu thuật viên, kỹ thuật viên gây mê, loại phẫu thuật cần thực hiện. Tuy nhiên, điều dưỡng phòng mổ phải hiểu rõ và quen thuộc với các loại bàn mổ và các loại dụng cụ phụ của bàn mổ để đảm bảo đặt người bệnh nằm đúng cách, gắn dụng cụ phụ đúng cách, bảo đảm cho người bệnh an toàn, dễ chịu.

1. DỤNG CỤ PHỤ

- Màn chắn: là một trụ cong để căng tấm màn ngăn cách giữa khoảng vô trùng và khoảng không vô trùng trên bàn mổ.
- Miếng giữ vai: là miếng kim loại cong, có mousse dùng đặt nơi vai người bệnh.
- Miếng đỡ tay.
- Miếng nâng chân trong tư thế sản khoa.
- Vòng nâng tiểu não của đầu.
- Gối nhiều cỡ.
- Dây cố định người bệnh.

– Vải lót.

Bảng 10.1. Các nguyên tắc khi đặt tư thế người bệnh mổ trên bàn mổ

Các nguyên tắc khi đặt tư thế người bệnh mổ trên bàn mổ:

1. Che người bệnh kín đáo.
2. Có lệnh của người gây mê mới tiến hành cho người bệnh nằm theo tư thế giải phẫu.
3. Điều dưỡng cần hiểu rõ cơ chế sử dụng của bàn mổ.
4. Điều dưỡng cần hiểu rõ các tư thế phẫu thuật cho từng loại phẫu thuật.
5. Chuẩn bị dụng cụ sẵn sàng.
6. Chêm lót an toàn, tránh tổn thương cho người bệnh.
7. Đảm bảo hô hấp không bị nghẽn.
8. Tuần hoàn không bị nghẽn.
9. Tránh gây chèn ép dây thần kinh.
10. Tránh làm căng thẳng các cơ, gân, xương.

2. TƯ THẾ NGƯỜI BỆNH

2.1. Tư thế nằm ngửa

Chỉ định: cách nằm này khi dùng các loại thuốc mê tổng quát, trong các phẫu thuật bụng, chân.

Kỹ thuật: đặt người bệnh nằm ngửa và thẳng, đầu gối của người bệnh trên chỗ nổi phần dưới của bàn. Đặt cánh tay và bàn tay của người bệnh ở 2 bên hông, khuỷu tay hơi cong, các ngón tay thẳng. Dùng tấm vải trải nâng người bệnh, giữ cánh tay và bàn tay người bệnh. Đặt đai chân trên đầu gối khoảng 6 – 8cm. Cột đai chân nhưng không quá chặt để giữ chân người bệnh.

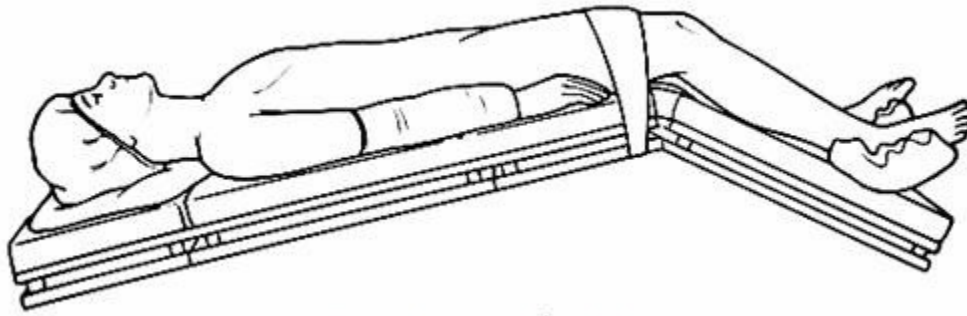
2.2. Tư thế nằm ngửa dang tay hai bên

Chỉ định: thực hiện trong các cuộc phẫu thuật bàn tay, cánh tay, phẫu thuật vú, phẫu thuật cần tiếp máu liên tục.

Kỹ thuật: đặt cánh tay người bệnh lên miếng đỡ cánh tay có lót. Miếng đỡ cánh tay phải cùng chiều cao với bàn. Dùng băng vải giữ cánh tay nhưng tránh quá chặt. Dùng tấm vải trải nhắc người bệnh, giữ hai cánh tay. Dùng đai chân giữ chân yên một chỗ. Hạ thấp đầu bàn một góc $30-40^0$. Hạ thấp chân bàn phần nổi nơi đầu gối xuống một góc $30-40^0$. Cột đai chân nhưng không quá chặt để giữ chân người bệnh.

2.3. Tư thế ngửa với giường kê đầu thấp chân cao (tư thế Trendelenburg) (hình 10.2)

Chỉ định: thực hiện cho phẫu thuật bụng, dưới tư thế này các cơ quan của bụng sẽ tách khỏi vùng xương chậu giúp phẫu thuật viên dễ phân biệt vùng mổ.



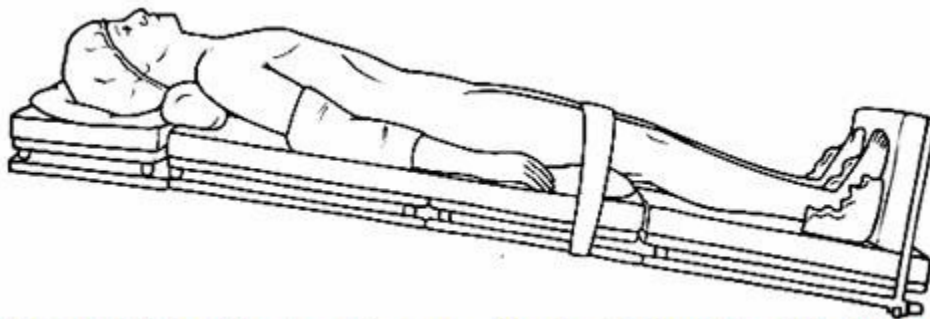
Hình 10.2. Tư thế Trendelenburg

Kỹ thuật: đặt người bệnh nằm ngửa và thẳng, đầu gối của người bệnh trên chỗ nổi phần dưới của bàn. Gắn các miếng giữ vai có lót kỹ vào bàn. Điều chỉnh các miếng giữ vai ra phía ngoài khớp xương vai để tránh chèn ép dây thần kinh vùng cổ.

2.4. Tư thế ngửa với giường kê đầu cao hơn chân (Reverse Trendelenburg)

Chỉ định: thực hiện khi phẫu thuật cổ như mổ bướu cổ hay phẫu thuật bụng.

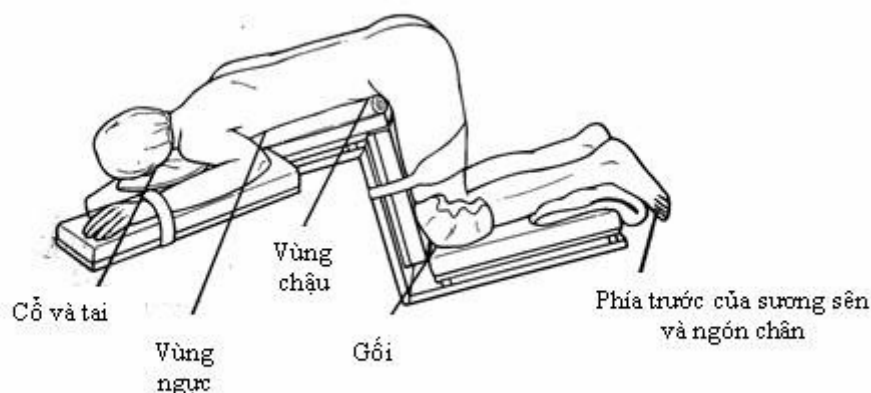
Kỹ thuật: đặt người bệnh nằm ngửa, thẳng vai nơi chỗ nổi phía trên của bàn. Gắn miếng kê chân có lót vào bàn và sửa cho đúng vị trí. Cố định cánh tay và chân yên một chỗ. Sửa bàn xiên phía dưới đến góc cần thiết. Hạ đầu bàn xuống một ít.



Hình 10.3. Tư thế Trendelenburg đảo ngược với cuộn vải độn dưới vai để mổ tuyến giáp, cổ và vai

2.5. Tư thế nằm sấp

Chỉ định: thực hiện khi phẫu thuật lưng và xương sọ.



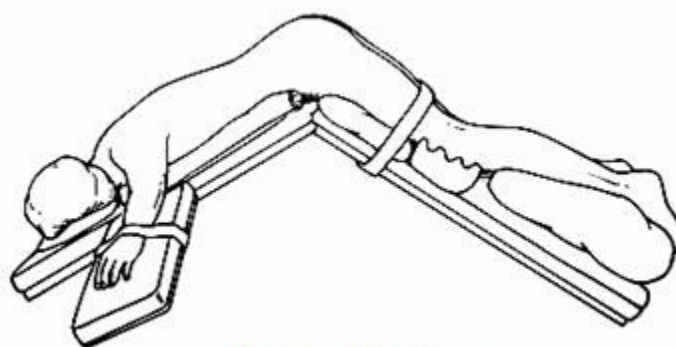
Hình 10.4. Tư thế gối ngực

Kỹ thuật: sau khi gây mê, lật sấp người bệnh. Cần thận với tay, chân và cổ người bệnh tránh gây thương tích. Xoay đầu người bệnh qua một bên, đặt gối dưới đầu người bệnh. Sửa cong tay người bệnh và đặt trên miếng đỡ tay. Đặt gối dưới hông tránh chèn ép vùng xương lồi. Đặt các gối vùng chân dưới tránh tổn thương đầu gối và các ngón chân, cột đai giữ chân phía trên đầu gối. Đặt gối nhỏ dưới mỗi bên vai giúp ngực không bị đè cấn và người bệnh thở dễ dàng.

2.6. Tư thế lưỡi lê (Jackknife)

Chỉ định: giải phẫu trĩ, cắt trực tràng, xương cụt.

Kỹ thuật: sau khi gây mê, cho người bệnh nằm sấp. Đặt háng người bệnh nơi chỗ nổi phía dưới của bàn, lót gối dưới háng. Xoay đầu người bệnh qua một bên và đặt gối nhỏ dưới đầu. Tránh cho bàn chân không bị cấn, có thể để bàn chân thông cuối bàn và lót gối ngay cổ bàn chân, dùng dây cột chân. Đặt cánh tay đầu bàn xuống tới góc cần thiết và háng phải là phần cao nhất của cơ thể.



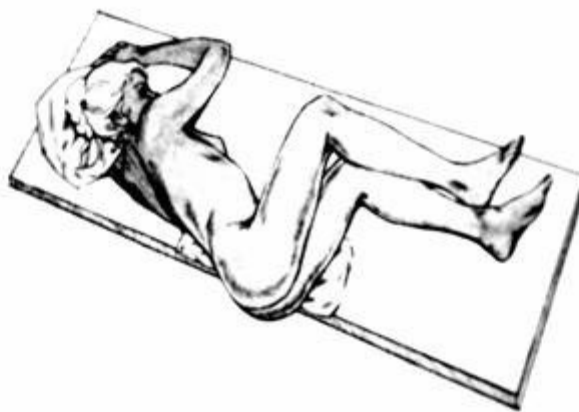
Hình 10.5. Tư thế lưỡi lê

2.7. Tư thế Sim's

Chỉ định: thực hiện khi khám và giải phẫu trực tràng.

Kỹ thuật: xoay người bệnh qua phía trái của người bệnh, mông gần cạnh bàn.

Đặt cánh tay trái ra sau lưng và cánh tay phải ở vị trí dễ chịu nhất của người bệnh. Người bệnh hơi nghiêng về phía trước. Đặt chân phải tựa vào bụng, chân trái hơi cong, nên đặt gối giữa 2 chân người bệnh nếu như người bệnh phải nằm lâu, có thể kê gối dưới đầu người bệnh.

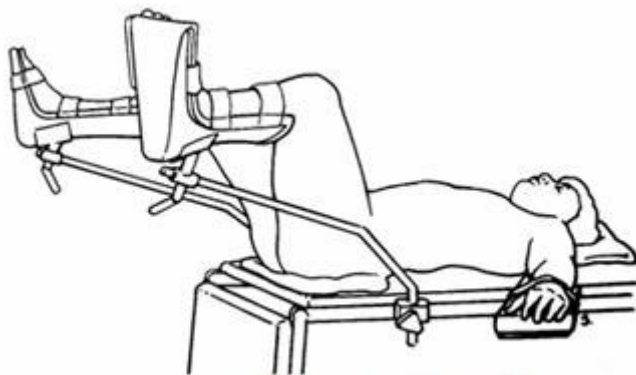


Hình 10.6. Tư thế Sim's

2.8. Tư thế sản khoa

Chỉ định: thực hiện trong các phẫu thuật vùng hội âm, khám bàng quang, phẫu thuật âm đạo và trực tràng.

Kỹ thuật: phải có miếng giấy lót trên bàn mổ. Sau khi gây mê, dời mông người bệnh xuống phía dưới bàn nơi chỗ nổi ở phía dưới của bàn. Đặt tay người bệnh khoanh trên bụng trên, dùng tấm lót để cố định tay người bệnh. Gắn chân đẳng vào bàn và sửa chân cho đúng chiều cao cần thiết. Nắm hai gót chân và nâng phía đầu gối lên, cầm cong chân và đặt chân lên đẳng có lót. Nếu dùng các đai bằng vải dày đưa chân người bệnh ra phía ngoài các thanh thẳng đứng. Quấn một vòng đai xung quanh bàn chân, một vòng xung quanh gót chân. Chỗ thanh đụng vào chân hay chỗ chân có thể ép lên trên thanh phải được lót. Lấy miếng lót nơi cuối bàn ra rồi hạ thấp đầu bàn xuống. Cho đầu cuối tấm vải trải vào thùng hứng dịch ở cuối chân bàn.

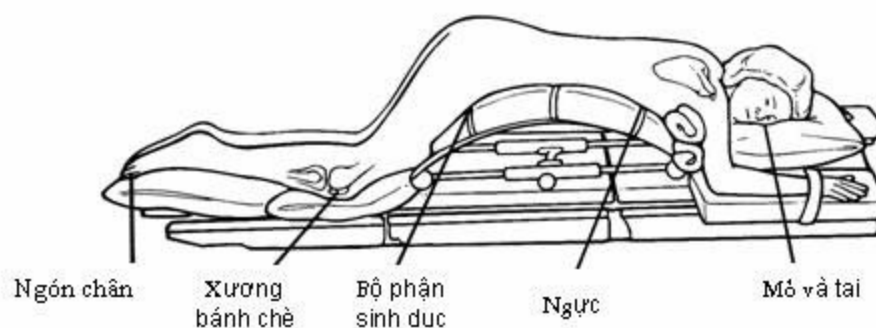


Hình 10.7. Tư thế sản khoa

2.9. Nằm sấp đặt mặt trên đồ nâng đầu

Chỉ định: trong các cuộc giải phẫu thần kinh.

Kỹ thuật: tháo miếng phần đầu trên bàn mổ và gắn đồ nâng tiểu não trên đầu vào. Đặt người bệnh nằm sao cho mắt mũi không bị đè cản. Lót vai, bụng, chân dưới và bàn chân giống trong cách nằm sấp.



Hình 10.8. Tư thế mỡ cột sống

Bài 11

CÁCH BẢO QUẢN DỤNG CỤ PHÒNG MỖ

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được cách bảo quản dụng cụ phòng mổ.
2. Hiểu được cách chăm sóc và diệt khuẩn dụng cụ phòng mổ.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Phân loại các dụng cụ trong phòng mổ

- Dụng cụ kim loại: dao mổ, kẹp cầm máu...
- Dụng cụ bằng vải: áo mổ, gạc che mổ, vải trải mổ...
- Dụng cụ vi phẫu.
- Dụng cụ bằng cao su.
- Dụng cụ mổ nội soi.

1.2. Mục đích bảo quản

Đảm bảo dụng cụ vô khuẩn và kéo dài tuổi thọ của dụng cụ.

1.3. Khử khuẩn sau mổ

Có 2 trường hợp xảy ra:

– *Sau mổ sạch*: ngâm dụng cụ bằng kim loại với dung dịch sát khuẩn theo thời gian quy định của các nhà sản xuất thuốc sát trùng. Sau đó đưa dụng cụ tiệt trùng. Xếp thành từng hộp cho từng loại mổ. Riêng kẹp cầm máu chỉ được kẹp 1 nấc để tránh cong các răng kẹp.

– *Sau mổ bẩn*: ngay sau mổ các dụng cụ kim loại này phải được ngâm vào dung dịch sát khuẩn theo thời gian quy định của các nhà sản xuất thuốc sát trùng.

Chú ý: khi rửa dụng cụ kim loại cần điều dưỡng phải mặc áo choàng, mang găng, đeo khẩu trang để đề phòng lây bệnh.

2. NỘI DUNG CÔNG TÁC TIỆT KHUẨN DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

2.1. Chuẩn bị cho việc tiệt khuẩn

Dụng cụ được tiệt khuẩn và làm sạch ngay sau khi dùng. Có thể dùng hoá chất hay hơi nước nóng để tiệt khuẩn. Để giúp bảo quản tốt dụng cụ cần thực hiện các việc sau:

- Nên để chất tiệt khuẩn tiếp xúc với tất cả các bề mặt dụng cụ.
- Loại bỏ ngay những tác nhân gây ăn mòn. Không ngâm dụng cụ trong dung dịch nước muối sinh lý vì chất Cl^- gây gỉ sét và rỉ mặt dụng cụ kim loại.
- Cần đưa dụng cụ vào trong tình trạng khô đến máy xử lý ngay để tránh bị oxy hoá và ăn mòn. Trường hợp dụng cụ vẫn trong tình trạng ướt cần ngâm hoàn toàn trong dung dịch tiệt khuẩn.
- Dụng cụ được xử lý bằng máy phải được nhúng trong hỗn hợp dung dịch tiệt khuẩn và làm sạch.
- Dụng cụ vi phẫu, thiết bị quang học cần được đặt trong những hộp đặc biệt. Mô-tơ phẫu thuật, dụng cụ nội soi cứng, dụng cụ đàn hồi, hệ thống thở phải được tháo ngay sau khi sử dụng theo các chỉ dẫn của nhà sản xuất. Bề mặt cần được lau chùi bằng vải không xơ có thấm dung dịch tiệt khuẩn.
- Các dụng cụ có khớp, bản lề phải được xử lý với dung dịch bôi trơn, được thực hiện ở lần cọ rửa cuối cùng.
- Luôn kiểm tra dụng cụ đã được làm sạch một cách tổng thể.

2.2. Tiệt khuẩn và làm sạch bằng tay

Để tiệt khuẩn và làm sạch bằng tay, dụng cụ phải được ngâm trong dung dịch nước tiệt khuẩn và nước làm sạch. Cần phải theo sát hướng dẫn của nhà sản xuất về nồng độ, nhiệt độ, thời gian ngâm. Dụng cụ phải được tiếp xúc hoàn toàn với dung dịch tiệt khuẩn. Nếu sản phẩm dạng bột thì nên hoà tan hoàn toàn trước khi ngâm. Sau khi ngâm dung dịch sát trùng xong thì nên rửa sạch dụng cụ dưới vòi nước chảy và làm khô ngay.

2.3. Tiệt khuẩn và làm sạch bằng máy

Nhiệt độ dòng nước không được quá 45°C vì nhiệt độ cao làm đông đặc protein và gây trở ngại khi làm sạch. Khi làm sạch bằng máy cần chú ý:

- Các dụng cụ có bản lề phải được tháo ra.
- Không đặt quá nhiều dụng cụ trên khay có lỗ để đảm bảo tất cả dụng cụ đều ngâm tốt.
- Những dụng cụ dài, có khoang, hẹp cần được làm sạch trong lồng ống.
- Sắp xếp dụng cụ trên khay, không làm hư dụng cụ.
- Các dụng cụ không được xử lý bằng máy: mô-tơ phẫu thuật, dụng cụ nội soi cứng, dụng cụ nội soi mềm, các dụng cụ đàn hồi.

2.4. Xử lý bằng siêu âm

Xử lý bằng siêu âm là phương pháp thích hợp để lấy đi lớp đóng cứng trên bề mặt một cách hiệu quả, thích hợp cho các dụng cụ vi phẫu. Để đạt hiệu quả cao trong xử lý bằng siêu âm, cần lưu ý:

- Đổ dịch vào đến mức đánh dấu. Thêm tác nhân làm sạch hay dung dịch tiệt khuẩn thích hợp vào nước.
- Nhiệt độ trên 40°C thì tốt cho việc đuổi khí và làm sạch.
- Đảm bảo nồng độ, nhiệt độ của dung dịch tiệt khuẩn, làm sạch được duy trì đúng.
- Dụng cụ phải được ngập hoàn toàn trong nước.
- Những dụng cụ có bản lề cần được tháo rời.
- Sắp xếp dụng cụ không để che khuất sóng.
- Dung dịch trong bồn siêu âm luôn phải được làm sạch đều đặn.
- Sau khi xử lý siêu âm, dụng cụ phải được cọ rửa hoàn toàn bằng tay hay bằng máy với nước sạch hay nước khử khoáng.

– Các dụng cụ không được xử lý qua sóng siêu âm: mô-tơ phẫu thuật, nội soi cứng, nội soi mềm, dụng cụ đàn hồi.

2.5. Tiệt trùng bằng nồi hấp (autoclave)

Nguyên lý: nồi kín có 2 ngăn với vỏ dày bằng thép. Ngăn ngoài chứa nước, ngăn trong chứa các hộp hấp, giữa 2 ngăn có lỗ cho hơi nước qua. Nồi nước này đun sôi dưới áp lực, do đó có đồng hồ đo áp lực và một nhiệt kế theo dõi nhiệt độ. Để đảm bảo an toàn cho nồi hấp phải có van để khi quá áp lực thì hơi thoát qua van này.

Vận hành:

- Mở nắp đặt đồ vải định hấp vào trong nồi hấp.
- Đổ nước cất qua vòi tới mức quy định của nồi.
- Đậy nắp và vặn các vít giữ nắp, kiểm tra van an toàn.
- Đun sôi nước bằng điện. Theo dõi nhiệt độ và áp lực trên đồng hồ.

Chuẩn bị:

- Thực hiện với nước bão hoà ở 134⁰C.
- Đóng gói phải tiêu chuẩn hoá thích hợp cho các dụng cụ được tiệt trùng.
- Hơi nước được sử dụng để tiệt trùng phải không có nguy cơ nhiễm trùng.
- Trọng lượng các khay lỗ có chứa dụng cụ không được quá 10kg.
- Sau tiệt trùng các dụng cụ cất giữ trong tình trạng khô.
- Các dụng cụ hấp được ở nhiệt độ 134⁰C: mô-tơ phẫu thuật, nội soi cứng, dụng cụ đàn hồi. Dụng cụ nội soi mềm không tiệt trùng bằng phương pháp này.

3. ĐỒ VẢI

3.1. Tiệt khuẩn đồ vải

Áo vải và vải che mép vết mổ: giặt sạch, phơi khô, gấp theo quy định, xếp vào hộp. Ở bệnh viện, việc hấp này tiến hành ở các trung tâm thanh trùng. Hiện nay người ta dùng băng keo có dấu hiệu báo nhiệt độ tiệt khuẩn đã đạt. Các loại gạc: gấp gạc theo quy định, không nên dùng lại gạc. Tiến hành tiệt khuẩn như áo mổ.

Bảo quản: Các hộp vải hay gạc sau khi tiệt khuẩn xong phải đậy kín các lỗ và để đúng nơi quy định. Sau khi mở hộp hấp nhất thiết phải kiểm tra dấu hiệu băng keo. Các hộp hấp ẩm trung bình dự trữ trong 3–5 ngày. Quá thời gian bắt buộc phải hấp lại.

Hộp hấp các loại đồ vải: khác hoàn toàn các hộp hấp dụng cụ kim loại, phải có lỗ thông hơi, các lỗ này thường bố trí ở thành xung quanh. Các lỗ sẽ mở trong khi tiệt khuẩn để các luồng hơi nước nóng lưu thông dễ dàng trong hộp.

Để đảm bảo sự phân phối nhiệt đều trong hộp thì các đồ vải, gạc xếp vừa phải, không lỏng quá, không chặt quá.

Tuân thủ tiêu chuẩn sau: đồ vải thật sạch, không bị rách, đủ dây cột, khử khuẩn bằng hơi nước ngấm ra hoàn toàn và được làm khô, xếp sao cho tiện sử dụng.

3.2. Giữ gìn và sửa soạn đồ thuỷ tinh

Tránh các dụng cụ dính vào nhau, tránh các mặt thuỷ tinh không được va chạm vào nhau, nên lót ở giữa dụng cụ là miếng vải thưa. Đồ vật bằng thuỷ tinh phải được rửa bằng nước máy lạnh ngay sau khi sử dụng.

Dùng dung dịch sát trùng ẩm để rửa. Nếu sử dụng dung dịch khác thì phải là loại không ăn mòn và tránh ngâm dụng cụ quá lâu.

Ngăn ngừa sự ăn mòn nên tránh dùng bàn chải quá nhám có thể làm trầy, ăn mòn thuỷ tinh. Nếu sử dụng chứa các dung dịch sát khuẩn hay hoá chất thì rửa lại bằng nước cất sau khi sử dụng.

Trước khi đóng gói phải kiểm tra sự toàn vẹn của dụng cụ, phương pháp khử trùng được chọn cho thuỷ tinh là hơi nóng khô và hơi nước dưới áp lực.

3.3. Giữ gìn các dụng cụ bằng cao su

Với dụng cụ bằng cao su nếu sửa soạn, tiệt khuẩn không đúng cách thì dụng cụ dễ hư. Do đó cần lưu ý

là không để dụng cụ cao su dính các chất vaseline, dầu, khoáng chất, benzine, ête, aceton, phenol, acid sunfuric.

Dùng dung dịch sát trùng có tính kiềm nhẹ, không ngâm quá lâu trong dung dịch sát trùng.

Tránh dùng để các vật cao su chạm vào kim loại nóng, tránh vật cứng đè lên. Các dụng cụ cao su phải được rửa sạch, lau khô trước khi cất. Cất dụng cụ cao su chỗ tối, mát, cách xa nơi quá nóng, có ánh sáng mặt trời, cách xa đèn huỳnh quang, máy phát điện. Tránh gấp ống cao su mà nên cuộn tròn hay thẳng khi gói hay khi đặt, cất dụng cụ.

3.4. Giữ gìn và sửa soạn bàn chải

Bàn chải dùng để rửa tay của phẫu thuật viên và điều dưỡng thường làm bằng lông thú hay chất liệu nhân tạo. Bàn chải được rửa sạch bằng xà bông, làm khô mới hấp tiệt khuẩn.

4. BẢO QUẢN DỤNG CỤ NỘI SOI

4.1. Nguyên tắc

Tháo rời dụng cụ trước khi tiến hành khử khuẩn.

Rút dụng cụ ra khỏi người bệnh và làm sạch ngay sau khi sử dụng.

Thực hành thành thạo, nhẹ nhàng, đúng cách.

4.2. Vệ sinh dụng cụ

a) Trocars

Tháo rời dụng cụ: tháo rời tất cả nắp, van, nòng, vỏ.

Vệ sinh: dùng nước sạch rửa trôi máu, sau đó ngâm vào dung dịch sát trùng thích hợp. Dùng chổi làm sạch lòng trocar, van, kênh hút. Ngâm vào dung dịch tan đạm giúp làm sạch máu và các chất dịch nhầy, protein bám vào lòng ống.

b) Kelly– grasper

Tháo rời dụng cụ: tháo rời cán, vỏ, ruột.

Vệ sinh: cho nước sạch đi qua lòng ống, rửa sạch. Dùng chổi làm sạch dụng cụ. Ngâm vào dung dịch tan đạm giúp làm sạch máu và các chất dịch nhầy, protein bám vào lòng ống. Nếu các chất bám quá chặt thì có thể dùng bàn chải nhỏ đánh sạch.



Hình 11.1. Cho nước đi qua lòng trocar



Hình 11.2. Dùng chổi cọ rửa trong lòng trocar



Hình 11.3. Dùng bàn chải đánh dọc theo răng dụng cụ



Hình 11.4. Dùng kim lấy chất bẩn

c) Scope: do mặt kính bằng đá saphia nên điều dưỡng cần dùng vải mềm thấm dung dịch sát trùng lau sạch máu, mỡ, các chất bám trên mặt. Ngâm riêng bồn dung dịch sát trùng. Dụng cụ này rửa riêng và thật cẩn thận.

d) Dây dẫn sáng: rửa sạch và dùng vải mềm lau sạch thân dây. Không được cuộn dây nhỏ lại hay gấp dây để bảo vệ dây không bị gãy hay đứt những sợi quang dẫn bên trong dây. Ngâm riêng bồn dung dịch sát trùng. Dụng cụ này rửa riêng và thật cẩn thận.

4.3. Giai đoạn tiệt khuẩn dụng cụ

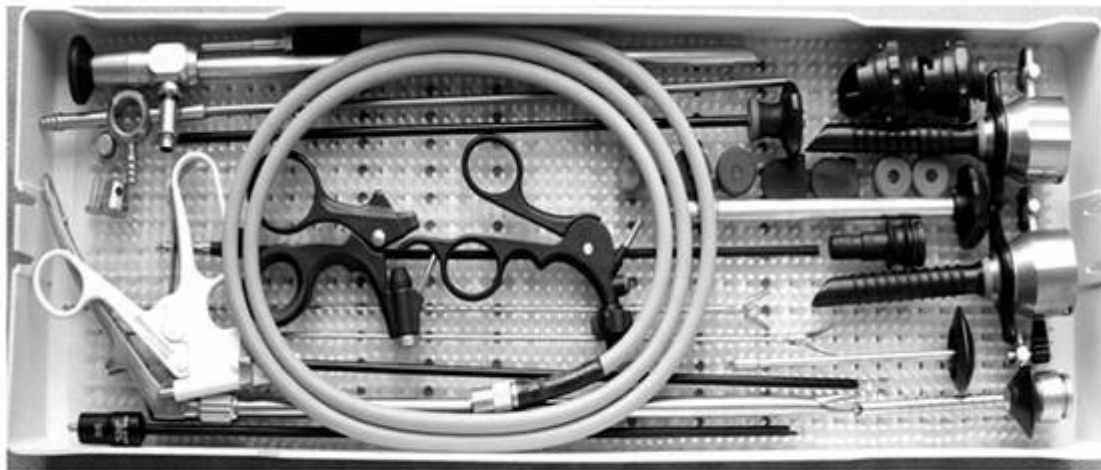
Sau khi xử lý sạch và làm khô, tất cả dụng cụ được tiệt khuẩn trước khi sử dụng. Có 2 phương pháp:

Dụng cụ được ngâm trong dung dịch Cidex OPA, phải đảm bảo dung dịch ngập kín dụng cụ. Tất cả các dụng cụ cần được tháo rời.



Hình 11.5. Tháo rời dụng cụ trước khi ngâm

Dùng máy Sterrad: sắp xếp từng món dụng cụ vào khay có đệm nhún, phải tháo rời khi xếp vào khay trước khi đem đóng gói.



Hình 11.6. Sắp xếp dụng cụ trước khi đặt vào máy Sterrad

Bài 12

RỬA TAY NGOẠI KHOA – MẶC ÁO CHOÀNG VÀ MANG GĂNG VÔ KHUẨN

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được kỹ thuật: rửa tay, mặc áo và mang găng vô khuẩn.
2. Thực hiện được kỹ thuật mặc áo, mang găng cho phẫu thuật viên.

Để tiến hành phẫu thuật cần có nhóm mô; nhóm này gồm có: phẫu thuật viên, bác sĩ phụ mổ, gây mê, điều dưỡng tiếp dụng cụ. Đây là những người trực tiếp tiếp xúc với người bệnh. Để đảm bảo vô khuẩn trước mổ, nhóm mô cần phải tiến hành các thao tác tiệt khuẩn. Các thao tác này cần được tuân thủ một cách nghiêm ngặt.

1. KỸ THUẬT RỬA TAY

1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Nước rửa tay phải là nước vô khuẩn.
- Bàn chải hấp.
- Xà phòng rửa tay cũng vô khuẩn.
- Đồng hồ cát hay có đồng hồ treo tường để theo dõi thời gian rửa tay đủ 10 phút.
- Khăn khô hay giấy lau tay vô khuẩn.
- Dụng cụ đựng khăn hay giấy sau khi lau tay.

1.2. Kỹ thuật tiến hành

1. Cắt ngắn móng tay.
2. Lấy nữ trang, đồng hồ ra khỏi 2 bàn tay.
3. Cuộn tay áo lên quá khuỷu tay 3–5cm.
4. Dùng khăn giấy vô khuẩn mở vòi nước.
5. Đứng trước bồn rửa tay, tránh chạm người vào bồn rửa tay.
6. Rửa tay nội khoa (rửa thường) với nước vô trùng trước.
7. Lấy bàn chải húng xà phòng và cọ rửa theo vòng xoắn ốc, chú ý phải có nhiều bọt xà phòng.
8. Tiến hành rửa với bàn chải 1: chú ý bàn tay khi cọ rửa luôn hướng lên trên. Rửa từ đầu ngón đến chân ngón và không quay ngược trở lại, rửa từng ngón tay và các kẽ tay. Đi từ ngón 1 đến ngón 5 hay ngược lại. Xoay lòng bàn tay về ngang tầm nhìn và chà lòng bàn tay theo chiều xoắn ốc. Xoay mu bàn tay về ngang tầm nhìn và chà mu bàn tay theo chiều xoắn ốc. Rửa cẳng tay (quá khuỷu tay 3–5cm) trong 5 phút. Khi rửa cánh tay hướng lên trên.
9. Rửa tay sạch xà phòng lại bằng nước vô khuẩn. Chú ý, khi dội nước cho nước chảy từ ngón → bàn tay → xuống khuỷu, không chảy ngược lại. Tay luôn hướng lên trên.
10. Tiến hành rửa với bàn chải thứ 2 trong vòng 5 phút. Dùng tay đã rửa lấy bàn chải vô khuẩn, nhưng lưu ý: ngón tay chỉ chạm vào nơi cầm bàn chải, tránh đụng vào lông bàn chải. Tiến trình rửa như bàn tay thứ 1.
11. Sau khi chà xong sẽ rửa sạch xà phòng 2 tay dưới vòi nước.
12. Sau khi rửa xong gơ 2 tay lên cao trên thắt lưng và tránh không cho chạm vào quần áo hoặc vật dụng.
13. Dùng khăn vô khuẩn lau sạch nước ở ngón → bàn tay → khuỷu tay (lau tay từ ngọn chi và không để khăn vô khuẩn chạm vào khuỷu tay).
14. Khi vào phòng mổ dùng vai đẩy cửa.

2. MẶC ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN

– Người phụ mổ mở hộp (áo đã hấp) và gấp áo vô trùng bằng kim vô khuẩn đưa cho người mặc. áo choàng thường có 2 loại:

Loại thường: cài khuy và buộc phía sau lưng.

Loại 5 thân: che kín cả mặt trước và sau, dây buộc ở mặt bên phía phải.

– Cách mặc áo: người mặc nên đứng ở vùng trống để áo không chạm vào xung quanh.



Hình 12.1. Điều dưỡng mở gói đồ



Hình 12.2. Dùng tay nắm mặt trong áo mổ



Hình 12.3. Đưa 2 tay vào trong 2 tay áo



Hình 12.4. Hoàn tất mặc áo mổ

Áo choàng thường: đón áo từ người phụ (hay dùng tay nắm vào mặt trái của cổ áo) (hình 12.2), người mặc áo cầm lấy 2 mép của cổ áo và thả áo xuống sao cho mặt trước áo ở phía trước và luồn 2 tay vào ống tay áo duỗi thẳng tay ra phía trước. Người phụ mổ giúp buộc các dây ở phía sau lưng, dây ngang, khâu trang.

Loại áo có 5 thân: vẫn tiến hành như trên nhưng người phụ mổ cần giúp người mặc áo tự cột dây áo ở phía trước.

3. MANG GĂNG VÔ KHUẨN

Mang găng vô khuẩn sau khi rửa tay, mặc áo vô khuẩn. Có 2 cách mang găng:

3.1. Mang găng kín

- Điều dưỡng vòng ngoài mở gói găng tay ra.
- Điều dưỡng vòng trong dùng bàn tay được che phủ bởi cánh tay áo của mình để lấy 1 cái găng tay.
- Đặt găng tay lên cánh tay kia, các ngón của găng tay hướng lên vai, lòng găng tay úp xuống trên cổ

tay, ngón cái của găng tay đối diện với ngón tay của bàn tay (hình 12.5a).

– Đặt cho đầu của cổ găng tay nằm ngay mí ráp của cổ tay áo rồi dùng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay có che kín cổ tay áo để nắm lại.

– Dùng 1 tay nắm lấy bìa của cổ găng nằm trên mí ráp của cổ tay áo và tay kia nắm giữ lấy bìa phía trên của cổ găng, phải cẩn thận để không bị tuột các ngón tay ra (hình 12.5b).

– Nắm bìa phía trên của cổ găng trùng vào bàn tay. Dùng tay kia đã được bao kín bằng tay áo nắm bìa cổ găng tay và mối ráp nối của cổ cánh tay áo và kéo trùng găng vào bàn tay (hình 12.5c).

Xong 1 bàn tay tiến hành mang găng cho bàn tay bên kia cũng theo cách trên (hình 12.5d - 12.5h).

Găng đã mang xong và các cổ tay áo được các cổ găng giữ chặt (hình 12.5i)



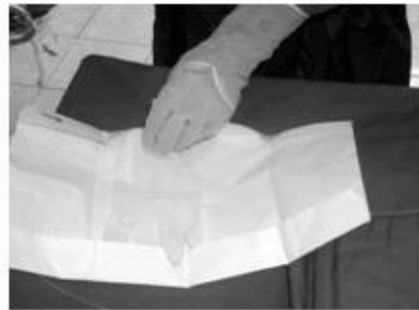
a)



b)



c)



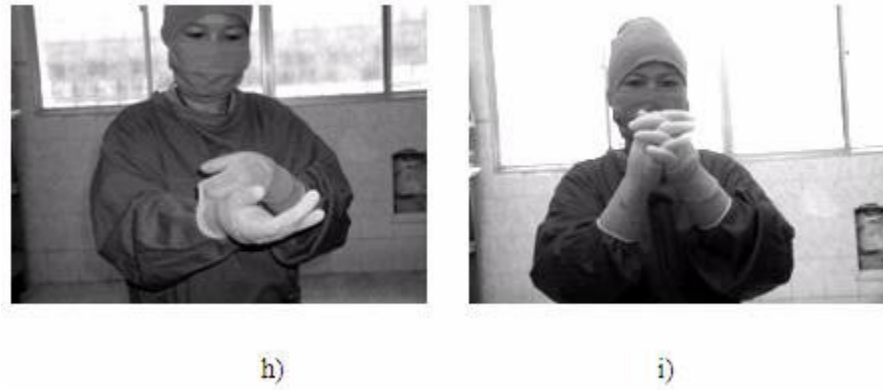
d)



e)



g)



Hình 12.5. Hình ảnh mang găng tay kín

3.2. Mang găng hở

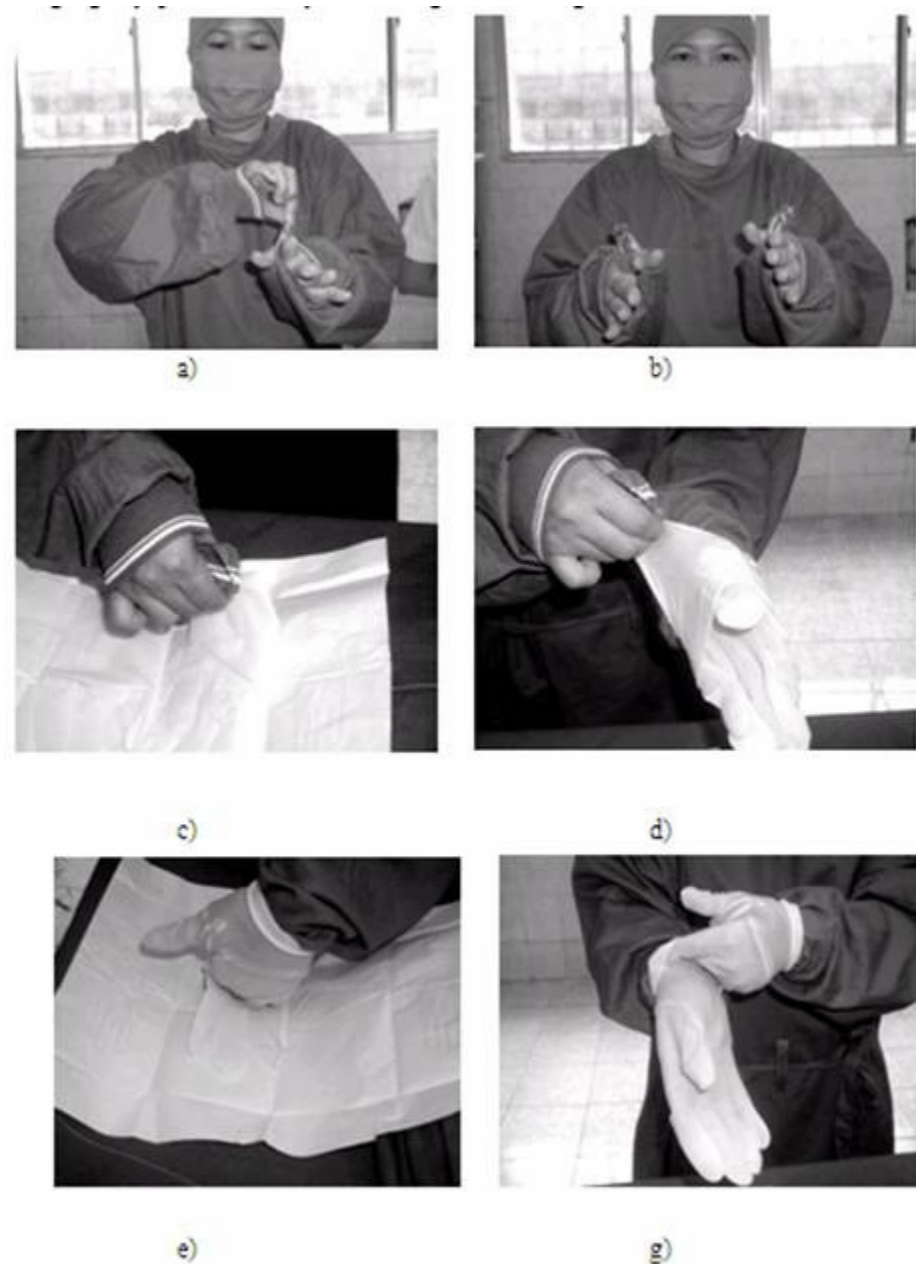
Nếu cổ tay áo rộng, xếp 1 lần xếp ở phía dưới cổ tay áo và kẹp lần xếp với ngón trỏ và ngón cái (hình 12.6a, b).

Dùng tay phải mở bao găng, cầm ngay mí găng gấp ngược găng trái ra (hình 12.6c).

Tay phải kéo găng trùm vào bàn tay trái (vẫn để cổ găng lộn ngược ra y như vậy) (hình 12.6d).

Dùng các ngón tay trái (đã mang găng) đưa vào cổ găng bàn tay phải nơi gấp ngược lấy găng ra, trùm vào bàn tay phải (hình 12.6e).

Sau đó kéo cổ găng tay phủ lên cổ tay áo choàng (hình 12.6g).



Hình 12.6. Hình ảnh mang tay hở

Lưu ý:

Cổ găng phải trùm ngoài cổ tay áo choàng để không hở cổ tay của người mổ.

Sau khi mang găng xong 2 tay thì để tay trước ngực hoặc có thể phủ 1 khăn vô khuẩn nếu vì lý do gì đó chưa tiến hành ngay cuộc mổ.

3.3. Cởi găng sau mổ

Tay còn mang găng cầm mặt ngoài của găng chỗ cổ tay kéo nhẹ ra. Tay đã cởi găng rồi cầm mặt trong của găng còn lại kéo nhẹ ra

4. PHỤ GIÚP PHẪU THUẬT VIÊN MẶC ÁO, MANG GĂNG

4.1. Phụ giúp mặc áo vô khuẩn

Điều dưỡng vòng trong sau khi đã rửa tay, mặc áo choàng, mang găng vô khuẩn xong sẽ trao cho phẫu thuật viên 1 khăn vô khuẩn để lau tay.

Điều dưỡng vòng trong lấy áo choàng ra nơi trống thả áo xuống. Dùng ngón trỏ và ngón cái nắm phần cổ và cuộn áo lại trên hai tay đeo găng. Đưa phần trong của áo về phía phẫu thuật viên đã lau tay xong để phẫu thuật viên đưa 2 tay vào tay áo (phải chú ý đừng để bàn tay không mang găng của phẫu thuật viên chạm vào áo choàng của điều dưỡng vòng trong).

Điều dưỡng vòng ngoài giúp cột dây ở cổ và thắt lưng của áo choàng.

Chú ý, khi đưa các dây buộc không chạm tay mình vào tay người đang mặc áo, cũng như không được chạm vào mặt ngoài của người đang mặc áo.

Lúc này phòng mổ đã xếp áo mổ, vải che mổ, các loại gạc mổ vào một gói.

Người phụ chỉ việc để lên bàn tiếp dụng cụ, mở gói vải hấp ra. Lần lượt nhóm mổ sẽ đến bàn tiếp dụng cụ để lấy áo.

4.2. Phụ giúp nhóm mổ mang găng vô khuẩn

Người tiếp dụng cụ sau khi rửa tay, mặc áo, mang găng vô khuẩn mới giúp nhóm mổ mang găng vô khuẩn.

Tiến hành:

- Chọn đúng găng, cỡ găng cho người sắp mang găng.
- Tay người tiếp dụng cụ luôn luôn ở mặt ngoài của găng trong suốt quá trình phụ giúp nhóm mổ.
- Điều dưỡng vòng trong cho tay vào nắm ở dưới chỗ gấp xuống của găng tay, ngón cái đưa ra ngoài, hướng lòng bàn tay của găng vào phẫu thuật viên, đưa cao ngang thắt lưng và mở rộng cổ găng đủ cho phẫu thuật viên đưa tay vào mà không chạm vào găng của điều dưỡng vòng trong (hình 12.7, 12.8).

Mang găng xong 1 tay, điều dưỡng vòng trong làm tiếp các thao tác trên giúp mang găng cho tay còn lại. Lúc này phẫu thuật viên đưa tay mình vào nếp gấp cổ tay găng ở bề mặt để kéo cổ găng rộng ra và cho tay còn lại chưa mang găng vào (hình 12.9, 12.10).



Hình 12.7



Hình 12.8



Hình 12.9



Hình 12.10

Bảng 12.1. Kỹ thuật mặc áo vô khuẩn

1. Đứng trước áo choàng (thân người không chạm vào áo choàng).
2. Dùng tay đã rửa sạch cầm mặt trong ngực áo và bước ra chỗ trống.
3. Đưa thẳng tay lên phía trước trên ngực.
4. Thả áo xuống trước mặt (không để áo chạm vào bất cứ phần nào không vô khuẩn).
5. Dùng ngón cái và ngón trỏ cầm vào đường nối phía trong giữa vai áo và tay áo.
6. Đưa hai tay vào tay áo và mặc áo vào, phải cẩn thận giữ cổ tay áo phủ kín lên bàn tay.
7. Điều dưỡng vòng ngoài cầm phía bên trong của vai áo kéo áo lên trên vai của người mặc.
8. Người mặc áo vô khuẩn dùng tay được giấu kín trong tay áo lần lượt đưa sợi dây khẩu trang (nếu có), dây thắt lưng cho điều dưỡng vòng ngoài cột lại (chú ý chỉ đưa dây trên thắt lưng và không vòng tay ra sau lưng).

Bảng 12.2. Kỹ thuật mang găng vô khuẩn (mang găng hở)

1. Điều dưỡng vòng trong đưa hai tay lên cho những ngón tay ra khỏi áo choàng, dùng ngón trỏ và ngón cái giữ cửa tay áo choàng (nếu cửa tay áo rộng).
2. Dùng một tay lấy găng ngay mí gấp ngược của găng.
3. Đưa những ngón tay của bàn tay đối diện vào găng.
4. Đưa các ngón tay đã mang găng vào cổ găng thứ 2.
5. Đeo găng cho bàn tay còn lại.

6. Cho các ngón của bàn tay mang găng sau vào nếp gấp của găng tay mang trước kéo lên phủ cổ tay áo choàng.
7. Sửa ngón tay của găng tay ngay ngắn, xoay nhẹ cổ tay và bàn tay.

Bảng 12.3. Kỹ thuật mang găng vô khuẩn (mang găng kín)

1. Điều dưỡng vòng trong dùng bàn tay được che phủ bởi tay áo choàng để lấy một chiếc găng tay.
2. Đặt găng tay lên lòng bàn tay kia, các ngón của găng tay hướng lên vai, lòng găng tay úp xuống trên cổ tay, ngón cái của găng tay đối diện với ngón cái của bàn tay.
3. Đặt cho đầu của cổ găng tay nằm ngay mí ráp của cổ tay áo rồi dùng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay định đeo găng có che kín cổ tay áo để nắm giữ bìa dưới của găng.
4. Dùng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay còn lại được bao kín bằng tay áo nắm bìa phía trên của cổ găng (phải cẩn thận để không bị tuột các ngón tay ra).
5. Kéo trùm găng vào bàn tay.
6. Xong một bàn tay, tiến hành mang găng cho bàn tay bên kia giống từ bước 1--> 5.
7. Sửa những ngón tay của găng tay cho ngay ngắn, xoay nhẹ cổ tay và bàn tay.

Bảng 12.4. Kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn cho nhóm mổ

1. Điều dưỡng vòng trong đã rửa tay, mặc áo choàng, mang găng vô khuẩn.
2. Lấy áo choàng ra nơi trống thả áo xuống, mặt ngoài áo đối diện với điều dưỡng.
3. Dùng ngón trỏ và ngón cái nắm mặt ngoài của vai áo và cuộn áo lại trên hai tay đeo găng.
4. Đưa phần trong của áo về phía phẫu thuật viên đã rửa và lau tay xong. Phẫu thuật viên đưa hai tay vào tay áo (phải chú ý đừng để bàn tay không mang găng của phẫu thuật viên chạm vào áo choàng của điều dưỡng).
5. Điều dưỡng vòng ngoài giúp cột dây ở cổ và dây thắt lưng của áo.

Bảng 12.5. Kỹ thuật mang găng vô khuẩn cho nhóm mổ

1. Điều dưỡng vòng trong đã rửa tay, mặc áo choàng, mang găng vô khuẩn.
2. Chọn đúng găng cho người sắp mang, mở găng ra.
3. Điều dưỡng vòng trong nắm ở dưới chỗ gấp của găng tay, ngón cái đưa ra ngoài, cầm hướng lòng bàn tay của găng tay vào đúng bàn tay người mang, banh rộng cổ găng, lúc này phẫu thuật viên đưa ngón tay chưa mang găng vào mặt trong của găng nơi nếp gấp, kéo rộng ra và đưa tay kia vào găng. Chú ý không được chạm vào găng của điều dưỡng vòng trong.
4. Mang xong 1 tay, điều dưỡng vòng trong làm tiếp giống bước 3 cho tay còn lại (lúc này phẫu thuật viên đưa ngón tay đã mang găng vào nếp gấp cổ tay găng ở mặt ngoài của găng để kéo cổ găng rộng ra và cho tay vào găng).

Bảng 12.6. Dụng cụ rửa tay ngoại khoa

1. Nước rửa tay vô khuẩn;
2. Bàn chải hấp;
3. Xà phòng rửa tay tiệt khuẩn;
4. Đồng hồ;
5. Khăn vô khuẩn;
6. Giấy vô khuẩn (nếu cần);
7. Túi rác.

Bảng 12.7. Kỹ thuật rửa tay ngoại khoa

1. Lấy tư trang ra khỏi tay: nhẫn, đồng hồ, vòng đeo tay...
2. Cuộn tay áo lên quá khuỷu 5 - 7cm.

3. Tư thế thẳng đứng, thân người và tay không chạm vào thành bồn.
4. Mở vòi nước bằng cách dùng khuỷu tay hoặc bằng tay với giấy vô khuẩn (bỏ giấy vào túi rác).
5. Lấy xà phòng vô khuẩn vào tay (lấy đủ xà phòng để có thể sủi bọt).
6. Rửa tay nội khoa với nước xà phòng vô khuẩn.
7. Dùng bàn tay thứ 1 cầm bàn chải thứ 1 hứng xà phòng vô khuẩn.
8. Chà rửa theo thứ tự: đầu các ngón tay, từng ngón tay và các kẽ ngón tay theo vòng xoắn ốc từ đầu ngón đến chân ngón, mặt trước và mặt sau từ ngón 1 đến ngón 5 và không quay ngược trở lại.
Lòng bàn tay --> Mu bàn tay --> Cẳng tay (tới quá khuỷu tay 3 – 5cm).
9. Bỏ bàn chải vào nơi quy định (bàn tay vịn cao hơn cẳng tay).
10. Rửa tay lại bằng nước vô khuẩn với 1 bàn tay vừa chà rửa. Chú ý khi dội nước cho nước chảy từ ngón, bàn tay xuống khuỷu, không chảy ngược lại.
11. Dùng bàn chải thứ 2 và thực hiện tiến trình rửa như từ bước 7 --> 9 cho bàn tay còn lại. Chú ý không để ngón tay chạm vào lòng bàn chải hay chạm vào vùng da chưa cọ rửa.
12. Rửa hai bàn tay bằng nước vô khuẩn cho đến khi sạch xà phòng.
13. Dùng khăn vô khuẩn lau sạch nước ở ngón, bàn tay, khuỷu tay (lau tay từ ngón chi và không để khăn vô khuẩn chạm vào người và những vùng không vô khuẩn).
14. Để hai tay trên thắt lưng, trong tầm mắt và không chạm vào nơi không vô khuẩn, dùng thân hay dùng chân mở cửa.

Bài 13

VỆ SINH DA – RỬA DA TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. MỤC ĐÍCH

- Phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.
- Bảo đảm vùng da phẫu thuật không có sự hiện diện của vi khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chuẩn bị vùng da trước mổ.
- Chuẩn bị vùng da trước khi tiến hành phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng da có vết thương.
- Vùng da có bệnh lý về da.

4. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Tránh tạo vết thương khi vệ sinh da.
- Hạn chế cạo lông trước mổ, chỉ thực hiện khi có y lệnh.
- Rửa da từ trong ra ngoài.
- Nếu vùng bụng chú ý phần rốn.
- Cần rửa kỹ các nếp gấp.

5. VỆ SINH DA TRƯỚC MỔ

Bảng 13.1. Dụng cụ vệ sinh da trước mổ

1.	Dao cạo.
2.	Tấm trải không thấm nước.
3.	Mền.
4.	Xà phòng diệt khuẩn.
5.	Dung dịch rửa móng tay.
6.	Dung dịch kháng khuẩn.
7.	Túi rác.
8.	Kéo.
9.	Găng sạch.
10.	Áo choàng cho người bệnh.

Bảng 13.2. Kỹ thuật vệ sinh da trước mổ

1.	Kiểm tra y lệnh, xác định vùng mổ.
2.	Điều dưỡng rửa soạn vùng da rộng hơn diện tích vết mổ.
3.	Soạn dụng cụ và mang đến giường người bệnh.
4.	Báo và giải thích cùng người bệnh.
5.	Đóng cửa hay che bình phong.
6.	Điều dưỡng rửa tay.
7.	Điều dưỡng mang găng tay sạch.
8.	Đặt tấm lót không thấm nước trên giường.
9.	Đắp mền cho người bệnh.
10.	Phơi bày vùng da cần vệ sinh.
11.	Quan sát tình trạng da: vết thương, đỏ, ngứa,...
12.	Cắt lông dài với kéo.
13.	Dùng bông thấm nước ấm làm ướt da. Sau đó rửa xà phòng để tạo bọt trong vòng 3-4 phút hay dùng thuốc cạo râu.
14.	Cầm vững dao cạo ở góc 45 ⁰ so với mặt da.
15.	Cạo theo chiều lông mọc, nhẹ nhàng trực tiếp lên da nhưng không ấn mạnh khi cạo nhất là vùng xương nhô ra. Kéo căng da vùng mổ, cạo những nhát ngắn, tránh những động tác cắt.
16.	Rửa da thường xuyên trong lúc cạo với nước sạch. Dùng dao cạo mới nếu dao bắt đầu cùn, thêm xà phòng nếu hết bọt.
17.	Cạo sạch vùng da phẫu thuật.
18.	Rửa lại vùng da cạo lông với nước sạch.
19.	Quan sát lại vùng da đã cạo: vùng nào có tổn thương thì báo cáo ngay, hay vùng nào chưa sạch lông thì cạo lại.
20.	Lau khô da với khăn hấp.
21.	Rửa sạch các móng tay có sơn.
22.	Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
23.	Rửa tay trước khi rời khỏi phòng.
24.	Thu dọn dụng cụ.
25.	Phục trình lại: tình trạng da.

Bảng 13.3. Dụng cụ rửa da trước mổ

1.	Khăn nhỏ
2.	Khăn lớn hay vải trải
3.	Chén chung đựng dung dịch sát khuẩn

4. Găng tay vô khuẩn
5. Que gòn

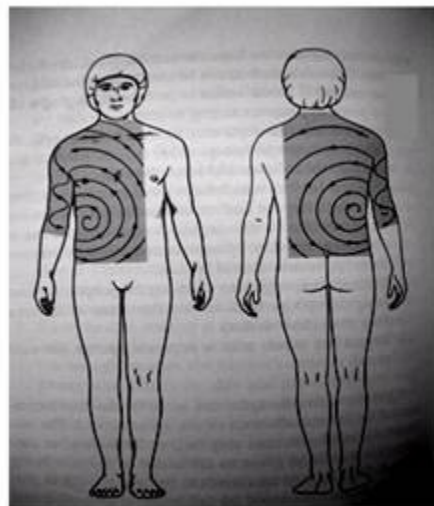


Bảng 13.4. Kỹ thuật rửa da trước mổ

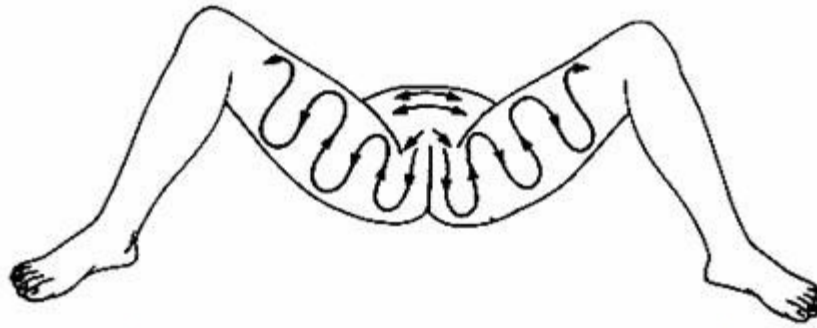
1. Soạn dụng cụ.
2. Khi người bệnh bắt đầu mê, điều dưỡng cho người bệnh đúng tư thế phẫu thuật.
3. Mang găng vô khuẩn.
4. Dùng khăn nhỏ nhúng vào dung dịch sát khuẩn. Chà rửa vùng mổ với dung dịch kháng khuẩn trong 10 phút: rửa từ trong ra ngoài theo hình xoắn ốc; từ vùng mổ ra tới vùng da xung quanh, cẩn thận với vùng da có nếp gấp.
Rửa vùng nếp gấp hậu môn và hậu môn sau cùng. Làm sạch những chỗ kẽ, lõm, móng tay, móng chân nếu nó nằm trong vùng giải phẫu. Chú ý dùng que gòn rửa sạch vùng rốn.
5. Lau khô vùng da với khăn vô khuẩn.
6. Bao phủ vùng da này bằng gạc vô khuẩn.
7. Thu dọn dụng cụ.



Hình 13.2. Rửa da vùng bụng



Hình 13.3. Rửa chuẩn bị mổ ngực – bụng



Hình 13.4. Rửa vùng trực tràng – âm đạo – hậu âm



Hình 13.5. Rửa bụng từ nếp vú đến vùng bẹn



Hình 13.6. Rửa vùng gối và cẳng chân



Hình 13.7. Rửa chuẩn bị mô ngực và vú

Bài 14

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

MỤC TIÊU

1. Hiểu và sử dụng được trang thiết bị, thiết kế tại phòng hồi sức hậu phẫu.
2. Chăm sóc được người bệnh tại phòng hồi sức hậu phẫu.
3. Chăm sóc được người bệnh tại khoa ngoại.
4. Phòng ngừa, phát hiện và xử trí được các biến chứng sau mổ.

I. BỆNH HỌC

1. GIỚI THIỆU PHÒNG HỒI SỨC HẬU PHẪU

Vị trí phòng mổ thường nối với phòng hồi sức bằng hành lang kín, bằng phẳng, ánh sáng đủ và dịu, nhiệt độ cùng với nhiệt độ phòng mổ, mục đích giúp điều dưỡng chăm sóc người bệnh liên tục ngay sau mổ, gây mê và phẫu thuật viên dễ dàng thăm khám người bệnh liên tục và di chuyển người bệnh an toàn sau khi mổ. Trong giai đoạn này, người bệnh cần được chăm sóc liên tục do chưa ổn định về tuần hoàn, hô hấp, vết mổ, nguy cơ chảy máu cao...

Sau mổ, giai đoạn hồi tỉnh người bệnh rất dễ bị kích thích bởi tác động bên ngoài như ánh sáng chói, tiếng động... Vì thế thường phòng hồi sức được thiết kế là phòng phải yên tĩnh, sạch sẽ, trần và tường phải sơn màu dịu, ánh sáng lan tỏa, cách âm, không nghe được tiếng động, có các ô cách ly, có hệ thống điều hoà nhiệt độ trung tâm.

Điều dưỡng phòng hồi sức luôn được trang bị kiến thức chuyên môn cao và cập nhật hoá liên tục về sử dụng máy móc, phương pháp mới để chăm sóc người bệnh khoa học, chính xác và an toàn.

– Khoa học cũng góp phần rất lớn trong điều trị bệnh tật, vì thế phòng hồi sức luôn trang bị những dụng cụ, thuốc, máy móc hiện đại và đặc biệt như:

– *Trang bị dụng cụ cho hô hấp:* oxy, máy hút đàm, máy soi thanh quản, ống nội khí quản, bộ mở khí quản, máy thở, bộ cấp cứu hô hấp tuần hoàn, máy đo nồng độ oxy.

– *Trang bị dụng cụ cho tuần hoàn:* bộ đặt CVP, tiêm truyền, máy đo điện tim, máy choáng tim...

– Dụng cụ chăm sóc vết thương, dẫn lưu, hậu môn nhân tạo.

Tư thế người bệnh sau mổ cũng rất quan trọng, vì thế giường hậu phẫu phải di chuyển được dễ dàng, sử dụng nhiều tư thế, có thanh chắn giường.

Nhiệt độ phòng hồi sức ở $20^{\circ}\text{C} - 22^{\circ}\text{C}$ ($68^{\circ}\text{F} - 70^{\circ}\text{F}$), phòng kín và thông khí tốt vừa giữ nhiệt độ vừa bảo đảm vô khuẩn.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TẠI PHÒNG HỒI SỨC HẬU PHẪU

Ngay khi mổ xong người bệnh được theo dõi nếu không có dấu hiệu chảy máu, mạch, huyết áp không dao động thì phòng mổ chuyển người bệnh sang phòng hậu phẫu.

Mục tiêu chăm sóc của phòng hậu phẫu là chăm sóc người bệnh cho đến khi hết thuốc mê, dấu chứng sinh tồn ổn định, người bệnh không còn chảy máu, người bệnh định hướng được (trừ trường hợp về sọ não) thì chuyển sang trại bệnh, thường phòng hậu phẫu chỉ lưu người bệnh trong 24 giờ sau mổ. Nếu sau thời gian này tình trạng bệnh trở nặng thì người bệnh sẽ được chuyển sang phòng hồi sức tích cực.

Di chuyển người bệnh từ phòng mổ đến phòng hồi sức hậu phẫu: là trách nhiệm thuộc về điều dưỡng phòng mổ và kỹ thuật viên gây mê. Thường gây mê đi phía đầu người bệnh để dễ dàng cung cấp oxy, theo dõi hô hấp... Điều dưỡng đi sau nhưng phải luôn quan sát và duy trì an toàn cho người bệnh. Khi di chuyển người bệnh, điều dưỡng cần chú ý các vấn đề như thời gian di chuyển ngắn nhất, cần theo dõi sát hô hấp như ngưng thở, sút ống nội khí quản, thiếu oxy.

Về tuần hoàn: cần chú ý chảy máu từ vết mổ, từ dẫn lưu vì người bệnh vừa mới khâu cầm máu hay vừa mới được cắt đốt, do khi di chuyển người bệnh từ bàn mổ qua băng ca nên vận mạch người bệnh cũng dao động, do đó có nguy cơ tụt huyết áp tư thế,...

Vết mổ vừa mới khâu còn căng, vết khâu bên trong các tạng cũng còn quá mới nên trong khi di chuyển cũng có khả năng bị bung chỉ, vì thế khi di chuyển người bệnh cần nhẹ nhàng và cẩn thận.

Nhiệt độ: Người bệnh sau một quá trình bất động trên bàn mổ, thấm ướt do nước rửa trong lúc mổ, dịch thoát ra trong quá trình phẫu thuật, do thuốc mê, do nhiệt độ phòng mổ, do truyền dịch nên dễ bị lạnh. Do đó, khi di chuyển ra ngoài cần giữ ấm người bệnh, tránh ẩm ướt và lạnh.

An toàn: Trong giai đoạn hồi tỉnh người bệnh kích động vật vã, vì thế điều dưỡng cần đảm bảo an toàn cho người bệnh trong khi di chuyển. Cần cố định người bệnh như kéo chân song giường lên cao, cố định tay người bệnh. Sau mổ người bệnh thường có nhiều dẫn lưu, có những dẫn lưu rất quan trọng trong điều trị và nguy hiểm khi sút ống hay tuột ống. Vì thế, điều dưỡng không để người bệnh đè lên ống dẫn lưu hay sút ống dẫn lưu.

Điều dưỡng cần nhận định tình trạng người bệnh ngay sau mổ để có hướng lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh. Điều dưỡng cần biết chẩn đoán bệnh và phương pháp giải phẫu, tuổi người bệnh vì tuổi càng lớn thì có nhiều bệnh mạn tính kèm theo cũng như khả năng hồi phục sau mổ chậm hơn; cần biết tổng trạng, tình trạng thông khí và dấu hiệu sống của người bệnh. Người bệnh sử dụng phương pháp gây mê nào, kháng sinh, thuốc hồi sức, dịch truyền, có truyền máu và đã truyền bao nhiêu đơn vị máu, có tai biến không... Những thông tin diễn biến đặc biệt trong mổ cũng cần được biết để dễ theo dõi. Nhận định có bao nhiêu ống thông, loại nào, các bất thường khác của người bệnh. Nhận định tâm lý người bệnh tỉnh sau mổ cũng rất quan trọng.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. TẠI PHÒNG HỒI SỨC HẬU PHẪU

1.1. Hô hấp

Mục đích chính là duy trì thông khí phổi và phòng ngừa thiếu oxy máu.

1.1.1. Nguyên nhân: Tắc đường thở do tụt lưỡi, do nghẹt đàm, co thắt thanh quản, phù nề thanh quản do nội khí quản. Thiếu oxy do xẹp phổi, phù phổi, tắc mạch phổi, co thắt phế quản. Tăng thông khí do ức chế thần kinh hô hấp, liệt hô hấp do thuốc giãn cơ, thuốc mê, hạn chế thở do đau.

1.1.2. Nhận định tình trạng người bệnh

Nhận định tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, tần số thở, thở sâu, độ căng giãn lồng ngực, da niêm, thở có kèm cơ hô hấp phụ như co kéo cơ liên sườn, cánh mũi phập phồng,... Người bệnh tự thở, thở oxy qua

canule, người bệnh có nội khí quản, mở khí quản, người bệnh đang thở máy.

Dấu hiệu thiếu oxy: khó thở, khô khè, đàm nhớt, tím tái, vật vã, tri giác lơ mơ, lồng ngực di động kém, chỉ số oxy trên monitor $\text{SaO}_2 > 90\%$, $\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$.

1.1.3. Can thiệp điều dưỡng

Theo dõi sát hô hấp của người bệnh, đánh giá tần số, tính chất nhịp thở, các dấu hiệu khó thở. Nếu nhịp thở nhanh hơn 30 lần/phút hay chậm dưới 15 lần/phút thì báo cáo ngay cho thầy thuốc. Theo dõi chỉ số oxy trên máy monitor, khí máu động mạch. Dấu hiệu thiếu oxy trên người bệnh, tím tái, thở co kéo, di động của lồng ngực kém, nghe phổi.

Chăm sóc: Cung cấp đủ oxy, luôn luôn phòng ngừa nguy cơ thiếu oxy cho người bệnh. Làm sạch đường thở, hút đàm nhớt và chất nôn ọí, hút cần cẩn thận khi người bệnh cắt amidan, nghe phổi trước và sau khi hút đàm.

Tư thế người bệnh cũng ảnh hưởng đến khả năng thông khí. Khi người bệnh mê cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng sang một bên, kê gối sau lưng với cằm duỗi ra, gối gấp, kê gối giữa 2 chân. Nếu người bệnh tỉnh, cho người bệnh nằm tư thế Fowler. Trong trường hợp người bệnh khó thở hay thiếu oxy, điều dưỡng thực hiện y lệnh cung cấp oxy qua thở máy, bóp bóng. Nếu người bệnh tỉnh cần hướng dẫn người bệnh tham gia vào tập thở, cách hít thở sâu.

1.2. Tim mạch

1.2.1. Nguyên nhân

Hạ huyết áp có thể do mất máu, giảm thể tích dịch do mất dịch qua dẫn lưu, nôn ọí, nhịn ăn uống trước mổ, do bệnh lý, bệnh lý về tim, do thuốc ảnh hưởng đến tưới máu cho mô và các cơ quan, đặc biệt là tim, não, thận, do tư thế.

Cao huyết áp: do đau sau giải phẫu, vật vã do bàng quang căng chướng, kích thích, khó thở, nhiệt độ cao, người bệnh mỡ tim,...

Rối loạn nhịp tim: tổn thương cơ tim, hạ kali máu, thiếu oxy, mạch nhanh, nhiễm toan – kiềm, bệnh lý tim mạch, hạ nhiệt độ...

1.2.2. Nhận định tình trạng người bệnh

Nhận định tình trạng tim mạch: da niêm, dấu hiệu chảy máu, dấu hiệu thiếu máu, Hct, tìm hiểu qua điều dưỡng phòng mổ về bệnh lý tim mạch của người bệnh. Dấu hiệu mất nước, nước xuất nhập, áp lực tĩnh mạch trung tâm, nước tiểu, điện tim.

1.2.3. Can thiệp điều dưỡng

Theo dõi:

Ngay sau mổ, điều dưỡng phải đo mạch, huyết áp và ghi thành biểu đồ dễ dễ so sánh. Để phát hiện sớm dấu hiệu tụt huyết áp do chảy máu điều dưỡng luôn thăm khám, phát hiện chảy máu qua vết mổ, qua dẫn lưu, các dấu hiệu biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng như: mạch nhanh, huyết áp giảm, da niêm tái.

Nhận định tình trạng da niêm: màu sắc, độ ẩm, nhiệt độ da, dấu hiệu đồ đầy mao mạch. Nước xuất nhập trước và sau mổ cần được theo dõi sát, theo dõi số lượng nước tiểu mỗi giờ. Điều dưỡng cũng cần theo dõi tình trạng rối loạn điện giải biểu hiện trên lâm sàng, trên xét nghiệm Ion đồ.

Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, bình thường 5–12cmH₂O, theo dõi dấu mất nước như dấu véo da, khát, môi khô, niêm khô; đánh giá thường xuyên để giúp người thầy thuốc cân bằng chính xác tình trạng nước xuất nhập nhằm tránh nguy cơ suy thận cấp. Với những người bệnh già, bệnh tim thì việc thừa nước hay thiếu nước rất gần nhau. Việc thừa nước cũng có nguy cơ người bệnh rơi vào bệnh lý phù phổi cấp.

Chăm sóc:

- Đặt máy đo điện tim liên tục với người bệnh nặng, người có bệnh tim, người già.
- Nâng đỡ nhẹ nhàng tránh tụt huyết áp tư thế.
- Thực hiện truyền dịch, truyền máu đúng y lệnh số giọt, thời gian.

– Ghi vào hồ sơ tổng nước xuất nhập mỗi giờ/24 giờ.

1.3. Nhiệt độ

1.3.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân tăng thân nhiệt: Người bệnh sau mổ thường sốt nhẹ do mất nước, do tình trạng phản ứng cơ thể sau mổ; thường sau mổ 1–2 ngày nhiệt độ tăng nhẹ 37°C – 38°C , nhưng nếu người bệnh sốt cao hơn thì điều dưỡng cần theo dõi và phát hiện sớm nguyên nhân của nhiễm trùng.

Nguyên nhân hạ thân nhiệt: do ẩm ướt, người già, suy dinh dưỡng, do nhiệt độ môi trường, do tình trạng suy kiệt...

1.3.2. Can thiệp điều dưỡng

Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ thường xuyên, thực hiện bù nước theo y lệnh. Nếu sau mổ 3 ngày mà người bệnh vẫn còn sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ thì cần theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, nhiễm trùng từ bệnh lý vừa phẫu thuật. Khi nhiệt độ tăng cao cần thực hiện chăm sóc giảm sốt cho người bệnh, vì khi nhiệt độ cao cũng làm người bệnh thiếu oxy. Và để việc theo dõi dễ dàng, điều dưỡng cần theo dõi nhiệt độ thường xuyên và ghi thành biểu đồ. Đối với người già, bệnh nặng, suy dinh dưỡng, người bệnh cần luôn được giữ ấm.

1.4. Thần kinh

1.4.1 Theo dõi

Theo dõi mức độ hôn mê, định hướng, cảm giác, vận động, đồng tử, động kinh, rối loạn tâm thần.

Người bệnh lo sợ khi tỉnh dậy trong môi trường lạ, vật vã, kích thích do đau, thiếu oxy, bí tiểu, duy trì ở một tư thế quá lâu.

Run do nhiệt độ môi trường quá thấp, truyền máu, dịch quá lạnh, thời gian mổ quá lâu, người già, người bệnh suy dinh dưỡng, phản ứng thuốc.

1.4.2. Chăm sóc

Đánh giá tri giác người bệnh qua bảng điểm Glasgow (bảng điểm Glasgow xem trong bài *Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não*).

Trong giai đoạn hồi tỉnh người bệnh dễ kích thích, vật vã nên điều dưỡng cần đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Thực hiện thuốc an thần, thuốc chống động kinh trong trường hợp người bệnh phẫu thuật thần kinh.

Theo dõi vận động, cảm giác của chi < 2 giờ trong trường hợp người bệnh gây tê tuỷ sống, tư thế nằm đầu bằng trên 8–12 giờ sau mổ.

Khi xoay trở, chăm sóc cần tránh chèn ép chi. Giúp người bệnh tư thế thoải mái, phù hợp. Làm công tác tư tưởng cho người bệnh nếu người bệnh tỉnh.

1.5. Tiết niệu

1.5.1. Nhận định tình trạng người bệnh

Số lượng, màu sắc nước tiểu, cầu bàng quang, dấu hiệu phù chi, huyết áp, cân nặng, người bệnh có thông tiểu không? Nhận định dấu hiệu thiếu nước, rối loạn điện giải, ion đồ, creatinine, BUN, Hct.

1.5.2. Can thiệp điều dưỡng

Theo dõi:

Theo dõi nước xuất nhập mỗi giờ, tổng nước xuất nhập trong 24 giờ, tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu. Chú ý, số lượng nước tiểu (bình thường

0,5–1ml/kg cân nặng/giờ); nếu số lượng nước tiểu giảm hơn 30ml/giờ điều dưỡng cần báo bác sĩ.

Theo dõi kết quả xét nghiệm chức năng thận BUN, creatinine, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu.

Chăm sóc:

Thực hiện bù nước và điện giải theo y lệnh. Chăm sóc người bệnh phù, kê chi cao. Chăm sóc da sạch sẽ, tránh loét, tránh vết thương trên da vì nguy cơ nhiễm trùng rất cao. Theo dõi huyết áp thường xuyên, cân nặng mỗi ngày.

Trong trường hợp có thông niệu đạo cần chăm sóc sạch sẽ bộ phận sinh dục và hệ thống thông niệu đạo.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NGOẠI

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hô hấp: tình trạng thông khí, tính chất thở, tình trạng khó thở, dấu hiệu thiếu oxy, nghe phổi, tình trạng đàm nhớt. Người bệnh tự thở, tình trạng da niêm.

Tuần hoàn: huyết áp, mạch, da, niêm, dấu hiệu thiếu nước, tình trạng choáng, chảy máu, áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)...

Thần kinh: tri giác, đồng tử, cảm giác, vận động.

Dẫn lưu: loại, vị trí, màu sắc, số lượng, hệ thống có hoạt động không?

Vết mổ: vị trí, kích thước, băng thấm máu, thấm dịch, chảy máu, đau, nhiễm trùng...

Tâm lý người bệnh: lo lắng, thoải mái hay không?

Thuốc đang sử dụng.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đường thở không thông

Đảm bảo chức năng hô hấp tối ưu như nâng cao sự giãn nở ở phổi. Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, xoay trở, cho ngồi dậy. Khi người bệnh ngồi dậy cơ hoành hạ thấp xuống thì lồng ngực gia tăng thể tích thở. Nhưng lưu ý sau mổ người bệnh rất đau, nhất là những người bệnh mổ ngực, mổ bụng, cột sống, vì thể điều dưỡng thực hiện thuốc giảm đau trước khi tập, theo dõi nhịp thở, đánh giá sự thông khí của người bệnh.

2.2. Người bệnh không thoải mái sau mổ

Giảm đau và giảm những khó chịu sau mổ.

2.2.1. Giúp người bệnh giảm đau: Có rất nhiều nguyên nhân khiến người bệnh đau, đau do tâm lý lo sợ, đau do mức độ trầm trọng của phẫu thuật, của chấn thương thực thể. Đau sau mổ phụ thuộc vào tâm sinh lý, mức độ chịu đựng người bệnh, bản chất phẫu thuật, mức độ chấn thương ngoại khoa. Vì thế điều dưỡng cần có sự chuẩn bị tâm lý trước mổ giúp người bệnh biết cách tự chăm sóc hơn và trên hết là tâm lý an tâm sau mổ. Điều dưỡng có thể thực hiện thuốc ngủ, thuốc giảm đau, tư thế giảm đau, công tác tư tưởng cho người bệnh.

2.2.2. Giúp người bệnh bớt vật vã: Nguyên nhân người bệnh vật vã là do tư thế không thoải mái trên giường bệnh, phản ứng của cơ thể lúc hồi tỉnh, do đau, do băng quá chặt, do cố định người bệnh quá lâu, bí tiểu. Điều dưỡng cần biết nguyên nhân và giải quyết nguyên nhân giúp người bệnh thoải mái. Điều dưỡng thường xuyên giúp người bệnh xoay trở, nằm tư thế thích hợp, thực hiện thuốc giảm đau, đảm bảo an toàn cho người bệnh, nới lỏng dây cố định, giải quyết bí tiểu.

2.2.3. Chăm sóc người bệnh nôn: Nôn do nhiều nguyên nhân như do tác dụng phụ của thuốc mê, thuốc tê, do ruột, dạ dày ứ đọng dịch,... Sau mổ, người bệnh nên nằm tư thế đầu bằng, mặt nghiêng một bên để tránh khi nôn dịch không tràn vào đường thở. Nếu có ống Levine điều dưỡng nên câu nối xuống thấp, hút dịch qua ống Levine, theo dõi tình trạng căng chướng bụng.

2.2.4. Chăm sóc người bệnh căng chướng bụng: Căng chướng bụng sau mổ hầu như thường gặp ở tất cả phẫu thuật. Nguyên nhân là do tích lũy khí ở ruột, thao tác trên ruột gây mất nhu động ruột, do thuốc giãn

cơ...

Điều dưỡng cần thăm khám lại tình trạng bụng cho người bệnh. Nghe nhu động ruột, thường khoảng 15–30 giây có 1 nhu động là bình thường. Điều dưỡng giúp người bệnh xoay trở, ngồi dậy, vận động đi lại thì nhu động ruột hoạt động sớm sẽ giúp bụng người bệnh bớt chướng. Nếu người bệnh vẫn còn chướng thì điều dưỡng thực hiện y lệnh hút dịch qua ống thông dạ dày và đặt thông trực tràng.

Nếu người bệnh tỉnh, hợp tác tốt nên hướng dẫn người bệnh tập cho bóng hơi di chuyển theo khung đại tràng theo cách như sau: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới đầu, duỗi chân thẳng, bảo người bệnh hít thở sâu qua mũi, đồng thời co đầu, gối chân phải vào bụng trong 10 giây và người bệnh thở ra từ từ qua miệng đồng thời duỗi chân phải ra, chân trái cũng làm giống như thế.

2.2.5. Chăm sóc người bệnh bị nấc: Nấc gây ra do sự co thắt của cơ hoành, do kết quả dây thanh đóng lại khi không khí đột ngột ào vào phổi. Nguyên nhân co thắt khí quản là do kích thích của thần kinh hoành. Nguyên nhân trực tiếp do kích thích của bản thân thần kinh như dạ dày căng chướng. Nguyên nhân gián tiếp do nhiễm độc. Nấc cũng do nguyên nhân bệnh lý thần kinh. Ngoài ra, nấc còn do phản xạ từ ống dẫn lưu, do uống nước quá nóng hay quá lạnh, do mổ vùng bụng.

Điều dưỡng phải hiểu do nguyên nhân nào để loại trừ nguyên nhân nhằm tránh người bệnh bị nấc sau mổ. Ngoài ra, có một số phương pháp như nhịn thở khi uống ngụm nước to, đề lên nhãn cầu (thận trọng vì người bệnh có thể ngưng thở), thuốc. Hậu quả của nấc làm người bệnh mất thăng bằng kiểm toan, toác vết thương, mất nước, khó chịu, mệt.

2.3. An toàn cho người bệnh

Sau mổ, người bệnh thường phải chịu nhiều nguy cơ, tai biến, biến chứng sau mổ... Trong đó, vấn đề an toàn cho người bệnh trong giai đoạn hồi tỉnh, giai đoạn sau mổ cực kỳ quan trọng. Để tránh những tổn thương cho người bệnh như té, sút dịch truyền, dẫn lưu thì người bệnh luôn nằm trong tầm nhìn điều dưỡng. Điều dưỡng cố định người bệnh an toàn, cho thanh giường lên cao.

2.4. Giảm khối lượng máu và co thắt mạch máu

Duy trì sự tưới máu cho mô:

– *Triệu chứng:* giảm tưới máu cho mô như huyết áp giảm, mạch 100 lần/phút, vật vã, tri giác đáp ứng chậm, da lạnh ẩm, xanh tím, nước tiểu < 30ml/giờ. Dấu hiệu giảm lượng máu như huyết áp giảm, nhịp tim nhanh, CVP < cmH₂O.

Dấu hiệu tăng lượng máu như huyết áp tăng, CVP > 15cmH₂O, ran ẩm 2 đáy phổi, tiếng ngựa phi.

Chăm sóc: điều dưỡng theo dõi sát, khám để phát hiện sớm dấu hiệu mất máu, chảy máu, báo bác sĩ; kiểm tra dấu chứng sinh tồn, thực hiện y lệnh truyền máu, truyền dịch.

2.5. Khả năng thiếu hụt dịch thể

Nguyên nhân: sau mổ người bệnh rất dễ bị mất nước do tăng tiết mồ hôi, bài tiết đàm nhớt, mất nước do không ăn uống, dẫn lưu, rò dịch,... Khi mất dịch, người bệnh có các triệu chứng như khát, da véo da (+), khô niêm mạc miệng, nước tiểu giảm dưới 30ml/giờ, áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm, huyết áp giảm, mạch nhanh.

Chăm sóc: phòng ngừa mất nước là chính. Điều dưỡng thực hiện truyền dịch chính xác theo y lệnh. Phát hiện sớm dấu hiệu thiếu nước. Trong trường hợp thiếu hụt dịch thể, điều dưỡng duy trì dịch truyền theo số giọt theo y lệnh, thực hiện bù điện giải theo y lệnh, theo dõi lượng nước xuất nhập qua áp lực tĩnh mạch trung tâm, ion đồ. Báo cáo ngay khi thấy các trị số bất thường. Giữ nhiệt độ phòng thích hợp. Cho người bệnh uống nước nếu được, giúp người bệnh bớt khô môi, miệng. Duy trì thân nhiệt bình thường, theo dõi nhiệt độ và giữ ấm người bệnh. Và quan trọng là dấu hiệu sinh tồn cần được theo dõi sát.

2.6. Biến đổi dinh dưỡng

Duy trì cân bằng dinh dưỡng

Nguyên nhân: Người bệnh có nguy cơ suy kiệt sau mổ do nhịn ăn trước, trong và sau mổ, do chịu đựng

căng thẳng trong phẫu thuật, do bệnh lý mạn tính trước đó.

Chăm sóc: Duy trì đầy đủ chất dinh dưỡng và phù hợp bệnh lý qua dịch truyền, ống thông dạ dày, dẫn lưu dạ dày ra da, ăn uống bằng miệng. Tùy bản chất của phẫu thuật và nếu người bệnh hết nôn, điều dưỡng giúp người bệnh ăn uống bằng đường miệng sẽ giúp kích thích dịch tiêu hoá, tăng cường chức năng dạ dày, ruột. Việc nhai cũng tránh nguy cơ viêm tuyến mang tai, người bệnh cảm thấy ngon miệng. Cần đánh giá người bệnh qua cân nặng và tính chính xác năng lượng cần thiết cho người bệnh trong ngày.

2.7. Biến đổi bài tiết nước tiểu

Phục hồi chức năng tiểu bình thường

Hiện nay, nếu mổ nội soi với thời gian dưới 1–2 giờ phẫu thuật viên thường cho người bệnh đi tiểu trước mổ mà không cần đặt thông tiểu. Trong các trường hợp thời gian phẫu thuật kéo dài thường sẽ được đặt thông tiểu. Nhưng sau mổ nếu tình trạng người bệnh ổn định thì thông tiểu thường được rút rất sớm, có thể ngay sau mổ hay sau 24 giờ. Nếu sau mổ người bệnh bí tiểu điều dưỡng cố gắng không thông tiểu cho người bệnh, nên áp dụng các phương pháp giúp người bệnh tiểu bình thường như nghe tiếng nước chảy, đắp ấm vùng bụng dưới (chú ý tránh gây bỏng cho người già, người bệnh gây tê tuỷ sống, người bệnh liệt mất cảm giác), ngồi dậy, tiểu kín đáo, tiểu đúng tư thế... Ghi đầy đủ số lượng, tính chất, màu sắc nước tiểu vào hồ sơ mỗi ngày. Nếu người bệnh có thông tiểu điều dưỡng chăm sóc bộ phận sinh dục, theo dõi nước tiểu, cho người bệnh uống nhiều nước (nếu được), nên rút thông tiểu sớm.

2.8. Biến đổi trong đào thải đường ruột

2.8.1. Nguyên nhân: người bệnh không đi cầu ngay sau mổ là do thụ tháo trước mổ, thao tác trên ruột, người bệnh chưa ăn uống.

Nhận định: người bệnh than không đi cầu được thì điều dưỡng phải hỏi người bệnh thời gian bao lâu rồi chưa đi cầu từ khi sau mổ? Đã ăn uống gì chưa? Chế độ ăn có chất xơ không? Khám xem người bệnh có hậu môn nhân tạo không?

Can thiệp điều dưỡng: Điều dưỡng giúp người bệnh đại tiện thông thường, cần giải thích cho người bệnh an tâm. Nếu người bệnh đã ăn uống được mà vẫn không đi cầu điều dưỡng khuyên người bệnh vận động, đi lại sớm, ăn thức ăn nhuận tràng, uống nhiều nước. Không cho người bệnh thuốc nhuận tràng nếu không có y lệnh.

2.8.2. Nguyên nhân tiêu chảy: Sau mổ người bệnh cũng có nguy cơ bị tiêu chảy là do thuốc kháng sinh, biến chứng của bệnh, do ăn uống không hợp vệ sinh.

Nhận định điều dưỡng: Điều dưỡng cần hỏi bệnh nhân cụ thể về cách ăn uống để biết nguyên nhân tiêu chảy, ...

Can thiệp điều dưỡng: Nếu do kháng sinh điều dưỡng cho người bệnh uống sữa chua. Theo dõi số lần đi cầu, số lượng phân, mùi, dấu hiệu mất nước, thực hiện bù nước và điện giải thích hợp. Cần hướng dẫn người bệnh vệ sinh sạch sẽ trong ăn uống để tránh tiêu chảy do nhiễm độc thức ăn.

2.9. Khả năng nhiễm trùng, tổn thương da và ống dẫn lưu

Tránh nhiễm trùng và duy trì tính toàn vẹn của da

Có 4 đường xâm nhập vi trùng vào cơ thể là qua da, hô hấp, niệu– sinh dục, máu. Vi trùng sẽ có ngõ đi vào cơ thể do da và niêm mạc bị xâm lấn bởi vết mổ, dẫn lưu, hậu môn nhân tạo, nơi xuyên đinh, thông tiểu. Do người bệnh có nguy cơ giảm sức đề kháng sau giải phẫu và gây mê, đồng thời có yếu tố về nguy cơ nhiễm trùng do môi trường bệnh viện, do không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn, không thực hành rửa tay khi chăm sóc người bệnh. Để tránh nguy cơ nhiễm trùng sau mổ cho người bệnh, điều dưỡng cần phải triệt để tuân theo nguyên tắc kỹ thuật vô khuẩn khi chăm sóc người bệnh, thực hiện kháng sinh dự phòng theo y lệnh.

Khoa phòng luôn tuân thủ các phương pháp phòng chống nhiễm trùng bệnh viện. Rửa tay trước và sau khi chăm sóc, khi thực hiện thủ thuật trên người bệnh. Nâng cao dinh dưỡng giúp tăng sức đề kháng cho người bệnh.

2.10. Chăm sóc vết mổ

Vết mổ không nhiễm trùng: Hiện nay vết mổ nội soi rất nhỏ và nguy cơ nhiễm trùng rất thấp. Thường những vết mổ này điều dưỡng không thay băng, nếu phẫu thuật viên may dưới da thì không cần cắt chỉ. Trong những trường hợp mổ hở thì:

Khâu kín da: Vết mổ vô khuẩn thì không thay băng, sau mổ 5–7 ngày cắt chỉ; nhưng nếu người bệnh già hay tình trạng người bệnh suy kiệt nhiều, vết mổ quá dài, vết mổ ở vị trí thiếu máu nuôi thì nên cắt chỉ chậm hơn, khoảng 10 ngày sau mổ.

2.10. Chăm sóc vết mổ



Hình 14.1. Người bệnh có hệ thống dẫn lưu

Khâu thưa hay để hở da: đây là trường hợp giải phẫu có nguy cơ nhiễm trùng nên phẫu thuật viên thường để hở da giúp thoát dịch, do đó điều dưỡng phải chăm sóc vết mổ mỗi ngày, thấm ướt dịch và báo cáo tình trạng vết thương vào hồ sơ, báo cáo ngay cho bác sĩ khi có các dấu hiệu bất thường.

Vết mổ may bằng chỉ thép: Nên thay băng khi thấm dịch, cắt chỉ sau 14–20 ngày sau mổ, nên thay băng hàng ngày hay khi thấm dịch. Khi thay băng cần nhận định tình trạng vết mổ, dịch thấm băng. Thường phẫu thuật viên may chỉ thép cho người bệnh vì các lý do: vết mổ nhiễm trùng, bệnh lý nhiễm trùng nặng, suy dinh dưỡng nặng, vết mổ đã mổ nhiều lần cần có thời gian lành vết thương.

Vết mổ chảy máu: Nếu ít thì băng ép vết mổ, nếu chảy máu nhiều nên băng ép tạm thời, theo dõi dấu chứng sinh tồn, đồng thời báo bác sĩ khâu lại vết mổ.



Hình 14.2. Hình vết mổ khâu kín da



Hình 14.3. Vết mổ khâu da thưa



Hình 14.4. Vết mổ nhiễm khuẩn và rò



a)



b)

Hình 14.5. Vết mổ may chỉ thép



Hình 14.6. Khâu da bằng clip

Vết mổ nhiễm trùng: nếu người bệnh có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ thì điều dưỡng nên mở băng quan sát, báo bác sĩ cắt chỉ và nặn mủ vết mổ, rửa sạch và băng lại, ghi hồ sơ và báo bác sĩ, thực hiện y lệnh kháng sinh đồ.

2.11. Chăm sóc dẫn lưu

Dẫn lưu an toàn không biến chứng

Nhận định điều dưỡng: loại dẫn lưu ở đâu, mục đích của dẫn lưu để theo dõi và chăm sóc đúng.

Theo dõi: số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu. Hệ thống dẫn lưu có câu nối xuống thấp hơn vị trí dẫn lưu 60cm, câu nối có đảm bảo vô trùng không?

Chăm sóc: đặt bình chứa dịch thấp hơn chân dẫn lưu 60cm. Tránh người bệnh nằm đè cán lên vết

thương. Hướng dẫn người bệnh vận động khi có dẫn lưu.

Mọi dẫn lưu đều có cách chăm sóc và theo dõi khác nhau nên điều dưỡng cần hiểu rõ mục đích của dẫn lưu mà phẫu thuật viên đặt trong phẫu thuật...

Cần câu nối dẫn lưu xuống thấp, duy trì tình trạng vô khuẩn trong suốt thời gian người bệnh có dẫn lưu.

Cần hướng dẫn người bệnh kẹp ống khi xoay trở, đi lại để tránh tình trạng dịch chảy ngược dòng.

Điều dưỡng chăm sóc da xung quanh chân dẫn lưu mỗi ngày hay khi tắm dịch. Cũng tùy tình trạng, tính chất dịch mà điều dưỡng phải biết cách phòng ngừa rôm lở da do dịch thấm.

Thời gian rút dẫn lưu tùy thuộc vào mục đích của dẫn lưu, tình trạng người bệnh và tùy thuộc vào phẫu thuật viên. Báo cáo bác sĩ rút dẫn lưu sớm khi dẫn lưu hết chức năng.

Phòng ngừa biến chứng do dẫn lưu là nhiệm vụ của điều dưỡng, giúp người bệnh tránh các biến chứng như tắc ruột, chảy máu, xì rò vết thương, nhiễm trùng...

2.12. Suy giảm chức năng vận động

Phục hồi chức năng vận động

Sau mổ, do đau, do bệnh lý, người bệnh vận động kém hay không thể vận động được. Nguy cơ cao khi không vận động là viêm phổi, thuyên tắc mạch, tắc ruột, loét do tư thế. Để tránh biến chứng do không vận động, điều dưỡng xoay trở người bệnh mỗi 2 giờ/lần, cho người bệnh vận động, đi lại. Tập luyện trên giường thực hiện trong 24 giờ đầu sau mổ. Hướng dẫn người bệnh cách thở, chăm sóc da. Nếu người bệnh quá đau điều dưỡng thực hiện y lệnh thuốc giảm đau trước khi tập. Việc tự chăm sóc sau mổ cũng giúp người bệnh vận động chủ động.

2.13. Tâm lý lo lắng sau mổ

Giảm lo âu và đạt được sự thoải mái về tâm lý

Sau mổ người bệnh rất lo lắng về đau, vì sợ biến dạng cơ thể, vì lo lắng biến chứng sau mổ. Tâm lý lo lắng cũng ảnh hưởng đến tiến trình hồi phục sau mổ, vì thế điều dưỡng cố gắng động viên, an ủi người bệnh, giúp người bệnh thoải mái, an tâm trong gia đình và cộng đồng.

2.14. Lập hồ sơ và báo cáo số liệu

Ghi lại những triệu chứng, diễn biến bất thường, than phiền của người bệnh vào hồ sơ.

2.15. Những lưu ý

Với người già, cần chú ý di chuyển nhẹ nhàng, theo dõi huyết áp, dấu hiệu thiếu oxy, giữ ấm. Đôi khi người bệnh lú lẫn, khó tiếp xúc, nguy cơ tai biến do sử dụng thuốc quá liều, tai biến do dùng nhầm thuốc, chú ý tác dụng phụ của thuốc.

Người già thường rất dễ đau cơ, khớp nên xoa bóp nhẹ nhàng. Khả năng miễn dịch cũng giảm, vì thế điều dưỡng cần chú ý giữ ấm, không khí trong lành phòng ngừa viêm phổi.

Truyền dịch, cần chú ý tình mạch người già đàn hồi kém, xơ vữa nên rất dễ viêm tắc tĩnh mạch, tránh tiêm vùng chi dưới vì dễ gây tắc mạch và hạn chế vận động chi cũng có nguy cơ tắc mạch cao do cục máu đông. Truyền dịch nhanh quá hay chậm quá cũng có nguy cơ thiếu và thừa nước.

Về dinh dưỡng, người bệnh già rất dễ suy dinh dưỡng do khó ăn, giảm khả năng hấp thu thức ăn, do nằm tại chỗ, do thiếu răng. Điều dưỡng cần cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng, thức ăn phù hợp với người bệnh, với bệnh lý.

3. PHÒNG NGỪA, PHÁT HIỆN VÀ XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ

3.1. Choáng

Choáng do giảm lượng máu, choáng tim, choáng thần kinh, choáng nhiễm trùng. Choáng là biến chứng thường xảy ra trong thời kỳ hậu phẫu. Choáng gây ra giảm tưới máu cho các mô như tim và nhất là não dẫn

đến tình trạng mất khả năng sử dụng oxy, chuyển hoá các chất dinh dưỡng, mất khả năng đào thải chất độc. Ở giai đoạn hậu phẫu, choáng thường gặp là choáng giảm thể tích.

Phòng ngừa bệnh: công tác tư tưởng trước mổ, giữ ấm, giảm đau, yên tĩnh, di chuyển nhẹ nhàng, an toàn. Điều dưỡng luôn theo dõi sát dấu chứng sinh tồn và chăm sóc người bệnh, phát hiện sớm dấu hiệu choáng.

Chăm sóc: nếu choáng cho nằm đầu thấp, chân cao hơn tim 15–30⁰. Thông đường thở, liệu pháp oxy cho người bệnh. Phục hồi thể tích dịch, máu, thực hiện thuốc, theo dõi dấu chứng sinh tồn, ghi hồ sơ đầy đủ, xác định nguyên nhân.

3.2. Chảy máu

Chảy máu nguyên phát (xảy ra trong lúc mổ), chảy máu trung gian (trong những giờ đầu sau mổ), chảy máu thứ phát xảy ra vài ngày sau mổ.

Triệu chứng người bệnh là khát, da lạnh, niêm nhạt, huyết áp giảm, nhiệt độ hạ, lơ mơ, Hct giảm. Điều dưỡng cần tìm ra nơi chảy máu, thực hiện cầm máu tại chỗ, thực hiện truyền máu theo y lệnh. Đánh giá tổng số lượng máu mất. Đánh giá người bệnh và hỗ trợ bác sĩ trong xử trí cầm máu, công tác hồi sức người bệnh cũng như chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu.

3.3. Nghẽn tĩnh mạch sâu

Nguy cơ thường xảy ra ở người bệnh phẫu thuật hông, chi dưới, hệ tiết niệu, phụ khoa, thần kinh, người bệnh > 40 tuổi, béo phì, u ác tính. Khi người bệnh có các dấu hiệu đau và chuột rút bắp chân, tê, phù mềm, ấn lõm... thì điều dưỡng thực hiện y lệnh buộc tĩnh mạch đùi, sử dụng Heparin, trong giai đoạn này tránh xoa bóp chi, kê chi lên hơn tim 15–30⁰, theo dõi nhiệt độ, cảm giác chi. Để phòng ngừa nên giáo dục người bệnh trước mổ cách tập luyện chân sau mổ, tránh buộc dây cố định chi, thực hiện Heparin trước mổ.

3.4. Nghẽn mạch phổi

Tắc nghẽn phổi là sự di chuyển của cục máu đông tới phổi gây tắc nghẽn. Việc phát hiện sớm biến chứng nguy hiểm này tùy thuộc vào trình độ điều dưỡng cũng như mức độ theo dõi người bệnh sau mổ có sâu sát không. Khi thăm khám người bệnh phát hiện đau chói ngực, không thở, tím tái, đồng tử giãn, nếu trong vòng 30 phút không tử vong thì có thể hồi phục...

Cấp cứu người bệnh thường báo ngay cho thầy thuốc, cung cấp oxy ngay cho người bệnh, theo dõi oxy trên monitor và chỉ số khí máu động mạch. Cho người bệnh nằm đầu cao lên và tìm tư thế thoải mái, thực hiện thuốc chống đông, thực hiện truyền dịch và theo dõi sát tình trạng nước xuất nhập của người bệnh. Phòng bệnh cho người bệnh bằng cách cho người bệnh ngồi dậy đi lại sớm, vận động, khi truyền dịch tránh truyền chi bị liệt, chi dưới, nhất là với người già, bệnh nặng, bệnh thở máy, người bệnh béo phì, người bệnh bị liệt.

3.5. Biến chứng hô hấp

Nguy cơ viêm phổi thường xảy ra trên người bệnh hậu phẫu. Viêm phổi có thể do nhiễm trùng, có thể do dị vật, nuốt phải dịch tiết, do ứ đọng, người bệnh thở máy, thường ở người bệnh hôn mê mất phản xạ nuốt, ho.

Biểu hiện lâm sàng như sốt cao, rét run, mạch nhanh, thở nhanh, khô khè, đàm, khó thở, đau ngực. Điều dưỡng phát hiện sớm bằng cách nghe phổi thường xuyên, hút đàm khi có tăng tiết đàm nhớt, nếu người bệnh tỉnh nên hướng dẫn ho, khạc đàm. Khi khám lâm sàng, phát hiện có triệu chứng viêm phổi điều dưỡng nên báo cáo ngay, thực hiện y lệnh kháng sinh, hỗ trợ hô hấp, thở oxy, chăm sóc người bệnh sốt cao, theo dõi khí máu động mạch. Cung cấp dụng cụ khạc nhổ an toàn, cách ly tốt.

Nguy cơ xẹp phổi thường xảy ra do người bệnh nằm tại chỗ, do đau không dám thở. Khi điều dưỡng phát hiện các dấu hiệu khó thở, rì rào phế nang giảm, khô khè, tím tái, điều dưỡng cần báo cáo ngay cho thầy thuốc. Điều trị nhằm giúp giãn nở phổi, cung cấp oxy cho người bệnh. Điều dưỡng cho người bệnh nằm đầu cao, thở oxy theo y lệnh, hướng dẫn người bệnh cách ho, hít thở sâu 5–6 lần/giờ, thực hiện y lệnh giảm đau trong những trường hợp hậu phẫu mổ ngực hay mổ bụng, hay sau đa chấn thương.

Điều dưỡng phòng ngừa xẹp phổi bằng cách hướng dẫn cho người bệnh ngồi dậy sớm, hít thở sâu, giữ ấm, môi trường thoáng khí.

Thực hiện thuốc giảm đau trong thời gian hậu phẫu giúp người bệnh tự tập luyện sau mổ.

3.6. Biến chứng dạ dày – ruột

Sau mổ do nằm tại giường, do không vận động, do đau, do tác dụng thuốc giãn cơ, do mổ trên ruột người bệnh nên thường có nguy cơ tắc ruột, liệt ruột, chướng bụng sau mổ.

Khi điều dưỡng thăm khám thấy các dấu hiệu đau bụng, bụng trướng hơi, khó thở, nhu động ruột (–), điều dưỡng cần đặt ống thông dạ dày, cho người bệnh ngồi dậy, xoay trở, tập thở. Phòng ngừa nên nghe nhu động ruột mỗi 4 giờ, đánh giá mức độ chướng bụng, cho người bệnh vận động càng sớm càng tốt, nhất là người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá. Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, tập bụng, xoay trở và thực hiện thuốc giảm đau khi tập nếu có y lệnh. Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy nên dùng gối đặt ở vết mổ để giảm đau.

3.7. Nhiễm trùng vết mổ

Thực hiện việc rửa tay trước và sau khi chăm sóc vết thương là điều bắt buộc để tránh nguy cơ nhiễm trùng vết mổ. Điều dưỡng khi phát hiện dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ như sưng, nóng, đỏ, đau vết mổ thì nên mở băng ra quan sát vết mổ.

3.8. Loạn thần sau mổ

Có thể do tâm lý như người bệnh cao tuổi, bệnh lý. Công tác tư tưởng cho người bệnh, thực hiện thuốc an thần, cho thân nhân ở cùng người bệnh, ánh sáng dịu, yên tĩnh, an toàn cho người bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 mục tiêu chăm sóc tại phòng hồi sức hậu phẫu.

- A.
- B.
- C.
- D.

2. Nêu 6 vấn đề cần lưu ý khi di chuyển người bệnh từ phòng mổ đến phòng hồi sức.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- F.

3. Hãy kể 4 đường vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể.

- A.
- B.
- C.
- D.

Trả lời đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Vết mổ sạch cần thay băng mỗi ngày.		
5	Nếu sau mổ vài ba ngày người bệnh không đi cầu điều dưỡng nên thực tháo nhẹ.		
6	Tất cả người bệnh khi có nhu động ruột sau mổ đều cho ăn bình thường.		
7	Tất cả người bệnh cần giáo dục vận động sớm sau mổ.		
8	Người bệnh cần rút thông tiểu sớm sau mổ.		
9	Chỉ theo dõi sát nước xuất nhập cho người bệnh sau mổ có mất nước.		
10	Hít thở sâu giúp người bệnh có nhu động ruột sớm.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim Litwack. *The surgical Experience, section 3, Medical Surgical Nursing*, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992: 395
2. *Chăm sóc ngoại khoa*. Trong Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học. Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03–SIDA, Hà Nội, 1994, 9
3. Phan Thị Hồ Hải. *Chuẩn bị người bệnh trước mổ*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1985. Nhà xuất bản Y học 1985: 17–29.
4. *Điều dưỡng nội ngoại khoa* tập 2, BRUNNER/SUDDARTH, Nhà xuất bản Y học lần 6, Hà Nội, 1996, trang 79–140.

Chương 2. TIÊU HOÁ

Bài 15

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ THUỘC HỆ TIÊU HOÁ

MỤC TIÊU

1. Chăm sóc được cho người bệnh trong thủ thuật thuộc hệ tiêu hoá.
2. Chuẩn bị được cho người bệnh trước mổ hệ tiêu hoá.
3. Chăm sóc an toàn cho người bệnh sau mổ hệ tiêu hoá.

I. BỆNH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Chức năng chính của hệ tiêu hoá là cung cấp dinh dưỡng cho toàn cơ thể, có nhiệm vụ hấp thu (nhận thức ăn), tiêu hoá (nghiền thức ăn), thẩm thấu (chuyển thức ăn vào hệ tuần hoàn), bài tiết (thải chất loại bỏ của hệ tiêu hoá). Hệ tiêu hoá dài 9m gồm:

1.1. Miệng

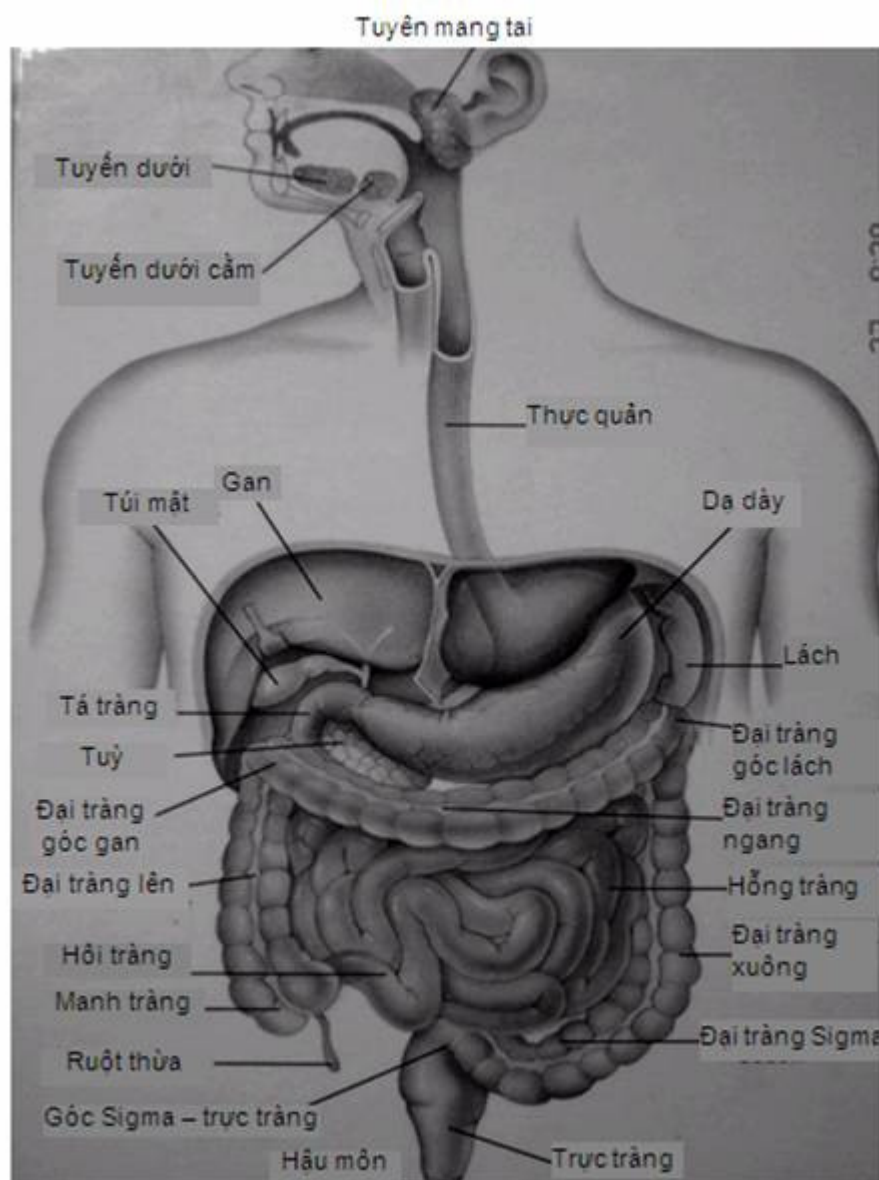
Miệng là nơi nhận thức ăn, răng nghiền thức ăn giai đoạn đầu, nước bọt làm mềm thức ăn, lưỡi vo tròn thức ăn thành từng khối nhỏ và đưa xuống thực quản. Ngoài ra, tuyến nước bọt cũng tiết ra amylase thuỷ phân tinh bột thành maltose. Tuyến nước bọt tiết ra 1.000–1.500ml nước bọt/ngày.

1.2. Thực quản

Thực quản dài 25cm, có nhiệm vụ đưa thức ăn xuống dạ dày.

1.3. Dạ dày

Là nơi chứa thức ăn và nhào trộn thức ăn với dịch dạ dày. Dạ dày chỉ hấp thu một số chất đơn giản như nước, thuốc, rượu, điện giải. Dạ dày tiết 2.500ml dịch vị/ngày (chứa pepsinogen, HCl, lipase, yếu tố nội tại).



Hình 15.1. Hình vẽ minh hoạ đường tiêu hoá

1.4. Ruột non

Gồm tá tràng, hồi tràng, dài 7m (theo tài liệu của điều dưỡng Mỹ); ruột non của người Việt Nam dài khoảng 5,5m làm nhiệm vụ tiêu hoá và hấp thu thức ăn (theo Nguyễn Quang Quyền). Ruột non tiết 3.000ml dịch/ngày (chứa enterokinase, amylase, peptidase, aminopeptidase, maltase, sucrase, lactase, lipase).

1.5. Ruột già

Ruột già dài 1,5–2m, gồm manh tràng, ruột thừa, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng. Nhiệm vụ của ruột già là hấp thu nước và các chất điện giải, hình thành phân, chứa phân, đóng thành khối. Phân gồm có nước, vi trùng, khoáng chất không tan, các chất không tiêu hoá được, sắc tố mật, chất nhầy ruột.

1.6. Hậu môn

Là phần cuối cùng của ống tiêu hoá, làm nhiệm vụ thoát phân ra ngoài.

Ngoài ra, còn có các cơ quan liên quan đến hệ tiêu hoá như:

1.7. Gan

Gan nặng khoảng 2–3kg ở người lớn (theo Nguyễn Quang Quyền). Nhiệm vụ chức năng tuần hoàn là chứa và lọc máu, bài tiết mật, chuyển hoá đường, chất béo, protein, bilirubin, tích trữ vitamin, dự trữ sắt, khử độc và thoái biến thuốc và hormone ở gan.

1.8. Mật

Mật nối tiếp với gan qua ống mật gan phải và trái tạo thành ống gan chung; khi tiếp nhận ống túi mật tạo thành ống mật chủ và xuống tá tràng. Mật bài tiết mỗi ngày 1.000ml, có nhiệm vụ tiêu hoá chất béo.

1.9. Tụy

Tụy gồm tuyến ngoại tiết tiết ra 700ml dịch tụy/ngày, chứa amylase, lipase, trypsinogen, chymotrypsinogen; có nhiệm vụ tiêu hoá carbohydrate, protein và chất béo. Tuyến tụy nội tiết tiết ra insulin.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỰC HIỆN CÁC XÉT NGHIỆM VÀ THỦ THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

Bảng 15.1. Chăm sóc và chuẩn bị người bệnh thực hiện các thủ thuật về bệnh lý đường tiêu hoá

Xét nghiệm	Mục đích và miêu tả	Chăm sóc người bệnh
1. Hình ảnh học: X quang		
X quang bụng không sửa soạn	Khảo sát các dấu hiệu bất thường như: chướng hơi, tắc ruột, khối u, sỏi, phân...	Trong trường hợp cấp cứu bệnh lý tiêu hoá thường người bệnh không cần thực tháo trước khi chụp. Nếu không cấp cứu, người bệnh cần thực tháo sạch phân trước khi chụp.
Chụp thực quản – dạ dày có cản quang	Khảo sát dạ dày qua X quang có chất cản quang. Giúp phát hiện bất thường ở thực quản, dạ dày, tá tràng.	Giải thích thủ tục: - Nhịn đói 8-12 giờ trước khi chụp. - Không hút thuốc đêm trước chụp. - Người bệnh sẽ uống chất cản quang và có thể chụp nhiều tư thế. - Sau khi chụp: có thể đi cầu phân trắng đến 72 giờ sau chụp.
Chụp ruột non có cản quang	Giống như trên nhưng chụp mỗi 20 phút đến khi thuốc đến đoạn cuối hồi tràng.	Chuẩn bị người bệnh chụp như chụp dạ dày có cản quang.
Xét nghiệm	Mục đích và miêu tả	Chăm sóc người bệnh
Chụp đại tràng có cản quang	– Bơm cản quang vào hậu môn. – Tốt nhất là chụp đối quang kép (double contrast), không khí được bơm vào sau khi đã xả baryte ra. – Giúp phát hiện u, polyp, loét hoặc hình thể bất thường của đại tràng.	– Uống thuốc xổ và thực tháo đến khi đại tràng sạch phân đêm trước. – Ăn lỏng đêm trước, nhịn ăn 8 giờ trước khi chụp. – Giải thích với người bệnh là sẽ bơm thuốc cản quang qua hậu môn, sẽ có cảm giác co thắt, buồn đại tiện và chụp nhiều tư thế. – Sau chụp, cho uống nhiều nước và theo dõi phân.
Chụp cản quang đường mật xuyên gan qua da (PTC: Percutaneous Transhepatic Cholangiography)	Sau khi gây tê, dùng kim dài xuyên da vào gan vào đường mật, sau đó bơm thuốc cản quang vào đường mật và chụp hình ảnh đường mật.	– Công tác tư tưởng người bệnh. – Cho thuốc chống choáng. – Theo dõi dấu hiệu chảy máu, đau, rò mật sau chụp.

Chụp điện toán cắt lớp (CT-Scan: Computed tomography)	Thủ thuật không xâm lấn sử dụng máy X quang đặc biệt và computer. Phát hiện bất thường ống mật, gan, tụy và nội tạng bụng. Có thể sử dụng chất cản quang.	Giải thích cách tiến hành chụp CT-scan. Nếu sử dụng cản quang phải hỏi người bệnh về dị ứng với iod.
Chụp cộng hưởng từ - hạt nhân (MRI: Magnetic resonance imaging)	Thủ thuật không xâm lấn sử dụng sóng radio cao tần kết hợp với từ trường. Giúp khám phá ung thư di căn gan, chảy máu đường tiêu hoá, phân giai đoạn ung thư đại trực tràng.	Người bệnh nhịn đói 6 giờ trước thủ thuật. Giải thích thủ tục. Chống chỉ định với những người bệnh có chất ghép kim loại (máy tạo nhịp), người bệnh có thai...

2. Hình ảnh học: Siêu âm

Siêu âm	Đây là thủ thuật không xâm lấn: sử dụng sóng siêu âm để quan sát.	– Làm sạch ruột vì các chất đặc có thể làm thay đổi âm phản hồi và siêu âm không thể truyền tốt trong môi trường không khí hay khí. – Nên thực hiện siêu âm trước khi thực hiện chụp dạ dày hay đại tràng có cản quang.
Bụng	Phát hiện u, dịch, dịch bàng.	Chuẩn bị giống như trên.
Gan đường mật	Phát hiện áp-xe dưới hoành, xơ gan, áp-xe gan, sỏi, u. Khảo sát đường mật.	Chuẩn bị giống như trên.
Siêu âm túi mật	Sỏi, polyp, u... túi mật.	Thụt tháo đêm trước. Nhịn đói trước 8 giờ trước khi siêu âm.

3. Hình ảnh học: Xạ hình

	Mục đích đo kích thước, hình dáng, vị trí của cơ quan. Chất đồng vị phóng xạ (PX) được tiêm tĩnh mạch và đo bằng 1 máy đo PX, vẽ lại trên giấy. Lượng PX sử dụng rất ít.	Giải thích người bệnh là phóng xạ sử dụng rất ít. Nên nằm im trong quá trình đo PX.
--	--	---

Xét nghiệm	Mục đích và miêu tả	Chăm sóc người bệnh
Xạ hình	- Người bệnh được tiêm Tc-99m vào tĩnh mạch và được camera ghi lại sự phân bố chất Tc-99m ở gan và lách. Bình thường, đậm độ Tc-99m ở gan và lách như nhau. - Có thể phát hiện gan to, lách to, bệnh tế bào gan, u ác tính của gan.	Giải thích giống như trên.
Xạ hình gan và lách		

4. Nội soi (endoscopy)

Nội soi dạ dày – tá tràng	Kỹ thuật này là đưa ống nội soi mềm vào miệng dạ dày giúp thầy thuốc nhìn trực tiếp bên trong thực quản, dạ dày, tá tràng. Qua màn hình thầy thuốc thấy nhu động dạ dày, viêm, loét, u, giãn tĩnh mạch,	– Người bệnh không ăn uống trước thủ thuật 8 giờ. – Thực hiện thuốc tiền mê. Xịt thuốc tê vào họng trước khi đưa ống nội soi vào miệng Hướng dẫn người bệnh thư giãn và thở bằng mũi khi làm thủ thuật.
---------------------------	---	--

	hội chứng Mallory-Weiss. Lấy mẫu niêm mạc sinh thiết, tìm vi khuẩn <i>Helicobacter pylori</i>.	– Sau khi xong thủ thuật nên nhịn ăn uống cho đến khi hết phản xạ nôn. – Người bệnh có thể đau họng, nên súc miệng bằng nước muối. – Theo dõi đau bụng, nhiệt độ 1-2 giờ sau thủ thuật vì có thể thủng dạ dày tá tràng.
Nội soi trực tràng - đại tràng chậu hông (proctosigmoidoscopy)	Dùng ống nội soi cứng hoặc mềm đưa vào hậu môn đến đại tràng chậu hông (sigma); giúp phát hiện u, trĩ, polyp, viêm, loét, nứt hậu môn.	– Thụt tháo sạch ruột đêm trước và sáng khi thủ thuật (tùy nơi) Người bệnh có thể ăn lỏng ngày hôm trước, hoặc không cần nhịn ăn. – Tư thế nằm nghiêng co gối vào ngực khi làm thủ thuật. Hít thở sâu khi ống đưa vào. – Khuyến khích người bệnh thư giãn, mềm bụng
Nội soi đại tràng (Fiberoptic colonoscopy)	Đưa ống nội soi mềm vào hậu môn đến van hồi-mạnh tràng. Tư thế người bệnh sẽ thay đổi trong quá trình làm thủ thuật. Giúp thầy thuốc phát hiện: viêm ruột, xuất huyết, u, sinh thiết hay cắt polyp và nong chỗ hẹp.	Người bệnh ăn lỏng 1-3 ngày trước, nhịn ăn trước thủ thuật 8 giờ. Nhuận tràng 1-3 ngày trước và thụt tháo đêm trước thủ thuật; hoặc uống 2-3 gói Polyethylene glycol pha trong 2-3 lít nước đêm trước. Giải thích: đưa ống thông vào hậu môn nên người bệnh cần thư giãn mềm bụng, thay đổi tư thế trong lúc thực hiện thủ thuật. Sau khi thực hiện thủ thuật người bệnh có thể đau bụng, chướng ruột. Theo dõi chảy máu sau cắt polyp hay sinh thiết. Theo dõi thủng ruột. Theo dõi dấu chứng sinh tồn.
Xét nghiệm	Mục đích và miêu tả	Chăm sóc người bệnh
Nội soi mật-tụy ngược dòng (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography)	Đưa ống nội soi mềm vào miệng đi dạ dày đi tá tràng. Dùng catheter thông vào đường mật, ống tụy và bơm cản quang để khảo sát cấu trúc đường mật và ống tụy. Thủ thuật này giúp thầy thuốc lấy được sỏi ống mật chủ, sỏi tụy, sinh thiết u bóng Vater chẩn đoán u nang giả tụy, nong chỗ hẹp, chụp đường mật...	Giải thích thủ tục cho người bệnh. Hướng dẫn người bệnh cách hợp tác. Người bệnh nhịn ăn uống trước 8 giờ. Thực hiện thuốc an thần trước và trong khi thủ thuật. Thực hiện kháng sinh. Sau thủ thuật theo dõi: dấu chứng sinh tồn, dấu hiệu thủng tạng, nhiễm trùng, viêm tụy cấp, chảy máu.
Nội soi ổ bụng (Peritoneoscopy; laparoscopy)	Khảo sát khoang phúc mạc với ống kính nội soi, có thể sinh thiết. Trong nhiều trường hợp, giúp loại trừ phẫu thuật mở bụng thám sát (ví dụ lao ruột, ung thư di căn xa...).	Nhịn đói 8 giờ trước thủ thuật. Bảo đảm bàng quang, ruột xẹp. Người bệnh có thể được gây tê hoặc gây mê. Theo dõi biến chứng: chảy máu, thủng ruột sau thủ thuật.
Sinh thiết gan	Thủ thuật xâm lấn: dùng kim đưa vào giữa liên sườn 6-7	Trước khi làm sinh thiết nên kiểm tra chức năng đông máu toàn bộ.

	hay 8-9 bên phải để lấy mô gan làm sinh thiết.	Kiểm tra dấu chứng sinh tồn. Hướng dẫn người bệnh nín thở sau khi thở ra khi đưa kim vào. Sau thủ thuật theo dõi dấu hiệu xuất huyết nội mỗi 15 phút (2 lần), mỗi 30 phút (4 lần), mỗi 1 giờ (4 lần). Tư thế: cho người bệnh nằm thẳng trong 12-14 giờ. Phát hiện dấu hiệu viêm phúc mạc, choáng, tràn dịch màng phổi.
Tắc động mạch gan TOCE (transarterio oily chemoembolization)	Là phương pháp huỷ gan được dùng khi người bệnh không có khả năng điều trị phẫu thuật. Chống chỉ định nếu Bilirubin toàn phần > 3mg/ml vì phương pháp này có thể gây suy gan nặng. Phương pháp này dùng các chất (Gelatin Sponge, bột Gelatin, Collagen) bít động mạch nhỏ và mao mạch trong u làm giảm lượng máu đến nuôi dưỡng u nhằm tiêu huỷ tế bào ung thư.	Trước thủ thuật thực hiện xét nghiệm tiền phẫu, chức năng đông máu, nhóm máu, ECG, X quang ngực. Truyền dịch, ngưng thuốc đái tháo đường 48 giờ trước thủ thuật. Người bệnh nhịn đói trước thủ thuật 6 giờ. Chăm sóc sau thủ thuật: theo dõi dấu sinh hiệu và nơi chọc dò mỗi giờ/6 giờ, 6 giờ/18 giờ, 2 lần/những ngày tiếp theo. Theo dõi người bệnh bị đau bụng, nôn ói, chóng mặt. Bất động chân nơi chọc dò 24 giờ, sau 24 giờ điều dưỡng tháo băng cho người bệnh, hướng dẫn người bệnh từ từ ngồi dậy chờ 30 phút sau mới xuống giường tránh tụt huyết áp tư thế. Dinh dưỡng: ăn uống sau 4 giờ.
Phân tích dịch dạ dày	Mục đích phân tích dịch dạ dày xác định thể tích dịch dạ dày. Dịch sẽ được lấy ra khi đặt ống Levine. Phân tích chính là HCl, pH, pepsin, điện giải.	Người bệnh nhịn ăn 8-12 giờ trước khi thử. Không thực hiện thuốc ngăn bài tiết dạ dày 24-48 giờ trước khi thử. Bảo đảm người bệnh không hút thuốc trước buổi sáng làm test vì chất nicotin làm gia tăng bài tiết dịch dạ dày.
Thử phân	Hình dáng, độ chắc, màu sắc, tính chất phân. Xét nghiệm xác định chất nhầy, máu, mỡ, ký sinh trùng.	Điều dưỡng quan sát phân người bệnh. Lấy mẫu phân, kiểm tra máu ở phân có không. Không cho người bệnh ăn thịt có màu đỏ hay thức ăn có màu 24-48 giờ trước khi thực hiện xét nghiệm.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH MỔ TIÊU HOÁ

Cho người bệnh nhịn ăn trước mổ ít nhất 8–10 giờ trước mổ. Đặt ống Levine hút dịch dạ dày, rửa dạ dày nếu cần. Thụt tháo người bệnh trong một số phẫu thuật khi mổ chương trình, đặc biệt cần thụt tháo nhiều ngày trước mổ trong trường hợp mổ đại tràng. Thụt tháo không chỉ định ở người bệnh phẫu thuật cấp cứu tiêu hoá. Nếu có hậu môn nhân tạo cần chú ý thụt tháo sạch đoạn ruột trên và dưới hậu môn nhân tạo.

Nhận định tình trạng người bệnh trước mổ: đau bụng, nôn ói, bụng trướng, rối loạn tiêu hoá, rối loạn nước và điện giải, nghe nhu động ruột. Cung cấp thông tin về đường mổ trên bụng, phương pháp phẫu thuật, dẫn lưu, hậu môn nhân tạo. Hướng dẫn người bệnh cách hít thở sâu, ngồi dậy sớm sau mổ. Hiện nay, phẫu thuật nội soi hầu như áp dụng trong tất cả bệnh ngoại khoa tiêu hoá.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC SAU MỔ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH TẠI PHÒNG HỒI SỨC

Bất kỳ người bệnh hậu phẫu nào cũng cần theo dõi dấu chứng sinh tồn, mạch và huyết áp, khó thở, thở chậm. Nếu người bệnh gây mê cần theo dõi sát tri giác người bệnh tỉnh, lơ mơ hay kích động. Thường sau phẫu thuật tiêu hoá người bệnh rất dễ bị mất nước và điện giải do trong quá trình phẫu thuật, do dẫn lưu, do ống Levine và người bệnh nhịn ăn uống hoàn toàn trước và sau mổ, do tình trạng bệnh lý. Vì thế điều dưỡng cần nhận định chính xác dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải, ghi chú nước xuất nhập và điện giải cho người bệnh, cần nhất là K^+ vì có thể ảnh hưởng đến nhu động ruột sau mổ. Sau phẫu thuật tiêu hoá thường có dẫn lưu, vì thế điều dưỡng cần biết loại dẫn lưu, vị trí dẫn lưu, số lượng dịch, màu sắc, tính chất và dấu hiệu bất thường.

Về vết mổ, rất nhiều vị trí vết mổ trên thành bụng, điều dưỡng cần biết vị trí, tình trạng vết mổ hở, căng, chỉ thép, khâu hở, khâu thừa... Chỉ có phẫu thuật tiêu hoá mới có hậu môn nhân tạo, điều dưỡng cần nhận định màu sắc niêm mạc, hậu môn nhân tạo xẻ hay chưa xẻ, tình trạng xung quanh da ở chân hậu môn nhân tạo, vị trí đưa ra hậu môn nhân tạo vì nếu bên phải thì người bệnh rất dễ mất nước và điện giải. Tình trạng bụng trướng, đau, nôn ói, khám bụng gồng cứng, có phản ứng phúc mạc không, nghe nhu động ruột. Hầu như các phẫu thuật tiêu hoá đều đặt ống Levine vì nó rất quan trọng trong và sau phẫu thuật; điều dưỡng nhận định màu sắc, số lượng, áp lực hút, nghe nhu động ruột.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

2.1. Bụng

Với người bệnh phẫu thuật tiêu hoá, việc thăm khám bụng thường xuyên là rất quan trọng, giúp theo dõi tiến triển của tình trạng bệnh sau mổ. Điều dưỡng theo dõi đau bụng, căng chướng bụng không. Khám bụng tìm phản ứng dội, bụng cứng, điềm đau, nghe nhu động ruột. Điều dưỡng khuyến khích người bệnh xoay trở, hít thở sâu, theo dõi cơn đau bụng, hút qua ống Levine, theo dõi chướng bụng, theo dõi số lượng dịch hút.

2.2. Nắc

Nắc là do cơ hoành co thắt. Thường xảy ra ở những người bệnh phẫu thuật phía trên ống tiêu hoá như phẫu thuật dạ dày, tụy, mật... Nắc làm người bệnh rất khó chịu và mệt, vì thế điều dưỡng cần cho người bệnh ngồi dậy, hút dịch dạ dày qua ống Levine, cho uống nước ấm nếu được, hít thở sâu,... sau cùng nếu không đạt kết quả, điều dưỡng thực hiện thuốc chống nắc cho người bệnh.

2.3. Nôn

Nắc thường do tác dụng phụ thuốc gây mê, tính chất giải phẫu, tình trạng bệnh lý, thường do tắc ống Levine, do tư thế. Nôn sẽ làm người bệnh mất nước, rối loạn điện giải, mệt. Điều dưỡng cần theo dõi số lượng, số lần, tính chất, màu sắc chất nôn. Thực hiện đặt ống thông dạ dày và hút liên tục. Nên cho người bệnh nằm nghiêng tránh hít chất nôn vào phổi.

2.4. Tràn hơi phúc mạc sau mổ

Cho người bệnh xoay trở, ngồi dậy hay nằm tư thế Fowler giúp thoát hơi nhanh. Theo dõi hô hấp do chướng bụng có thể làm người bệnh khó thở.

2.5. Vết mổ

Điều dưỡng cần nhận định: vết mổ may kín, may thừa, chỉ thép, để hở, có dẫn lưu hay hậu môn nhân

tạo. Điều dưỡng lượng giá tình trạng vết mổ đau, thấm dịch, chảy máu, dấu hiệu nhiễm trùng.

Chăm sóc: Không thay băng nếu vết mổ khô sạch, không thấm dịch, nhưng theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, sốt. Chỉ thay băng vết mổ khi thấm dịch, vết mổ may bằng chỉ thép, vết mổ hở. Trong trường hợp vết mổ chảy máu, điều dưỡng thực hiện băng ép điểm chảy máu. Nếu chảy trên nhiều điểm báo bác sĩ và chuẩn bị phụ giúp bác sĩ khâu cầm máu. Vết mổ nhiễm trùng, điều dưỡng xin ý kiến bác sĩ cắt ngay mỗi chỉ có mũ, nặn mũ, rửa sạch vết mổ, ghi chú màu sắc, số lượng mũ vào hồ sơ. Theo dõi đau vết mổ, đánh giá theo thang điểm đau. Đề giảm đau vết mổ, điều dưỡng nên cho người bệnh ngồi dậy, dùng gối đặt ngay vết mổ khi ngồi dậy, xoay trở.

2.6. Dẫn lưu

Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch. Phải biết dẫn lưu đặt ở đâu, mục đích phòng ngừa hay điều trị. Chăm sóc, thay băng khi thấm dịch, cho người bệnh nằm nghiêng về phía dẫn lưu, hướng dẫn người bệnh cách giữ ống dẫn lưu khi vận động. Nếu là dẫn lưu mật, tuy thì theo dõi dấu hiệu mất nước và điện giải. Thực hiện bù nước và điện giải cho người bệnh. Chăm sóc da vùng chân ống dẫn lưu, phòng ngừa rôm lở da tích cực. Cần câu nối hệ thống dẫn lưu thấp hơn vị trí dẫn lưu, hệ thống thông và 1 chiều.



Hình 15.2. Minh hoạ vết mổ đường tiêu hoá và dẫn lưu ổ bụng

2.7. Chức năng ruột

Điều dưỡng nhận định nhu động ruột, táo bón, tiêu chảy, rối loạn lưu thông ruột. Người bệnh sau mổ tiêu hoá thì bụng thường hay bị chướng hơi, phục hồi nhu động ruột chậm, táo bón hay tiêu chảy, chán ăn, rối loạn hấp thu. Điều dưỡng nên theo dõi tình trạng bụng, cơn đau, nghe nhu động ruột, đánh giá người bệnh có trung tiện chưa. Chăm sóc cho người bệnh vận động, ngồi dậy sớm, hít thở sâu, cho thuốc theo y lệnh. Nếu người bệnh tiêu chảy có thể do dùng kháng sinh, điều dưỡng cần thực hiện thuốc hay cho ăn sữa chua.

2.8. Tuần hoàn

Choáng và suy giảm tuần hoàn liên quan đến thiếu máu, nước và điện giải. Nguyên nhân do nôn ói, do không ăn uống trước mổ, do rối loạn nước và điện giải trước mổ, do rò tiêu hoá sau mổ, dẫn lưu, do hậu môn nhân tạo. Chăm sóc, theo dõi dấu mất nước trên lâm sàng, thực hiện bù nước, nhưng chú ý ở người già nguy cơ thừa và thiếu nước có khoảng cách rất hẹp.

2.9. Dấu hiệu tắc mạch chi

Thường xảy ra ở những người bệnh nằm lâu, người già, béo phì. Chú ý vấn đề người bệnh nằm lâu không vận động. Tránh tiêm truyền ở chi dưới cho người bệnh, nhất là người bệnh béo phì, suy kiệt.

2.10. Nước và điện giải

Nguyên nhân do tắc ruột, liệt ruột, rò, ói, tiêu chảy, dẫn lưu ổ bụng, hậu môn nhân tạo, ống thông dạ dày. Điều dưỡng theo dõi nước xuất nhập và dấu hiệu thiếu điện giải, thực hiện bù nước và điện giải theo y

lệnh.

2.11. Tâm thần

Đánh giá ảnh hưởng của thuốc mê, cân bằng nước và điện giải, mất ngủ, mệt, lượng giá cảm xúc người bệnh khi người bệnh có hậu môn nhân tạo.

2.12. Hô hấp

Sau mổ tiêu hoá, người bệnh thở nông và không dám ho vì đau bụng, thiếu oxy sau gây mê, bụng chướng làm tổn thương sự giãn nở của phổi. Điều dưỡng cho người bệnh nằm đầu cao, ngồi dậy thường xuyên, tập bụng, thực hiện thuốc giảm đau.

2.13. Nhiệt độ

Sau mổ bình thường nhiệt độ có thể tăng nhẹ. Nếu nhiệt độ $> 38^{\circ}\text{C}$ nên theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng tiểu, vết mổ, viêm phúc mạc, áp-xe tồn lưu. Sau mổ điều dưỡng theo dõi nhiệt độ, thực hiện kháng sinh chống nhiễm trùng.

2.14. Tiết niệu

Theo dõi nước tiểu, màu sắc, tính chất, phát hiện tình trạng bất thường, BUN, creatinine, dấu hiệu nhiễm trùng tiểu. Việc đánh giá số lượng nước tiểu giúp điều dưỡng phát hiện sớm tình trạng suy thận sau mổ. Một trong những nguy cơ cao sau mổ là nhiễm trùng tiểu. Điều dưỡng cũng cần rút thông tiểu sớm nhằm giảm tình trạng nhiễm trùng tiểu; tuy nhiên người bệnh cũng có nguy cơ bí tiểu sau phẫu thuật đại tràng như phẫu thuật Miles, phẫu thuật Hartmann. Vì thế, phẫu thuật viên thường lưu thông tiểu 5–6 ngày sau mổ. Điều dưỡng cần chăm sóc bộ phận sinh dục, câu nối vô trùng, bảo đảm hệ thống thông và sạch. Mục đích dẫn lưu nước tiểu qua ống thông là giúp người bệnh tránh nhiễm trùng vết thương vùng tầng sinh môn, bí tiểu sau mổ. Điều dưỡng có thể hướng dẫn người bệnh cách tập bàng quang bằng cách cột ống thông tiểu lại và chỉ tháo nước tiểu mỗi 3 giờ. Mục đích người bệnh sẽ không bí tiểu sau khi rút thông tiểu.

2.15. Hậu môn nhân tạo

Điều dưỡng nhận định tình trạng hậu môn nhân tạo, tình trạng da xung quanh hậu môn nhân tạo, màu sắc phân. Điều dưỡng chăm sóc hậu môn nhân tạo và hướng dẫn cho người bệnh hay người nhà cách chăm sóc. Hướng dẫn và cung cấp thông tin cần thiết giúp người bệnh tự tin trong cuộc sống.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu sau mổ

Theo dõi nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, dẫn lưu về màu sắc, số lượng, tính chất dịch. Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ, theo dõi dấu chứng sinh tồn mỗi 2 giờ cho đến khi ổn định và sau đó mỗi 4 giờ/lần.

3.2. Thay đổi chức năng tiết niệu, tim, phổi, tiêu hoá, tưới máu ngoại biên

Lượng giá các dấu hiệu và triệu chứng của người bệnh qua sự thay đổi tưới máu mô sau mổ bụng vì biến chứng như viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp, loét đại tràng hay những bệnh khác, bao gồm choáng, suy tuần hoàn, suy thận. Monitor theo dõi dấu chứng sinh tồn, áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), theo dõi sát nước xuất nhập. Khuyến khích người bệnh tập thở, tập chân, dùng vớ bó giúp máu tĩnh mạch trở về tốt.

3.3. Thở nông với nhịp thở, tiếng thở giảm

Nghe phổi mỗi 2 giờ, quan sát kiểu thở. Khuyến khích người bệnh xoay trở, ngồi dậy, ho, hít thở sâu mỗi 2 giờ giúp phổi giãn nở tốt. Cung cấp thuốc giảm đau và dùng gối nẹp bụng người bệnh giúp người bệnh giảm đau khi cử động hay khi ho, thực hiện thuốc giảm đau.

3.4. Thiếu nước và điện giải

Theo dõi nước xuất nhập, dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải trên lâm sàng và xét nghiệm ion đồ. Cung cấp dịch và các chất điện giải theo y lệnh, cân người bệnh mỗi ngày. Thực hiện truyền dịch đúng số lượng, số giọt theo y lệnh, điều dưỡng nên giữ đường truyền liên tục trong ngày. Đánh giá và theo dõi lượng nước tiểu chính xác.

3.5. Hút dạ dày

Bắt lợi: mất thăng bằng sinh học, giảm sự thông khí của người bệnh, khó chịu, khô môi miệng.

Ưu điểm: hút không khí nuốt vào giảm nguy cơ tắc ruột sau mổ. Ruột giảm căng chướng để đường khâu nối ở ruột được bảo vệ.

Chăm sóc răng miệng, giữ ẩm niêm mạc miệng, hướng dẫn cách thở, theo dõi số lượng dịch tránh nguy cơ thiếu dịch. Theo dõi dấu hiệu mất nước, tình trạng chảy máu sau mổ, tác dụng áp lực hút, màu sắc, tính chất số lượng dịch, nhu động ruột.

3.6. Đau sau mổ bụng

Có 4 kiểu đau: nông, nội tạng, tính chất phản chiếu, đau lan.

Điều dưỡng theo dõi thời gian đau, khoảng cách cơn đau, vị trí, kiểu đau và thời gian đau xuất hiện, hiệu quả thuốc điều trị, tư thế và phương pháp giảm đau. Điều dưỡng thực hiện các phương pháp giảm đau cần thiết như đánh giá tâm lý, người bệnh đứng dậy, đi lại, tập thở, có thể cho thuốc giảm đau nhưng tránh nguy cơ nghiện thuốc. Đau có thể do căng chướng bụng, bụng cứng. Khi người bệnh sốt thì nên theo dõi biến chứng viêm phúc mạc.

3.7. Mất sự toàn vẹn ở da

Xoay trở mỗi 2 giờ/lần tránh nguy cơ loét do tư thế.

Thay băng vết mổ, dẫn lưu nếu thấm dịch. Cung cấp túi đựng phân hay chất bảo vệ da khi người bệnh có lỗ dò hay hậu môn nhân tạo. Chăm sóc da sạch tránh nguy cơ loét da xung quanh chân dẫn lưu.

3.8. Vệ sinh răng miệng

Chăm sóc răng miệng thường xuyên để ngăn ngừa các vấn đề liên quan do ống Levine, hạn chế ăn uống, thở bằng miệng. Đánh răng mỗi 4 giờ giúp người bệnh dễ chịu. Dùng kẹo ngậm sát trùng (nếu được) kích thích tiết nước bọt và dịch dạ dày. Chăm sóc răng miệng tránh nguy cơ tổn thương do đặt ống Levine.

3.9. Táo bón – tiêu chảy

Đánh giá người bệnh có nhu động ruột ngay sau mổ. Đánh giá thức ăn và dịch đưa vào liên quan đến mùi phân. Quan sát màu sắc, tính chất, số lượng, mùi của phân. Theo dõi dấu mất nước nếu người bệnh tiêu chảy. Giáo dục người bệnh cách ăn uống sau mổ. Nếu người bệnh có hậu môn nhân tạo thì điều dưỡng cần hướng dẫn cẩn thận về chế độ ăn uống.

3.10. Vệ sinh cá nhân giảm

Đánh giá hoạt động thường ngày của người bệnh sau mổ. Cho người bệnh tắm những phần không ảnh hưởng đến vùng có tổn thương da trên cơ thể. Cách đặt túi hậu môn trong trường hợp dò tiêu hoá, sau rút dẫn lưu Kehr, dẫn lưu ổ tụy, hậu môn nhân tạo giúp người bệnh sạch sẽ, đo được lượng dịch, ngừa lở da.

3.11. Dinh dưỡng

Lượng giá khả năng rối loạn hấp thu dinh dưỡng như tiêu máu, tiêu chảy, giảm cân, chậm tiêu. Cung cấp thức ăn đầy đủ chất dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý, thức ăn đưa vào cơ thể nếu chưa trung tiện hoặc do bệnh lý người bệnh không được ăn. Thực hiện nuôi dưỡng bằng dịch truyền an toàn.

Nếu đã có trung tiện, nuôi ăn qua miệng, qua lỗ mở dạ dày ra da, lỗ mở hồng tràng ra da. Đôi khi người bệnh đã có nhu động ruột nhưng không ăn được và vẫn nuôi dưỡng qua các đường khác. Mục tiêu chung là cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cho người bệnh.

3.12. Bài tiết nước tiểu

Bí tiểu: thường hay xảy ra ở người bệnh mổ bụng nhất là sau giải phẫu vùng trực tràng, thường thông tiểu sẽ lưu lại với người bệnh mổ phẫu thuật Miles. Đánh giá bí tiểu do thuốc mê, đau, lo lắng. Giúp người bệnh tiện nghi và kín đáo khi đi tiểu. Nên sờ xem bàng quang người bệnh có căng chướng không? Nếu người bệnh không đi tiểu từ 6–8 giờ, hay tiểu với số lượng ít, đặt thông tiểu theo y lệnh.

3.13. Theo dõi những người bệnh có nguy cơ biến chứng cao

- Người già do thiếu dinh dưỡng vì khó ăn, thiếu răng, tiêu hoá chậm lại, rối loạn chuyển hoá, dễ chảy máu, thiếu máu, nhiễm trùng, tắc mạch, xơ cứng mạch máu, viêm phổi.
- Nghiện rượu: lú lẫn mê sảng, hôn mê,...
- Tiểu đường: mê do tăng đường huyết hay giảm đường huyết, vết mổ lâu lành.
- Béo phì: viêm phổi, nghẽn tĩnh mạch, nhiễm trùng, thiếu máu.

4. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh mổ tiêu hoá những chăm sóc thường quy, thường xuyên đi lại, nghỉ ngơi, từ từ gia tăng hoạt động, giữ sạch vết thương, báo cáo dấu hiệu sưng, nóng, đỏ đau của vết mổ nhiễm trùng, tránh làm việc nặng trong 6–8 tuần, nên dùng tay giữ thành bụng khi ho hay hắt hơi. Cung cấp những thông tin chẩn đoán xác định, phương pháp mổ, và diễn tiến bệnh khi xuất viện. Cung cấp bằng bài viết về cách chăm sóc tại nhà vết thương, dẫn lưu, hậu môn nhân tạo, cho người bệnh những bài tập quan trọng. Hướng dẫn bằng tờ rơi và chương trình điều trị thuốc tiếp theo. Không làm việc nặng để tránh biến chứng thoát vị thành bụng. Cung cấp các triệu chứng tắc ruột, thoát vị thành bụng, nhiễm trùng vết mổ,... để người bệnh đến tái khám ngay.

LƯỢNG GIÁ

Chức năng cơ thể trở về bình thường, vết thương lành, dẫn lưu đã rút, chức năng ruột và bàng quang bình thường. Người bệnh trở về với hoạt động trong cuộc sống hằng ngày, hồi phục những hoạt động ở nhà và ở nơi làm việc. Bụng người bệnh không đau. Người bệnh lên cân và ăn theo chế độ bệnh lý.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn chữ cái trước câu trả lời đúng nhất cho các câu:

1. Người bệnh sau mổ tiêu hoá thường chú ý tình trạng nhu động ruột vì:
 - A. Dễ gây tắc ruột.
 - B. Người bệnh bụng chướng sau mổ.
 - C. Người bệnh rất dễ khó thở.
 - D. Tất cả các ý trên đều sai.
 - E. Tất cả các ý trên đều đúng.
2. Khi người bệnh cần thực hiện thủ thuật nội soi trực tràng, điều dưỡng cần hướng dẫn như sau:
 - A. Nhịn ăn uống hoàn toàn trước 2 ngày.
 - B. Chỉ cần thật tháo sáng ngày mổ.
 - C. Người bệnh ăn nhiều chất xơ.
 - D. Người bệnh cần nhịn đói hoàn toàn.

- E. Tất cả các ý trên đều sai.
3. Khi cần siêu âm bụng, người bệnh cần không ăn uống trước:
- 8 giờ.
 - 10 giờ.
 - 5 giờ.
 - 3 giờ.
 - 12 giờ.
4. Ông Levine ở người bệnh mổ tiêu hoá có ưu điểm:
- Người bệnh hết chướng bụng.
 - Người bệnh theo dõi nước xuất nhập.
 - Tình trạng bụng không đau.
 - A + B đúng.
 - Tất cả đúng.
5. Nếu vết mổ may bụng bằng chỉ thép cần chăm sóc như sau:
- Thay băng mỗi phiên trực.
 - Khi vết thương thấm dịch.
 - Khi người bệnh sốt.
 - A + B đúng.
 - B + C đúng.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
6	Bụng chướng, đau sau mổ tiêu hoá là viêm phúc mạc.		
7	Ông Levine ở người bệnh sau mổ tiêu hoá là giúp cho người bệnh cung cấp dinh dưỡng.		
8	Người bệnh ngồi dậy sớm sau mổ tiêu hoá là giúp có nhu động ruột sớm.		
9	Người bệnh đi cầu phân có màu trắng sau chụp XQ đại tràng có cản quang.		
10	Không thắt tháo ở người bệnh phẫu thuật cấp cứu tiêu hoá.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenec. *Knowledge base for patients with Gastrointestinal dysfunction*, in *Medical Surgical Nursing*, W.B. Saunders company, Philadelphia, 2nd ed. (1998): 947.
2. Debra C. Broadwell. *Gastrointestinal System*, in *Mosby's Manual of Clinical Nursing*, Mosby Company, 2nd ed. (1992) :731–753.
3. Rachel Elrod. *Gastrointestinal System, chapter 36, section 8, Medical Surgical Nursing*, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992, 1073–1099.
4. Lê Quang Nghĩa. *Triệu chứng học tiêu hoá*, trong Bài giảng bệnh học ngoại khoa cơ sở – triệu chứng học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 2001, trang 219–231.
5. *Săn sóc người bệnh mổ vùng bụng*, tập 1. Philip Êttri, người dịch BS Nguyễn Văn Vân và GS Nguyễn Đình Hối, xuất bản năm 1973.

Bài 16

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ THOÁT VỊ BỆN (Inguinal hernia)

MỤC TIÊU

1. Trình bày được sinh bệnh học và lâm sàng của bệnh lý thoát vị bẹn.
2. Chăm sóc được người bệnh mổ thoát vị bẹn.

I. BỆNH HỌC

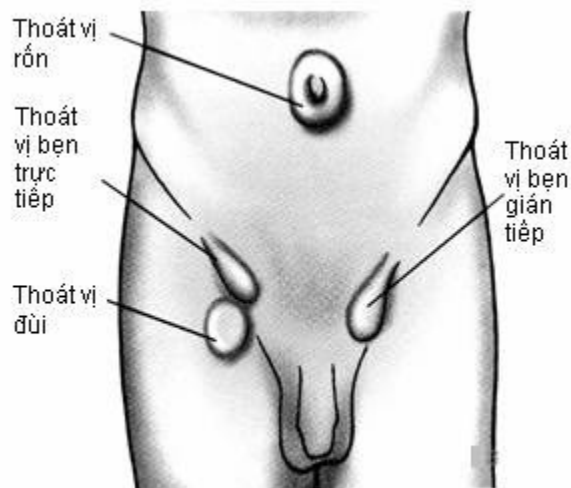
1. ĐỊNH NGHĨA

Thoát vị bẹn là tình trạng nhô ra của phúc mạc, mạc nối và ruột ra ngoài ổ bụng qua chỗ mở ra bất thường của cơ trên thành bụng. Tùy vị trí người ta phân loại thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị rốn. Thoát vị bẹn thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ.

2. SINH BỆNH HỌC

Khiếm khuyết cơ thành bụng có thể do cơ thành bụng yếu, do bẩm sinh. Khối thoát vị chỉ xuất hiện khi ổ bụng tăng áp lực, làm tăng áp suất lên chỗ yếu thành bụng. Sự gia tăng áp lực trong ổ bụng như rặn đi đại tiện, ho, tư thế đứng, có thai, làm việc nặng, khó thở, béo phì, khối u.

Túi nhỏ phúc mạc xuyên qua chỗ yếu trên thành bụng hình thành túi thoát vị. Trong giai đoạn sớm, mô như mạc nối, hay quai ruột chui vào trong túi khi người bệnh đứng dậy. Khi người bệnh nằm xuống khối thoát vị nhỏ dần và có thể biến mất. Lâu ngày mô nằm hẳn trong túi.



Hình 16.1. Minh họa thoát vị bẹn

3. LÂM SÀNG

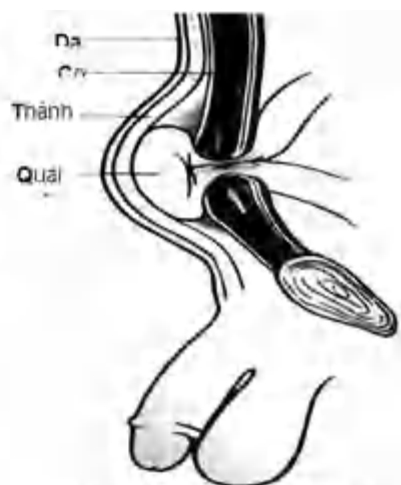
Triệu chứng cơ năng: khối u vùng bẹn xuất hiện khi gắng sức, đi đứng, ho, rặn và tự mất đi khi nằm xuống hay dùng tay đẩy vào. Thường thoát vị không đau. Thoát vị bẹn là tình trạng nhô ra của phúc mạc, mạc nối và ruột ra ngoài ổ bụng qua chỗ mở ra bất thường của cơ trên thành bụng. Tùy vị trí người ta phân loại: thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị rốn. Thoát vị bẹn thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ.

4. XUẤT ĐỘ VÀ NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân bẩm sinh: do sự tồn tại của ống phúc tinh mạc tạo nên đường đi cùng 1 túi cơ sẵn khiến cho thoát vị có điều kiện xảy ra.

Nguyên nhân mắc phải: sự suy yếu của lớp mạc ngang và cơ ngang bụng gây nên thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị đùi. Nguyên nhân gây yếu thành bụng là do người già, suy dinh dưỡng hay thương tích vùng bẹn.

Yếu tố thuận lợi: táo bón kinh niên, u đại tràng, tiểu khó do hẹp niệu đạo hay do u xơ tiền liệt tuyến, ho kéo dài trong viêm phế quản mạn tính, có thai, cổ trướng hay khối u trong bụng.



Hình 16.2. Quai ruột bị thoát

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi: tư thế thường bị thoát vị, cách xử trí, thời gian xuất hiện, thường khối thoát vị sẽ xuất hiện nặng hơn và thường xuyên ở những người bệnh có bệnh lý mạn tính về hô hấp, người bệnh táo bón thường xuyên, nghề nghiệp khuôn vác nặng, có gắng sức, có bệnh lý kèm theo như u xơ tiền liệt tuyến...

Khám: tư thế người bệnh nằm ngửa hay ngồi, tư thế nào khối thoát vị nhô ra.

Khi thăm khám có thể thấy khối mềm vùng bẹn khi người bệnh thay đổi tư thế, khi ho, khi cười hay khóc (ở trẻ em) và biến mất khi nằm xuống hay khi dùng tay đẩy nhẹ vào. Sờ để đánh giá mật độ, kích thước, tìm điểm đau, tình trạng đau khi khối thoát vị nhô ra. Hỏi người bệnh cách xử trí khi có khối thoát vị, tư thế nào thường bị nhất.

Luôn luôn nhận định tình trạng người bệnh trước khi mổ. Nhận định cẩn thận tình trạng viêm phổi, ho mạn tính, dị ứng. Bởi vì sau mổ, khi ho, nháy mũi có thể làm gián đoạn chỗ sửa chữa. Thường có thể trì hoãn cuộc mổ để điều trị trước mổ. Nôn ói, căng chướng, đau là dấu hiệu sớm của tắc ruột. Điều dưỡng nhận định mức độ lo lắng.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh lo lắng trước mổ thoát vị

Cung cấp thông tin về phương pháp mổ, hiện nay có thể mổ theo phương pháp nội soi. Giải thích cho người bệnh về phương pháp phẫu thuật và những chăm sóc sau mổ, tránh biến chứng thoát vị lại sau mổ. Nếu là nam, do không hiểu biết về bệnh rõ ràng người bệnh sẽ lo lắng ảnh hưởng của phẫu thuật với vấn đề tình dục. Người bệnh có thể được gây tê tuỷ sống hay gây mê. Sau mổ việc vận động, đi lại hạn chế trong những ngày đầu và đôi khi do đau nên người bệnh khó tiểu 24-48 giờ sau mổ. Thụt tháo hay có thể dùng thuốc bơm hậu môn đêm trước mổ hoặc uống Fortrans ngày trước mổ. Cho thức ăn nhẹ ngày trước mổ, sáng nhịn ăn hoàn toàn. Vệ sinh vùng bộ phận sinh dục.

2.2. Người bệnh mổ cấp cứu do thoát vị bẹn nghẹt

Nhận định: khối thoát vị làm người bệnh đau bụng, đau nơi khối thoát vị, phát hiện dấu hiệu tắc ruột.

Can thiệp điều dưỡng: người bệnh sẽ được mổ cấp cứu thoát vị bẹn nghẹt như một người bệnh tắc ruột. Thực hiện truyền dịch, vệ sinh bộ phận sinh dục, thực hiện kháng sinh dự phòng, chuẩn bị các xét nghiệm trước mổ, công tác tư tưởng cho người bệnh vì lúc này người bệnh phải phẫu thuật nặng hơn và có nguy cơ có hậu môn nhân tạo hay dẫn lưu sau mổ.

Khác với phương thức phẫu thuật mổ thoát vị bẹn đơn thuần. Với người bệnh thoát vị bẹn nghẹt cần cho người bệnh thông tin về cuộc phẫu thuật sắp tới như có dẫn lưu, hậu môn nhân tạo, vết mổ dài...

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THOÁT VỊ BÊN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định về dấu chứng sinh tồn, vết mổ, dẫn lưu. Nhận định tình trạng bàng quang có nước tiểu căng hay không có nước tiểu vì đối với nam đôi khi việc bài tiết nước tiểu sau mổ thoát vị thường có khó khăn.

Điều dưỡng theo dõi nước xuất nhập. Quan sát và sờ trên xương mu phát hiện bàng quang căng. Quan sát tình trạng bìu xem có sưng, đau không.

Nhận định người bệnh đau vết mổ, đau bụng không khi người bệnh ho, khi hắt hơi.

Nếu người bệnh về nhà sớm, điều dưỡng cần đánh giá người bệnh qua mức độ hiểu biết về dấu hiệu và triệu chứng của biến chứng sau mổ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh có nguy cơ chảy máu sau mổ

Theo dõi dấu chứng sinh tồn trong những giờ đầu. Theo dõi chảy máu sau mổ, quan sát vết mổ, dẫn lưu có dấu hiệu chảy máu. Theo dõi Hct, thường xuyên đánh giá tình trạng bụng như đau, chướng, tụ máu. Phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu, điều dưỡng chăm sóc và chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu theo y lệnh.

2.2. Người bệnh đau vùng bụng dưới sau mổ

Thẩm định tình trạng đau theo thang điểm đau. Thực hiện thuốc giảm đau, hướng dẫn người bệnh xoay trở nhẹ nhàng, tránh ngồi dậy sớm. Nếu người bệnh đau vùng bìu và có sưng điều dưỡng có thể đắp đá lạnh giảm sưng.

2.3. Người bệnh không thay băng do vết mổ sạch, vết mổ nội soi

Theo dõi dấu hiệu máu thấm băng. Vết mổ khô không thay băng, cắt chỉ sau 5–7 ngày. Nếu vết mổ nội soi, thường được khâu dưới da nên sau 4–5 ngày tháo băng, không cắt chỉ, theo dõi nhiệt độ, đau vết mổ.

2.4. Người bệnh có nguy cơ căng chướng bàng quang và không tiểu được

Người bệnh tiểu được, đủ (200ml–300ml/8 giờ sau mổ), bàng quang không căng chướng. Cố gắng không đặt ống thông tiểu, thực hiện các biện pháp như nghe tiếng nước chảy. Nếu người bệnh không tiểu được thì báo bác sĩ và thực hiện y lệnh đặt ống thông tiểu lại, tránh để người bệnh rặn đi tiểu.

2.5. Người bệnh hạn chế vận động do có nguy cơ thoát vị lại sau mổ

Ngày thứ 2 cho người bệnh ngồi dậy. Đối với người bệnh có thành bụng yếu hay người già thì chú ý việc vận động, đi lại trễ hơn. Ngày thứ 3 có thể cho người bệnh đi lại quanh giường. Tránh đi xe đạp trong 2 tuần đầu sau mổ.

Tránh làm việc nặng trong 2–3 tháng sau mổ. Hiện nay có thể mổ nội soi điều trị thoát vị bẹn, người bệnh có thể vận động sớm sau mổ, thời gian nằm viện ngắn ngày hơn và tỷ lệ tái phát ít hơn. Nếu người bệnh quá già hay thành bụng yếu thường khuyến khích người bệnh mang nịt bụng sau mổ.

2.6. Người bệnh lo lắng về chế độ ăn sau mổ

Hướng dẫn người bệnh ăn bình thường sau mổ nhưng lưu ý chế độ ăn thức ăn nhuận tràng, tránh táo

bón, uống nhiều nước. Nên vận động, đi lại nhẹ nhàng giúp kích thích nhu động ruột.

2.7. Người bệnh lo lắng thoát vị lại sau mổ

Trong trường hợp táo bón không nên rặn, điều dưỡng khuyên người bệnh nên tham khảo thêm ý kiến bác sĩ vì khi rặn gây tăng áp lực bụng và có nguy cơ thoát vị lại. Trong trường hợp ho nhiều, nên báo bác sĩ cho y lệnh thuốc giảm ho. Điều dưỡng khuyên người bệnh dùng tay ấn nhẹ vùng bụng khi ho giúp giảm đau, tránh cho người bệnh ho vì có thể gây tăng áp lực bụng, bực chí, thoát vị lại.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Tránh làm việc nặng trong thời gian 2–3 tháng sau mổ, báo cho người bệnh biết có nguy cơ bị thoát vị lại.

Về dinh dưỡng, hướng dẫn người bệnh cách ăn uống, uống nhiều nước, thức ăn nhiều chất xơ.

Hướng dẫn người bệnh sau mổ vài tuần không nên gắng sức trong công việc nặng, trong sinh hoạt, thể thao, tránh đi xe đạp, tránh rặn do táo bón.

Nguy cơ thoát vị lại: hướng dẫn người bệnh khi có thoát vị lại nên nằm và dùng tay ấn vào lại.

Hướng dẫn người bệnh dấu hiệu của tắc ruột nghẹt. Nếu có các dấu hiệu trên khuyên người bệnh nhận đói và đến bệnh viện ngay.

Về vấn đề tình dục: giải thích cho người bệnh rằng không có ảnh hưởng đến hoạt động tình dục sau mổ. Tuy nhiên, người bệnh tránh cố gắng quá sức trong thời gian đầu sau mổ.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh sau mổ không chảy máu, không nhiễm trùng vết mổ, không dấu thoát vị lại.

Người bệnh an tâm khi xuất viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Giáo dục người bệnh tránh biến chứng thoát vị tái phát gồm:

A.
 B.
 C.
 D.
 E.

2. Chăm sóc vết mổ ở người bệnh thoát vị bẹn gồm:

A.
 B.

3. Trình bày cách theo dõi người bệnh có nguy cơ chảy máu sau mổ.

A.
 B.
 C.
 D.

Trả lời đúng,sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Người bệnh thoát vị nghẹt cần chuẩn bị mổ cấp cứu.		
5	Sau mổ thoát vị bẹn người bệnh không đi xe đạp trong 1 tuần.		
6	Thực hiện thuốc giảm ho cho tất cả người bệnh sau mổ thoát vị bẹn.		
7	Biến chứng sau mổ thoát vị bẹn là thoát vị bẹn lại.		
8	Với người già sau mổ thoát vị bẹn thì vận động sau mổ 2 ngày.		
9	Sau mổ thoát vị bẹn người bệnh ăn bình thường.		
10	Người bệnh tránh táo bón sau mổ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenec. *Nursing care of patients with disorders of the lower Gastrointestinal system*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1093.
2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck. *Nursing role in Management Problems of Absorption and Elimination*, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY (1992): 1251.
3. Debra C. Broadwell. *Gastrointestinal System*, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, Mosby Company, 2nd ed. (1986): 787.
4. *Chăm sóc Ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội, 1994, trang 51
5. Nguyễn Thanh Minh. *Thoát vị bẹn đùi*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 1998, trang 286.

Bài 17

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ TRĨ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các phương pháp điều trị trĩ.
2. Chăm sóc được người bệnh trĩ.
3. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ trĩ.
4. Chăm sóc được người bệnh sau mổ trĩ.

I. BỆNH HỌC

Trĩ là giãn và sưng tĩnh mạch trực tràng. Trĩ nội nhô ra nhưng vẫn còn nằm trong ống hậu môn và có bao phủ lớp màng nhầy. Trĩ ngoại nhô ra ở hậu môn và bao phủ bởi da của bên ngoài hậu môn.

1. SINH BỆNH HỌC

Út máu trong hệ thống tĩnh mạch hậu môn được tin rằng là vai trò cơ bản trong sự phát triển trĩ. Vì thế, việc đại tiện phải rặn khi phân quá cứng, ngồi rặn lâu trên bồn cầu, làm nặng, phụ nữ mang thai, u đại trực tràng, bụng chướng đều dẫn đến nguy cơ bị trĩ.

2. DỊCH TỄ HỌC

Trĩ phổ biến ở mọi xứ sở và tỷ lệ người mắc bệnh khá cao. Đa số gặp trĩ ở người lớn tuổi và không gặp ở trẻ em, nam gấp đôi nữ

3. YẾU TỐ THUẬN LỢI

Viêm đại tràng mạn tính và táo bón kinh niên, rặn đi đại tiện nhiều.

Tăng áp lực trong xoang bụng ở những người bệnh giãn phế quản, ho nhiều, lao động nặng.

Do nghề nghiệp như tư thế đứng quá lâu, ngồi quá lâu, đây cũng là bệnh nghề nghiệp. Do chèn tĩnh mạch như các bệnh ung thư đại trực tràng, thai lớn tháng.

4. TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng của trĩ nội là không đau và chảy máu sau khi đi cầu. Máu đỏ tươi dính theo phân, hay thấm qua giấy vệ sinh. Nếu xảy ra lâu đôi khi người bệnh có nguy cơ thiếu máu. Trĩ ngoại xuất hiện cục hồng, đỏ nằm ở rìa hậu môn. Nếu có tắc mạch trĩ có máu, sưng, đau và màu xanh. Ngứa là dấu hiệu phổ biến của trĩ ngoại.

Có 4 mức độ sa trĩ:

- Độ 1: búi trĩ nằm hoàn toàn trong ống hậu môn.
- Độ 2: búi trĩ nằm trong ống hậu môn nhưng khi rặn đại tiện thì búi trĩ lòi ra ít và sau đó trở về bình thường
- Độ 3: đại tiện, đi lại nhiều, ngồi xôm, ho, khuôn vác nặng búi trĩ sẽ sa, phải dùng tay đẩy mới vào.

– *Độ 4*: búi trĩ thường xuyên nằm bên ngoài ống hậu môn.

5. QUẢN LÝ

Điều trị trĩ không phức tạp và thường là điều trị triệu chứng. Thực hiện thuốc bôi có chất giảm đau và tê búi trĩ. Uống nhiều nước, ăn nhiều chất xơ, thực hiện thuốc làm mềm phân, phòng ngừa táo bón.



Hình 17.1. Trĩ nội độ 1



Hình 17.2. Trĩ nội độ 3



Hình 17.3. Trĩ hỗn hợp



Hình 17.4. Sa niêm mạc trực tràng

6. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

Thoa thuốc giảm đau, thuốc tê, kháng sinh, thuốc nhuận tràng làm mềm phân. Vệ sinh tại chỗ bằng phương pháp ngâm hậu môn.

Chế độ sinh hoạt: tránh hoạt động gắng sức, tránh tư thế ngồi hay đứng quá lâu, không để táo bón.

Chế độ dinh dưỡng: ăn thức ăn nhuận tràng, ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước. Tránh thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu, các chất kích thích như rượu, cà phê, trà.

Thuốc: thường có tác dụng giảm đau, chống phù nề, co thắt, chống đông và thường tác dụng tại chỗ.

6.2. Điều trị ngoại khoa

Tiêm dung dịch làm xơ hoá búi trĩ: chích nước sôi, phenol 5%, Polidocanol.

Thường áp dụng cho trĩ nội độ 1, độ 2. Biện chứng là làm loét qua mô cơ lành, nhiễm trùng, phản ứng thuốc.

Liệu pháp làm đông nhiệt bằng tia hồng ngoại: dùng một bóng đèn Tungsten halogen phát ra tia hồng ngoại hội tụ trên búi trĩ gây hiện tượng viêm, phá huỷ và tạo sẹo vùng chiếu tia.

Thắt búi trĩ bằng dây thun: búi trĩ thiếu máu nuôi, xơ cứng, hoại tử và rụng sau khoảng 7 ngày.

Làm lạnh: nguyên tắc là dùng độ lạnh với nhiệt độ -120°C của que được làm bằng dung dịch nitrogen, carbon dioxide, lạnh làm hoại tử và rụng giúp sẹo mềm, đẹp, không đau.

Giải phẫu cắt trĩ:

Phương pháp Whitehead: cắt bỏ một khoanh vòng niêm mạc ống hậu môn có búi trĩ nội.

Phương pháp Milligan Morgan: cắt riêng từng búi.

Phương pháp Longo: nguyên tắc phẫu thuật này là dùng máy khâu vòng cắt và khâu nối 1 đoạn niêm mạc trên đường lược 2–3cm với mục đích treo đám rối trĩ vào vị trí ống hậu môn.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi: người bệnh có đau vùng hậu môn trực tràng, ngứa, chảy máu không. Ghi chú mức độ nặng sa búi trĩ.

Khám: độ sa búi trĩ theo tư thế người bệnh khi ngồi, đứng.

Xác định loại trĩ và nguyên nhân để hướng dẫn giáo dục người bệnh.

Đánh giá mức độ đau, số lượng máu ra, mức độ sa, độ ẩm của búi trĩ, đánh giá chất nhầy là máu hay chất nhầy. Quan sát da niêm để đánh giá mức độ thiếu máu. Quan sát màu sắc niêm mạc trĩ ngoại.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh đau do nhiễm trùng búi trĩ hay do tắc mạch

Chuẩn bị người bệnh giúp bác sĩ thực hiện khám hay soi trực tràng. Nên cho người bệnh ngâm mông ngày 2–3 lần và sau khi đại tiện bằng nước ấm (thời gian ngâm 10–15 phút, nhiệt độ nước $40-45^{\circ}\text{C}$) giúp máu tới vùng chậu, giảm phù nề và giảm đau. Đặt thuốc hay bơm thuốc chống co thắt, chống đau theo y lệnh điều trị giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái. Thực hiện thuốc giảm đau. Lượng giá mức độ đau, tính chất, ngưỡng đau, mất thoải mái trước và sau khi dùng thuốc. Dùng túi hay gói thấm dịch đặt dưới mông người bệnh. Khuyến khích người bệnh tắm ngồi giúp thoải mái và sạch. Dùng túi lạnh đặt vào búi trĩ giúp bớt sưng huyết.

2.2. Người bệnh trĩ do táo bón

Người bệnh đi đại tiện ngay, nhanh, không ngồi lâu, không cố gắng. Duy trì đủ nước trong ngày, thức ăn nhuận tràng. Khuyến khích người bệnh vận động, thể dục. Thực hiện thuốc nhuận tràng làm mềm phân vì người bệnh có thể sợ đau khi đại tiện. Theo dõi người bệnh xem có đau khi đại tiện không, đánh giá mức độ chảy máu.

2.3. Chảy máu sau khi đi cầu

Lấy dấu chứng sinh tồn, nếu thấy máu ra quá nhiều. Quan sát phân có máu không. Đánh giá dấu hiệu thiếu máu, dấu chảy máu quanh hậu môn. Khám da niêm đánh giá dấu hiệu thiếu máu. Thực hiện thuốc nhuận tràng làm mềm phân, tránh phân cứng làm rách mạch máu.

2.4. Người bệnh lo lắng trước mổ

Điều dưỡng cho người bệnh đại tiện, vệ sinh sạch vùng hội âm. Chú ý cách ngâm rửa hậu môn tránh nhiễm trùng. Thực hiện thuốc kháng sinh trước mổ nếu có tình trạng nhiễm trùng. Cung cấp thông tin về phẫu thuật, về các chăm sóc sau mổ như thay băng vết thương, đau sau mổ, tình trạng người bệnh đi cầu, ngâm môn, chế độ ăn uống.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ TRĨ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Sau mổ trĩ người bệnh rất đau. Điều dưỡng nhận định và đánh giá mức độ đau.

Đánh giá số lượng máu chảy mỗi 2–4 giờ trong 24 giờ sau mổ qua gạc cầm máu, có thấm băng, mùi. Nhận định tình trạng vết thương, dấu hiệu nhiễm trùng, sưng nề, mùi, màu sắc.

Đánh giá mức độ vận động người bệnh ngồi hay nằm,...

Thăm định nỗi lo lắng của người bệnh về đại tiện sau mổ trĩ. Hỏi người bệnh về tình trạng đi tiểu có khó khăn không. Theo dõi dấu chứng sinh tồn.

Khám: băng thấm máu không? Có gạc cầm máu? Dấu hiệu sưng nề.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật trĩ

Phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu và can chăm sóc tốt, nếu người bệnh mổ trĩ về trong ngày, điều dưỡng cần theo dõi chảy máu trong những giờ đầu; sau đó hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc tại nhà như theo dõi chảy máu sau mổ, quan sát băng có thấm ướt máu không. Cần đánh giá tình trạng mất máu, thường điều dưỡng sẽ chuẩn bị người bệnh để phẫu thuật viên phẫu thuật cầm máu cho người bệnh. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh ngâm rửa hậu môn với nước muối sinh lý ấm ngày 3 lần và sau khi đại tiện, tái khám khi có dấu hiệu đau tăng lên. Nếu phẫu thuật viên có nhét gạc vào hậu môn cầm máu thì gạc này được rút sau 24 giờ. Trước khi rút gạc nên cho người bệnh ngâm môn vào nước ấm giúp gạc mềm để khi rút tránh nguy cơ chảy máu. Để phòng ngừa nguy cơ chảy máu do người bệnh bị táo bón sau mổ, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh ăn thức ăn mềm, tránh thức ăn nhiều xơ. Để tránh táo bón nên hướng dẫn người bệnh ăn thức ăn nhuận tràng và uống nhiều nước.

2.2. Đau sau cắt trĩ

Thực hiện thuốc giảm đau theo giờ. Tìm tư thế giảm đau thích hợp, nên cho người bệnh tư thế nằm ngửa, tránh tư thế ngồi quá lâu, thoa thuốc giảm đau tại chỗ. Tái khám khi có dấu hiệu đau tăng lên. Ngâm nước ấm giúp người bệnh giảm đau, thoải mái. Thay băng khi thấm ướt, tốt nhất nên ngâm hậu môn giúp vết mổ sạch sẽ, giảm đau. Người bệnh nên uống nhiều nước, ăn thức ăn nhẹ trong những ngày đầu để tránh phân cứng làm người bệnh đau, dùng giấy mềm sạch sau khi đại tiện để tránh đau và chảy máu, tốt nhất nên rửa sạch bằng nước.

2.3. Người bệnh lo lắng khi đại tiện sau mổ

Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn, thức ăn mềm, ít chất bã; đi lại, vận động, uống nhiều nước. Sau khi đại tiện tránh sử dụng giấy quá cứng, nên ngâm hậu môn sau khi vệ sinh sạch sẽ. Khi có dấu hiệu chảy máu hay đau nên tái khám ngay. Nếu trường hợp người bệnh đi cầu phân cứng hay táo bón nên thăm khám lại bác sĩ và thực hiện thuốc nhuận tràng.

2.4. Người bệnh khó chịu do vết thương vùng hậu môn

Hướng dẫn người bệnh ngâm rửa hậu môn ngày 3 lần, sau khi ngâm nên lau khô sạch, sau đó có thể dùng băng vệ sinh để hút thấm dịch, giữ sạch sẽ vùng hậu môn tránh sử dụng băng keo, hay băng quá kín.

2.5. Người bệnh lo lắng về vận động sau mổ

Hướng dẫn người bệnh vận động, đi lại bình thường, nên đi bộ thường xuyên, tập vận động để tránh bị táo bón.

2.6. Người bệnh có nguy cơ bị trĩ tái phát

Giáo dục người bệnh tránh táo bón như tập đại tiện đúng giờ, tránh các chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá, ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước, thể dục, vận động. Tránh làm việc trong một tư thế quá lâu, vệ sinh sau khi đại tiện.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

– Với người bệnh nằm viện: hướng dẫn cho họ cách ngâm rửa mông sau khi đại tiện và trước khi thay băng. Hướng dẫn người bệnh về dinh dưỡng như uống nhiều nước, thức ăn nhiều chất xơ, ăn nhiều trái cây.

– Khi xuất viện: hướng dẫn người bệnh tái khám đúng hẹn, tránh táo bón, cho người bệnh vận động, đi lại nhiều. Hướng dẫn người bệnh các động tác nên làm như tránh tư thế ngồi lâu, tránh tư thế đứng quá lâu, tránh rặn khi táo bón, tránh các động tác quá sức, tập đi đại tiện đúng giờ. Nếu người bệnh thấy có các dấu hiệu như đại tiện ra máu, chảy dịch ở hậu môn, đại tiện không tự chủ thì đến tái khám ngay. Không được đến những thầy lang không có chuyên môn y khoa điều trị.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh đại tiện bình thường, không bị biến chứng sau mổ.

Dinh dưỡng tốt, uống nhiều nước.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 5 can thiệp điều dưỡng khi người bệnh trĩ bị táo bón.

- A.
B.
C.
D.
E.

2. Nêu 3 bước can thiệp điều dưỡng với người bệnh trĩ bị đau

- A.
B.
C.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Nên ăn nhiều chất xơ ngay sau mổ trĩ.		
4	Ăn ngay sau mổ trĩ.		
5	Ngâm mông giúp giảm đau sau mổ trĩ.		
6	Meché sau mổ trĩ sẽ rút sau 24 giờ.		
7	Thực hiện thuốc giảm đau cho người bệnh mổ trĩ.		

8	Biến chứng sau mổ trĩ là trĩ tái phát.		
9	Cần thực tháo sạch khi mổ trĩ.		
10	Khuyến người bệnh không nên uống rượu sau mổ trĩ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenec. *Nursing care of patients with disorders of the lower Gastrointestinal system*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1096–1097.
2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck, section 8, chapter 40, *Nursing role in Management Problems of Absorption and Elimination*, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992, 1254–1255.
3. Debra C. Broadwell, *Gastrointestinal System*, chapter 8, Mosby's Manual of Clinical Nursing, the C,V, Mosby Company, second Edition, 1986, 836–837.
4. *Chăm sóc Ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội, 1994, trang 59.
5. Dương Phước Hưng, *Bệnh trĩ*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 1998, trang 355–367.

Bài 18

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ SỎI MẬT

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được quy trình chăm sóc người bệnh sỏi mật.
2. Thực hành được việc chuẩn bị người bệnh trước mổ.
3. Thực hành được quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ.

I. SỎI ĐƯỜNG MẬT

1. CƠ CHẾ SINH SỎI ĐƯỜNG MẬT

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam và các nước Đông Nam Á.

Các yếu tố thuận lợi: Nữ thường mắc bệnh nhiều hơn nam, tuổi từ 40–60, đời sống kinh tế thấp, ăn uống thiếu đạm, vệ sinh kém, nhiễm ký sinh trùng đường ruột.

Cơ chế sinh bệnh: thường liên quan đến hẹp đường mật, do nhiễm ký sinh trùng đường ruột, do ăn uống

thiếu đạm. Những nguyên nhân này tạo ra men Glucuronidase ngoại sinh, men này có tác động thủy phân phá vỡ sự kết hợp của Bilirubin diglucuronide thành Bilirubin tự do không hoà tan sẽ kết hợp với Calcium Bilirubinate dưới dạng bùn và sỏi vụn.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Đôi khi người bệnh có sỏi trong nhiều tháng hay nhiều năm và không có triệu chứng nhưng hầu hết người bệnh có triệu chứng với bệnh cảnh là *tam chứng Charcot*: người bệnh đau hạ sườn phải, sốt cao kèm theo lạnh run, vàng da sau đau vài ngày.

Con đau hạ sườn phải khởi phát đột ngột, kéo dài nhiều giờ. Đau lan lên vai phải hay ra sau lưng. Nước tiểu sậm màu, gan thường to và đau do ú mật. Vàng da mức độ trung bình và có ngứa.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán như giúp phát hiện sỏi, vị trí, kích thước viên sỏi, tình trạng ống mật, tình trạng gan, giúp phân biệt với bệnh lý khác.

Chụp đường mật xuyên gan qua da (Percutaneous Transhepatic Cholangiography):

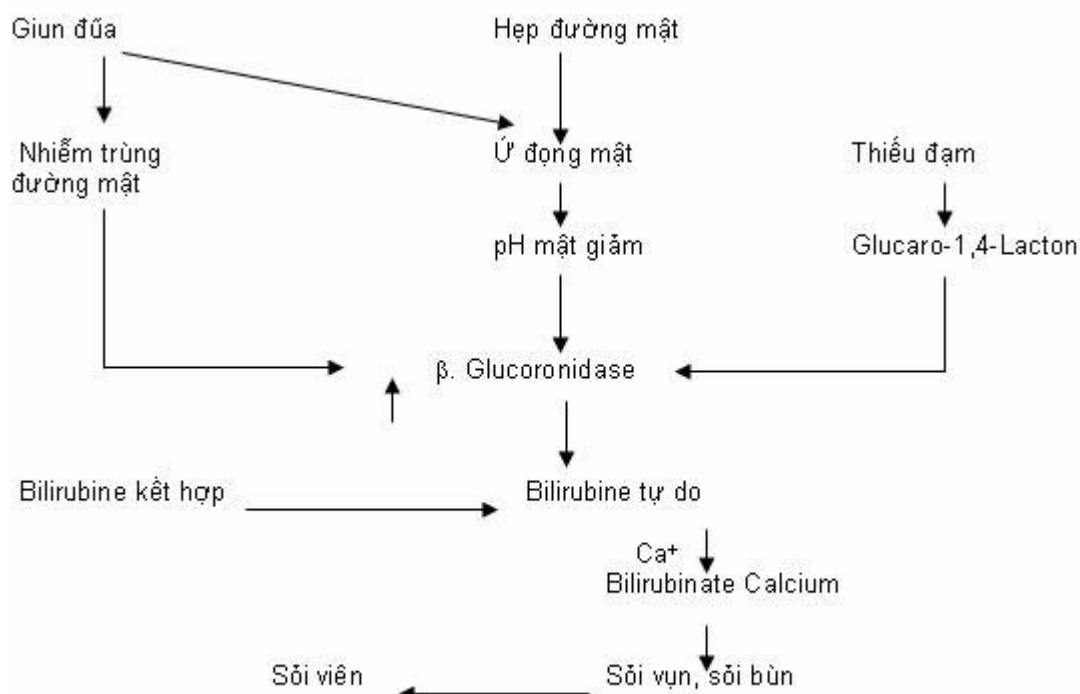
Là phương pháp tốt để xác định sự hiện diện và vị trí sỏi trong gan, sỏi ống gan, sỏi ống mật chủ. Ngoài ra, thủ thuật này còn kết hợp với điều trị là sau chụp bác sĩ sẽ dẫn lưu mật qua da làm giảm tình trạng nhiễm trùng.

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography).

Chụp XQ đường mật trong mổ: dùng để tìm sỏi trong các nhánh đường mật trong gan.

Chụp đường mật sau mổ dùng để kiểm tra sỏi.

Chụp cắt lớp điện toán hay chụp cộng hưởng từ.



Hình 18.1. Sơ đồ cơ chế tạo sỏi mật
(Theo Bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. HCM).

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị phẫu thuật lấy sỏi mật.

Điều trị không phẫu thuật: lấy sỏi qua đường nội soi mật tụy ngược dòng, lấy sỏi qua da, tán sỏi qua

Kehr.

II. SỎI TÚI MẬT

Sỏi túi mật thường xảy ra ở nữ giới, tuổi từ 30–70. Khác với sỏi đường mật, sỏi túi mật thường gặp ở thị dân hơn nông dân, tầng lớp trung lưu hơn tầng lớp có kinh tế thấp. Bệnh thường gặp ở những phụ nữ tuổi 40, béo phì, sinh con đông, có dùng thuốc ngừa thai, thuốc làm tăng Cholesterol, bệnh Crohn, hay bị cắt mất nhiều hồi tràng, tăng lipid máu. Túi mật dễ tạo sỏi là do niêm mạc hấp thu lớp muối mật, vai trò bồn chứa dễ gây ứ đọng.

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Đau hạ sườn phải hay vùng thượng vị. Triệu chứng thường xảy ra sau bữa ăn, buồn nôn... Túi mật to, ấn đau trong lúc người bệnh hít vào. Thường người bệnh cảm giác ăn khó tiêu, đầy hơi. Trong những đợt viêm túi mật cấp tính thì người bệnh đau vùng hạ sườn phải hay vùng thượng vị, đau tăng lên đôi khi kèm theo sốt, chán ăn, buồn nôn.

Siêu âm thường chẩn đoán chính xác từ 90 đến 95%.

2. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật hiện là phương pháp được áp dụng phổ biến. Trong trường hợp viêm túi mật cấp, có thể vẫn phải mổ mở bụng mới cắt được túi mật.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI MẬT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Sỏi đường mật

Nhận định người bệnh có dấu hiệu của tam chứng Charcot. Hội chứng tiêu hoá như nôn ói, chán ăn. Người bệnh đau hạ sườn phải, phản ứng dôi (+), Murphy (+), gồng cứng, sờ thấy túi mật. Dấu hiệu nhiễm trùng nhiệt độ tăng cao, lạnh run. Dấu hiệu tắc mật như vàng da, ngứa, phân bạc màu, tiểu sậm màu thường ít thấy rõ.

1.2. Sỏi túi mật

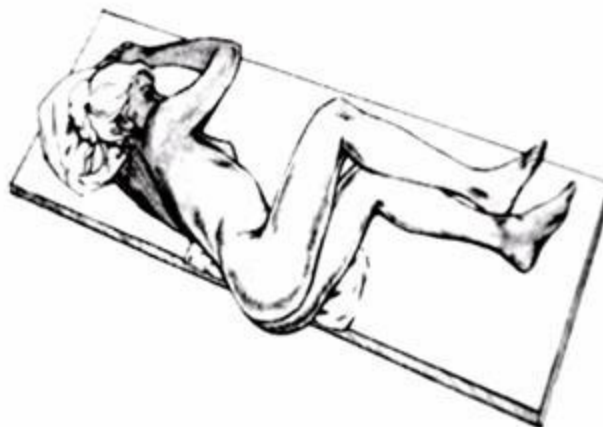
Đau thượng vị sau ăn 10 –15 phút, đau âm ỉ, liên tục, ói (sau ói người bệnh vẫn không giảm đau), đau lan đến hạ sườn phải. Nếu người bệnh nhiễm trùng, khi thăm khám thấy phản ứng thành bụng ở hạ sườn phải.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau bụng do tình trạng viêm và tắc nghẽn đường mật

Người bệnh giảm đau, dễ chịu.

Lượng giá tính chất, vị trí, mức trầm trọng, hướng lan của cơn đau, cho người bệnh tư thế giảm đau, thường là tư thế Sim (nghiêng trái, gập gối). Thực hiện thuốc giảm đau. Thực hiện thuốc kháng phó giao cảm để giảm tiết mật, giảm co thắt đường mật. Công tác tư tưởng giúp người bệnh giảm đau, giảm sợ.



Hình 18.2. Tư thế Sim trái

2.2. Giảm thể tích dịch do nôn ói, do dẫn lưu dạ dày, do sốt

Thăm khám người bệnh để đánh giá mất nước, dấu chứng sinh tồn. Theo dõi sát nước xuất nhập. Theo dõi nước mất qua ói và hút dịch dạ dày, điện giải, qua dẫn lưu đường mật ra da. Theo dõi cân nặng, thực hiện bù nước và điện giải, hạ sốt, thực hiện kháng sinh theo y lệnh. Thực hiện đắp mát giúp người bệnh giảm sốt. Thực hiện các y lệnh chẩn đoán và điều trị cho người bệnh.

Theo dõi số lượng nước tiểu cho người bệnh.

2.3. Choáng do nhiễm trùng

Theo dõi, phát hiện sớm các dấu hiệu choáng, dấu chứng sinh tồn, chú ý nhiệt độ nên ghi thành biểu đồ. Thực hiện hồi sức tích cực cho người bệnh, kháng sinh đúng liều, đúng giờ. Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn trong công tác chăm sóc người bệnh.

2.4. Thay đổi dinh dưỡng

Người bệnh chán ăn do giảm dịch mật xuống ruột, điều dưỡng cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu, kiêng mỡ, ăn nhiều thịt, đường, uống nhiều nước. Trong giai đoạn viêm cấp, người bệnh cần ngưng thức ăn có chất béo, nên ăn thức ăn dễ tiêu hoá, uống nhiều nước và theo dõi cơn đau sau khi ăn.

2.5. Nguy cơ tổn thương da do vàng da, ngứa

Người bệnh ngứa, vàng da nên điều dưỡng cần vệ sinh da sạch sẽ, cho người bệnh uống nhiều nước. Thực hiện thuốc chống dị ứng, giảm ngứa. Theo dõi màu sắc, số lượng nước tiểu. Hướng dẫn người bệnh tránh làm tổn thương da do gãi, cắt ngắn móng tay khi người bệnh ngứa; nên dùng khăn ướt, ẩm lau giúp người bệnh giảm ngứa và dễ chịu. Tắm thường xuyên để giúp da thoáng, sạch sẽ. Vệ sinh bộ phận sinh dục, tránh viêm ngứa do nước tiểu có bilirubin.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

Cho người bệnh nhịn ăn uống trước mổ, thắt tháo hay bơm thuốc nhuận tràng ở hậu môn đêm trước mổ. Vệ sinh da từ mũi ức đến bẹn, khuyến khích không cạo lông bộ phận sinh dục. Đặt ống Levine cho người bệnh (hiện nay với cắt túi mật nội soi thì tại phòng mổ sẽ đặt ống Levine cho người bệnh để tránh người bệnh khó chịu). Thực hiện thuốc điều trị rối loạn đông máu như vitamin K trước mổ nếu tình trạng bệnh vàng da lâu, xét nghiệm chức năng đông máu bất thường. Đặt thông tiểu cho người bệnh. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, nâng cao thể trạng người bệnh, kháng sinh dự phòng. Cung cấp thông tin cuộc mổ: phẫu thuật nội soi thì vết mổ nhỏ 1cm trên bụng, có 3 lỗ; bơm CO₂ vào ổ bụng, túi mật được lấy ra qua lỗ ở rốn.

IV. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ SỎI MẬT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định tổng trạng, dấu chứng sinh tồn.

Theo dõi tình trạng bụng: chướng, đau, nhu động ruột.

Theo dõi và xác định vùng đau trên bụng người bệnh sau mổ.

Tình trạng da niêm, vàng da, so sánh với trước mổ, dấu hiệu mất nước, vàng da.

Theo dõi nước tiểu: so sánh màu vàng của nước tiểu, nhất là số lượng nước tiểu. Quan sát hoạt động dẫn lưu: dịch mật chảy qua ống Kehr, dẫn lưu dưới gan.

Tình trạng ống Levine: màu sắc, số lượng, thời gian, tình trạng bụng. Đánh giá vàng da, xét nghiệm BUN, creatinine, bilirubin.

Dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Chăm sóc người bệnh sau mổ cắt túi mật nội soi

Sau mổ cắt túi mật nội soi: theo dõi chảy máu, đau lan lên vai phải và chướng bụng do khí CO₂ bơm vào ổ bụng trong khi mổ. Điều dưỡng nên cho người bệnh nằm tư thế Sim (nghiêng trái, gập gối) và khuyến khích thở sâu, đi lại sớm tránh liệt ruột kéo dài sau mổ. Theo dõi khó thở, bảo đảm thông khí, hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, nghe phổi. Rút ống Levine sớm giúp người bệnh dễ chịu. Thực hiện thuốc giảm đau: oxycodon (codein), acetaminophen.

2.2. Chăm sóc người bệnh sau thủ thuật ERCP



Hình 18.3. Lấy sỏi qua nội soi cắt cơ vòng

Theo dõi đau bụng: đau thượng vị, bụng chướng vì có nguy cơ thủng tá tràng hay viêm tụy cấp. Theo dõi triệu chứng của thủng dạ dày tá tràng hay triệu chứng viêm tụy cấp (xem bài Chăm sóc người bệnh thủng dạ dày và viêm tụy cấp). Theo dõi dấu hiệu choáng do đau, do chảy máu. Theo dõi dấu chứng sinh tồn. An toàn cho người bệnh vì người bệnh có dùng thuốc tiền mê. Nếu người bệnh ổn định, cho người bệnh xuất viện 24 giờ sau thủ thuật. Người bệnh sẽ không ăn uống cho đến khi có nhu động ruột trở lại. Trong thời gian này cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường.

2.3. Chăm sóc người bệnh sau tán sỏi

Có nhiều phương pháp lấy sỏi sỏi sau mổ: mổ lại, lấy sỏi qua đường hầm Kehr, lấy sỏi qua mật tụy

ngược dòng và cắt cơ vòng, lấy sỏi qua da.

Lấy sỏi qua đường hầm Kehr là phương pháp nhẹ nhàng nhất, có thể làm nhiều lần, ít tai biến và biến chứng.

Ưu điểm của soi đường mật:

Hình ảnh đường mật được nhìn thấy trực tiếp trên màn hình, rõ ràng giúp chúng ta xác định sỏi dễ dàng. Phân biệt ảnh giả do khí, giả mạc...

Vào sâu trong các ống mật để lấy sỏi. Kết hợp tán sỏi. Bơm rửa hiệu quả.

Có thể làm nhiều lần cho đến khi sạch sỏi.

Tai biến và biến chứng: rách đường hầm, chảy máu nhẹ, tụ dịch dưới hoành, tụt ống dẫn lưu, mất đường hầm trong quá trình lấy sỏi.

Kỹ thuật:

Chẩn đoán sỏi sỏi bằng chụp mật qua Kehr và siêu âm. Lưu Kehr 3 tuần sau mổ. Chụp đường mật và siêu âm lại.

– *Chuẩn bị người bệnh:* Nhịn ăn trước thủ thuật 6 giờ.

– Thực hiện tán sỏi ở phòng thủ thuật hoặc phòng mổ.

Tiền mê (Dolargan, Pethidine, Hypnovel...).

Nếu Kehr < 16Fr, cần nong đường hầm trước khi soi.

Chăm sóc người bệnh trước khi thực hiện thủ thuật:

Siêu âm bụng và chụp mật qua Kehr lại trước khi làm thủ thuật.

Nhịn ăn uống trước khi làm thủ thuật 6 giờ.

Mở ống dẫn lưu cho dịch mật chảy ra.

Nếu người bệnh sốt, cho thuốc hạ sốt Acetaminophen, Paracetamol v.v...

Chăm sóc sau khi lấy sỏi mật qua đường hầm Kehr:

Người bệnh sẽ lưu lại phòng hồi sức 2–6 giờ, sau đó chuyển lên trại.

Sau thủ thuật 6 giờ, người bệnh có thể ăn uống nhẹ (sữa, súp, cháo...), sau 12 giờ ăn uống bình thường.

Sau thủ thuật, người bệnh thường không đau hoặc chỉ đau nhẹ vùng dưới sườn phải.

Khi soi đường mật, có cho nước vào đường mật và xuống ruột nên sau thủ thuật, thông thường người bệnh sẽ đi tiêu lỏng 2–3 lần nhưng người bệnh tự hết mà không cần dùng thuốc. Một số ít người bệnh có thể ói ra dịch trong.

Bình thường, ống dẫn lưu sẽ ra dịch mật liên tục vào túi nhựa. Nếu ống dẫn lưu không ra mật kèm đau, tức hay sốt nên báo điều dưỡng. Cần thay băng chân ống dẫn lưu mỗi ngày.

Lấy sỏi mật qua đường hầm Kehr có thể được làm nhiều lần cho đến khi hết sỏi, trung bình 2–3 lần. Mỗi lần làm cách nhau 2–3 ngày. Người bệnh có thể về nhà giữa các lần lấy sỏi. Khi đã được lấy sạch sỏi và rút ống dẫn lưu, xuất viện, người bệnh có thể ăn uống bình thường và dùng thuốc theo toa.

Theo dõi:

Tái khám lần đầu tiên sau khi xuất viện 1 tháng, lần thứ hai sau ba tháng và các lần sau mỗi sáu tháng. Mỗi lần tái khám, người bệnh được khám lâm sàng và siêu âm bụng kiểm tra.

2.4. Đau do vết mổ

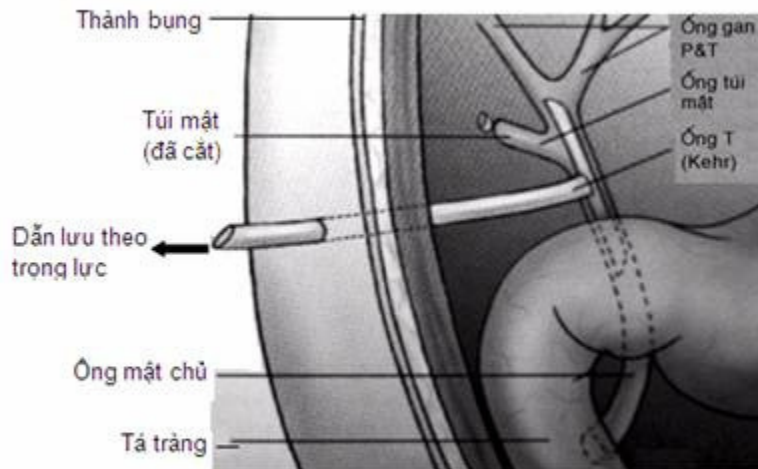
Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau, vị trí đau. Nếu người bệnh đau lan lên vai thì nên cho người bệnh nằm tư thế Fowler hay ngồi dậy. Giải thích cho người bệnh yên tâm. Nếu người bệnh đau vết mổ nên hướng dẫn người bệnh dùng gối tỳ vào bụng khi ngồi dậy để giảm đau.

Khuyến khích người bệnh ngồi dậy đi lại sớm giúp người bệnh dễ chịu hơn.

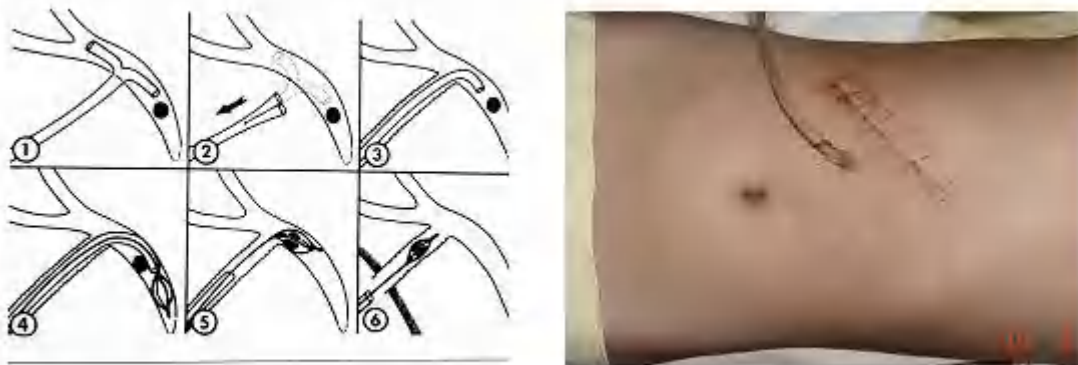
2.5. Hệ thống dẫn lưu Kehr không đạt hiệu quả, gây loét da và đặt lâu ngày

Sau khi mổ sỏi đường mật, phẫu thuật viên thường đặt Kehr để giải áp đường mật, theo dõi (màu sắc, lượng mật ra hàng ngày, chảy máu đường mật...), làm nòng (nong ống mật chủ bị hẹp), điều trị (bơm rửa ống mật chủ, tán sỏi sỏi sau mổ), tán sỏi sau mổ.

Dẫn lưu Kehr luôn được chảy ra ngoài liên tục ngay sau mổ. Quan sát chân dẫn lưu có thấm dịch mật không? Điều dưỡng nên thay băng ngay nếu thấm dịch qua băng, nếu số lượng dịch xì rò qua chân dẫn lưu quá nhiều nên đặt túi dẫn cho người bệnh hoặc nếu cần thì đặt máy hút qua chân dẫn lưu, đồng thời ngừa rôm lở da tích cực cho người bệnh. Theo dõi hệ thống dẫn lưu có hoạt động tốt hay không, tránh đề lên dẫn lưu. Túi chứa dẫn lưu luôn thấp hơn chân dẫn lưu 60cm.



Hình 18.4. Hệ thống đường dẫn mật và dẫn lưu ống mật chủ bằng ống T (Kehr)



Hình 18.5. Lấy sỏi qua đường hầm Kehr



Hình 18.6. Hệ thống soi đường mật



Hình 18.7. Ống soi mềm đường mật

Theo dõi số lượng dịch mật:

Khi người bệnh chưa có nhu động ruột, trong 3 ngày đầu sau mổ thì dịch mật qua Kehr hơi nhiều, khoảng 300–600ml/ngày. Khi có nhu động ruột (dịch mật đã có thể xuống ruột) thì lượng mật ra dẫn lưu sẽ giảm xuống còn khoảng 200ml/ngày. Điều dưỡng ghi số

lượng, màu sắc, tính chất dịch mật mỗi ngày. Trường hợp Kehr không ra mật hay quá ít, điều dưỡng đánh giá nguyên nhân người bệnh thiếu nước, sỏi kẹt, sỏi bùn, cục máu đông, gấp ống...



Hình 18.8. Máy tán sỏi thủy điện lực

Theo dõi tính chất mật:

Chú ý không được gio cao bình hứng dịch khi quan sát, tránh dịch từ ngoài chảy vào trong ống mật chủ. Bình thường mật vàng trong, óng ánh. Nếu mật lợn cợn có máu cục, điều dưỡng theo dõi chảy máu. Nếu mật màu trắng đục điều dưỡng theo dõi có mủ, nếu mật nâu lợn cợn theo dõi còn sỏi không.

Bơm rửa đường mật là do còn sỏi hay mủ: Điều dưỡng bơm với nước muối sinh lý ấm, áp lực nhẹ, khoảng 10–20ml lần bơm (tùy tính chất dịch mật). Bơm rửa 5–7 ngày liên tiếp dịch mật sẽ trong.

Điều kiện rút Kehr: thời gian 7–8 ngày sau mổ, người bệnh hết đau, hết sốt, ăn uống tốt, nước mật giảm, vàng trong, siêu âm hết sỏi, X quang có thuốc cản quang qua Kehr kiểm tra thấy đường mật thông.

2.6. Người bệnh lo lắng do rò dịch sau rút Kehr

Chuẩn bị rút:

Khi chụp X quang xong nên cho Kehr chảy hết thuốc cản quang ra ngoài trước khi rút. Trong trường hợp người bệnh vẫn còn sỏi thì dẫn lưu Kehr được lưu lại và người bệnh sẽ xuất viện, người bệnh sẽ được hẹn tái khám để tiến hành tán sỏi qua Kehr. Điều dưỡng sẽ hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc khi về nhà và tái khám định kỳ.

Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy, đi lại giúp mật xuống ruột dễ dàng. Khi nằm nên nằm tư thế Fowler. Điều dưỡng thay băng khi thấm dịch. Giải thích cho người bệnh rằng dịch sẽ ra nhiều trong những ngày đầu sau rút nhưng khi mật xuống ruột thông thì số lượng dịch mật sẽ ra ít và vết thương sẽ lành. Trong những ngày này điều dưỡng giúp người bệnh tránh viêm lở da do rò mật sau rút. Cho người bệnh ngồi dậy đi lại.

2.7. Người bệnh lo lắng do mang dẫn lưu Kehr về nhà

Trong những trường hợp người bệnh không thể lấy hết sỏi trong khi mổ, hay do hẹp đường mật cần để lại ống đường mật thường phẫu thuật viên sẽ để lại Kehr và cho người bệnh về nhà. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh chăm sóc da xung quanh chân ống dẫn lưu. Vẫn tắm rửa vệ sinh sạch sẽ nhưng sau đó lau khô chân da và băng lại. Ống dẫn lưu có thể cột lại, nếu thấy căng tức thì mở ra cho dịch mật chảy ra ngoài, sau đó có thể cột lại. Hướng dẫn người bệnh khi có dấu hiệu sốt, đau bụng hay vàng da tái phát thì nhập viện ngay.

Hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước giúp lượng dịch mật ra dễ dàng hơn. Người bệnh nên tái khám theo lời dặn để bác sĩ tán sỏi qua Kehr, hay rút theo dõi nếu hẹp đường mật.

2.8. Dẫn lưu dưới gan và dẫn lưu túi mật có tính cách phòng ngừa

Chăm sóc da sạch sẽ tránh nhiễm trùng. Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch ra. Nếu dịch dẫn lưu ra màu vàng thì điều dưỡng nên theo dõi rò mật sau mổ, ghi vào hồ sơ và báo bác sĩ. Dẫn lưu này thường là dẫn lưu phòng ngừa nên bác sĩ sẽ cho y lệnh rút sớm nếu dịch dưới 50ml/24 giờ.

2.9. Người bệnh vàng da niêm, ngứa do sắc tố mật ngấm qua da

Cho người bệnh uống nhiều nước, vệ sinh da sạch, tránh trầy da do gãi ngứa, cắt ngắn móng tay. Thực hiện thuốc kháng dị ứng, theo dõi xét nghiệm Bilirubin. Người bệnh vàng da thì nước tiểu sẽ vàng do nước tiểu có bilirubin; do đó người bệnh sẽ ngứa và nguy cơ nhiễm trùng cao. Điều dưỡng chăm sóc bộ phận sinh dục sau khi đi tiểu như rửa sạch, lau khô ngay, thay quần lót thường xuyên, tránh mặc quần quá dày hay quá chật.

2.10. Bệnh lý làm người bệnh ăn kém ngon

Người bệnh nên vệ sinh răng miệng sạch sẽ, hạn chế thức ăn béo, nhiều dầu mỡ trong thời gian đầu sau mổ. Cho người bệnh uống nhiều nước. Theo dõi các dấu hiệu đau bụng, khó tiêu, nặng bụng. Vệ sinh trong ăn uống, uống thuốc kháng giun.

3. THEO DÕI BIẾN CHỨNG SAU MỔ

3.1. Chảy máu sau mổ: qua dẫn lưu, thường dẫn lưu không có máu. Nếu trong trường hợp có máu thì theo dõi chảy máu sau mổ. Điều dưỡng theo dõi dấu chứng sinh tồn, số lượng máu, da niêm xanh tái, báo phẫu thuật viên ngay.

3.2. Choáng nhiễm trùng: theo dõi nhiệt độ thường xuyên, thực hiện kháng sinh theo y lệnh, phát hiện sớm và hồi sức người bệnh. Thực hiện các kỹ thuật chăm sóc vô trùng. Rửa tay trước và sau khi chăm sóc người bệnh.

3.3. Rò mật, mật tràn ra thành bụng: chân dẫn lưu chảy dịch mật liên tục, điều dưỡng chăm sóc da ngứa rôm lở da. Điều dưỡng đặt túi dán hay hút dịch qua chân dẫn lưu, theo dõi số lượng dịch mật, giúp người bệnh sạch sẽ.

3.4. Viêm phúc mạc mật: người bệnh sốt cao, bụng gồng cứng, có các triệu chứng viêm phúc mạc. Điều dưỡng chăm sóc hồi sức người bệnh, thực hiện bù nước, điện giải, hạ sốt, thở oxy, tư thế giảm đau, thực hiện kháng sinh và chuẩn bị trước mổ để mổ cấp cứu.

3.5. Viêm tụy cấp: sau mổ sỏi mật người bệnh có nguy cơ viêm tụy cấp. Điều dưỡng theo dõi đau bụng vùng thượng vị, đau dữ dội, nôn ói, Amilase máu tăng cao. Điều dưỡng hút liên tục dẫn lưu dạ dày, không cho người bệnh ăn uống và chuẩn bị người bệnh trước mổ cấp cứu.

3.6. Sốt sỏi: nguyên tắc phẫu thuật đường mật là lấy hết sỏi, nhưng trong nhiều trường hợp phẫu thuật viên không thể lấy hết nên vẫn còn sỏi sỏi. Trong trường hợp này người bệnh giữ ống dẫn lưu Kehr về nhà và sau đó tái khám để tán sỏi qua Kehr nên điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc Kehr tại nhà.

4. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Nếu người bệnh có cắt túi mật, thời gian đầu hạn chế thức ăn có nhiều mỡ, dầu, trứng, sữa, chất béo. Khoảng 2–3 tháng sau cho người bệnh tập ăn dần lại bình thường, hạn chế thức ăn nhiều cholesterol. Nếu người bệnh mổ sỏi đường mật nên cho người bệnh uống nhiều nước, ăn thức ăn có nhiều chất dinh dưỡng, tránh thức ăn nhiều dầu mỡ, vệ sinh trong ăn uống. Tẩy giun định kỳ mỗi 3 – 6 tháng/lần, kiểm tra siêu âm đường mật định kỳ. Giáo dục người bệnh xuất viện còn mang ống dẫn lưu Kehr về cách chăm sóc ống Kehr, sinh hoạt, tái khám...

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh bớt đau, bớt vàng da, ăn uống tốt. Dẫn lưu Kehr hoạt động tốt.
Dinh dưỡng người bệnh đầy đủ, đúng theo yêu cầu bệnh lý.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:

- Khi người bệnh bụng chướng sau mổ sỏi mật, điều dưỡng cần chăm sóc:
 - Dấu chứng sinh tồn.
 - Tình trạng bụng ngoại khoa.
 - Nghe nhu động ruột.
 - Cho người bệnh nằm tư thế Fowler, xoay trở, hít thở sâu.
 - Tất cả đúng.
- Khi ống dẫn lưu Kehr ra $\pm 50\text{ml/ngày}$ vào những ngày đầu sau mổ là do:
 - Người bệnh chưa có nhu động ruột.
 - Người bệnh không đủ nước, ống thông bị nghẹt.
 - Người bệnh chưa ăn được nên dịch mật không tiết ra.
 - Người bệnh không xoay trở nhiều sau mổ.
 - Tất cả các phương án trên đúng.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Người bệnh có thể mang ống Kehr về nhà.		
4	Dẫn lưu Kehr luôn được dẫn lưu liên tục sau mổ.		
5	Lượng nước bơm rửa mỗi lần qua Kehr là $> 20\text{ml}$.		
6	Người bệnh nên kiêng ăn mỡ sau mổ sỏi túi mật.		
7	Nên hướng dẫn người bệnh tẩy giun định kỳ ở người bệnh sau mổ sỏi mật.		
8	Người bệnh cần theo dõi dấu hiệu thủng dạ dày tá tràng sau thủ thuật ERCP lấy sỏi.		
9	Số lượng dịch mật sau mổ khi người bệnh chưa có nhu động ruột luôn phải dưới 100ml/ngày .		
10	Biến chứng sau mổ sỏi mật là viêm tụy cấp.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenec. *Nursing care of patients with disorders of the Accessory Organs of Digestion*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1109–1118.
2. Rachel Elrod. *Nursing role in management problems of liver, biliary tract and pancreas*, in Medical Surgical Nursing 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992: 1298–1301
3. Debra C. Broadwell. Gastrointestinal System, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company (1986): 848–850.
4. Nguyễn Tấn Cường. *Viêm túi mật và sỏi túi mật*, trong Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1998, trang 389.
5. Đỗ Trọng Hải. *Sỏi ống mật chủ*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1998, trang 370.

Bài 19

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM RUỘT THỪA

MỤC TIÊU

1. Hiểu được sinh lý bệnh, triệu chứng lâm sàng của bệnh lý ruột thừa.
2. Chăm sóc được người bệnh viêm ruột thừa
3. Chăm sóc được người bệnh sau mổ viêm ruột thừa

I. BỆNH HỌC

Viêm ruột thừa là bệnh cấp cứu ngoại khoa gặp hàng ngày ở tất cả bệnh viện, thường xảy ra ở người trẻ. Nguyên nhân thường do phì đại các nang bạch huyết, ứ đọng sụn phân trong lòng ruột thừa, bứu thành ruột thừa hay thành manh tràng.

1. SINH LÝ BỆNH

Tắc nghẽn trong lòng ruột thừa xuất hiện là yếu tố sớm của viêm ruột thừa. Tắc nghẽn làm tăng áp lực trong lòng ruột thừa, làm đình trệ tình trạng máu lưu thông ở ruột thừa. Tắc nghẽn, thiếu máu nuôi ruột thừa và giai đoạn này các vi khuẩn ở ruột tấn công và gây ra nhiễm trùng ruột thừa. Giai đoạn cấp thành mạch máu dưới thanh mạc sung huyết, thanh mạc trở nên dày, lấm tấm hạt đỏ. Tiếp theo là xuất tiết neutrophil gia tăng, sự mưng mủ xuất tiết quanh thanh mạc, áp-xe hình thành ở thành ruột thừa và loét, và những nốt hoại tử bắt đầu xuất hiện.

Biến chứng của viêm ruột thừa bao gồm viêm phúc mạc ruột thừa, áp-xe ruột thừa, tắc mạch ruột thừa, ruột thừa hoại tử.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng cơ bản của ruột thừa là đau bụng. Giai đoạn đầu đau rất mơ hồ, sau đó đau ở vùng thượng vị lan xuống rốn, sau hơn 4 giờ đau khu trú ở vùng hố chậu phải. Đau bụng đôi khi không điển hình đối với một số người bệnh, đau âm ỉ, liên tục, người bệnh không thoải mái, tư thế đi nghiêng về bên phải. Đau bụng kèm theo có rối loạn tiêu hoá như chán ăn, buồn nôn. Đôi khi người bệnh táo bón hay tiêu chảy. Khám người bệnh có các điểm đau Mac-Burney, điểm Lanz, phản ứng phúc mạc ở vùng hố chậu phải, đau tăng lên khi người bệnh cử động đột ngột, khi ho. Người bệnh có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng như sốt nhẹ 38°C , môi khô, lưỡi bẩn. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng.

3. ĐIỀU TRỊ

Khi có chẩn đoán xác định viêm ruột thừa thì phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật, có thể mổ mở hay mổ qua ngã nội soi ổ bụng.

- Viêm ruột thừa cấp: cắt ruột thừa, vùi gốc.
- Viêm phúc mạc khu trú ở hố chậu phải: cắt ruột thừa, có dẫn lưu hay không dẫn lưu.
- Viêm phúc mạc toàn thể hay viêm phúc mạc tiểu khung: cắt ruột thừa, dẫn lưu.

Áp-xe ruột thừa: sử dụng đường vào ngoài phúc mạc, dẫn lưu mủ là chủ yếu, nếu dễ dàng thì mới cắt ruột thừa.

Đám quánh ruột thừa: không có chỉ định mổ cấp cứu, theo dõi sát người bệnh và có thể hẹn mổ chương trình 3 tháng sau.



Hình 19.1. Hình ảnh ruột thừa

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Đau bụng: đau thượng vị sau vài giờ lan xuống hố chậu phải, đau ở điểm Mac Burney. Đau tăng khi ho hay cử động bụng. Phản ứng thành bụng, co cơ bụng. Theo dõi các dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt, khô môi miệng, niêm mạc khô, miệng đắng, lưỡi bẩn.

Theo dõi dấu hiệu rối loạn tiêu hoá như nôn, chán ăn, táo bón hay tiêu chảy

Hô hấp: thở nông, nhanh, nếu người bệnh choáng nhiễm khuẩn thì có các dấu hiệu mạch nhanh, huyết áp giảm, sốt cao, thở khó...

Tư thế giảm đau: thường người bệnh co đầu gối làm giảm căng cơ thành bụng.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh đau bụng do bệnh lý viêm ruột thừa

Lượng giá về cách diễn tả cơn đau của người bệnh như vị trí, di chuyển cơn đau, tính chất đau khi thu thập dữ kiện để chẩn đoán xác định. Giúp người bệnh giảm đau bằng tư thế như co chân vào thành bụng tránh căng bụng, tránh di chuyển đột ngột, tránh thăm khám quá nhiều. Thực hiện thuốc giảm đau khi có chẩn đoán xác định, không dùng thuốc xổ hay thụt tháo người bệnh, không cho người bệnh ăn.

2.2. Người bệnh lo sợ do phải mổ cấp cứu

Lượng giá mức độ căng thẳng của người bệnh và gia đình. Nâng đỡ tinh thần cho người bệnh và gia đình, cung cấp thông tin về cuộc mổ, phương pháp gây mê, tai biến hay biến chứng sau mổ, đồng thời giáo dục người bệnh cách hợp tác sau mổ. Đánh giá lại và tiếp tục khám cũng như chuẩn bị trước mổ.

3. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Công tác tư tưởng cho người bệnh và gia đình: cung cấp thông tin về phương pháp mổ nội soi cắt ruột thừa như vết mổ nhỏ, ruột thừa được lấy qua lỗ rốn, ít đau sau mổ, ít biến chứng tắc ruột sau mổ. Nếu ở bệnh viện chưa có phương tiện mổ nội soi thì thường phẫu thuật cắt ruột thừa vùi gốc. Thường người bệnh được dùng phương pháp gây mê hay gây tê tuỷ sống. Không cho người bệnh ăn uống, thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu, thuốc giảm đau.

Thực hiện công việc chuẩn bị người bệnh trước mổ cấp cứu, luôn luôn thực hiện thuốc kháng sinh, ngăn ngừa choáng cho người bệnh trước mổ.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC SAU MỔ VIÊM RUỘT THỪA

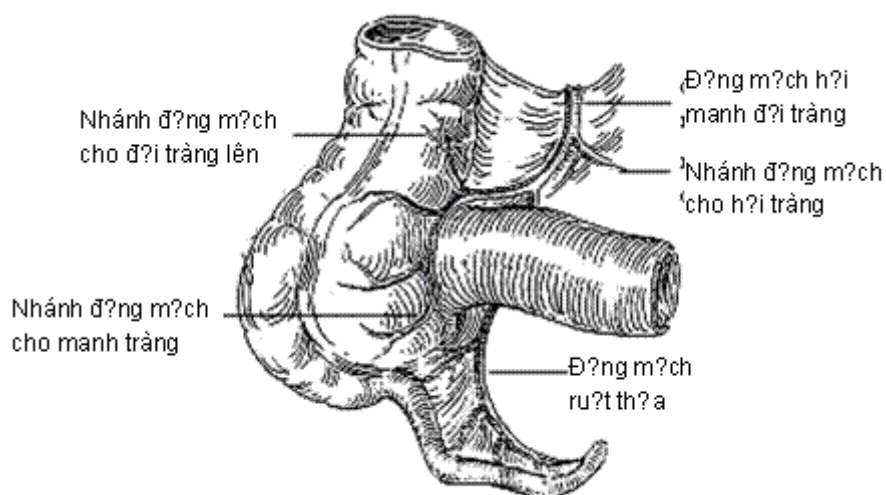
1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Theo dõi dấu chứng sinh tồn, nước xuất nhập. Quan sát băng thấm dịch, dẫn lưu ra máu không, tình trạng tri giác sau mổ nếu người bệnh gây mê. Tình trạng cảm giác, vận động chỉ nếu gây tê tuỷ sống. Tình trạng bụng như đau, tình trạng nhu động ruột, nghe nhu động ruột. Dấu hiệu chảy máu qua vết mổ, dẫn lưu ổ bụng, nhiễm trùng vết mổ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh sau mổ ruột thừa không biến chứng

Cho người bệnh nằm tư thế Fowler, ngồi dậy đi lại sớm để tránh biến chứng liệt ruột, viêm phổi, giúp người bệnh thoải mái. Nếu không nôn ói thì 6–8 giờ cho ăn. Vết mổ không nhiễm trùng thì sau 7 ngày cắt chỉ. Nếu người bệnh mổ nội soi viêm ruột thừa điều dưỡng chú ý tình trạng chướng bụng do bơm hơi trong ổ bụng, đau vai.



Hình 19.2. Ruột thừa và sự cung cấp máu



Hình 19.3. Các vị trí ruột thừa: 1. Trước hồi tràng; 2. Sau hồi tràng; 3. Phần ụ nhô; 4. Trong tiểu khung; 5. Dưới manh tràng; 6. Cận đại tràng

2.2. Người bệnh sau mổ viêm ruột thừa đã có biến chứng

Cho người bệnh ngồi dậy càng sớm càng tốt. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, hồi sức đủ nước, ổn định điện giải. Vết mổ thâm dịch thay băng, phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ. Chăm sóc dẫn lưu theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất mỗi ngày và chú ý rút sớm khi hết dịch.

2.3. Nguy cơ xuất huyết nội do bục chỗ khâu động mạch ruột thừa

Nhận định dấu hiệu xuất huyết nội: đau bụng, huyết áp giảm, mạch nhanh, thở nhanh, da xanh niêm nhạt, Hct giảm, máu qua ống dẫn lưu,...

Can thiệp điều dưỡng: giữ đường truyền thật tốt, thực hiện truyền máu theo y lệnh, theo dõi sát huyết áp, mạch, chuẩn bị người bệnh phẫu thuật lại.

2.4. Chảy máu vết mổ

Nhận định điều dưỡng: máu tươi, chảy thành dòng và đông lại.

Can thiệp điều dưỡng: dùng gạc ấn ngay điểm chảy máu, băng ép, báo bác sĩ khâu vết mổ lại. Đánh giá số lượng máu mất, Hct,...

2.5. Tắc ruột sau mổ

Nhận định điều dưỡng: đau bụng từng cơn, dấu hiệu rắn bò...

Can thiệp điều dưỡng: theo dõi nhiệt độ, nghe nhu động ruột, thực hiện các bước chăm sóc người bệnh như trong bài chăm sóc người bệnh tắc ruột. Để phòng ngừa, điều dưỡng cho người bệnh ngồi dậy sớm, vận động, hít thở sâu.

2.6. Viêm phúc mạc

Nhận định điều dưỡng: sốt cao, bụng đau, chướng, bụng cứng như gỗ.

Can thiệp điều dưỡng: chăm sóc phòng ngừa choáng nhiễm trùng, chuẩn bị người bệnh phẫu thuật lại.

2.7. Áp-xe và viêm tấy thành bụng

Do kỹ thuật chăm sóc không bảo đảm vô khuẩn, do nhiễm trùng bệnh viện, do bệnh lý.

Nhận định tình trạng người bệnh: dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ như đau, sưng, nóng, đỏ. Dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: nhiệt độ cao, môi khô, lưỡi bẩn...

Can thiệp điều dưỡng: thực hiện kháng sinh dự phòng cho những người bệnh viêm ruột thừa đến trễ. Chăm sóc vết mổ bằng phương pháp vô khuẩn. Sau mổ nếu có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ điều dưỡng báo bác sĩ và thực hiện cắt bỏ mô chỉ và rửa sạch vết mổ, thực hiện kháng sinh theo y lệnh. Ghi vào hồ sơ tình trạng vết mổ, nhiệt độ và tình trạng nhiễm trùng của người bệnh.

2.8. Áp-xe túi cùng Douglas

Nhận định điều dưỡng: đau bụng, sốt cao, tiêu chảy, phân nhầy...

Can thiệp điều dưỡng: theo dõi nhiệt độ, cơn đau, giúp thầy thuốc thăm khám lâm sàng. Nhận định tình trạng dẫn lưu Douglas về số lượng và nhất là tính chất dịch chảy ra. Thực hiện kháng sinh. Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật lại.

2.9. Rò phân

Nhận định tình trạng người bệnh: chăm sóc vết mổ hay lỗ dẫn lưu cần chú ý đến tính chất dịch chảy ra là phân, dịch ruột.

Can thiệp điều dưỡng: chăm sóc lỗ rò, ghi số lượng dịch chảy ra. Thực hiện y lệnh bù nước đầy đủ cho người bệnh, theo dõi nước xuất nhập. Ngừa rôm lở da cho người bệnh. Cung cấp cho người bệnh nhiều dinh dưỡng giúp lỗ rò mau lành.

2.10. Người bệnh chưa tự chăm sóc sau mổ

Giáo dục người bệnh tự chăm sóc theo sự hướng dẫn của điều dưỡng: vận động đi lại, tắm rửa nhưng nên tham khảo ý kiến của thầy thuốc.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Người bệnh không kiêng ăn, ăn đủ chất dinh dưỡng sau mổ.

Hướng dẫn người bệnh vận động, đi lại, tập thể dục. Hướng dẫn người bệnh các dấu hiệu tắc ruột như đau bụng từng cơn, bí trung đại tiện. Khi có các dấu hiệu trên, người bệnh nhịn ăn uống hoàn toàn và đến bệnh viện ngay.

Chăm sóc vết mổ tại nhà.

Trong trường hợp người bệnh bị dò vết mổ nên đến cơ sở y tế gần nhất để chăm sóc, bảo đảm dinh

dưỡng tốt.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh không đau vết mổ, sốt lành tốt, không viêm nhiễm, không tiết dịch, không hở vết mổ.
Người bệnh trở về sinh hoạt bình thường.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Người bệnh tỉnh sau mổ ruột thừa không biến chứng:

A. Cho người bệnh nằm: tư thế

B. Nếu không nôn ói thì: giờ cho ăn

C. Vết mổ không nhiễm trùng..... ngày cắt chỉ

2. Giáo dục người bệnh:

A.

B.

C.

3. Dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ:

A.

B.

C.

D.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Nguyên nhân nhiễm trùng vết mổ là do tình trạng viêm ruột thừa.		
5	Đau hạ sườn phải + sốt là dấu hiệu viêm ruột thừa.		
6	Máu tươi chảy ra vết mổ là dấu hiệu vết mổ đang chảy máu.		
7	Biến chứng sau mổ viêm ruột thừa là viêm ruột thừa tái phát.		
8	Nếu không nôn ói người bệnh sau mổ viêm ruột thừa có thể ăn.		
9	Biến chứng sau mổ viêm ruột thừa là rò phân.		
10	Chăm sóc lỗ dò sau mổ viêm ruột thừa là nâng cao thể trạng và chăm sóc vết thương.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenac. *Nursing care of patients with disorders of the lower gastro-intestinal system*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nded., WB Saunders company (1998): 1063.

2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck, *Nursing role in management problems of absorption and elimination*, in Medical Surgical Nursing 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY (1992): 1220–1221.

3. Debra C. Broadwell. *Gastrointestinal System*, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed.,

Mosby Company (1986): 782–783.

4. Lê Nữ Hoà Hiệp. *Viêm ruột đư*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tiêu hoá. Bộ môn ngoại, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2001, trang 29–58.

5. *Chăm sóc ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội 1994, trang 19.

Bài 20

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của thủng dạ dày.
2. Chăm sóc được người bệnh bị thủng dạ dày.
3. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ dạ dày.
4. Chăm sóc được người bệnh sau mổ dạ dày.
5. Chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư dạ dày.

I. BỆNH HỌC THÙNG DẠ DÀY

Thủng dạ dày hay thủng tá tràng là biến chứng thường gặp do nguyên nhân của loét dạ dày. Thủng dạ dày là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa tiêu hoá.

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Hỏi: Tiền sử người bệnh có đau dạ dày không, người bệnh thường biết được bệnh do thường hay đau bụng và cơn đau có chu kỳ hay đã từng điều trị bệnh trước đó.

Đau bụng dữ dội và đột ngột: đau bụng thường xảy ra đột ngột. Lúc đầu đau lâm râm ở trên rốn, có thể lan ra toàn ổ bụng, sau đó đau dữ dội như dao đâm và đây là lúc người bệnh bị thủng dạ dày. Đây là dấu hiệu đưa người bệnh đến bệnh viện và họ có ấn tượng rất rõ về cơn đau này.

Sờ: bụng cứng như gỗ, ấn đau nhiều.

Nhìn: bụng không tham gia nhịp thở, thở ngực, người bệnh nằm im không dám cử động.

X quang: thấy có liềm hơi dưới hoành.

2. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là ngoại khoa nhưng thường người bệnh đến bệnh viện trong tình trạng choáng nên hầu như người bệnh cần được hồi sức trước khi tiến hành phẫu thuật và thời gian hồi sức tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.

Hồi sức trước mổ: tư thế người bệnh nằm đầu cao 15–30⁰, kê chi cao. Nếu có chẩn đoán xác định thì thực hiện y lệnh thuốc giảm đau. Hút dạ dày liên tục để tránh nguy cơ dịch dạ dày chảy vào trong xoang

bụng. Không cho người bệnh ăn uống. Thực hiện bồi hoàn nước và điện giải cho người bệnh. Đặt thông tiểu, thực hiện kháng sinh theo y lệnh.

Ngoại khoa: phẫu thuật khâu lỗ thủng qua lỗ mổ, khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi ổ bụng, cắt dạ dày cấp cứu, cắt thần kinh X.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÚNG DẠ DÀY

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Khai thác bệnh sử: thường có tiền sử loét dạ dày.

Triệu chứng đau bụng xảy ra đột ngột, đau bụng trên rốn dữ dội, liên tục và tăng dần. Người bệnh nôn khan, sau nôn vẫn không giảm đau, bí trung, đại tiện.

Thăm khám:

Nhìn: bụng ít tham gia cùng nhịp thở, không di động, cơ bụng nổi rõ, có dấu hiệu nhiễm trùng.

Sờ: bụng cứng như gỗ, co cứng, người bệnh đến trễ sẽ thấy bụng chướng.

Gõ: mất vùng đục trước gan, gõ thấy đục vùng thấp.

Nghe: nhu động ruột mất hay giảm.

Toàn thân: người bệnh rơi vào cơn choáng, nhiệt độ cao thường sau thủng 18 – 24 giờ do nhiễm trùng, mất nước và rối loạn điện giải.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau bụng gia tăng khi người bệnh cử động hay khi thở

Giải thích cho người bệnh hiểu nguyên nhân đau bụng giúp người bệnh an tâm. Di chuyển, xoay trở người bệnh nhẹ nhàng, tránh thăm khám thường xuyên, không nên xoay trở người bệnh đột ngột. Cho người bệnh nằm tư thế semi Fowler giúp người bệnh thở dễ dàng. Hướng dẫn thở vào sâu nhẹ nhàng và thở ra chậm từ từ. Theo dõi sát hô hấp vì do đau người bệnh không dám thở nên dễ dàng thiếu oxy, rơi vào suy hô hấp. Nếu có dẫn lưu dạ dày qua mũi nên hút thường xuyên tránh nôn ới tràn vào khí quản. Thực hiện thuốc giảm đau khi có chẩn đoán xác định.

2.2. Mất nước và rối loạn điện giải do nôn ói và do liệt ruột

Theo dõi dấu mất nước như người bệnh khát, da dẻ da đàn hồi chậm trên 2 giây, niêm mạc miệng khô, áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) < 8mmH₂O, nước xuất nhập, nước tiểu ít. Thực hiện y lệnh bù nước và điện giải. Đặt ống Levine hút giúp người bệnh bớt nôn, đồng thời cũng theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc, dịch thoát ra, tình trạng bụng. Theo dõi kết quả xét nghiệm ion đồ, BUN, creatinine, Hct. Nghe tiếng nhu động ruột và tình trạng chướng bụng của người bệnh. Theo dõi các triệu chứng lâm sàng của rối loạn điện giải, nước xuất nhập, thực hiện thuốc giảm nôn.

2.3. Nguy cơ thiếu oxy do người bệnh thở kém vì đau không dám thở

Thực hiện cho người bệnh thở oxy. Theo dõi nhịp thở, tần số, tính chất thở thường xuyên. Hướng dẫn cách thở, theo dõi thiếu oxy, nồng độ oxy trong máu. Thực hiện thuốc giảm đau, hạn chế thăm khám, tránh xoay trở đột ngột. Giúp người bệnh tư thế thoải mái, giảm đau.

2.4. Người bệnh có nguy cơ rơi vào cơn choáng do đau, sợ, nhiễm trùng

Liệu pháp tâm lý giúp người bệnh an tâm, ủ ấm. Theo dõi cơn đau, thực hiện thuốc giảm đau khi chẩn đoán xác định. Theo dõi dấu chứng sinh tồn phát hiện sớm choáng. Thực hiện kháng sinh theo y lệnh. Theo dõi da niêm, kết quả xét nghiệm chức năng thận, nước tiểu/giờ.

2.5. Người bệnh lo lắng trước mổ cấp cứu

Giải thích cho người bệnh lợi ích của việc mổ, đây là trường hợp cấp cứu ngoại khoa vì dịch dạ dày có nguy cơ chảy vào khoang phúc mạc đưa đến viêm phúc mạc và tử vong. Cung cấp cho người bệnh những thông tin cần thiết về cuộc mổ như khâu lỗ thủng, cắt dạ dày.

3. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

Hầu hết người bệnh thủng dạ dày đều được mổ cấp cứu nhưng do đây là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa nên thường hồi sức trước khi phẫu thuật.

Điều dưỡng thực hiện đặt ống hút dạ dày, giúp hạn chế bớt phần nào dịch dạ dày chảy vào khoang phúc mạc, theo dõi xuất huyết dạ dày, giảm chướng bụng, hút dạ dày giảm căng chướng trong mổ và giải áp sau mổ. Điều dưỡng theo dõi và ghi vào hồ sơ tính chất, màu sắc, số lượng dịch hút ra.

Giải thích cho người bệnh biết việc cần thiết phải mổ, hướng dẫn người bệnh nhịn ăn uống, thực hiện các xét nghiệm khẩn về máu, nước tiểu.

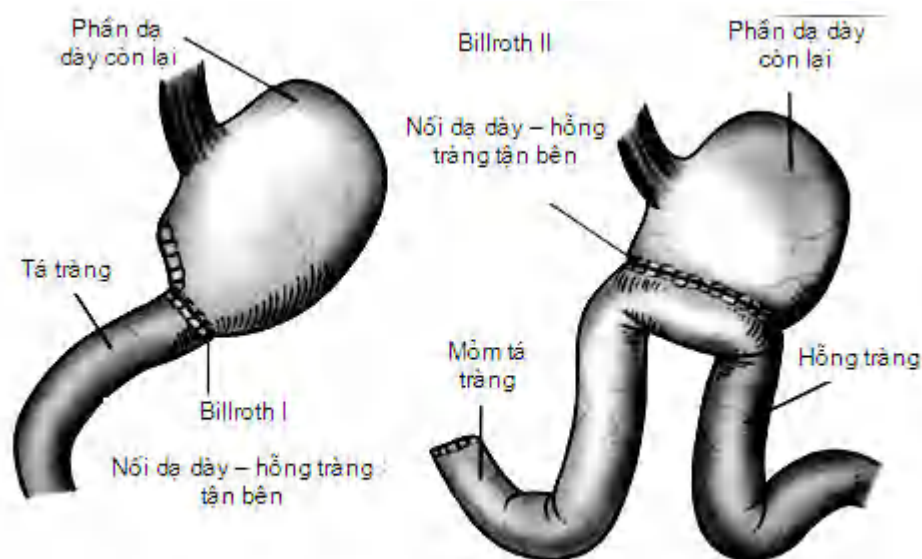
Truyền dịch ở tĩnh mạch lớn và gần tim, phụ giúp bác sĩ đặt áp lực tĩnh mạch trung tâm, tiêm thuốc giảm đau và kháng sinh, dấu chứng sinh tồn trước mổ. Nếu người bệnh lớn tuổi, có bệnh lý tim mạch, bệnh nặng nên đo điện tim.

Vệ sinh vùng mổ, đặt thông tiểu cho người bệnh, theo dõi sát nước xuất nhập. Điều dưỡng cần hiểu biết các phương pháp giải phẫu để giải thích cho người bệnh an tâm.

Trong những trường hợp mổ dạ dày chương trình, điều dưỡng cần chú ý nuôi dưỡng người bệnh tốt, cung cấp protein, vitamin C, vitamin K nhằm cải thiện tình trạng hình thành cục máu đông và giúp vết thương mau lành.

Người bệnh nhịn ăn uống trước mổ 24 giờ. Đặt ống thông dạ dày đêm trước mổ.

Các phương pháp phẫu thuật thể hiện trên hình 20.1.



Hình 20.1. Các phương pháp cắt đoạn dạ dày

- Cắt dạ dày:
- Nối dạ dày–tá tràng (gastroduodenostomy) hay Billroth I.
- Nối dạ dày–hỗng tràng (gastrojejunostomy) hay Billroth II.
- Cắt dây X (vagotomy).
- Mở rộng môn vị (pyloroplasty).
- Khâu lỗ thủng với điều trị thuốc kháng tiết.
- Khâu lỗ thủng với điều trị tiết trừ H. pylori.

Thông báo về phương pháp gây mê, vết mổ ở đâu, dẫn lưu như thế nào, tiên lượng sau mổ. Giáo dục

người bệnh và thân nhân cách chăm sóc sau mổ: ho, hít thở sâu, đi lại sớm.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THÙNG DẠ DÀY

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Theo dõi dấu chứng sinh tồn mỗi 4 giờ hay thường hơn tùy tình trạng người bệnh. Thẩm định lại tình trạng đau bụng, đau vết mổ. Quan trọng nhất là tình trạng hô hấp của người bệnh. Do đau, do chướng bụng, do ống Levine nên người bệnh hạn chế thở, có nguy cơ thiếu oxy sau mổ. Điều dưỡng cần nhận định tình trạng hô hấp và dấu hiệu thiếu oxy. Kiểm tra băng vết mổ có thấm máu, màu sắc và số lượng dịch dẫn lưu, dấu hiệu chảy máu sau mổ qua dẫn lưu. Tổng trạng người bệnh rất quan trọng vì thường người bệnh suy kiệt nhiều sau mổ. Theo dõi tri giác thường xuyên vì do tình trạng choáng cũng có nguy cơ xảy ra nên đây là dấu hiệu giúp điều dưỡng phát hiện sớm tình trạng trở nặng của người bệnh. Hoạt động ống Levine; màu sắc, tính chất, số lượng. Tình trạng bụng: đau bụng, chướng, dấu hiệu bụng ngoại khoa (bụng gồng cứng). Nghe nhu động ruột, hỏi người bệnh trung tiện được chưa. Theo dõi người bệnh có nôn ói, tiêu chảy, tình trạng suy dinh dưỡng, tình trạng mất nước, rối loạn điện giải.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh có nguy cơ chảy máu sau mổ khâu lỗ thùng dạ dày

Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn. Phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu sau mổ qua ống thông dạ dày, dấu chứng sinh tồn, tình trạng bụng, dẫn lưu, huyết áp giảm, Hct giảm. Thực hiện các y lệnh truyền máu, truyền dịch, hỏi sức người bệnh. Công tác tư tưởng cho người bệnh. Thực hiện chuẩn bị người bệnh mổ cấp cứu lại nếu phát hiện tình trạng chảy máu lại.

2.2. Người bệnh đau sau mổ, khó thở do đau

Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh. Nâng cao thành giường, hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, ho, xoay trở nhẹ nhàng. Nếu không choáng nên cho người bệnh ngồi dậy hay nằm tư thế Fowler, chân co nhẹ nhàng lên bụng. Theo dõi tránh bằng quang căng chướng, khuyến khích người bệnh thư giãn, không gồng cứng bụng. Theo dõi dấu hiệu khó thở, theo dõi dấu hiệu thiếu oxy. Cung cấp đầy đủ oxy cho người bệnh.

2.3. Người bệnh chướng bụng do liệt ruột sau mổ

Ông hút dạ dày cần hút ngắt quãng tránh tắc nghẽn, theo dõi sát tính chất, số lượng, màu sắc dịch dạ dày, rút khi có y lệnh. Nằm tư thế Fowler, xoay trở, vận động sớm, tập thở. Theo dõi tình trạng bụng chướng, đau, nghe nhu động ruột, thường xuyên đo vòng bụng để đánh giá tình trạng căng chướng bụng. Chăm sóc vệ sinh răng miệng.

2.4. Nguy cơ người bệnh nhiễm trùng qua ống dẫn lưu, vết mổ

Thường phẫu thuật viên sẽ đặt dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu túi cùng Douglas vì thế điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh thường xuyên nằm nghiêng về phía dẫn lưu. Theo dõi màu sắc, số lượng, tính chất của dịch, câu nổi xuống thấp, nếu thấy có máu tươi chảy ra nên lấy lại dấu chứng sinh tồn và báo bác sĩ ngay. Rút dẫn lưu tùy theo mục đích điều trị.

Ông thông tiểu cần rút sớm khi không còn dấu hiệu choáng để ngừa nhiễm trùng tiểu. Vết mổ thường không thay băng nếu vết mổ vô trùng, cắt chỉ sau 6–7 ngày. Nếu người già, suy dinh dưỡng, thành bụng yếu thì cắt chỉ muộn hơn.

2.5. Người bệnh lo lắng về dinh dưỡng sau mổ

Trong những ngày đầu khi chưa có nhu động ruột người bệnh được nuôi dưỡng bằng dịch truyền. Tùy bệnh lý và phương thức phẫu thuật mà thực hiện việc cho ăn qua đường nào, và khi nào thì được ăn. Trong những ngày đầu được ăn người bệnh ăn thức ăn mềm, loãng, dễ tiêu, từ lỏng đến đặc dần, nhai kỹ, chia 6 lần

ăn trong ngày. Theo dõi tình trạng khó tiêu, ợ hơi, chướng bụng sau ăn. Nên ăn ở tư thế ngồi hay tư thế Fowler, chỉ nằm sau ăn 30 phút. Tránh thức ăn có nhiều chất xơ, tránh uống nước trong bữa ăn. Với người bệnh cắt toàn bộ dạ dày điều dưỡng cần chú ý chế độ ăn phù hợp theo đường cho ăn.

2.6. Người bệnh lo lắng về bệnh sau mổ

Điều trị thủng dạ dày chủ yếu là khâu lỗ thủng. Đây là phương pháp đơn giản, nhẹ nhàng nhưng không triệt để (còn để lại ổ loét), do đó sau mổ cần kết hợp với điều trị nội khoa (thuốc băng niêm mạc, kháng tiết...)

Cách sinh hoạt: nghỉ ngơi hợp lý, tránh lo âu.

Thuốc điều trị: uống thuốc đúng thời gian, đúng giờ, đúng thuốc, đúng liều.

Tránh dùng các thuốc gây tổn thương niêm mạc dạ dày như: Aspirin, corticoid... Dùng thuốc che chở niêm mạc dạ dày. Nên tái khám đúng hẹn hay khi có triệu chứng bất thường như đau bụng, nôn ra máu. Khuyến người bệnh tránh thức ăn quá chua, quá cay, nhai kỹ khi ăn. Tránh dùng rượu, trà, cà phê, thuốc lá.

2.7. Người bệnh có nguy cơ chảy máu, bục xì vết khâu sau mổ cắt đoạn dạ dày

Người bệnh mổ cấp cứu với phẫu thuật lớn mà thời gian chuẩn bị ngắn nên điều dưỡng theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, phòng chống choáng cho người bệnh. Ống dẫn lưu dưới gan được rút bỏ theo y lệnh (thường rút 2–3 ngày sau mổ, nếu người bệnh có ổ loét xơ chai, đóng mồm tá tràng khó... thời gian rút thường là 5–6 ngày sau mổ). Trong thời gian này điều dưỡng chú ý màu sắc dịch chảy ra. Ống hút dạ dày hút, theo dõi sát và phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu. Lượng giá dấu hiệu choáng do giảm thể tích, điều dưỡng thực hiện theo dõi dấu chứng sinh tồn, dẫn lưu, chảy máu vết mổ, lượng nước xuất nhập, ống Levine.

2.8. Người bệnh liệt ruột do cắt dây thần kinh X và nối vị tràng hoặc mở rộng môn vị

Điều dưỡng theo dõi ống hút dạ dày kỹ hơn, nếu thấy máu tươi nên theo dõi dấu chứng sinh tồn và báo bác sĩ. Theo dõi chướng bụng, nghe và đánh giá tình trạng nhu động ruột do người bệnh sẽ chậm có nhu động ruột. Cho người bệnh vận động sớm, tập thở bụng, thực hiện thuốc tăng nhu động ruột.

2.9. Biến chứng do nằm lâu trên người bệnh cắt dạ dày

Lượng giá các biến chứng phổi: nghe phổi, thở oxy, theo dõi nồng độ oxy qua oxymeter, hút đàm nhớt, tần số, kiểu thở. Khuyến khích người bệnh xoay trở, hít thở sâu. Thăm khám ngăn ngừa nghẽn mạch và tắc mạch, vận động sớm, dùng tất chun, kiểm tra nơi bó cột tay chân gây cản trở tuần hoàn. Giảm đau vết mổ như biết cách dùng tay giữ vết mổ khi ho, nôn ói.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh ổn định, không có dấu hiệu nhiễm trùng.

Người bệnh trở về với gia đình an toàn.

Người bệnh hiểu được việc thực hiện thuốc điều trị khi xuất viện.

Người bệnh phòng ngừa được loét tái phát và điều trị sớm.

IV. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ UNG THƯ DẠ DÀY

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định người bệnh ung thư dạ dày cũng giống như người bệnh loét dạ dày. Cần thu thập thông tin từ người bệnh và gia đình về cách ăn uống, tâm lý, nhận thức về sức khỏe và thăm khám người bệnh.

Nhận định về ăn uống: người bệnh có thay đổi về kiểu ăn uống trước đó 6 tháng. Thay đổi theo mùa hay ăn quá mặn.

Người bệnh thay đổi về cân nặng sau vài tháng, người bệnh giảm cân nhanh nhưng không tìm thấy nguyên nhân.

Người bệnh mắc chứng khó tiêu, no hơi, đầy bụng mặc dù ăn rất ít, đau bụng mơ hồ. Đau có khi giảm khi ăn, uống nước, hay dùng thuốc kháng acid nhưng đôi khi không giảm.

Theo dữ kiện về khoa nghiên cứu tinh thần và dân số học, ung thư dạ dày xảy ra ở bất kỳ tuổi nào, thường ở người có tiền sử gia đình có ung thư.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Điều dưỡng có vai trò phát hiện sớm ung thư dạ dày ở người bệnh là tập trung ở giai đoạn khởi đầu bởi những dấu hiệu đặc biệt như thiếu máu. Điều dưỡng thông báo những triệu chứng liên quan với ung thư dạ dày và dấu hiệu liên quan khi thăm khám.

Điều dưỡng cảnh báo những vấn đề liên quan khi nghĩ đến ung thư dạ dày như ăn mất ngon, giảm cân, mệt, bệnh lý dạ dày. Thường khuyến khích người bệnh thăm khám và làm thử nghiệm chẩn đoán.

Tìm hiểu tiền sử gia đình có người bị ung thư dạ dày nên khuyến khích người bệnh khám, xét nghiệm để xác định bệnh trong giai đoạn sớm và định kỳ.

Người bệnh có nhóm máu A có nguy cơ cao hơn các nhóm máu khác.

Người bệnh có nhiễm H. Pylori cần được điều trị đúng phác đồ và có kiểm tra. Khi kiểm tra có polyp dạ dày, trong trường hợp này người bệnh cần được theo dõi thường xuyên và có sự tham khảo của thầy thuốc. Thường người bệnh được nội soi dạ dày và làm sinh thiết. Chế độ ăn của những người có nguy cơ cao là hạn chế thức ăn quá chua, cay, không uống rượu hay hút thuốc.

Can thiệp cấp tính:

Hầu hết khi có chẩn đoán xác định ung thư dạ dày người bệnh đều được phẫu thuật để cắt bỏ khối ung thư và cắt dạ dày.

Người bệnh và gia đình sẽ bị choáng, mất niềm tin, đau khổ, lo lắng. Trong giai đoạn này, điều dưỡng cần hết sức thông cảm, hỗ trợ người bệnh và gia đình vượt qua nỗi đau.

Tuỳ vào vị trí ung thư trên dạ dày người bệnh có thể cắt bán phần dạ dày, hay 2/3; nếu ung thư nằm quá cao đôi khi người bệnh được cắt toàn bộ dạ dày và như thế người bệnh được nuôi ăn qua hồng tràng. Điều dưỡng cung cấp những thông tin cần thiết giúp người bệnh an tâm.

3. CHĂM SÓC SAU MỔ

Nếu người bệnh phẫu thuật theo phương pháp Billroth I hay II thì chăm sóc như người bệnh phẫu thuật thủng dạ dày. Nhưng nếu người bệnh cắt dạ dày toàn phần thì ông Levine không còn dẫn lưu nhiều dịch bài tiết bởi vì phẫu thuật viên chỉ làm bồn chứa thay thế dạ dày. Ông Levine sẽ rút sau nhiều ngày khi nhu động ruột phục hồi.

Bắt đầu sẽ cho người bệnh uống ít nước. Người bệnh luôn được theo dõi dấu hiệu rò dịch ở chỗ nối như khó thở gia tăng, sốt, bụng chướng, đau. Khi người bệnh không có dấu hiệu rò dịch, điều dưỡng sẽ cho người bệnh ăn với số lượng ít, thức ăn mềm, loãng. Nên chia khẩu phần ăn từ 6–8 lần trong ngày.

Tránh cho người bệnh hội chứng Dumping. Nên hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn đúng. Dinh dưỡng kém cũng làm cho nguy cơ bực xì miệng nổi, vết mổ lâu lành. Vì thế, cần cung cấp dinh dưỡng qua truyền dịch thay thế chế độ ăn qua miệng. Cung cấp các chất vitamin A, C, D, E, B và tiêm bắp vitamin B12 vì vitamin này sẽ hấp thu ở phần trên ruột non tham gia vào quá trình tạo máu, tránh tình trạng thiếu máu trên người bệnh sau mổ dạ dày. Người bệnh cần được thực hiện giảm đau và xoa dịu tâm lý sau mổ.

4. HOÁ TRỊ LIỆU

Hoá trị liệu sẽ được thiết lập cho người bệnh sau mổ. Thường điều trị ung thư bằng thuốc hoá trị 5FU. Điều dưỡng cần thông tin về phương pháp điều trị hoá trị liệu, tác dụng phụ của thuốc cho người bệnh. Khi

người bệnh hoá trị liệu ung thư thường có các triệu chứng như nôn ói sau 1 giờ truyền.

Giáo dục người bệnh: Giảm lo sợ, tránh lo lắng. Thông báo những tác dụng phụ giúp người bệnh an tâm. Rụng tóc sau khi truyền: người bệnh giặt dũ, bôi rỏi vì ảnh hưởng đến hình dáng. Cung cấp cho người bệnh tóc giả khi đi ra ngoài.

Tình dục khi điều trị hoá trị liệu: Mất khả năng tình dục tạm thời, mất khả năng sinh sản vĩnh viễn, rối loạn chu kỳ kinh nguyệt tạm thời hay vĩnh viễn, thay đổi gen. Người bệnh được hướng dẫn phương pháp ngừa thai. Tránh mang thai trong thời gian điều trị, chỉ được mang thai trên 2 năm sau điều trị. Người bệnh cũng có nguy cơ viêm nhiễm phụ nề, loét vùng sinh dục nên tránh giao hợp trong giai đoạn này. Trong giai đoạn này nên tắm ấm giúp người bệnh dễ chịu hơn.

5. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH KHI XUẤT VIỆN

Trước khi cho người bệnh xuất viện, cần hướng dẫn người bệnh về chế độ ăn, ăn nhiều lần, chia khẩu phần ăn từ 6–8 lần trong ngày, tránh thức ăn quá chua, cay, không uống rượu, hút thuốc.

Giảm đau cho người bệnh, hướng dẫn cách dùng thuốc, hướng dẫn thời gian điều trị hoá trị liệu theo lịch của người bệnh. Theo dõi định kỳ để phát hiện sớm biến chứng của bệnh cũng như tình trạng di căn có thể có của bệnh.

Hướng dẫn người bệnh tham gia vào sinh hoạt cộng đồng và làm việc thích hợp.

LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh khi xuất viện biết cách chăm sóc về ăn uống, thuốc điều trị.
- Người bệnh biết được thời gian hoá trị liệu.
- Vết mổ sạch sẽ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 mục đích của ống Levine trước mổ thùng dạ dày.

- A.
- B.
- C.
- D.

2. Nêu 4 đúng với người bệnh điều trị thuốc sau mổ thùng dạ dày.

- A.
- B.
- C.
- D.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Người bệnh sau mổ dạ dày cần tránh uống nước có hơi.		
4	Sau mổ cắt dạ dày người bệnh ăn quá ít: hội chứng Dumping.		
5	Dẫn lưu dưới gan sau mổ cắt dạ dày cần rút khi dịch ít.		

6	Người bệnh cắt dạ dày cần kiêng thức ăn chua, cay.		
7	Người bệnh sau khâu lỗ thủng dạ dày qua nội soi cần chăm sóc răng miệng.		
8	Ông Levine trước mổ thủng dạ dày có mục đích giảm căng chướng bụng.		
9	Nên cho người bệnh ăn nhiều chất dinh dưỡng sau mổ khâu lỗ thủng dạ dày.		
10	Người bệnh khâu lỗ thủng dạ dày nên uống thuốc tráng niêm mạc dạ dày.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenec. *Nursing care of patients with disorders of the upper gastrointestinal System*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1058–1059.
2. Jane M. Georges, Gladys Elizabeth Deters, *Nursing role in Management Problems of Digestion*, chapter 39, section 8, Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992: 1179–1206.
3. Debra C. Broadwell, *Gastrointestinal System*, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company (1986): 771–775.
4. Lê Công Luận, *Thủng ổ loét dạ dày tá tràng*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1998, 175.
5. Trần Thiện Trung, *Thủng loét dạ dày tá tràng*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tiêu hoá. Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học 2001, trang 59–80.
6. *Chăm sóc ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội, 1994, trang 63.

Bài 21

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM TỤY CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng viêm tụy cấp.
2. Chăm sóc được cho người bệnh viêm tụy cấp.
3. Chuẩn bị được cho người bệnh trước mổ.
4. Chăm sóc được cho người bệnh sau mổ.

I. BỆNH HỌC

Viêm tụy cấp là tiến trình viêm cấp tính của tụy. Mức độ viêm tụy khác nhau từ viêm tụy sung huyết đến viêm tụy hoại tử. Bệnh phổ biến ở tuổi trung niên, nam nhiều hơn nữ. Tình trạng viêm tụy nặng hay nhẹ tùy mức độ tàn phá trên mô tụy.

Viêm tụy cấp liên quan đến bệnh lý sỏi đường mật, do rượu, sau phẫu thuật, sau chụp mật tụy ngược dòng, sau thủ thuật lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng, do chuyển hoá, do nhiễm độc, dị ứng, quai bị, thủng tá tràng; thuốc như Corticoid, Thiazide Diuretic, Oral Contraceptive, Sulfonamide, Nonsteroidal Antiinflammator.

1. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

1.1. Đau bụng

Khởi đầu đột ngột đau bụng vùng thượng vị hay 1/4 bụng trên trái lan ra sau lưng bên trái. Đau dữ dội, liên tục, đau sâu bên trong tạng, đau như chọc thủng bên trong. Thường xuất hiện đau 24–48 giờ sau khi ăn bữa ăn nhiều thịt, chất béo, có uống rượu. Đau thường không giảm theo tư thế, sau dùng thuốc kháng acid dạ dày. Đau thật sự là do tụy căng phồng, kích thích phúc mạc, tắc ống mật.

Cơn đau kèm theo nôn ói, sau ói người bệnh vẫn không giảm đau.

Nhiệt độ giảm, bạch cầu giảm, huyết áp giảm, mạch nhanh. Người bệnh vàng da, nước tiểu vàng.

Bụng căng chướng do nhu động ruột giảm hay mất. Tắc ruột xuất hiện do gây căng chướng bụng. Khám bụng có đề kháng vùng thượng vị.

Dấu Cullen: thay đổi màu vùng quanh rốn do sự tẩm nhuận của máu dọc theo dây chằng liềm.

Dấu Grey Turner: xuất hiện màu xanh khi dịch xuất tiết lan qua cân sau thận vùng hông trái.

Phổi nghe tiếng ran nổ, suy giảm hô hấp.

1.2. Choáng

Xuất hiện khi chảy máu tụy, hay nhiễm trùng huyết từ những hoạt động của men tụy. Sự gia tăng kinin peptide như kallikrein và bradykinin là nguyên nhân mạch máu giãn, gia tăng thẩm mao mạch, thay đổi vận mạch. Suy thận cấp cũng xảy ra trong người bệnh viêm tụy cấp có choáng.

2. BIẾN CHỨNG

2.1. Nang giả tụy

Là khoang tiếp nối với tụy hay bao xung quanh bên ngoài tụy chứa dịch tiết, mô hoại tử, như plasma, men tụy, chất viêm xuất tiết.

Triệu chứng của nang giả tụy là người bệnh đau bụng, sờ có khối u vùng thượng vị, nôn, buồn nôn, chán ăn. Amylase huyết thanh vẫn ở mức cao. Khối nang này sẽ tự giải quyết trong vòng vài tuần nhưng có lẽ khi thủng nó gây ra viêm phúc mạc hay thủng vào trong dạ dày hay tá tràng. Thường phẫu thuật nối tụy với hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y.

2.2. Abscess tụy

Là khoang chứa dịch lớn trong tụy, là hậu quả từ mô tụy hoại tử. Biểu hiện lâm sàng: đau bụng trên, bụng có khối u bất thường, nhiệt độ tăng cao, bạch cầu tăng, áp-xe tụy, đòi hỏi phẫu thuật cấp cứu để ngăn ngừa nhiễm trùng. Biến chứng hệ thống chính là viêm phổi và chuột rút do hạ calci máu. Viêm phổi là do xuất tiết từ men tụy thấm qua màng phổi.

3. CHẨN ĐOÁN

Bảng 21.1. Xét nghiệm chẩn đoán viêm tụy cấp

Xét nghiệm	Trị số bình thường	Sinh bệnh học
Amylase huyết thanh	Tăng > 200UIL 3–3,4 μ katL	Tế bào tụy tổn thương
Lipase huyết thanh	Tăng	Tế bào tụy tổn thương
Amylase nước tiểu	Tăng	Tế bào tụy tổn thương
Test thứ hai		
Đường huyết	Tăng cao	Suy giảm của chuyển hoá chất xơ dẫn đến tổn thương tế bào β và giải phóng glucagon
Calcium huyết thanh	Giảm	Sự hoá xà phòng của calcium bởi acid béo trong vùng mỡ bị hoại tử
Triglyceride huyết thanh	Tăng lipide máu	Giải phóng acid béo tự do bởi lipase

Amylase huyết thanh tăng trong vòng 24–72 giờ. Sự tăng lipase huyết thanh bổ sung cho chẩn đoán viêm tụy cấp. Vì trong bệnh quai bị, chấn thương não, ghép thận thì amylase máu cũng tăng cao. Amylase nước tiểu cũng tăng cao và duy trì nhiều ngày. Amylase nước tiểu tăng hơn 3.600UI/ngày.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội

Hạn chế tạm thời hoạt động men tụy: Thực hiện thuốc: kháng acid, kháng H_2 . Đặt ống thông dạ dày: hút liên tục, không cho ăn uống. Thực hiện thuốc Atropin, hay Octreotide (Sandostatin) làm giảm tiết dịch.

Giảm đau cho người bệnh: Tiêm thuốc giảm đau theo y lệnh, thường dùng Atropin và Pethidin (không cho Morphin vì gây co thắt cơ vòng Oddi). Thực hiện thuốc kháng viêm steroide (soludecadron).

Chống nhiễm trùng: Thực hiện kháng sinh theo y lệnh. Thực hiện cân bằng nước và điện giải.

4.2. Điều trị ngoại

Phẫu thuật.

Bảng 20.2. Nhận định điều dưỡng trong viêm tụy cấp

Dữ kiện chủ quan

Thông tin quan trọng về sức khoẻ:

Tiền sử bản thân: nghiện rượu, bệnh lý sỏi đường mật, chấn thương bụng, loét tá tràng, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hoá.

Thuốc: dùng thuốc Thiazide, Oestrogen, Corticoide, Azathioprine, Sulfonamide, Opiate, Furosemide.

Phẫu thuật và những điều trị khác: phẫu thuật mổ tụy, dạ dày, tá tràng, đường mật.

Dữ kiện khách quan

Tổng trạng: kích động, lo lắng, toát mồ hôi, nhiệt độ giảm.

Da: đổi màu ở vùng bụng, vàng da, khô môi miệng.

Hô hấp: khó thở, ran nổ.

Tim mạch: choáng, huyết áp giảm, mạch nhanh.

Tiêu hoá: bụng căng chướng, đau.

Dấu hiệu dương tính: Amylase và lipase huyết thanh tăng, bạch cầu tăng, tăng đường huyết, tăng amylase nước tiểu, siêu âm bụng bất thường.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Đau bụng dữ dội, liên tục vùng thượng vị. Thường xuất hiện sau bữa ăn thịnh soạn, đỉnh đau từ 15–60 phút sau ăn, đau lan đến ngực hay ra sau lưng, đau tăng khi nằm ngửa. Tổng trạng người bệnh rất dễ rơi vào cơn choáng ngất.

Tim mạch thiếu dịch, mạch nhanh, huyết áp giảm.

Triệu chứng tiêu hoá: nôn ói, liệt ruột. Cơ hoành bị kích thích do dịch như nấc cục, đau lan đến bả vai.

Phổi: tràn dịch màng phổi lan tỏa, phổi thâm nhiễm, suy hô hấp.

Tiết niệu: nước tiểu giảm dưới 400ml/giờ do hoại tử ống thận 20%, có vàng da do đầu tụy phù nề chèn ép đoạn cuối ống mật chủ. Bụng chướng, mềm và có dịch lượng trung bình. Sờ ấn sâu thượng vị đau tăng lên, nếu có viêm phúc mạc thì bụng đề kháng hoặc gồng cứng. Khi xuất huyết hay hoại tử tụy, có thể có dấu Grey Turner (thay đổi màu da vùng hông lưng) hoặc dấu Cullen (đổi màu da hay bầm máu vùng quanh rốn). Siêu âm thấy tụy to, có dịch quanh tụy, có khối siêu âm hỗn hợp (hoại tử tụy), áp-xe tụy, nhiệt độ tăng, tốc độ lắng máu tăng, bạch cầu tăng.

2. CHẨN ĐOÁN CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Chăm sóc sức khỏe và ngăn ngừa viêm tụy cấp

Phòng ngừa những yếu tố nguy cơ đưa đến viêm tụy cấp. Điều dưỡng cần cung cấp thông tin cần thiết để giúp người bệnh điều trị những bệnh lý có nguy cơ viêm tụy cấp như điều trị dứt điểm sỏi mật. Nếu có sỏi túi mật hay sau mổ sỏi nên tránh những bữa ăn nhiều thịt mỡ, không uống rượu. Tránh những thuốc gây viêm tụy cấp, nên tiêm ngừa phòng quai bị.

2.2. Người bệnh choáng do viêm tụy cấp

Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, lượng giá tình trạng người bệnh, khí máu động mạch, chỉ số đo áp lực tĩnh mạch trung tâm. Thực hiện kháng sinh chống nhiễm trùng, bồi trả nước điện giải cho người bệnh, theo dõi lượng nước xuất nhập, theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ, xét nghiệm chức năng thận, thực hiện thuốc giảm đau, giảm tiết dịch.

2.3. Giảm thể tích dịch do nôn ói, hút dịch dạ dày và hạn chế ăn uống

Biểu hiện người bệnh khát, gia tăng dịch xuất, da khô. Nhận định tình trạng suy tim, dấu hiệu choáng tuần hoàn, rối loạn nước và điện giải, nước xuất nhập, áp lực tĩnh mạch trung tâm, cân nặng, dấu chứng sinh tồn và áp lực máu mỗi 4 giờ hay thường xuyên tùy theo y lệnh. Thực hiện cung cấp dịch thay thế.

Thực hiện thuốc chống ói, đặt ống Levine theo dõi nước xuất nhập chính xác hơn vừa giúp người bệnh giảm nôn, vừa thoát dịch dạ dày giảm chèn ép.

Theo dõi xét nghiệm Hct, Hemoglobin, chú ý Amylase máu và nước tiểu (bình thường 60–180 đơn vị Somogy100ml), ion đồ, BUN, creatinine.

Vệ sinh sạch sẽ sau nôn: vệ sinh răng miệng giúp người bệnh thoải mái.

Theo dõi những dấu hiệu như kích thích, nhịp tim nhanh, co rút cơ.

2.4. Kiểu thở không hiệu quả do đau

Nhận định và đánh giá: khả năng thở, hít thở sâu, ho, đàm. Người bệnh đau tăng khi nằm ngửa. Theo dõi khí máu động mạch, tình trạng bụng đau, chướng.

Can thiệp: hỗ trợ hô hấp, thực hiện thở oxy, giúp người bệnh tư thế nghỉ ngơi, giảm đau – tư thế Fowler.

2.5. Sự khô môi miệng do đặt ống thông dạ dày, thuốc ức chế bài tiết

Biểu hiện môi khô, lở niêm mạc miệng, giảm tiết nước bọt Nhận định tình trạng niêm mạc môi, lưỡi người bệnh để điều trị kịp thời. Chăm sóc răng miệng mỗi 2 giờ, giữ ẩm môi miệng, có thể thoa son vaseline. Ghi chú chính xác lượng nước xuất nhập. Chăm sóc da thoáng sạch, dùng chất làm ẩm da, tránh khô da.

2.6. Thay đổi dinh dưỡng liên quan đến chán ăn, không ăn qua đường miệng, nôn ói biểu hiện bởi giảm cân, yếu, mệt

Quan sát phân khi đại tiện có váng mỡ. Cung cấp dinh dưỡng đủ các chất qua đường truyền cho người bệnh. Thực hiện vệ sinh răng miệng và làm ẩm môi, miệng giúp người bệnh tránh khô môi, miệng và các bệnh lý về miệng. Đánh giá chỉ số BMI của người bệnh.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ TỤY

Viêm tụy cấp chủ yếu là điều trị nội khoa, chỉ can thiệp phẫu thuật khi có chỉ định cụ thể như viêm tụy hoại tử, viêm tụy xuất huyết, người bệnh hồi sức không hiệu quả hay có nguyên nhân khác như sỏi kẹt Oddi.

Thăm định tình trạng đau bụng của người bệnh và tìm tư thế giảm đau cho người bệnh.

Thực hiện hút dạ dày liên tục: theo dõi sát tính chất, màu sắc, số lượng dịch dạ dày.

Không cho người bệnh ăn uống. Điều dưỡng thực hiện bù dịch, thuốc theo y lệnh của bác sĩ, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, giảm viêm cho người bệnh.

Công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm.

Theo dõi các xét nghiệm cận lâm sàng: Amylase máu và nước tiểu, ion đồ, creatinine...

Theo dõi dấu chứng sinh tồn cho người bệnh: Phát hiện sớm dấu hiệu choáng cho người bệnh như mạch nhanh, huyết áp giảm. Chú ý nếu người bệnh sốt trên 38⁰C thì cần báo bác sĩ ngay vì có thể có tình trạng nhiễm trùng.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Theo dõi dấu hiệu khó thở, kiểu thở, dấu hiệu thiếu oxy.

Theo dõi và phát hiện sớm choáng, dấu hiệu giảm thể tích dịch, theo dõi nước tiểu mỗi giờ, nước xuất nhập. Nhận định tình trạng rối loạn nước và điện giải.

Tình trạng viêm tụy như: đau bụng, bụng chướng, amylase tăng.

Tình trạng bụng: nhu động ruột, đau.

Hoạt động ống dẫn lưu, tình trạng da: ở chân ống dẫn lưu, vết mổ.

Tình trạng dinh dưỡng người bệnh: dấu mất nước, cân nặng.

Tình trạng nhiễm trùng: nhiệt độ cao.

Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: qua ống Levine, dẫn lưu, dấu chứng sinh tồn.

Theo dõi đường huyết, creatinine. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, tình trạng tri giác người bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh có dấu hiệu khó thở sau mổ

Thế nằm: nếu người bệnh chưa tỉnh hay còn choáng thì cho nằm tư thế thẳng đầu bằng, mặt nghiêng một bên. Nếu người bệnh tỉnh nên cho nằm tư thế semi-Fowler, hướng dẫn người bệnh thở. Thực hiện oxy liệu pháp cho người bệnh. Theo dõi liên tục tình trạng: oxy máu, dấu hiệu thiếu oxy, nhịp thở. Cần theo dõi tình trạng bụng chướng hay do đau người bệnh không tự thở bình thường được.

2.2. Người bệnh có nguy cơ choáng sau mổ do tình trạng giảm thể tích dịch qua mất máu, mất dịch

Theo dõi và chống choáng sau mổ, theo dõi dấu chứng sinh tồn liên tục, dấu hiệu chảy máu, tổng lượng nước xuất nhập mỗi giờ, dấu hiệu rối loạn điện giải trên lâm sàng, nước tiểu, xét nghiệm chức năng thận. Theo dõi dấu thiếu nước như khát, niêm khô, vẹo da (+). Phát hiện sớm trên lâm sàng các dấu hiệu thiếu điện giải. Thực hiện bù nước và điện giải theo y lệnh. Ủ ấm người bệnh, giúp người bệnh an tâm.

2.3. Bụng chướng sau mổ do ruột chưa hoạt động

Theo dõi nhu động ruột, nôn ói, bụng chướng, dịch ứ đọng...

Cho người bệnh xoay trở, hướng dẫn hít thở sâu, cho người bệnh ngồi dậy hay nằm tư thế Fowler (nếu không có dấu hiệu choáng).

Để giúp cho tuy nghỉ ngơi, điều dưỡng đặt ống thông dạ dày, nên hút liên tục ống thông dạ dày, theo dõi tình trạng bụng, đo vòng bụng. Chỉ rút ống thông dạ dày khi người bệnh hết đau bụng, amylase bình thường. Không nên cột ống lại nếu chưa có y lệnh bác sĩ.

Nghe nhu động ruột, thường người bệnh sau mổ viêm tụy cấp rất dễ suy kiệt do tình trạng nhịn ăn, uống và mất nước, nên vận động giúp có nhu động ruột.

2.4. Nguy cơ biến chứng sau mổ viêm tụy cấp

Phát hiện sớm biến chứng viêm tụy cấp như: đau bụng trên, khối u ở thượng vị, nhiệt độ,... Theo dõi xét nghiệm, báo bác sĩ khi thấy các chỉ số xét nghiệm: Amylase, ion đồ, Transaminase, glycémie tăng hay giảm.

Phòng ngừa không cho người bệnh ăn uống nếu như người bệnh còn đau bụng, tình trạng viêm tụy chưa ổn định. Thực hiện nuôi dưỡng người bệnh bằng đường truyền dịch, theo dõi đau bụng.

2.5. Nguy cơ nhiễm trùng và tổn thương da do có nhiều dẫn lưu sau mổ

Người bệnh mổ tụy có rất nhiều dẫn lưu: dẫn lưu ổ tụy, dẫn lưu túi mật, dẫn lưu Kehr, mở thông dạ dày, dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu Douglas...

Tất cả nên câu nối xuống chai vô trùng và theo dõi dịch, thường chỉ rút khi có ý kiến của phẫu thuật viên và tùy tình trạng người bệnh. Nếu chăm sóc dẫn lưu tốt sẽ giúp giảm phù nề tụy, dẫn lưu mô tụy hoại tử. Phẫu thuật viên có thể cắt bỏ một phần hay toàn bộ tụy, sau đó đặt dẫn lưu hậu cung mạc nối và dẫn lưu Douglas. Bác sĩ cho bơm rửa và hút để những mảnh hoại tử tụy trôi ra ngoài. Cần ngừa dịch trào ra lỗ quanh chân dẫn lưu. Việc tưới rửa và hút ở dẫn lưu thường sử dụng huyết thanh mặn đẳng trương vô trùng và cho người bệnh nằm nghiêng về phía dẫn lưu giúp dịch thoát ra dễ dàng. Cần thay băng ngay khi thấm ướt dịch quanh chân dẫn lưu.

Người bệnh sau mổ tụy sẽ có nhiều dẫn lưu và dẫn lưu thường tiết dịch rất nhiều nên nguy cơ mất nước cao. Đồng thời, do dịch tiết quá nhiều nên khả năng viêm lở da do dịch từ dẫn lưu mang tính chất ăn mòn da có nguy cơ làm loét chân da nơi dẫn lưu và đây là nguy cơ nhiễm trùng da rất cao. Điều dưỡng cần chăm sóc da thật sạch sẽ, câu nối thật tốt và thay băng khi thấm dịch, thay túi hứng dịch để tránh dịch chảy ngược vào trong hay tràn ra da.

2.6. Người bệnh có nguy cơ nhiễm trùng sau mổ do tình trạng nằm lâu

Để tránh nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu điều dưỡng cần rút sớm thông tiểu khi người bệnh ổn định. Viêm tụy thường biến chứng viêm phổi, tràn dịch màng phổi trái. Người bệnh do đau và không dám thở, vì

thể điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh cách thở, xoay trở, ngồi dậy sớm...

Thời gian hồi phục sau mổ viêm tụy cấp đôi khi lâu ngày hơn, kèm theo tình trạng suy kiệt do không ăn uống nhiều ngày nên việc vận động đi lại của người bệnh hạn chế, vì thể loét do tư thế có nguy cơ xảy ra. Điều dưỡng cần xoay trở, tránh tì đè, tránh dịch tử dẫn lưu ổ tụy tràn ra da.

2.7. Nguy cơ suy dinh dưỡng do người bệnh không được ăn uống

Nhận định tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, dấu mất nước, cân nặng.

Đo lường và báo cáo nước xuất qua ống Levine, ống dẫn lưu, nước tiểu, tĩnh mạch trung tâm.

Theo dõi đường huyết và đường niệu, đề phòng rối loạn chỉ số đường huyết.

Theo dõi tiêu phân mỡ khi đi cầu.

Thực hiện insuline theo y lệnh trong trường hợp viêm tụy mạn tính.

Dinh dưỡng: ăn khi người bệnh hết đau bụng, khi tình trạng viêm tụy đã giảm hẳn các triệu chứng, khi amylase trở về bình thường. Sau khi rút ống thông dạ dày, cho người bệnh ăn loãng nhẹ như súp, chất đạm tăng dần lên nhưng chủ yếu là đạm thực vật, cho ăn nhiều năng lượng, vitamin, nhiều chất có cung cấp điện giải để tránh suy dinh dưỡng. Thường sau 5–7 ngày người bệnh ăn lại, bắt đầu ăn những chất dễ tiêu như súp rau hay bột khuấy đường, chăm sóc răng miệng thường xuyên.

2.8. Người bệnh chưa hiểu rõ về bệnh

Hướng dẫn – giáo dục y tế: nguyên nhân của bệnh thường do nhiễm ký sinh trùng đường ruột nên giáo dục người bệnh vệ sinh ăn uống, trong sinh hoạt, tẩy giun định kỳ. Truyền bá những độc hại của rượu nhằm giáo dục và hướng dẫn người nghiện rượu, cần có những hình ảnh tác hại do rượu gây ra, nhất là những người bệnh đã bị viêm tụy thì việc ngưng rượu là bắt buộc. Người bệnh có tiền sử viêm tụy cần tránh những bữa ăn thịnh soạn nhiều thịt và mỡ. Người bệnh có tiền sử sỏi đường mật cũng có nguy cơ viêm tụy rất cao, vì thế cần phẫu thuật sớm lấy sỏi. Khi người bệnh đau ở vùng thượng vị và lan đến hạ sườn trái thì không nên ăn uống và đến ngay bệnh viện.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Người bệnh phải kiêng rượu, kiêng thuốc lá, tránh ăn thức ăn có mỡ, nhiều thịt, hải sản.

Điều trị dứt điểm các bệnh lý về gan, mật nhất là bệnh sỏi mật.

Tránh sử dụng các loại thuốc có nguy cơ cao đến viêm tụy.

Vệ sinh trong ăn uống, tẩy giun định kỳ.

Tái khám theo lời dặn.

Thực hiện thuốc đúng giờ, đúng thời gian điều trị.

Hướng dẫn người bệnh các dấu hiệu của các biến chứng như:

Nang giả tụy: bụng có khối u thượng vị sau khi ăn, đau căng tức bụng, là dấu hiệu nang giả tụy sau mổ. Điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh tái khám để phẫu thuật

Viêm tụy tái phát: khi có các dấu hiệu đau bụng thượng vị và lan ra sau lưng, đau sau bữa ăn thịnh soạn thì người bệnh nhịn ăn uống hoàn toàn và đến bệnh viện ngay.

Đường huyết không ổn định: người bệnh sẽ có nguy cơ tăng hay giảm đường huyết sau viêm tụy hay cắt tụy. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh theo dõi sát xét nghiệm đường huyết. Tránh dùng thuốc hạ đường huyết khi đang đói.

Suy dinh dưỡng sau viêm tụy: không để người bệnh suy dinh dưỡng, ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, nhất là trái cây. Cần người bệnh để đánh giá tình trạng dinh dưỡng hàng ngày. Do sợ bệnh tái phát nên người bệnh không dám ăn, điều dưỡng nên hướng dẫn cụ thể chế độ ăn uống.

LƯỢNG GIÁ

- Hết đau bụng sau mổ.
- Người bệnh ăn uống được, dinh dưỡng có tăng cân.
- Da không bị tổn thương. Tình trạng bụng không chướng, không đau.
- Người bệnh đi lại được. Người bệnh hiểu được các chỉ dẫn của điều dưỡng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn chữ cái trước câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:

1. Sau mổ tụy, phẫu thuật viên thường đặt rất nhiều dẫn lưu, vì thế điều dưỡng cần chăm sóc da vì:
 - A. Ngăn ngừa tình trạng mất nước qua da.
 - B. Tránh tình trạng viêm lở da do dịch tụy.
 - C. Người bệnh cần nhịn ăn uống giúp giảm lượng dịch qua dẫn lưu.
 - D. Người bệnh cần được câu nôi dẫn lưu xuống thấp.
 - E. Tất cả các phương án trên đều đúng.
2. Người bệnh được hút ống Levine sau mổ là giúp:
 - A. Giảm đau vết mổ.
 - B. Bụng bớt căng chướng sau mổ.
 - C. Hết tình trạng viêm tụy.
 - D. Dễ thở.
 - E. Tất cả các phương án trên đều sai.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Sau mổ viêm tụy khi có nhu động ruột nên cho ăn ngay.		
4	Cung cấp thức ăn đậm thực vật khi người bệnh ăn được.		
5	Tránh bữa ăn nhiều thịt, mỡ sau mổ viêm tụy cấp.		
6	Khuyến người bệnh khi đau vùng thượng vị, có nôn ói thì không ăn uống gì và đến bệnh viện ngay.		
7	Dẫn lưu ổ tụy sẽ rút khi hết dịch.		
8	Khi người bệnh hết đau bụng thì rút ống Levine ngay.		
9	Cần tránh thức ăn nhiều hơi sau mổ viêm tụy cấp.		
10	Cần theo dõi đường huyết trên người bệnh mổ tụy.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenac. *Nursing Care of Patients with Disorders of the Accessory Organs of Digestion*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1118.
2. Rachel Elrod, *Problems of Liver Biliary tract and Pancreas*, in Nursing role in Management Problems of Liver, Biliary Tract and Pancreas, Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992: 1291.
3. Debra C. Broadwell, *Gastrointestinal System*, chapter 8, Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed. Mosby Company (1986): 850–855.
4. Trần Văn Phoi. Viêm tụy cấp, trong Bài giảng bệnh học ngoại khoa tiêu hoá. Bộ môn Ngoại, Đại học

Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, 2001, trang 329.

5. *Chăm sóc ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội, 1994, trang 85.

Bài 22

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM PHÚC MẠC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ chế bệnh học và triệu chứng lâm sàng viêm phúc mạc.
2. Chăm sóc được người bệnh viêm phúc mạc.
3. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ viêm phúc mạc.
4. Chăm sóc được người bệnh sau mổ viêm phúc mạc.

I. BỆNH HỌC

1. GIẢI PHẪU

Phía dưới thực quản được nằm trong một khoang trong ổ bụng và được bao phủ bởi lá phúc mạc. Lá phúc mạc có 2 lớp là lá thành và lá tạng. Lá thành nằm bọc lót mặt trong thành bụng. Lá tạng bao phủ các tạng trong ổ bụng. Có 3 nếp là mạc treo treo ống tiêu hoá vào thành bụng; mạc chằng; mạc nối nối các tạng với nhau. Giữa lá thành và lá tạng có 1 khoang ảo chứa khoảng 80–100ml dịch. Dịch này vàng trong, có chứa nhiều protein, đảm bảo độ trơn láng của phúc mạc giúp 2 lá trượt lên nhau dễ dàng. Phúc mạc chứa mạch máu, mạch lympho và thần kinh.

2. SINH LÝ

Chức năng cơ học: phúc mạc treo các tạng trong xoang phúc mạc với thành bụng bằng các mạc treo, mạc chằng, giữ các tạng bằng các mạc nối.

Chức năng bảo vệ: mạc nối lớn chống nhiễm trùng bằng hàng rào cơ học và sinh học do hiện tượng thực bào, do trọng lực như tích tụ dịch ở 2 nơi thấp nhất của khoang phúc mạc, tại nơi này dịch tích tụ được bao bọc lại và phúc mạc có khả năng hấp thu.

Chức năng trao đổi chất: nhờ diện tích tiếp xúc khá lớn của phúc mạc nên việc trao đổi chất rất thuận lợi. Vì thế, người ta lợi dụng để làm thẩm phân phúc mạc cho người bệnh.

Cảm giác của phúc mạc: phúc mạc thành bụng nhạy cảm nhất, phúc mạc tạng gần như vô cảm.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng: là triệu chứng đầu tiên người bệnh đến bệnh viện, đau bụng bao giờ cũng có. Đau khắp bụng, vị trí đau khởi đầu thường giúp cho thầy thuốc nghĩ nhiều đến nguyên nhân. Tính chất đau như dao đâm, đau

liên tục và không có tư thế giảm đau, đau tăng khi ho hay khi cử động nên người bệnh nằm yên.

Nôn ói: thường nôn khan do phúc mạc bị kích thích, nôn ít. Khi người bệnh đến trễ do liệt ruột cơ năng có thể nôn nhiều hơn.

Bí trung đại tiện: do tình trạng liệt ruột cơ năng. Khác với tắc ruột, người bệnh có trung tiện nhẹ nhưng sau khi trung tiện người bệnh vẫn còn đau bụng nhiều.

3.2. Triệu chứng thực thể

Co cứng thành bụng: là triệu chứng quan trọng và đặc biệt của viêm phúc mạc giúp cho việc chẩn đoán.

Nhìn: thấy thành bụng phẳng, im lìm, không di động theo nhịp thở, nếu có thì tham gia rất ít. Có thể thấy bụng chướng, đầy hơi.

Sờ: thấy thành bụng có thứ cơ nổi lên rõ ràng, bụng cứng như gỗ, cảm ứng phúc mạc (+). Ấn bụng thấy đau, nếu ấn mạnh đau tăng. Cần xác định rõ dấu hiệu co cứng bụng do thành bụng lạnh đột ngột. Dấu hiệu đề kháng thành bụng là phản ứng thành bụng co lại khi ấn mạnh trên thành bụng. Cảm ứng phúc mạc khi dùng đầu ngón tay ấn trên thành bụng khiến người bệnh đau chói, thường người bệnh dùng tay gạt tay thầy thuốc ra. Phản ứng dội (Blumberg).

Gõ: bình thường khi gõ vùng trước gan nghe tiếng đục. Trong viêm phúc mạc do trong xoang bụng có hơi nên khi gõ nghe vang đều 2 bên. Trái lại, bình thường gõ trong ở vùng bụng thấp nhưng trong viêm phúc mạc thì do có hiện tượng liệt ruột cơ năng và dịch tự do trong xoang bụng đọng lại vùng thấp nên khi gõ nghe tiếng đục ở vùng thấp.

Thăm âm đạo hoặc trực tràng: là động tác bắt buộc vì rất có giá trị trong chẩn đoán viêm phúc mạc. Thầy thuốc thường thấy túi căng do tụ dịch và khi ấn vào người bệnh đau nhói.

3.3. Triệu chứng toàn thân

Nhiễm trùng: người bệnh sốt cao 39–40⁰C, lạnh run. Biểu hiện nhiễm trùng như môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh, thở nhanh, nông.

Nhiễm độc: thường gặp ở người bệnh đến trễ. Người bệnh rơi vào tình trạng lơ mơ, nói nhảm, gương mặt lo âu, hốt hoảng, mắt trũng sâu. Người bệnh có thể không còn sốt, thiếu niệu hay vô niệu.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Xét nghiệm máu

Bạch cầu tăng cao 15.000 – 20.000mm³, bạch cầu trung tính tăng cao.

Urê máu, creatinine tăng cao, biểu hiện tình trạng suy thận cấp.

pH máu và ion đồ: rối loạn nhiễm toan chuyển hoá, thiếu hụt các ion Kali, Clo, Calci, Natri.

4.2. X quang

Toàn thể bụng mờ vì trong xoang bụng có dịch, đường sáng 2 bên bụng mất.

Siêu âm: thấy dịch trong xoang bụng, ruột giãn chướng. Siêu âm không giúp trong chẩn đoán viêm phúc mạc.

4.3. Chọc dò

Là biện pháp cuối cùng khi không đủ dữ kiện chẩn đoán. Dịch chọc sẽ được xét nghiệm tế bào, vi khuẩn, sinh hoá.

5. PHÂN LOẠI

5.1. Theo tác nhân gây bệnh

Viêm phúc mạc do nhiễm trùng: vi trùng xâm nhập vào đường máu hay do từ một ổ nhiễm trùng khác

trong xoang bụng.

Viêm phúc mạc do hoá học: tác nhân là dịch dạ dày, dịch tụy.

5.2. Theo nguyên nhân gây bệnh

Viêm phúc mạc nguyên phát: là do vi trùng xâm nhập vào đường máu hay đường tự nhiên.

Viêm phúc mạc thứ phát: do nhiều nguyên nhân, do đường tiêu hoá như viêm ruột thừa vỡ, thủng dạ dày tá tràng, thủng hồi tràng, hoại tử ruột non, áp-xe gan vỡ... Do phần phụ: thủng tử cung, vỡ tử cung. Do chấn thương bụng, vết thương bụng, sau phẫu thuật xoang bụng.

5.3. Theo diễn biến

Viêm phúc mạc cấp tính: trong vài giờ, vài ngày.

Viêm phúc mạc mạn tính: như viêm phúc mạc do lao.

5.4. Theo mức độ tràn lan

Viêm phúc mạc toàn thể: khi toàn thể trong xoang bụng có mủ hay dịch bẩn.

Viêm phúc mạc khu trú: khi dịch mủ, chất bẩn chỉ khu trú ở vùng nào đó trong phúc mạc.

6. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị viêm phúc mạc là điều trị nội khoa kết hợp với ngoại khoa. Điều trị nội khoa nhằm mục đích phòng ngừa choáng, cung cấp năng lượng, giảm bớt tình trạng nhiễm trùng. Điều trị ngoại khoa nhằm loại bỏ nguyên nhân gây viêm phúc mạc và làm sạch xoang bụng.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHÚC MẠC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi người bệnh để tìm hiểu nguyên nhân gây viêm phúc mạc, thường khai thác người bệnh ở điểm đau khởi đầu.

Khám:

Nhận định đau: vị trí xuất hiện đau, xác định tình trạng hiện tại và tính chất cơn đau, tình trạng nhu động ruột, bụng căng chướng nhiều hơn, bụng gồng cứng như gỗ. Bí trung, đại tiện.

Sờ: bụng cứng như gỗ, dấu cảm ứng phúc mạc (+).

Gõ: mất vùng đục trước gan.

Nghe: nhu động ruột có giảm do tình trạng liệt ruột. Nôn ói, nôn khan do phúc mạc bị kích thích.

Nhiệt độ: rất cao do tình trạng nhiễm trùng. Biểu hiện choáng nhiễm trùng: nhiệt độ tăng cao, tri giác lơ mơ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Nguy cơ giảm thể tích dịch do tích tụ dịch trong khoang phúc mạc thứ phát do chấn thương, nhiễm trùng hay thiếu máu

Thăm định lại người bệnh và cảnh giác với các dấu hiệu mất nước, điện giải, tình trạng nhiễm toan, choáng giảm thể tích, mất dịch, chướng ruột, nhiễm trùng.

Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, CVP, áp lực máu, nước tiểu, ống thông dạ dày mỗi giờ. Theo dõi Ion đồ, creatinine, urê huyết theo y lệnh. Báo cáo ngay khi có dấu hiệu thiếu niệu.

Theo dõi sát dấu hiệu thiếu oxy như tri giác giảm dần, lơ mơ, nói nhảm hay trả lời câu hỏi không chính xác.

Ghi chú vào hồ sơ diễn biến bệnh.

Thực hiện bù nước, điện giải, máu, huyết thanh theo y lệnh. Thực hiện cung cấp năng lượng, vitamin và protide cho người bệnh bằng mọi cách.

Thực hiện trợ thủ thầy thuốc đặt áp lực tĩnh mạch trung tâm hay các thủ thuật khác trong hồi sức cho người bệnh.

2.2. Biến đổi dinh dưỡng: nôn và ói

Theo dõi số lượng, tính chất dịch nôn ói, tránh chất nôn tràn vào khí quản. Theo dõi Ion đồ, dấu mất nước.

Thực hiện đặt ống thông dạ dày giúp người bệnh giảm ói, đồng thời theo dõi sát nước xuất từ dạ dày. Chăm sóc răng miệng sạch sẽ. Vệ sinh người bệnh sạch sẽ, khô ráo. Thực hiện bù nước đủ và đúng.

2.3. Kiểu thở không hiệu quả do đau, do không dám thở

Điều dưỡng thăm định tình trạng hô hấp của người bệnh vì giảm thở do đau bụng và bụng căng chướng. Theo dõi các dấu hiệu thở khó, thành bụng không tham gia nhịp thở, thở nông, dấu tím tái, dấu hiệu thiếu oxy.

Điều dưỡng cho người bệnh nằm đầu cao giúp gia tăng thể tích lồng ngực, giảm áp lực chèn ép lồng ngực do bụng căng chướng, người bệnh thoải mái, dễ chịu hơn. Liệu pháp oxy, theo dõi tình trạng oxy trong máu của người bệnh, trợ giúp phương pháp thở oxy khi thích hợp.

Điều dưỡng cần thận trọng, nhẹ nhàng thăm khám người bệnh. Khi cần xoay trở hay thực hiện công tác chăm sóc, cần giải thích rõ ràng để người bệnh cùng tham gia, giúp người bệnh an tâm và không gia tăng đau. Thường xuyên đánh giá tình trạng đau bụng và ghi hồ sơ.

2.4. Lo lắng về cuộc mổ sắp tới và kết quả sau mổ

Công tác tư tưởng giúp người bệnh an tâm qua những thông tin cần thiết về cuộc mổ, thời gian mổ, về bệnh tật, cho gặp gỡ, trao đổi cùng người nhà. Giải thích những trường hợp biến chứng có thể xảy ra. Hướng dẫn những thông tin về cách chăm sóc sau mổ, về chỗ người bệnh nằm và nhóm chăm sóc. Cho người bệnh gặp gỡ người thân và cùng người thân di chuyển người bệnh đến khu phẫu thuật.

2.5. Đau bụng liên quan đến phúc mạc và bụng căng chướng

Thăm định lại các vùng đau và các dấu khám lâm sàng ổ bụng đau tăng hay giảm đi, căng chướng, gồng cứng. Giúp người bệnh giảm đau ở những tư thế thích hợp, hạn chế thăm khám nhiều lần, tránh những cử động đột ngột, điều dưỡng di chuyển người bệnh nhẹ nhàng. Thực hiện thuốc giảm đau cho người bệnh theo y lệnh. Hướng dẫn người bệnh cách thở sâu nhẹ nhàng ở mức người bệnh không gia tăng cơn đau.

2.6. Người bệnh sốt cao liên quan đến tình trạng nhiễm trùng

- Lau mát tích cực để hạ sốt người bệnh.
- Theo dõi sát nhiệt độ, ghi vào biểu đồ theo dõi.
- Hô hấp: dấu hiệu thiếu oxy do sốt cao: bứt rứt, vật vã.
- Dấu hiệu mất nước như dấu véo da (+), người bệnh khát nước.
- Thực hiện kháng sinh cho người bệnh theo y lệnh.
- Duy trì nhiệt độ phòng thích hợp, thường là 22–23⁰C.
- Áp dụng nguyên tắc vô trùng khi chăm sóc người bệnh.

3. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Thực hiện đo dấu chứng sinh tồn, báo ngay cho thầy thuốc các dấu hiệu bất thường có nguy cơ choáng. Đánh giá lại tình trạng toàn thân người bệnh.

Công tác tư tưởng cho người bệnh và gia đình trước mổ rất quan trọng vì thường tình trạng người bệnh

rất nặng.

Nếu có kèm theo choáng và nhiễm trùng thì hậu phẫu có rất nhiều biến chứng xảy ra. Giải thích lợi và hại của phẫu thuật để người bệnh an tâm hợp tác.

Không cho người bệnh ăn uống trước mổ, đặt ống thông dạ dày cho người bệnh và hút liên tục giúp người bệnh dễ chịu, bớt căng chướng bụng và ngừa dịch trào ngược khi gây mê.

Điều dưỡng nên ghi rõ những diễn biến và triệu chứng của người bệnh vào hồ sơ để giúp có dữ kiện theo dõi người bệnh trước, trong và sau mổ.

Thực hiện ngay các xét nghiệm tiền phẫu:

– Máu: nhóm máu, công thức máu, thời gian máu chảy, thời gian máu đông, đường huyết, creatinine, BUN, ECG...

– Nước tiểu: thử đường, đạm.

Thực hiện hồi sức người bệnh trước mổ như truyền dịch và tiêm thuốc theo y lệnh.

Thực hiện thuốc kháng sinh, thuốc giảm đau cho người bệnh trước mổ.

Thông tiểu cần thực hiện ngay giúp theo dõi lượng nước tiểu, nước xuất nhập và tình trạng hoạt động của thận trước, trong và sau mổ.

III. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM PHÚC MẠC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định tình trạng người bệnh khi bàn giao từ phòng mổ đến phòng hồi sức:

– Tình trạng tri giác: người bệnh lơ mơ, tỉnh hay hôn mê.

– Hô hấp: dấu khó thở, người bệnh thở máy. Dấu chứng sinh tồn, cần lưu ý nhiệt độ người bệnh để đánh giá diễn biến của tình trạng nhiễm trùng.

– Dẫn lưu ổ bụng: có tắc nghẽn hay hoạt động, hệ thống treo an toàn, màu sắc, số lượng và tính chất của từng loại dẫn lưu.

– Ống thông dạ dày thông, đang hút áp lực bao nhiêu, số lượng, màu sắc, tính chất.

– Nắm bắt các thông tin diễn biến trong cuộc mổ. Đánh giá tình trạng choáng.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh choáng do giảm thể tích dịch, do nôn ói

Theo dõi nước xuất nhập và dấu hiệu rối loạn điện giải như vẹo da, khô môi miệng, khát nếu người bệnh tỉnh, áp lực tĩnh mạch trung tâm < 5mm H₂O, dấu chứng sinh tồn, chú ý mạch và huyết áp, Ion đồ.

Theo dõi nhiệt độ: nên có bảng, biểu đồ theo dõi để đánh giá tình trạng nhiễm trùng, kháng sinh điều trị.

Thực hiện bù nước và điện giải: truyền dịch qua kim luồn và gần tim, mạch lớn. Thực hiện thuốc chống nôn ói. Theo dõi Ion đồ, nước tiểu, áp lực tĩnh mạch trung tâm để giúp đánh giá hồi sức sau mổ có hiệu quả không.

Theo dõi ống Levine, nên câu nối xuống thấp giúp dẫn lưu dịch hiệu quả, giúp giảm chướng bụng, chướng do dịch.

2.2. Người bệnh khó thở do tình trạng bụng căng chướng, đau sau mổ

Theo dõi: điều dưỡng nhận định ngay tình trạng đau và mức độ đau của người bệnh cũng như tình trạng trao đổi khí của người bệnh.

Thực hiện cung cấp oxy cho người bệnh qua liệu pháp oxy. Bảo đảm tình trạng thông khí tốt, hút đàm nhớt. Theo dõi chỉ số oxy trong máu.

Theo dõi tình trạng viêm phúc mạc tiến triển sau mổ như bụng chướng, dấu hiệu phản ứng phúc mạc, gồng cứng, cơn đau và đánh giá mức độ đau, nghe nhu động ruột.

Chăm sóc:

Tư thế: nếu người bệnh mê, cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng một bên. Nếu người bệnh tỉnh, cho nằm tư thế Fowler, chân co vào đầu gối giúp người bệnh thoải mái.

Ông Levine: hút liên tục hay ngắt quãng tránh nghẹt, câu nối xuống thấp. Theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc dịch dạ dày. Rút ống thông dạ dày khi có nhu động ruột và tuý vào từng bệnh lý.

Người bệnh cần có liệu pháp giảm đau qua monitor và thuốc. Theo dõi hô hấp, chỉ số oxy của người bệnh. Cho người bệnh thở oxy theo y lệnh. Điều dưỡng tạo môi trường nghỉ ngơi và yên tĩnh trong phòng bệnh.

Giúp người bệnh vận động, xoay trở vì nguy cơ tắc ruột là biến chứng thường xảy ra ở người bệnh sau mổ viêm phúc mạc. Cho người bệnh nằm đầu cao 45^0 , nếu người bệnh trong cơn choáng thì cho nằm đầu cao 30^0 .

Hướng dẫn người bệnh cách thở, tham gia tự hít thở sâu giúp phục hồi nhu động ruột và gia tăng thể tích thở. Nếu người bệnh không choáng nên hướng dẫn người bệnh ngồi dậy sớm.

2.3. Biến chứng nhiễm trùng do dẫn lưu ổ bụng sau mổ, vết mổ

Theo dõi: màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.

Câu nối xuống thấp, bình chứa thấp hơn dẫn lưu ít nhất 60cm.

Chăm sóc dẫn lưu: bảo đảm kỹ thuật vô khuẩn, rửa tay trước và sau khi thay băng. Rút dẫn lưu đúng mục đích điều trị, người bệnh cần được rút dẫn lưu sớm vì dẫn lưu là một trong những nguyên nhân chính gây tắc ruột sau mổ.

Vết mổ thường khâu thưa hay may bằng chỉ thép do tình trạng ổ bụng nhiễm, thay băng thường xuyên, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi dấu hiệu đau vết mổ, dịch tiết thấm băng trên vết mổ; nhiệt độ cơ thể mỗi ngày.

Thực hiện kháng sinh đúng liều, đúng giờ.

Trong trường hợp viêm phúc mạc do bệnh lý đại tràng thì thường người bệnh có kèm theo hậu môn nhân tạo sau mổ. Đây là vấn đề tâm lý nặng nề cho người bệnh. Người bệnh cảm thấy mình biến dạng hình dáng và sẽ phản ứng rất dữ dội, bản thân người bệnh cũng như gia đình sẽ rất lo sợ và đau khổ. Điều dưỡng cần lượng giá tâm lý, hướng dẫn và giải thích thích hợp giúp người bệnh không bị căng thẳng, thất vọng. Hướng dẫn người bệnh nằm nghiêng về bên hậu môn nhân tạo tránh phân tràn vào vết mổ. Khi thay băng cần lưu ý cách ly giữa các vết mổ, dẫn lưu, hậu môn nhân tạo, cách đặt túi hậu môn nhân tạo cho người bệnh. Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách thay túi hậu môn nhân tạo. Phòng ngừa rôm lở da xung quanh hậu môn nhân tạo.

2.4. Nhu cầu dinh dưỡng giảm do người bệnh nhịn ăn uống trước và sau mổ

Người bệnh viêm phúc mạc thường mất rất nhiều năng lượng trước, trong và sau mổ, kèm theo người bệnh phải nhịn đói trước mổ và sau mổ, thêm vào đó, tình trạng nôn ói, mất nước làm người bệnh giảm cân rất nhiều. Với tình trạng suy dinh dưỡng như thế vấn đề hồi phục rất khó khăn cho người bệnh, nguy cơ chậm lành vết mổ, chậm lành nơi khâu nối và khả năng hồi phục sau mổ chậm. Vì thế, việc cung cấp dinh dưỡng là rất cần thiết. Tuỳ vào tình trạng người bệnh sẽ cung cấp thức ăn qua đường truyền, ống Levine hay qua đường miệng theo y lệnh, ngăn ngừa biến chứng kém hấp thu. Hướng dẫn người bệnh thức ăn có nhiều chất dinh dưỡng, nhiều protein.

2.5. Người bệnh chưa tham gia chăm sóc sau mổ

Tại bệnh viện: giáo dục người bệnh ngồi dậy vận động tránh các biến chứng như viêm phổi, thuyên tắc tĩnh mạch, tắc ruột.

Hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy khi có dẫn lưu: khi ngồi dậy cần khóa dây nối để tránh dịch trào ngược vào ổ bụng.

Với người bệnh có hậu môn nhân tạo, nên hướng dẫn người bệnh nằm nghiêng sang hậu môn nhân tạo

trước khi ngồi dậy để tránh phân tràn vào vết mổ.

Cách giữ gìn vết mổ: không dùng tay thăm khám vết mổ, không mở vết mổ ra xem, khi vệ sinh thân thể tránh không đụng vào vết mổ. Báo cáo với điều dưỡng ngay khi thấy vết mổ có cảm giác căng, đau tức.

Khi xuất viện: hướng dẫn cách quản lý vết mổ, vết rút dẫn lưu, về dinh dưỡng, cách cho ăn, những dấu hiệu bất thường như đau bụng, sốt.

Tái khám theo lời dặn, theo dõi biến chứng tắc ruột, viêm phúc mạc thứ phát.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh nằm trong phòng hồi sức, hướng dẫn người bệnh cách thở sâu, xoay trở nhẹ nhàng.

Tại khoa: điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy, đi lại, tham gia tập vật lý trị liệu. Hướng dẫn người bệnh cách theo dõi tình trạng bụng như báo ngay khi có đau bụng, bụng căng chướng, vết mổ đau tăng... Điều dưỡng cũng hướng dẫn người bệnh sự cần thiết của dinh dưỡng trong việc hồi phục bệnh, cách chăm sóc hậu môn nhân tạo, cách thay túi hậu môn nhân tạo, cách ăn uống như nhai kỹ thức ăn, uống nhiều nước, thời gian tái khám để đóng hậu môn nhân tạo. Hướng dẫn cách tắm cho người bệnh có hậu môn nhân tạo.

Khi xuất viện: hướng dẫn người bệnh thường xuyên tập luyện thể lực, đi lại. Tránh làm việc nặng trong thời gian có hậu môn nhân tạo, nếu không có hậu môn nhân tạo thì cũng tránh làm việc nặng trong 3 tháng. Hướng dẫn người bệnh các triệu chứng của tắc ruột, cung cấp kiến thức về dinh dưỡng sau mổ. Uống thuốc đúng liều, đúng thời gian, đúng thuốc. Tái khám theo lịch hẹn. Hướng dẫn cách chuẩn bị đóng hậu môn nhân tạo.

LƯỢNG GIÁ

Chức năng cơ thể trở về bình thường: nhiệt độ, đau, triệu chứng của bụng, nước tiểu bài tiết đủ, ruột hoạt động trở về bình thường.

Vết mổ lành, dẫn lưu không tiết dịch. Dấu chứng sinh tồn bình thường. Triệu chứng cận lâm sàng trở về bình thường.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 mục đích của ông Levine trước mổ viêm phúc mạc.

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 3 biến chứng sau mổ viêm phúc mạc.

- A.
 B.
 C.

3. Nêu 3 bước xử trí khi người bệnh viêm phúc mạc khó thở.

- A.
 B.
 C.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Tắc ruột là biến chứng của viêm phúc mạc.		
5	Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy xoay trở giúp giảm đau sau mổ.		
6	Cung cấp nhiều chất dinh dưỡng sau mổ qua đường miệng cho người bệnh.		
7	Người bệnh cần thay băng vết mổ thường xuyên.		
8	Thông tiểu cần rút sớm sau mổ 2 ngày.		
9	Cần thăm khám về vị trí đau đầu tiên giúp chẩn đoán chính xác.		
10	Viêm phúc mạc là cấp cứu ngoại khoa.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenac. *Nursing Care of Patients with Disorders of the Lower Gastrointestinal System*, in Medical Surgical Nursing. Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., W.B. Saunders company (1998): 1061– 1063.

2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck. *Nursing role in Management Problems of Absorption and Elimination*, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992: 1222.

3. Debra C. Broadwell. *Gastrointestinal System*, in Mosby's Manual of clinical nursing, 2nd ed., Mosby Company (1986): 810–813.

4. Lê Văn Quang. *Viêm phúc mạc*, trong Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (1998), trang 68.

5. Chăm sóc Ngoại khoa (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học) Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03– SIDA, Hà Nội, 1994.

6. Nguyễn Thanh Minh. *Thoát vị bẹn đùi*. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (1998), trang 28.

Bài 23

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỎ TẮC RUỘT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng của bệnh lý tắc ruột.
2. Chăm sóc được người bệnh tắc ruột.
3. Chuẩn bị được người bệnh mổ tắc ruột.
4. Chăm sóc được người bệnh sau mổ tắc ruột.
5. Hướng dẫn và giáo dục được người bệnh sau mổ tắc ruột.

I. BỆNH HỌC

Tắc ruột là sự ngưng trệ lưu thông trong lòng ruột và là bệnh lý điều trị cấp cứu ngoại khoa. Có 2 loại: tắc ruột cơ học và tắc ruột cơ năng.

Nguyên nhân của tắc ruột cơ năng là do ruột không co bóp được gọi là liệt ruột như tổn thương thần kinh sau chấn thương tuỷ sống, liệt ruột sau mổ, phản ứng viêm như viêm phúc mạc, viêm tụy cấp, viêm ruột thừa cấp, rối loạn điện giải như giảm Kali, gãy xương sườn, gãy cột sống, nhồi máu ruột do thrombose ở ruột.

Nguyên nhân của tắc ruột cơ học là do lòng ruột bị bít lại. Tắc ruột cơ học xuất hiện nhiều ở ruột non, thường là hồi tràng.

1. NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI CỦA TẮC RUỘT CƠ HỌC

1.1. Tắc ruột do nghẽn

Lòng ruột bị bít do vật lạ như búi giun đũa, búi chứa bã đồ ăn, sỏi mật.

Lòng ruột bị bít do thương tổn ở thành ruột như bầm sinh teo ruột, lao ruột, viêm trong bệnh Crohn, sẹo xơ sau chấn thương, u ác tính hay lành tính, ung thư đại trực tràng.

Lòng ruột bị tắc do thương tổn thành ngoài như dính ruột, dây chằng chẹn quai ruột.

1.2. Tắc ruột do thắt

Thoát vị bẹn nghẹt thường xảy ra ở nam giới, thoát vị đùi nghẹt thường xảy ra ở nữ giới.

Lòng ruột do bất thường về nhu động, đoạn ruột trên chui lồng vào đoạn ruột dưới hay ngược lại.

Dây chằng chẹn ngang ruột gây nên tắc ruột nghẽn.

Xoắn ruột gồm xoắn ruột non, xoắn manh tràng, xoắn đại tràng chậu hông.

2. SINH LÝ BỆNH

Bình thường có 6–8 lít dịch vào trong ruột non mỗi ngày. Hầu hết được hấp thu trước khi vào đại tràng. Khoảng 75% hơi trong ruột do nuốt không khí vào trong bụng. Vi trùng chuyển hoá trong ruột sinh ra khí methan và hydrogen. Dịch, khí và các chất tích tụ trong ruột gần như dẫn tới tình trạng tắc ruột. Với nguyên nhân căng giãn và lòng ruột ở xa bị xẹp, sự căng giãn làm ruột giảm khả năng hấp thu dịch và kích thích ruột bài tiết. Như vậy, dịch lại tiếp tục gia tăng và tăng áp lực trong lòng ruột. Sự gia tăng áp lực dẫn đến gia tăng sự thâm mao mạch, gia tăng thoát dịch và điện giải vào trong khoang phúc mạc. Phù nề, sung huyết, và hoại tử từ sự suy giảm do thiếu máu nuôi ruột dẫn tới tình trạng thủng ruột gây viêm phúc mạc. Sự ứ dịch trong ruột và trong khoang phúc mạc dẫn tới tình trạng giảm thể tích tuần hoàn và hậu quả là người bệnh choáng do giảm thể tích.

Chất giàu điện giải thường hấp thu ở ruột thì khi tắc ruột những chất điện giải lại bị ứ trong ruột và trong khoang phúc mạc. Vị trí của nơi tắc cũng xác định phạm vi của dịch, điện giải và cân bằng kiềm toan. Nếu tắc ruột cao kèm biến đường là hậu quả do mất acid hydrochloric từ dạ dày do nôn ói, do ống thông dạ dày.

Khi tắc ruột non thì mất nước xuất hiện rất sớm. Mất cân bằng nước và điện giải chậm khi tắc ruột ở đại tràng. Nếu tắc ruột phía dưới gần đại tràng, dịch tiêu hoá hầu như được hấp thu trước khi tới chỗ tắc. Phân trở nên cứng và tích tụ lại trong ruột gây ra cảm giác khó chịu. Liệt ruột quá lâu dẫn đến tình trạng nôn ra phân trong tắc ruột đến trễ.

Rối loạn toàn thân: nôn bao giờ cũng có trong tắc ruột. Tắc ruột càng cao nôn càng nhiều. Nôn làm người bệnh mất nước. Tích tụ dịch trong lòng ruột, nôn, thoát huyết tương vào trong xoang bụng làm cho tình trạng mất nước và điện giải người bệnh càng trầm trọng hơn, do đó nếu người bệnh đến trễ rất dễ dàng đưa đến choáng.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng: từng cơn, đau do ruột co bóp mạnh để tổng các chất chứa đựng trong lòng ruột vượt qua chỗ tắc để xuống phía dưới. Mỗi cơn đau kéo dài vài phút. Khoảng cách các cơn đau là thời gian hoàn toàn im lặng.

Nôn ói: tùy vị trí tắc, tắc càng cao nôn càng nhiều, lúc đầu nôn ra nước vàng, nếu người bệnh đến trễ chất nôn có thể ra phân. Ngay sau khi nôn người bệnh cảm giác thoải mái dễ chịu nhưng ngay sau cơn đau xuất hiện người bệnh lại nôn tiếp tục.

Bí trung đại tiện: là triệu chứng quan trọng nhất giúp chẩn đoán tắc ruột.

3.2. Triệu chứng thực thể

Bụng chướng, tùy vị trí tắc mà người bệnh bụng chướng nhiều hay ít. Bụng chướng làm người bệnh khó thở.

Quai ruột nổi thấy ở những người ốm, có thành bụng mỏng, trẻ em và người già triệu chứng này càng rõ rệt.

Dấu hiệu rắn bò khi cơn đau xuất hiện, nhìn vào thành bụng ta thấy các quai ruột nổi lên.

Nghe: trong cơn đau nghe tiếng réo của ruột mạnh hơn, nhiều hơn, âm thanh sắc hơn.

Gõ vang vì ruột chướng hơi.

Quan sát thấy vết sẹo trên thành bụng.

Thăm khám vùng thoát vị để phát hiện thoát vị bẹn hay thoát vị đùi nghẹt.

3.3. Triệu chứng toàn thân

Dấu hiệu mất nước: Sốt nhẹ do mất nước, nếu sốt cao là tình trạng nhiễm trùng. Người bệnh có thể rơi vào tình trạng choáng.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm máu: trong trường hợp tắc ruột do thắt thì bạch cầu và Amylase tăng cao.

X quang: rất quan trọng trong chẩn đoán.

Tắc ruột non: mực nước hơi có đặc điểm chân rộng nhưng vòm thấp, phân bố vùng giữa bụng. Phân bố như bậc thang. Không thấy bóng hơi trong ruột già.

Tắc đại tràng: mực nước hơi chân hẹp nhưng vòm cao, phân bố theo chu vi bụng, bóng hơi rất to.

Tắc ruột do thắt: có dấu hiệu hột cà phê.

Không nên cho người bệnh tắc ruột già chụp X quang có chất cản quang. Nhưng trong ruột non có thể thực hiện được.

5. ĐIỀU TRỊ

Giảm áp lực trong lòng ruột bằng cách lấy dịch và hơi ứ đọng trong lòng ruột. Cân bằng, duy trì nước và điện giải. Giảm hay giải quyết nguyên nhân gây tắc ruột.

Đặt ống thông dạ dày và hút liên tục giúp giảm áp lực trong lòng ruột, giảm căng chướng dạ dày và lòng ruột giúp cho phẫu thuật dễ dàng, tránh dịch tiêu hoá tràn vào khí, phế quản khi gây mê, giảm nôn ói và theo dõi chính xác nước xuất qua ống thông dạ dày, người bệnh nhịn ăn uống hoàn toàn.

Bồi phụ nước và điện giải, dung dịch thường dùng là muối đẳng trương, dung dịch ngọt đẳng trương, có thể cung cấp dung dịch dinh dưỡng qua đường truyền nếu như tình trạng người bệnh suy dinh dưỡng. Giúp cải thiện dinh dưỡng trước và sau mổ.

Kháng sinh bao giờ cũng cần vì kháng sinh để chống viêm, chống phù nề thành ruột, thuận lợi cho tình trạng lưu thông tiêu hoá và làm chậm hiện tượng hoại tử của ruột.

Điều trị phẫu thuật nhằm giải quyết nguyên nhân tắc ruột, người bệnh thường có hậu môn nhân tạo sau mổ tùy vào tình trạng tổn thương ở ruột.

6. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

- Tắc ruột sau vài giờ, có khi vài ngày và vài tháng.
- Viêm phúc mạc sau mổ.
- Choáng nhiễm khuẩn.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẮC RUỘT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Đau bụng: đau từng cơn, có liên quan đến co thắt nhu động ruột. Đau bụng dữ dội, không giảm đau theo tư thế, theo dõi thời gian giữa 2 cơn đau.

Nôn ói: tắc càng cao nôn càng sớm và càng nhiều.

Tắc ruột cao (tắc ruột non): nôn ói nhiều, chướng bụng ít vùng trên rốn và giữa bụng.

Tắc ruột thấp (tắc đại tràng): nôn ít, có khi không nôn, bụng chướng nhiều.

Bí trung, đại tiện: là dấu hiệu quyết định trong chẩn đoán. Trong tắc ruột cao, đoạn ruột dưới chỗ tắc có thể vẫn còn co bóp, do đó người bệnh vẫn còn có thể trung tiện và đi cầu chút ít, nhưng chỉ trong thời gian đầu, sau đó sẽ bí trung, đại tiện hoàn toàn.

Thăm khám: bụng chướng, có dấu hiệu rắn bờ, dấu hiệu quai ruột nổi, bụng mềm, không dấu cảm ứng phúc mạc.

Tiền sử có giải phẫu vùng bụng: tiền sử dính ruột, mổ ruột, thoát vị là nguyên nhân tắc ruột cơ học.

Tiền sử viêm nhiễm đường ruột: bệnh Crohn, loét đại tràng, lao ruột, ung thư.

Thăm khám toàn thân: dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải.

Tắc ruột tiến triển: nghe nhu động ruột âm sắc cao, dồn dập, đau bụng từng cơn (tắc ruột cơ học). Dần dần mất nhu động ruột hay tiếng nhu động ít (liệt ruột), bụng chướng, không trung tiện.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Giảm thể tích dịch do nôn ói

Thăm định lại người bệnh các dấu hiệu mất nước như khát nước, môi khô, niêm khô, nước tiểu giảm dưới 30ml/giờ, CVP giảm. Dấu hiệu rối loạn điện giải qua Ion đồ. Tình trạng toan huyết, chướng ruột, nhiễm trùng, choáng.

Thực hiện bù nước, điện giải, máu, huyết thanh theo y lệnh. Thực hiện chính xác lượng dịch truyền giúp cân bằng nước điện giải tránh người bệnh rơi vào tình trạng choáng giảm thể tích.

Theo dõi dấu chứng sinh tồn, chú ý nhất là mạch huyết áp để giúp phát hiện sớm dấu hiệu choáng. Nhiệt độ giai đoạn đầu giảm nhưng nếu có sốt là dấu hiệu nhiễm trùng.

Theo dõi nước tiểu biết được chức năng thận, theo dõi nước xuất nhập.

Điều dưỡng đặt ống thông dạ dày, hút, theo dõi mỗi giờ giúp ngăn ngừa ói, vừa giúp theo dõi dịch xuất và theo dõi tính chất dịch ói. Ghi chú vào hồ sơ diễn biến bệnh.

2.2. Người bệnh thở khó do chướng bụng

Điều dưỡng theo dõi tình trạng hô hấp của người bệnh vì bụng căng chướng và không dám thở do đau. Thực hiện thở oxy cho người bệnh, tránh nguy cơ ruột thiếu oxy do suy giảm hô hấp. Đo vòng bụng mỗi 4–8 giờ giúp thăm định sự chướng bụng và giúp theo dõi tình trạng tắc ruột. Cho nằm đầu cao giúp người bệnh giãn nở lồng ngực, ngăn ngừa tình trạng suy hô hấp. Cung cấp oxy khi người bệnh có dấu hiệu thiếu oxy.

2.3. Đau bụng

Theo dõi diễn tiến cơn đau, thời gian, khoảng cách giữa 2 cơn đau. Giúp người bệnh tìm tư thế giảm đau. Tránh cử động đột ngột, hạn chế thăm khám. Công tác tư tưởng người bệnh trong cơn đau cũng giúp người bệnh an tâm. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh. Hút dịch dạ dày giúp giảm chướng ruột dẫn đến tình trạng gia tăng cơn đau.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ TẮC RUỘT

Người bệnh tắc ruột thường phải mổ cấp cứu, công việc chuẩn bị người bệnh trước mổ cần phải kèm theo hồi sức chống choáng.

Tắc ruột thường làm cho người bệnh mất nước trầm trọng do nôn ói, do tình trạng ứ dịch trong lòng ruột và giảm khả năng trao đổi chất trong lòng ruột. Điều dưỡng cần thực hiện bù nước và điện giải cho người bệnh. Lượng giá dấu mất nước, rối loạn điện giải thường xuyên, hàng giờ.

Theo dõi nước xuất nhập mỗi giờ, theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm cho người bệnh, theo dõi nước tiểu để phát hiện sớm tình trạng suy thận cấp.

Để giúp phẫu thuật dễ dàng hơn, giảm nôn ói, để theo dõi chính xác lượng dịch mất, giúp giảm tình trạng chướng bụng, điều dưỡng đặt ống thông dạ dày và hút liên tục.

Giải thích cho người bệnh và thân nhân những thông tin về phẫu thuật giúp họ an tâm, báo và giải thích về phương pháp phẫu thuật (dẫn lưu, hậu môn nhân tạo v.v...), thời gian phẫu thuật, nơi người bệnh lưu lại sau mổ.

Thực hiện các xét nghiệm trước mổ, chú ý Ion đồ.

Không cho người bệnh ăn uống.

Vệ sinh vùng mổ, thông tin về cuộc mổ cho người bệnh và người nhà.

III. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TẮC RUỘT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tình trạng tuần hoàn: dấu chứng sinh tồn, chú ý mạch và huyết áp vì có nguy cơ người bệnh rơi vào tình trạng choáng sau mổ.

Dấu mất nước, rối loạn điện giải: biểu hiện trên lâm sàng dấu hiệu mất nước, nước tiểu giảm hay ít hơn 30ml/giờ, da khô, niêm khô.

Hô hấp: dấu hiệu khó thở, thiếu oxy do người bệnh bụng chướng hay đau không dám thở.

Theo dõi tình trạng hậu môn nhân tạo: phân, dịch ruột, máu, màu sắc niêm mạc ruột, thường niêm mạc ruột màu hồng, ẩm.

Tình trạng bụng: sau mổ thường chướng, đau, nhu động ruột giảm hay ngưng trệ do tình trạng thuốc giãn cơ sau mổ, nghe nhu động ruột mỗi giờ để giúp đánh giá, phục hồi nhu động ruột.

Ông Levine: theo dõi màu sắc, tính chất dịch. Thường sau mổ dịch ra rất nhiều, cần hút liên tục và theo dõi chất dịch ra, nếu có phân nên báo bác sĩ ngay.

Dẫn lưu: theo dõi màu sắc, số lượng dịch ra nhưng trong nhiều trường hợp phẫu thuật viên không đặt dẫn lưu sau mổ do có nguy cơ cao tắc ruột sớm sau mổ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Choáng sau mổ tắc ruột do mất nước và điện giải

Người bệnh mất nước và điện giải trước mổ nên sau mổ tình trạng này càng trầm trọng hơn do người bệnh phải được rửa ruột trong lúc mổ, mất nước do không ăn uống được sau mổ, do mất dịch qua dẫn lưu hậu môn nhân tạo, ống Levine. Vì thế, việc bù nước và điện giải cho người bệnh thật cần thiết, thận trọng và đầy đủ để tránh nguy cơ choáng giảm thể tích sau mổ. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, phát hiện sớm dấu hiệu choáng. Đánh giá chính xác dấu hiệu thiếu nước và rối loạn điện giải. Thực hiện hồi sức chống choáng, thực hiện y lệnh chính xác khi truyền dịch.

2.2. Bụng chướng sau mổ tắc ruột do tình trạng chướng bụng sau mổ

Ông thông dạ dày được hút liên tục để giúp bớt căng chướng dạ dày, lấy bớt dịch ứ đọng, bảo vệ đường tiêu hóa mau lành. Theo dõi và ghi lại số lượng dịch giúp bù nước và điện giải cho người bệnh chính xác. Rút ông thông dạ dày khi có nhu động ruột.

Tình trạng bụng: cần đánh giá để phát hiện dấu hiệu sớm của tắc ruột tái phát, theo dõi dấu hiệu chướng ruột, nghe nhu động ruột. Cho người bệnh ngồi dậy càng sớm càng tốt. Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, tập bụng. Trong trường hợp người bệnh đau bụng do vết mổ nên cho người bệnh ôm gối vào bụng khi tập. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

Bụng chướng sau mổ cũng ảnh hưởng đến hô hấp. Theo dõi dấu hiệu thiếu oxy, khó thở do tình trạng căng chướng bụng và không dám thở do đau sau mổ. Tư thế nằm đầu cao cũng góp phần giãn nở thể tích phổi giúp gia tăng thể tích hô hấp.

2.3. Người bệnh có hậu môn nhân tạo sau mổ tắc ruột

Người bệnh rất lo lắng và hoảng sợ khi thấy trên bụng có hậu môn nhân tạo. Đây là vấn đề tâm lý nặng nề cho người bệnh và gia đình. Điều dưỡng cần nhẹ nhàng chăm sóc, giải thích và tùy tình trạng người bệnh mà có kế hoạch chăm sóc phù hợp. Theo dõi tình trạng hậu môn nhân tạo: phân, niêm mạc, chân da, tính chất đi cầu, phân có ra ở hậu môn thật không. Tình trạng hậu môn nhân tạo cũng giúp điều dưỡng phát hiện tình trạng tắc ruột tiến triển.

Bình thường niêm mạc ruột hồng tươi, trong, ẩm, phân ra tốt, nếu như thấy niêm mạc hậu môn nhân tạo tím tái, nên thăm khám lại bụng người bệnh, phát hiện sớm dấu hiệu tắc ruột sớm sau mổ. Cho người bệnh nghiêng về hậu môn nhân tạo tránh phân tràn vào vết mổ, nên đặt túi hậu môn. (Xem bài *Chăm sóc người*

bệnh có hậu môn nhân tạo – Điều dưỡng Ngoại 2).

2.4. Người bệnh tắc ruột sớm sau mổ do vận động kém

Vận động sau mổ: do người bệnh mổ cấp cứu nên việc hướng dẫn và chuẩn bị trước mổ chưa chu đáo, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh tập luyện và vận động trên giường (nếu người bệnh còn yếu), khuyến khích người bệnh cần tập luyện thường xuyên. Hướng dẫn người bệnh ho, hít thở sâu, vỗ lưng, giúp người bệnh giảm nguy cơ tắc ruột có thể xảy ra nếu không vận động.

Nếu người bệnh tỉnh, ổn định nên cho người bệnh ngồi dậy, đi lại sớm giúp có nhu động ruột sớm và ngăn ngừa tắc ruột tái phát. Theo dõi dấu hiệu tắc ruột sớm như đau bụng từng cơn, nôn sớm, bí trung tiện.

2.5. Người bệnh nhiễm trùng sau mổ tắc ruột

Theo dõi nhiệt độ sau mổ, kháng sinh cần thực hiện đúng và chính xác. Thực hiện chăm sóc người bệnh với kỹ thuật vô khuẩn. Thay băng vết mổ khi thấm dịch. Hậu môn nhân tạo nên có đặt túi an toàn, nếu như băng thấm phân phải thay ngay, nên băng cách xa vết mổ. Nằm nghiêng về phía hậu môn nhân tạo tránh phân tràn vào vết mổ. Thông tiểu cần rút sớm, vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên trong ngày. Cần lưu ý dấu hiệu nhiễm trùng tiểu như tiểu rát, đau vùng bàng quang, nước tiểu đục, báo cáo ngay bác sĩ. Cho người bệnh uống nhiều nước trong ngày.

2.6. Sự tổn thương da do vết mổ và lỗ hậu môn nhân tạo

Người bệnh có hậu môn nhân tạo chưa xẻ miệng điều dưỡng nên bao phủ bằng gạc thấm vaselin. Nếu thấm máu ướt băng chỉ thay lớp băng ngoài tránh phân tràn vào vết mổ, luôn luôn giữ cho niêm mạc hậu môn nhân tạo luôn ẩm không bị khô. Theo dõi tình trạng bụng, cơn đau, màu sắc niêm mạc hậu môn nhân tạo, theo dõi chảy máu quanh chân hậu môn nhân tạo.

Người bệnh có hậu môn nhân tạo đã xẻ miệng rồi để tránh nhiễm trùng vết mổ điều dưỡng cần rửa sạch phân trào ra, tránh phân tràn qua vết mổ. Hướng dẫn người bệnh nằm nghiêng về phía hậu môn nhân tạo. Quấn gạc thấm vaselin quanh dưới chân ruột (ngừa phân đổ vào ổ bụng) hay dùng túi để hứng phân.

Nếu hậu môn nhân tạo bên phải, hay đưa ruột non ra da điều dưỡng cần theo dõi việc phòng lở loét da cho người bệnh vì đây là loại dịch lỏng mang tính chất kiềm.

Dẫn lưu: theo dõi số lượng, màu sắc, thay băng mỗi ngày. Chăm sóc da chân dẫn lưu, hệ thống dẫn lưu. Dẫn lưu cần được rút sớm để tránh nguy cơ tắc ruột. Để tránh nhiễm trùng cần rút thông tiểu sớm khi tình trạng người bệnh ổn định. Sau khi rút thông tiểu, cần cho người bệnh uống nhiều nước, vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ. Để tránh nguy cơ viêm phổi nên hướng dẫn người bệnh ngồi dậy sớm, hít thở sâu.

2.7. Suy dinh dưỡng sau mổ tắc ruột

Dinh dưỡng người bệnh thường suy kiệt do nhịn ăn uống trước mổ và những ngày đầu sau mổ, vì thế việc cung cấp năng lượng cho người bệnh thật cần thiết. Nếu người bệnh chưa có nhu động ruột nên thực hiện truyền dịch đường, đạm, điện giải cho người bệnh. Nếu có nhu động ruột nên khuyến khích người bệnh ăn bằng đường miệng, ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, nên tránh thức ăn tạo hơi, trái cây hay sữa quá sớm, vì như thế dễ gây chướng hơi trong lòng ruột do lên men.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh vận động ngồi dậy đi lại sớm, đi bộ, tập dưỡng sinh trong thời gian xuất viện.

Cách chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà: hướng dẫn người bệnh muốn ngồi dậy nên nghiêng về phía hậu môn nhân tạo để tránh phân tràn qua vết mổ. Hướng dẫn cách tự thay túi hậu môn nhân tạo thành thạo trước khi người bệnh về nhà. Hướng dẫn người bệnh cách tắm, cách xử trí khi bị táo bón, cách thụt tháo hậu môn nhân tạo. Hướng dẫn người bệnh tái khám khi có các dấu hiệu bất thường về hậu môn nhân tạo như: hậu môn nhân tạo tụt vào trong, hậu môn nhân tạo lòi ra ngoài, chảy máu, tái khám đúng hẹn để đóng hậu môn nhân tạo.

Phát hiện sớm tình trạng tắc ruột tái phát, hướng dẫn người bệnh triệu chứng tắc ruột như: đau bụng từng cơn, bí trung đại tiện, bụng chướng. Khi có các dấu hiệu trên, người bệnh không được ăn uống và đến

bệnh viện ngay.

Dinh dưỡng: khi về nhà người bệnh không kiêng cử, ăn nhiều chất dinh dưỡng. Nếu người bệnh có hậu môn nhân tạo nên nhai kỹ chất xơ để tránh tình trạng nghẹt phân ở miệng hay ở ruột. Uống nhiều nước tránh táo bón. Tránh các thức ăn có mùi khi cần ra ngoài sinh hoạt trong cộng đồng.

LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh không có dấu hiệu tắc ruột tái phát.
- Người bệnh ăn uống được. Người bệnh biết cách ăn uống sau mổ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Thực hiện 5 bước can thiệp điều dưỡng khi người bệnh đau bụng do tắc ruột.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

2. Trình bày 5 bước xử trí khi người bệnh bụng chướng sau mổ.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

3. Nêu 3 bước giáo dục người bệnh tắc ruột sau mổ.

- A.
- B.
- C.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Dinh dưỡng sau mổ tránh thức ăn có hơi.		
5	Biến chứng tắc ruột là tắc ruột tái phát.		
6	Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa.		
7	Nguyên nhân tắc ruột thường do u đại tràng.		
8	Khi khám người bệnh tắc ruột cần lưu ý vết mổ trên bụng.		
9	Tránh vận động sớm sau mổ tắc ruột vì sợ bục thành bụng.		
10	Nguy cơ mất nước ít khi xảy ra trên người bệnh tắc ruột.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenac. *Nursing care of patients with disorders of the lower gastrointestinal system*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1074.
2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck, *Nursing role in Management Problems of Absorption and Elimination*, in Medical Surgical Nursing 4th ed, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY (1992): 1235–1240.
3. Debra C. Broadwell. *Gastrointestinal System*, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company (1986): 791–794.
4. Lê Quang Nghĩa. *Tắc ruột*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (1998), trang 237.
5. Đỗ Đình Công, *Tắc ruột cơ học*, Bài giảng bệnh học ngoại khoa tiêu hoá. Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, NXB Y học, (2001): 125.
6. *Chăm sóc ngoại khoa* (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học). Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03–SIDA, Hà Nội, 1994, 34.

Bài 24

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỎ UNG THƯ GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh học ung thư gan.
2. Chăm sóc được người bệnh mổ gan.
3. Chăm sóc người bệnh vàng da – bụng báng.

I. BỆNH HỌC

1. KHÁI NIỆM VỀ GIẢI PHẪU – SINH LÝ GAN

Gan là một cơ quan có chức năng rất đa dạng, trong đó có ba chức năng chính là lọc máu, bài tiết mật và chuyển hoá các chất.

1.1. Giải phẫu

Đơn vị chức năng gan là tiểu thùy gan. Tổng cộng có 50.000 đến 100.000 tiểu thùy, giữa tiểu thùy gan là tĩnh mạch trung tâm --> đổ vào tĩnh mạch gan --> tĩnh mạch chủ.

1.2. Chức năng của hệ thống tuần hoàn gan

Khoảng 1.000ml máu từ tĩnh mạch cửa và 400ml máu từ động mạch gan đi vào gan mỗi phút, chiếm 29% cung lượng tim.

Dự trữ máu: thể tích máu bình thường trong các mạch máu gan vào khoảng 650ml.

Chức năng đệm của gan: biểu mô gan có tính thấm rất cao nên phần lớn các chất dinh dưỡng hấp thu nhanh chóng vào khoảng gian bào của nhu mô gan.

Chức năng lọc máu của gan: máu đi qua mao mạch ruột chứa nhiều vi khuẩn ruột nhưng sau khi đi qua các xoang tĩnh mạch thì những vi khuẩn này bị tế bào Kupffer ở thành mao mạch kiểu xoang thực bào.

Hậu quả áp suất cao trong tĩnh mạch gan: Áp suất trong tĩnh mạch gan khi đổ vào tĩnh mạch chủ là 0mmHg, trong khi áp suất trong tĩnh mạch cửa là 12,8mmHg. Khi áp suất tĩnh mạch gan tăng cao, dịch trong tĩnh mạch sẽ thấm vào mạch bạch huyết làm tăng lưu lượng bạch huyết và thấm vào trong ổ bụng, gây tình trạng cổ chướng.

1.3. Chức năng bài tiết mật của gan

Tất cả các tế bào gan đều bài tiết mật --> bài tiết vào các tiểu quản mật --> ống gan chung đ ống mật chủ. Mật bài tiết từ 700ml – 1.200ml/ngày nhưng túi mật chứa tối đa 40–70ml.

Chức năng của muối mật: muối mật được tổng hợp từ cholesterol được bài tiết chủ yếu vào các tiểu quản mật. Muối mật có 2 chức năng quan trọng là nhũ tương hoá và hoà tan mỡ trong nước. Khoảng 90–95% muối mật được tái hấp thu tại hồi tràng, vào tĩnh mạch cửa, vào gan.

Sự bài tiết Bilirubin: hemoglobin được phóng thích từ các hồng cầu bị vỡ, phân thành hem và globin. Bilirubin gắn với protein huyết tương là bilirubin tự do, tan trong mỡ gọi là bilirubin gián tiếp. Trong tế bào gan, bilirubin kết hợp với các chất khác gọi là bilirubin trực tiếp.

Bài tiết cholesterol: Cholesterol không tan trong nước, mỗi ngày bài tiết 1–2g.

1.4. Chức năng chuyển hoá của gan

Chuyển hoá carbohydrat: gan tham gia vào việc duy trì lượng đường huyết hằng định.

Chuyển hoá lipid: mỡ được hấp thu từ ruột sẽ theo hạch bạch huyết đến gan. Mỡ được gan đưa trở lại vào máu dưới dạng lipoprotein để cung cấp mỡ cho các mô. Gan còn là nơi biến đổi carbohydrat và protein thành mỡ.

Chuyển hoá protein: vai trò của gan trong chuyển hoá protein là tối cần thiết cho cơ thể. Tế bào gan khử acid amin để cho ra ketoaxit. Các ketoaxit được oxy hoá trong chu trình Krebs để cung cấp năng lượng hay biến đổi thành acid béo.

1.5. Chức năng khác của gan

Dự trữ vitamin và muối khoáng: gan dự trữ nhiều nhất là vitamin A, kể đến là D, B12, E, K, sắt.

Đông máu: gan tổng hợp các yếu tố đông máu ngoại trừ yếu tố VIII.

Khử độc: gan có thể biến đổi các chất hoá học nội sinh và ngoại sinh, các phân tử lạ, hormon thành những chất ít độc hơn hay giảm hoạt tính sinh học của chúng.

2. KHÁI NIỆM VỀ UNG THƯ GAN

Một số ít ung thư có nguồn gốc tại gan là ung thư tiên phát, thông thường khối ung thư ở gan là quá chỉ định phẫu thuật vì khối ung thư lan rộng nhanh chóng và di căn khắp nơi.

Ung thư thứ phát: các di căn ung thư vào gan được thấy ở khoảng nửa tổng số các ung thư tiên triển, vì máu và các mạch bạch huyết từ các khoang cơ thể đều đến gan, do đó các ung thư ở bất kỳ đâu trên cơ thể cũng di căn vào gan.

3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Những yếu tố nguy cơ:

Gan xơ: có sự liên quan giữa ung thư gan và xơ gan.

Siêu vi trùng: như viêm gan siêu vi B, C.

Các chất độc trong thức ăn như: Aflatoxine là men sinh ra từ nấm *Aspergillus flavus* trong mốc một số đồ thức ăn thực vật như đậu phụng, mè, gạo; rượu, thuốc lá.

Chất độc hoá học: chất màu da cam, phân huỷ chất này tạo ra dioxine.

4. GIẢI PHẪU BỆNH

Đại thể: ung thư gan thể khối khu trú, chiếm cả thùy gan; ung thư gan thể nhân rải rác khắp gan.

Vì thể: ung thư tế bào gan, ung thư tế bào ống mật, ung thư hỗn hợp, ung thư liên kết.

Hướng lan: Ổ gan: ung thư có khuynh hướng xâm lấn theo hệ tĩnh mạch nên di căn rất nhanh. Phổi là tạng dễ di căn tới nhất.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Triệu chứng lâm sàng

Giai đoạn đầu triệu chứng thường rất nghèo nàn, khó nhận biết.

Triệu chứng cơ năng: chán ăn, đau bụng, cảm giác tức hay đau vùng hạ sườn phải, mệt mỏi, sụt cân.

Triệu chứng thực thể: sờ thấy khối u gan, u nằm dưới bờ sườn phải, u rắn, lồi nhô không đều, ấn rất đau.

Triệu chứng toàn thân: giai đoạn đầu thể trạng có thể trung bình, không thay đổi, giai đoạn muộn, người bệnh suy kiệt, sốt, vàng da, nước tiểu vàng.

Giai đoạn muộn: người bệnh phát hiện bệnh thì thường có dự hậu rất xấu.

Người bệnh có bụng báng do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, khối u gây tắc nghẽn hệ tĩnh mạch cửa. Nghe có tiếng thổi tâm thu ở u do có nhiều mạch máu. Nhìn trên thành bụng thấy dấu hiệu tuần hoàn bàng hệ.

5.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm: có sự thay đổi sinh hoá học, dù triệu chứng lâm sàng chưa phát hiện như đường huyết giảm, calci máu tăng, cholesterol tăng.

Alpha-foetoprotein (AFP) bình thường trong máu 2,5–10ng/ml, chỉ số AFP cao từ 500ng/ml trở lên mới nghi nhiều đến ung thư gan.

CEA bình thường trong máu < 5ng/ml, chỉ số CEA > 200ng/ml giúp chẩn đoán là ung thư gan.

Hình ảnh học chẩn đoán:

- Siêu âm là phương tiện sử dụng đầu tiên có giá trị chẩn đoán cao.
- Chụp cắt lớp giúp phân tích những hình ảnh dễ dàng, chẩn đoán và xác định vị trí khối u chính xác qua hình ảnh cộng hưởng từ.

Chọc sinh thiết dưới siêu âm cho chẩn đoán chính xác cao. Chống chỉ định trong trường hợp có rối loạn đông máu.

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VÀNG DA

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Theo dõi tình trạng màu sắc da, nước tiểu, phân mỗi ngày. Theo dõi tình trạng da bị ngứa do muối mật bài tiết qua da. Theo dõi bilirubin, theo dõi diễn biến lâm sàng của người bệnh với dấu hiệu tăng giảm của vàng da. Theo dõi sát tình trạng tri giác, tình trạng đi tiêu của người bệnh.

Hỏi người bệnh về tiền sử bệnh: thời gian bắt đầu vàng da, dấu hiệu chán ăn. Các triệu chứng phụ kèm theo.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Nguy cơ tình trạng da bị tổn thương do ngứa

Thực hiện tắm mát cho người bệnh với nhiệt độ 32–37⁰C. Giữ nhiệt độ phòng tương đối mát, quần áo sạch sẽ, thoáng mát. Sự nóng bức sẽ làm gia tăng dòng chảy của máu và hậu quả là làm gia tăng sự ứ đọng muối mật dẫn tới da bị ngứa. Sử dụng xà phòng trung tính, thoa chất mềm da mỗi 8 giờ, tránh làm khô da. Tránh tắm quá một lần trong ngày do da sẽ khô, ngứa do ảnh hưởng của nước. Chỉ vỗ nhẹ lên vùng ngứa, tránh chà xát lên da vì có thể tạo nên vết thương trên da. Cho người bệnh thư giãn giúp quên đi ngứa.

2.2. Thay đổi hình dạng cơ thể

Cung cấp thông tin cho người bệnh về diễn tiến của tình trạng vàng da, chỉ số bilirubin, màu sắc nước tiểu, phân. Giúp người bệnh tự tin trong hình dạng của mình như: chăm sóc tóc, trang điểm nhẹ nhàng, tránh xem gương, cho người bệnh mặc quần áo sạch sẽ nhưng không làm nổi bật màu da vàng, tránh sự thăm viếng, tránh sử dụng những từ về màu sắc trên da người bệnh.

III. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỤNG BÁNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Sự thay đổi về cân nặng, vòng bụng và mức độ phù nề. Sự tăng cân, kích thước vòng bụng và phù nề chứng tỏ người bệnh đang ứ nước. Tình trạng căng da, da bóng sáng là hậu quả của sự tích tụ dịch ở khoang phúc mạc. Người bệnh khó thở là do bụng báng làm chèn ép cơ hoành và hạn chế sự giãn nở của phổi. Khám trên bề mặt da bụng, ta thấy xuất hiện những vết nứt màu đỏ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Kiểu thở không hiệu quả do bụng báng

Cho người bệnh nằm tư thế Fowler giúp tăng thể tích lồng ngực và làm giảm sự chèn ép do bụng báng đẩy cơ hoành. Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu mỗi 2 giờ giúp gia tăng tối đa sự giãn nở lồng ngực. Nghe phổi mỗi 4 giờ, nhất là vùng đáy phổi để đánh giá tiếng phổi và phát hiện sự bất thường của phổi, mức độ giãn nở của phổi. Theo dõi dấu chứng sinh tồn mỗi 4 giờ, biểu hiện thiếu máu: da nhợt nhạt, lơ mơ, mạch nhanh, tăng huyết áp tâm thu, nhịp thở nhanh.

2.2. Dịch ổ bụng gia tăng vượt quá giới hạn

Cân người bệnh trước ăn sáng và sau khi đi tiêu, cho người bệnh mặc quần áo cùng kích cỡ và đảm bảo cùng một cân nặng. Sự thay đổi 1kg cân nặng thì tương đương 1 lít dịch. Nhiều nhất tăng từ 2,7– 3,6kg trước khi có biểu hiện lâm sàng. Bảo đảm rằng vòng bụng được đo chính xác. Theo dõi nước xuất nhập hằng ngày. Hạn chế nước nhập cho người bệnh. Thực hiện thuốc lợi tiểu, theo dõi tình trạng mất nước, theo dõi xét nghiệm điện giải, nhất là Kali. Vệ sinh răng miệng, thoa glycerin, tránh cho người bệnh không bị khô môi.

2.3. Nguy cơ da bị tổn thương

Mỗi ngày quan sát tình trạng da người bệnh, đặc biệt những vùng ít nhìn thấy như vùng xương cụt, vùng chi dưới. Phù nề cũng là nguyên nhân làm cho thiếu máu nuôi và tình trạng dinh dưỡng đến da cũng kém. Thay đổi tư thế mỗi 2 giờ, cho người bệnh nằm nệm nước. Tránh tiêm thuốc, nếu có thì nên quan sát kỹ sau khi tiêm thuốc do có thể phù nề chảy dịch, bầm máu hay chảy máu sau khi rút kim. Thuốc sẽ kém hấp thu do tích tụ nước. Cộng thêm vào đó là nơi tiêm có thể bị kích ứng và tạo ra vết thương. Giữ cho quần áo người bệnh khô sạch, thấm hút tốt.

2.4. Nguy cơ gia tăng dịch

Theo dõi điện giải, nước tiểu và Hct mỗi 4 giờ. Theo dõi hô hấp và nghe phổi nhất là ran nổ mỗi 2 giờ. Khó thở mạch nhanh, đó là dấu hiệu thừa nước quá nhanh từ khoang phúc mạc, do tỷ lệ chênh lệch của chất

dịch giữa khoang phúc mạc và khoang ngực. Khi thấy dấu hiệu này nên đặt người bệnh ở tư thế ngồi.

2.5. Nguy cơ quản lý không hiệu quả chế độ ăn uống của người bệnh

Hướng dẫn người bệnh và gia đình về thông tin bụng báng, nguyên nhân và cách điều trị. Giải thích cho người bệnh về thuốc lợi tiểu: tên thuốc, liều thuốc, tác dụng phụ.

Chế độ ăn uống: tiết chế muối, tránh những thức ăn có nhiều muối, xem công thức khi sử dụng bánh, thuốc, nước uống. Tránh ăn quá no, giảm lượng nước uống cho người bệnh. Vệ sinh răng miệng, không uống rượu vì rượu gia tăng kích thích gan. Cân và đo vòng bụng mỗi ngày. Báo cáo ngay khi có dấu hiệu thừa nước. Chăm sóc da sạch sẽ. Nếu có vết thương thì cần chăm sóc cẩn thận.

IV. XỬ TRÍ NGOẠI KHOA

Điều trị bằng phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật là cắt bỏ thùy gan trong điều trị ung thư gan...

Chỉ định cắt gan khi: Thể trạng và chức năng gan cho phép, một khối u, không xâm lấn hệ tĩnh mạch cửa, không báng bụng, không vàng da, khối ung thư di căn là có giới hạn. Nếu u gan trái có thể cắt gan trái. Nếu u gan phải mà không có dấu hiệu suy tế bào gan thì cắt một phần gan phải. Khối ung thư tiên phát có thể cắt bỏ được toàn bộ.

V. UNG THƯ GAN KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

1. TẮC ĐỘNG MẠCH GAN

Là phương pháp huỷ gan được dùng khi người bệnh không có khả năng điều trị phẫu thuật. Chống chỉ định nếu bilirubin toàn phần > 3mg/ml. Phương pháp này dùng các chất bít động mạch nhỏ và mao mạch trong u làm giảm lượng máu đến nuôi dưỡng u nhằm tiêu huỷ tế bào ung thư.

2. LIỆU PHÁP HOÁ TRỊ

Liệu pháp xạ trị và hoá trị của các bệnh ác tính với nhiều mức độ thành công khác nhau. Biện pháp này có thể kéo dài tuổi thọ, cải thiện chất lượng cuộc sống, tạo sự thoải mái, để duy trì hiệu quả của chăm sóc xoa dịu, hiệu quả giảm đau cho người bệnh 70–90%, người bệnh giảm đi cảm giác mệt mỏi, chán ăn và giảm sốt, xét nghiệm chức năng gan cũng được cải thiện tạm thời. Các phương pháp để phân tán xạ trị bao gồm tiêm tĩnh mạch chất kháng thể vào kháng nguyên liên quan đến khối u, đặt dưới da những nguồn cảm ứng của liệu pháp xạ trị, mục đích để phân tán các tia xạ trực tiếp đến tế bào ung thư. Phương pháp này được làm để cải thiện cuộc sống và kéo dài cuộc sống, cũng sử dụng như một liệu pháp khởi đầu sau phẫu thuật cắt u gan. Hoá trị liệu hệ thống và hoá trị liệu tại chỗ là hai phương pháp thường dùng chỉ định chống ung thư của những người bệnh mà giai đoạn đầu của ung thư gan sẽ dùng bơm cổ định để đưa hoá chất tập trung qua động mạch gan vào gan. Phương pháp này đã được tin tưởng, dễ kiểm soát và tiếp tục truyền thuốc cho người bệnh ngoại trú.

Giáo dục người bệnh và chăm sóc tại nhà: người bệnh và gia đình sẽ được hướng dẫn nhận định và báo cáo những biến chứng và phản ứng phụ của thuốc, vì thế họ cần có những thông tin tốt về tác dụng và ảnh hưởng không mong muốn của thuốc, điều dưỡng hướng dẫn cách theo dõi đáp ứng của người bệnh và đáp ứng của khối u với hoá chất. Người bệnh vẫn được sinh hoạt bình thường nếu có thể nhưng cần tránh tiếp xúc các hình thức thể thao hoặc các hoạt động ảnh hưởng tới bơm hoá trị.

3. DẪN LƯU MẬT

Dẫn lưu mật ra da hay dẫn lưu mật xuyên gan qua da là chuyển lưu mật bị tắc bởi dịch tụy, dịch mật do khối u chèn ép nhưng không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này là dùng một ống thông xuyên gan ra

da để thiết lập lại dẫn lưu đường mật để giảm áp lực và đau từ phía sau chỗ tắc, làm giảm ngứa và giảm vàng da. Kết quả là người bệnh cảm thấy thoải mái hơn, chất lượng cuộc sống hiệu quả hơn. Điều dưỡng thường xuyên theo dõi số lượng màu sắc, tính chất như máu hay là các mô ung thư.

Biến chứng của phương pháp này là nhiễm khuẩn, rò mật, chảy máu hay tắc dẫn lưu do những mảng của khối u. Vì thế, điều dưỡng cần theo dõi sốt, lạnh run, dẫn lưu mật, dấu hiệu rò mật, thay đổi về dấu sinh hiệu, dấu hiệu tắc mật như gia tăng đau, căng tức hạ sườn, ngứa, vàng da xuất hiện. Người bệnh và gia đình thường rất sợ bất thường có thể xảy ra của ống thông khi người bệnh mang dẫn lưu về nhà. Điều dưỡng phải đảm bảo và hướng dẫn để làm giảm lo sợ cho người bệnh khi ống thông sút ra. Điều dưỡng cần cho người bệnh bảng chỉ dẫn chăm sóc catheter bằng lời nói và bảng hướng dẫn, người bệnh cũng được hướng dẫn cách giữ catheter khô, sạch và dấu hiệu sút ống catheter.

VI. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Khi người bệnh được chuẩn bị cho giải phẫu thì các nhu cầu của người bệnh về dinh dưỡng, dịch, tâm lý và các nhu cầu khác cần được đánh giá kỹ và đáp ứng tốt.

Cần cho người bệnh làm các thử nghiệm toàn diện và đầy đủ: xét nghiệm chức năng gan, HbsAg, protid máu, AFB, xét nghiệm chức năng thận, công thức máu, Ion đồ, nhóm máu, chức năng đông máu toàn bộ...

Cần thực hiện y lệnh điều trị điều chỉnh chức năng đông máu cho người bệnh như tiêm vitamin K.

Công tác tư tưởng: hỗ trợ, động viên, giải thích những thông tin về cuộc mổ giúp người bệnh an tâm. Đây là cuộc phẫu thuật lớn nên việc hồi phục người bệnh sau mổ rất quan trọng, cần cho người bệnh tiên lượng của bệnh và chế độ chăm sóc sau mổ. Cần cho người bệnh gặp gỡ người nhà, cho người nhà theo người bệnh đến khu phẫu thuật.

Nâng cao tổng trạng và dịch thể cho người bệnh.

Làm sạch đường tiêu hoá bằng thuốc nhuận tràng hay thụt tháo đại tràng, kháng sinh đường ruột, giúp giảm khả năng tích tụ amoniac ở ruột.

Đánh giá tình trạng tri giác người bệnh chính xác, giúp theo dõi và so sánh người bệnh sau mổ.

Cần chuẩn bị số lượng máu theo y lệnh.

Thực hiện các thử nghiệm đặc biệt: CT – scan gan, sinh thiết, chụp đường mật, chụp động mạch gan chọn lọc.

VII. CHĂM SÓC SAU MỔ

Sau mổ có nhiều biến chứng ảnh hưởng đến chức năng tim, phổi, gan, thận, rối loạn chuyển hoá. Thường trong 48 giờ đầu sau mổ, điều dưỡng cần theo dõi hạ đường huyết nên thường duy trì truyền Destrose 10% theo y lệnh, thử đường huyết nhanh.

Theo dõi tri giác, dấu chứng sinh tồn, phát hiện sớm tình trạng chảy máu như mạch nhanh, huyết áp giảm. Trong 24 giờ đầu sau mổ người bệnh không được cử động nhiều vì sợ chảy máu.

Theo dõi lượng nước tiểu giờ: phát hiện sớm tình trạng suy thận.

Đánh giá đau thường xuyên: vì phẫu thuật cắt theo đường Kocher nên cắt nhiều cơ, vì thế nên sau mổ rất đau, kèm theo phẫu thuật này cắt tạng nên đau càng gia tăng... Thực hiện thuốc giảm đau hay duy trì giảm đau cho người bệnh. Hướng dẫn cho người bệnh xoay trở nhẹ nhàng.

Ông Levine: hút liên tục hay ngắt quãng theo y lệnh. Cần chăm sóc răng miệng tránh tình trạng miệng người bệnh hôi và khô niêm mạc môi miệng có nguy cơ nhiễm trùng miệng, có thể ảnh hưởng đến tổng trạng người bệnh. Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống Levine, câu nói xuống thấp.

Dẫn lưu: thường có dẫn lưu dưới gan, điều dưỡng cần theo dõi sát dịch chảy ra bất thường như máu, dịch mật thì báo cáo ngay và nhất là nếu máu trên 100ml/giờ là báo bác sĩ ngay. Dẫn lưu này có tính phòng ngừa nên thường bác sĩ cho rút sớm.

Vết mổ: thường phẫu thuật viên may bằng clip, điều dưỡng chăm sóc thay băng cho người bệnh. Thường cắt chỉ bằng dụng cụ chuyên dùng để tháo mũi khâu vết mổ.

Theo dõi nước và điện giải, duy trì dịch truyền cho người bệnh, cần đánh giá chính xác nước xuất nhập giúp bác sĩ cân bằng nước, tránh nguy cơ suy thận vì đây là biến chứng nặng có nguy cơ tử vong cao. Người bệnh cắt gan thường có truyền máu. Cần theo dõi tình trạng chảy máu sau mổ qua dẫn lưu, vết mổ, nơi cắt gan do chất kháng đông tích tụ trong quá trình truyền máu.

Dinh dưỡng: người bệnh cần giảm đạm và lipid, người bệnh cần được cung cấp đạm qua đường truyền. Khuyến khích người bệnh ăn uống đầy đủ theo chế độ ăn của thầy thuốc.

VIII. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

- Người bệnh nên tái khám và theo dõi thường xuyên; nên có siêu âm định kỳ.
- Người bệnh tránh làm việc nặng; kiêng hoàn toàn rượu, thuốc lá.
- Điều trị hoá ung thư theo chỉ định.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 trong số 5 yếu tố thuận lợi gây ung thư gan.
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Các chất độc trong thức ăn như: Aflatoxine là men sinh ra từ nấm *Aspergillus flavus* trong mốc một số đồ thức ăn thực vật như đậu phộng, mè, gạo.
 - E. Chất độc hoá học: chất màu da cam, phân huỷ chất này tạo ra dioxine.
2. Có 2 loại điều trị ung thư gan nhưng không có chỉ định phẫu thuật là:
 - A.
 - B.

Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Không nên thắt tháo người bệnh trước mổ gan vì có nguy cơ đau bụng.		
4	Người bệnh nên ăn nhiều thịt sau mổ cắt gan.		
5	Người bệnh cần vận động sớm sau mổ cắt gan.		
6	Alpha-foetoprotein (AFP) bình thường trong máu 2,5-10ng/ml, chỉ số AFP cao từ 500ng/ml trở lên mới nghĩ nhiều đến ung thư gan.		
7	Điều dưỡng chỉ cần theo dõi số lượng dịch mật sau mổ gan là đạt.		
8	Sau mổ gan, người bệnh thường xuyên thực hiện thuốc giảm đau sau mổ tránh nguy cơ choáng sau mổ.		
9	Người bệnh ngưng ăn uống sau mổ gan cho đến khi có nhu động		

	ruột.		
10	Sau mổ gan, người bệnh cần ngưng thuốc lá và rượu là điều bắt buộc.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nursing care of patients with Hepatic disorders*, in Medical Surgical Nursing Foundations or Clinical Practice 2nd ed., WB Saunders company (1998): 1195.
2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck, *Nursing role in Management Problems of Hepatic*, in Medical Surgical Nursing 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY (1992): 1235–1240.
3. *Metabolic and endocrine Function*, Bruner and Suddarth's Textbook of Medical – Surgical Nursing, seventh edition, Lippincott Company, 985.
4. Nguyễn Văn Thông. *Ung thư gan nguyên phát*, trong Bài giảng bệnh học ngoại khoa. Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học (1998): 399.

Bài 25

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI – TRỰC TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được dịch tễ, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.
2. Chuẩn bị được người bệnh trước phẫu thuật.
3. Chăm sóc được người bệnh sau phẫu thuật.

Ung thư đại trực tràng là bệnh phổ biến tại các nước, chiếm vị trí thứ hai trong ung thư đường tiêu hoá sau ung thư dạ dày. Chẩn đoán thường ở giai đoạn muộn, ung thư đã có di căn hoặc biến chứng, do đó kết quả điều trị bị hạn chế, điều trị chủ yếu là phẫu thuật.

I. BỆNH HỌC UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

1. DỊCH TỄ HỌC

Giới: tỷ lệ Nam/Nữ = 1,1 – 1,3.

Tuổi: nhiều nhất ở lứa tuổi 40–60.

Yếu tố thuận lợi:

Chế độ ăn uống: ăn nhiều chất mỡ và ít chất xơ từ thực vật.

Những thương tổn tiền ung thư có nguồn gốc từ một số thương tổn của đại tràng trước đó:

– Những đơn polyp: tùy tính hoá ác của polyp, như về mô học thì loại bướu tuyến nhánh và bướu tuyến ống nhánh tỷ lệ hoá ác cao hơn loại ống; về kích thước thì polyp có đường kính > 2cm dễ bị ung thư hoá; số lượng càng nhiều thì tỷ lệ ung thư càng cao; polyp không cuống dễ ung thư hơn, độ dị sản càng cao càng dễ ung thư hoá.

– Bệnh đa polyp đại trực tràng: thường có tính gia đình.

– Bệnh viêm loét đại trực tràng xuất huyết: ung thư hoá sau 5–25 năm.

– Bệnh Crohn: ung thư hoá sau 5 năm.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

Thương tổn có thể gặp ở mọi vị trí của ung thư đại tràng; gặp nhiều ở đại tràng chậu hông và trực tràng.

2.1. Đại thể

– *Thể sùi*: thường gặp ở đại tràng phải.

– *Thể loét*: ít khi đơn thuần, thường kết hợp sùi loét, gặp nhiều ở đại tràng phải.

– *Thể chai hay thâm nhiễm*: thường gặp ở đại tràng trái.

2.2. Vi thể

– Ung thư tế bào tuyến chiếm đa số với các độ biệt hoá cao, vừa và kém.

– Ung thư thể keo.

2.3. Xếp hạng giai đoạn ung thư

Theo Dukes (1932) đã có sửa đổi:

Bảng 25.1. Xếp hạng giai đoạn ung thư theo Dukes

Giai đoạn	Thương tổn
A	Niêm mạc và dưới niêm
B	Cơ và thanh mạc, chưa di căn hạch vùng
C	Di căn hạch vùng
D	Di căn xa

Theo hệ thống TNM:

Bảng 25.2. Xếp hạng giai đoạn ung thư theo hệ thống TNM

Giai đoạn	Thương tổn
T	(Tumor = U)
T _{is}	U tại chỗ có trong lớp biểu mô
T ₁	U xâm lấn lớp dưới niêm mạc
T ₂	U xâm lấn lớp cơ
T ₃	U xâm lấn lớp thanh mạc hoặc phúc mạc quanh trực tràng
T ₄	U xâm lấn phúc mạc tạng và các cơ quan hay cấu trúc khác
N	(Nodule = Hạch)
N ₀	Không có hạch di căn
N ₁	Di căn vào 1-3 hạch mạc treo vùng

N ₂	Di căn hơn 4 hạch mạc treo vùng
N ₃	Di căn hạch dọc theo đường đi của thân mạch máu
M	(Metastasis = Di căn)
M ₀	Không có di căn xa
M ₁	Có di căn xa

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Rối loạn tiêu hoá

Tiêu chảy: kéo dài, thường nghĩ đến viêm đại tràng và đã được điều trị lâu nhưng không khỏi. Triệu chứng này thường gặp ở những người bệnh có khối u ung thư đại tràng phải và đại tràng ngang.

Táo bón: thường gặp ở những người bệnh có khối u ở đại tràng trái. Đôi khi xen kẽ những đợt tiêu chảy giống như hội chứng ly. Đôi khi có cảm giác đi không hết phân.

Đi tiêu ra máu: máu đỏ tươi hay phân đen tùy thuộc vị trí của ung thư ở đại tràng. Có biểu hiện thiếu máu toàn thân nếu chảy máu kín đáo và kéo dài.

Đau bụng: 3/4 các trường hợp ung thư đại tràng có triệu chứng đau bụng. Đau khu trú theo vị trí khối u hoặc đau dọc theo khung đại tràng.

Bán tắc ruột: hẹp lòng đại tràng nhưng chưa tắc hoàn toàn, biểu hiện bởi dấu hiệu Koenig: người bệnh thỉnh thoảng có cơn đau quặn bụng, nổi gò bụng và bụng trướng, sau trung tiện thì giảm đau và bụng xẹp. Hội chứng bán tắc này lặp đi lặp lại sau vài ngày hay nhiều ngày.

3.2. Triệu chứng thực thể

Nhìn: Giai đoạn sớm thường không thấy bất thường; giai đoạn muộn có di căn gan khi thăm khám thấy gan to lớn nhô hoặc bụng báng.

Sờ: Dọc khung đại tràng tìm được vùng đau khu trú và sờ được khối u. U lớn nhô nhiều múi, bờ không đều, mật độ cứng, di động ít nhiều, gõ đục và ấn không đau. Khi có nhiễm trùng thì u ít di động và ấn đau.

3.3. Triệu chứng toàn thân

Giai đoạn sớm ít thay đổi, giai đoạn tiến triển nhìn chung thể trạng suy sụp, chán ăn, mệt mỏi, da xanh, thiếu máu vì có chảy máu, sụt cân. Đôi khi có sốt nhẹ vì nhiễm trùng.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. X quang

Chụp đại tràng với baryt:

Hình hẹp: trên phim thấy hình ảnh của một đoạn đại tràng vài phân (cm) bị thu nhỏ lại ở giữa, ngoằn ngoèo, đường bờ hai bên nhám nhở, đậm nét.

Hình khuyết: hình ảnh khuyết lõm ở một bờ hay cả hai bên bờ hình của đại tràng trên phim.

Hình cắt cụt: trên phim thấy hình ảnh của đại tràng bị thu nhỏ lại, thuốc cản quang không đi qua được về phía trên.

– **Chụp đại tràng đối quang kép:** giúp chẩn đoán chính xác các khối u nhỏ hơn 2cm mà phương pháp chụp thường đôi khi không phát hiện được.

4.2. Nội soi đại tràng và sinh thiết

Đây là phương pháp rất tốt để chẩn đoán vì qua nội soi nhìn rõ được hình dạng, kích thước khối u và

sinh thiết để xét nghiệm mô học.

4.3. Kháng nguyên ung thư phôi (CEA)

Mức bình thường của CEA trong máu là 2,5–5ng/ml.

4.4. Siêu âm bụng

Siêu âm bụng giúp đánh giá tình trạng di căn ở gan, di căn hạch ổ bụng.

4.5. Chụp cắt lớp điện toán vùng chậu

Nhằm đánh giá sự xâm lấn của khối u ở thành trực tràng và mô xung quanh ở vùng chậu, hạch bị xâm lấn.

4.6. Chụp phổi: đánh giá di căn phổi.

5. BIẾN CHỨNG

- Tắc ruột.
- Nhiễm trùng khối u, áp xe quanh khối u.
- Viêm phúc mạc.
- Rò dịch tiêu hoá qua da hay rò tiêu hoá (rò nội).
- Xuất huyết tiêu hoá.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị ngoại khoa

Mục đích và nguyên tắc điều trị ngoại khoa là cắt bỏ được hết tổ chức ung thư với đoạn ruột và hạch mạc treo.

Các phương pháp phẫu thuật

– *Điều trị ung thư đại tràng chưa biến chứng:*

- + Phẫu thuật triệt để: cắt đại tràng hay phẫu thuật mở rộng: ngoài cắt bỏ đại tràng còn phải cắt bỏ toàn bộ một hay nhiều tạng bị ung thư xâm lấn hay di căn.
- + Phẫu thuật tạm bợ: phẫu thuật làm sạch, nối tắt trên và dưới khối u, đưa đoạn ruột trên khối u làm hậu môn nhân tạo.

– *Điều trị ung thư đại tràng có biến chứng:*

- + Tắc ruột: cắt đại tràng và làm hậu môn nhân tạo trên dòng.
- + Áp-xe: dẫn lưu áp-xe.
- + Viêm phúc mạc: cắt đại tràng có u và đưa hai đầu ruột ra ngoài.
- + Rò: cắt đại tràng và cơ quan bị rò một thì hoặc hai thì tùy vị trí.
- + Xuất huyết tiêu hoá: cắt bỏ đại tràng có u gây xuất huyết.

6.2. Hoá trị và miễn dịch liệu pháp

Thường dùng 5 FU (5 Fluoro–Uracil) bổ túc sau phẫu thuật.

II. BỆNH HỌC UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Ung thư trực tràng là ung thư 15cm cuối của đường tiêu hoá. Đây là bệnh lý gặp nhiều tại nước ta.

1. DỊCH TỄ HỌC

Giới: nam nhiều hơn nữ (Nam/Nữ = 3/2).

Tuổi: nhiều nhất ở lứa tuổi 60–69.

Yếu tố thuận lợi: chế độ ăn nhiều chất mỡ; những thương tổn tiền ung thư như những đơn polyp, đặc biệt là bướu tuyến nhánh hoặc đa polyp, có tính gia đình; bệnh viêm nhiễm: viêm loét trực tràng xuất huyết, bệnh Crohn.

2. HƯỚNG LAN

2.1. Tại chỗ

Ung thư lan theo chu vi rất nhanh, lan theo chiều cao rất chậm. Ung thư ăn theo chiều sâu thành trực tràng rất quan trọng.

2.2. Xâm lấn trực tiếp vào các tạng lân cận

- Hệ bạch huyết: di căn theo các chuỗi hạch từ dưới lên trên.
- Di căn xa: thường di căn gan nhất.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

Chảy máu trực tràng: máu chảy nhiều mỗi khi đi cầu. Máu ra trước phân, có khi theo cùng với phân hay ra sau phân. Có khi tự nhiên chảy máu ra ngoài lúc đi cầu. Đôi khi chẩn đoán là bệnh trĩ.

– *Hội chứng trực tràng:* người bệnh đi cầu nhiều lần trong ngày. Đi không hết phân, người bệnh cảm giác mót rặn liên tục. Đi cầu không ra phân mà chỉ ra chất nhầy. Thay đổi hình dạng phân như phân dẹt, nhỏ. Táo bón, đôi khi xen kẽ với tiêu lỏng.

– *Đau:* có cảm giác đầy tức hậu môn. Về sau, đau rõ rệt ở vùng tầng sinh môn. Đau rất hậu môn sau khi đi cầu.

3.2. Triệu chứng thực thể

- *Thăm trực tràng:* cần xác định vị trí, độ cao, mức độ di động, tình trạng cơ thắt hậu môn của khối u.
- *Khám toàn diện:* tìm dấu hiệu di căn như: bụng báng, gan to lớn nhô nhiều nhân, nhiều hạch bẹn to.

3.3. Triệu chứng toàn thân

Mệt mỏi, chán ăn, gầy nhanh, da xanh thiếu máu.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

– *Nội soi trực tràng, sinh thiết:* nhìn thấy trực tiếp thương tổn như hình thể khối u sùi cứng hay ổ loét. Kích thước khối u lớn, nhỏ hay chiếm toàn bộ chu vi lòng trực tràng. Xác định vị trí và giới hạn của thương tổn.

– *Chụp đại tràng cản quang* hay chụp đại tràng đối quang kép thấy hình khuyết lõm, teo hẹp hay cắt cụt.

– *Các phương pháp khác:* siêu âm qua lòng trực tràng, chụp cắt lớp điện toán vùng chậu, chụp cộng hưởng từ.

– *Kháng nguyên ung thư phôi (CEA):* được dùng theo dõi sau phẫu thuật giúp phát hiện ung thư tái phát khi trên lâm sàng nhiều khi chưa có triệu chứng.

– *Siêu âm bụng:* giúp phát hiện di căn ổ bụng như dịch báng, hạch, gan di căn...

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị ung thư trực tràng chủ yếu là phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật gồm:

4.1. Triệt để

- Các phương pháp giữ lại cơ thắt hậu môn: cắt và nối đại trực tràng bằng máy hay bằng tay.
- Cắt và nối đại – trực tràng theo phương pháp kéo tuột của Babcock–Bacon.
- Phẫu thuật Hartmann: cắt đại tràng chậu hông và trực tràng có khối u. Đóng lại mồm trực tràng phía dưới và đưa đại tràng chậu hông ra làm hậu môn nhân tạo.

Phương pháp cắt bỏ cơ thắt hậu môn (phẫu thuật Miles): cắt trực tràng và hậu môn qua ngã bụng và tăng sinh môn.

4.2. Tạm bợ

Mở hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông, điều trị hỗ trợ, xạ trị và hoá trị liệu.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI – TRỰC TRÀNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Dữ kiện chủ quan

- Thông tin quan trọng về sức khoẻ như:
Tiền sử sức khoẻ: tiền sử bị ung thư vú hay ung thư tử cung, tiền sử polyp gia đình, polyp tuyến lành tính, viêm đại tràng mạn tính hay bệnh Crohn, hội chứng Gardner.
- Thuốc: sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng ruột.
- Quản lý nhận thức về sức khoẻ: tiền sử gia đình có ung thư, đặc biệt ung thư vú, tử cung, ung thư đại – trực tràng, yếu, mệt.
- Chuyển hoá dinh dưỡng: giảm cân, chán ăn, buồn nôn, ói.
- Bài tiết: thay đổi thói quen đi cầu, đi cầu táo bón hay tiêu chảy, chảy máu trực tràng, phân nhầy, đen, phân đen như hắc ín, hơi trong dạ dày nhiều, đi cầu phân ít, nhiều lần.
- Cảm giác: đau bụng vùng thấp.

1.2. Dữ kiện khách quan

- Tiêu hoá: khối u ở bụng, căng trướng, bụng ascites.
- Dấu hiệu khác: thiếu máu, sinh thiết cho kết quả (+), X quang đại tràng có cản quang thấy hình khuyết lõm, teo hẹp hay cắt cụt.

2. CHĂM SÓC TRƯỚC PHẪU THUẬT

Chăm sóc người bệnh cắt đại tràng giống như phẫu thuật tiêu hoá nhưng cần chuẩn bị đại tràng thật sạch. Điều dưỡng sẽ thực hiện 3 ngày liên tiếp, ngày thứ 3 thì thực hiện vào đêm trước phẫu thuật và sáng hôm phẫu thuật. Người bệnh ăn ít thức ăn có xơ trong những ngày này, chú ý vẫn ăn uống bình thường trong ngày 1, 2. Ngày thứ 3 ăn loãng, uống sữa, tối nhịn ăn hoàn toàn đến sáng hôm phẫu thuật. Từ thập niên 1980, phương pháp uống hỗn hợp dịch thẩm thấu và điện giải như Polyethylene glycol (Forthans) được đề xuất thay thế phương pháp nhịn ăn và thực hiện. Chiều trước ngày mổ, người bệnh uống 3–5 lít dịch này trong vòng 3 giờ. Tuy nhiên phương pháp này chống chỉ định sử dụng khi người bệnh bị viêm đại tràng cấp hoặc tắc ruột do u.

Tâm lý: cần cung cấp thông tin cho người bệnh về phương pháp phẫu thuật và phương pháp gây mê, thời gian phẫu thuật, thời gian lưu lại khoa hậu phẫu. Quan trọng nhất là thông báo cho người bệnh về hậu môn nhân tạo mà người bệnh sẽ có sau phẫu thuật Miles hay phẫu thuật Hartmann. Điều dưỡng cần chuẩn bị

đối phó với người bệnh về vấn đề này, bởi vì họ sẽ phản đối, giận dữ, thất vọng và chán nản, đôi khi từ chối phẫu thuật. Điều dưỡng cần cho người bệnh tiếp xúc với những người mang hậu môn nhân tạo, cho người bệnh tham gia vào câu lạc bộ những người mang hậu môn nhân tạo, cung cấp sách báo về cách hướng dẫn người bệnh có hậu môn nhân tạo, và trên hết điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc hậu môn nhân tạo cũng như thông tin về những khó khăn khi có hậu môn nhân tạo. Vấn đề khó khăn thứ hai của người bệnh là vấn đề truyền hoá trị sau phẫu thuật.

Các chăm sóc trước phẫu thuật thì thực hiện như các chăm sóc trước phẫu thuật thường quy trong bài chăm sóc trước phẫu thuật.

3. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Nhận định tình trạng người bệnh:

Tổng trạng: người bệnh có dấu hiệu mệt mỏi, tình trạng da niêm, có dấu hiệu mất nước, khô da, tái.

Tình trạng bụng: người bệnh có đau bụng không và đau vùng nào, tính chất của cơn đau. Tình trạng căng trướng bụng sau phẫu thuật, tình trạng nhu động ruột đã có chưa.

Hậu môn nhân tạo: màu sắc niêm mạc ruột, đã mở hay chưa mở hậu môn, phân có ra không, kiểu hậu môn nhân tạo.

Dẫn lưu: dẫn lưu từ vị trí nào trong ổ bụng, số lượng, màu sắc, tính chất của dịch, hệ thống có hoạt động không, câu nối đúng chưa.

Vết mổ: chiều dài vết mổ, vị trí, có bao nhiêu vết mổ. Tình trạng vết mổ khô, sạch hay bẩn, may chỉ thép hay chỉ thường, mùi hôi...

Dấu chứng sinh tồn: lưu ý mạch và huyết áp nói lên tình trạng mất nước sau phẫu thuật, nhiệt độ của người bệnh nói lên tình trạng nhiễm trùng.

Nước tiểu: theo dõi mỗi giờ, số lượng, màu sắc, tính chất.

Vết thương tầng sinh môn: tình trạng dịch ra, dẫn lưu, mùi.

4. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Tình trạng bụng: đau bụng vùng nào, điều dưỡng cần thăm khám để xác định vị trí đau, tính chất đau và mức độ đau. Trong những ngày đầu sau phẫu thuật người bệnh thường có nguy cơ viêm phúc mạc hay tắc ruột sau phẫu thuật, vì thế bất kỳ đau bụng nào của người bệnh thì điều dưỡng cũng đến thăm khám ngay.

Nhu động ruột sau phẫu thuật: cần theo dõi sát tình trạng nhu động ruột của người bệnh. Khuyến khích người bệnh thở sâu để kích thích nhu động ruột. Cho người bệnh ngồi dậy sớm. Nếu sau phẫu thuật 3 ngày mà chưa có nhu động ruột thì nên báo bác sĩ.

Sau phẫu thuật cắt đại tràng sẽ có 2 vết thương: một là vết thương trên thành bụng và vết thương tầng sinh môn. Ngoài ra, người bệnh còn có thể có dẫn lưu và hậu môn nhân tạo trên thành bụng. Điều dưỡng cần chăm sóc vết thương theo thứ tự từ sạch đến nhiễm. Chăm sóc vết mổ trước rồi đến dẫn lưu, thay vết thương tầng sinh môn và cuối cùng là hậu môn nhân tạo. Lưu ý, trong trường hợp hậu môn nhân tạo quá bẩn, điều dưỡng thay băng hậu môn nhân tạo trước rồi soạn mâm thay băng khác để thay băng vết mổ, dẫn lưu và vết thương tầng sinh môn. Với hậu môn nhân tạo nên đặt túi chứa phân sớm là tốt nhất để tránh phân tràn qua vết mổ và dẫn lưu. Băng vết mổ phải có khoảng cách an toàn tránh thấm dịch bẩn vào vết mổ. Người bệnh cắt đại tràng do ung thư có nguy cơ bực hay xì rò miệng nối sau phẫu thuật. Điều dưỡng cần theo dõi tình trạng bụng người bệnh có đau không, nếu đau bụng nhiều hơn kèm thêm bụng trướng và dịch ra dẫn lưu nhiều hơn thì cần báo ngay bác sĩ. Nếu dịch qua dẫn lưu với số lượng nhiều và có màu vàng sệt hay lợn cợn thì đây thường là dịch ruột hay rò phân. Điều dưỡng báo bác sĩ đồng thời chăm sóc tích cực ngăn ngừa rôm lở da sau phẫu thuật và theo dõi nước xuất nhập để tránh tình trạng mất nước và suy kiệt sau phẫu thuật.

Vết thương tầng sinh môn: cần cho người bệnh ngâm rửa ngày 3 lần trong nước ấm, mỗi lần 20 phút,

sau đó băng vết thương lại. Điều dưỡng theo dõi tính chất, màu sắc và số lượng dịch.

Dinh dưỡng: người bệnh có nhu động ruột thì cho ăn bình thường.

Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc hậu môn nhân tạo (xem bài *Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo – Điều dưỡng Ngoại 2*).

Dẫn lưu: theo dõi số lượng, màu sắc và tính chất dịch. Rút sớm theo y lệnh.

Theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên trong ngày. Theo dõi nhiệt độ để phát hiện sớm biến chứng của người bệnh có thể xảy ra là viêm phúc mạc do bục miệng nối và những nguy cơ khác như nhiễm trùng tiểu, mất nước.

Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật: viêm phúc mạc, tắc ruột, bục xì miệng nối, vết thương không lành, biến chứng hậu môn nhân tạo, ung thư tái phát, di căn.

Tâm lý sau phẫu thuật: người bệnh thường rơi vào tâm trạng lo lắng, thất vọng và chán nản. Điều dưỡng cần làm công tác tư tưởng cho người bệnh.

5. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG SAU PHẪU THUẬT

5.1. Nguy cơ bụng chướng do liệt ruột sau mổ

Sau mổ đại tràng người bệnh thường trướng bụng, cần theo dõi các triệu chứng kèm theo như đau bụng. Điều dưỡng nên theo dõi dịch dẫn lưu qua ống Levine và hút dịch dạ dày cho người bệnh. Cần chăm sóc răng miệng người bệnh 3 lần/ngày và làm ẩm răng miệng, vì do đặt ống Levine nên người bệnh phải thở qua miệng nhiều hơn nên dễ bị khô môi, miệng. Theo dõi dấu hiệu khó thở và cho người bệnh nằm tư thế Fowler. Điều dưỡng đo vòng bụng người bệnh để đánh giá và so sánh mức độ trướng bụng. Hướng dẫn người bệnh cách thở sâu, xoay trở, vận động.

5.2. Người bệnh có hậu môn nhân tạo vĩnh viễn

Báo và giải thích cho người bệnh để ổn định về mặt tâm lý vì việc đi cầu bằng hậu môn nhân tạo vĩnh viễn có thể khiến người bệnh mặc cảm. Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc hậu môn, cách đi cầu, cách tắm rửa, cách sinh hoạt tình dục, chế độ ăn. Cần cho người bệnh gặp gỡ các người bệnh có hậu môn nhân tạo, tham gia câu lạc bộ những người có hậu môn nhân tạo, xem sách báo, phim ảnh. Ngoài ra, cần giải thích và hướng dẫn người nhà về hậu môn nhân tạo để họ thích nghi sống cùng người bệnh.

5.3. Người bệnh suy kiệt sau phẫu thuật do mất nước và dinh dưỡng kém

Không kiêng ăn sau phẫu thuật cắt đại tràng, khi có nhu động ruột thì cho người bệnh ăn trừ trường hợp đặc biệt thì thực hiện theo y lệnh thầy thuốc. Điều dưỡng theo dõi sát nước xuất nhập khi người bệnh có hậu môn nhân tạo. Cần lưu ý tình trạng suy kiệt mất nước khi người bệnh bị rò dịch tiêu hoá sau phẫu thuật. Điều dưỡng cần thực hiện truyền dịch, bù nước và các chất dinh dưỡng nếu phải nhịn ăn. Theo dõi cân nặng thường xuyên. Trong các trường hợp bình thường thì hướng dẫn người bệnh ăn uống đầy đủ các chất dinh dưỡng.

5.4. Người bệnh có nguy cơ vết thương tầng sinh môn rò dịch do thấm dịch nước tiểu, do nhiễm trùng

Đây là vết thương dẫn lưu các dịch ứ đọng trong phẫu thuật. Do cắt khối u, cắt trọn trực tràng và cắt cơ hậu môn nên dịch ra rất nhiều và nguy cơ nhiễm trùng cao do vết thương rộng, sâu, và nằm nơi ẩm thấp. Điều dưỡng cho người bệnh ngâm rửa ngày 3 lần hay nhiều hơn và băng lại. Theo dõi dịch xì rò qua vết thương, theo dõi mùi hôi. Nhằm đảm bảo vết thương khô sạch, nên sau mổ ống thông tiểu sẽ lưu lại lâu hơn để tránh nước tiểu thấm vào vết thương gây nhiễm trùng.

5.5. Nguy cơ nhiễm trùng do lưu ống thông tiểu

Nhằm giữ vết thương tầng sinh môn khô sạch và tránh cho người bệnh bí tiểu nên sau mổ phẫu thuật viên thường chỉ định lưu thông tiểu đến ngày thứ 5. Điều dưỡng cần chăm sóc hệ thống dẫn lưu nước tiểu sạch sẽ, thông. Chăm sóc bộ phận sinh dục hằng ngày. Do đặt lâu ngày nên trước khi rút ống thông tiểu, điều dưỡng cần tập bàng quang cho người bệnh. Nếu không cần theo dõi nước xuất nhập mỗi ngày thì điều dưỡng có thể cột ống để tập bàng quang cho người bệnh.

5.6. Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ do vị trí gần hậu môn nhân tạo và dẫn lưu

Do vết mổ ở vị trí gần hậu môn nhân tạo và dẫn lưu nên để tránh nhiễm trùng vết mổ, điều dưỡng cần dán túi hứng phân cho người bệnh. Khi băng vết mổ nên có khoảng cách với hậu môn nhân tạo tránh phân thấm qua băng vết mổ. Khuyến người bệnh thường nằm nghiêng về phía có dẫn lưu hay hậu môn nhân tạo. Nên xoay người về phía hậu môn nhân tạo trước khi ngồi dậy. Theo dõi nhiệt độ người bệnh để phát hiện tình trạng nhiễm trùng. Theo dõi xét nghiệm VS, công thức bạch cầu. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân như sốt, môi khô, lưỡi bẩn, rối loạn tiêu hoá.

5.7. Nguy cơ rò dịch sau phẫu thuật do tình trạng bệnh lý

Có rất nhiều nguyên nhân xì rò dịch sau phẫu thuật, trong đó có suy dinh dưỡng. Điều dưỡng cần theo dõi và chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh để tránh nguy cơ rò dịch. Dấu hiệu rò dịch sau phẫu thuật là nước ra từ vết mổ hay dẫn lưu với số lượng nhiều, có mùi phân hay mùi tanh của dịch ruột, lợn cợn vàng, có màu ánh xanh. Nếu số lượng dịch quá nhiều điều dưỡng có thể cho hút dịch để tránh tràn ra thành bụng, đồng thời cũng để theo dõi chính xác lượng dịch ra. Nếu số lượng dịch ra ít thì điều dưỡng đặt túi dán hứng dịch cho người bệnh. Chăm sóc phòng ngừa lở da do dịch ruột. Theo dõi sát nước xuất nhập và tránh tình trạng mất nước cho người bệnh.

6. GIÁO DỤC SỨC KHOẺ NGƯỜI BỆNH

Khi nằm viện: hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy đi lại, cách vận động sau phẫu thuật.

Hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo, cách sinh hoạt khi có hậu môn nhân tạo.

– Khi xuất viện: hướng dẫn người bệnh về cách ăn uống, theo dõi biến chứng của bệnh, cách chăm sóc hậu môn nhân tạo, cách chăm sóc vết thương tầng sinh môn. Tái khám theo lịch hẹn.

– Chuẩn bị cho người bệnh truyền hoá chất sau mổ: thời gian, số lần truyền, các tác dụng phụ của thuốc, cách xử trí khi có các triệu chứng. Công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm.

LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh an tâm điều trị, người bệnh biết cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo.
- Người bệnh an tâm khi truyền hoá chất trị liệu.
- Người bệnh biết cách theo dõi các dấu hiệu bất thường và biết nơi để tái khám hay nhập viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ



Trả lời đúng, sai các câu hỏi sau bằng cách đánh dấu X vào ô thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Hậu môn nhân tạo sau mổ ung thư trực tràng là vĩnh viễn.		
4	Cần thực hiện hoá trị liệu cho người bệnh sau mổ ung thư đại tràng.		
5	Nguy cơ chính sau mổ ung thư đại trực tràng là di căn.		
6	Điều dưỡng cần đo vòng bụng người bệnh thường xuyên để theo dõi tình trạng khó thở do chướng bụng.		
7	Sau mổ ung thư trực tràng cần tránh thức ăn nhiều xơ.		
8	Người bệnh sau mổ ung thư đại tràng cần phải lưu ống thông tiểu 1 tuần do người bệnh không thể tự tiểu được.		
9	Dẫn lưu vùng tăng sinh môn cần ngâm rửa mỗi ngày.		
10	Hầu hết các ung thư trực tràng đều có hậu môn nhân tạo.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sally Brozenac. *Nursing Care of Patients with Disorders of the Lower Gastrointestinal System*, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., W.B. Saunders company (1998): 1100–1107.
2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck. *Nursing role in Management Problems of Absorption and Elimination*, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992: 1242–1249.
3. Debra C. Broadwell. *Gastrointestinal System*, in Mosby's Manual of clinical nursing, 2nd ed., Mosby Company (1986): 813–830.
4. Suzanne C. Smeltzer, Brenda G, Bare, *Management of patients with intestinal and rectal disorders*, Bruner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing 7th ed, J.P Lippincott Company 1988: 948–949.
5. Võ Tấn Long. *Ung thư trực tràng, Ung thư đại tràng*, trong Bệnh học ngoại khoa tiêu hoá, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (2003), trang 207–215.
6. Võ Tấn Long. *Điều trị ngoại khoa ung thư đại trực tràng, điều trị ngoại khoa tiêu hoá*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (2004), trang 139.

ĐÁP ÁN

BÀI 1. VAI TRÒ NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

Câu 1:

- A. Giúp chẩn đoán bệnh chính xác.
- B. Điều trị triệt để.
- C. Điều trị tạm thời.
- D. Tái tạo chỉnh hình.
- E. Ghép cơ quan.

Câu 2:

- A. Gây mê – hồi sức.
- B. Truyền máu.
- C. Vô trùng.
- D. Kháng sinh.

Câu 3: vẽ hình

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Sai

BÀI 2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHOÁNG CHẤN THƯƠNG

Câu 1:

- A. Choáng giảm thể tích.
- B. Choáng tim.
- C. Choáng thần kinh.
- D. Choáng vận mạch.

Câu 2:

- A. Người bệnh tri giác trở về bình thường
- B. Người bệnh không còn dấu hiệu mất nước và điện giải
- C. Dấu chứng sinh tồn trở về bình thường

Câu 3: Đúng

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Sai

BÀI 3. NHIỄM TRÙNG NGOẠI KHOA VÀ CHĂM SÓC

Câu 1:

- A. Thời kỳ nung bệnh.
- B. Thời kỳ khởi đầu.
- C. Thời kỳ toàn phát.
- D. Thời kỳ diễn biến và kết thúc.

Câu 2:

- A. Giai đoạn đầu.
- B. Giai đoạn có mũ.
- C. Giai đoạn rò mũ.

Câu 3:

- A. Giai đoạn lan tỏa

B. Giai đoạn tạo mủ

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 4. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

Câu 1:

A. Lành nguyên phát

B. Lành thứ phát

C. Lành do quá trình lành thứ 3

Câu 2:

A. Thời kỳ viêm

B. Thời kỳ tăng sinh

C. Thời kỳ trưởng thành

Câu 3:

A. Loại bỏ dị vật – mô giập

B. Mở rộng vết thương dẫn lưu tốt

C. Giúp vết thương mau lành

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG – GHÉP DA

Câu 1:

Đầu mặt cổ: 9%

Thân trước: Ngực: 9%,

Vùng sinh dục ngoài: 1%,

Bụng: 9%

Thân sau: Lưng: 9%,

Mông: 9%,

Chi trên: 9%*2

Chi dưới: Mặt trước: 9%*2,

Mặt sau: 9%*2

Câu 2:

A. Giai đoạn cấp cứu

B. Giai đoạn cấp tính

C. Giai đoạn phục hồi

Câu 3: Sai

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỒ

Câu 1:

A. Mạch

B. Huyết áp

C. Chảy máu

D. Nghe tim

Câu 2:

A. Nghe phổi

B. Tàn số số lần thở

C. Dấu hiệu thiếu oxy

D. Kiểu thở

Câu 3:

- A. Phù
- B. Cân nặng
- C. Nước tiểu
- D. Huyết áp

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Câu 1:

- A. Chăm sóc người bệnh đến khi hết thuốc mê
- B. Dấu chứng sinh tồn ổn định
- C. Người bệnh không còn chảy máu
- D. Người bệnh định hướng được

Câu 2:

- A. Thời gian di chuyển ngắn nhất
- B. Hô hấp, tuần hoàn
- C. Vết mổ vừa mới khâu còn căng
- D. Tránh ẩm ướt và lạnh
- E. An toàn trong di chuyển
- F. Tránh người bệnh đè lên ống dẫn lưu, sút ống dẫn lưu

Câu 3:

- A. Máu
- B. Da
- C. Hô hấp
- D. Tiết niệu – sinh dục

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ THUỘC HỆ TIÊU HOÁ

Câu 1: E

Câu 2: B

Câu 3: A

Câu 4:

Câu 5:

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ THOÁT VỊ BỤNG

(Inguinal hernia)

Câu 1:

- A. Tránh cho người bệnh ho hay bón
- B. Ngày thứ 2 cho người bệnh ngồi dậy
- C. Đối với người bệnh có thành bụng yếu hay người già thì chú ý việc vận động đi lại trễ hơn. Ngày thứ 3 có thể cho người bệnh đi lại quanh giường
- D. Tránh đi xe đạp trong 2 tuần đầu sau mổ
- E. Tránh làm việc nặng trong 2–3 tháng sau mổ

Câu 2:

- A. Vết mổ khô không thay băng sau 5–7 ngày cắt chỉ
- B. Theo dõi nhiệt độ, đau vết mổ

Câu 3:

- A. Theo dõi dấu chứng sinh tồn trong những giờ đầu
- B. Theo dõi chảy máu sau mổ: qua vết mổ, mạch, huyết áp
- C. Theo dõi Hct
- D. Theo dõi đau bụng

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ TRĨ

Câu 1:

- A. Người bệnh đi cầu ngay, nhanh, không ngồi lâu, không cố gắng
- B. Duy trì đủ nước trong ngày
- C. Khuyến khích người bệnh vận động, thể dục
- D. Cho người bệnh thuốc trước khi đi cầu, có thể ngay sau mổ vì người bệnh có thể sợ đau
- E. Theo dõi người bệnh xem có đau khi đi cầu

Câu 2:

- A. Thực hiện thuốc giảm đau
- B. Tư thế thích hợp giúp giảm đau
- C. Tái khám khi có dấu hiệu đau tăng lên

Câu 3: Sai

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỎI MẬT

Câu 1: D

Câu 2: B

Câu 3: Đúng

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM RUỘT THỪA

Câu 1:

- A. Fowler
- B. 6–8
- C. 7

Câu 2:

- A. Người bệnh không kiêng ăn
- B. Vận động tránh nguy cơ tắc ruột
- C. Cắt chỉ tại địa phương

Câu 3:

- A. Sưng
- B. Nóng
- C. Đỏ

D. Đau

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu : Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ DẠ DÀY

Câu 1:

- A. Hút dịch dạ dày để hạn chế bớt phần dịch trong dạ dày trào ra không tràn vào khoang phúc mạc
- B. Theo dõi xuất huyết dạ dày
- C. Giảm chướng bụng
- D. Thuận lợi trong mổ

Câu 2:

- A. Đúng thuốc
- B. Đúng liều
- C. Đúng thời gian
- D. Đúng giờ

Câu 3: Sai

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM TỤY CẤP

Câu 1: B

Câu 2: B

Câu 3: Sai

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 22. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ VIÊM PHÚC MẠC

Câu 1:

- A. Giảm căng chướng bụng
- B. Giảm đau
- C. Giảm nôn ói
- D. Thuận lợi cho giải phẫu

Câu 2:

- A. Viêm phúc mạc tái phát
- B. Absces tồn lưu
- C. Tắc ruột

Câu 3:

- A. Tư thế Fowler
- B. Thông đường thở
- C. Hướng dẫn cách thở

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ TẮC RUỘT

Câu 1:

- A. Theo dõi cơn đau: thời gian, khoảng cách giữa 2 cơn đau
- B. Giúp người bệnh tìm tư thế giảm đau

- C. Tránh cử động đột ngột, hạn chế thăm khám
- D. Theo dõi diễn tiến cơn đau
- E. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

Câu 2:

- A. Ống thông dạ dày: hút liên tục để giúp bớt căng chướng dạ dày.
- B. Đánh giá tình trạng bụng để phát hiện dấu hiệu sớm của tắc ruột tái phát.
- C. Theo dõi tình trạng hậu môn nhân tạo: phân, niêm mạc, chân da.
- D. Theo dõi dấu hiệu thiếu oxy, khó thở.
- E. Tư thế nằm đầu cao, nghiêng về hậu môn nhân tạo.

Câu 3:

- A. Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy đi lại sớm, đi bộ, tập dưỡng sinh khi xuất viện.
- B. Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà, tái khám.
- C. Phát hiện sớm tình trạng tắc ruột tái phát.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 24. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ UNG THƯ GAN

Câu 1:

- A. Gan xơ
- B. Siêu vi trùng: viêm gan siêu vi B
- C. Rượu, thuốc lá
- D. Các chất độc trong thức ăn như: Aflatoxine là men sinh ra từ nấm *Aspergillus flavus* trong mốc một số đồ thức ăn thực vật như đậu phộng, mè, gạo.
- E. Chất độc hoá học: chất màu da cam, phân huỷ chất này tạo ra dioxine.

Câu 2:

- A. Hoá trị liệu
- B. Xạ trị

Câu 3: Sai

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 25. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI – TRỰC TRÀNG

Câu 1:

- A. Chảy máu trực tràng
- B. Hội chứng trực tràng
- C. Đau

Câu 2:

- A. Chế độ ăn nhiều chất mỡ
- B. Những thương tổn tiền ung thư
- C. Những đơn polyp đặc biệt là bướu tuyến nhánh hoặc đa polyp có tính gia đình.
- D. Bệnh viêm nhiễm: viêm loét trực tràng xuất huyết.
- E. Bệnh Crohn

Câu 3: Sai

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Sai

Chịu trách nhiệm xuất bản :

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Chịu trách nhiệm nội dung :

Chủ tịch HĐQT kiêm Giám đốc Công ty CP Sách ĐH–DN TRẦN NHẬT TÂN

Biên tập nội dung và sửa bản in :

HOÀNG THỊ QUY

Biên tập mỹ thuật và trình bày bìa :

ĐINH XUÂN DŨNG

Thiết kế sách và chế bản :

TRỊNH THỰC KIM DUNG

