

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 2

(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

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

283 – 2008/CXB/22 – 635/GD

Mã số: 7K778Y8 – DAI

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 2 được biên soạn dựa vào chương trình giáo dục của Trường Đại học Y Dược thành phố 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 2 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 cuốn 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.

Ở nước ta, điều dưỡng vẫn được xem là một ngành phụ thuộc vào ngành bác sĩ, có rất ít sách chuyên ngành, nhất là sách 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 nâng cao chất lượng đào tạo. Vì vậy, chúng tôi viết cuốn sách **Điều dưỡng ngoại** này để đáp ứng nhu cầu giảng dạy Cử nhân Điều dưỡng.

Cuốn sách này được hình thành dựa theo chương trình Điều dưỡng Ngoại của Bộ Y tế, theo Quyết định số 12/2001/QĐ-BGD&ĐT ngày 26-04-2001. Sách được viết trên cơ sở kinh nghiệm giảng dạy lâm sàng và cập nhật dần qua tham khảo các tài liệu trong nước, các 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 hình ảnh minh hoạ giúp học viên dễ nắm bắt các kiến thức cần thiết.

Sách gồm có 7 chương, 51 bài giảng, gồm: 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 đều có phần câu hỏi lượng giá giúp học viên hệ thống hoá các kiến thức của mình.

Với mục đích đào tạo Cử nhân 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. Vì đây là lần xuất bản đầu tiên nên khó tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong độc giả đóng góp ý kiến để cho các lần tái bản sau cuốn sách sẽ hoàn thiện hơn.

Xin chân thành cảm ơn.

PGS. TS. BS. NGUYỄN TẤN CƯỜNG

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại – Đại học Y Dược thành phố HCM

Chương 3. LỒNG NGỰC

Bài 26

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ NGỰC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu lồng ngực.
2. Mô tả sơ lược về sinh lý tim mạch và hô hấp.
3. Trình bày được các chỉ định của phẫu thuật lồng ngực.
4. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ ngực.
5. Chăm sóc được người bệnh sau mổ ngực.

I. BỆNH HỌC

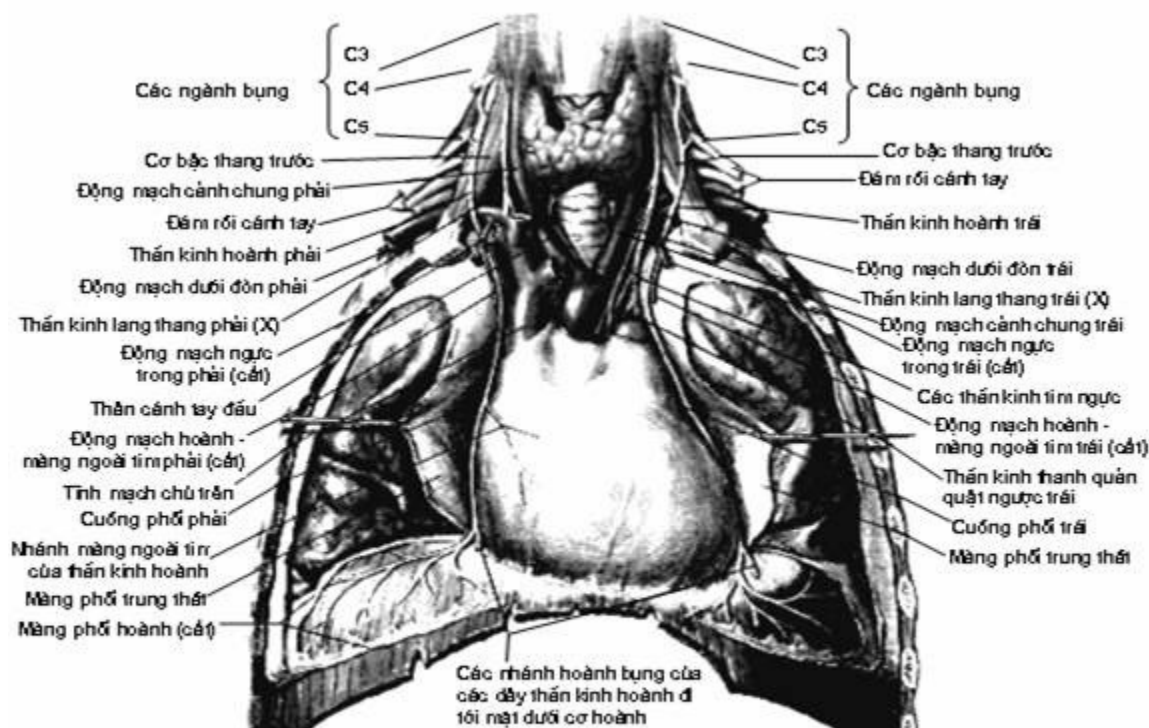
1. GIẢI PHẪU LỒNG NGỰC

Ngực được tạo bởi khung xương và sụn gồm 12 đốt sống ngực, xương ức, xương sườn và sụn sườn. Khung sườn hình nón cụt có hai lỗ, lỗ dưới được cơ hoành bít lại, cơ hoành chính là nơi phân chia ổ bụng với lồng ngực.

Xương ức: là xương dẹt nằm tại thành trước ngực gồm cán ức, thân ức và mỏm mũi kiếm. Mỗi bờ bên có 7 khuyết sườn để khớp với 7 sụn sườn.

Xương sườn: gồm 12 đôi xương sườn, xương sườn dài, dẹt, cong ở hai bên lồng ngực. Xương sườn 1 rộng và ngắn nhất, mặt trên có tĩnh mạch dưới đòn ở phía trước và rãnh động mạch dưới đòn ở phía sau, mặt dưới không có rãnh sườn. Xương sườn 11 và 12, đầu sườn chỉ có 1 mặt khớp, không có cổ sườn, củ sườn và góc sườn. Xương sườn 12 không có rãnh sườn và ngắn hơn xương sườn 11.

Sụn sườn: sụn sườn nối thân sườn với xương ức ở khuyết sườn. Bảy sụn sườn trên bám vào xương ức. Ba sụn sườn dưới 8, 9, 10 thì bám vào xương ức qua sụn sườn. Sụn sườn 11, 12 không có sụn lơ lửng.



Hình 26.1. Sơ đồ các tạng trong lồng ngực

(Nguồn: Netter, Atlas giải phẫu người, NXB Y học, năm 1994, trang 200)

2. CHỨC NĂNG SINH LÝ HÔ HẤP

Hô hấp là đem oxy từ khí trời vào tế bào và đem CO_2 của tế bào ra khí trời, gồm 4 giai đoạn:

- Sự thông khí ở phổi: trao đổi khí giữa phế nang và khí trời gọi là hô hấp ngoại;
- Khuếch tán oxy và CO_2 giữa khí phế nang và máu;
- Sự chuyên chở oxy và CO_2 trong máu, dịch cơ thể để đến và rời khỏi cơ thể;
- Sự trao đổi oxy giữa dịch cơ thể và tế bào gọi là hô hấp nội.

Mục đích cuối cùng của hô hấp là dùng oxy hấp thu được để đốt các thực phẩm trong tế bào lấy năng lượng và khí CO_2 sinh ra trong quá trình này sẽ được thải ra ngoài.

Tác dụng của cơ hô hấp:

Cơ hô hấp thay đổi thể tích lồng ngực bằng 3 cách:

Tăng đường kính trước sau bằng cách nâng xương sườn và xương ức.

Tăng đường kính trên dưới do cơ hoành kéo xuống dưới.

Tăng đường kính ngang.

Động tác hít vào

Cơ hoành là cơ hô hấp chính làm thay đổi 75% thể tích lồng ngực, các dây thần kinh vận động là C3 và C5. Cứ 1 cm di chuyển của cơ hoành làm tăng thể tích lồng ngực lên 200cm^3 .

Cơ liên sườn ngoài là cơ hít vào quan trọng.

Cơ hô hấp phụ hay gắng sức: ức đòn chũm, cơ răng trước, cánh mũi, cơ má, cơ lưỡi.

Động tác thở ra: là động tác thụ động, các cơ gắng sức gồm cơ liên sườn trong và cơ thành bụng trước.

Áp suất âm trong màng phổi

Sau khi hít vào bình thường: áp suất âm là -6mmHg .

Sau khi thở ra bình thường: áp suất âm là $-2,5\text{mmHg}$.

Sau khi hít vào hết sức: áp suất âm màng phổi là -30mmHg .

Sau khi thở ra hết sức: áp suất âm màng phổi là -5mmHg hay $= 0$.

Áp suất âm có tác dụng giúp lá tạng bám sát vào lá thành, giúp máu về tim, trao đổi khí tốt.

Sự chuyên chở oxy và CO_2 : máu đỏ chuyên chở oxy cho mô và lấy CO_2 về phế nang. Hemoglobine làm tăng khả năng chuyên chở oxy lên đến 70 lần. Những yếu tố ảnh hưởng lên ái lực Hb và oxy là nhiệt độ tăng, pH giảm; chất 2,3 Diphosphoglycerate có nhiều trong hồng cầu, chất này làm tăng sự nhả oxy từ Hb (hồng cầu tăng khi lên vùng cao, khi hoạt động), giảm đối với máu dự trữ ở ngân hàng. Ngộ độc CO gây chết người do CO gắn ở những điểm gắn của oxy.

Bảng 26.1. Bảng nhận định dấu hiệu thiếu oxy

<i>Hô hấp:</i>	+ Giai đoạn sớm: người bệnh thở nhanh . + Giai đoạn trễ: thở khó có cổ gồng, thở khó khi nghỉ ngơi, sử dụng cơ phụ, ngừng thở.
<i>Tuần hoàn:</i>	+ Giai đoạn sớm: mạch nhanh, huyết áp tăng trung bình, rối loạn nhịp tim. + Giai đoạn trễ: huyết áp giảm, da tím tái, lạnh, ẩm.
<i>Thần kinh:</i>	+ Giai đoạn sớm: hoảng sợ, kích động, bứt rứt. + Giai đoạn trễ: lơ mơ, kích động dữ dội, mê.
<i>Dấu hiệu khác:</i>	toát mồ hôi, nước tiểu giảm, mệt.

3. CHỨC NĂNG SINH LÝ TIM MẠCH

3.1. Điều hoà hoạt động của tim

Hệ tuần hoàn gồm có tim và hệ thống mạch máu là một hệ thống vận tải cung cấp các chất dinh dưỡng, oxy đến mô; phân phối các hormone đến các cơ quan tiếp nhận, đem CO_2 và các chất cần đào thải chuyển hoá đến thận. Sự tuần hoàn được điều chỉnh bởi nhiều yếu tố nhằm ổn định lượng máu tại mao mạch để thích hợp với từng bộ phận của cơ thể đặc biệt là tim và não.

3.2. Hệ thần kinh thực vật

Kích thích hệ phó giao cảm làm giảm sức co thất tim, giảm trương lực cơ tim, tim giãn to và mềm hơn, giảm vận tốc truyền trong tim, P-Q trên ECG kéo dài. Kích thích hệ giao cảm thì có tác dụng ngược lại.

3.3. Cơ chế phản xạ

Phản xạ áp cảm thụ quan làm tim đập chậm, huyết áp giảm. Phản xạ tim khi máu về tim nhiều làm tăng nhịp tim, thất trái bị căng gây giảm huyết áp và nhịp tim. Phản xạ Gollzt đấm mạnh vào vùng thượng vị hoặc co kéo các tạng ở bụng khi giải phẫu có thể làm ngưng tim.

3.4. Ảnh hưởng của vỏ não

Lo lắng, kích thích làm tim đập nhanh. Sợ hãi và đau khổ làm tim đập chậm.

3.5. Ảnh hưởng của các hormone

Hormone tuyến giáp làm tim đập nhanh, tăng sức co thất và làm tăng sự tiêu thụ oxy của cơ tim.

3.6. Ảnh hưởng của khí hô hấp trong máu

PCO_2 tăng và giảm đưa đến tăng nhịp tim nhưng nếu PO_2 quá thấp sẽ dẫn đến tình trạng cơ tim thiếu chất dinh dưỡng, cơ tim có thể ngừng đập. Nhưng nếu PO_2 máu tăng và PCO_2 giảm thì tim đập chậm.

3.7. Ảnh hưởng của nồng độ ion trong máu

Ion Na^+ giảm phức hợp điện tim có điện thế thấp. Ion K^+ cao gây liệt nhĩ, phức hợp QRS kéo dài gây loạn nhịp, tim có thể ngưng đập ở thì tâm trương. Ion Ca^{2+} tăng làm tăng co thắt cơ tim, tim giãn kém lúc tâm trương và ngưng đập lúc tâm thu, tăng ngộ độc của thuốc Digitaline, nhưng tăng K^+ thì ngược lại.

Ngoài ra khi nhiệt độ tăng, vận động làm tăng nhịp tim, và hít vào cũng làm tăng nhịp tim.

4. CHỈ ĐỊNH CỦA PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC

Phẫu thuật các bệnh về phổi: ung thư phổi, u phổi, lấy dị vật trong nhu mô phổi, dẫn lưu áp-xe phổi.

Bệnh về màng phổi: mũ màng phổi, tràn dịch hay tràn máu màng phổi.

Bệnh về tim: bệnh van tim, bệnh dày dính màng tim, ghép tim, thoát vị cơ hoành...

Chấn thương: chấn thương ngực, tràn máu màng phổi, vỡ trung thất, thủng phổi do đạn bắn...

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Hỏi

Dấu hiệu và triệu chứng của ho khạc, ho ra máu, đau ngực, khó thở.

Tiền sử hút thuốc lá, thời gian đã hút, số lượng thuốc hút trong ngày. Thường người bệnh không khai thật, điều dưỡng cần phải quan sát rằng người bệnh thường đóng viên đen hay màu vàng của khói thuốc, môi thâm, quan sát ngón tay 2, 3 của người bệnh thấy vàng và xạm.

Bệnh lý kèm theo: bệnh lý về tim, bệnh lý về phổi, tiểu đường.

Thuốc người bệnh đang sử dụng như: trong bệnh tim người bệnh thường uống Digitalin, Aspirine trong đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim; huyết áp, dùng thuốc huyết áp; người bệnh suyễn thường dùng Corticoid kéo dài, thuốc suyễn.

1.2. Khám

Đo tần số thở, người bệnh khó thở kiểu nào, đánh giá kiểu thở. Điều dưỡng nhận định huyết áp, các vấn đề về mạch như mạch nhanh hay chậm, rối loạn nhịp tim, diễn tả nhịp mạch bất thường. Tình trạng tim phổi người bệnh với mức độ đáp ứng khi nghỉ ngơi, khi sinh hoạt.

Nghe: nghe phổi để nhận định cường độ tiếng thở ở những vùng khác nhau, nghe tiếng tim để phát hiện các dấu hiệu bất thường.

Nhìn: tổng trạng người bệnh, dáng đi mệt mỏi, da niêm, sự cân đối của lồng ngực, kiểu thở, co kéo liên sườn, ngực hình thùng...

Sờ: đánh giá âm thở, rung thanh, rung miêu, nhịp đập mỏm tim.

Gõ: đánh giá tiếng gõ bất thường (vang hay đục).

Đánh giá chức năng hô hấp tim mạch trước mổ: dấu hiệu khó thở, tình trạng thiếu oxy, rối loạn vận mạch, người bệnh mệt.

Thực hiện đo phế dung kế, X quang tim phổi, điện tâm đồ, siêu âm tim, đo khí máu động mạch. Xét nghiệm cơ bản máu, ion đồ (chú ý Kali), CO_2 , nhóm máu.

Tuổi, tổng trạng chung, dấu chứng sinh tồn, phù, nước xuất nhập.

2. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

2.1. Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh

Cần giải thích cho người bệnh an tâm, tin tưởng vào thầy thuốc vì phẫu thuật ngực thường là phẫu thuật lớn nên người bệnh dễ lo lắng. Tránh làm cho người bệnh choáng do lo sợ trước mổ. Hỗ trợ tinh thần người bệnh như cung cấp cho người bệnh thông tin về ca mổ, cho người bệnh tiếp xúc với những người bệnh đã phẫu thuật thành công.

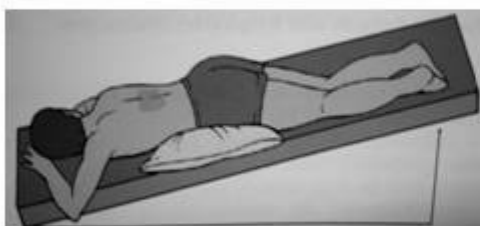
2.2. Chuẩn bị người bệnh

Cho người bệnh ngưng thuốc lá trong vòng 1 tuần trước mổ. Hướng dẫn người bệnh cách thở sâu, tập thở giúp tăng cường chức năng trao đổi khí ở phổi. Tránh cho người bệnh ở vùng khói bụi, tránh cho người bệnh tiếp xúc với những người bệnh bị cúm, bệnh nhiễm trùng hô hấp, khám và phát hiện các bệnh nhiễm trùng và thực hiện các y lệnh điều trị dứt điểm cho người bệnh.

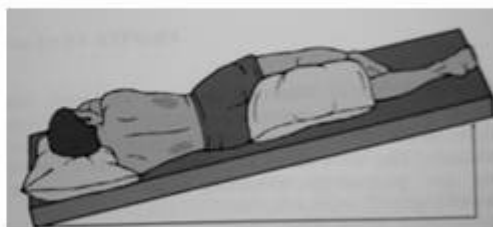
Đồng thời giúp người bệnh có sự hiểu biết và tham gia tự tập thở trong thời gian hậu phẫu (*hình 26.2*) giúp giảm biến chứng sau mổ. Với người bệnh có tình trạng viêm nhiễm ở phổi, điều dưỡng làm sạch đường thở bằng cách hút đờm nhớt, chăm sóc răng miệng sạch sẽ, dẫn lưu tư thế (*hình 26.3*), phụ giúp bác sĩ soi hút phế quản, tránh cho người bệnh tiếp xúc với vùng có môi trường có ô nhiễm bụi. Để làm giảm quá trình viêm, điều dưỡng thực hiện y lệnh kháng sinh theo kháng sinh đồ. Với tổng trạng, cung cấp vitamin, đạm... qua các đường ăn, truyền dịch. Thực hiện y lệnh điều trị dứt điểm các nhiễm trùng khác.



Hình 26.2. Hướng dẫn người bệnh cách thở qua dụng cụ trước và sau mổ



a) Dẫn lưu bờ sau của thùy phổi dưới



b) Dẫn lưu bờ bên của thùy phổi dưới



c) Dẫn lưu bờ trước của thùy phổi dưới



d) Dẫn lưu bờ trên của thùy phổi dưới





i) Dẫn lưu bờ sau của thùy phổi trên

Hình 26.3. Dẫn lưu tư thế từ hình a → i

Đối với người bệnh mô van tim bắt buộc phải thực hiện y lệnh kháng sinh trước mổ. Với người bệnh đang điều trị thuốc tim mạch hay thuốc hô hấp, điều dưỡng cần báo cáo và ghi hồ sơ đầy đủ tên thuốc, liều lượng người bệnh đang sử dụng, thời gian dùng thuốc, cần thông báo ngay cho người bệnh khi có y lệnh ngưng thuốc trước khi phẫu thuật.

2.3. Chuẩn bị người bệnh một ngày trước mổ

Điều dưỡng sửa soạn vùng da mổ: người bệnh tắm rửa sạch sẽ, nên tắm với dung dịch sát trùng pha loãng... Điều dưỡng hướng dẫn cách tắm cho người bệnh. Cạo lông ở nách, ngực vào buổi sáng trước mổ. Sáng ngày trước mổ, người bệnh ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu. Chiều tối ngày trước mổ và sáng hôm mổ nhịn ăn hoàn toàn. Thụt tháo và thực hiện tiêm thuốc an thần đêm trước mổ, ngưng các thuốc điều trị dài hạn theo y lệnh. Thực hiện công tác tư tưởng giúp người bệnh an tâm vì tâm lý lo lắng cũng ảnh hưởng đến tình trạng tim mạch. Người bệnh do lo sợ đôi khi dẫn đến cao huyết áp hay ngất, điều dưỡng theo dõi dấu chứng sinh tồn, cho người bệnh gặp gỡ người nhà. Thực hiện thuốc trước mổ theo y lệnh.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Trao đổi khí giảm do tổn thương tim, phổi

Tăng cường trao đổi khí:

Hướng dẫn người bệnh tránh tiếp xúc với các chất kích thích phế quản như: cầm hút thuốc 1 tuần trước mổ, tránh đi đến vùng có khói bụi, mùi bị dị ứng. Nên cho người bệnh ở trong vùng có không khí trong lành, thoáng sạch. Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, tập thở giúp tăng cường thông khí tại phổi và hướng dẫn người bệnh tự tham gia hít thở trong thời kỳ hậu phẫu (hình 26.2). Điều dưỡng thực hiện hướng dẫn cách dẫn lưu tư thế cho người bệnh giúp dẫn lưu lồng ngực thoát dịch dễ dàng (hình 26.3). Uống nhiều nước giúp loãng đờm và ẩm giúp tiết dịch dễ dàng. Thực hiện thuốc giãn phế quản. Khuyến khích người bệnh đo phế dung ký.

3.2. Đường thở không thông do tắc nghẽn

Tăng cường thanh thải đường thở:

Làm sạch đường thở bằng cách hướng dẫn tư thế dẫn lưu (hình 26.3), hút đờm nhớt nếu người bệnh không thể ho, khạc. Hướng dẫn người bệnh thở sâu, ho khạc. Điều dưỡng cho người bệnh thở oxy ẩm, nghe 2 bên phổi, thăm khám ngực giúp so sánh, đánh giá người bệnh trước mổ và sau mổ. Theo dõi số lượng đờm, màu sắc, tính chất đờm. Thực hiện kháng sinh theo y lệnh. Giữ ấm người bệnh tránh người bệnh bị cảm lạnh trước mổ. Hướng dẫn người bệnh tránh tiếp xúc với người đang nhiễm bệnh đường hô hấp, tránh hít thở không khí ô nhiễm, bụi bẩn.

3.3. Lo lắng về phương pháp mổ và tự chăm sóc sau mổ

Am hiểu về phương pháp mổ và kỹ thuật tự chăm sóc:

Thông tin cho người bệnh hiểu về vết mổ như vết mổ dọc theo xương sườn bên, xương sườn sau bên, đường mổ qua mỏm trung thất thường có nguy cơ nhiễm trùng cao, hệ thống dẫn lưu ở ngực, phương pháp mổ (mổ hở hay mổ nội soi), tình trạng đau sau mổ, nội khí quản, thở máy.

Hướng dẫn người bệnh cách ho, thở sâu, thực hiện các kỹ thuật giảm đau. Giảm lo âu, lắng nghe ý kiến của người bệnh. Thực hiện công tác tư tưởng giúp người bệnh có niềm tin vào nhóm phẫu thuật, nhóm hồi sức. Cho người bệnh gặp gỡ những người bệnh phẫu thuật thành công, cho người bệnh gặp gỡ người nhà.

LƯỢNG GIÁ

Điều dưỡng lượng giá người bệnh về tâm lý là an tâm trước mổ. Người bệnh thực hành được các kỹ thuật tự chăm sóc như: kỹ thuật ho, thở sâu, hợp tác với điều dưỡng cách chăm sóc sau mổ.



Hình 26.4. Vết mổ



Hình 26.5. Người bệnh sau mổ

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ HỆ HÔ HẤP

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tổng trạng người bệnh: cân nặng, chỉ số BMI.

Tình trạng tri giác: đánh giá theo bảng điểm Glasgow, nên theo dõi sát trong những giờ đầu sau mổ.

Hô hấp: điều dưỡng thăm định tần số thở, kiểu thở, âm thở là vấn đề chủ yếu xác định sự thông khí. Nghe phổi, đánh giá âm phổi. Theo dõi tình trạng thiếu oxy của người bệnh. Mức độ di động lồng ngực khi tham gia nhịp thở. Chỉ số khí máu động mạch. Nếu người bệnh thở máy cần có theo dõi hệ thống máy thở, theo dõi tác dụng nội khí quản hay mở khí quản.

Tim mạch: theo dõi sát huyết áp, mạch, đo điện tim giúp đánh giá những bất thường của hệ tim mạch. Lưu ý, nên cài hệ thống báo động trên monitor giúp theo dõi thường xuyên người bệnh. Tình trạng nước xuất nhập mỗi giờ, dấu hiệu mất nước, áp lực tĩnh mạch trung ương, nước tiểu mỗi giờ.

Tình trạng da: độ ẩm da, màu sắc da xanh tái, dấu hiệu đàn hồi mao mạch nhanh hay chậm. Dấu hiệu đàn hồi mao mạch: dùng tay ấn vào đầu móng tay của người bệnh và buông ra ngay. Điều dưỡng quan sát thời gian dấu hiệu chuyển màu từ màu xanh nhạt sang màu hồng thường không quá 3 giây là bình thường, nếu chậm hơn thường là dấu hiệu thiếu oxy hay mất máu.

Hệ thống dẫn lưu màng phổi: số lượng, màu sắc, tính chất của dịch dẫn lưu. Áp lực hút, hoạt động của hệ thống.

Đau: mức độ đau ngực, vị trí đau, tính chất đau như dao đâm, đau nhói hay đau khi thở...

Vết mổ: tình trạng thâm dịch, mức độ đau vết mổ, kích thước vết mổ.

Theo dõi những bất thường của hệ thống dẫn lưu: sỏi bọt liên tục hay ngắt quãng. Dấu hiệu mực nước lên xuống theo nhịp thở để đánh giá sự thông của hệ thống dẫn lưu.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đường thở không thông liên quan đến không dám ho, sợ đau

Hướng dẫn người bệnh kỹ thuật ho và hít thở sâu ngăn ngừa xẹp nhu mô phổi và thải chất tiết dễ dàng giúp đường thở thông tốt. Người bệnh sẽ được hỗ trợ thở sâu 10 lần/giờ. Khi thở sâu 4 – 6 lần thì hướng dẫn người bệnh ho sâu từ phổi ra cổ họng như sau: cho người bệnh ôm gối vào ngực trên vết thương để nâng đỡ cơ và giúp người bệnh ho và thở sâu có hiệu lực để gia tăng thông khí, đỡ đau. Hướng dẫn người bệnh thở qua dụng cụ (hình 26.2). Thực hiện thuốc giảm đau thường xuyên vì người bệnh rất đau khi ho, khi thở sâu, khi di chuyển. Chính vì đau nên người bệnh không dám thở. Người bệnh nằm ở tư thế Fowler sẽ gia tăng thể tích lồng ngực giúp người bệnh dễ thở hơn. Nên thay đổi tư thế 2 giờ/1 lần để phổi giãn nở đủ và gia tăng tưới máu ở 2 phổi, giúp tim tổng máu dễ dàng.

Nghe phổi trước và sau khi thở sâu, ho để đánh giá sự thông khí. Để dẫn lưu đờm nhớt tốt điều dưỡng nên thực hiện dẫn lưu tư thế, vỗ lưng để long đờm. Quan sát đờm và chất tiết về màu sắc, tính chất. Thực hiện y lệnh truyền đủ nước cho người bệnh, tránh tình trạng mất nước. Phát hiện sớm nhiễm trùng phổi như người bệnh ho nhiều hơn, có đờm, sốt, đau ngực, nghe phổi có rale nổ. Người bệnh đau và lo lắng nên điều dưỡng cần ở bên người bệnh giúp họ an tâm, cung cấp thông tin phản hồi để giảm bớt những lo lắng của người bệnh.

Bảng 26.2. Chuẩn bị người bệnh đặt nội khí quản

Trước đặt:

Nhận định tình trạng người bệnh: tri giác, khó thở, choáng, mức độ khó thở, mức độ kích thích.

Kiểm tra dụng cụ đặt nội khí quản.

Chuẩn bị người bệnh:

Báo và giải thích nếu người bệnh tỉnh.

Lấy răng giả.

Cố định người bệnh, đặt người bệnh ở tư thế cổ ngửa hoàn toàn. Thực hiện thuốc an thần và giãn cơ nếu ở phòng mổ.

Nếu ở khoa hồi sức nên dùng thuốc xit gây tê. Nếu người bệnh vật vã nên thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

Chuẩn bị oxy, bóp bóng, máy hút đờm.

Sau đặt:

Điều dưỡng nghe phổi 2 bên để kiểm tra vị trí nội khí quản có đúng không.

Nhận định dấu hiệu khó thở.

Thở oxy theo y lệnh.

Kiểm tra bóng chèn.

Hút đờm nhớt.

Chăm sóc răng miệng.

Trong thời gian lưu ống nội khí quản, điều dưỡng cần thay đổi vị trí cố định nơi miệng tránh hoại tử do chèn ép.

Nên cố định tay người bệnh nếu hôn mê, kích thích phòng ngừa người bệnh rút ống.

Quan sát sự cân đối lồng ngực, di động lồng ngực.

Thực hiện kiểm tra X quang nếu có y lệnh.

2.2. Suy giảm khả năng trao đổi khí do dẫn lưu màng phổi chưa hiệu quả

Bảo đảm hệ thống dẫn lưu màng phổi thông, vô trùng và 1 chiều. Theo dõi chảy máu trong bình chứa dịch. Nếu như dẫn lưu ra máu nhiều hơn 100ml/giờ, điều dưỡng cần báo ngay cho bác sĩ. Thực hiện theo dõi Hct, huyết áp, mạch. Có thể phẫu thuật đặt ống lại, điều dưỡng thực hiện y lệnh truyền máu.

Cung cấp oxy qua mũi hay mask, thăm định người bệnh 1 – 2 giờ/lần để đánh giá đáp ứng trị liệu. Nghe phổi 2 – 3 giờ/lần để đánh giá đường thở của người bệnh. Thực hiện y lệnh thử khí máu động mạch để đánh giá đủ oxy trong máu không. Theo dõi X quang phổi.

Theo dõi biến chứng tràn khí màng phổi hay tràn máu màng phổi: thở ngắn, nhanh nông, khó thở, ho, thiếu oxy.

Chăm sóc hệ thống dẫn lưu màng phổi: theo dõi hệ thống 15 phút/lần trong 1 giờ đầu, 30 phút/lần trong 3 giờ sau. Nếu tình trạng dẫn lưu có máu ít hơn 100ml/giờ, người bệnh không có dấu hiệu khó thở, không đau ngực, thì điều dưỡng theo dõi 2 giờ/1 lần. Cần hướng dẫn người bệnh cách thở viên bi trong bình, nên cho người bệnh ngồi dậy hay thực hiện tư thế Fowler giúp phổi giãn nở tốt, dẫn lưu thoát dịch dễ dàng, người bệnh dễ chịu. Cần thay bình nếu như dịch trong bình còn khoảng 2/3 bình hay 500ml. Luôn luôn để bình dẫn lưu thấp hơn chân dẫn lưu 60cm. Tuyệt đối không nâng bình lên cao ngang dẫn lưu. Ống dài luôn ngập trong mặt nước 3cm, tránh để bình nghiêng ngã hay bể bình. Trước khi thay bình cần kẹp ống dẫn lưu, luôn theo dõi sự hoạt động của hệ thống dẫn lưu như nước lên xuống theo nhịp thở người bệnh.

2.3. Nguy cơ biến chứng hậu phẫu người bệnh cắt phổi

Điều dưỡng cần theo dõi dịch truyền, nếu truyền quá nhiều và quá nhanh có thể làm người bệnh bị phù phổi cấp. Do ảnh hưởng thuốc mê và bất động sau mổ có nguy cơ biến chứng như xẹp phổi, sưng phổi, viêm tĩnh mạch, huyết khối. Điều dưỡng cần xoay trở người bệnh thường xuyên để tránh suy giảm hô hấp. Người bệnh cắt phổi, biến chứng hô hấp tăng cao do máu và dịch ứ đọng trong phổi, màng phổi, lồng ngực, điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng hô hấp, dấu hiệu khó thở, thở cố gắng để xử trí kịp thời. Người bệnh do đau vết mổ nên thường nghiêng đầu và vai về phía bên vết mổ nên nguy cơ 1 bên phổi ít hoạt động, dễ bị nhiễm trùng, cột sống cong dẫn đến tư thế xấu và ảnh hưởng đến hô hấp.



Hình 26.6. Tập vật lý trị liệu sau mổ

Cần hướng dẫn người bệnh về tư thế trong 1 hay 2 ngày đầu như khi ngồi nên tựa lưng trên tấm ván cứng, đặt thân hình đồng đều lên 2 mông, 2 vai hơi đưa ra sau và ngang bằng. Tập cử động vai, bàn chân, tập thở, ho, khuyến khích người bệnh đi lại sớm nếu không chống chỉ định. Theo dõi sát hô hấp và tập vật lý trị liệu tốt giúp tư thế người bệnh không biến dạng sau cắt phổi.

IV. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ HỆ TIM MẠCH

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tri giác: mê, lơ mơ, người bệnh tỉnh, người bệnh có bứt rứt, vật vã.

Tim mạch: theo dõi sát mạch, tần số và các dấu hiệu bất thường. Huyết áp nên theo dõi thường xuyên qua monitor. Nghe tim để đánh giá tiếng tim bất thường, nhịp tim. Nên có monitor đo điện tim và các dấu hiệu sống liên tục, luôn cài hệ thống báo động.

Nước xuất nhập: nước xuất như nước tiểu, dẫn lưu, chất nôn ọí, thừa nước, ion đồ... nước nhập như dịch truyền, thức ăn. Theo dõi nước xuất nhập mỗi giờ. Tình trạng mất nước hay thừa nước của người bệnh. Theo dõi hoạt động CVP.

Nhiệt độ: người bệnh lạnh hay sốt.

Màu sắc và nhiệt độ ở da: xem người bệnh có nổi da gà, da tím do thiếu oxy, lạnh hay sốt, dấu hiệu xuất huyết qua da.

Tình trạng phù: mức độ phù, dấu ấn lõm, vị trí phù.

Hô hấp: tình trạng khó thở, dấu hiệu thiếu oxy, người bệnh thở máy. Đánh giá tình trạng nội khí quản.

Hoạt động dẫn lưu màng phổi: số lượng, màu sắc, tính chất.

Vết mổ: đau, thấm dịch, có kèm dẫn lưu trên vết mổ.

Phát hiện sớm các biến chứng như chảy máu, choáng, viêm phổi.

Đánh giá tâm lý người bệnh: mức độ lo sợ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh rối loạn nước và điện giải sau mổ do mất dịch, máu

Dịch truyền và cân bằng điện giải cũng làm thay đổi triệu chứng tim mạch. Dịch truyền ảnh hưởng đến sự tổng máu của tim. Nên duy trì dịch truyền trong 2 – 5 ngày đầu sau mổ giúp đáp ứng lại hậu quả của

stress, giảm thể tích máu và nâng huyết áp. Sự thừa dịch có thể xảy ra khi truyền dịch quá nhanh, khi người bệnh có bệnh mạn tính, người bệnh già. Thiếu dịch liên quan đến truyền dịch chậm hay bù nước không đủ; mất nước trước mổ, trong mổ, sau mổ do ới; chảy máu; dẫn lưu, hút đờm. Tình trạng tim mạch cũng ảnh hưởng đến dòng máu chảy và tưới máu mô. Cần thực hiện cân bằng nước và điện giải một cách chính xác, an toàn theo y lệnh.

Giảm kali có thể do thuốc lợi tiểu, thải kali qua nước tiểu, ống thông dạ dày, nôn ới, khi người bệnh chưa được cung cấp thêm chất kali.

Điều dưỡng ghi chú cẩn thận vào hồ sơ, luôn đánh giá rối loạn điện giải trên lâm sàng và trên kết quả xét nghiệm.



Hình 26.7. Các dẫn lưu và điện cực trên vết mổ

2.2. Người bệnh tắc mạch máu do không vận động sau mổ

Sự hình thành cục máu đông sau mổ do gia tăng sản xuất tiểu cầu và tăng mức lưu hành của glucocorticoid, do không hoạt động, do tư thế người bệnh, sức ép, giảm tưới máu thường xảy ra ở người bệnh béo phì, xơ vữa động mạch, mổ tim.

Nghẽn tĩnh mạch sâu thường có ở người già, béo phì, bất động là nguy cơ tiềm tàng đưa đến nghẽn mạch phổi, nhồi máu phổi do các mảnh của cục máu tróc ra và lưu thông trong dòng chảy của mạch dễ dàng bị tắc.

Chú ý chỉ dưới người bệnh, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh tập vận động chi. Khuyến khích thực hiện 10 – 12 lần/1 – 2 giờ, cho người bệnh mang tất chân giãn, sử dụng dụng cụ xoa bóp chân. Khi có y lệnh nên cho người bệnh vận động, đi lại tùy vào tình trạng người bệnh.

Heparin liều thấp cũng được sử dụng phòng ngừa hình thành cục máu đông và thuyên tắc. Chú ý các dấu hiệu chảy máu vết mổ, bầm máu ở da, xét nghiệm chức năng đông máu toàn bộ khi thực hiện thuốc Heparin cho người bệnh. Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu tắc mạch: tình trạng da tái hay tím, chi lạnh, mất cảm giác. Nên phát hiện sớm để xử trí kịp thời.

2.3. Người bệnh lạnh sau mổ

Trong hầu hết những trường hợp phẫu thuật do nhiệt độ phòng mổ lạnh dễ có nguy cơ giảm tưới máu ngoại vi. Giảm nhiệt độ ảnh hưởng đến rối loạn nhịp thất, tăng kháng lực mạch. Sau mổ điều dưỡng giữ ấm cho người bệnh bằng chăn hay đèn sưởi. Đánh giá người bệnh có lạnh không qua cách sờ da, quan sát da có nổi da gà, run cơ. Nếu người bệnh tỉnh nên hỏi người bệnh trước khi làm ấm cho người bệnh. Chú ý nhiệt độ môi trường trong phòng.

2.4. Thay băng sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật ngực cần thay băng vết mổ xương ức, chỗ tiêm catheter, nơi tiêm động mạch, vết mổ đùi

hay chân. Thường thay băng vào ngày thứ 3 sau mổ. Vết mổ thường băng kín, khô, đẹp tạo sự an tâm cho người bệnh. Đối với vết mổ xương ức thì thường mở băng vào ngày thứ 5 sau mổ. Áp dụng kỹ thuật hoàn toàn vô trùng khi tiến hành thay băng.

2.5. Nguy cơ nhiễm trùng sau mổ

Phải áp dụng nguyên tắc vô trùng trong chăm sóc với người bệnh phẫu thuật tim mạch. Bất cứ một nhiễm trùng nào cũng gây nguy cơ tai biến cho người bệnh. Phải tuân thủ các phương pháp khử trùng trong môi trường tại khoa, phòng.

2.6. Người bệnh ngất sau mổ do tư thế

Ngất là triệu chứng do phản xạ tim mạch, do sự giảm tưới máu của tim, giảm dịch, thiếu máu não. Ngất thường xảy ra do hạ huyết áp tư thế, do thay đổi tư thế đột ngột ở những người bệnh già, người bệnh nằm bất động lâu ngày. Điều dưỡng có thể ngăn ngừa ngất cho người bệnh bằng cách hướng dẫn người bệnh cách thay đổi tư thế. Muốn cho người bệnh đi lại, đầu tiên điều dưỡng cho người bệnh nằm đầu cao 1 – 2 phút, xoay người bệnh cho chân xuống giường, sau đó cho người bệnh đứng dậy cạnh giường, đồng thời vẫn tiếp tục theo dõi tần số tim mạch người bệnh qua monitor. Nếu người bệnh ngất, điều dưỡng cho người bệnh ngồi sát vào thành giường trong lúc vẫn theo dõi mạch qua monitor. Nếu người bệnh than phiền rằng có cảm giác mệt khi di chuyển thì nên giúp người bệnh ngồi xuống ghế hay ngồi xuống nền nhà cho đến khi người bệnh cảm thấy ổn thì điều dưỡng cho người bệnh về giường.

3. GIÁO DỤC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH

Khi người bệnh đang nằm viện, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc như vận động tránh tắc mạch máu, hướng dẫn người bệnh cách thở, hướng dẫn cách người bệnh ngồi dậy, đi lại tránh cho người bệnh ngã do chóng mặt hay ngất do hạ huyết áp tư thế.

Khi người bệnh xuất viện, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách vận động đi lại. Tập luyện dưỡng sinh, theo dõi huyết áp thường xuyên. Tập hít thở sâu, tránh căng thẳng, làm việc quá sức. Về dinh dưỡng cần ăn thức ăn nhiều dinh dưỡng, hạn chế mỡ, ăn nhạt và cố gắng ăn nhiều trái cây – rau quả. Thực hiện uống thuốc đúng thời gian, đúng liều, đúng giờ, đúng thuốc. Nếu thấy bất thường khi uống thuốc thì nên đến khám lại. Nếu người bệnh phải dùng thuốc Heparine tại nhà thì nên hướng dẫn người bệnh về dấu hiệu chảy máu, xuất huyết, cách xử trí. Tái khám theo lời dặn. Khi thấy các dấu hiệu bất thường như mệt, chóng mặt thì nên ngồi ngay xuống đất hay ghế, không nên cố gắng đi lại.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh thở dễ dàng, không có dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải, hệ thống dẫn lưu màng phổi hoạt động tốt. Người bệnh vận động tốt sau mổ, không có ngất khi di chuyển.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 chẩn đoán điều dưỡng trước mổ lồng ngực:

A.

B.

C.

2. Nêu 2 chẩn đoán sau mổ hô hấp:

A.

B.

3. Nêu 3 chẩn đoán người bệnh sau mổ tim mạch:

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.	Trước mổ hệ hô hấp nên ngưng thuốc lá 7 ngày.		
5.	Cần ngưng thuốc điều trị bệnh trước mổ.		
6.	Vận động sau mổ tim mạch là chống nguy cơ thuyên tắc mạch.		
7.	Cần đo huyết áp người bệnh trước khi cho ngồi dậy.		
8.	Trước mổ cần hướng dẫn người bệnh cách hít thở.		
9.	Cần chú ý dấu hiệu mất nước và thừa nước ở người bệnh sau mổ tim mạch.		
10.	Nguy cơ mất nước thường do dẫn lưu, mất máu.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marilyn Stapleton, Nursing care of patients with respiratory dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., W.B. Saunders company, 1998, 580 – 590.

2. Pamela Becker Weilitz, Trisch Van Sciver, Nursing role in Management of Obstructive Pulmonary Diseases, in Medical Surgical Nursing 4th ed, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 684 – 730.

3. Debra C. Broadwell. Respiratory System, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed, Mosby Company, 1986, 221 – 234.

Bài 27

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại chấn thương và vết thương ngực.
2. Trình bày được các thương tổn của chấn thương ngực, vết thương ngực.
3. Chăm sóc được người bệnh tràn khí và tràn máu màng phổi.
4. Xử trí cấp cứu người bệnh chấn thương ngực, vết thương ngực.

I. BỆNH HỌC

Chấn thương ngực và vết thương ngực là loại chấn thương thường xảy ra. Đây là cấp cứu ngoại khoa lồng ngực. Tùy vào cơ chế chấn thương mà người bệnh cần tiến hành phẫu thuật hay không, nhưng hầu hết người bệnh đều được theo dõi và chăm sóc chặt chẽ.

1. PHÂN LOẠI

1.1. Chấn thương kín

Do va chạm với một vật thể tù (như bánh lái xe hơi) gây nên. Chấn thương kín biểu hiện bên ngoài rất ít, nhưng có thể ảnh hưởng trầm trọng đến các cơ quan bên trong như vỡ lách, vỡ gan, giập phổi...

1.2. Chấn động dội (contrecoup trauma)

Là loại chấn thương kín đặc biệt, trong đó tạng bị tổn thương không những ở phía va chạm với ngoại vật mà còn ở phía đối diện. Do lực va chạm mạnh, tạng bị lắc lư, lui và tới ở trong khung xương bao bọc chung quanh, nếu lực chấn thương quá mạnh có thể xé rách chỗ bám của tạng và các mạch máu lớn.

1.3. Vết thương sắc

Do một vật đâm hay xuyên qua da, qua các mô vào cơ thể.

2. SINH LÝ BỆNH

Bình thường khoang màng phổi có áp suất âm từ -10mmHg đến -12mmHg , nhờ đó mà phổi nở ra trong khi hô hấp. Nếu khoang màng phổi bị rách do một vết thương từ ngoài thành ngực (như dao hoặc vật nhọn đâm) hay do nguyên nhân từ bên trong (như xương sườn gãy hoặc vỡ nang khí của phổi), khí tràn vào khoang màng phổi làm giảm áp suất âm này. Tùy vào lượng khí tràn vào ban đầu sau đó có tiếp tục vào nữa hay không (như trong tràn khí màng phổi có áp lực), phổi sẽ không thể giãn hết mức như trước được. Do áp lực khoang màng phổi tăng và phổi bị xẹp, trung thất sẽ di lệch về phía phổi lành. Sự di lệch này làm tăng áp lực lên các mạch máu lớn dẫn máu về tim do đó sẽ làm giảm lượng máu trở về tim. Nếu tràn khí màng phổi không được chữa trị, dần dần cung lượng tim sẽ bị giảm đưa đến suy tuần hoàn toàn thân.

3. CÁC TỔN THƯƠNG

3.1. Tràn khí màng phổi

Là sự hiện diện của không khí ở giữa lá thành và lá tạng trong khoang màng phổi. Tràn khí màng phổi có thể kèm theo tràn máu màng phổi, có thể do chấn thương từ một vật tù vào thành ngực. Có hai loại:

Tràn khí màng phổi kín: không liên quan đến vết thương ngực, có những tiếng bọt khí trong khoang

màng phổi. Thường do thương tổn phổi do thở máy, do đặt catheter dưới đòn, rò thực quản, tổn thương phổi do gãy sườn, người bệnh khí phế thũng, lao, viêm phổi, ung thư phổi, sau phẫu thuật ngực. Ở người bệnh khỏe mạnh khoảng 20 – 40 tuổi, có hút thuốc lá thì tràn khí xảy ra sau khi ho hoặc làm việc quá sức.

Tràn khí màng phổi hở: khi không khí đi vào khoang màng phổi xuyên qua chỗ hở ở thành ngực do dao đâm, bị bắn hay mở ngực, dẫn lưu thành ngực. Lỗ hở ở thành ngực được băng bằng miếng gạc cũng cho phép khí tràn vào và làm căng lồng ngực vì thế tốt nhất là dùng băng có vaseline hay băng dày để có thể cản không khí đi vào khoang màng phổi và không nên di chuyển cho đến khi có thầy thuốc đến.

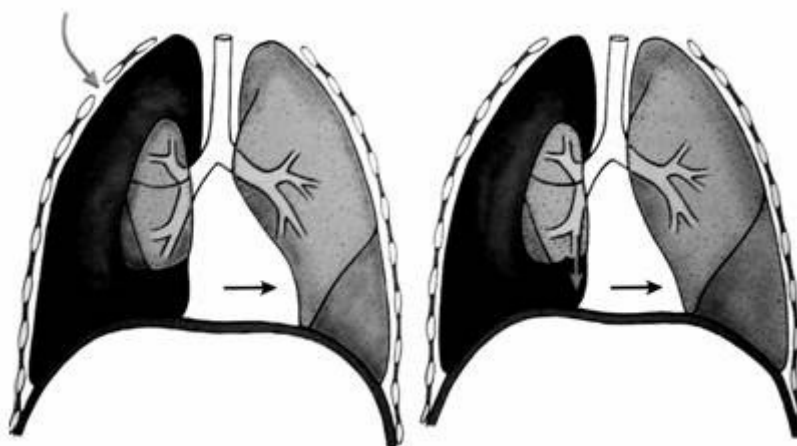
3.2. Tràn máu màng phổi

Là sự tích tụ của máu ở giữa lá thành và lá tạng trong khoang màng phổi. Trong trường hợp bị chấn thương, nạn nhân có thể vừa tràn máu vừa tràn khí màng phổi. Nguyên nhân do chấn thương ngực, ung thư phổi, nghẽn phổi, rách phổi do dính, mổ ngực.

Triệu chứng lâm sàng của tràn khí và tràn dịch màng phổi:

Người bệnh thở nhanh, nông, tím tái, thiếu oxy. Đau ngực, ho không có máu. Không nghe âm thổi ở vùng bị tổn thương, nhịp tim nghe giảm.

X quang: thấy tràn khí, tràn dịch.



Hình 27.1. Tràn dịch màng phổi

Điều trị:

Nếu khí hay dịch trong khoang màng phổi ít hơn 250ml tương đương 5% lượng máu mất trong cơ thể người lớn, tự màng phổi sẽ hấp thu. Điều trị bảo tồn như: thực hiện y lệnh kháng sinh, giảm đau và theo dõi thêm. Nếu dịch trong khoang màng phổi trung bình, trong vòng vài giờ sau khi bị thương lượng máu mất từ 250ml – 750ml tương đương với 15% lượng máu trong cơ thể người lớn. Trên lâm sàng biểu hiện choáng mất máu, hội chứng 3 giảm: sờ rung thanh giảm, gõ đục, nghe âm phế bào giảm và hội chứng rối loạn hô hấp, trên X quang ngực ở tư thế đứng thẳng thấy mức dịch nằm trong giới hạn giữa của bờ dưới xương bả vai và bờ trên vòm hoành. Với mức độ này người bệnh cần hồi sức nội khoa chống choáng, truyền máu, đặt dẫn lưu màng phổi giúp phổi giãn nở hoàn toàn, nếu ở nơi thiếu phương tiện thì cần chọc hút để lấy máu ra.

Nếu lượng dịch nhiều, thường trên 750ml – 1.500ml tương đương 30% lượng máu trong cơ thể người lớn. Biểu hiện trên lâm sàng là hội chứng 3 giảm, hội chứng suy hô hấp và hội chứng mất máu, trên X quang ngực thẳng tư thế đứng thấy mờ cả toàn bộ bên phổi. Nếu trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện thì nguy cơ tử vong cao. Phương pháp điều trị tốt nhất là dẫn lưu màng phổi ngay nhưng nếu không hiệu quả thì cần mở ngực cấp cứu. Tràn khí tự phát thường có chỉ định dẫn lưu màng phổi.

3.3. Gãy sườn

Là hình thức phổ biến của chấn thương ngực. Xương sườn thứ 4 – 9 là hay bị gãy nhất do ít được bảo vệ bởi cơ ngực. Nếu gãy vụn hay di động thì rất nguy hiểm cho phổi và màng phổi.

3.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau ở chỗ gãy, thở nông, đau tăng khi ho hay hít thở sâu và chính vì thế người bệnh không dám thở nên nguy cơ dễ bị xẹp phổi. Sờ dọc theo khung sườn có thể thấy dấu hiệu lạo xạo của xương. X quang phổi thấy vị trí xương gãy.

3.3.2. Điều trị

Mục đích của điều trị là giảm đau, giúp gia tăng nhịp thở và màng phổi giãn nở tốt ngăn ngừa xẹp phổi. Gây tê thần kinh liên sườn tại chỗ trên và dưới 2 xương sườn giúp giảm đau. Thuốc dùng để tác dụng giảm đau trong vài giờ tới vài ngày.

Bằng ngực cố định nếu không có chỉ định là phương pháp điều trị cần tránh vì nó hạn chế thở do băng cố định cũng hạn chế sự giãn nở phổi và nguy cơ sẽ bị xẹp phổi. Điều trị cho người bệnh được nghỉ ngơi, tránh gắng sức, hướng dẫn người bệnh cách thở. Thuốc ngủ cũng được sử dụng nhưng phải thận trọng và theo dõi sát hô hấp vì có thể gây ức chế hô hấp.

3.4. Mảng sườn di động

Hậu quả là gãy nhiều xương sườn và thành ngực không vững sẽ không duy trì sự thở và thông khí nên người bệnh sẽ rơi vào hô hấp ngược chiều. Khi thở vào thì lồng ngực bị xẹp, khi thở ra thì lồng ngực căng phồng. Hô hấp đảo ngược sẽ gây cản trở thông khí của phổi ở vùng tổn thương, đưa đến thiếu oxy. Kết hợp với đau và tổn thương xương sườn làm mất đi sự nâng thành ngực và góp phần làm thay đổi kiểu thở.

3.4.1. Triệu chứng lâm sàng

Người bệnh bị giập ngực, nếu tỉnh thì thăm khám bằng cách quan sát thấy người bệnh thở nhanh, nông, tím tái, tim đập nhanh. Người bệnh mê do gãy nhiều xương sườn: giảm oxy, thành ngực di động bất đối xứng và không theo nhịp thở, sờ sự di động lồng ngực, tiếng lạo xạo do gãy xương sườn. Kiểm tra X quang để chẩn đoán chính xác.

3.4.2. Xử trí tại chỗ

Cho người bệnh nằm nghiêng về phía mảng sườn di động. Đặt 1 túi đựng bông dày, chắc vào ổ gãy. Nếu có dị vật thì không nên lấy dị vật ra trong lúc này.

3.4.3. Chăm sóc

Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, phòng chống choáng bằng cách ủ ấm người bệnh, trấn an người bệnh, đưa người bệnh vào vùng thoáng khí, tránh di chuyển xoay trở người bệnh, tránh làm người bệnh đau. Chuyên viện ưu tiên, cần giúp người bệnh giảm đau bằng thuốc và hướng dẫn người bệnh hít thở nhẹ nhàng.

3.4.4. Phương pháp điều trị tại bệnh viện

Thông khí, thở oxy ẩm, giúp giãn nở ngực và đảm bảo đủ oxy, thở máy áp suất dương cuối kỳ thở ra (PEEP: Positive end-expiratory pressure).

Cố định thành ngực cơ bản: có thể phục hồi hình thể, làm lồng ngực vững chắc, phục hồi sinh lý của xương sườn bằng cách kéo liên tục mảng sườn, giải phẫu kết hợp xương bằng kim loại, đặt dẫn lưu màng phổi giúp lấy dịch và khí ra khỏi khoang màng phổi, giúp phổi giãn nở tốt và thông khí tốt.

3.5. Vết thương ngực

Vết thương thấu ngực là gây thủng các lớp cơ của thành ngực làm xoang màng phổi thông thương với bên ngoài. Vết thương thấu ngực có 2 loại là: vết thương thấu ngực kín là khi bị xuyên thủng thì xoang màng phổi được bịt kín không thông thương với bên ngoài; và vết thương thấu ngực mở thường nguy hiểm vì tổn thương trên thành ngực đủ lớn làm cho khoang màng phổi thông thương với bên ngoài. Trong vết thương thấu ngực mở còn gọi là vết thương phì phò màng phổi, trung thất bị đẩy sau mỗi nhịp thở gắng sức. Cấp cứu cần bịt kín ngay lỗ thủng bằng bất kỳ phương tiện nào sẵn có như bông băng, gối, quần áo... sau đó mới chuyển người bệnh đến bệnh viện để dẫn lưu và khâu kín lỗ thủng.

Trong trường hợp vết thương thấu ngực như dao đâm, vật nhọn xuyên thủng ngực thì tuyệt đối không

lấy dị vật ra khỏi thành ngực trước khi chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

Bảng 27.1. Cấp cứu người bệnh chấn thương ngực

- Duy trì thông khí, thở oxy ẩm áp suất cao.
- Thiết lập 2 đường truyền lớn.
- Cởi bỏ áo và thăm khám vùng ngực tổn thương tìm dấu hiệu điểm đau chói và dấu hiệu lạo xạo của gãy sườn.
- Theo dõi dấu chứng sinh tồn, tri giác, độ bão hoà oxy, lượng nước tiểu xuất.
- Lượng giá mức độ căng của màng phổi, nếu quá căng thì phụ giúp bác sĩ chọc dò dẫn lưu.
- Băng vết thương với băng không cho không khí đi qua.
- Không lấy dị vật ra ngay, cố định với băng chèn chặt.
- Khám xét lại xem có tổn thương khác như chảy máu hay không và điều trị thích hợp.
- Đặt người bệnh ở tư thế semi Fowler hay nằm nghiêng về phía tổn thương.

4. TRỢ GIÚP ĐẶT ống DẪN LƯU MÀNG PHỔI

- Chuẩn bị bình chứa và dây câu nối.
- Cho người bệnh nằm đầu cao khoảng 30 độ, để tay bên đặt dẫn lưu lên cao, cố định người bệnh.
- Điều dưỡng sát trùng lần 1 bằng bông alcol iode vùng cần dẫn lưu (rộng ra 5cm).
- Giúp bác sĩ sát trùng tay sau khi mang khẩu trang, rửa tay, mang găng vô khuẩn.
- Điều dưỡng mở mâm dụng cụ.
- Bác sĩ sát trùng da lần 2.
- Điều dưỡng tiếp liệu thuốc gây tê.
- Hỗ trợ bác sĩ đặt dẫn lưu.
- Điều dưỡng quan sát tình trạng người bệnh trong lúc bác sĩ tiến hành.
- Điều dưỡng giúp bác sĩ cố định dây câu.
- Điều dưỡng băng kín vết thương.
- Thực hiện y lệnh chụp X quang kiểm tra dẫn lưu sau khi đặt.
- Điều dưỡng đặt bình hứng dẫn lưu nơi an toàn.
- Ghi hồ sơ.
- Theo dõi người bệnh trong nhiều giờ.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NGỰC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi: cơ chế chấn thương như tai nạn giao thông, té đập ngực... thời điểm chấn thương... Những thông tin này giúp bác sĩ xử trí tốt trong phẫu thuật cấp cứu và trong các trường hợp chảy máu cấp.

Nhìn: dấu hiệu tắc nghẽn khí đạo như nhịp thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ chứng tỏ thiếu oxy máu động mạch, tình trạng di động của thành ngực giảm, tím tái đầu môi chứng tỏ thiếu oxy đến các mô.

Đánh giá tình trạng suy hô hấp, dấu hiệu thiếu oxy, đờm, tính chất cơn ho. Dấu hiệu tĩnh mạch cổ nổi do hội chứng chèn ép tim cấp do chấn thương thủng vỡ tim. Hình ảnh mặt nạ bầm máu trong hội chứng ngạt thở do chấn thương. Nếu người bệnh ho ra máu và kết hợp cùng X quang phổi để phát hiện giập phổi. Điều dưỡng cần đánh giá tình trạng nặng như: da niêm xanh tái chứng tỏ người bệnh mất máu.

Nghe: âm phế bào giảm hay mất có thể gặp trong tràn dịch hay tràn máu màng phổi. Tiếng tim xa xăm trong hội chứng chèn ép tim cấp.

Sờ: tìm dấu hiệu đau chói và tiếng lạo xạo xương gãy, tìm thấy dấu hiệu tràn khí dưới da.

Gõ: âm đục chứng tỏ tràn dịch màng phổi, âm vang chứng tỏ tràn khí màng phổi.

Tình trạng tim mạch: huyết áp, nhịp tim, mạch, nước xuất nhập.

Xét nghiệm: theo dõi kết quả khí máu, điện giải, công thức máu.

X quang ngực: thẳng, nghiêng.

Hệ thống dẫn lưu màng phổi: số lượng, màu sắc, tính chất dịch. Tình trạng hoạt động của hệ thống. Có dấu hiệu sủi bọt liên tục. Hệ thống hút với áp lực hút như thế nào ?

Tâm lý: lo âu, đau, bối rối.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP

2.1. Suy giảm khả năng thở do đau

Nhận định thông khí: nhịp thở, tần số thở, tính chất thở, căng giãn lồng ngực, suy hô hấp, co kéo lồng ngực, thở kèm theo cơ hô hấp phụ...

Trợ giúp bác sĩ đặt dẫn lưu màng phổi, chăm sóc và theo dõi tình trạng dẫn lưu.

Ngăn ngừa yếu tố nguy cơ người bệnh rơi vào tình trạng suy hô hấp như nghẹt đờm, duy trì người bệnh ở tư thế dễ thở (tư thế Fowler). Khuyến khích và hướng dẫn người bệnh cách hít thở sâu. Điều dưỡng thực hiện hút đờm nếu người bệnh thở khò khè do có nhiều đờm nhớt ứ đọng. Phòng ngừa nhiễm trùng do dẫn lưu, nội khí quản, thở máy, khi hút đờm điều dưỡng phải áp dụng kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc.

2.2. Suy giảm trao đổi khí do người bệnh không dám thở, do gãy sườn

Lượng giá dấu hiệu chứng tỏ người bệnh giảm sự trao đổi khí: người bệnh có biểu hiện bồn chồn, bứt rứt, lo lắng, cánh mũi phập phồng, tím tái vùng môi miệng.

Thở oxy, theo dõi khí máu, PaCO_2 , PaO_2 , khí máu động mạch, điện tim.

Thực hiện thở máy nếu người bệnh suy hô hấp hay do gãy sườn di động.

Theo dõi chức năng của thận và tổng nước xuất nhập, thiếu oxy mô mạn tính, theo dõi sự thay đổi điện giải có thể ảnh hưởng đến trao đổi oxy và trao đổi biến dưỡng. Nhiệt độ của sự dao động này là do thay đổi biến dưỡng và nhiễm trùng thứ phát.

2.3. Người bệnh không tổng xuất đờm

Lượng giá người bệnh không có khả năng bài tiết đờm nhớt. Nguyên nhân do người bệnh đau không dám thở sâu, không dám ho, khạc. Giúp người bệnh khạc đờm với phương pháp thích hợp, tư thế Fowler, ho, hút đờm. Nên thực hiện thuốc giảm đau khi hướng dẫn người bệnh ho, khạc. Nghe phổi cẩn thận, theo dõi tính chất thở, âm phổi, ho, đờm. Hướng dẫn người bệnh cách thở qua bình có viên bi. Lượng giá tình trạng người bệnh bị mệt và yếu tố liên quan giúp người bệnh có tư thế thoải mái.

2.4. Suy kiệt do dinh dưỡng vì không dám ăn

Hướng dẫn người bệnh ăn nhiều lần, nhai kỹ, tránh để dạ dày căng chướng làm cho cơ hoành hạn chế di động và như thế người bệnh sẽ bị hạn chế thở. Ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, theo dõi cân nặng. Nên cho người bệnh thực hiện tư thế đầu cao khi ăn. Người bệnh ăn uống bình thường, không kiêng cử, tránh ăn thức ăn nhiều dầu mỡ.

2.5. Khả năng thiếu dịch do mất máu, mất dịch

Trong tình trạng nặng, lượng giá dấu hiệu chảy máu dạ dày thứ phát do stress sinh lý. Theo dõi hemoglobine, dung tích hồng cầu, quan sát phân, chất nôn ói, tính chất dịch dạ dày, dấu chứng sinh tồn. Người bệnh được theo dõi qua CVP, dấu hiệu thiếu nước trên lâm sàng như véo da, nước tiểu ít,...

Điều dưỡng thực hiện truyền nước, điện giải đầy đủ và chính xác. Chúng ta thấy rằng thiếu ion kali, calci đều có nguy cơ cao về tim mạch. Việc bù nước và điện giải cần chính xác vì đối với người bệnh nặng, người già thường việc thừa và thiếu nước rất gần nhau. Theo dõi dung tích hồng cầu (Hct), nếu người bệnh mất máu nhiều nên thực hiện y lệnh truyền máu chính xác.

2.6. Suy giảm khả năng vận động

Trong trường hợp người bệnh kéo tạ trong gậy sườn di động cũng hạn chế việc vận động của người bệnh. Suy giảm khả năng vận động, khả năng thở của người bệnh cũng gây ra nguy cơ cao trong viêm phổi, xẹp phổi cho người bệnh, tắc mạch. Điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh xoay trở, ngồi dậy, tập vận động tứ chi và nên thực hiện thuốc giảm đau khi tập.

2.7. Dẫn lưu màng phổi

Tràn khí màng phổi: theo dõi khí thoát ra để đánh giá còn khí trong khoang màng phổi hay không, tổn thương gây tràn khí có nặng nề hay không...

Tràn máu màng phổi – dẫn lưu hậu phẫu: theo dõi tính chất, màu sắc, lượng máu ra mỗi giờ trong 4 giờ đầu liên tiếp. Sau đó ghi nhận tiếp khoảng 12 giờ/1 lần.

Tràn dịch màng phổi lượng nhiều: do lượng dịch nhiều trong khoang màng phổi không thể xả hết ngay một lần, phẫu thuật viên thường cho chỉ định kẹp ống dẫn lưu. Người phẫu thuật viên sẽ là người xả tiếp dịch ra tùy theo tình trạng của người bệnh. Thao tác mở kẹp cho dịch ra thật chậm để tránh nguy hiểm cho người bệnh do thay đổi áp lực đột ngột trong khoang lồng ngực.

Thay bình: nên thay bình khi dịch ra lớn hơn 500ml. Luôn nhớ phải kẹp kín ống dẫn lưu trước khi tháo ống nối ra để thay bình.

2.8. Một số tình huống nguy hiểm cần lưu ý

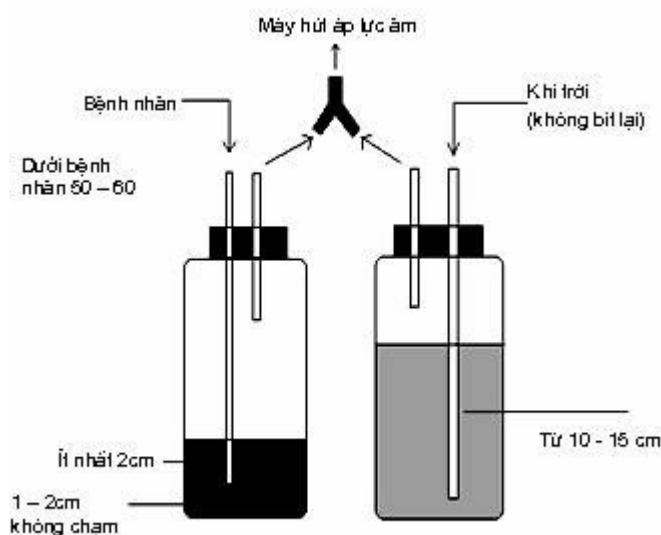
Máu đỏ tươi, ra liên tục nhiều hơn 100ml trong 4 giờ liên tiếp sau mổ hoặc sau khi đặt ống dẫn lưu do tràn máu màng phổi, cần báo bác sĩ để xử trí ngay.

Khí ra liên tục trong bình dẫn lưu, người bệnh khó thở hơn hoặc xuất hiện tràn khí dưới da lan rộng. Các bước xử trí như sau:

Bước 1: kiểm tra hệ thống xem có bảo đảm kín hay không, có thể bị hở do tụt các chỗ nối ống.

Bước 2: báo bác sĩ phẫu thuật viên.

Tụt ống dẫn lưu, lỗ bên thoát ra khỏi thành ngực.



Hình 27.2. Hệ thống bình dẫn lưu màng phổi kín

2.9. Rút dẫn lưu màng phổi

2.9.1. Nguyên tắc

Không có thời gian cụ thể.

Rút sớm nhất khi có thể được.

Rút khi đã đạt được mục đích dẫn lưu.
Không nên lưu ống dẫn lưu quá 5 ngày.



Hình 27.3. Dẫn lưu màng phổi có máu

2.9.2. Kỹ thuật rút ống dẫn lưu khoang màng phổi

- Tháo băng vết mổ.
- Kẹp ống dẫn lưu.
- Sát trùng.
- Cắt chỉ cố định ống dẫn lưu.
- Rút nhẹ để thử ống: xem có dính ống không ?
- Siết chỉ chờ (hoặc bóp hai ngón tay trên và dưới ống nếu dùng kẹp Agraff).
- Hướng dẫn người bệnh hít sâu, nín thở, rặn (nghiệm pháp Valsalva).
- Rút ống nhanh và dứt khoát, trong khi người bệnh đang nín thở rặn.
- Cột lại chỉ chờ (hoặc đặt kẹp Agraff, hiện nay ít dùng).

2.9.3. Chăm sóc sau rút ống dẫn lưu

- Hướng dẫn người bệnh tập thở.
- Cho người bệnh nằm ở tư thế Fowler.
- Theo dõi tình trạng hô hấp và cho người bệnh thở oxy theo y lệnh.
- Chăm sóc vết thương dẫn lưu.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh cách xoay trở, cách thở sâu giúp màng phổi căng giãn.

Hướng dẫn người bệnh tránh tiếp xúc với người bị viêm đường hô hấp, tránh cảm lạnh, tránh gió lùa, tránh những vùng ô nhiễm nhiều bụi. Người bệnh không nên gắng sức trong thời gian 3 tháng đầu. Nếu người bệnh có khó thở, đau ngực cần được tái khám ngay. Tập luyện dưỡng sinh, tập hít thở để tránh nguy cơ dày dính màng phổi. Cho người bệnh ăn uống bình thường.

LƯỢNG GIÁ

Phổi người bệnh giãn nở tốt, nghe rì rào phế nang rõ, người bệnh không bị mệt, không có dấu hiệu khó thở, người bệnh thông hiểu các vấn đề về chăm sóc và phòng ngừa bệnh khi xuất viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:**1. Kể tên 4 tổn thương lồng ngực:**

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

2. Nhận định tình trạng người bệnh chấn thương màng phổi:

- A. Đánh giá tình trạng:
- B. Nghe phổi:
- C. Nhìn:
- D. Sờ:
- E. Tình trạng tim mạch:

3. Tràn khí màng phổi hở do:

- A.
- B.

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

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Bằng cổ định thành ngực khi nạn nhân gãy sườn.		
5	Nhiệt độ của sự dao động này là thay đổi biến dưỡng và nhiễm trùng thứ phát.		
6	Tất cả người bệnh tràn dịch màng phổi đều đặt dẫn lưu màng phổi.		
7	Dấu hiệu khó thở là dấu hiệu chính chẩn đoán tràn khí màng phổi.		
8	Tràn khí màng phổi do chấn thương từ ngoài.		
9	Người bệnh khó thở và ho ra máu là dấu hiệu chấn thương màng phổi.		
10	Người bệnh luôn thở áp suất dương khi chấn thương phổi.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marilyn Stapleton. Nursing care of patients with respiratory dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., W.B. Saunders company, 1998, 580 – 590.
2. Pamela Becker weilitz, Trisch Van Sciver, Nursing role in Management of Obstructive Pulmonary Diseases, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 684 – 730.
3. Debra C. Broadwell, Respiratory System, chapter 2, Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company, 1986, 209.
4. Nguyễn Khánh Dư, Chấn thương và vết thương ngực, *Bệnh học và điều trị học ngoại khoa lồng ngực – tim mạch – thần kinh*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2002, 9.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ BƯỚI GIÁP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được bệnh học tuyến giáp.
2. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ tuyến giáp.
3. Chăm sóc được người bệnh mổ tuyến giáp.
4. Giáo dục sức khỏe người bệnh sau mổ.

I. BỆNH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nhất cơ thể, nặng khoảng 15 – 25 gam. Nội tiết tố do tế bào tuyến giáp tiết ra rất quan trọng đối với sự tăng trưởng của cơ thể và tiến hoá của nòi giống. Trong tuyến giáp có rất nhiều mạch máu, có 560ml máu chảy qua 100 gam tổ chức tuyến/phút. Thể tích tuyến giáp tùy thuộc vào dinh dưỡng, giới, tuổi, khí hậu.

2. TÁC DỤNG CỦA HORMONE TUYẾN GIÁP

Ảnh hưởng đến chuyển hoá cơ bản của cơ thể.

Gia tăng tiêu thụ mức độ oxy.

Ảnh hưởng lên chuyển hoá chất đạm.

Gia tăng chuyển hoá mỡ.

Gia tăng phân hủy chất glycogene, muối chất khoáng, vitamin.

3. MỨC ĐỘ VÀ CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

3.1. Mức độ

Bướu giáp độ 1: chỉ nhìn thấy khi người bệnh nuốt.

Bướu giáp độ 2: bướu lộ dưới da.

Bướu giáp độ 3: bướu lộ hẳn ra khỏi vòng cổ.

Bướu giáp độ 4: sa xuống phía dưới xương ức.

3.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

Đo chuyển hoá cơ bản: bình thường là khoảng $\pm 10\% \div \pm 15\%$. Chuyển hoá cơ bản cao là cường giáp, chuyển hoá cơ bản thấp là suy giáp (xét nghiệm này không áp dụng nữa).

Cholesterol trong máu: bình thường từ 180 – 220 mg%.

Cholesterol tăng trong suy giáp và giảm trong cường giáp.

Thử nghiệm hấp thu Iode đồng vị phóng xạ trong 24 giờ.

Định lượng T.S.H (thyroid stimulating hormone), T3 và T4:

T.S.H: Nam ($1,72 \pm 0,99$ mUI/l), nữ ($1,81 \pm 1,03$ mUI/l).

T3: Nam ($1,979 \pm 0,588$ nmol/l), nữ ($1,99 \pm 0,522$ nmol/l).

T4: 51 – 151nmol/l.

Siêu âm: giúp phát hiện bướu khó chẩn đoán, đo chính xác thể tích tuyến giáp, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

4. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Tất cả các bướu giáp khi điều trị nội khoa sẽ gặp thất bại.

Bướu giáp thể nhân nhu mô cần cắt bỏ sớm vì có nguy cơ ung thư cao, u độc.

Bướu giáp có dấu hiệu chèn ép, K tuyến giáp giai đoạn đầu, thâm mỹ, Basedow có biến chứng.

5. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Cần chuẩn bị tốt trước mổ để phòng những biến chứng sau mổ.

Ôn định cường giáp: nếu sử dụng Iode để điều trị cường giáp, điều dưỡng nên cho uống với nước hay nước trái cây qua ống hút sau bữa ăn. Theo dõi dấu hiệu ngộ độc Iode: phù nề niêm mạc miệng, tiết nhiều chất nhầy, nước miếng, nôn và nôn ói, kích ứng da. Nếu có dấu hiệu ngộ độc thì ngưng uống Iode ngay, điều dưỡng viên báo cáo và ghi chú lại.

Đánh giá tình trạng tim mạch, đo điện tim, SGOT, ion đồ, siêu âm tim, dấu chứng sinh tồn (chú ý nhất là tần số mạch).

Giáo dục người bệnh cách tự chăm sóc sau mổ, giúp người bệnh hợp tác hít thở sâu, ho, tập vận động chân.

Hướng dẫn người bệnh trước mổ cách xoay đầu và tránh căng vết khâu cũng như nâng đầu người bệnh khi di chuyển sau mổ.

II. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tri giác: tỉnh, lờ đờ hay tiếp xúc tốt.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Suy giảm tuần hoàn do chảy máu

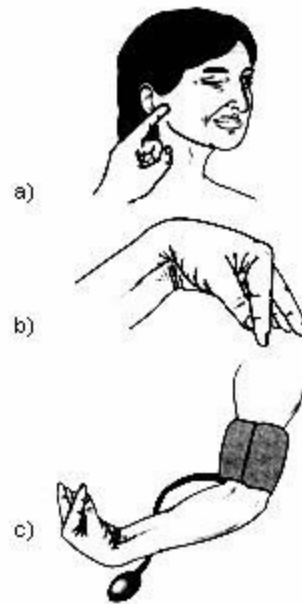
tay, chân.

Tình trạng hô hấp: thở chậm, tiếng thở bất thường, bứt rứt. Thanh phổi căng cổ họng, khó nuốt, khó thở, ép cổ, băng quá chặt, co thắt thanh quản, đau đầu. Người bệnh đang có nội khí quản có dấu hiệu khó thở...

Tổn thương dây thần kinh thanh âm: thay đổi cường độ và độ vang của tiếng nói. Mất tiếng, giọng khàn, âm giảm, tiếng thì thầm.

Vết mổ: thường là vết mổ thẩm mỹ nên cần theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng đỏ, sưng, nhiệt độ, đau. Nhưng quan trọng nhất là theo dõi dấu hiệu chảy máu vết mổ, do dòng máu chảy dọc theo chiều thấp vùng cổ nên điều dưỡng khó phát hiện nếu chỉ quan sát qua băng thẩm máu. Phù nề mô chung quanh vết mổ nhiều hơn.

Dẫn lưu: theo dõi chảy máu, thường dẫn lưu bằng lam kín hay penrose rất mỏng và thường rút sớm.



Hình 28.1. Thử tình trạng hạ calci huyết

a) Dấu Chvostek's là sự co thắt của cơ mặt đáp ứng với sự gõ nhẹ bằng ngón tay trên thần kinh mặt phía trước tai.

b) Dấu Trousseau's (bàn tay đỡ để hay bàn tay nữ hộ sinh) là sự co quắp bàn tay gây nên khi thiếu calci.

c) Bơm máy đo huyết áp áp trên huyết áp tối đa và giữ trong vài phút.

Lượng giá điện giải, hemoglobin, Hct, phát hiện sớm nhất dấu hiệu chảy máu. Đo dấu chứng sinh tồn, màu sắc da niêm, tri giác. Kiểm tra chảy máu ở băng vết mổ, nên thăm khám vùng cổ để phát hiện chảy máu dọc theo vùng cổ người bệnh. Cần thực hiện băng cầm máu nếu có. Nếu tình trạng người bệnh có nguy cơ mất máu thì điều dưỡng thực hiện dịch truyền, truyền máu.

2.2. Kiểu thở không hiệu quả do phù nề thanh quản, đau do tổn thương thanh khí quản sau mổ

Lượng giá tần số thở, thở sâu, kiểu thở. Phát hiện sớm nhất dấu hiệu chèn ép khí quản do phù nề hay chảy máu: khó thở, thở không đều, cổ sưng, nuốt khó, chảy máu vết mổ. Đánh giá mức độ hôn mê, hoảng sợ, kích thích, tím tái của người bệnh.

Luôn để sẵn dụng cụ hút đờm và khay mở khí quản để xử trí kịp thời, phòng trường hợp chèn ép thanh quản. Cần chuẩn bị dụng cụ cấp cứu như: máy hút đờm, dụng cụ đặt nội khí quản hay mở khí quản, khí dung, mask thở, oxy trước, trong và sau khi rút nội khí quản. Trước khi rút nội khí quản nên giải thích và hướng dẫn người bệnh hợp tác để người bệnh an tâm sau rút. Sau khi rút nội khí quản người điều dưỡng cần theo dõi sát hô hấp 15 phút/lần/3 giờ sau và nếu người bệnh không có dấu hiệu khó thở thì theo dõi thưa dần. Cần hút đờm, nhớt nếu như người bệnh chưa khạc nhổ được.

2.3. Xoay đầu khó khăn do đau vết mổ

Cho người bệnh nằm ở tư thế semi – Fowler để giúp người bệnh thở dễ. Lượng giá sự phù nề của vết mổ, đắp đá lạnh quanh cổ khi thích hợp. Quan sát cách phát âm, đánh giá đau, bảo đảm có sự thoải mái, không có giảm âm trong giao tiếp. Xoay đầu và ngực tránh căng vết mổ. Nên cho người bệnh tập xoay cổ từ từ khoảng 3 – 4 lần/ngày. Người bệnh được hướng dẫn tập cổ như gập, duỗi, dang, nghiêng sang bên. Người bệnh được xem xét màu da sẹo ở cổ và được coi như nếp nhăn. Có thể ngụy trang che dấu sẹo bằng khăn choàng cổ, vòng cổ trang sức, áo cổ cao. Người bệnh nên uống trong ngày đầu sau mổ, ăn thức ăn mềm vào

ngày thứ 2.

2.4. Thay đổi nhận thức do hạ calci máu

Lượng giá dấu hiệu hay triệu chứng thiếu calci như chuột rút. Kiểm tra dấu hiệu Chvostek's và Trousseau's (hình 28.1) 2 giờ/1 lần. Kiểm tra vận động 2 giờ/1 lần. Kiểm tra dấu chứng sinh tồn trong 4 giờ/1 lần. Quan sát sự thay đổi cá tính. Nên dự trữ dung dịch calcium gluconate và dụng cụ tiêm tĩnh mạch bên giường để tiêm ngay khi hạ calci máu.

2.5. Suy giảm tiếng nói trong giao tiếp

Lượng giá cường độ và âm vang của tiếng nói 1 – 2 giờ sau mổ giúp đánh giá sự hồi phục của dây thanh âm. Không khuyến khích người bệnh nói nhiều để ngăn ngừa phù nề dây thanh âm. Người bệnh có thể bị khản tiếng trong vài ngày. Theo dõi phù nề vết mổ. Hướng dẫn người bệnh giao tiếp bằng cử điệu. Cho người bệnh giấy bút để giao tiếp.

3. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

3.1. Chảy máu sau mổ

Thường xảy ra sau mổ cắt tuyến giáp nên người điều dưỡng cần quan sát vết mổ để phát hiện chảy máu. Máu có thể chảy dọc theo cổ nên không thấy dấu hiệu thấm vào băng, điều dưỡng nên thăm khám để phát hiện và xử trí kịp thời cho người bệnh.

3.2. Mất tiếng, khản tiếng sau mổ

Thường là tạm thời do phù nề sau đặt nội khí quản, do viêm thanh quản sau mổ. Điều dưỡng giúp người bệnh an tâm, thực hiện thuốc giảm phù nề, kháng viêm theo y lệnh và hướng dẫn người bệnh cách tập nói từ từ, tránh uống hay ăn thức ăn quá cứng trong những ngày đầu sau mổ. Mất tiếng vĩnh viễn do cắt nhầm dây thần kinh quặt ngược, hay dây thanh quản. Đây là vấn đề khó khăn cho người bệnh vì ngoài mất tiếng nói người bệnh còn khó thở và hụt hơi khi nói chuyện. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách hít thở sâu, cách giao tiếp bằng ngôn ngữ tư thế, tái khám ngay khi khó thở.

3.3. Hạ calci máu

Nên thực hiện bù ngay calci bằng cách tiêm tĩnh mạch trong trường hợp hạ calci cho người bệnh. Theo dõi sát các dấu hiệu lâm sàng do thiếu calci.

3.4. Xẹp khí quản

Người bệnh thường xuyên khó thở. Hướng dẫn người bệnh cách thở sâu, người bệnh tái khám để có xử trí thích hợp.

3.5. Nhiễm trùng vết mổ

Đây là vấn đề thẩm mỹ cho người bệnh nhất là phái nữ. Điều dưỡng cần rửa tay trước khi chăm sóc vết mổ, nên phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng và thực hiện kháng sinh kịp thời theo y lệnh. Nên rút chỉ sớm hơn, khoảng 5 ngày sau mổ. Rút dẫn lưu vết mổ sớm, thường 6 giờ sau mổ, nếu người bệnh không có dấu hiệu chảy máu sau mổ.

3.6. Thiếu năng giáp

Sau mổ cắt tuyến giáp toàn phần người bệnh có nguy cơ thiếu năng giáp vì thế cần hướng dẫn người bệnh và gia đình cách chăm sóc và uống thuốc suy giáp.

3.7. Con bão giáp

Đây là biến chứng đáng sợ nhất: nhiệt độ tăng cao, mạch tăng, huyết áp giảm, vật vã, hôn mê và chết rất

nhANH nếu không cấp cứu kịp thời. Để phòng ngừa điều dưỡng phải thực hiện y lệnh cho người bệnh uống thuốc bình giáp trước mổ.

4. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Giúp người bệnh biết các dấu hiệu và triệu chứng nhược giáp, cường giáp, hạ calci máu.

Giúp người bệnh biết tên thuốc, tác dụng, liều lượng, thời khoá biểu, chỉ định thường quy, tác dụng phụ của thuốc hormone tuyến giáp.

Người bệnh được điều trị ổn định tuyến giáp trong suốt thời gian mổ. Điều trị sau mổ hoàn tất bởi việc uống thuốc kháng giáp từ 1 – 2 tháng để ổn định tuyến giáp và với Iodine trong 7 – 10 ngày...

Cắt nhâm tuyến phó giáp hay tổn thương hậu quả giảm calci trong máu và co giật.

Thông tin cho người bệnh về sự thiệt hại tổn thương thanh quản trong suốt thời kỳ mổ vì người bệnh sẽ bị mất tiếng, khản tiếng bởi liệt dây thừng thanh âm.

Thông tin cho người bệnh bị suy giáp vĩnh viễn sau 1 năm khi cắt bỏ bán phần tuyến giáp ở người bệnh bị Basedow.

LƯỢNG GIÁ

Khi người bệnh ra viện: chức năng tim mạch, hô hấp trở về bình thường.

Điện giải bình thường, thoải mái hơn.

Giao tiếp tiếng nói rõ.

Vết mổ không nhiễm trùng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Kể 4 dấu hiệu thiếu calci:

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

2. Can thiệp điều dưỡng khi người bệnh khó thở sau mổ bướu giáp bao gồm:

- A. Lượng giá: tần số,
- B. Đánh giá mức độ hôn mê
- C. Luôn để sẵn dụng cụ hút đờm và

3. Giáo dục người bệnh sau mổ bướu giáp về dinh dưỡng như sau:

- A. Nên trong sau mổ
- B. Ăn thức ăn vào ngày thứ

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 sau mổ bướu giáp thường bị co giật bão giáp.		
5	Không cho người bệnh ăn cho đến khi người bệnh hết đau họng.		
6	Không cho người bệnh nói 3 ngày sau mổ.		
7	Vết mổ thay băng mỗi ngày.		

8	Cắt chỉ vết mổ sớm.		
9	Rút nội khí quản khi người bệnh tỉnh.		
10	Người bệnh nên nằm ở tư thế đầu bằng sau mổ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Knowledge base for Patient with Respiratory Dysfunction, chapter 14, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 580 – 590.
2. Linda B. Haas, Endocrineproblem, chapter 47, section 8, Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1491 – 1499.
3. Debra C. Broadwell, Endocrine and Metabolic Systems, chapter 9, Mosby's Manual of Clinical Nursing, Jun M.Thompson – Gertrude K. Mcfarland – Jane E. Hirsch – Susan M. Tucker – Arden C, Bowers, second Edition, the C.V, Mosby Company, 964 – 966.
4. Nguyễn Hoài Nam, Bệnh bướu giáp, Bệnh học và điều trị học ngoại khoa lồng ngực – tim mạch – thần kinh, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh 2002, 197.
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, 167.

Chương 4. TIẾT NIỆU

Bài 29

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ HỆ TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu và chức năng của hệ tiết niệu.
2. Chăm sóc được người bệnh khám các xét nghiệm cận lâm sàng.
3. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ hệ tiết niệu.
4. Chăm sóc được các loại dẫn lưu hệ tiết niệu.
5. Chăm sóc được người bệnh mổ hệ tiết niệu.

I. BỆNH HỌC

1. GIẢI PHẪU VÀ CHỨC NĂNG HỆ TIẾT NIỆU

Hệ tiết niệu có liên quan chặt chẽ với hệ sinh dục. Hệ tiết niệu gồm:

1.1. Hai thận

Thận nằm sau phúc mạc trong ổ thận gồm thận phải và thận trái, thận phải thường thấp hơn thận trái. Về mặt chức năng, thận là cơ quan lọc nước tiểu để thải các chất thải của quá trình chuyển hóa, đào thải chất độc, giữ vững hằng định nội môi (cân bằng nước và điện giải...). Ngoài ra, nó còn tham gia vào quá trình tạo máu nhờ chất Renin và Erythropoietin.

1.2. Hai niệu quản

Niệu quản phải và trái là hai ống dẫn nước tiểu từ thận xuống bàng quang. Niệu quản dài 25cm, có 3 chỗ hẹp: khúc nối niệu quản – bể thận, nơi bắt chéo động mạch chậu, và đoạn trong thành bàng quang.

1.3. Một bàng quang

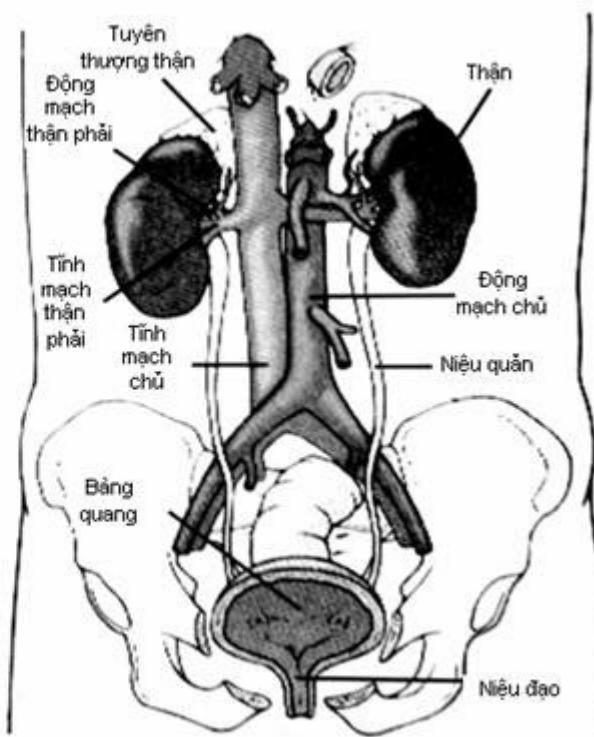
Có nhiệm vụ chứa nước tiểu giữa 2 lần đi tiểu. Dung tích chứa là 250 – 300ml, sức chứa tối đa có thể đến 2 – 3 lít.

1.4. Một niệu đạo

Là đoạn cuối của hệ tiết niệu có nhiệm vụ dẫn nước tiểu ra ngoài. Có sự khác biệt giữa niệu đạo nam và nữ:

Niệu đạo nam: vừa là cơ quan bài tiết nước tiểu vừa tham gia vào hệ sinh dục (dẫn tinh dịch). Niệu đạo nam dài 16cm gồm 3 đoạn: niệu đạo tuyến tiền liệt, niệu đạo màng và niệu đạo xốp.

Niệu đạo nữ: dài 3cm chạy dọc trước âm đạo và tận cùng là lỗ ngoài niệu đạo nằm ở phần trước tiền đình âm đạo.



Hình 29.1. Giải phẫu học cơ quan tiết niệu

2. SỰ TÁI HẤP THU VÀ BÀI TIẾT Ở THẬN

Quá trình tái hấp thu ở ống thận diễn ra ở ống lượn gần. Một số chất như glucose, protein, axit amin, ion acetoacetat và vitamin được tái hấp thu hoàn toàn, khi đến xuống quai Henle thì không còn những chất này. Một số chất khác được tái hấp thu như Na^+ , K^+ , Cl^- , HCO_3^- , urê, creatinine... thì được hấp thu tại ống lượn gần khoảng 65%.

2.1. Tái hấp thu Glucose

Glucose được tái hấp thu hoàn toàn ở ống lượn gần, mức lọc tùy thuộc vào nồng độ glucose trong máu.

Nồng độ ngưỡng của glucose trong huyết tương là 180mg/dl, nghĩa là, nếu đường huyết nhỏ hơn 180mg/dl thì glucose được tái hấp thu hết.

2.2. Tái hấp thu các axit amin và protein

Có 30g protein huyết tương được lọc qua cầu thận mỗi ngày. Phân tử protein quá lớn nên nó được hấp thu bằng ẩm bào, đưa protein vào bào tương. Tại đây protein bị tiêu đi và chuyển thành các axit amin.

2.3. Tái hấp thu urê và các chất hoà tan

Cơ thể tạo thành urê trung bình từ 25 – 30g mỗi ngày, tùy thuộc vào chế độ ăn protein nhiều hay ít. Nồng độ bình thường trong huyết tương là 25mg/dl, ở những người bệnh suy thận có thể cao đến 200mg/dl.

2.4. Tái hấp thu nước

Ở ống lượn gần các chất hoà tan được tái hấp thu làm áp suất trong dịch kẽ tăng, nó kéo theo nước. Do nước đi cùng với các chất hoà tan nên dịch ở ống lượn gần là đồng thẩm thấu, luôn giữ đẳng trương. Lượng nước được tái hấp thu là 65% tức 117 lít/24 giờ, còn lại xuống quai Henle.

3. CÁC CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT THUỘC HỆ TIẾT NIỆU

3.1. Các phẫu thuật hệ tiết niệu

Cắt thận do ung thư thận, chảy máu thận không điều trị bảo tồn được. Lấy sỏi niệu ở thận, ghép thận, tái tạo niệu quản, tái tạo niệu đạo, phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến qua nội soi, phẫu thuật ung thư bàng quang.

3.2. Các thủ thuật hệ tiết niệu

Lấy sỏi niệu quản qua nội soi, lấy sỏi bàng quang qua nội soi, nong niệu quản qua nội soi bàng quang – niệu quản.

4. CHĂM SÓC DẪN LƯU HỆ TIẾT NIỆU

4.1. Giới thiệu dẫn lưu niệu khoa

Ống thông được cấu tạo bởi chất liệu: cao su, plastic, ống thông có tráng silicone, kim loại hay những vật liệu khác dùng để dẫn lưu, tiêm hay dẫn lưu dịch qua cơ thể. Tiến trình đưa ống thông qua hốc cơ thể được gọi là hệ thống dẫn lưu. Những dẫn lưu đặt bên trong cơ thể thường có bóng để giữ dẫn lưu. Điều dưỡng phải hiểu lý do đặt dẫn lưu, kỹ thuật vô khuẩn, chăm sóc dẫn lưu thích hợp.

Giới thiệu dẫn lưu: có nhiều loại ống, kích cỡ, hình dáng.

French là đơn vị đo, 1 French = 0,33mm đường kính. Phái nam thường dùng ống cỡ từ 16 – 18F. Phái nữ thường dùng ống cỡ 14 – 16F.

Hệ tiết niệu thường có các loại dẫn lưu: niệu đạo, niệu quản, dẫn lưu bể thận, dẫn lưu hố thận, dẫn lưu bàng quang.

4.2. Chỉ định đặt dẫn lưu niệu khoa

Giảm căng bàng quang do tắc, liệt, không tiểu được.

Giảm áp lực bàng quang trước mổ và trong trường hợp mổ bụng vùng thấp hay mổ vùng chậu.

Dễ dàng cho những phẫu thuật sửa chữa niệu đạo và chung quanh.

Cổ định, tái tạo, nong niệu đạo hay niệu quản để lành vết thương sau mổ hay sau chấn thương.

Điều trị tưới rửa bàng quang.

Đo lường chính xác nước tiểu xuất cho những người bệnh nặng.

Đo được nước tiểu tồn lưu.

Nghiên cứu cấu trúc giải phẫu hệ tiết niệu.

Dẫn lưu điều trị, phòng ngừa, nong niệu quản, nong niệu đạo.

Bơm rửa sỏi, mù thận...

4.3. Dẫn lưu niệu đạo

Dẫn lưu niệu đạo là dẫn lưu đi qua niệu đạo, qua cơ vòng bàng quang, vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu. Có nhiều nguyên tắc cơ bản chăm sóc người bệnh có dẫn lưu niệu đạo. Người bệnh có dẫn lưu niệu đạo thường được quản lý ở bệnh viện nhưng không vì thế mà không có nguy cơ nhiễm trùng. Do đó, cần tuân thủ biện pháp vô khuẩn khi đặt dẫn lưu và duy trì vô khuẩn với hệ thống kín. Bơm rửa bàng quang không nên thực hiện thường xuyên nếu không cần thiết. Trong thời gian có dẫn lưu điều dưỡng nên chăm sóc hệ thống thông tốt, an toàn và ngăn ngừa nhiễm khuẩn, theo dõi dịch xuất nhập. Chăm sóc dẫn lưu niệu đạo, điều dưỡng cần chú ý là khi cần thiết mới đặt dẫn lưu niệu đạo và rút sớm khi hết tác dụng. Cần cho người bệnh cùng tham gia chăm sóc để giúp người bệnh không phiền muộn vì các yếu tố: phôi triển cơ thể, thay đổi hình dáng cơ thể, lệ thuộc vào người khác... Với người bệnh đi lại được, nên hướng dẫn họ cách theo dõi dẫn lưu, cách cố định ống trong khi đi lại. Nếu cần đặt dẫn lưu niệu đạo nên thực hiện vô khuẩn, kín và 1 chiều. Nên đồ túi chứa thường xuyên và để túi chứa thấp hơn bàng quang 60cm. Nếu hệ thống bị tắc thì thay dẫn lưu mới, luôn phải duy trì dòng chảy thông suốt. Chăm sóc bộ phận sinh dục, bao gồm rửa sạch đầu tiểu và ống dẫn lưu với nước và dung dịch sát khuẩn, sau đó bôi kháng sinh mỡ. Không nên sử dụng phấn và chất nhờn gần dẫn lưu. Phải cố định dẫn lưu đúng tư thế để tránh di động và căng ở niệu đạo. Hệ thống dẫn lưu phải vô khuẩn hoàn toàn cả trong khi thực hiện thủ thuật tưới rửa khi tắc hay do cục máu đông nếu nghi ngờ, nếu cần tưới rửa với dẫn lưu ngăn ngày nên dùng dẫn lưu Foley 3 nhánh. Nếu đặt dẫn lưu trong thời gian dài người bệnh nên uống nhiều nước để thải cặn lắng. Khi muốn lấy mẫu nước tiểu để cấy thì nên dùng kim 21 để rút ở bên ngoài ống dẫn lưu nhưng trước khi làm nên sát trùng bên ngoài ống bằng dung dịch sát khuẩn. Thông thường khi đặt dẫn lưu dưới 2 tuần thì không cần thiết phải thay dẫn lưu khác. Với dẫn lưu đặt lâu ngày chỉ thay khi sờ thấy dây cứng, hay chức năng ống giãn. Túi hứng nếu muốn dùng lại nên rửa lại bằng xà phòng và nước, nếu không muốn dùng ngay lại nên ngâm rửa bằng dung dịch giấm để ngăn ngừa vi trùng *Pseudomonas*, nhưng tốt nhất là không sử dụng lại.

4.4. Dẫn lưu niệu quản

Dẫn lưu niệu quản đi qua đường niệu đạo đến bàng quang vào niệu quản qua màn hình nội soi bàng quang.

Dẫn lưu niệu quản phải đặt khi phẫu thuật: đặt bên trong từ niệu quản và dẫn lưu ra thành bụng. Dẫn lưu niệu quản có chức năng làm nòng sau giải phẫu trong ngăn ngừa tắc do phù, cục máu đông. Người bệnh được rút dẫn lưu ra khi đạt được mục đích điều trị.

Thường xuyên báo cáo riêng lượng nước tiểu ở dẫn lưu niệu quản với các dẫn lưu niệu khác. Người bệnh nên nằm tại giường trong thời gian có dẫn lưu niệu quản cho đến khi có chỉ định đi lại. Dẫn lưu thường lưu lại trong trường hợp giải phẫu lấy sỏi hay tắc niệu quản do khối u. Nơi đặt chân dẫn lưu cần được chăm sóc thường xuyên tránh tổn thương da.

Lượng nước tiểu ở bồn thận có dung tích khoảng 3 – 5ml. Nếu dung tích nước tiểu gia tăng thì tổn thương mô thận vì thế điều dưỡng không nên cột dẫn lưu niệu quản. Theo dõi lượng nước tiểu, nếu giảm nên báo bác sĩ ngay. Nếu có y lệnh tưới rửa dẫn lưu niệu quản nên áp dụng vô khuẩn tuyệt đối, bơm áp lực nhẹ. Số lượng nước cho mỗi lần bơm ở mức độ trung bình nhưng tùy thuộc vào người bệnh nếu người bệnh thấy đau, căng tức thì nên ngưng lại; mỗi lần bơm vào thì phải xả nước ra ngay và nên lưu ý số lượng nước ra lúc nào cũng nhiều hơn bơm vào. Dẫn lưu nên theo dõi ít nhất 1 – 2 giờ sau đặt. Trong thời gian còn dẫn lưu niệu quản thì người bệnh vẫn còn lượng nước tiểu qua dẫn lưu niệu đạo, do đó cần báo cáo nước tiểu qua dẫn lưu niệu quản và qua niệu đạo.

Thỉnh thoảng dẫn lưu niệu quản được dùng như làm nòng và không có tác dụng dẫn lưu. Điều quan trọng là nên liên hệ với bác sĩ, hay đọc phương thức phẫu thuật giúp điều dưỡng hiểu tác dụng của loại dẫn lưu giúp chăm sóc dẫn lưu an toàn và hiệu quả.

4.5. Dẫn lưu bàng quang ra da (hình 29.2)

Dẫn lưu bàng quang trên xương mu là phương pháp đơn giản nhất và cổ xưa nhất để chuyển dòng nước tiểu. Có hai cách: một là, gây tê tại chỗ rồi dùng Trocar đặt và khâu cố định ống trên da; hai là, đặt trong khi gây mê toàn diện qua phẫu thuật.

Chăm sóc: điều dưỡng cần băng kín chân dẫn lưu, phòng ngừa rôm lở da tích cực. Dẫn lưu bàng quang trên xương mu thường dùng tạm thời cho



Hình 29.2. Dẫn lưu bàng quang ra da

những người bệnh bị u xơ tiền liệt tuyến, bơm rửa cầm máu, giúp giải thoát nước tiểu khi chấn thương hay khi phẫu thuật niệu đạo. Cũng có khi dùng dài hạn như bị rò, đặt thay thế dẫn lưu niệu đạo, u xơ tiền liệt tuyến nhưng người bệnh chưa thể phẫu thuật được...

Dẫn lưu bàng quang thường dẫn lưu kém do tắc cơ học bởi thành dẫn lưu cọ vào thành bàng quang, do cặn lắng, do máu cục.

Can thiệp điều dưỡng: ngăn ngừa ống dẫn lưu cuộn tròn, vuốt ống, tưới rửa khi có y lệnh, câu nối xuống thấp. Điều dưỡng cần chăm sóc cẩn thận vùng da quanh chân dẫn lưu, ngừa rôm lở da tích cực. Theo dõi dấu hiệu xì dò nước tiểu. Điều dưỡng không được cột dẫn lưu vì sẽ gây xì dò nước tiểu. Cho người bệnh uống nhiều nước. Nếu trường hợp lưu ống lâu điều dưỡng sẽ hướng dẫn người bệnh đến cơ quan y tế thay ống mới.

4.6. Dẫn lưu bể thận

Dẫn lưu thận sẽ được đặt trong bể thận để giải quyết tắc nghẽn ở thận. Chăm sóc cơ bản giống như dẫn lưu niệu quản. Chất qua dẫn lưu bể thận là nước tiểu. Điều dưỡng không bao giờ được cuộn dẫn lưu lại, không giơ cao bình chứa lên trên, không kẹp dẫn lưu khi chưa có y lệnh điều trị, không tự ý bơm rửa nếu không có chỉ định điều trị.

Nếu người bệnh than phiền đau nhiều ở nơi dẫn lưu thì nên xem lại dẫn lưu có thông không, luôn đặt bình chứa thấp hơn dẫn lưu 60cm, bình chứa dịch kín, vô trùng. Khi có y lệnh rửa thì chỉ bơm mỗi lần không quá 5ml nước muối sinh lý, và tuân thủ nghiêm ngặt kỹ thuật vô trùng. Khi bơm rửa ngăn ngừa căng phồng ở thận và tổn thương niệu quản, khi người bệnh than đau thì ngưng lại. Nhiễm trùng và sốt sỏi là biến chứng có liên quan với dẫn lưu thận.



Hình 29.3. Dẫn lưu bể thận

4.7. Dẫn lưu hố thận

Có tính cách phòng ngừa, dịch ra thường là máu, chăm sóc như các dẫn lưu phòng ngừa khác.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ HỆ TIẾT NIỆU

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Tâm lý người bệnh

Đánh giá mức độ lo sợ của người bệnh về cuộc mổ sắp đến. Đánh giá mức độ hiểu biết của người bệnh về phẫu thuật, về bệnh.

1.2. Nhận định tình trạng người bệnh

* *Lâm sàng:*

Huyết áp cao hay thấp.

Tình trạng mạch.

Theo dõi tình trạng cân nặng.

Nhận định tình trạng người bệnh phù, mức độ phù và đánh giá độ đàn hồi của da, màu sắc da, vị trí phù, phù chân có kèm phù mắt không.

Nhận định nước tiểu về màu sắc, tính chất nước tiểu như người bệnh tiểu đục, lợn cợn. Đặc biệt cần nhận định về số lượng nước tiểu để đánh giá tình trạng tổn thương thận. Điều dưỡng cần hỏi người bệnh về quá trình đi tiểu như tiểu lắt nhắt, tiểu ngắt quãng ở người bệnh sỏi niệu...

Đau bụng hay đau lưng, tư thế giảm đau, tình trạng nước xuất nhập.

Hỏi tiền sử tiểu ra sỏi lần nào chưa, tiền sử nhiễm khuẩn tiểu...

Người bệnh bị rối loạn tiêu hoá như chán ăn, buồn nôn, khó tiêu.

* *Cận lâm sàng:*

Xét nghiệm máu: creatinine, BUN, urê...

Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu.

Siêu âm: xác định sỏi, vị trí và kích thước viên sỏi.

Thủ thuật chẩn đoán hệ tiết niệu: KUB, UIV...

2. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Chăm sóc trước mổ được chuẩn bị giống như bài chăm sóc trước mổ chung nhưng cần chú ý thực hiện y lệnh bù nước và điện giải cho người bệnh, đánh giá chính xác nước xuất nhập của người bệnh. Điều dưỡng cần hiểu và đánh giá kết quả xét nghiệm chức năng thận, báo ngay cho bác sĩ nếu có kết quả bất thường.

Thực hiện các thủ thuật niệu khoa trước mổ: điều dưỡng chuẩn bị cho người bệnh thực hiện an toàn các thủ thuật niệu khoa, các xét nghiệm cận lâm sàng.

Cung cấp thông tin cho người bệnh hiểu về phương thức phẫu thuật như vết mổ hở, phẫu thuật nội soi, thủ thuật nội soi, cách chăm sóc sau mổ nếu mổ bên hông, người bệnh có các dẫn lưu sau mổ, tư thế nằm nghiêng sau mổ và đau.

Người bệnh cần được vệ sinh trước mổ như cạo lông bộ phận sinh dục vì người bệnh hầu như đều phải dẫn lưu niệu đạo và thủ thuật qua niệu đạo như nội soi bàng quang, niệu quản...

Hướng dẫn, giáo dục người bệnh về cách chăm sóc bộ phận sinh dục, cách ngồi dậy đi lại khi có ống thông tiểu, đau rất và cảm giác mót tiểu do bóng chèn ở cổ bàng quang...

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ HỆ TIẾT NIỆU

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định về nước tiểu rất quan trọng trong việc theo dõi và chăm sóc người bệnh phẫu thuật hay thủ thuật niệu.

Dấu chứng sinh tồn: chú ý mạch và huyết áp để phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu sau mổ hay huyết áp cao là do suy thận sau mổ.

Nhiệt độ: theo dõi sát để phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng.

Phù: quan sát da, khám dấu hiệu phù sau mổ và so sánh từng ngày.

Vết mổ: tình trạng đau vết mổ, băng thấm dịch.

Dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất. Lưu ý, nếu có dẫn lưu bể thận hay dẫn lưu niệu quản cần ghi nhận số lượng nước tiểu của từng loại dẫn lưu với dẫn lưu niệu đạo.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Nước tiểu bất thường sau mổ

Sau phẫu thuật niệu việc nhận định về nước tiểu rất quan trọng trong việc theo dõi và chăm sóc người bệnh phẫu thuật hay thủ thuật niệu. Điều dưỡng theo dõi màu sắc nước tiểu, nếu nước tiểu màu đỏ điều dưỡng cần theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn vì có nguy cơ chảy máu sau mổ, nếu có màu đục như sữa có thể do tiểu protein, hay lợn cợn có thể là sỏi... Về số lượng nước tiểu cũng rất quan trọng vì nếu tiểu ít cũng có nguy cơ suy thận sau mổ. Nếu người bệnh có ống thông tiểu thì bình thường nước tiểu ra 0,5 – 1ml/kg cân nặng/giờ. Nếu người bệnh tự tiểu thì đánh giá tính chất đi tiểu, số lượng nước tiểu trong ngày. Nếu sau mổ 6 – 8 giờ mà người bệnh không có nước tiểu thì điều dưỡng phải thăm khám bằng quang để đánh giá có cầu bàng quang không. Điều dưỡng cần nhận định tính chất, mùi của nước tiểu để phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng.

2.2. Nguy cơ chảy máu sau mổ

Để phát hiện tình trạng chảy máu sau mổ người điều dưỡng cần quan sát nước tiểu hay dịch qua dẫn lưu, vết mổ, màu sắc nước tiểu. Nếu nước tiểu có màu đỏ kèm theo máu cục nên báo cáo ngay tình trạng người bệnh cho bác sĩ. Đo lại mạch, huyết áp của người bệnh. Tình trạng da niêm có dấu hiệu thiếu máu như da xanh, niêm nhạt.

2.3. Tổng trạng người bệnh suy kiệt

Theo dõi dấu chứng sinh tồn, cân nặng, phù, da niêm. Cho người bệnh ăn uống theo chế độ bệnh lý: ăn nhạt, uống nhiều nước. Trong một số trường hợp người bệnh cần có chế độ dinh dưỡng đặc biệt. Nếu người bệnh ăn kém có thể nuôi ăn qua ống thông.

2.4. Mức độ đau vết mổ

Đau do nơi vết mổ (thường ở vùng hông, lưng), đau do dẫn lưu thường làm cho người bệnh không dám thở nên ảnh hưởng đến tình trạng hô hấp của người bệnh. Vì thế điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng hô hấp như khó thở, thiếu oxy, thờ cơ hô hấp phụ do đau..., điều dưỡng thực hiện thuốc giảm đau cho người bệnh. Cho người bệnh nằm ở tư thế giảm đau như nghiêng nhẹ nhàng qua vết mổ. Ngồi dậy thường xuyên, hướng dẫn người bệnh cách thở sâu.

2.5. Nước tiểu bất thường do không tiểu qua đường tiểu bình thường

Ngay sau mổ 1 – 2 giờ điều dưỡng cần theo dõi nước tiểu và các dẫn lưu khác nên được báo cáo chính xác và riêng biệt như cần báo cáo số lượng nước tiểu qua dẫn lưu niệu đạo riêng với dẫn lưu niệu quản. Các

dẫn lưu nước tiểu không được kẹp hay tưới rửa khi chưa có y lệnh đặc biệt. Điều dưỡng cần biết thông tin về cuộc mổ để có sự chăm sóc thích hợp. Tổng nước tiểu xuất bình thường là 30 – 50ml/giờ. Theo dõi cân nặng, so sánh với trước mổ. Ghi lại màu sắc, số lượng, tính chất nước tiểu, bất thường về máu, mủ, sỏi qua dẫn lưu. Cần lưu ý vấn đề rút dẫn lưu, cần thực hiện theo y lệnh.

2.6. Bí tiểu cấp tính do người bệnh khó tiểu sau mổ

Hầu hết các phẫu thuật hay thủ thuật niệu thường có dẫn lưu niệu đạo. Nhưng trong vài ngày sau mổ người bệnh có thể được rút ống thông tiểu.

Nếu người bệnh tự tiểu: điều dưỡng giúp người bệnh tiểu đúng tư thế, kín đáo, giảm đau.

Nếu người bệnh tiểu khó: điều dưỡng giúp người bệnh tự tiểu được qua các kỹ thuật như nghe tiếng nước chảy, đắp ấm vùng trên xương mu, cho người bệnh nằm trên bô tiêu kín đáo, cho người bệnh đến nhà vệ sinh.

Nếu người bệnh tiểu qua dẫn lưu: chăm sóc hệ thống ống thông niệu đảm bảo đúng kỹ thuật vô trùng, hệ thống thông cầu nối an toàn vô trùng. Rút thông tiểu sớm để tránh tình trạng nhiễm trùng tiểu. Mỗi ngày nên cân người bệnh giúp để cân bằng điện giải và nước, cho người bệnh uống nhiều nước.

2.7. Khó thở do đau vết mổ sau mổ

Do vết mổ nằm ở bên dưới xương sườn 12 và gần cạnh dưới cơ hoành nên người bệnh sẽ hạn chế thở do đau, vì vậy có nguy cơ thiếu oxy, viêm phổi, ảnh hưởng đến tình trạng trao đổi khí của người bệnh. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tập thở, ngồi dậy, thực hiện thuốc giảm đau khi tập nếu người bệnh quá đau. Theo dõi dấu hiệu khó thở, kiểu thở.

2.8. Bụng căng chướng do cầu bàng quang, do liệt ruột

Sau mổ người bệnh căng chướng bụng do có cầu bàng quang sau mổ, hoặc do nguyên nhân phổ biến hơn là liệt ruột sau mổ. Điều dưỡng cần thăm khám, phát hiện khối cầu bàng quang, tìm nguyên nhân và hướng giải quyết để giúp người bệnh thoải mái sau mổ. Nếu người bệnh bứt rứt, khó chịu cũng có nguy cơ gây chảy máu sau mổ.

Theo dõi nhu động ruột, cơn đau bụng, tình trạng căng chướng bụng, nghe nhu động ruột. Hướng dẫn người bệnh cách hít thở sâu, ho, tập bụng, ngồi dậy. Người bệnh sẽ uống nước khi có nhu động ruột, cho người bệnh uống nhiều nước. Hướng dẫn người bệnh đi tiểu đúng tư thế, kín đáo. Cho người bệnh nằm ở tư thế Fowler, hít thở sâu, đặt tube Levine, đặt ống thông trực tràng...

2.9. Người bệnh lo lắng do nước tiểu qua dẫn lưu

Giải thích và hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc, ngồi dậy, đi lại khi có dẫn lưu. Giúp người bệnh tham gia vào việc theo dõi số lượng nước tiểu. Báo cáo cụ thể số lượng, tính chất của nước tiểu qua dẫn lưu. Điều dưỡng chăm sóc da ở chân dẫn lưu khô sạch giúp người bệnh thoải mái, an tâm. Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước trong ngày. Hướng dẫn người bệnh vệ sinh sạch sẽ vùng sinh dục nếu người bệnh còn dẫn lưu niệu đạo. Chú ý, không cho người bệnh đặt túi hứng dịch trên giường hay treo cao hơn vị trí dẫn lưu. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách nằm nghiêng về phía dẫn lưu, cách ngồi dậy cần phải khoá ống dẫn lưu tránh dịch bắn chảy ngược vào trong. Hướng dẫn người bệnh cách đi lại khi có ống dẫn lưu.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Tại bệnh viện: hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước, ăn uống hạn chế các thức ăn dễ tạo sỏi nếu người bệnh mổ sỏi niệu. Vận động người bệnh tập thở vì do đau vết mổ mà hạn chế thở sẽ dẫn đến nguy cơ ứ đọng dịch ở phổi. Hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục. Hướng dẫn người bệnh cách theo dõi màu sắc nước tiểu.

Khi xuất viện: đôi khi người bệnh phải mang dẫn lưu về nhà, điều dưỡng cần hướng dẫn cách chăm sóc ống, cách vệ sinh thân thể khi có ống như: tắm tránh để xà phòng thấm vào dẫn lưu (nên dùng xà phòng có

độ pH nhẹ). Thay băng mới ngay sau khi tắm. Hướng dẫn người bệnh đi lại tránh bị sút ống.
 Hướng dẫn tái khám theo lịch hẹn để rút ống, thay ống dẫn lưu.
 Dinh dưỡng: cho người bệnh uống nhiều nước, ăn uống bình thường.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh sau mổ không có biến chứng về hệ tiết niệu, nước tiểu.
 Người bệnh tiểu bình thường.
 Người bệnh không lo lắng và hợp tác tốt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nhận định tình trạng người bệnh trước mổ về lâm sàng:

A.
 B.
 C.
 D.
 E.

2. Chăm sóc dẫn lưu bàng quang ra da cần chú ý:

A.
 B.

3. Chuẩn bị người bệnh siêu âm hệ tiết niệu cần:

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	Dẫn lưu bàng quang là dẫn lưu điều trị.		
5	Dẫn lưu niệu quản thường là dẫn lưu máu và nước tiểu.		
6	Dẫn lưu niệu quản là dẫn lưu đi qua đường niệu đạo đến bàng quang vào niệu quản qua màn hình nội soi bàng quang.		
7	Không tự động cột ống dẫn lưu niệu quản khi chưa có y lệnh.		
8	Tất cả dẫn lưu niệu đạo được rút sau 10 ngày.		
9	Dẫn lưu thận chỉ ra nước tiểu.		
10	Dẫn lưu bàng quang chỉ có nước tiểu.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Melinda Hendersen. Knowledge base for Patient with Urinary Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., W.B. Saunders company, 1998, 1329 – 1369.
2. Patricia Bates, Sharon L. Lewis. Urinary system, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1311 – 1330.
3. Debra C. Broadwell, Genitourinary System, chapter 12, Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company, 1986, 1087 – 1105.
4. Trần Văn Sáng, Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cơ quan tiết niệu, Bệnh học và điều trị học ngoại khoa lồng ngực – tim mạch – niệu, Nhà xuất bản Y học, 1998, 194 – 211.
5. Nguyễn Quang Quyền, Lê Văn Cường, Phạm Đăng Diệu, Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Văn Hưng, Hệ tiết niệu, Giải phẫu học giản yếu, chương 11, Nhà xuất bản Y học, 1994, 422.

Bài 30

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CƠ QUAN TIẾT NIỆU

I. DẤU HIỆU LÂM SÀNG CHỦ YẾU

1. Con đau bão thận

Thường xuất hiện đột ngột, cơn đau xảy ra khi người bệnh đang lao động, đang chơi thể thao. Triệu chứng đau thường kèm theo nôn, chướng bụng, dấu hiệu nhiễm trùng. Điều dưỡng thực hiện khám bụng thường thấy chướng nhẹ, phản ứng thành bụng phía bên đau.

2. Tiểu ra mủ

Người bệnh có nước tiểu đục và để phân biệt nước tiểu đục do cặn phosphate với đục do nguyên nhân khác điều dưỡng cho axit axêtic vào nước tiểu trong.

3. Tiểu ra dưỡng trấp

Nước tiểu đục như sữa, để yên thì không lắng cặn và không có dấu hiệu tiểu gắt, buốt. Xét nghiệm nước tiểu tìm vi trùng, tế bào mủ.

4. Tiểu ra máu

Có rất nhiều nguyên nhân và bệnh lý gây cho người bệnh tiểu ra máu và đôi khi mắt nhìn qua nước tiểu không thấy máu nhưng nếu xét nghiệm vi thể sẽ có thể thấy hồng cầu trong nước tiểu. Phân biệt tiểu ra huyết sắc tố màu đỏ nhưng khi để lắng thì không lắng làm hai lớp, xét nghiệm thấy có huyết sắc tố, ít hồng cầu.

Điều dưỡng thực hiện nghiệm pháp 3 ly: nước tiểu chứa trong 3 ly đều nhau trong quá trình đi tiểu. Nếu nước tiểu chỉ đỏ ở ly đầu, nguyên nhân là từ sang thương tiền liệt tuyến hoặc niệu đạo. Nếu nước tiểu chỉ đỏ ở ly cuối, sang thương là ở bàng quang (sỏi, lao hoặc bướu bàng quang). Nếu nước tiểu đỏ ở cả 3 ly, sang thương là từ thận (sỏi, lao hoặc bướu thận).

5. Rối loạn đi tiểu

Đặc điểm đi tiểu bình thường: thoải mái, không đau, tiểu hết nước tiểu, tiểu có kiểm soát.

Rối loạn khi đi tiểu như: tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt, đi tiểu ít, rát, nhiều lần. Tiểu khó, tia nước tiểu yếu, thời gian tiểu kéo dài, tiểu xong còn cảm giác mắc tiểu.

Nước tiểu tồn lưu: khi tiểu xong người bệnh vẫn còn nước tiểu trong bàng quang lớn hơn 50ml.

Tiểu không kiểm soát: người bệnh không giữ được nước tiểu.

6. Bí tiểu

Cấp: do phản xạ thần kinh, người bệnh mót tiểu nhiều nhưng không tiểu được mặc dù trong bàng quang đầy nước tiểu, khám có cầu bàng quang.

Mạn: nước tiểu tồn lưu, người bệnh tiểu được nhưng khám lúc nào cũng thấy có cầu bàng quang.

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

Giải thích cho người bệnh về mục đích của các xét nghiệm giúp xác định chức năng thận và bệnh lý hệ tiết niệu. Người bệnh không ăn uống, hạn chế uống nước, không uống thuốc trước 24 giờ và nhất là các thuốc có ảnh hưởng đến thận nếu như không có chỉ định.

1. Xét nghiệm nước tiểu

Nên lấy nước tiểu vào buổi sáng, sau khi vệ sinh sạch bộ phận sinh dục. Dụng cụ hứng nước tiểu phải sạch hay vô trùng không lẫn các tạp chất. Điều dưỡng cũng cần biết tính chất bình thường của nước tiểu như:

* *Lý học*:

Khối lượng: lượng nước tiểu bình thường là 1 – 1,5 lít/24 giờ, gọi là đa niệu khi lượng nước tiểu lớn hơn 3 lít/24 giờ, gọi là thiểu niệu khi lượng nước tiểu nhỏ hơn 800ml/24 giờ, gọi là vô niệu khi lượng nước tiểu ít hơn 200ml/24 giờ.

Màu sắc: bình thường trong, có màu vàng nhạt.

Tỷ trọng: 1,015 – 1,025, nước tiểu ban đêm cô đặc hơn ban ngày.

* *Sinh hóa*: những chất bình thường trong nước tiểu: đạm, đường, cetone, hemoglobine, sắc tố mật, muối mật, pH nước tiểu là 5,5 – 6,5.

Cặn lắng: trụ, tế bào.

Vi trùng: tiêu chuẩn nhiễm trùng niệu đạo vào số lượng khuẩn lạc đếm được sau khi cấy 1ml nước tiểu là:

10^5 : có nhiễm trùng tiểu.

Từ 10^4 – 10^5 : nghi ngờ.

Nhỏ hơn 10^4 : vậy trùng.

Các tinh thể: phosphat, oxalate, urate.

2. Xét nghiệm về máu

Người bệnh nhịn đói trước 8 giờ.

Ure: 20 – 40mg/dl, BUN: 5 – 20mg/dl, Creatinine: 0,8 – 1,5mg/dl, Ion đồ.

Thăng bằng kiềm toan: pH máu 7,35 – 7,45.

Các chất chỉ điểm sinh học như:

PSA (Prostatic Specific Antigen) bình thường: nhỏ hơn 4ng/ml.

HCG (Beta Human Chorionic Gonadotrophin): bình thường 20 – 30ng/ml.

III. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG VỀ HÌNH ẢNH

1. X quang bộ niệu không chuẩn bị

Mô tả: chụp phim bụng.

Mục đích: xác định hình ảnh hệ tiết niệu, phát hiện sỏi, bất thường thận, niệu quản, bàng quang, khối u to.

Biến chứng: không.

Chống chỉ định: ở phụ nữ có thai.

Chuẩn bị: người bệnh cần nhịn tháo sạch đại tràng trước 3 – 5 giờ. Tiêu chuẩn phim tốt là thấy được bóng 2 cơ thắt lưng – chậu.

2. X quang bộ niệu có tiêm thuốc cản quang

UIV = Urographie Intra Veineuse hoặc IVP (Intravenous pyelogram)

Mô tả: tiêm vào tĩnh mạch thuốc cản quang có chứa chất iode tan trong nước, tiêm nhiều lần trong nhiều phút và theo dõi trên nhiều phim để quan sát thuốc bài tiết qua thận, niệu quản.

Mục đích: thấy được hình ảnh của hệ tiết niệu, chức năng bài tiết của thận, niệu quản, hình ảnh bất thường của hệ tiết niệu.

Chống chỉ định: không thực hiện nếu Urê máu lớn hơn 0,8g/l hay BUN lớn hơn 40mg/dl, suy thận cấp, tiểu đường không ổn định, mất nước, chống chỉ định với phụ nữ mang thai.

Biến chứng: dị ứng thuốc.

Chăm sóc: thực hiện công tác tư tưởng trước thủ thuật, hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Đêm trước thủ thuật, điều dưỡng nhịn tháo cho người bệnh, người bệnh không ăn uống cho đến khi thực hiện xong thủ thuật, ký giấy cam kết. Sau thủ thuật cho người bệnh ăn bình thường, uống nhiều nước. Theo dõi nước xuất nhập, nôn ói, dị ứng.

3. Chụp X quang ngược chiều có thuốc cản quang

Chụp X quang niệu đạo – bàng quang ngược chiều (UCR = Urethro – Cystographie Rétrograde) là dùng thông Foley đặt vào niệu đạo đến bàng quang và bơm thuốc cản quang. Giúp phát hiện sỏi, hẹp niệu đạo, bướu bàng quang.

Chụp X quang niệu quản – thận ngược chiều (UPR = Uréthro – Pyélographie – Rétrograde): dùng máy nội soi bàng quang cho vào niệu quản 1 thông niệu quản và bơm vào 7 – 10ml thuốc cản quang. Giúp phát hiện thận cầm, sỏi thận hoặc sỏi niệu quản không cản quang.

Biến chứng: không.

Chống chỉ định: phụ nữ mang thai.

Chăm sóc: cho người bệnh thuốc nhuận tràng đêm trước mổ giúp cho sạch đại tràng để thấy rõ bóng thận và các hình ảnh bất thường.

4. Siêu âm

Mục đích: siêu âm để chẩn đoán và lượng giá thận dị tật, tình trạng viêm nhiễm, sỏi calci, suy thận, lượng giá thận sau khi ghép thận. Với bàng quang thì lượng giá nước tiểu của bàng quang trong các trường hợp rối loạn đi tiểu, bất thường bàng quang. Phân loại rộng bao gồm: u thận, viêm mạn tính, ung thư di căn, tổn thương mạch máu, lượng giá hình ảnh bất thường ở hệ tiết niệu, mức độ ứ nước thận, sỏi, khối u, teo hẹp niệu quản.

Biến chứng: không.

Chăm sóc: giải thích thủ tục, tôn trọng sự kín đáo giúp người bệnh không bối rối. Siêu âm đòi hỏi bàng quang căng đầy nước tiểu nên điều dưỡng hướng dẫn người bệnh uống nhiều nước giúp bàng quang căng nước tiểu mới tiến hành siêu âm. Cần giải thích và giữ kín đáo cho người bệnh khi tiến hành siêu âm vì có thể phải phơi bày bộ phận sinh dục nên người bệnh lo sợ và bối rối.

5. CT – scan (Computed tomography)

Mục đích và diễn tả: dùng để chẩn đoán một phần hay toàn bộ hệ tiết niệu. Người bệnh có thể dùng thuốc cản quang qua đường uống, có khi dùng tiêm tĩnh mạch. Người bệnh nằm ngửa trên bàn trong khi chụp. Chẩn đoán các bất thường hệ tiết niệu.

Ứng dụng trên lâm sàng: CT – scan dùng lượng giá rối loạn của hệ tiết niệu. Phân loại rộng của các bệnh lý: u thận, viêm mãn, nhiễm trùng thận, tổn thương mạch máu, bệnh thận khác, lượng giá ung thư di căn.

Biến chứng: không. Chỉ phòng ngừa dị ứng thuốc cản quang.

Chăm sóc: lượng giá người bệnh có dị ứng thuốc, theo dõi dấu hiệu dị ứng thuốc, nên lấy hết những vật kim loại ra khỏi người bệnh. Giải thích cho người bệnh về thủ tục tiến hành, về cách uống thuốc cản quang.

6. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Định nghĩa và diễn tả: là một cuộc khảo sát dựa trên phản ứng của ion dương (protons) và ion âm (electrons) tồn tại trong các mô dưới tác dụng của từ trường. Những hình ảnh thu được qua việc đo lường mức năng lượng thu được từ proton và electron trong quá trình phản ứng dưới tác dụng của từ trường.

Sử dụng trên lâm sàng: quan sát hình ảnh màng bụng, vùng chậu, bàng quang, tiền liệt tuyến. Hình ảnh chứa đựng 3 mặt: xung quanh, đối xứng dọc và ngang. Hầu hết bác sĩ chuyên khoa tiết niệu thấy rằng MRI tại thời điểm này đã thay thế cho phương pháp chụp CT. Việc tiếp tục sử dụng MRI là cần thiết vì nó rất hữu ích đối với những người bệnh bị dị ứng với chất cản quang.

Biến chứng: chống chỉ định với những người bệnh phải dùng máy trợ tim. Rất khó để thu được những hình ảnh rõ ràng với những cử động nhẹ nhất, ngay cả đối với người bị bệnh tim, hô hấp và ruột. Phẫu thuật sử dụng clip và những dụng cụ kim loại, dụng cụ cấy ghép thì phải rất cẩn thận. Không có biến chứng nào từ MRI.

Chăm sóc: không cần chuẩn bị người bệnh khi tiến hành khảo sát MRI, người bệnh phải bảo đảm rằng lấy hết đồ trang sức và dụng cụ kim loại, thẻ tín dụng trước khi vào phòng MRI. Báo cho người bệnh những thủ tục và cảm giác bị gò bó trong lúc tiến hành. Thuốc an thần có thể được áp dụng để thư giãn.

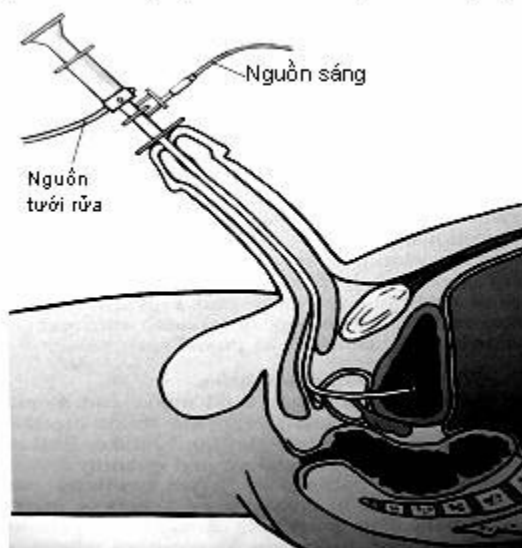
7. KUB (kidneys, uterers, bladder) (thận, niệu quản, bàng quang)

Định nghĩa và diễn tả: phim X quang rộng bản của bụng và có thể thấy toàn bộ hệ tiết niệu.

Sử dụng trên lâm sàng: xác định sỏi, khối u lớn, bất thường của thận, niệu quản, bàng quang. Thường sử dụng như một xét nghiệm chẩn đoán ban đầu cho một cơn đau cấp tính sau khi theo một đợt điều trị bệnh sỏi niệu.

Biến chứng: không.

Chăm sóc: điều dưỡng cho người bệnh thực hiện thủ thuật nếu không phải là tình trạng cấp cứu. Chuẩn bị tốt đại tràng giúp cho phim có hình ảnh rõ ràng.



Hình 30.1. Nội soi bàng quang

8. IVP (intravenous pyelogram)

Định nghĩa và diễn tả: hình ảnh nhuộm chất cản quang. Thầy thuốc tiêm thuốc cản quang qua đường

tĩnh mạch trong nhiều phút và sau đó quan sát qua hàng loạt phim để theo dõi hoạt động của đường tiết niệu. Phim cuối cùng là phim sau khi người bệnh đi hết nước tiểu.

Sử dụng trên lâm sàng: lượng giá chức năng của thận, niệu quản, bàng quang. IVP xác định vị trí sỏi, khối u, hỗ trợ chẩn đoán dị tật bẩm sinh. Thăm định chắc chắn khả năng hoạt động của thận. Phim cuối cùng dùng để xác định thể tích nước tiểu còn lại.

Biến chứng: không có dị ứng với thuốc cản quang. Dấu hiệu dị ứng: người bệnh ngứa, da nổi mẩn đỏ, khó thở.

Chăm sóc: hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng, nhất là dị ứng thuốc cản quang, iode. Giải thích cho người bệnh về các bất thường xuất hiện trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật. Hướng dẫn người bệnh về cách chuẩn bị: nhịn ăn cho người bệnh đêm trước thủ thuật, ngày trước thủ thuật cho ăn thức ăn lỏng, nhịn ăn từ giữa đêm trước thủ thuật. Sau thủ thuật cho người bệnh uống nhiều nước và chế độ dinh dưỡng phù hợp. Theo dõi nước xuất nhập, các dấu hiệu bất thường và các dấu hiệu dị ứng thuốc. Theo dõi nếu người bệnh nôn ói thì báo ngay cho bác sĩ. Bảo đảm người bệnh có đủ nước để đào thải lượng thuốc còn lại của đường niệu.

Chống chỉ định: với người bệnh suy thận cấp, tiểu đường không ổn định, tình trạng mất nước, phụ nữ có thai.

9. Chụp đường niệu xuôi dòng/ngược dòng (Antegrade/Retrograde Pyelogram)

Định nghĩa và diễn tả: thực hiện với bộ nội soi bàng quang. Người bệnh có thể được gây tê tại chỗ. Dùng catheter đưa vào niệu quản và bơm chất cản quang.

Sử dụng trên lâm sàng: thủ thuật này thực hiện khi IVP không thành công hay khi người bệnh dị ứng với thuốc cản quang. Chụp bể thận ngược dòng có cản quang thì ít xâm lấn.

Biến chứng:

Chụp bể thận ngược dòng: thủng niệu quản, thủng bể thận, nhiễm trùng.

Ứ nước tiểu xuôi dòng bể thận: thủng thận, chảy máu, nhiễm trùng, bàng quang căng chướng, tụ máu bao thận.

Chăm sóc: giải thích cho người bệnh về thủ thuật và loại gây tê cần thực hiện cho người bệnh. Chỉ sử dụng gây tê tại chỗ trong trường hợp chụp bể thận ngược dòng. Tuy nhiên, nếu trong trường hợp thực hiện cả hai thủ thuật thì nên gây tê tùy sống hay gây mê toàn thể. Thực hiện thuốc theo y lệnh. Sau thủ thuật: theo dõi dấu chứng sinh tồn, nước xuất nhập, quan sát dấu hiệu nhiễm trùng. Theo dõi số lượng nước tiểu và máu trong nước tiểu. Băng nơi đâm kim, quan sát dẫn lưu nước tiểu và nhiễm trùng.

10. Chụp bàng quang

Định nghĩa và diễn tả: người bệnh được đặt một catheter vào trong bàng quang và bơm chất cản quang vào bàng quang cho đến khi đầy. Chụp nhiều phim sau khi tháo nước tiểu qua catheter cho đến khi lấy hết nước ra thì chụp tấm phim sau cùng.

Sử dụng trên lâm sàng: lượng giá chức năng bàng quang, phát hiện bất thường, sự chảy máu sau phẫu thuật.

Phát hiện khối u trong bàng quang, rò bàng quang, chẩn đoán nguyên nhân tắc đường tiểu, rối loạn đi tiểu. Chẩn đoán tổn thương bàng quang do chấn thương.

Biến chứng: không. Nguy cơ chất cản quang rò qua lỗ kim, sự thẩm thấu của chất cản quang qua thành bàng quang không đủ để gây dị ứng cho người bệnh.

Chăm sóc: giải thích thủ thuật cho người bệnh. Người bệnh không cần gây mê cũng như không cần chuẩn bị gì trước thủ thuật. Chống chỉ định cho phụ nữ mang thai. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với chất cản quang thì điều dưỡng cần thực hiện y lệnh thuốc steroid trước khi tiến hành thủ thuật.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Mục đích của thủ thuật UIV hai IVP là:

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

2. Chuẩn bị người bệnh siêu âm hệ tiết niệu:

- A.
- B.
- C.

3. Mục đích của siêu âm hệ tiết niệu là:

- 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	Chụp X quang niệu đạo – bàng quang ngược chiều là dùng ống thông Foley đặt vào niệu đạo, vào bàng quang và bơm thuốc cản quang.		
5	Người bệnh không ăn, uống khi siêu âm.		
6	Siêu âm giúp phát hiện tất cả sỏi niệu.		
7	Người bệnh cần uống nhiều nước khi chụp phim X quang.		
8	Chống chỉ định thủ thuật UIV nếu urê máu lớn hơn 0,8g/l hay BUN lớn hơn 40mg/dl, suy thận cấp, tiểu đường không ổn định, mất nước, chống chỉ định với phụ nữ mang thai.		
9	PSA (Prostatic Specific Antigen) bình thường: nhỏ hơn 4ng/ml.		
10	pH nước tiểu là 5,5 – 6,5.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Melinda Hendersen. Knowledge base for Patient with Urinary Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., W.B. Saunders company, 1998, 1329 – 1369.
- Patricia Bates. Sharon L. Lewis. Urinary system. in Medical Surgical Nursing. 4th ed.. Lewis Collier

Heitkemper/MOSBY, 1992, 1311 – 1330.

3. Debra C. Broadwell, Genitourinary System, chapter 12, Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company, 1986, 1087 – 1105.

4. Trần Văn Sáng, Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cơ quan tiết niệu, Bệnh học và điều trị học ngoại khoa lồng ngực – tim mạch – niệu, Nhà xuất bản Y học, 1998, 194 – 211.

5. Nguyễn Quang Quyền, Lê Văn Cường, Phạm Đăng Diệu, Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Văn Hưng, Hệ tiết niệu, Giải phẫu học giản yếu, chương 11, Nhà xuất bản Y học, 1994, 422.

Bài 31

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ SỎI NIỆU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân tạo sỏi niệu.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh lý sỏi niệu.
3. Biết được các phương pháp lấy sỏi niệu.
4. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ sỏi niệu.
5. Chăm sóc được người bệnh sau mổ sỏi niệu.

I. BỆNH HỌC

1. NGUYÊN NHÂN TẠO SỎI

1.1. Rối loạn chuyển hoá các chất

1.1.1. Sỏi calci

Nguyên nhân gây tăng calci niệu như:

Do hút thu: hay còn gọi là tăng calci niệu do tăng hormone tuyến cận giáp nguyên phát xảy ra trên người có bướu lành tuyến cận giáp, gãy xương lớn và bất động lâu ngày, dùng nhiều sinh tố D và corticoid, di căn của ung thư xương.

Do hấp thu: sự hấp thu calci niệu tại ruột làm tăng calci niệu nhưng không làm tăng calci huyết. Thường có 3 nguyên nhân làm giảm calci huyết là kích thích thận bài tiết 1.2.5 DHCC (dihydroxy-calciferol) chất liên hệ tới hấp thu calci tại ruột; tổn thương tại ruột như do ký sinh trùng; giảm các chất ức chế kết tinh sỏi và tăng calci niệu do thận.

Ngoài ra, còn do nguyên nhân gãy xương lớn và bất động lâu ngày, dùng nhiều sinh tố D và corticoid, di căn của ung thư xương gây phá hủy xương.

1.1.2. Sỏi oxalate

Nguồn ngoại sinh: thực phẩm có chứa axit oxalic như rau xanh, cacao...

Nguồn nội sinh: do ký sinh trùng đường ruột đã có sẵn axit oxalic trong hệ tiêu hóa, axit oxalic liên hệ mật thiết với chuyển hoá glucid nên thiếu sinh tố B₆ sẽ sinh ra sỏi.

1.1.3. Sỏi phosphate

Kết tinh ở nước tiểu có pH lớn hơn 6,8 – 7 và sỏi thường kết hợp với nhiễm trùng, vi khuẩn sinh sỏi chủ yếu là vi khuẩn gram (–), thường xảy ra ở những người ăn chay.

1.1.4. Sỏi urat

Thường xảy ra ở những người có pH nước tiểu nhỏ hơn 6, lượng axit uric được bài tiết quá nhiều trong nước tiểu, nước tiểu cô đặc, bệnh thống phong, hoá trị liệu ung thư, thức ăn có chất purine như lòng đỏ trứng, lòng bò, thịt cá, khô mắm.

1.2. Rối loạn tại chỗ

Như tổn thương do người bệnh nằm lâu, ứ đọng nước tiểu lâu ngày, nhiễm trùng niệu đóng vôi.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

Nồng độ nước tiểu tăng do mất nước dẫn đến kết tủa xuất hiện.

Ứ đọng nước tiểu gây nhiễm trùng và sinh sỏi.

Do chế độ ăn uống có nhiều chất tạo sỏi mà người bệnh không uống nhiều nước.

Do pH trong nước tiểu tăng cao hay quá thấp.

Người bệnh nằm bất động lâu ngày.

3. VỊ TRÍ SỎI NIỆU

3.1. Sỏi đài thận

Thường gặp ở đài thận dưới, sỏi nằm lâu ở tại đài thận mà không gây triệu chứng gì, sỏi lớn làm giãn nở đài thận. Nếu hòn sỏi làm nghẹt đài thận có thể gây căng chướng đài thận, nhiễm trùng có mủ. Nếu hòn sỏi qua được đài thận sẽ xuống bể thận gây bế tắc thì triệu chứng rõ ràng hơn.

3.2. Sỏi bể thận

Nếu đường kính hòn sỏi nhỏ hơn 0,5cm không có góc cạnh thì có thể rớt xuống niệu quản. Sỏi bể thận gây chướng nước toàn bộ thận và ảnh hưởng trầm trọng đến chức năng thận, nên với loại sỏi này thầy thuốc thường khuyên người bệnh nên phẫu thuật sớm.

3.3. Sỏi bán san hô

Có hòn sỏi lớn lấp đầy bể thận và đài thận, gây giãn nở và nhiễm trùng, phẫu thuật thường bỏ sỏi. Sỏi san hô do ít bế tắc nên triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn vì thế người bệnh thường phát hiện bệnh muộn; khi người bệnh phát hiện bệnh thì thường có biến chứng thận chướng nước, nhiễm trùng, chức năng thận suy giảm. Sỏi san hô ít gây đau đớn nhưng hòn sỏi sẽ phá hủy chức năng của thận.

3.4. Sỏi niệu quản

Sỏi niệu quản thường gây nhiều bế tắc, đau đớn và thương tổn sớm đường tiết niệu. Triệu chứng lâm sàng của sỏi niệu quản thường rầm rộ như cơn đau bão thận, nhiễm trùng, vô niệu đột ngột nếu có sỏi hai bên niệu quản.

3.5. Sỏi bàng quang

Thường gặp nhiều ở nam hơn nữ do niệu đạo nam giới dài và cổ bàng quang có tiền liệt tuyến bao bọc nên gây hẹp đường xuống của hòn sỏi. Ngoài ra, sỏi bàng quang còn do nhiều nguyên nhân khác như: nước

tiểu tồn lưu, đặt ống thông tiểu lưu, bàng quang thần kinh, bứu bàng quang.

3.6. Sỏi niệu đạo

Trường hợp sỏi xoang tuyến tiền liệt thì hòn sỏi kẹt lại sau khi thoát được qua cổ bàng quang. Sỏi nằm tại chỗ gây viêm tuyến tiền liệt và xơ hoá cổ bàng quang. Sỏi trong hồ thuyền thường gặp trong trường hợp lỗ sáo nhỏ. Sờ nắn quy đầu có thể thấy được hòn sỏi. Sỏi kẹt hành niệu đạo có thể sờ thấy ở góc búi dương vật, sỏi ở vùng này thường gây dò nước tiểu, nếu gặp sỏi qua niệu đạo cũng có nguy cơ hẹp niệu đạo về sau. Triệu chứng của sỏi kẹt niệu đạo thường gây bí tiểu.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Cơn đau bão thận

Xuất hiện đột ngột khi đang chơi thể thao hay đang trong lúc khỏe mạnh. Cường độ cơn đau khá mạnh, người bệnh lăn lộn và không có tư thế giảm đau.

4.2. Cơn đau của thận

Người bệnh đau ở hố thắt lưng phía dưới xương sườn 12 lan về phía trước, hướng về rốn và hố chậu.

4.3. Cơn đau niệu quản

Gây ra do bế tắc niệu quản, đau từ hố thắt lưng xuống dưới dọc theo niệu quản đến bộ phận sinh dục và dọc theo đùi. Triệu chứng kèm theo là người bệnh nôn ói, liệt ruột, chướng bụng. Dấu hiệu nhiễm trùng như sốt cao, lạnh run.

4.4. Sỏi bàng quang

Triệu chứng: tiểu gắt, tiểu buốt, đau lan ra lỗ sáo, tiểu tắc giữa dòng kèm theo đau gắt buốt dọc từ bàng quang ra đến đầu dương vật.

4.5. Sỏi niệu đạo

Tiểu gắt, buốt nhưng không tiểu tắc giữa dòng.

5. CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ

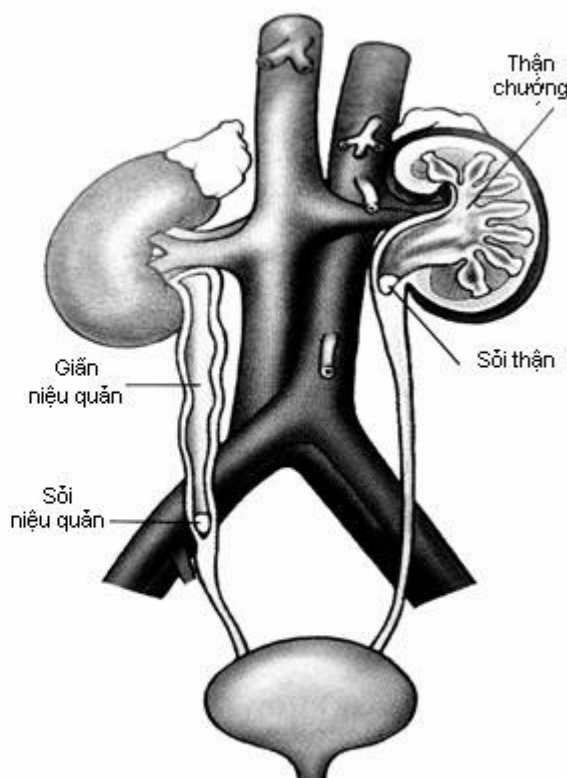
5.1. Điều trị nội khoa

Dùng thuốc lợi tiểu, thuốc giãn cơ, thuốc kháng viêm làm cho sỏi niệu quản di chuyển ra ngoài, thuốc tan sỏi, tiết chế, vận động.

Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh điều trị dứt điểm nhiễm trùng, uống nhiều nước và có chế độ ăn uống thích hợp.

5.2. Can thiệp cơ học

Tán sỏi qua siêu âm, nội soi qua niệu quản lấy sỏi, phá sỏi ngoài cơ thể, phá sỏi qua da.



Hình 31.1. Sỏi niệu

Phẫu thuật: mổ thận lấy sỏi, mổ niệu quản lấy sỏi, mổ bàng quang lấy sỏi.

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi: hiện nay phương pháp này là phổ biến nhất do không có vết mổ dài nên người bệnh giảm đau, tránh nguy cơ viêm phổi do hạn chế thở sau mổ, thời gian hồi phục nhanh, không có sẹo do vết mổ khoảng 1cm.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI NIỆU

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Xác định cơn đau: thời gian, kiểu đau, tư thế giảm đau.

Thói quen tiết chế gần đây: ăn nhiều chất có purine, uống nhiều nước trái cây hay trà có nhiều chất kết tủa oxalate, ăn nhiều chất calci nhưng hạn chế uống nước...

Người bệnh đang điều trị thuốc có chất calci như người bệnh gãy xương, sử dụng corticoid, người bệnh bị ung thư xương...

Hiện tượng tắc nghẽn đường tiểu: nhiễm trùng niệu, người bệnh nằm bất động lâu ngày, người bệnh có ống thông tiểu lưu, người bệnh có tiền sử mổ sỏi niệu sơ sẹ, người bệnh có đặt ống dẫn lưu niệu quản lâu ngày, hẹp niệu quản.

Tiền sử người bệnh có tiểu ra sỏi.

Đường tiểu: tổng phân tích nước tiểu, cặn lắng, pH, bạch cầu, hồng cầu.

Máu: nồng độ calci, phosphor,...

X quang: chụp bụng không sửa soạn, KUB, UIV.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau do tưới rửa để thải sỏi

Kiểm soát cơn đau: tùy tình trạng người bệnh có thể dùng thuốc ngủ, thuốc giãn cơ giúp người bệnh giảm đau. Trong thời gian tưới rửa để tổng sỏi điều dưỡng cần theo dõi nước xuất nhập, uống nhiều nước, cho người bệnh đi lại giúp người bệnh thoát sỏi. Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh yên tâm. Nếu người bệnh cần truyền dịch, điều dưỡng cần chăm sóc người bệnh đủ dịch truyền. Hướng dẫn người bệnh cách rặn để tổng viên sỏi mà không đau như hít thật sâu, ngồi trên bồn cầu và rặn mạnh.

2.2. Nguy cơ nhiễm trùng do kẹt sỏi

Quan sát và theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng niệu như nước tiểu có máu, lợn cợn, đục, đau rát khi đi tiểu, bạch cầu xuất hiện trong nước tiểu quá nhiều.

Theo dõi xét nghiệm nước tiểu, kết quả cấy nước tiểu nếu có.

Theo dõi nhiệt độ nếu có nhiễm trùng thì nhiệt độ sẽ tăng lên.

Theo dõi cơn đau bụng do kẹt sỏi, hướng dẫn người bệnh đi lại nếu không đau, cho người bệnh uống nhiều nước. Thực hiện thuốc giảm đau, kháng sinh. Vệ sinh bộ phận sinh dục sau mỗi lần đi tiểu. Theo dõi nước tiểu về màu sắc, số lượng và tính chất đi tiểu. Theo dõi máu trong nước tiểu, báo cáo ngay cho bác sĩ nếu thấy nước tiểu màu đỏ.

2.3. Nguy cơ mất dịch do rối loạn nước xuất nhập

Theo dõi dấu chứng sinh tồn, chú ý mạch và huyết áp.

Theo dõi nước xuất nhập mỗi ngày, nếu tình trạng nặng nên theo dõi hằng giờ.

Theo dõi cân nặng, số lượng nước tiểu.

Thực hiện bù đủ nước và điện giải khi người bệnh dùng thuốc lợi tiểu. Bổ sung thức ăn có nhiều kali. Tránh dùng các loại đồ uống dễ tạo sỏi, có các chất kích thích. Theo dõi trên lâm sàng các dấu hiệu rối loạn điện giải, theo dõi kết quả ion đồ.

Theo dõi dấu hiệu mất nước như: da véo da dương tính, người bệnh khát nước, tiểu ít.

III. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định tình trạng về sốt, đau hông, đau bụng, rối loạn tiêu hóa.

Ghi nhận những dấu hiệu về nước tiểu bị nhiễm trùng.

Người bệnh hiểu về thông tin cuộc phẫu thuật và gây mê.

Tổng trạng người bệnh hiện tại.

Dấu chứng sinh tồn, phù, bệnh lý kèm theo.

Tình trạng đi tiểu của người bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh hạn chế về thông tin cuộc mổ

Chuẩn bị cho người bệnh thông tin về thủ tục trước mổ. Hướng dẫn người bệnh cách ăn uống trước phẫu thuật: nhịn ăn uống trước mổ 8 giờ nếu người bệnh gây mê. Cung cấp cho người bệnh thông tin vệ sinh da. Cung cấp cho người bệnh về vị trí các dẫn lưu, vết mổ bên hông, nước tiểu qua các dẫn lưu hay qua ống thông niệu đạo... Hướng dẫn người bệnh cách tham gia trong chăm sóc sau mổ.

2.2. Người bệnh lo lắng cho cuộc phẫu thuật

Cung cấp cho người bệnh về phương thức phẫu thuật, ê kíp chăm sóc sau mổ, mức độ thành công của phẫu thuật, thời gian của phẫu thuật... Cho người bệnh gặp gỡ người nhà. Cho người bệnh nói chuyện cùng những người bệnh đã phẫu thuật thành công.

2.3. Người bệnh bí tiểu

Theo dõi nước xuất nhập. Cung cấp nước cho người bệnh đầy đủ. Sờ bàng quang để xác định cầu bàng quang, nếu sau các biện pháp can thiệp để giúp người bệnh đi tiểu mà không được thì nên đặt ống thông tiểu cho người bệnh.

2.4. Nguy cơ nhiễm trùng

Quan sát và ghi hồ sơ các dấu hiệu nhiễm trùng. Theo dõi dấu chứng sinh tồn, phức trình đầy đủ về nhiệt độ. Theo dõi công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu. Thực hiện kháng sinh trước mổ theo y lệnh.

IV. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ SỎI NIỆU

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tổng trạng người bệnh sau mổ.

Dấu chứng sinh tồn: huyết áp cao hay thấp, mạch nhanh hay chậm

Cân nặng: đánh giá phù cũng như đánh giá nước và điện giải.

Cần theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ qua nhận định về nước tiểu, dẫn lưu, mạch, huyết áp.

Nhiệt độ: chú ý theo dõi 2 giờ/1 lần sau mổ để đánh giá tình trạng nhiễm trùng, mất nước.

Tình trạng nước tiểu: màu sắc, số lượng nước tiểu nói lên hoạt động của thận, tính chất nước tiểu giúp theo dõi tình trạng sỏi trong đường tiểu.

Hệ thống dẫn lưu thông: câu nối, thông, bình chứa, màu sắc, tính chất.

Tình trạng nước xuất nhập rất quan trọng sau mổ.

Thường sau mổ người bệnh rất đau do vết mổ nằm ở liên sườn bên hông. Điều dưỡng cần đánh giá mức độ đau để thực hiện thuốc giảm đau, giúp người bệnh tập thở. Đau vết mổ, dẫn lưu, bụng...

Dấu hiệu nhiễm trùng: do vết mổ, do nhiễm trùng tiểu vì hầu hết người bệnh sau mổ niệu thường lưu ống thông tiểu.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Hô hấp kém do người bệnh đau sau mổ

Theo dõi đau vết mổ: cho người bệnh nằm ở tư thế nghiêng về bên có dẫn lưu, đánh giá mức độ đau của người bệnh.

Theo dõi tình trạng hô hấp: theo dõi chỉ số oxy cho người bệnh, đếm nhịp thở, theo dõi các dấu hiệu thiếu oxy, khó thở của người bệnh.

Hướng dẫn người bệnh cách thở. Điều dưỡng hướng dẫn cho người bệnh cử động sớm, ngồi dậy, tập thở. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

Theo dõi dấu chứng sinh tồn, tri giác người bệnh, đánh giá tổng trạng người bệnh thường xuyên. Nên để người bệnh nằm tư thế Fowler, tránh đè lên vết mổ và dẫn lưu.

2.2. Rối loạn nước xuất nhập do mất nước qua dẫn lưu

Điều dưỡng theo dõi sát nước tiểu về màu sắc, tính chất, số lượng. Nên báo cáo số lượng nước tiểu 2 giờ/1 lần để tránh tình trạng mất cân bằng nước có nguy cơ tổn thương thận.

Điều dưỡng theo dõi và chăm sóc hệ thống dẫn lưu: cho người bệnh nằm nghiêng về phía dẫn lưu, bơm rửa dẫn lưu khi có y lệnh. Cần báo cáo tính chất, số lượng dịch ra cho từng loại dẫn lưu nước tiểu.

Theo dõi sự chảy máu qua vết thương, dẫn lưu... đánh giá dấu hiệu mất máu như huyết áp giảm, mạch tăng, số lượng máu chảy qua nước tiểu, qua dẫn lưu.

Theo dõi và đánh giá chức năng thận. Thực hiện bù nước và điện giải theo y lệnh điều trị.

2.3. Biểu chứng nhiễm trùng do dẫn lưu, vết mổ

Dẫn lưu hố thận: ra dịch máu khoảng 3 ngày, nếu hết dịch thì rút. Nếu có nước tiểu dò ra vết thương thường sau 5 – 6 ngày thì hết, nếu dịch ra nhiều thì nên ngừa rôm lở da xung quanh dẫn lưu, báo cáo với bác sĩ, làm công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm.

Dẫn lưu bể thận: thường ra nước tiểu, mù, hay ít máu, cặn lắng. Nếu máu ra nhiều hơn 200ml/giờ thì nên đo lại dấu chứng sinh tồn và báo cáo với bác sĩ.

Dẫn lưu này là dẫn lưu để điều trị, thường có chỉ định bơm rửa, nhưng điều dưỡng nên bơm với áp lực thấp, mỗi lần 5 – 10ml. Đôi khi có chỉ định để lại dẫn lưu không rút và cho người bệnh xuất viện, điều dưỡng cần hướng dẫn cách chăm sóc dẫn lưu ở nhà như không cột ống, chăm sóc sạch sẽ chân dẫn lưu, thay ống mỗi 2 tuần/lần, uống nhiều nước, cách cố định ống khi sinh hoạt, đi lại.

Vết mổ: tránh nhiễm trùng do nước tiểu từ dẫn lưu ra da, thực hiện thay băng khi thấm ướt, ngăn ngừa rôm lở da tích cực, điều dưỡng cần rửa tay sạch sẽ trước khi thăm khám hay chăm sóc người bệnh. Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn trong các thủ thuật chăm sóc người bệnh. Với vết mổ của phẫu thuật nội soi thì không cần thay băng nếu vết mổ khô sạch.

2.4. Người bệnh sốt sau mổ

Sau mổ đường tiết niệu do có nhiều ống thông và trong đó có dẫn lưu niệu đạo nên nguy cơ nhiễm trùng tiểu nhiều hơn. Ngoài ra, trong quá trình người bệnh mang sỏi đôi khi có nhiễm trùng thận nên sau mổ có nguy cơ nhiễm trùng tiềm tàng sau mổ. Theo dõi nhiệt độ còn góp phần tiên đoán tình trạng mất nước sau mổ. Nếu người bệnh sốt nên đắp mát cho người bệnh. Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước. Thực hiện kháng sinh theo y lệnh điều trị. Vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu, dẫn lưu nước

tiểu an toàn và vô trùng. Theo dõi tính chất, màu sắc nước tiểu để so sánh và phát hiện tình trạng mù, máu qua dẫn lưu. Báo bác sĩ và thực hiện cấy nước tiểu theo y lệnh nếu nước tiểu nhiễm khuẩn.

2.5. Người bệnh lo lắng sỏi tái phát do thức ăn

Khi có nhu động ruột cho ăn ngay và ăn bình thường. Người bệnh cần được cung cấp nhiều dinh dưỡng sau mổ, giúp người bệnh hồi phục tốt. Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước 3 – 4 lít trong suốt cả ngày.

Trong trường hợp người bệnh có sỏi calci hoặc phosphate: điều dưỡng hướng dẫn người bệnh nên hạn chế thức ăn có nhiều calci để giảm calci trong nước tiểu như tôm, cua, sò, thịt, trứng, cá biển, mặn, nhỏ, quýt, các nước uống có axit.

Trong trường hợp người bệnh có sỏi calci oxalate: điều dưỡng hướng dẫn người bệnh nên hạn chế thức ăn để giảm calci trong nước tiểu như giảm các chất cà phê, đậu phộng (lạc), chocolate, rau xanh đậm màu.

Trong trường hợp người bệnh có sỏi uric axit: cần tăng các chất như rau đậu, rau cải, trái cây (ngoại trừ mặn, nhỏ) vì những chất này làm gia tăng tính kiềm trong nước tiểu. Giảm nguồn purine như thịt cơ quan của động vật, nước sốt thịt, rượu đỏ, thịt ngỗng, hải sản, thức ăn lên men.

Trong trường hợp người bệnh có sỏi magnesium ammonium phosphate: cần gia tăng ăn trứng, cá, mặn, giúp gia tăng axit trong nước tiểu. Giảm đậu phộng, sữa, phô mát, đậu Hà Lan, ngô để giảm phosphate trong nước tiểu.

Trong trường hợp người bệnh có sỏi cystine: cần gia tăng ăn rau cải, cải xanh, trái cây (ngoại trừ mặn, nhỏ) vì những chất này làm gia tăng tính chất kiềm trong nước tiểu.

Người bệnh chỉ hạn chế các thức ăn trên với điều kiện người bệnh uống nhiều nước, hoạt động nhiều, tránh tư thế nằm lâu.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Khuyến người bệnh uống nhiều nước trong ngày, uống nhiều lần trong ngày, tránh tình trạng khát nước. Hạn chế những thức ăn tạo sỏi như: nghêu, sò, sữa có nhiều calci, thuốc calci...

Người bệnh có sỏi calci nên hạn chế ăn: tôm, cua, sò.

Người bệnh có sỏi urat nên hạn chế thức ăn có chất purine như: thịt, tôm, đậu, thức ăn lên men.

Người bệnh có sỏi oxalate nên hạn chế thức ăn có chất oxalic: trà, cà phê, đậu...

Điều trị và phòng bệnh nhiễm trùng tiểu.

Hướng dẫn người bệnh vệ sinh trong ăn uống, sinh hoạt hằng ngày. Tẩy giun định kỳ, tẩy giun cho cả nhà hay cả phòng nếu sống chung.

Điều trị bệnh cường giáp.

Khi có dấu hiệu bất thường cần tái khám. Kiểm tra siêu âm niệu định kỳ.

LƯỢNG GIÁ

Dấu hiệu và triệu chứng sỏi niệu hết khi: nước tiểu trong, không nhiễm trùng, không đau.

Người bệnh hồi phục sau phẫu thuật: vết mổ không nhiễm trùng.

Người bệnh biết cách phòng ngừa sỏi tái phát: tiết chế thức ăn tạo sỏi, uống nhiều nước, điều trị dứt điểm nhiễm trùng niệu, uống thuốc đúng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 can thiệp điều trị sỏi tiết niệu:

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

2. Giáo dục người bệnh phòng ngừa sỏi tái phát do dinh dưỡng. Điều dưỡng giáo dục người bệnh tránh các thức ăn tạo sỏi như:

- A. Nếu là sỏi calci:
- B. Nếu là sỏi oxalate:
- C. Nếu là sỏi urat:

3. Nêu 4 nguy cơ tạo sỏi:

- 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	Dẫn lưu bể thận thường ra máu cũ.		
5	Cần bơm rửa dẫn lưu hố thận.		
6	Dẫn lưu hố thận cần rút sớm sau mổ.		
7	Nếu nước tiểu có nhiều mù cần thực hiện bơm rửa liên tục.		
8	Biến chứng của sau mổ sỏi niệu là sỏi tái phát.		
9	Sau mổ người bệnh ăn bình thường khi có nhu động ruột.		
10	Giáo dục người bệnh tẩy giun định kỳ tránh sỏi niệu tái phát.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Melinda Hendersen, Knowledge base for Patient with Urinary Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed, WB Saunders company, 1998, 1329 – 1369.
- Patricia Bates, Sharon L. Lewis. Renal and urologic problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1332 – 1370.

3. Jun M.Thompson – Gertrude K. Mcfarland – Jane E. Hirsch – Susan M. Tucker– Arden C, Bowers. Genitourinary system, in Mosby's Manual of Clinlcal Nursing, 2nd ed, Mosby Company, 1086 – 1153.
 4. Ngô Gia Hy, Sỏi niệu, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 4, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 97 – 148.
 5. Trần Văn Sáng, Sỏi tiết niệu, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, 1996, 83.
- Chăm sóc ngoại khoa (tài liệu thí điểm giảng dạy Điều dưỡng Trung học)
03 – SIDA, Hà Nội, 1994, 103.

Bài 32

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ U XƠ TIỀN LIỆT TUYẾN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu và sinh lý tuyến tiền liệt.
2. Trình bày được triệu chứng, chỉ định điều trị bệnh u xơ tiền liệt tuyến.
3. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ.
4. Chăm sóc được người bệnh sau mổ.

I. BỆNH HỌC

1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

Tiền liệt tuyến nằm sâu trong hốc chậu, sau xương mu, sát ngay mặt trước của trực tràng với vùng đáy nằm kề cận đáy bàng quang. Tiền liệt tuyến có dạng hình nón rộng 4cm, cao 3cm, dày 2,5cm. Tuyến có 2 thùy: thùy phải và thùy trái ngăn cách nhau bởi một eo. Tiền liệt tuyến được cấp máu bởi động mạch bàng quang dưới và động mạch trực tràng giữa.

Tiền liệt tuyến có 2 chức năng: chức năng trực tiếp là tiết tinh dịch, tham gia nuôi dưỡng tinh trùng và phóng tinh. Chức năng gián tiếp là qua niệu đạo – cổ bàng quang chịu tác động đi tiểu.

2. DỊCH TỄ HỌC

Bướu lành tiền liệt tuyến là bệnh ở người lớn tuổi, thường từ 45 tuổi trở lên. Rất nhiều người có bướu nhưng vẫn chung sống hoà bình và không thấy triệu chứng. Thông thường triệu chứng xuất hiện ở tuổi 55 trở lên.

3. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC

Bướu lành tiền liệt tuyến là bệnh của toàn diện tuyến, mô tuyến, mô cơ và mô sợi tăng dưỡng. Bướu lành tiền liệt tuyến là một trong những bệnh điển hình gây rối loạn đường tiểu do bế tắc. Trong quá trình tiến triển bướu làm biến dạng và biến thể bàng quang. Khi bướu phát triển sẽ theo 2 cách: phát triển sang 2 bên,

trường hợp này ít gây bế tắc vì còn khe hở giữa 2 thùy bên để nước tiểu đi qua được. Trường hợp thứ hai, phát triển lên trên, đẩy cổ bàng quang lên cao, trường hợp này gây bế tắc nhiều vì thùy giữa hoạt động như một nắp đậy và cộng thêm cổ bàng quang bị đẩy lên cao tạo ra khoảng lõm sau bàng quang. Tất cả những thay đổi giải phẫu học gây ra làm người bệnh đi tiểu nhiều lần, khó tiểu, tiểu không hết nước tiểu. Mô bướu còn chèn ép tĩnh mạch tiền liệt tuyến gây giãn mạch dẫn đến dễ vỡ mạch máu nên đôi khi gây tiểu máu đại thể. Do bàng quang thường chống chọi với bế tắc nên tạo ra góc ngách, túi và trào ngược dòng chảy, từ đó dung tích ứ đọng trong bàng quang ngày càng nhiều và trở nên mạn tính. Do ứ đọng và tạo ra dòng chảy ngược dòng làm thận dễ bị viêm ngược chiều hay đài thận giãn nở lâu ngày người bệnh có nguy cơ suy thận mạn tính.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng chủ quan

Người bệnh đi tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp. Người bệnh tiểu phải rặn, tia nước tiểu yếu, tiểu nhiều giai đoạn, lúc đầu rặn tia nước tiểu mạnh nhưng sau đó rặn tiểu thì người bệnh tiểu khó hơn. Người bệnh có cảm giác là tiểu chưa hết. Sau khi đi tiểu người bệnh vẫn có cầu bàng quang và có nhu cầu đi tiểu trong vòng chưa đầy 2 giờ.

4.2. Triệu chứng khách quan

Thăm khám tiền liệt tuyến qua hậu môn thấy tiền liệt tuyến to đều, mất rãnh giữa, giới hạn rõ, bờ trên bị đẩy lên cao.

5. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm có đầu dò đặt trong trực tràng cho hình ảnh rõ

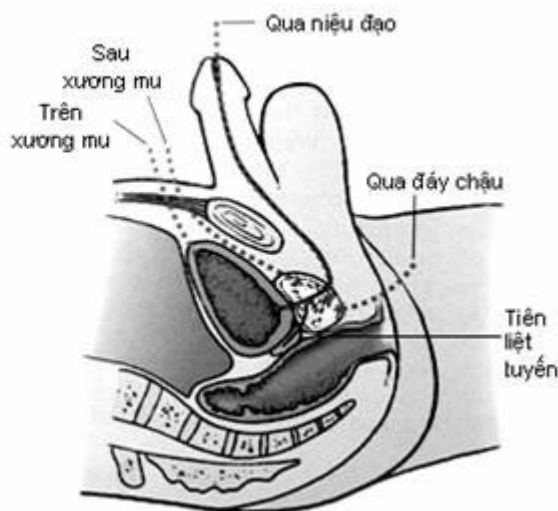
PSA là kháng nguyên đặc hiệu của tiền liệt tuyến. Bình thường từ 2 – 4ng. PSA tăng theo trọng lượng của tiền liệt tuyến.

6. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội khoa bảo tồn khi người bệnh rối loạn đi tiểu nhẹ, nước tiểu tồn lưu dưới 100ml.

Điều trị ngoại khoa: khi người bệnh có rối loạn đi tiểu nặng và nước tiểu tồn lưu trên 100ml.

Các phương pháp giải phẫu: cắt đốt nội soi, mổ hở bóc u, phẫu thuật nội soi bóc u.



Hình 32.1.4 đường vào để cắt xơ tiền liệt tuyến

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U XƠ TIỀN LIỆT TUYẾN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tổng trạng người bệnh: tuổi người bệnh, chỉ số BMI.

Mức độ đi tiểu của người bệnh, thời gian người bệnh đi tiểu, khoảng cách giữa 2 lần đi tiểu.

Đánh giá tổng lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu.

Khám cầu bàng quang, đau do căng chướng bàng quang.

Đánh giá kết quả xét nghiệm cận lâm sàng. Phát hiện và báo cáo các kết quả bất thường.

Dinh dưỡng: người bệnh còn răng, khó ăn, thức ăn ưa chọn, ăn kém.

Người bệnh có bệnh lý kèm theo: cao huyết áp, tiểu đường.

Nhận định các dấu hiệu nhiễm trùng tiểu sớm nhất.

Sinh hoạt của người bệnh: khó khăn khi đi lại nhiều, người bệnh không ngủ được.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau do căng chướng bàng quang, do người bệnh không tiểu được

Giúp người bệnh giảm khó chịu do căng chướng bàng quang.

Đặt ống thông tiểu giúp người bệnh tiểu được, mục đích là giảm căng chướng bàng quang, người bệnh thoải mái, theo dõi nước tiểu. Lượng giá tình trạng thoải mái dễ chịu của người bệnh và duy trì bảo đảm dòng chảy nước tiểu thông. Trong trường hợp người bệnh bí tiểu liên tục trong ngày, điều dưỡng báo cáo với bác sĩ và hỗ trợ bác sĩ đặt dẫn lưu bàng quang ra da cho người bệnh.

2.2. Nguy cơ nhiễm trùng tiểu do đặt ống thông, do bệnh sinh, do ứ máu tiết niệu

Không có biểu hiện của nguy cơ nhiễm trùng.

Lượng giá: mùi, nước tiểu đục, cần phát hiện sớm nhất dấu hiệu nhiễm trùng như tiểu rát, đau vùng bàng quang, nước tiểu đục, xét nghiệm nước tiểu số lượng bạch cầu tăng, theo dõi nhiệt độ. Can thiệp sớm nhất là cho người bệnh uống nhiều nước, cần tuân thủ nghiêm ngặt kỹ thuật đặt ống thông tiểu cũng như khi chăm sóc. Chăm sóc bộ phận sinh dục sạch sẽ thường xuyên. Không nên đặt dẫn lưu niệu đạo nhiều lần trong ngày.

2.3. Lo sợ giảm khả năng tình dục, nghi ngờ ung thư, thiếu hiểu biết về phương pháp mổ và hậu phẫu

Giảm lo sợ về cuộc mổ, về tình dục sau mổ.

Giúp người bệnh hiểu biết về cuộc mổ, thực hiện chăm sóc người bệnh trước mổ và sau mổ (xem bài giảng *Chăm sóc người bệnh trước mổ và sau mổ*). Gặp gỡ người bệnh và trả lời các câu hỏi kín đáo riêng tư của họ. Cho người bệnh gặp gỡ bác sĩ nam khoa. Hướng dẫn người bệnh và người bạn đời của người bệnh về các thắc mắc riêng tư.

2.4. Nguy cơ nhiễm trùng tiểu do lưu dẫn lưu bàng quang ra da trong trường hợp người bệnh không phẫu thuật

Trường hợp không phẫu thuật do người bệnh quá già, suy kiệt, có kèm tình trạng bệnh lý nặng như nhồi máu cơ tim...

Thường người bệnh có chỉ định đặt dẫn lưu bàng quang ra da và cho người bệnh về nhà. Người bệnh thường rất lo lắng khi mang dẫn lưu về nhà. Giải thích cho người bệnh biết mục đích của dẫn lưu là để tránh người bệnh đặt ống thông tiểu qua niệu đạo nhiều lần có thể gây nhiễm trùng tiểu, với dẫn lưu bàng quang ra da người bệnh sẽ được dẫn lưu nước tiểu và lưu lại thời gian lâu hơn ống thông niệu đạo. Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc: thay băng chân dẫn lưu khi về nhà, vệ sinh cá nhân như tắm tránh xà bông thấm vào chân dẫn lưu. Cầu nối xuống thấp, tránh cột dẫn lưu lại. Uống nhiều nước trong ngày. Người bệnh sẽ đến thay ống dẫn lưu sau 15 ngày tại cơ sở y tế.



Hình 32.2. Dẫn lưu bàng quang ra da

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MÔ U XƠ TIỀN LIỆT TUYẾN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tình trạng chảy máu sau mổ qua hệ thống dẫn lưu như nước chảy ra qua hệ thống bơm rửa có màu đỏ. Thay đổi chỉ số sinh tồn như mạch tăng, huyết áp giảm. Tình trạng da niêm xanh tái, ẩm.

Theo dõi tình trạng đau, bứt rứt, vật vã do kéo căng bóng chèn cầm máu ở vùng cổ bàng quang.

Dẫn lưu: thông, màu sắc, câu nối, tình trạng chảy máu.

Hệ thống tưới rửa cầm máu sau mổ: màu sắc, số lượng dịch.

Vết mổ: nhiễm trùng, đau, thấm băng, dò nước tiểu.

Dinh dưỡng: người bệnh ăn kém ngon do ít vận động, do già, do thiếu răng. Theo dõi cân nặng.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau do co thắt bàng quang, do tưới rửa cục máu đông, do ống thông tiểu

Lượng giá mức độ đau theo thang điểm đau, điều dưỡng luôn hỏi thăm tình trạng đau của người bệnh và thực hiện thuốc giảm đau giúp người bệnh giảm vật vã, khó chịu.

Luôn duy trì hệ thống tưới rửa thông suốt, an toàn. Phát hiện tình trạng chảy máu qua màu sắc nước rửa như nước rửa đỏ.

Giảm đau cho người bệnh bằng những bài tập ngủ sâu, thư giãn, thuốc giảm đau, công tác tư tưởng.

2.2. Nguy cơ nhức đầu sau mổ do người bệnh bị gây tê tủy sống

Cho người bệnh nằm đầu bằng từ 6 – 8 giờ sau mổ do khi gây tê tủy sống người bệnh ngồi dậy sớm hay nằm đầu cao sẽ làm giảm áp lực dịch não tủy đột ngột sẽ có nguy cơ làm người bệnh nhức đầu, choáng váng.

Theo dõi cơn đau đầu chóng mặt của người bệnh.

Theo dõi vận động và cảm giác của 2 chi dưới.

Đánh giá tình trạng người bệnh có cầu bàng quang.

Thực hiện thuốc giảm đau.

2.3. Nguy cơ chảy máu trong những ngày đầu sau mổ

Theo dõi mạch, huyết áp, da niêm, Hct, nước tiểu có màu đỏ không ?

Cho người bệnh nằm yên và nằm đầu bằng, tránh để người bệnh kích thích vật vã do ống thông tiểu, do hệ thống dây câu bơm rửa, do bóng chèn cầm máu. Nên thực hiện thuốc giảm đau, giải thích cho người bệnh hiểu các thủ thuật thực hiện và lý do có hệ thống bơm rửa... để người bệnh có thể hợp tác trong điều trị. Trong thời gian này nên cho người bệnh tập vận động tay chân nhẹ nhàng tránh tình trạng thuyên tắc mạch sau mổ vì người lớn tuổi nguy cơ tắc mạch là rất cao sau mổ.

Theo dõi nghẹt ống: nếu nước chảy ra thành bụng có dấu hiệu bị nghẹt ống, điều dưỡng quan sát lại hệ thống câu nối có bị gấp góc, dẫn lưu bị đề cản không, gấp góc cổ túi chứa,... máu cục làm tắc ống dẫn lưu.

Nếu mổ nội soi thì chú ý dòng chảy qua ống thông Foley có yếu đi hay tắc, bàng quang căng nước tiểu thì cần coi lại hệ thống có bị tắc không ?

Theo dõi sự xuất huyết ở chai hứng qua dẫn lưu:

Nước rửa có màu đỏ: đang chảy máu.

Nước rửa màu hồng: ngưng chảy máu.

Theo dõi lượng nước tiểu vào và ra để đánh giá tình trạng dẫn lưu thông cũng như chức năng hoạt động thận sau mổ: số lượng nước ra nhiều hơn số lượng nước đưa vào.

Điều dưỡng chuẩn bị dung dịch rửa (NaCl 9%) 10 – 20 lít ngay khi người bệnh đến phòng hồi sức. Trong trường hợp mổ đường trên bụng, nguyên tắc là cho chảy từ ống dẫn lưu niệu đạo ra dẫn lưu bàng quang. Chai hứng thấp hơn mặt giường 50 – 60cm và cho chảy áp lực nhanh, tránh làm nghẹt ống do máu cục nếu người bệnh đang chảy máu. Trong trường hợp mổ nội soi, người bệnh được dẫn lưu qua ống thông Foley 3 nhánh để bơm rửa.

Theo dõi triệu chứng mắc rặn: để loại trừ nguyên nhân khác cũng gây ra tình trạng mắc rặn với tình trạng mắc rặn do chảy máu điều dưỡng nên thực hiện thật tháo trước mổ, không đặt nhiệt độ hay ống thông hậu môn sau mổ.

Tháo nơ cầm máu ở lỗ sáo sau mổ 4 giờ và theo dõi xuất huyết.

Bong bóng chèn cầm máu: hạ áp lực bong bóng của ống Foley khi thấy nước rửa có màu hồng. Kéo căng chân ống Foley vào thành giường giúp cầm máu tại chỗ. Thực hiện thuốc giảm đau theo giờ, tránh để người bệnh vật vã khó chịu do chèn bong bóng vùng cổ bàng quang, tránh nguy cơ chảy máu sau mổ.

2.4. Nguy cơ tổn thương niệu đạo sau mổ

Câu nối đúng vị trí là nên cố định dẫn lưu niệu đạo ở gai chậu trước trên. Hướng dẫn người bệnh tư thế nằm ngò để tránh ống thông tiểu căng dây làm đau người bệnh hay đè lên dây cũng gây tắc dòng chảy. Thường xuyên thăm khám xem bàng quang có dấu hiệu căng nước tiểu không, xem túi chứa có quá đầy hay gấp túi cũng gây tắc dòng chảy. Vì khi tắc dòng chảy sẽ có nguy cơ nước tiểu tràn lên trên thành bụng, thấm qua vết mổ và gây nhiễm trùng vết mổ.

Theo dõi nguy cơ nhiễm trùng: theo dõi và đánh giá màu sắc, tính chất, số lượng nước tiểu, nhiệt độ cơ thể. Cần tuân thủ nguyên tắc vô trùng khi thông tiểu cũng như ống thông niệu đạo lưu nước tiểu. Chăm sóc bộ phận sinh dục tránh viêm nhiễm.

2.5. Nguy cơ tổn thương da và niêm mạc do dẫn lưu

Trường hợp 1: nếu nước tiểu ra trong và người bệnh không có xuất huyết thường phẫu thuật viên sẽ cho y lệnh rút dẫn lưu bàng quang ra 2 – 3 ngày sau mổ với điều kiện là ống thông niệu đạo thông và 1 – 2 ngày sau thì rút dẫn lưu Retzius, còn dẫn lưu niệu đạo vẫn để lại.

Trường hợp 2: nếu nước tiểu ra đỏ thì ống thông Pezzer giữ lại để bơm rửa cầm máu, thường thì phẫu thuật viên cho y lệnh rút dẫn lưu Retzius 2 – 3 ngày sau mổ nếu dịch ra ít, vài ngày sau mới rút ống thông Pezzer. Trước khi rút ống Pezzer phải đảm bảo ống thông niệu đạo thông. Sau rút nên câu nối dẫn lưu niệu đạo chảy liên tục vào chai hứng giúp vết mổ nơi chân dẫn lưu bàng quang mau lành. Sau khi vết thương trên bàng quang lành thì cột ống thông niệu đạo lại 2 giờ/1 lần để tập bàng quang làm việc lại. Sau 2 tuần thì rút

ống thông niệu đạo.

Trường hợp 3: trong trường hợp phẫu thuật nội soi:

Phẫu thuật viên đặt dẫn lưu niệu đạo 3 nhánh thì bơm rửa. Rút sau khi nước tiểu trong, không có dấu hiệu chảy máu.

Sau rút ống thông niệu đạo nên chú ý: theo dõi số lượng, tính chất đi tiểu vì có thể người bệnh tiểu không kiểm soát.

Nguy cơ nhiễm khuẩn khoang Retzius: khi chăm sóc nên cho hút dịch qua dẫn lưu, thay băng thường xuyên. Rút dẫn lưu sớm khi hết dịch, khi có chỉ định.

Vết mổ: có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ do dẫn lưu bàng quang. Chăm sóc vết mổ mỗi ngày, khi thấm ướt, nếu có nhiễm khuẩn *Pseudomonas* nên thay băng và đắp giấm.

2.6. Nguy cơ kém ăn do phẫu thuật trên người lớn tuổi

Ăn ngay khi có nhu động ruột, thức ăn mềm, dễ nhai, đầy đủ chất dinh dưỡng vì người bệnh thường lớn tuổi, có kèm bệnh lý mạn tính nên có nguy cơ suy dinh dưỡng dẫn đến tình trạng chậm lành vết thương và chậm hồi phục sau mổ. Điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh ăn thức ăn nhuận tràng, uống nhiều nước để tránh cho người bệnh bị táo bón vì khi táo bón người bệnh rặn khi đại tiện và có nguy cơ chảy máu sau mổ. Nên cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu và hợp khẩu vị và ăn nhiều lần trong ngày do người già ăn kém ngon, ăn ít và do thiếu răng.

2.7. Nguy cơ xuất huyết thứ phát vào ngày thứ 7 – 12 do gắng sức

Tránh gia tăng áp lực trong bụng gây chảy máu sau mổ như không để người bệnh bị táo bón, ho, bơi, lái xe, hoạt động tình dục quá sức, không làm việc nặng, không xách nặng sau 6 tuần sau mổ, không được rặn khi đi vệ sinh trong thời gian này. Thực hiện thuốc giảm ho nếu người bệnh ho, tránh bị cảm lạnh, viêm họng.

2.8. Nguy cơ viêm tinh hoàn

Người bệnh thường được thắt ống dẫn tinh khi giải phẫu để tránh nguy cơ viêm tinh hoàn sau mổ nên điều dưỡng cần chú ý cắt mỗi chỉ ở tinh hoàn. Theo dõi dấu hiệu viêm tinh hoàn như sưng, nóng và đau nơi tinh hoàn, điều dưỡng cần báo cáo ngay cho bác sĩ.

2.9. Người bệnh tiểu không tự chủ do tổn thương cơ dưới ụ núm sau mổ

Do bóc tách cơ khi cắt đốt, bóc tách cơ trong phẫu thuật nên người bệnh sau mổ có nguy cơ tiểu không tự chủ tạm thời sau mổ. Giai đoạn này người bệnh thường tiểu ngay khi mắc tiểu và không kiểm soát được việc đi tiểu. Điều dưỡng thực hiện y lệnh đặt ống thông niệu đạo lại và giúp người bệnh tập tiểu qua ống thông. Sau đó cho rút ống thông nếu người bệnh tiểu bình thường. Trong thời gian này nên giúp người bệnh có phương tiện đi tiểu dễ dàng như cung cấp bồn tiêu hay bố trí người bệnh dễ dàng đến nhà vệ sinh gần nhất.

Ngăn ngừa nhiễm khuẩn: cho người bệnh uống nhiều nước, chăm sóc bộ phận sinh dục sau khi đi tiểu, sau khi quan hệ tình dục, thay quần lót khi ẩm ướt và cần thay 6 – 8 giờ/lần.

2.10. Người bệnh hẹp niệu đạo do ống thông tiểu, do nhiễm trùng niệu đạo

Điều dưỡng nên hỏi người bệnh đi tiểu như thế nào. Nếu tiểu không thành tia, phải cố rặn mới đi tiểu được thì đây là dấu hiệu hẹp niệu đạo, khi đó điều dưỡng cần khuyên người bệnh đến bệnh viện để nong niệu đạo. Để phòng ngừa biến chứng hẹp niệu đạo điều dưỡng cần hết sức thận trọng trong tuân thủ nguyên tắc vô trùng khi chăm sóc hệ thống dẫn lưu niệu đạo đúng và an toàn để tránh nguy cơ hẹp niệu đạo do đặt ống thông, do nhiễm trùng tiểu.

2.11. Xuất tinh ngược dòng

Đây là tình trạng người bệnh đi tiểu nhưng trong nước tiểu có tinh dịch. Người bệnh sẽ lo lắng khi nước tiểu lợn cợn tinh dịch, điều dưỡng cần thực hiện công tác tư tưởng để người bệnh an tâm, đồng thời khuyên người bệnh nên vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục sau giao hợp.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Khuyên người bệnh nên tái khám định kỳ vì có nguy cơ bệnh lý biến thành ác tính về sau. Nếu có hẹp niệu đạo nên đến bệnh viện urologi định kỳ. Khuyên người bệnh uống nhiều nước.

Trong thời gian sau mổ người bệnh đi tiểu không giữ được nước tiểu nên cho người bệnh nằm hay ngồi gần phòng vệ sinh hay cung cấp dụng cụ đi tiểu gần cho người bệnh.

Trong trường hợp người bệnh cần mang ống thông tiểu về nhà do người bệnh không giữ được nước tiểu sau mổ thì: cột ống thông tiểu 2 giờ/1 lần, không cho người bệnh tự động rút ống. Nếu có dấu hiệu nghẽn ống nên đến bệnh viện thay ống khác. Người bệnh cần vệ sinh thân thể sạch sẽ mỗi ngày.

Hướng dẫn người bệnh về vấn đề ăn uống, hạn chế thức ăn quá mặn. Cho người bệnh ăn thức ăn nhiều xơ, thức ăn giàu chất dinh dưỡng.

Hướng dẫn vệ sinh bộ phận sinh dục khi đi tiểu, sau khi giao hợp để tránh nguy cơ nhiễm trùng tiểu. Khi thấy tiểu khó không thành tia nên tái khám bác sĩ.

Thường xuyên theo dõi nước tiểu về màu sắc, tính chất, số lượng. Cần phát hiện các bất thường của nước tiểu như màu đỏ, lặn cặn...

Tránh cho người bệnh làm việc nặng.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh tiểu bình thường, không có dấu hiệu chảy máu.

Nếu người bệnh ung thư tuyến tiền liệt: người bệnh biết đến điều trị tại chuyên khoa.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 2 chỉ định điều trị ngoại khoa u xơ tiền liệt tuyến:

- A.
B.

2. Hãy nêu 3 theo dõi khi chăm sóc người bệnh có gãy tủy sống sau mổ u xơ tiền liệt tuyến:

- 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	Nếu nước rửa bàng quang sau mổ u xơ tiền liệt tuyến là màu hồng có nghĩa là tình trạng chảy máu đang ổn định.		
4	Triệu chứng mắc rặn sau mổ u xơ tiền liệt tuyến là do bơm bóng ống thông tiểu quá căng.		
5	Chảy máu thứ phát sau mổ u xơ tiền liệt tuyến xảy ra sau mổ ngày thứ 12.		
6	Sau mổ u xơ tiền liệt tuyến người bệnh ăn ngay sau khi có nhu động ruột.		
7	Biến chứng sau mổ u xơ tiền liệt tuyến là hẹp niệu đạo.		

8	Tránh táo bón trong những ngày đầu sau mổ u xơ tiền liệt tuyến vì có nguy cơ chảy máu do rặn.		
9	Rút ống thông Pezzer sau mổ u xơ tiền liệt tuyến khi biết ống thông niệu đạo thông.		
10	Màu sắc nước tiểu nói lên tình trạng chảy máu sau mổ u xơ tiền liệt tuyến.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Melinda Hendersen, Knowledge base for Patient with Urinary Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., WB Saunders company, 1998, 1329 – 1369.
2. Patricia Bates, Sharon L. Lewis. Nursing role in Management Renal And Urologic Problem, in Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1332 – 1370.
3. Genitourinary system, chapter 12, Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company, 1986, 1086 – 1153.
4. Dương Quang Trí, Điều trị bướu lành tiền liệt tuyến, Bài giảng Bệnh học và Điều trị học ngoại khoa lồng ngực – tim mạch – niệu, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1988, 291.
5. Trần Văn Sáng, Bướu lành tiền liệt tuyến, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, 1996, 182 – 190.

Bài 33

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu và sinh lý đường tiết niệu.
2. Trình bày được các loại chấn thương và vết thương đường tiết niệu.
3. Chăm sóc được người bệnh chấn thương thận.
4. Chăm sóc được người bệnh chấn thương niệu đạo.

I. BỆNH HỌC CHẤN THƯƠNG THẬN

1. GIẢI PHẪU THẬN

Thận là một tạng đặc nằm sau phúc mạc, trong ổ thận kín, thận chứa đầy máu, mô thận bờ và dễ vỡ. Phía sau thận là xương sườn số 11, 12 và thành bụng sau. Phía trên là cơ hoành, cực trên của 2 thận tiếp xúc với tuyến thượng thận, cực trên thận phải tiếp xúc với gan, cực trên của thận trái tiếp xúc với lá lách. Phía trước qua phúc mạc tiếp xúc với các tạng bên trong ổ bụng. Phía dưới thận là phúc mạc rất dễ bóc tách khỏi thành bụng nên máu tụ thường có thể tách ra phát triển và lan xuống hố chậu. Phía trong phúc mạc dính vào

cột sống nên khối máu tụ không lan đến thận bên đối diện. Chung quanh thận có lớp mỡ Gerota, đây là lớp đệm có tác dụng bảo vệ thận ít di động và ít chấn thương.

2. CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN

2.1. Định nghĩa

Là chấn thương thận nhưng không thủng qua thành bụng hay qua thành lưng.

2.2. Cơ chế sinh bệnh

Chấn thương trực tiếp: chấn thương vào vùng hông lưng do đụng giập làm cho thận đẩy mạnh vào cột sống và xương sườn số 11, 12, thường thì có gãy xương sườn và thận bị rạn nứt, trong trường hợp nặng có thể thận bị giập nát.

Chấn thương gián tiếp: người bệnh ngã từ trên cao bị sức nặng của chính bản thân thận, đó chính là áp lực máu và nước tiểu bên trong thận, làm cho thận bị tổn thương.

2.3. Giải phẫu bệnh

Thương tổn ở thận có 3 trường hợp: vỏ bọc thận còn nguyên vẹn, vỏ bọc thận bị nứt cùng chủ mô thận, thận bị tách khỏi cuống thận.

Khối máu tụ quanh thận: do đặc điểm giải phẫu nên sau chấn thương khối máu tụ có thể tự cầm máu nếu các mạch máu thận không bị đứt, khối máu tụ này có thể chứa đựng được trên dưới 1 lít máu.

Các tổn thương kèm theo: tổn thương gan, thận, lá lách, gãy xương sườn.

2.4. Sinh lý bệnh

Vết nứt thận: thận sẽ tự hàn gắn bằng mô sẹo hay mô liên kết, chủ mô thận còn lại tăng sinh để bù trừ vào chức năng của mô bị thương tổn, do đó chủ yếu là điều trị bảo tồn.

Khối máu tụ quanh thận có thể tự tan dần, biến thành mô xơ. Quá trình diễn tiến của khối máu tụ như sau: giai đoạn đầu khối máu tụ tổ chức còn lỏng lẻo nên sự cầm máu chưa được vững chắc. 7 – 15 ngày sau thì khối máu tụ được tổ chức hoá và vững chắc hơn và đến sau ngày thứ 15 khối máu tụ biến thành mô xơ bám chắc vào thận và các mô lân cận.

Khối máu tụ bị nhiễm trùng.

2.5. Triệu chứng lâm sàng

Thăm khám sẽ thấy:

Tiểu ra máu: máu đỏ đều 3 ly, trong trường hợp nặng có máu cục đọng trong bàng quang gây ra tiểu khó.

Đau: hốt thất lưng đầy và đau, đau lan dần ra xa chỗ chấn thương, đau là do sự hình thành của khối máu tụ quanh thận. Phản ứng thành bụng ở nửa bụng bên bị chấn thương, bụng chướng hơi. Sau vài ngày bụng bớt chướng khi thăm khám có thể sờ thấy khối máu tụ mềm và đau.

Triệu chứng toàn thân: nếu mất máu nhiều người bệnh rơi vào những cơn choáng, mạch nhanh, huyết áp giảm, da niêm xanh tái. Bác sĩ khám dễ phát hiện các chấn thương khác kèm theo như vỡ gan, vỡ lá lách...

3. VẾT THƯƠNG THẬN

3.1. Nguyên nhân

Vết thương do đâm thường là vết thương thận đơn thuần.

Vết thương do hoả khí hay đạn thường có thương tổn phủ tạng.

3.2. Giải phẫu bệnh

Thương tổn phần mềm. Thương tổn ở thận.

Khối máu tụ quanh thận: nếu vật sát thương nhỏ, vết thương phần mềm có thể khép kín nên có thể hình

thành được ổ máu tụ quanh thận giúp thận cầm máu có hiệu quả. Trong trường hợp vật sát thương lớn, máu tụ thông với bên ngoài sẽ gây ra chảy máu kéo dài. Khối máu tụ có thể bị nhiễm trùng do vật sát thương, do thông với bên ngoài nên có nguy cơ nhiễm trùng cao.

3.3. Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân: thường người bệnh rơi vào những cơn choáng do mất máu.

Thăm khám: đặt thông tiểu xem nước tiểu đỏ nhiều hay ít. Khám xét vết thương cần đánh giá số lượng vết thương, lỗ vào và lỗ ra, nước tiểu có rỉ ra vết thương không. Khám bụng xem phản ứng thành bụng. Khám đáy phổi xem có tràn khí hay tràn máu màng phổi. Theo dõi khối lượng nước tiểu mỗi giờ để phát hiện tình trạng thận còn hoạt động hay không.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG THẬN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG THẬN

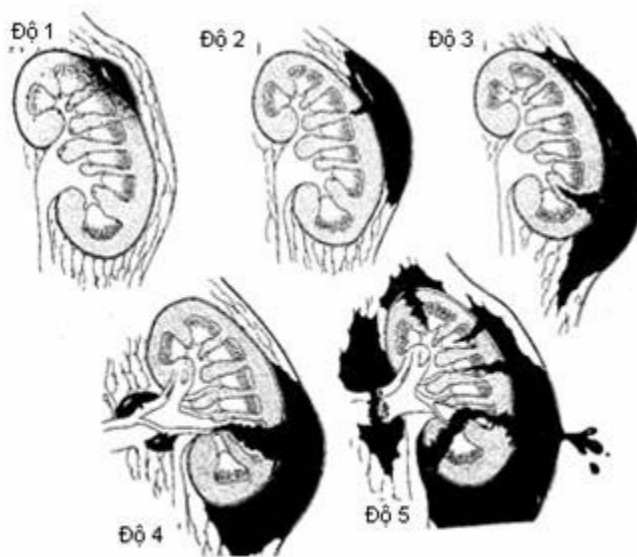
Hỏi bệnh: hỏi về cơ chế chấn thương, thời gian, phương pháp xử trí ban đầu.

Khám: người bệnh đang trong tình trạng choáng sau chấn thương: rối loạn tri giác, rối loạn dấu chứng sinh tồn như mạch nhanh, huyết áp giảm, tri giác giảm, da xanh, niêm nhạt, Hct giảm...

Tình trạng bụng: đau vùng hông lưng, hướng lan khối máu tụ vùng hông lưng, thường nếu khối máu tụ lan quá rốn thì tình trạng chảy máu là nặng. Theo dõi tình trạng đau bụng và vùng chấn thương, bụng chướng, nhu động ruột.

Tình trạng nước tiểu: màu sắc nếu nước tiểu đỏ thì có nguy cơ đang chảy máu (nghiệm pháp 3 ly).

Khám giúp phát hiện những tổn thương khác kèm theo.



Hình 33.1. Phân độ chấn thương thận

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Điều trị bảo tồn

Chăm sóc trong trường hợp chấn thương nhẹ:

Người bệnh cần bất động để phòng ngừa và ngăn chặn tình trạng chảy máu tiếp tục sau chấn thương, thời gian bất động là 10 ngày. Người bệnh nằm yên tại chỗ, vận động tay chân nhẹ nhàng tại giường, tránh mọi hoạt động gắng sức.

Trong thời gian này người bệnh có nguy cơ tắc mạch chi do bất động. Điều dưỡng cần theo dõi sát nhiệt độ và cảm giác chi, mạch chi, tình trạng phù nề của chi (nhất là chi dưới) và nhất là ở người bệnh già, người bệnh béo phì, người bệnh tiểu đường, người bệnh hút thuốc lá. Cần cho người bệnh tập gồng cơ nhẹ nhàng trên giường.

Ngoài ra, người bệnh có nguy cơ chảy máu tái phát, điều dưỡng cần theo dõi dấu hiệu bầm máu vùng hông lưng; nếu lan quá vùng rốn thì nên báo cáo ngay với bác sĩ. Duy trì đường truyền thông, sử dụng kim luôn, đường truyền gần tim. Theo dõi màu sắc nước tiểu, nếu nước tiểu nhạt dần là tốt. Theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên hay 3 lần/ngày. Theo dõi xét nghiệm về chức năng thận, Hct, hồng cầu. Luôn đánh giá tình trạng bụng có chướng không? Hướng lan của khối máu tụ hố thắt lưng, đau vùng bụng, vùng hông

lưng.

Thực hiện thuốc giảm đau, giúp người bệnh nằm yên, tránh nguy cơ chảy máu do vật vã, bứt rứt.

Thực hiện truyền máu theo y lệnh để giúp bù lại lượng máu đã mất.

Trong thời gian này người bệnh tránh gắng sức cho đến ngày thứ 8 – 9 sau chấn thương. Điều dưỡng cần cho người bệnh ăn thức ăn có tính chất nhuận tràng, uống nhiều nước để tránh táo bón. Nếu người bệnh có ho nên báo với bác sĩ và thực hiện thuốc giảm ho ngay. Trong thời gian nằm bất động cần hướng dẫn người bệnh cách thở, giữ ấm, tránh biến chứng ứ đọng đờm nhớt hay viêm phổi.

2.2. Người bệnh có nguy cơ nhiễm trùng do chấn thương thận

Thực hiện thuốc kháng sinh, tiêm thuốc đúng liều, đúng giờ, đúng đường tiêm, áp dụng kỹ thuật vô khuẩn trong chăm sóc người bệnh, theo dõi nhiệt độ mỗi ngày. Theo dõi đau vùng bụng, dấu hiệu khối máu tụ lan ở thành bụng. Cần tuân thủ nghiêm nguyên tắc thực hiện vô khuẩn khi chăm sóc người bệnh, môi trường an toàn cho người bệnh.

2.3. Người bệnh lo lắng về vấn đề dinh dưỡng khi bất động

Người bệnh ăn uống bình thường, ăn thức ăn dễ tiêu, ăn nhiều lần, thức ăn nhuận tràng để tránh người bệnh rặn do táo bón có nguy cơ chảy máu. Khuyến người bệnh nhai kỹ, khuyến khích người bệnh uống nhiều nước. Ăn thức ăn nhiều chất dinh dưỡng, vitamin, protein. Trong thời gian nằm bất động nên cho người bệnh ăn ở tư thế nằm đầu cao, ăn ít, ăn nhiều lần trong ngày.

2.4. Chăm sóc người bệnh chấn thương nặng: có 2 trường hợp

2.4.1. Người bệnh mổ cấp cứu do tình trạng chảy máu thận

Khi có tổn thương kèm theo các cơ quan khác, choáng nặng. Truyền 500ml máu mà huyết áp không lên, hay lên rồi xuống lại. Khối máu tụ quanh thận lớn dần lan đến đường ngang rốn. Điều dưỡng chuẩn bị cho người bệnh phẫu thuật cấp cứu. Thực hiện truyền máu, truyền dịch, xét nghiệm kiểm tra chức năng thận đối diện, chuẩn bị người bệnh thực hiện xét nghiệm UITV, siêu âm.

Di chuyển người bệnh nhẹ nhàng, theo dõi Hct, huyết áp, mạch, da niêm, áp lực tĩnh mạch trung ương, tri giác.

Phòng chống choáng tích cực: giữ ấm người bệnh, thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm.

Đặt ống thông tiểu liên tục: theo dõi sát màu sắc, số lượng nước tiểu và giúp đánh giá tình trạng nước xuất nhập, theo dõi chảy máu và giúp đánh giá chức năng hoạt động bài tiết nước tiểu của thận.

Theo dõi dấu hiệu xuất huyết qua hướng lan của khối máu tụ, phản ứng nửa bụng bên chấn thương. Nếu Hct nhỏ hơn 20%, điều dưỡng thực hiện y lệnh truyền máu cho người bệnh.

2.4.2. Người bệnh chuẩn bị mổ từ 7 – 14 ngày sau chấn thương khi ngưng chảy máu

Nếu người bệnh có khối máu tụ không lan quá đường ngang rốn, nước tiểu đỏ nhưng không có máu cục, truyền 500ml máu mà huyết áp không dao động thì tình trạng người bệnh ổn định.

Người bệnh được điều trị bảo tồn và sau thời gian 7 – 14 ngày thì chuẩn bị phẫu thuật cho người bệnh. Điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước mổ như trong bài "*Chăm sóc người bệnh trước mổ*".

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ DO CHẤN THƯƠNG THẬN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Dấu hiệu choáng: mạch nhanh, huyết áp giảm, tri giác giảm...

Tình trạng chảy máu: dẫn lưu có máu, máu tụ vùng bụng, nước tiểu đỏ, dấu chứng sinh tồn không ổn định, Hct giảm.

Tình trạng thông khí: thiếu oxy, khó thở, không dám thở do đau vết mổ.

Dấu hiệu tắc mạch chi do bất động, do đau.

Dinh dưỡng: cân nặng, số calor cung cấp trong ngày cho người bệnh.

Tình trạng phù chi do bất động hay do tình trạng suy thận.

Nước tiểu: màu sắc, số lượng.

Xét nghiệm xem chức năng thận có hoạt động không.

Vết mổ vùng hông lưng, tình trạng thấm dịch, máu, đau vết mổ.

Dẫn lưu hố thận: tình trạng chảy máu, nước tiểu thấm băng.

Tình trạng nước xuất nhập.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh khó thở do đau, do tư thế sau mổ

Người bệnh mê cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng một bên, nếu người bệnh tỉnh cho người bệnh nằm ở tư thế Fowler, nghiêng về phía dẫn lưu.

Đánh giá mức độ đau, tìm tư thế giảm đau cho người bệnh. Thực hiện thuốc giảm đau và hướng dẫn người bệnh cách thở.

Theo dõi tình trạng thiếu oxy, kiểu thở, dấu khó thở, liệu pháp oxy nếu cần. Phát hiện sớm tình trạng thiếu oxy của người bệnh.

2.2. Người bệnh có nguy cơ chảy máu sau mổ

Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn trong 24 giờ đầu sau mổ. Cần lưu ý, mạch và huyết áp. Theo dõi sát nước tiểu về số lượng, màu sắc qua dẫn lưu bàng quang ra da hay qua dẫn lưu niệu đạo phải được câu nối vô trùng. Nếu thấy nước tiểu màu đỏ với số lượng quá nhiều thì điều dưỡng nên báo lại cho bác sĩ.

Theo dõi tình trạng bụng người bệnh như chướng hơi, dấu máu tụ lan nhanh quá rộng, đau tăng hơn nên báo cho bác sĩ.

Theo dõi dẫn lưu về màu sắc, tính chất, số lượng dịch. Câu nối dẫn lưu xuống thấp khoảng 60cm, hút dẫn lưu ngắt quãng theo y lệnh.

Để tránh nguy cơ chảy máu sau mổ điều dưỡng cần di chuyển, xoay trở người bệnh nhẹ nhàng. Thực hiện thuốc giảm đau giúp người bệnh bớt vật vã. Theo dõi Hct, hồng cầu, mạch và huyết áp.

2.3. Nguy cơ hoạt động ống dẫn lưu không đạt hiệu quả sau mổ thận

2.3.1. Dẫn lưu hố thận

Chỉ ra ít máu nhưng không ra nước tiểu, thường rút sớm từ 24 – 48 giờ sau mổ (tuỳ phẫu thuật viên). Điều dưỡng theo dõi màu sắc, số lượng dịch dẫn lưu. Bảo đảm hệ thống vô trùng.

2.3.2. Dẫn lưu bể thận

Nếu thấy máu cục hay máu tươi ra khoảng 200ml/ngày thì nên báo lại với bác sĩ. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, da, niêm mạc, tri giác người bệnh. Thường dẫn lưu này sẽ ra nước tiểu. Chăm sóc mỗi ngày, thay băng vô trùng hệ thống dẫn lưu, theo dõi sát nước tiểu ở cả dẫn lưu niệu khác và dẫn lưu niệu đạo. Cho người bệnh uống nhiều nước. Dẫn lưu bể thận được rút tùy theo mục đích giải phẫu, tình trạng người bệnh.

Nếu chỉ để theo dõi khâu buộc mạch máu hay chảy máu thứ phát thì mục đích của dẫn lưu có tính chất phòng ngừa. Vì thế khi dẫn lưu ra nước tiểu tốt, không có máu thì thường rút sớm theo y lệnh bác sĩ. Nếu để dẫn lưu làm nóng thì dẫn lưu này phải để sau 3 tuần.

2.3.3. Dẫn lưu bàng quang

Chăm sóc mỗi ngày, theo dõi xì nước tiểu, chăm sóc da ngà rôm lở. Nếu thấy máu cục hay máu đỏ tươi thì nên báo cho bác sĩ. Điều dưỡng không được cột ống dẫn lưu mà nên câu nối xuống thấp, nếu không thì nước tiểu sẽ xì lên trên bụng. Thường rút sớm sau 3 ngày nếu nước tiểu ra trong. Trước khi rút cần đặt thông

tiểu để tránh nước tiểu tràn lên vết thương dẫn lưu đã rút.

2.4. Người bệnh suy kiệt sau mổ

Dinh dưỡng: cho ăn thức ăn dễ tiêu, uống nhiều nước, bảo đảm đủ dinh dưỡng, ăn nhiều lần tránh ăn quá no, chướng bụng làm người bệnh khó thở, khó chịu. Thức ăn phải nhuận tràng để tránh người bệnh rặn do táo bón có thể gây chảy máu. Thực hiện truyền dịch hỗ trợ nếu có y lệnh. Theo dõi cân nặng cho người bệnh. Người bệnh cần cân hằng ngày. Tránh ăn thức ăn quá mặn.

2.5. Người bệnh tổn thương da do vết mổ và lỗ dẫn lưu

Thay băng khi thấm ướt, chăm sóc dẫn lưu mỗi ngày. Nếu tình trạng người bệnh phù cần chăm sóc da tránh tổn thương da người bệnh phù. Chân dẫn lưu phải luôn khô sạch. Theo dõi xì dò sau khi rút dẫn lưu.

2.6. Nguy cơ chảy máu thứ phát do vận động nặng khi xuất viện

Giáo dục người bệnh tránh làm việc nặng trong 3 tháng đầu sau mổ. Theo dõi kiểm tra huyết áp thường xuyên, theo dõi tiểu ra máu không. Kiểm tra thận định kỳ qua siêu âm. Tái khám theo lời dặn của bác sĩ. Tránh để người bệnh bị táo bón.

IV. BỆNH HỌC CHẨN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. VỠ NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1.1. Giải phẫu bệnh

1.1.1. Do chấn thương từ bên trong

Do đặt ống thông như thông beniqué, thông niệu đạo lạc đường, do ống thông cứng trong máy nội soi bàng quang, do sử dụng ống thông to hơn đường kính niệu đạo, do cố định niệu đạo không đúng nhất là ở nam giới, do đặt thông tiểu lâu ngày.

1.1.2. Do chấn thương từ bên ngoài

Do người bệnh ngã ngã ngồi trên vật cứng, hai chân xoạc ra. Trường hợp giáp phần bên trong như do đặt ống thông lạc đường làm cho niêm mạc niệu đạo hay một phần vật xóp tổn thương thì người bệnh thấy có ra máu niệu đạo nhưng không có máu tụ ở tầng sinh môn. Nếu giáp ở phần xóp mà niêm mạc còn nguyên vẹn thì sẽ thấy khối máu tụ nhưng không thấy máu ở niệu đạo. Trong trường hợp giáp toàn bộ niệu đạo thì sẽ thấy máu chảy ra ở niệu đạo và mảng máu tụ ở tầng sinh môn.

1.2. Lâm sàng

Trong trường hợp người bệnh ngã ngồi trên vật cứng, người bệnh sẽ thấy đau chói ở tầng sinh môn đồng thời có máu ra ở lỗ sáo, bí tiểu, ở tầng sinh môn có mảng máu tụ hình cánh bướm. Nếu nặng hơn khối máu tụ lan đến bìu làm bìu sưng to và bầm tím.

1.3. Diễn tiến

Nếu không dẫn lưu bàng quang kịp thời, nước tiểu sẽ chảy xuống chỗ máu tụ gây ra nhiễm trùng rất nặng. Tất cả chấn thương niệu đạo đều đưa đến hẹp niệu đạo sau một thời gian.

2. VỠ NIỆU ĐẠO SAU

2.1. Nguyên nhân sinh bệnh

Do chấn thương rất nặng và kèm theo vỡ xương chậu, gãy xương mu và tổn thương các cơ quan bên trong ổ bụng. Đây là một chấn thương rất dễ đưa đến choáng do mất máu nhiều và đau.

2.2. Giải phẫu bệnh

Trường hợp thông thường khi xương chậu bị gãy, có khối máu tụ vùng quanh xương gãy, dưới phúc mạc, quanh tiền liệt tuyến, đẩy bàng quang lên cao. Nếu nước tiểu không rỉ xuống thì đây chỉ là ổ gãy kín. Nếu nước tiểu rỉ xuống do không dẫn lưu nước tiểu kịp thời thì đây là biến chứng nhiễm trùng rất nặng cho người bệnh.

Trong trường hợp chấn thương niệu đạo kèm theo vỡ trực tràng thì đây là bệnh lý rất nặng do vỡ niệu đạo kết hợp với vỡ trực tràng. Thường xảy ra trong các trường hợp chấn thương kín, niệu đạo bị đứt, trực tràng bị rách, khi đó khối máu tụ lớn hoà lẫn với nước tiểu và phân.

Trên lâm sàng thì các triệu chứng thường nghèo nàn. Thường chỉ có biểu hiện của choáng như mạch nhanh, huyết áp giảm, do mất máu và đau đớn. Biểu hiện triệu chứng của gãy xương chậu. Các triệu chứng vỡ niệu đạo thường không điển hình, nếu có vỡ niệu đạo trước thì thấy vết máu đọng lại ở lỗ sáo. Thăm trực tràng thấy đau nhói và khi rút gang tay ra thấy có máu.

Nếu đứng trước người bệnh gãy khung trước của xương chậu sẽ thấy có 4 trường hợp xảy ra: Người bệnh bí tiểu do phản xạ nhưng không có tổn thương niệu đạo, vỡ niệu đạo không hoàn toàn và di lệch ít, vỡ niệu đạo hoàn toàn và di lệch nhiều, vỡ niệu đạo kèm theo vỡ trực tràng.

V. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Do cơ chế chấn thương từ bên ngoài

Điều dưỡng hỏi người bệnh cơ chế chấn thương, thời gian và xử trí ban đầu. Do té ngã ngồi ở tư thế hai chân dạng ra, vùng tầng sinh môn đập lên vật cứng nên thường có dấu hiệu bầm máu hình cánh bướm ở tầng sinh môn và máu ra ở lỗ sáo nếu là nam giới.

1.2. Do chấn thương từ bên trong

Thường do thông tiểu bằng thông cứng và lạc đường, sỏi kẹt niệu đạo, tai biến khi gấp sỏi, do tai biến đặt ống thông tiểu lâu ngày và cố định ống thông sai tư thế.

Thăm khám: người bệnh có bí tiểu không? Dấu hiệu bàng quang (+) khi người bệnh không tiểu được.

Thăm khám vùng khối máu tụ, tìm dấu hiệu máu tụ hình cánh bướm, máu chảy ở đầu dương vật. Dấu hiệu tổn thương các cơ quan khác do chấn thương.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

2.1. Người bệnh không tiểu được do chấn thương

Nguyên tắc xử trí:

Nếu người bệnh tiểu bình thường, điều dưỡng chuyển người bệnh đến khám chuyên khoa để có chỉ định điều trị thích hợp.

Nếu người bệnh không tiểu được, điều dưỡng khám người bệnh có cầu bàng quang không. Nếu người bệnh không có cầu bàng quang không nên đặt thông tiểu qua đường niệu đạo, nên chuyển lên tuyến trên đúng chuyên khoa để dẫn lưu bàng quang ra da. Nếu có cầu bàng quang không nên đặt thông tiểu mà nên chọc dò bàng quang lấy nước tiểu tạm thời, hay dẫn lưu bàng quang ra da tránh làm nước tiểu tràn xuống vùng chấn thương gây nhiễm trùng. Điều dưỡng cần thăm khám thường xuyên để phát hiện trường hợp căng bàng quang do ứ nước tiểu, nếu có nên báo cáo ngay và xem lại dẫn lưu nước tiểu có thông không trước khi di chuyển người bệnh.

2.2. Người bệnh lo lắng sau chấn thương

Điều dưỡng cần hướng dẫn và giải thích về tình trạng người bệnh và hướng điều trị, chăm sóc giúp

người bệnh an tâm. Thường sau chấn thương người bệnh sẽ điều trị bảo tồn và sau 14 ngày thì người bệnh mới có chỉ định mổ. Nếu hẹp niệu đạo, điều dưỡng viên hướng dẫn người bệnh đến bệnh viện nông nghiệp lâm nghiệp định kỳ.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

3.1. Người bệnh tiểu qua ống thông niệu đạo do tái tạo niệu đạo sau mổ

Chăm sóc bộ phận sinh dục ngày 3 lần. Không rút dẫn lưu niệu đạo, sau 10 ngày điều dưỡng xả bóng và ống thông tự sút ra. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng tiểu. Cho người bệnh uống nhiều nước. Chăm sóc hệ thống cầu nối thông, vô trùng, cầu nối thấp. Điều dưỡng không tự ý rút ống thông tiểu nếu chưa có chỉ định. Hướng dẫn người bệnh vệ sinh sạch sẽ vùng sinh dục.

3.2. Người bệnh có tổn thương da do dẫn lưu bàng quang ra da, do vết mổ

Chăm sóc dẫn lưu bàng quang ra da, dẫn lưu niệu đạo. Theo dõi thường xuyên số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu. Xử trí ngay nếu thấy hệ thống dẫn lưu bị nghẹt vì nước tiểu sẽ tràn qua vết mổ trên thành bụng gây nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang ra da, qua ống thông tiểu, theo dõi phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng. Thay băng vết mổ nếu thấy thấm ướt băng, không để vết mổ ẩm ướt.

3.3. Người bệnh bị hẹp niệu đạo do sau mổ chấn thương niệu đạo

Khi xuất viện hướng dẫn người bệnh thực hiện chỉ dẫn của bác sĩ, nông nghiệp lâm nghiệp định kỳ nếu người bệnh hẹp niệu đạo. Hướng dẫn người bệnh biết dấu hiệu hẹp niệu đạo như: tiểu phải rặn không thành tia, không tiểu được.

VI. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi người bệnh để tìm hiểu cơ chế chấn thương.

Nhận định tình trạng choáng và mức độ choáng. Khám phát hiện dấu hiệu choáng. Lượng giá tình trạng choáng của nạn nhân.

Đánh giá mức độ đau, đánh giá mức độ chảy máu, đánh giá gãy xương. Khám phát hiện chấn thương kèm theo. Đánh giá mức độ tổn thương kèm theo, tình trạng nhiễm trùng. Nhận định tình trạng tâm lý của người bệnh.

Nhận định dấu chứng sinh tồn (nhất là mạch và huyết áp).

Nhận định tình trạng mất máu, mất nước của người bệnh.

Đánh giá tình trạng xương gãy và các biện pháp xử trí ban đầu trước khi người bệnh nhập viện.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh choáng do chấn thương

Hồi sức chống choáng và phòng ngừa choáng tích cực cho người bệnh. Ở đây, điều dưỡng cần chú ý đến tình trạng đau, lo sợ, tình trạng mất máu. Phòng chống choáng điều dưỡng giảm đau, ủ ấm, theo dõi chảy máu, truyền dịch, trấn an người bệnh. Đánh giá số lượng máu mất, theo dõi Hct để kịp thời bù số lượng máu mất. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn.

2.2. Người bệnh gãy xương

Thường kết hợp cả 2 thương tổn là vỡ xương chậu và tổn thương niệu đạo sau. Nếu vỡ xương chậu điều dưỡng cho người bệnh nằm trên ván cứng, tránh xoay trở, cố định cho người bệnh, giảm đau, ủ ấm, thực hiện công tác tư tưởng giúp người bệnh an tâm. Nếu thương tổn niệu đạo sau điều dưỡng cần dẫn lưu nước tiểu ngay để tránh nhiễm trùng, nhưng không nên thông tiểu vì gây tổn thương thêm hay nhiễm trùng thêm. Khám người bệnh để xác định gãy xương chậu cần cố định khung chậu để tránh di lệch, tránh cho người bệnh đau, chảy máu nhiều hơn.

Xử trí: điều dưỡng đặt người bệnh lên ván cứng. Chăm sóc người bệnh gãy xương chậu bất động, giảm đau. Người bệnh tổn thương da do vết mổ và dẫn lưu: chăm sóc dẫn lưu bằng băng quang ra da, chăm sóc vết mổ.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Khi xuất viện, người bệnh tái khám theo lời dặn của bác sĩ và nông niệu đạo định kỳ.

Chăm sóc người bệnh gãy xương chậu. Có thể sử dụng khung cố định ngoài và cho người bệnh về nhà. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh về cách chăm sóc (xem bài *Chăm sóc người bệnh có khung cố định ngoài*). Hướng dẫn người bệnh cách vệ sinh cá nhân. Hướng dẫn người bệnh cách ăn uống khi có gãy xương như ăn nhiều thức ăn có calci nhưng phải uống nhiều nước. Người bệnh chấn thương niệu đạo nên ảnh hưởng đến vấn đề tình dục. Điều dưỡng làm công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm. Người bệnh thường hồi phục chậm do chấn thương nhiều vùng trên cơ thể nên vấn đề tâm lý thường rất nặng nề và thất vọng về bản thân. Trong vấn đề này người bệnh cần có chuyên gia tâm lý.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh tiểu không còn ra máu, người bệnh tự tiểu bình thường.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

- Nêu 2 bước cần chú ý khi người bệnh chấn thương niệu đạo trước, có cầu bàng quang:
A.
B.
- Nêu 3 nguyên nhân chấn thương từ bên trong:
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	Khi người bệnh chấn thương niệu đạo trước cần đặt ống thông Foley ngay sau chấn thương.		
4	Chỉ đặt ống thông niệu đạo trong phòng mổ người bệnh chấn thương niệu đạo.		
5	Theo dõi nước tiểu ở người bệnh chấn thương thận.		
6	Dấu hiệu chảy máu thận là đau bụng.		
7	Trong thời gian điều trị bảo tồn chấn thương thận người bệnh không được ăn.		
8	Dấu hiệu nước tiểu đỏ là triệu chứng chảy máu tiếp tục của chấn thương thận.		
9	Chấn thương niệu đạo sau thường kèm theo choáng.		
10	Uống nhiều nước rất quan trọng trong chăm sóc người bệnh chấn thương đường tiết niệu.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Melinda Hendersen. Knowledge base for Patient with Urinary Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., WB Saunders company, 1998, 1329 – 1369.
2. Patricia Bates, Sharon L. Lewis, Nursing role in Management Renal And Urologic Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1349 – 1363.
3. Donna Peter. Genitourinary system, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company, 1986, 1086 – 1153.
4. Trần Văn Sáng, Chấn thương và vết thương thận – vỡ bàng quang – vỡ niệu đạo. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 4, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1988, 7.
5. Dương Quang Trí, Điều trị bướu lành tiền liệt tuyến, Bài giảng Bệnh học và điều trị học ngoại khoa lồng ngực – tim mạch – niệu, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1998, 291.
6. Trần Văn Sáng, Chấn thương và vết thương thận – vỡ bàng quang – vỡ niệu đạo, Bài giảng bệnh học niệu khoa, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, 1996, 7 – 60.
7. Chăm sóc ngoại khoa, tài liệu thí điểm giảng dạy Điều dưỡng trung học 03 – SIDA, Hà Nội, 1994, 99 – 102.

Chương 5. CHỈNH HÌNH

Bài 34

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GẤY XƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu và chức năng hệ xương.
2. Trình bày được các phương pháp điều trị gãy xương.
3. Xử trí được người bệnh gãy xương.
4. Chăm sóc được người bệnh gãy xương.

I. BỆNH HỌC

1. GIẢI PHẪU VÀ CHỨC NĂNG HỆ XƯƠNG

1.1. Giải phẫu

Bộ xương người có 206 xương, bao gồm các xương trục: xương sọ, xương mặt, cột sống, xương sườn, xương ức; và các xương phụ: xương chi trên, xương chi dưới.

1.2. Chức năng của xương là nâng đỡ, bảo vệ, vận động, tạo máu và trao đổi chất.

1.3. Sự tăng trưởng của hệ xương bao gồm:

1.3.1. Sự cốt hoá

Là quá trình biến đổi mô liên kết thường thành mô liên kết rắn đặc ngấm đầy muối calci và mô xương.

Có hai hình thức cốt hóa:

Cốt hoá trực tiếp (cốt hoá màng): chất căn bản của mô liên kết ngấm calci và biến thành xương. Các xương được hình thành bằng cách này gọi là xương màng.

Cốt hoá sụn: chất căn bản của mô liên kết ngấm cartilagen thành sụn, sau đó sụn này biến thành xương.

1.3.2. Sự tăng trưởng

Tăng trưởng theo chiều dài: nhờ sụn đầu xương nối giữa đầu và thân xương. Khoảng 25 tuổi thì ngừng tăng trưởng. Tăng trưởng theo chiều dày là do sự phát triển của cốt mạc.

1.3.3. Sự tái tạo xương

Khi xương gãy, giữa nơi gãy sẽ hình thành tổ chức liên kết; tổ chức này sẽ ngấm calci, biến thành xương và làm lành xương.

2. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là sự mất liên tục của xương, là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học dẫn đến gián đoạn truyền lực qua xương.



3. NGUYÊN NHÂN

Là sự mất liên tục của xương do chấn thương té ngã, do bệnh lý về xương. Lực gãy xương phụ thuộc vào độ cứng của xương, cường độ lực tác động, tuổi thường gặp ở gãy xương là trẻ em hay người già.

3.1. Gãy xương chấn thương

Là gãy xương do lực bên ngoài tác động lên xương lành mạnh. Lực gây chấn thương tạo ra gãy xương trực tiếp và gãy xương gián tiếp.

3.2. Gãy xương bệnh lý

Là gãy xương nếu xương có bệnh từ trước như bệnh lý u xương, loãng xương, viêm xương... chỉ cần chấn thương nhẹ cũng có thể gãy xương. Gọi là gãy xương bệnh lý do xương không đủ chất dinh dưỡng.

3.3. Gãy xương do mỏi

Là trạng thái của xương lành mạnh nhưng không bị gãy do chấn thương gây ra nhưng do giảm sức chịu đựng, do stress liên tục nên dù có những chấn thương nhẹ nhưng được nhắc đi nhắc lại lâu dần gây gãy xương.

4. DỊCH TỄ

Gãy xương xảy ra ở mọi giới nam và nữ, mọi nhóm tuổi nhưng thường gặp nhất ở người trẻ từ 15 – 20 tuổi và người già trên 60 tuổi nhất là ở phụ nữ. Gãy xương do stress đối với vận động viên thường xảy ra ở giới nữ do giảm mức độ estrogen, do kinh nguyệt không đều, do stress thường xuyên nên rất có nguy cơ loãng xương.

5. PHÂN LOẠI

5.1. Gãy xương kín

Gãy xương kín độ 0: gãy xương không tổn thương mô mềm, thường là gãy xương gián tiếp không di lệch hoặc di lệch ít.

Gãy xương kín độ 1: có xây xước da nông. Gãy xương mức độ đơn giản hay trung bình.

Gãy xương kín độ 2: gãy xương do chấn thương trực tiếp mức độ trung bình hay nặng. Gãy xương có xây xước da sâu và tổn thương cơ khu trú do chấn thương. Nếu có chèn ép khoang cũng xếp vào giai đoạn này.

Gãy xương kín độ 3: gãy xương do chấn thương trực tiếp mức độ trung bình hay nặng. Gãy xương có chạm thương da rộng, giập nát cơ, có hội chứng chèn ép khoang thực sự hay đứt mạch máu chính.

5.2. Gãy xương hở

Gãy xương hở độ 1: da bị thủng do đoạn xương gãy chọc thủng từ trong ra. Xương gãy đơn giản ít bị nhiễm trùng.

Gãy xương hở độ 2: rách da, chạm thương da khu trú do chính chấn thương trực tiếp gây ra, nguy cơ nhiễm trùng mức độ trung bình.

Gãy xương hở độ 3: rách da, tổn thương phần mềm rộng lớn, kèm theo tổn thương thần kinh, mạch máu. Gãy xương có kèm theo tổn thương động mạch chính có nguy cơ nhiễm trùng lớn.

Gãy xương hở độ 4: đứt lìa chi hay gần lìa chi. Tình trạng nạn nhân rất trầm trọng do mất máu.

6. ẢNH HƯỞNG CỦA GIỚI TÍNH VÀ TUỔI TÁC ĐẾN LOẠI GÃY XƯƠNG

Ở trẻ em, bộ xương đang tăng trưởng, màng xương dày nên gặp các loại gãy cành tươi, gãy xương cong tạo hình.

Ở người già có loãng xương nên có một số xương xốp, yếu dễ bị gãy lún đốt sống, gãy cổ xương đùi. Ở giới nữ từ sau tuổi mãn kinh thì gãy xương do loãng xương xuất hiện sớm hơn.

7. TÁC ĐỘNG CỦA GÃY XƯƠNG Ở TOÀN THÂN VÀ TẠI CHỖ

7.1. Choáng chấn thương sau gãy xương

Hai yếu tố gây choáng trong gãy xương là mất máu và đau. Để tiên lượng nạn nhân có nguy cơ choáng sẽ dựa vào mức độ trầm trọng của xương gãy như gãy xương lớn, gãy nhiều xương, tổn thương nhiều mô mềm, đa chấn thương và các dấu hiệu trước choáng như mạch nhanh, chỉ số choáng là mạch trên huyết áp tâm thu lớn hơn 1 (bình thường là 0,5), dấu hiệu móng tay hồng trở lại muộn trên 2 giây sau khi bấm.

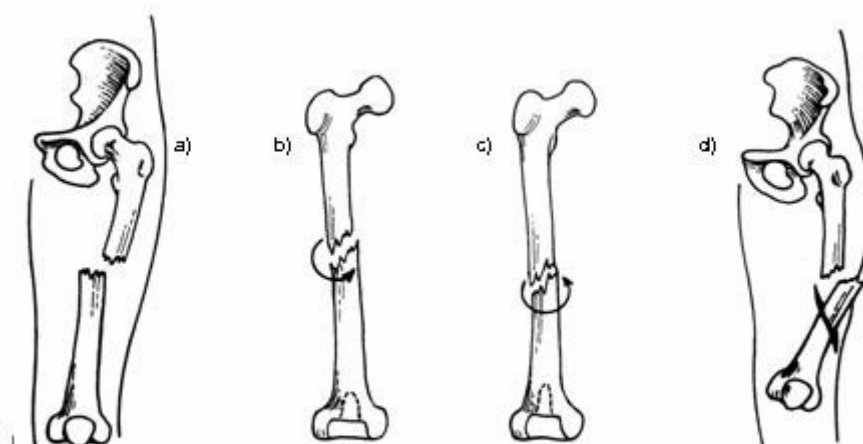
$$\frac{\text{Mạch}}{\text{Huyết áp tâm thu}} > 1$$

7.2. Chảy máu

Dẫn đến tình trạng choáng do mất máu nhất là gãy xương đùi, xương chậu. Chảy máu gây ra máu tụ dẫn đến chèn ép khoang. Gãy xương có đứt mạch máu kèm theo giập tủy cũng gây nguy cơ tắc mạch máu do mỡ.

7.3. Đau đớn

Đau đớn cũng làm người bệnh rơi vào tình trạng choáng. Để giảm đau sau gãy xương điều cần thiết phải làm là bất động tốt xương gãy và tránh xử trí thô bạo khi thăm khám xương gãy. Thực hiện công tác tư tưởng để nạn nhân an tâm.



Hình 34.2. Gãy xương dài đơn giản (a, b, c) và gãy hở phức tạp (d)

a) Gãy ngang; b) Gãy chéo; c) Gãy xoắn

7.4. Tắc mạch máu do mỡ

Gãy xương có giập nát tủy có nguy cơ cao về khả năng mỡ trong tủy xương tràn vào trong mạch máu gây tắc mạch do mỡ là nguyên nhân gây tử vong.

7.5. Chèn ép khoang cấp tính

Nếu máu tụ vùng xương gãy lớn sẽ gây cản trở máu gây hội chứng chèn ép khoang.

7.6. Rối loạn dinh dưỡng

Chảy máu sau gãy xương gây ra khối máu tụ trung bình cũng góp phần gây hội chứng rối loạn dinh dưỡng.

7.7. Co rút các cơ tại vùng gãy

Các cơ xung quanh vùng xương gãy tổn thương, phù nề làm cản trở máu lưu thông dẫn đến thiếu máu ở cơ, cơ bị co rút. Mặt khác, xương gãy có di lệch làm xương ngắn đi và cơ co lại, sau đó tự ngắn đi. Bất kỳ kích thích nào như đau xương chưa bất động cũng làm cơ co lại.

7.8. Chèn ép thần kinh ngoại biên

Tổn thương trực tiếp thần kinh bị rách hay đứt. Nếu do chèn ép cục bộ cũng gây rối loạn về thần kinh.

7.9. Nhiễm trùng

Bất kỳ gãy xương nào có tổn thương da, gãy xương hở đều có nguy cơ nhiễm trùng rất cao.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Mục đích

Mục đích là làm liền xương gãy theo đúng hình dạng ban đầu và phục hồi tốt chức năng vận động cho người bệnh.

8.2. Nguyên tắc

Nắn các di lệch, bất động tốt và liên tục đủ thời gian, tập vận động chủ động sớm.

8.3. Phương pháp

Điều trị bảo tồn kinh điển: bó bột.

Bảo tồn cải tiến: sự bất động có tính tương đối (ví dụ: đặt nẹp, mang đai vải...).

Cố định ngoài: dùng khung cố định bên ngoài để cố định xương gãy.

Phẫu thuật: mổ kết hợp xương, đóng đinh nội tủy, bắt nẹp, cắt lọc trong gãy xương hở.

Kéo tạ: chỉ là giai đoạn đầu áp dụng cho một số gãy xương không vững trước khi bó bột hay khi mổ kết hợp xương.

9. SINH LÝ VÀ BỆNH HỌC GỠY XƯƠNG

Gãy xương do lực tác động trực tiếp tới xương do chấn thương, co rút rất mạnh của cơ bất thành linh làm bẻ cong xương tới một điểm gãy và tiếp tục truyền lực vào xương, hay nguyên nhân sinh bệnh học do giảm chất khoáng hoá ở xương. Sự mất khoáng chất xương xảy ra ở người bệnh nằm lâu, giảm sức chịu nặng của xương, quá trình lão hoá thì nguy cơ gãy xương càng cao với những stress nhỏ hay chấn thương. Có rất nhiều loại gãy xương, có vài loại gãy xương phổ biến. Gãy xương kín thì xương gãy nhưng không có vết thương bên ngoài hay có vết thương nhưng không thông thương với vùng xương gãy. Gãy xương kín ít đe dọa đến tính mạng nhưng nếu gãy xương không ổn định thì rất nguy hiểm đến sự sống ở cơ quan, mạch máu, như chảy máu bên trong, choáng. Gãy xương hở tổn thương trầm trọng đến mô cơ, mất máu nhiều, nhiễm trùng cao, đe dọa tính mạng người bệnh nặng nề.

10. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Các dấu hiệu lâm sàng chính được phân thành hai nhóm chính:

Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo của xương gãy. Sau một chấn thương nếu thấy một hoặc nhiều trong các dấu hiệu kể trên thì chắc chắn có gãy xương.

Các dấu hiệu không chắc chắn của gãy xương: đau, sưng, bầm tím, mất cơ năng. Các trường hợp gãy xương đều có các dấu hiệu trên nhưng trong bong gân, trật khớp... cũng có nên khó khẳng định là có gãy xương hay không.

11. CÁC DẤU HIỆU GỠY XƯƠNG BẰNG HÌNH ẢNH

X quang thông thường: chụp tối thiểu 2 bình diện (mặt và bên), chụp lấy đủ 2 khớp của 1 thân xương dài và ở các tư thế khác.

CT scan đối với các gãy xương phức tạp.

Phim X quang cho phép xác định những chi tiết gãy xương như sau: vị trí gãy, đường gãy, các di lệch,

các đặc điểm hình ảnh mô mềm (mức độ phù nề).

12. TIẾN TRIỂN CỦA GÃY XƯƠNG

12.1. Sự phục hồi lưu thông máu ở vùng gãy xương

Ở xương lành các hệ thống mạch máu trong ống tủy xương đảm bảo nuôi dưỡng 2/3 thân xương cứng, chỉ 1/3 thân xương cứng được hệ thống các mạch máu dưới màng từ các mạch máu mô mềm xung quanh cung cấp. Gãy xương làm đứt đoạn hệ thống mạch máu dẫn đến tình trạng thiếu máu, thiếu oxy vùng xương gãy làm cản trở quá trình liền xương.

Bảng 34.1. Cấp cứu nạn nhân gãy xương chi

Những điều cần làm:

- Yêu cầu đám đông tách ra.
- Xem xét nạn nhân theo thứ tự cấp cứu: nghẹt thở, chảy máu mạch máu lớn, gãy xương, vết thương.

Chống choáng:

- Nhận định đường thở, kiểu thở, tuần hoàn, dấu hiệu chảy máu.
- Xử trí bất kỳ tổn thương nào liên quan đến tính mạng nạn nhân.
- Băng ép nơi chảy máu bằng băng vô khuẩn.
- Trấn an, cho nạn nhân uống nước ấm, ủ ấm, nghỉ ngơi.
- Không di chuyển nạn nhân khi chưa giảm đau và chưa bất động chi gãy.

Bất động xương gãy:

- Bất động chi gãy trên và dưới 2 khớp.
- Kiểm tra mạch trước và sau khi nẹp chi.
- Không cố gắng kéo thẳng chi gãy hay nơi trật khớp.
- Không sờ nắn vào nơi xương nhô ra.
- Dội rửa sạch xương hở bằng nước vô khuẩn, băng kín giữ ẩm và sạch.
- Nâng đỡ chi cao lên.
- Đặt túi nước đá nơi vùng tổn thương.

12.2. Yếu tố bất động đối với liền xương

Xương gãy gây đau và co mạch vì thế gây ra tình trạng thiếu máu nuôi tại vùng gãy làm ảnh hưởng đến quá trình liền xương. Bất động để giảm đau, bất động giúp 2 mặt xương gãy áp sát vào nhau, tạo điều kiện để xương tái tạo kết nối các đoạn gãy.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Sau khi bất động tốt người bệnh, điều dưỡng cần thăm định lại dấu hiệu đau, sưng, da mất màu, chi không thẳng trục.

Tìm dấu hiệu chảy máu, kiểm tra dấu hiệu chèn ép thần kinh, tắc mạch như sờ mạch gần và xa vùng chi gãy, da chi ẩm, giảm cảm giác.

Nhận định dấu chứng sinh tồn: phát hiện dấu hiệu choáng do mất máu như mạch nhanh, nhỏ, yếu, huyết áp giảm, gia tăng nhịp thở.

Nhận định dấu hiệu chèn ép: hỏi nạn nhân về dấu hiệu tê, kiến bò ở chi. Sau khi nạn nhân đã được điều trị, điều dưỡng vẫn tiếp tục nhận định lại dấu hiệu chèn ép thần kinh, tìm kiếm dấu hiệu thiếu tưới máu do bất động bởi bó bột, kéo tạ hay do sự phù nề của chấn thương.

Nhận định lại tâm lý người bệnh như mức độ lo âu, xác định mức độ hiểu biết về sự gãy xương, sự lành xương, thời gian điều trị.

Nhận định lại mức độ thích nghi của người bệnh với gãy xương và sự tự chăm sóc chính người bệnh. Nhận định về dinh dưỡng người bệnh: đau ăn không ngon, do bất động...

Phát hiện sớm tình trạng choáng do đau, mất máu.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Suy giảm chức năng vận động liên quan đến xương gãy và chấn thương mô mềm

Nhận định chung quanh vùng xương gãy, mô mềm như dấu hiệu bầm, sưng nề, vết thương rách da, mô giáp nát, tình trạng vết thương...

Giữ nhẹ nhàng mô tổn thương bằng sự cố định vững khớp trên và dưới vùng gãy, tránh tổn thương thêm và đau gia tăng. Luôn luôn nhớ rằng trong bất kỳ trường hợp nào cũng không được nắn sửa xương khi chưa giảm đau hay gây tê cho nạn nhân.

Đắp đá lạnh để giảm phù nề làm ngưng chảy máu cho nạn nhân. Sau gãy xương do chảy máu sẽ gây máu tụ, chèn ép kèm theo tổn thương cơ nên chèn phù nề nhiều. Điều dưỡng nâng đỡ chi cao lên bằng cách kê gối giúp máu tĩnh mạch hồi lưu, giảm sưng. Nên đặt gối chêm lót dọc theo chiều dài chi, tránh đặt gối ngay các khớp vì dễ gây chèn ép chi.

Kiểm tra dấu hiệu chèn ép thần kinh, mạch máu mỗi giờ nhất là vùng gãy xương lớn. Nhận định dấu hiệu tổn thương mô mềm như chảy máu, phù nề, tình trạng vùng da chung quanh vết thương.

Giúp người bệnh duy trì được tư thế chức năng tối đa mà không gây đau đớn cho người bệnh, chêm lót tốt những vùng cố định, thường xuyên thăm hỏi người bệnh. Trợ giúp người bệnh thay đổi tư thế 2 giờ/1 lần.

Nhận định toàn bộ về bố bột, kéo tạ, vết thương trong 1 – 2 giờ đầu và sau đó là 4 giờ/1 lần, ghi chú mức độ vận động, đo vòng chi để so sánh sự phù nề chi. Hướng dẫn người bệnh tập vận động cơ liên tục, các cơ tứ đầu đùi, cơ tam đầu, hông, tập 4 giờ/1 lần.

Cho người bệnh nghỉ ngơi, giúp người bệnh giảm căng thẳng, giúp phục hồi cơ thể sau chấn thương, giải thích cho người bệnh ích lợi của sự nghỉ ngơi.

2.2. Đau liên quan đến chèn ép thần kinh

Nhận định mức độ, tính chất, thời gian của cơn đau. Các chèn ép cấp tính thường biểu hiện bằng dấu hiệu điển hình của rối loạn cảm giác và vận động. Ví dụ như đau ở ống trụ, khi ấn vào rãnh trụ đau nhói và lan truyền theo đường đi xuống cẳng tay của thần kinh trụ.

Giúp người bệnh thực hiện tư thế giảm đau mà không ảnh hưởng đến tổn thương. Thay đổi tư thế 2 giờ/1 lần giúp cơ không bị mệt. Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

2.3. Đau liên quan đến chèn ép khoang sau gãy xương

Áp lực trong khoang bình thường là 0 – 5mmHg, khi gồng cơ chủ động áp lực tăng lên 50mmHg nhưng sau khi hết gồng cơ thì áp lực tụt xuống trị số bình thường sau 5 phút. Chèn ép khoang là sự tăng áp lực trong một hay nhiều khoang làm giảm lưu thông máu qua khoang dẫn đến thiếu máu cục bộ. Nếu chèn ép kéo dài gây tổn thương cơ và rối loạn thần kinh. Điều dưỡng cần nhận định dấu hiệu đe dọa của chèn ép khoang là đau dữ dội ngày càng tăng, đau kéo dài khi sờ lên mặt da cứng và căng bóng. Đau là dấu hiệu được phát hiện sớm nhất của chèn ép khoang. Đây là dấu hiệu sớm giúp điều dưỡng can thiệp ngay để tránh dẫn đến chèn ép khoang. Những dấu hiệu chèn ép rõ rệt là đau có kèm các biểu hiện thần kinh như cảm giác tê bì như kiến bò, giảm cảm giác, rối loạn vận động (cơ yếu đi). Điều dưỡng cần theo dõi thường xuyên và phát hiện sớm dấu hiệu chèn ép khoang vì thời gian chèn ép khoang 6 giờ được coi là trị số ngưỡng. Nếu dưới 6 sẽ giờ có hy vọng điều trị bảo tồn, nhưng trên 6 giờ thì có chỉ định phẫu thuật. Mốc thời gian cụ thể như sau:

- 6 giờ: giới hạn điều trị bảo tồn.
- 6 – 15 giờ phẫu thuật có thể giữ được chi.
- trên 15 giờ đoạn chi để cứu sống nạn nhân.

2.4. Biến dạng cơ thể hay sự mất tạm thời chức năng độc lập của cơ thể

Nhận định sự nhận thức và mức độ độc lập của từng người bệnh. Giúp người bệnh có khoảng riêng tư, giúp người bệnh tự vệ sinh cá nhân, tự chăm sóc mình ở mức độ cho phép. Giúp người bệnh tự nâng người lên thay tã, xoay trở, vệ sinh... Giúp người bệnh ăn uống tốt tránh sụt cân, duy trì sức khỏe, tránh ảnh hưởng đến hình dạng cơ thể. Tự tập những cơ không tổn thương, hướng dẫn hay hỗ trợ tập những cơ tổn thương. Khuyến khích những thành viên trong gia đình duy trì quan hệ tốt, tôn trọng người bệnh. Nhờ thế người bệnh cảm thấy họ không phải là người tàn phế, giúp người bệnh tự tin và cố gắng tập luyện.

2.5. Giảm tưới máu mô do chấn thương

Nhận định tình trạng mô tổn thương: mức độ tổn thương, dấu hiệu chảy máu, mô hạt trên vết thương, mô hoại tử, mạch chi.

Kiểm tra màu sắc, nhiệt độ, mạch ngoại biên, phù, đau, chức năng vận động, đổ đầy máu ngoại biên, so sánh vùng tổn thương với chung quanh. Chăm sóc vết thương với phương pháp vô trùng, nâng cao chi phù nề giúp máu hồi lưu tốt, vận động thụ động, gồng cơ giúp máu luân lưu và cung cấp máu tốt. Theo dõi tình trạng phù nề vì phù nề cũng là nguy cơ trong giảm tưới máu cho mô. Giảm tưới máu cho mô cũng gây chậm lành vết thương.

2.6. Tổn thương da do bất động, do bó bột, kéo tạ

Nhận định bề mặt của da với các dấu hiệu chèn ép như: đỏ, đau, tình trạng vết thương. Xoay trở 2 giờ/1 lần, massage lưng, mông tránh bị chèn ép, loét, gồng cơ chi gây giúp máu lưu thông tốt. Cho người bệnh phơi nắng giúp da chuyển hoá vitamin D trong quá trình lành xương. Theo dõi dấu hiệu tắc mạch do bất động. Về dinh dưỡng cho người bệnh ăn đầy đủ chất và uống nhiều nước. Hướng dẫn cho người bệnh tập vận động chi lành và qua chi lành người bệnh tập cho chi đau.

2.7. Nguy cơ nhiễm trùng do vết thương, do gãy xương hở, do xuyên đinh, do dẫn lưu, do môi trường bệnh viện

Nhận định dấu hiệu nhiễm trùng: sưng, nóng, đỏ, đau. Dấu hiệu toàn thân là sốt. Để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn điều dưỡng luôn áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi chăm sóc vết thương, che chở vùng xương lộ ra, cắt lọc mô cơ hoại tử, chăm sóc dẫn lưu. Thực hiện kháng sinh theo kháng sinh đồ, theo dõi nhiệt độ, đánh giá mức độ đau nhức. Ngoài ra, cần hướng dẫn người bệnh cách vệ sinh thân thể sạch sẽ, cách bảo vệ môi trường xung quanh an toàn sạch sẽ.

2.8. Chăm sóc gãy xương trẻ em

Trẻ em xương lành nhanh và cơ chế tự điều chỉnh biến dạng tốt hơn người lớn cho nên thường được chỉ định điều trị bảo tồn. Nếu người bệnh kéo tạ, điều dưỡng chăm sóc trẻ kéo tạ qua da, thường trọng lượng tạ không quá 3 kg. Điều dưỡng theo dõi sự liền xương mỗi ngày như đo chi, theo dõi phim X quang.

Chăm sóc da sạch sẽ, luôn theo dõi sát tình trạng da của trẻ. Xử trí ngay khi thấy trẻ có tổn thương trên da. Nếu trẻ được bó bột, điều dưỡng chăm sóc trẻ bó bột, phát hiện sớm chèn ép, rối loạn tuần hoàn, giúp trẻ thoải mái, dễ chịu. Hướng dẫn người nhà của trẻ cách chăm sóc bột. Cung cấp cho trẻ đồ chơi, tạo không khí vui chơi để giúp trẻ bớt khó chịu, bứt rứt, cho bé tự chăm sóc theo mức độ cho phép. Cần hướng dẫn trẻ cẩn thận với những động tác nào cần tự làm và những động tác nào không nên làm. Tạo cho trẻ sự tự tin và không lo sợ.

Vật lý trị liệu: không xoa bóp dù là nhẹ nhàng nhất ở vùng khớp vì dễ gây cứng khớp vĩnh viễn. Đo khớp sau bó bột chỉ là tạm thời, không cần can thiệp.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Khuyến không cho người bệnh mang nặng trên chi tổn thương. Tránh động tác gắng sức, tránh cố gắng đi trên chi bị thương. Người bệnh phải biết tự đánh giá cơn đau và cách giảm đau. Hướng dẫn người bệnh lấy lại sức cơ bằng dinh dưỡng và luyện tập. Hỗ trợ người bệnh xoay trở và hướng dẫn người bệnh cách xoay trở, vận động, khuyến khích người bệnh phơi nắng, hướng dẫn cách đi nặng. Sau gãy xương tình trạng dinh dưỡng vùng da cũng giảm do bất động sau kéo tạ, sau bó bột, do máu nuôi kém. Cần hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc da, vệ sinh da, xoa bóp da thoa chất làm mềm da. Vệ sinh cá nhân, phòng ngừa loét da... Tái

khám đúng hẹn. Hướng dẫn người bệnh các dấu hiệu viêm xương như chảy dịch quanh vết thương, sốt, đau không giảm.

LƯỢNG GIÁ

Tình trạng chi gãy liền tốt. Người bệnh đi lại được không thấy dấu hiệu di lệch.

Người bệnh không bị viêm xương.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 2 mục đích của điều trị gãy xương:

A.

B.

2. Nêu 3 nguyên tắc điều trị gãy xương:

A.

B.

C.

3. Nêu 4 phương pháp điều trị gãy xương:

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	Gãy xương cành tươi chỉ xảy ra ở người lớn.		
5	Nên phơi nắng trong thời gian điều trị gãy xương.		
6	Người bệnh cần vận động chi lành khi xương gãy.		
7	Cố định xương gãy chỉ qua 1 khớp.		
8	Nên bắt mạch chi trước khi cố định xương gãy.		
9	Với gãy xương hở cần băng chặt cầm máu.		
10	Nên xoa bóp vùng chi tổn thương tránh tắc mạch.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Caroll Miller. Musculoskeletal. Knowledge base for Patient with Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.

2. Susan Ruda, Musculoskeletal Problem, Nursing Role in Management Musculoskeletal Problems, in Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1839 – 1892.

3. Musculoskeletal system, chapter 4, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C, V, Mosby Company, 1986, 375 – 474.

4. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y

Được thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 46.

5. Chăm sóc ngoại khoa (tài liệu thí điểm giảng dạy Điều dưỡng Trung học)

03 – SIDA Hà Nội, 1994, 110 – 112.

6. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 9.

7. Chỉnh hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, đề án đào tạo

03 – SIDA, Hà Nội, 1993.

8. Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chỉnh hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, 1987, 104.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, chỉ định, chống chỉ định mổ xương.
2. Trình bày được những điều thuận lợi, bất lợi của mổ xương.
3. Trình bày được tai biến do mổ xương.
4. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ xương.
5. Chăm sóc được người bệnh sau mổ xương.
6. Chăm sóc được người bệnh sau mổ đoạn chi.

I. BỆNH HỌC

1. MỤC ĐÍCH

Mục đích của phẫu thuật xương là nắn, bất động xương gãy và giúp quá trình lành xương sớm.

Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối: gãy xương khó nắn kéo, gãy xương kèm theo đứt dây chằng, sai khớp, gãy nơi đầu xương, gãy nhiều vị trí, thay khớp.

Chỉ định phẫu thuật tương đối: các bệnh lý viêm xương, ung thư xương.

Chống chỉ định phẫu thuật: xương đang nhiễm trùng, nơi xương gãy có mô xấu, thiếu da, sẹo xấu, xương không vững được sau khi mổ, gãy lỏng (trừ gãy cổ xương đùi).

2. THUẬN LỢI VÀ BẤT LỢI CỦA MỔ XƯƠNG

Thuận lợi của phẫu thuật gãy xương là xương gãy sau giải phẫu được nắn sửa gần như toàn diện theo ý muốn. Người bệnh không kéo dài thời gian nằm điều trị. Người bệnh vận động được sớm, tránh được nhiều biến chứng do nằm lâu. Tâm lý người bệnh thoải mái khi về nhà.

Bất lợi là phẫu thuật biến gãy xương kín thành gãy xương hở và như thế nguy cơ nhiễm trùng là rất cao. Ngoài ra, phẫu thuật có nguy cơ chảy máu và người bệnh bị mất máu nhiều khi mổ xương lớn. Mất máu nhiều, nhiễm trùng, sưng nề sau mổ, cơ cắt đứt do phẫu thuật, mạch máu, thần kinh tổn thương trong phẫu

thuật cũng gây rối loạn quá trình lành xương. Đặt vật lạ vào gây ra tình trạng phản ứng của mô xương tại chỗ cũng gây viêm xương dị ứng khiến người bệnh phải nhập viện mổ lại để lấy ra và còn có nguy cơ viêm xương sau mổ. Cuối cùng là tốn kém và đòi hỏi phải có kỹ thuật chuyên khoa, trang thiết bị và trình độ chuyên môn cao.

3. TAI BIẾN

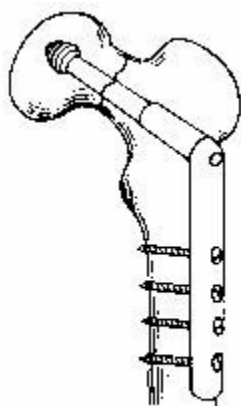
Đối với mô: co rút cơ do cắt nhiều mô cơ, nhiễm trùng phần mềm, vết mổ.

Đối với xương: do tác dụng kim loại đặt vào trong trường hợp mổ kết hợp xương đưa đến viêm xương, xương khó lành.

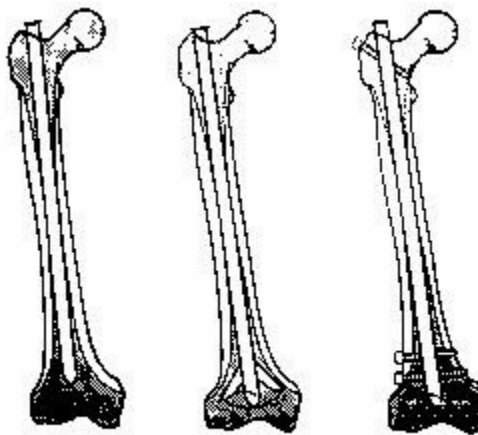
Mạch máu: chảy máu, mất máu, máu tụ dễ đưa đến chèn ép.

Thần kinh: có thể tổn thương theo các mức độ khác nhau.

Toàn thân: nhiễm trùng, viêm tĩnh mạch, thuyên tắc, choáng, thiếu máu, suy dinh dưỡng...



Hình 35.1. Đồng định chữa gãy cổ xương đùi



Hình 35.2 Đồng định nội tủy

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG

Phẫu thuật nào cũng đòi hỏi tình trạng sức khỏe người bệnh thật tốt để quá trình phục hồi của người bệnh sau mổ tốt hơn; trong phẫu thuật điều trị gãy xương cũng vậy. Nhất là đối với người bệnh có mất máu do gãy xương, hay gãy xương hở có nguy cơ nhiễm trùng cao, hay người bệnh có kèm theo choáng, viêm xương, người già cần thay khớp có kèm bệnh mạn tính... Vì thế trước mổ người bệnh cần đạt được các yêu cầu sau:

Người bệnh không có dấu hiệu nhiễm trùng. Người bệnh không sốt cũng là một yếu tố xác định tình trạng người bệnh không nhiễm trùng.

Dinh dưỡng: protide lớn hơn 60g/dl. Dinh dưỡng tốt góp phần đẩy nhanh tiến trình lành xương, vết thương sau mổ.

Không có dấu hiệu thiếu máu, nhận định qua xét nghiệm số lượng hồng cầu đủ. Hồng cầu đủ giúp tạo mô xương mới, máu nuôi tốt giúp cho quá trình lành xương tiến triển, Hct bình thường giúp xác định tình trạng ổn định về chảy máu.

Không có nhiễm trùng da chung quanh chỗ xương gãy, đây là vấn đề quan trọng vì loại bỏ được nguy cơ nhiễm trùng từ ngoài vào trong và tránh được nguy cơ viêm xương sau mổ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

Điều dưỡng cần thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh và cung cấp những thông tin cần thiết như: phương pháp giải phẫu, thời gian lành xương, cách đi đứng sau mổ, chăm sóc bó bột. Hướng dẫn người bệnh cách tập vận động, hít thở sâu sau khi giải phẫu...

Để chuẩn bị người bệnh trước mổ điều dưỡng phải vệ sinh vùng da trước mổ 12 – 24 giờ: rửa da, cạo

lông không được trầy rách da, cạo rộng theo quy định của giải phẫu chỉnh hình. Tốt nhất là dùng thuốc làm rụng lông. Thút tháo buổi tối trước mổ nếu mổ chi dưới. Chụp X quang ngực, xét nghiệm máu nhất là đánh giá hồng cầu, calci, phosphate.

Tháo bột để chăm sóc da nếu có và nên đặt chi trong nẹp ngay sáng ngày phẫu thuật. Nếu có hệ thống kéo tạ thì nên tháo hệ thống kéo tạ và bất động chi gãy bằng nẹp. Trước ngày phẫu thuật và sáng ngày phẫu thuật điều dưỡng cần thay băng vết thương sạch sẽ nhưng tránh sử dụng dung dịch sát trùng có màu. Không ăn uống vào sáng ngày mổ. Thực hiện kháng sinh dự phòng

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Sau phẫu thuật điều dưỡng cần theo dõi dấu chứng sinh tồn đến khi ổn định, chú ý huyết áp, mạch, nhiệt độ vì khả năng chảy máu sau mổ là rất cao. Phát hiện sớm các dấu hiệu chảy máu qua dẫn lưu, nơi bó bột, vết mổ.

Sau phẫu thuật người bệnh rất đau. Điều dưỡng cần đánh giá mức độ đau để chăm sóc người bệnh đau sau mổ: thực hiện thuốc giảm đau, công tác tư tưởng cho người bệnh, tư thế giảm đau...

Cần nối hệ thống dẫn lưu kín vô trùng và theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra, chú ý chảy máu. Thường sử dụng lực hút chân không với dẫn lưu xương khớp. Khi dẫn lưu không còn tác dụng điều dưỡng sẽ rút theo y lệnh. Dẫn lưu này thường kín hoàn toàn nên điều dưỡng không thay băng để tránh nhiễm trùng xương.

Vết mổ sẽ không thay băng nếu vết mổ vô trùng. Sau mổ, phẫu thuật viên thường băng ép vết mổ với mục đích cầm máu sau mổ nên điều dưỡng không tháo băng trước 24 giờ sau mổ để tránh nguy cơ chảy máu. Khi băng thấm nhiều máu, điều dưỡng chỉ thay băng lớp ngoài. Chú ý, khi thay băng cần nhẹ nhàng, khi tháo băng tránh tình trạng chảy máu. Nếu có dấu hiệu chảy máu nên băng ép lại. Nếu có cắt lọc vết thương điều dưỡng thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, chăm sóc vết thương, thực hiện kháng sinh.

Cần theo dõi dấu hiệu chèn ép do phù nề, do máu tụ chèn ép, do băng ép quá chặt. Điều dưỡng nâng cao vùng giải phẫu giúp giảm phù nề, kiểm tra mạch, dấu hiệu chèn ép khoang do máu tụ (dấu hiệu 5P).

Pain:	đau
Pallor:	tím tái
Paresthesia:	dị cảm
Paralysis:	liệt
Pulselessness:	mất mạch

Trong trường hợp mổ viêm xương thì cần thay băng mỗi ngày. Đôi khi phải rửa vết thương liên tục, cắt lọc mô hoại tử, xương chết, máu tụ.

Để ngăn ngừa viêm phổi, điều dưỡng cần khuyến khích người bệnh hít thở sâu, giữ ấm cho người bệnh.

Để giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục thì vấn đề dinh dưỡng rất quan trọng. Cho người bệnh ăn bình thường khi không nôn ói. Thức ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, đặc biệt là thức ăn có nhiều calci, nhưng do người bệnh nằm trên giường sau mổ, ít vận động vì vậy cần cho người bệnh uống nhiều nước tránh tạo sỏi niệu và cũng tránh táo bón.

Phục hồi chức năng vận động: tập vận động chủ động 24 giờ sau mổ các phần không cần bất động như xoay trở, vận động, tập gồng cơ, co duỗi, kéo ròng rọc, tập các khớp, tập cơ dẻo dai. Tập vận động thụ động chi bị bệnh, chú ý không gây đau, không gây phù nề thêm, tập gồng cơ nhẹ nhàng. Tập trong khi sinh hoạt, khi nằm, ngồi, đứng, đi... cho người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, đúng tư thế cơ năng.

Trong trường hợp đoạn chi: ngoài những chăm sóc trên điều dưỡng chú ý hướng dẫn người bệnh trong giai đoạn phục hồi như cách lắp đặt bộ phận giả, cách đi nạng và trên hết là vấn đề chấp nhận sự biến dạng cơ thể, cách di chuyển và cảm giác "chi ma".

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ ĐOẠN CHI

1. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

Rửa sạch da bằng dung dịch sát khuẩn không màu giúp phẫu thuật viên dễ nhận định, quan sát da trong

và sau mổ. Nếu có vết thương thì cũng thay băng sạch sẽ. Xác định có mạch ngoại biên hay không, so sánh phù nề, màu sắc, nhiệt độ da, phần đau với mô của cơ thể bên đối diện. Kiểm tra dấu chứng sinh tồn để phát hiện tình trạng nhiễm trùng.

2. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Dẫn lưu tại mỗm cụt: số lượng, màu sắc, tính chất dịch.

Tình trạng phù nề vết thương tại mỗm cụt sau mổ.

Đánh giá đau, tình trạng vận động, mức độ vận động của các chi còn lại.

Tâm lý người bệnh: lo lắng, đau khổ, thất vọng,...

Tình trạng băng: băng kín thẩm dịch, băng hờ, băng ép cầm máu.

Dấu hiệu nhiễm trùng.

Cảm giác chi ma của người bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Biến dạng cơ thể do đoạn chi

Nhận định tình trạng tâm lý về sự thay đổi hình dáng cơ thể do mất chi của người bệnh. Cho người bệnh nói lên cảm giác thất vọng, buồn phiền của mình. Người bệnh và gia đình cùng hợp tác tham gia vào việc mặc quần áo, tập vận động tăng cường sức cơ, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc, giao tiếp trong xã hội, tự tham gia vào việc hồi phục.

Giải thích về việc lắp chi giả để người bệnh cảm thấy không bị biến dạng hay trở thành tàn phế. Cho người bệnh gặp gỡ người bệnh lắp chi giả, cho người bệnh làm quen với dụng cụ chi giả.

3.2. Suy giảm chức năng vận động

Tập vận động là phần quan trọng trong việc đưa người bệnh trở về sinh hoạt đời sống bình thường. Tập vận động ngay sau mổ và tiếp tục cho đến khi có khả năng sử dụng được chi giả. Mục đích để ngăn ngừa tư thế xấu của mỗm cụt, tập sức mạnh các cơ và tình trạng quân bình giữa các cơ, giúp người bệnh sử dụng chi giả, tạo mỗm cụt có độ dài đúng, thon đều, sẹo không co rút

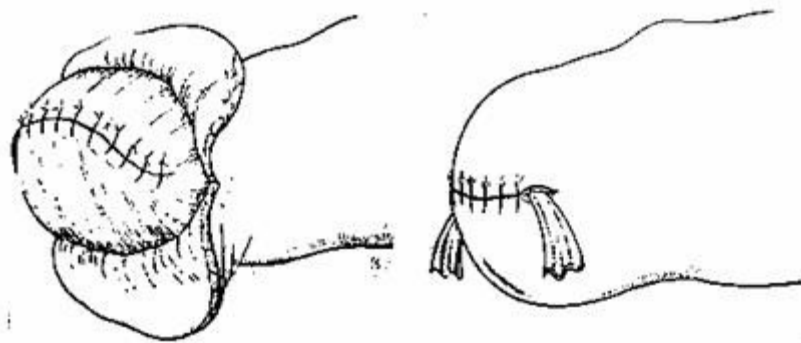
Các giai đoạn:

Ngay sau mổ: tư thế đứng trên giường, tập nhẹ toàn thân, băng thun mỗm cụt.

Một tuần sau mổ: tập nhẹ mỗm cụt, tập đi nặng, tập toàn thân.

Hai tuần sau mổ sẽ tập khớp: hướng dẫn người bệnh cách tập và cách băng mỗm cụt.

Điều dưỡng lượng giá khả năng duy trì sự vận động chi bệnh và chi lành. Hướng dẫn người bệnh tập vận động tăng cường sức cơ chi lành, tập vận động chi cụt. Hướng dẫn người bệnh đi nặng, lắp chi giả. Cho người bệnh thực tập các vận động trong sinh hoạt hằng ngày như cách tự phục vụ vệ sinh cá nhân. Các tư thế cần tránh duỗi cổ chân, co gối, gập háng, co khuỷu, áp cánh tay... vì đây là các tư thế mà người bệnh thích do giảm đau. Tránh tư thế xấu như ngồi xe lăn tay với khúc cụt bị gập, chêm gối giữa đùi, thông mỗm cụt xuống cạnh giường, nằm với gối gập, uốn lưng cong, chêm gối dưới hông hay đầu gối, gác mỗm cụt trên nặng.



Hình 35.3. Mỏm cụt

3.3. Đau do cảm giác bàn chân ma, do đoạn chi

Mổ chi đau chia làm 2 giai đoạn. Ngày hậu phẫu: đau do tổn thương hậu phẫu, do phù nề, chứng đau này có thể biến mất sau 10 ngày sau hậu phẫu. Đau trễ là do chi giả không phù hợp với mẫu chi, da phù nề nhiễm trùng, phản ứng với chi giả, giảm tuần hoàn, viêm xương, chồi xương. Có 2 trường hợp đau không rõ nguyên nhân là:

Đau cháy: cảm giác đau như châm chích ở mỏm cụt da, khúc cụt trở nên trơn láng, phù, cơn đau có thể làm khúc cụt co giật.

Đau chi ma: là người bệnh vẫn cảm giác còn chi sau khi bị cắt. Người trẻ sẽ mau mất cảm giác trên hơn người lớn tuổi. Cảm giác chi ma mất đi trong vài tuần hay vài tháng. Cảm giác đau tăng khi có những kích thích bên ngoài như sờ vào mỏm cụt,... Thực hiện thuốc giảm đau giúp người bệnh thoải mái trước và trong khi tập. Khuyến khích vận động giúp giảm phù nề. Giải thích cho người bệnh tình trạng chi của mình. Hướng dẫn cho người bệnh trong vận động, nhắc người bệnh nhớ đến mình đã đoạn chi khi người bệnh đi lại, ngồi dậy. Giải thích với người bệnh tình trạng chi ma, an toàn tránh té ngã. Kê chi cao an toàn, tránh va chạm, chèn ép.

3.4. Nguy cơ nhiễm trùng mỏm cụt

Mỏm cụt được băng thun với những đường băng chéo và sức ép nhẹ lan từ ngoài đầu mỏm cụt vào trong góc chi. Tránh băng theo đường tròn quanh chi. Mục đích băng là ngừa phù nề và tạo dáng mỏm cụt thon. Nên cắt chỉ vết thương mỏm cụt sau 2 tuần. Vẫn băng mỏm chi cho đến khi mang chi giả. Thay băng hằng ngày, rửa vết thương nhẹ nhàng. Chú ý: tháo băng nhẹ nhàng, thấm ướt băng trước khi tháo băng tránh làm đau vì thường ngay đầu xương có mạch máu, dây thần kinh. Nên che chở vết thương bằng gạc có tẩm dung dịch mù u hay gạc ẩm để lần sau tháo băng không bị tổn thương hay đau thêm. Cần chèn lót nơi mỏm cụt. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MÔ KẾT HỢP XƯƠNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Nhận định tại chỗ

Vết mổ: băng thấm dịch, mùi, chảy máu, phù nề chung quanh vết mổ.

Dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất dịch.

Tình trạng vết thương: sự phù nề, đau, mức độ đau, màu sắc da niêm.

1.2. Nhận định toàn thân

Thường người bệnh gây mê khi phẫu thuật nên điều dưỡng cần nhận định tình trạng tim, phổi. Trong mổ có thể mất máu do chảy máu nên thường xuyên nhận định tuần hoàn, dấu chứng sinh tồn, tri giác để phòng ngừa choáng.

Tình trạng nước xuất nhập, nước tiểu qua ống thông.

Tình trạng sức cơ chi lành và chi bệnh.

Tâm lý người bệnh khi biết họ có vật lạ trong xương, phải chịu bất động, đau.

Tình trạng dinh dưỡng, cân nặng sau mổ. Nhận định ngay biến chứng tắc mạch, huyết khối, mất mạch do hoại tử, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau do sau mổ xương

Cho người bệnh nằm nghỉ tại giường, nhận định tình trạng đau do vết thương, do chèn ép, do dị vật... Xoay trở người bệnh thường xuyên và giúp người bệnh có tư thế dễ chịu. Giải thích tình trạng người bệnh thích nghỉ và cách tự chăm sóc vệ sinh cá nhân trong giới hạn cho phép. Thực hiện thuốc giảm đau trước khi tập hay trước khi thay băng cho người bệnh. Lượng giá mức độ đau và nguyên nhân đau để phát hiện dấu hiệu chèn ép sau mổ.

2.2. Người bệnh nguy cơ có dấu hiệu chèn ép do bó bột sau mổ

Nhận định tình trạng bột, vùng chi bó bột sau mổ, tình trạng vết thương qua cửa sổ bột. Hỏi người bệnh cảm giác đau, tê. Sờ mạch chi và nhiệt độ da vùng chi. Đánh giá mức độ phù nề chi và nâng chi cao không quá mực tim, nên kê chi dọc theo chiều dài chi tránh chèn ép điểm. Tiếp tục theo dõi dấu hiệu đau, tê, phù nề chi. Hướng dẫn người bệnh tập gồng chi trong bột, tập các ngón.

2.3. Nguy cơ tắc mạch do bất động sau mổ

Sau mổ cần vận động chi lành để giúp cơ khỏe có thể đi nặng hay chống đỡ chi bệnh. Với chi bệnh tập gồng cơ, kê cao chi, xoa bóp cơ, theo dõi dấu hiệu chèn ép, theo dõi mạch chi, cảm giác, vận động, so sánh nhiệt độ của chi lành và chi bệnh, vận động các ngón liên tục. Cho người bệnh ngồi dậy hay tự chăm sóc theo mức độ cho phép.

2.4. Nguy cơ chảy máu sau mổ

Trong những trường hợp phẫu thuật xương lớn nguy cơ chảy máu sau mổ là rất cao. Trong 24 giờ đầu sau mổ người bệnh tránh vận động. Theo dõi dấu hiệu chảy máu như băng thấm đỏ máu, máu chảy thành dòng, phụt máu khi tháo băng, dẫn lưu, dấu chứng sinh tồn. Theo dõi Hct, da niêm, bất động tốt sau mổ, tránh thay băng trước 24 giờ sau mổ, thực hiện băng ép sau mổ. Khi có y lệnh thay băng nên tháo băng nhẹ nhàng, an toàn. Cần giải thích với người bệnh khi tháo băng.

2.5. Nguy cơ biến chứng các cơ quan khác sau mổ xương

Nguy cơ viêm phổi do nằm lâu sau mổ: hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, tập thở, ngồi dậy. Nghe phổi, theo dõi cơn đau ngực, khó thở do thuyên tắc phổi sau mổ do cục máu đông, do mỡ trong máu. Để ngăn ngừa nhiễm trùng sau mổ cần phòng ngừa viêm hô hấp như theo dõi nhịp thở, chú ý nhiệt độ, chăm sóc răng miệng.

Nhiễm trùng tiểu: chăm sóc sạch, khô bộ phận sinh dục sau khi đi tiểu hay đại tiện phòng ngừa nhiễm trùng tiểu, hạn chế đặt thông tiểu.

Tắc mạch do bất động, do bó bột: tránh tình trạng tắc mạch chi sau mổ, theo dõi dấu hiệu chèn ép như kê chi cao, nên kê toàn bộ chiều dài chi. Tập vận động chi nhẹ nhàng. Theo dõi và so sánh nhiệt độ vùng da

bất động, so sánh cảm giác trên da, mạch chi.

Vết mổ: chăm sóc theo dõi vết mổ, thay băng khi thấm dịch, rút dẫn lưu sớm khi hết tác dụng.

Xoay trở để tránh nguy cơ loét do tì, đè. Phát hiện sớm các dấu hiệu chèn ép như đỏ da, đau thì nên xử trí ngay. Châm lốt những vùng dễ bị đè cấn. Vệ sinh da sạch sẽ tránh viêm nhiễm, nhiễm trùng do bất động, do nằm tại chỗ. Thực hiện kháng sinh cho người bệnh. Phòng ngừa mất máu, choáng do giảm thể tích, điều dưỡng thực hiện y lệnh bù dịch, theo dõi nước tiểu, Hct, dấu hiệu mất nước, truyền máu nếu cần. Theo dõi nước xuất nhập.

2.6. Dinh dưỡng cho người bệnh sau mổ xương

Cho người bệnh uống nhiều nước, cung cấp các chất có nhiều vitamin và nhất là giàu protid và calci. Cho ăn ngay khi người bệnh tỉnh. Trong trường hợp người già khó ăn điều dưỡng nên cung cấp thức ăn mềm, dễ nhai. Thức ăn nên có tính chất nhuận tràng giúp người bệnh đại tiện dễ dàng vì do hạn chế đi lại, nếu mổ chi dưới thì người bệnh rất dễ bị táo bón. Thức ăn hợp vệ sinh để tránh nguy cơ tiêu chảy sau mổ. Nên lau chùi sạch sẽ vùng da dưới hậu môn. Người bệnh không kiêng cử thức ăn nhưng nên ăn thức ăn có nhiều calci như nghêu, sò, cua,... nên hướng dẫn người bệnh vận động, uống nhiều nước tránh nguy cơ tạo sỏi. Đối với người già thì nên cho uống sữa vì khả năng hấp thu calci kém.

2.7. Người bệnh lo sợ đi lại sau mổ

Tập cho người bệnh đi lại khi có ý kiến chuyên môn, hướng dẫn cách đi nặng. Cho người bệnh đóng đưa chân trên giường. Di chuyển cho người bệnh từ giường qua xe. Cho người bệnh đi lại bằng nặng. Chú ý: nếu người bệnh đau thì ngưng tập. Tránh gãy xương thứ phát hay biến dạng sau mổ.

IV. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ KẾT HỢP CỘ XƯƠNG ĐÙI

1. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Người bệnh vẫn đặt chi bệnh trong tạ kéo trong thời gian chuẩn bị trước mổ. Thực hiện chụp X quang ngực và vùng cổ xương đùi.

Thụt tháo trước mổ.

Đo ECG để đánh giá tình trạng tim mạch.

Xét nghiệm sinh hoá máu, nước tiểu. Rửa da để giảm bớt vi khuẩn trên da. Thực hiện thuốc, truyền dịch theo y lệnh và cung cấp dịch cho người bệnh vì người bệnh nhịn đói đêm trước mổ.

2. CHĂM SÓC SAU MỔ

Hô hấp: nghe phổi mỗi giờ, phát hiện bất thường về đường thở, theo dõi chỉ số ôxy, hút đờm khi cần, tập thở 2 giờ/1 lần.

Tuần hoàn: theo dõi dấu hiệu chảy máu, sưng nề.

Theo dõi dấu chứng sinh tồn 15 phút/lần/4 lần, 30 phút/lần/4 lần, 1 giờ/lần/4 lần và sau đó 4 giờ/1 lần.

Tập vận động, vật lý trị liệu cho người bệnh. Tập đi với nặng, với xe hỗ trợ.

Dinh dưỡng: cung cấp thức ăn nhiều dinh dưỡng.

Đau: thực hiện thuốc giảm đau cho người bệnh, tránh làm người bệnh đau khi tập. Nếu người bệnh đau nên thực hiện thuốc giảm đau trước khi tập.

Vết mổ: tình trạng đau nơi vết mổ, băng thấm dịch, mùi hôi.

Theo dõi biến chứng: tắc mạch, biến dạng chi, loãng xương, rối loạn nhịp tim, nhiễm trùng, viêm phổi.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Giáo dục người bệnh tái khám đúng kỳ hạn, biết thời gian lấy đinh ra. Người bệnh duy trì tập vật lý trị liệu tránh loãng xương sau mổ. Hướng dẫn người bệnh theo dõi các dấu hiệu của viêm xương. Chăm sóc chi bó bột. Hướng dẫn người bệnh đi nặng. Hướng dẫn người bệnh cách đi đứng, các dấu hiệu bất thường sau mổ xương như đau, sốt; khuyến khích người bệnh phơi nắng, tập luyện tránh loãng xương. Dinh dưỡng, chú ý ăn đủ chất dinh dưỡng, nhất là thành phần calci giúp xương lành tốt, cho người bệnh uống nhiều nước.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh an tâm khi về nhà.

Người bệnh biết cách đi nặng, biết cách chăm sóc bó bột chi.

Người bệnh biết được các biến chứng sau mổ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 2 mục đích của bó bột:

A.

B.

2. Nêu 4 chống chỉ định trong mổ xương:

A.

B.

C.

D.

3. Nêu 3 nhận định tình trạng tại chỗ vùng phẫu thuật trên người bệnh sau mổ xương:

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	Cần nâng chi cao sau phẫu thuật xương.		
5	Theo dõi dấu hiệu chèn ép khoang ngay sau mổ xương.		
6	Thay băng vết mổ ngay sau mổ xương khi thấy băng thấm máu.		
7	Theo dõi mạch chi để đánh giá tình trạng mất nước sau mổ xương.		
8	Thay băng dẫn lưu sau mổ xương mỗi ngày.		
9	Cần theo dõi sát mạch vùng chi sau mổ đoạn chi.		
10	Khuyến người bệnh không làm việc nặng trên chi tổn thương sau mổ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Judith Ellis White. Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, Surgical Nursing

Foundations for Clinical Practice 2nd ed., WB Saunders company, 1998, 837 – 945.

2. Susan Ruda, Musculoskeletal Problem, Nursing Role in Management Musculoskeletal Problems, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.

3. Mary Sampel. Musculoskeletal system in Mosby's Manual of Clinical Nursing, 2nd ed., Mosby Company, 1986, 375 – 474.

4. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Bệnh học cơ quan vận động, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn Ngoại tổng quát, 1988, 46 – 73.

5. Chăm sóc ngoại khoa (tài liệu thí điểm giảng dạy Điều dưỡng Trung học) 03 – SIDA Hà Nội, 1994, 110 – 112.

Bài 36

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số khái niệm về bột.
2. Liệt kê được các mục đích của bó bột.
3. Thực hiện được các bước chuẩn bị người bệnh bó bột.
4. Chăm sóc được người bệnh bó bột.
5. Xử trí được cho người bệnh các biến chứng của bó bột.

I. BỆNH HỌC

1. KHÁI NIỆM VỀ BỘT

1.1. Công thức

CaSO_4 ngậm $2 \text{H}_2\text{O}$ đ $\text{CaSO}_4 + 2 \text{H}_2\text{O} + \text{Q}\uparrow$

Q làm người bệnh có cảm giác nóng, đôi khi sinh ra bóng.

1.2. Các loại bột

Bột Resine, bột thủy tinh, bột tổng hợp, bột Bình Trị Thiên, bột thạch cao (Gypsin).

2. MỤC ĐÍCH BÓ BỘT

Bất động xương trong gãy xương, viêm xương. Bất động khớp trong bong gân (độ 1, 2), trật khớp sau khi kéo nắn.

Dùng trong phẫu thuật tạo hình, tổn thương mô mềm nhiều, khâu nối gân – thần kinh, co rút khớp, ghép da. Giảm đau, ngăn ngừa biến dạng, ngăn ngừa gãy xương bệnh lý.

3. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT

3.1. Chuẩn bị tâm lý người bệnh

Giải thích mục đích bó bột, thời gian và những thông tin về bó bột để người bệnh hợp tác.

3.2. Chuẩn bị người bệnh trước khi bó bột

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

Chăm sóc vùng da sắp bó bột: dùng nước ấm lau sạch da, chùi sạch máu và vết bẩn trên da. Chú ý, nhẹ nhàng tránh cho người bệnh đau. Thực hiện thuốc giảm đau, an thần khi nắn xương, nắn khớp. Luôn đặt tư thế người bệnh đúng trước khi tiến hành bó bột cho người bệnh.

Điều dưỡng cần lấy vòng vàng, nhẫn, nữ trang trên chi được bó bột trước khi bó bột.

3.3. Chuẩn bị các dụng cụ bó bột

Điều dưỡng cần hiểu số lượng bột, kích thước cuộn bột, nẹp bột phù hợp với người bệnh và với chi tổn thương.

Chuẩn bị tốt các dụng cụ đệm lót bảo vệ da, vùng tì đè, bông không thấm nước, tất Jersey. Nước ngâm bột phải cao qua mặt cuộn bột, chú ý nhiệt độ.

Chuẩn bị kéo, bàn chỉnh hình, khung nắn xương.

4. THỰC HÀNH BÓ BỘT

4.1. Thực hành bó bột

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

Chọn cỡ bột: chi trên nên dùng bột có bề ngang khoảng 15cm, chi dưới nên dùng bột có bề ngang khoảng 20cm.

Núng bột vào nước: nước phải đủ cao thấm trọn cuộn bột, nên ngâm bột ở tư thế nghiêng cuộn bột vì như thế sẽ lấy dễ dàng theo thứ tự cục bột ngâm trước, sau và cũng tránh tình trạng bột lắng. Cố gắng ngâm ngập trọn cục bột, tránh xoắn bột khi vớt bột. Nhiệt độ nước ngâm thích hợp là 70⁰C.

Giữ chi: thực hiện nắn chi đúng tư thế và có người phụ giữ chi vững trong suốt thời gian bó bằng lòng bàn tay qua bột đang bó. Không được nâng đỡ chi với ngón tay qua bột đang bó.

Mang tất Jersey: trước khi bó bột cần mang tất ôm sát chi, tất dài hơn bột. Tất giúp ngăn ngừa bột dính trực tiếp trên da gây rất bong, dị ứng sau bó bột.

Quấn bông: càng mỏng càng tốt, chú ý 2 đầu bột, khớp, móm xương nhô ra.

Quấn bột: kỹ thuật căn bản khi quấn bột theo nguyên tắc 4Đ (đủ, đúng, đạt, đẹp), phải lăn cuộn bột bằng lòng bàn tay để tránh chèn ép khi bột khô. Quấn bột từ gốc chi ra ngoài, phần ngoài là nơi cần nhiều thời gian tì mĩ cho bột vừa ôm sát vào bàn chân hay bàn tay. Vuốt đều từng lớp bột để bột dính vào nhau tạo thành khối, tránh điểm chèn ép do bột không đều, tránh các điểm gấp của khớp. Bột quấn đầy ở 2 đầu, ở các điểm tựa và khuôn. Người phụ cần nâng đỡ bột bằng lòng bàn tay. Chuẩn bị nẹp bột cần đúng tư thế, cắt xén đẹp và an toàn cho người bệnh. Những chỗ gấp góc phải cắt góc sạch, gọn. Khi quấn băng phải bảo đảm độ chặt của bột vừa phải để khi khô không bị chèn ép chi. Sau khi bó bột xong cần làm cho bột láng, tránh các nếp gấp xù xì để bột bó được đẹp.

4.2. Sai sót khi quấn bột

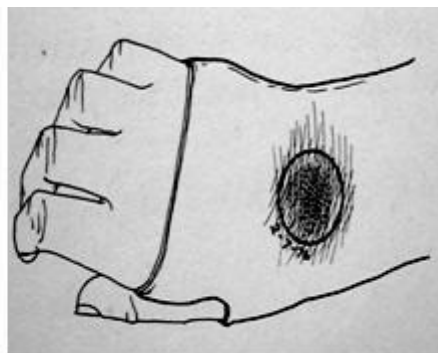
Vừa bó bột vừa sửa xương, quần quá chặt hay quá lỏng, bông để từng cục, chèn ép khi bó, giữ bột bằng ngón tay, cắt xén bột không tốt gây cử động khó khăn ở các ngón.

4.3. Chăm sóc ngay sau bó bột

Điều dưỡng cần lau sạch bột dính trên da, lau nhẹ nhàng tránh di lệch chi vì bột chưa khô. Điều dưỡng đặt chi vừa bó bột trên mặt phẳng cứng. Chi được phép di chuyển người bệnh khi bột khô hoàn toàn để tránh làm biến dạng chi, chèn ép chi do bột. Điều dưỡng cần lưu ý khi cắt xén bột có thể làm gây bột, điều dưỡng tránh di động chi khi bột còn ướt. Ghi chép lên bột ngày, giờ, tên người thực hiện, dấu cửa sổ nếu có vết thương. Theo dõi tình trạng ngón chân hay tay của chi sau khi bó bột. Điều dưỡng cần kiểm tra X quang sau bó bột. Cần đánh giá lại tình trạng chi gãy như hỏi người bệnh có đau gia tăng sau khi bó không vì khi bất động đúng thì người bệnh hầu như giảm đau hay không đau vùng chi được bó.



Hình 36.1. Vuốt bột bằng lòng bàn tay



Hình 36.2. Cửa sổ trên bột

4.4. Theo dõi sau bó bột

Theo dõi sự lưu thông của tuần hoàn vùng chi phía dưới của bột như: xem màu sắc đầu ngón, mạch, cảm giác, cử động các ngón và nhiệt độ chi.

Vài giờ sau bó bột: theo dõi dấu hiệu chèn ép khoang như đau căng tức nơi bó hay vùng khớp nằm trong vùng bó bột làm người bệnh không ngủ được, đau tăng khi cử động ngón, tê, tái, sưng, tím, lạnh. Thường khi có dấu hiệu này thì điều dưỡng cần xẻ dọc bột, kê chi cao. Nếu dấu hiệu trên không giảm sau xẻ bột thì cắt bỏ hết bột và báo ngay cho bác sĩ.

Vài ngày sau bó bột: điều dưỡng cần theo dõi dấu hiệu chèn ép thần kinh, loét da. Nếu tình trạng chi tổn thương giảm phù nề, sưng tấy thì giai đoạn này đã bị lỏng bột. Lúc này người bệnh cần được bó bột khác để cố định xương tốt hơn. Trong suốt thời gian bó bột cần thường xuyên đánh giá dấu hiệu teo cơ, cứng khớp, loãng xương.

4.5. Kỹ thuật cắt bột

Dụng cụ:

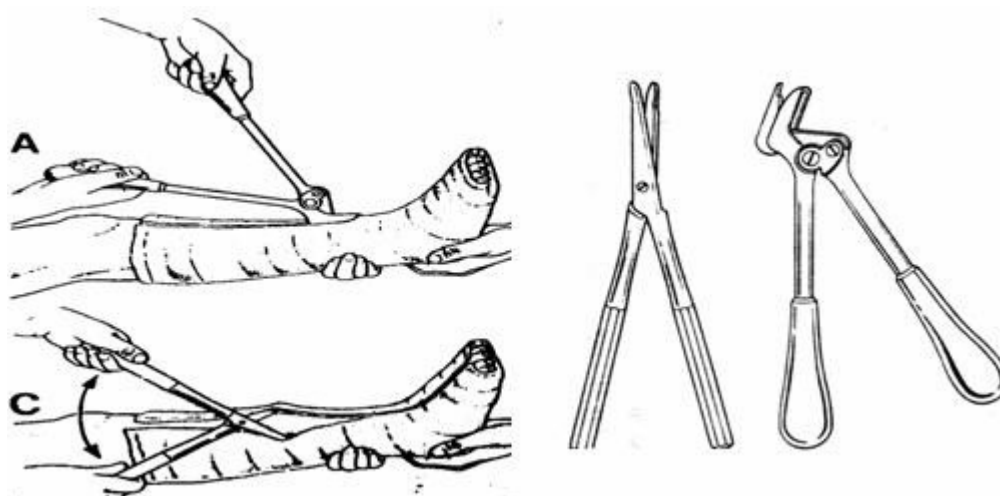
1. Máy cưa run (StrvchoT, Stryker).
2. Kim cắt Stille.
3. Kim banh bột Hennig.
4. Dao cưa tay cắt bột Engel.
5. Dao nhỏ bén có cán to lưỡi hơi cong ngắn.
6. Kéo có mũi đẹp.
7. Mũ – máy cưa lưỡi quay tròn rất nguy hiểm.
8. Masque, găng tay.

Nguyên tắc cắt bột:

Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh trước khi cắt bột để tránh cho người bệnh sợ hãi.

Đường cắt nên ở phía ngoài không qua chồi xương, nơi gấp khớp.

Cho người bệnh nằm hay ngồi ở tư thế thoải mái, thuận tiện, tránh để người bệnh thấy cưa đang cắt. Cần thận trọng tránh gây thương tích cho người bệnh.



Kỹ thuật cắt bột:

Cách dùng máy cưa bột: tay phải cầm máy và cho máy xoay qua lại, tay trái cầm cán gần lưỡi cưa, giữ trực và đo lường độ sâu, đặt lưỡi cưa theo chiều tiếp xúc với mặt bột.

Sau khi cắt bột:

Rửa da sạch, lấy hết các chất bẩn trên da, chăm sóc da sạch sẽ, cho người bệnh tập vận động, chụp X quang kiểm tra, tái khám bác sĩ theo lịch hẹn.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU KHI BÓ BỘT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Ngay sau khi bó bột, điều dưỡng cần nhận định:

Tình trạng chi được bó: gồm các triệu chứng như đau, tê, mất mạch, nhiệt độ chi, cảm giác nóng rát. Tất cả các dấu hiệu bất thường cần được phát hiện sớm nhất để tránh nguy cơ chèn ép do bó bột.

Tình trạng bột: điều dưỡng cần xem tình trạng bên ngoài khô hay ướt, quá chặt hay quá lỏng, mùi bột, có cửa sổ bột và đánh dấu, tình trạng thấm dịch qua bột.

Tư thế: xem lại tư thế chi bó bột đúng chưa, nắn chi đúng tư thế chưa, kiểm tra lại phim X quang.

Cửa sổ bột: dấu hiệu thấm dịch, mùi của vết thương.

Nhận định tâm lý người bệnh có lo lắng hay an tâm sau khi bó bột.

Vài ngày sau: ngoài các vấn đề trên cần chú ý thì có thể có các dấu hiệu đau nhức gia tăng do tình trạng nhiễm trùng như: nhiệt độ gia tăng, mùi hôi, bột thấm dịch. Tình trạng người bệnh ngứa do dị ứng bột. Sau vài ngày tình trạng sưng phù chi giảm có thể dẫn đến tình trạng bột lỏng. Cũng có nguy cơ tình trạng sưng phù gia tăng nên có nguy cơ chèn ép.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Sự suy giảm khả năng vận động do bó bột

Nhận định mức độ vận động của cơ, sức cơ của chi không tổn thương. Hướng dẫn người bệnh tập vận động chi bệnh trong mức độ cho phép, gồng cơ giúp cơ khỏe và tránh teo cơ, trợ giúp người bệnh tập luyện chi bệnh.

Nếu bó bột chi dưới, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh đi nạng an toàn, đi từ chống phần chân không đau và giải thích với người bệnh chi bó bột rất nặng để người bệnh cẩn thận nâng đỡ khi di chuyển, khi xuống giường hay xuống ghế cần để chân lành xuống trước chi bó bột. Đối với người già cần có sự hỗ trợ

khi đi lại, nâng đỡ chi khi xuống giường hay khi bước xuống ghế tránh để người bệnh té ngã. Nếu chi trên điều dưỡng giúp người bệnh treo tay lên vai một cách an toàn thoải mái, dùng dây treo bản rộng tránh tì đè vùng cổ.

2.2. Đau do bột hay do chấn thương



Hình 36.5. Bột chống xoay

Thường sau khi bó bột người bệnh không còn đau nơi vùng chi gãy nhưng nếu người bệnh vẫn còn đau thì điều dưỡng cần nhận định và lượng giá mức độ đau theo bảng đánh giá đau, thăm khám lại nơi chi bó bột. Điều dưỡng không được bỏ qua bất cứ lời than đau nào của người bệnh vì đây là dấu hiệu sớm nhất phát hiện dấu hiệu chèn ép.



Hình 36.6. Bó bột 2 chân

Thực hiện thuốc giảm đau, thăm khám lại vùng bó bột. Nếu người bệnh đau tăng lên nhiều hơn, tê, giảm cảm giác, thay đổi nhiệt độ chi, mất mạch... thì điều dưỡng nên báo cáo bác sĩ ngay và thực hiện việc xẻ bột hay thay bột mới. Kê cao chi trên gối giúp máu hồi lưu tốt, giúp giảm sưng nề. Vận động nhẹ nhàng thường xuyên các ngón chân giúp máu lưu thông tốt và giảm sưng nề chi.

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

Nghe nhu động ruột và theo dõi tình trạng đi cầu của người bệnh. Cho người bệnh uống nhiều nước, ăn nhiều chất xơ. Hướng dẫn người bệnh đi cầu kín đáo, tiện nghi, đi cầu đúng giờ. Theo dõi tình trạng nhu động ruột. Đánh giá tình trạng phân như phân cứng, phân khô.

Tập vận động bụng, hít thở sâu. Ghi chú dấu hiệu khó thở, lo lắng, nôn ói, tắc ruột ở những người bệnh bó bột ở bụng. Người bệnh thường rất khó chịu khi bó bột ở bụng vì thể cản tạo cho người bệnh môi trường và tư thế thoải mái, giúp người bệnh giải trí, thư giãn.

2.4. Nguy cơ bệnh tiết niệu do nằm lâu

Thường do người bệnh phải mang khối bột quá nặng nên đôi khi hạn chế đi lại và cũng hạn chế việc đi tiểu, vì thế người bệnh cũng hạn chế việc uống nước. Đây là nguyên nhân dễ gây sỏi đường tiết niệu. Do người bệnh cần cung cấp nhiều calci trong quá trình lành xương kèm theo việc gây xương làm calci thải vào máu trên ngưỡng hấp thu của thận nên dễ hình thành sỏi. Để phòng ngừa, điều dưỡng khuyến khích người bệnh uống nhiều nước. Đi tiểu ngay khi bàng quang đầy nước tiểu. Kín đáo, tiện nghi trong khi tiểu. Đánh giá lượng nước vào và ra. Vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục.

2.5. Người bệnh không thoải mái do bó bột

Người bệnh ngứa, dị ứng da do bột, điều dưỡng thực hiện thuốc kháng dị ứng. Hướng dẫn người bệnh không dùng vật cứng đưa vào trong bột để gãi, khi ngứa người bệnh dùng tay gõ lên bột. Lấy vụn bột, lau rửa sạch sẽ 2 đầu da vùng bó bột. Hướng dẫn cho người bệnh những bài tập luyện.

Hướng dẫn người bệnh tự vệ sinh sạch vùng da bên ngoài. Giữ bột sạch không ẩm ướt. Tránh che phủ bột vì dễ gây ẩm bột do mồ hôi. Giữ vệ sinh sạch sẽ bột. Hướng dẫn người bệnh nhìn vào gương để xem những vùng không nhìn được. Để người bệnh ở trong phòng có nhiệt độ thích hợp.

2.6. Người bệnh có vết thương trong bột

Cần mở cửa sổ trên bột sớm để chăm sóc, theo dõi, thay băng sớm cho người bệnh. Nhận định tình trạng vết thương: mô hạt, mủ, dịch tiết, mùi hôi... điều dưỡng cần thực hiện cắt vết thương theo y lệnh. Nếu có nhiều mô hoại tử nên cắt lọc tốt cho người bệnh. Theo dõi nhiệt độ để phát hiện tình trạng nhiễm trùng. Sau khi thay băng vết thương xong nên dùng gạc che vết thương.

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

Lượng giá sức cơ, đánh giá mức độ phù nề sau khi tháo bột. Đo vòng chi và so sánh hai bên. Chăm sóc da người bệnh như rửa sạch da, sử dụng kem làm ẩm da, phơi nắng. Tập cơ bằng cách vận động, xoa bóp chi. Sau tháo bột chi người bệnh thường sưng phù do tình trạng lưu thông mạch máu chưa ổn định, vì vậy người bệnh rất cần được giảm phù nề như kê chi cao, tập vận động, đi lại và điều dưỡng vẫn tiếp tục theo dõi phù nề. Trong nhiều trường hợp bác sĩ sẽ cho thuốc tăng tuần hoàn, giảm sưng cho người bệnh. Hướng dẫn người bệnh tập đi nâng hỗ trợ. Hướng dẫn người bệnh đi nâng an toàn. Nhưng để cho cơ chắc khỏe điều dưỡng cần hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn uống có dinh dưỡng cao, cung cấp vitamin A, D, C, calci, protide. Ngoài ra, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh phơi nắng để giúp da chuyển hoá vitamin D giúp lành xương.

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

Người bệnh rất cần chất dinh dưỡng để tái tạo xương giúp đẩy nhanh tiến trình lành xương, lành vết thương, giúp cơ khỏe. Điều dưỡng cần hướng dẫn cách ăn uống như dùng muỗng, đĩa thay thế đũa. Chọn những thức ăn dễ gắp. Hướng dẫn người bệnh ăn thức ăn có nhiều calci, giàu dinh dưỡng như: nghêu, sò, cua, tôm, sữa... uống nhiều nước. Không thể cân người bệnh do khối bột làm mất đi tính chính xác của cân nặng, nên thường kiểm tra bằng đo vòng chi hay vòng bụng, theo dõi xét nghiệm pre-albumine, BUN.

2.9. Người bệnh lo lắng sau khi tháo bột

Sau khi bó bột đủ thời gian người bệnh được tháo bột. Thường người bệnh đến bệnh viện để xẻ bột. Điều dưỡng giải thích phương pháp cắt bột giúp người bệnh an tâm. Trước khi cắt bột, điều dưỡng cho người bệnh nằm hay ngồi ở tư thế an toàn để tránh cho người bệnh lo sợ (nhất là với trẻ em, người già sợ hoảng sợ do tiếng cưa và mùi bột cháy cũng làm cho họ ngất). Khi xẻ bột tránh để người bệnh bị tổn thương do cưa bột.

Sau khi tháo bột điều dưỡng nên rửa sạch da người bệnh với nước ấm, lấy hết những bông, bột, vảy da. Đánh giá tình trạng da suy dinh dưỡng như da khô, da bong tróc vảy, da bị rụng lông, mất độ bóng của da, tình trạng teo cơ. Điều dưỡng xoa chất làm ẩm da có chất làm tăng cường dinh dưỡng cho da, giúp mềm da. Cho người bệnh phơi nắng, đo vòng chi so sánh với bên lành, tập vận động. Vùng dưới chi bị phù nề do tình

trạng máu hồi lưu kém cần nâng chi cao và đi lại.

Vận động đi lại: sau khi tháo bột không nên cho người bệnh đi lại ngay. Điều dưỡng hướng dẫn cho người bệnh đứng đưa chi nhẹ nhàng, vận động chi cho tuần hoàn lưu thông tốt. Sau đó cho người bệnh đi nặng chống chi bệnh nhẹ nhàng. Dần dần khi người bệnh thích nghi thì hướng dẫn người bệnh đi lại nhưng nếu quá đau thì ngưng lại, khi thấy hết đau thì tập đi nặng lại.

3. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

3.1. Chèn ép điểm

Nguyên nhân: do nâng đỡ bột bằng ngón tay, có hạt hay cục bột, vùng xương nhô ra do không đệm lót tốt, khi bột chưa khô đã đặt chi xuống giường, xê bột khi bột còn ướt, cử động sớm khi bột chưa khô.

Triệu chứng: nóng rát, đau liên tục, da tê, cử động ngón khó.

Phòng ngừa: nâng đỡ chi khi bó bằng lòng bàn tay, đệm lót tốt vùng xương nhô ra, không xoay trở hay di chuyển khi bột chưa khô, bất động tốt cho đến khi bột khô. Theo dõi vận động chi, mạch chi, đau nhiều sau bó, nhiệt độ chi. Theo dõi sát các dấu hiệu chèn ép trong những giờ sau bó bột. Không để chi bị chèn ép quá 6 giờ.

Xử trí: xê bột để giải áp chèn ép hay thay bột khác.

3.2. Chèn ép toàn thể

Nguyên nhân: đệm lót không tốt, chi phù nề nhiều do chảy máu, nhiễm trùng, kỹ thuật bó sai.

Triệu chứng: đau, căng tức, dị cảm, liệt vận động.

Xử trí: rạch dọc bột tất cả các khớp, banh rộng, kê cao chi không quá 20cm.

Dự phòng: khi cho người bệnh về thì rạch bột và thông báo những bất thường giúp người bệnh theo dõi và phát hiện kịp thời hay tự người bệnh banh rộng bột trước khi đến bệnh viện, không để quá trễ sau 6 giờ.



Hình 36.7. Bó bột chi dưới

3.3. Lở bột

Nguyên nhân: do giảm phù nề, do đệm lót nhiều quá.

Triệu chứng: vận động thấy đau, nghe lục cục khi cử động, giới hạn trên và dưới thấy lỏng.

Biến chứng: can xương lệch, lệch đầu xương.

Xử trí: thay bột mới.

Dự phòng: hướng dẫn người bệnh tái khám đúng hẹn hay khi thấy dấu hiệu lở bột.

3.4. Loãng xương

Nguyên nhân: do dinh dưỡng kém, người già, bất động lâu, thiếu ánh nắng, kém vận động, viêm xương,

bệnh lý xương.

Triệu chứng: đau trong xương, X quang thấy loãng xương, calci máu giảm.

Biến chứng: xương dễ gãy, quá trình tái tạo xương giảm.

Phòng ngừa và chăm sóc: hướng dẫn người bệnh tập luyện, phơi nắng, cung cấp calci qua sữa, nhất là người già. Hướng dẫn cách đi lại tránh té ngã hay chống đỡ rất dễ gãy xương. Cung cấp thức ăn đầy đủ dinh dưỡng, thực hiện thuốc.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh vận động tốt trong bột.

Người bệnh an tâm điều trị: bó bột đúng thời gian, không biến chứng.

Sau bó bột người bệnh di năng được an toàn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 mục đích của bó bột:

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

2. Ghi lại 3 biến chứng do bó bột:

- A.
- B.
- C.

3. Ghi lại 5 dấu hiệu chèn ép khoang:

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

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

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Cần kê chi cao ngay sau bó bột.		
5	Dấu hiệu lỏng bột là đau, phù nề.		
6	Người bệnh cần phơi nắng trong thời gian bó bột.		
7	Gồng cơ trong bột trong thời gian đang mang bột.		

8	Nếu bó bột bụng nên theo dõi dấu hiệu liệt ruột.		
9	Táo bón là do bó bột.		
10	Người bệnh chỉ tập luyện chi sau khi tháo bột.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Julie Hebenstreit. Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed., WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.
3. Catherine V. Smith. Musculoskeletal system, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, Mosby Company, 1986, 375 – 474.
4. Chính hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, Nhà xuất bản Y học, đề án đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1993.
5. Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chính hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, 1987.
6. Điều dưỡng ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, Bộ Y tế – Vụ Khoa học và Đào tạo, Hà Nội, 1996, trang 154.
7. Nguyễn Văn Quang, Kỹ thuật Bột, Trung tâm chấn thương chính hình thành phố Hồ Chí Minh, 1997.

Bài 37

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, các hình thức, biên chứng của kéo tạ.
2. Chuẩn bị được người bệnh kéo tạ.
3. Chăm sóc được người bệnh kéo tạ.

I. BỆNH HỌC

1. KHÁI NIỆM

Kéo tạ là phương pháp dựa trên trọng lực (của 1 tạ kéo) làm mỗi cơ để nắn lại xương. Kéo tạ chỉ là giai đoạn đầu của các phương pháp điều trị khác như bó bột hay mổ kết hợp xương. Có 2 lực tham gia lực kéo, đó là: trọng lượng tạ và trọng lượng người bệnh (tư thế của người bệnh).

Kéo tạ là kéo liên tục lâu dài để vừa nắn vừa bất động.

Kéo nắn là kéo liên tục trong thời gian ngắn để nắn gãy xương trước khi bất động bằng các hình thức khác.

2. MỤC ĐÍCH

Giảm tình trạng gãy xương, giúp xương trở về với mảnh xương ở vị trí ban đầu hay giúp thẳng trục cơ thể.

Giảm cơ co sau chấn thương hay ngăn ngừa co rút cơ làm đoạn xương gãy sai vị trí và giảm đau cho người bệnh. Phòng ngừa hay chỉnh biến dạng bởi sự co cơ và da chung quanh khớp hay phần tổn thương.

3. CÁC KIỂU KÉO

3.1. Kéo bằng tay

Được áp dụng ở một phần cơ thể khi bác sĩ thấy cần cho bệnh nhân kéo một cách nhẹ nhàng tạm thời và kéo vững. Kéo bằng tay trong những trường hợp gãy xương hay trật khớp.

3.2. Kéo qua da

Kéo xương áp dụng gián tiếp qua da. Kéo qua da với băng keo bản rộng, hay băng bản rộng tới da hay qua giày ống. Tạ treo lơ lửng bởi dây và ròng rọc, dây nịt và dây treo có thể sử dụng khi kéo cột sống. Kéo qua da chỉ dùng kéo gãy xương tạm thời ở trẻ, hạn chế ở người lớn vì da không thể chịu lực kéo cho đến khi lành xương. Đây chỉ là phương pháp tạm thời tránh cơ co trong khi chờ phẫu thuật. Trọng lượng tạ giới hạn từ 2,3kg đến 3,6kg. Chống chỉ định kéo qua da khi da có vết thương, trầy da, viêm da, suy giảm tuần hoàn, loét, giãn tĩnh mạch, bệnh thần kinh ngoại biên. Chú ý: thận trọng với người bệnh tiểu đường, người già, người có nguy cơ dị ứng băng keo.



Hình 37.1. Kéo xương qua da

Biến chứng của kéo da, bao gồm:

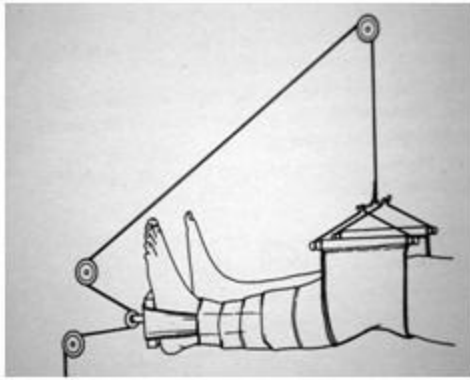
Da bị dị ứng do băng keo hay cao su.

Da bị kích thích từ dây nịt, dây đai, dây đeo.

Liệt dây thần kinh ngoại biên do chèn ép đầu xương chày bên.

Loét da chung quanh xương quay và xương trụ.

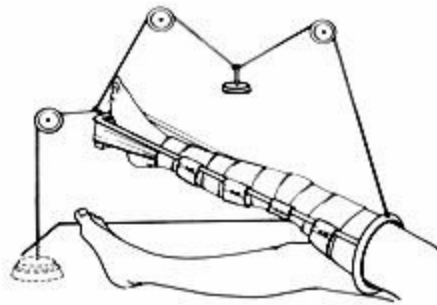
Nếu dùng băng dính kéo qua da thì da phải khô, sạch, cạo lông ở vùng chỉ kéo. Nên sử dụng dụng cụ cạo râu để tránh tổn thương da hay dùng chất làm rụng lông. Dùng băng keo ít dị ứng da, chăm sóc da sạch sẽ trong thời gian kéo.



Hình 37.2. Kéo Russell



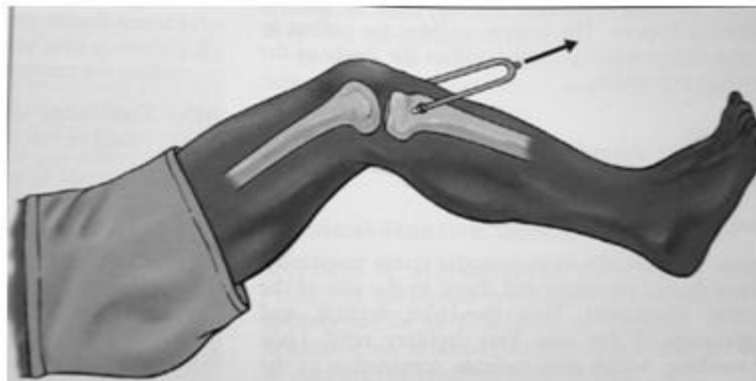
Hình 37.3. Kéo Bryan



Hình 37.4. Kéo Thomas

3.3. Kéo qua xương

Kéo qua xương áp dụng tới lực kéo trực tiếp trên một phần cơ thể bởi đinh, vít và kẹp bên trong xương. Có rất nhiều tư thế kéo và nhiều loại khung khác nhau như: khung Braun, Thomas, Rieunau, Russel.



Hình 37.5. Kéo qua xương

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Do xuyên đinh

Chảy máu do rách một vết thương nhỏ trên da để xuyên đinh, nếu không áp dụng nguyên tắc vô trùng khi thực hiện thủ thuật thì có nguy cơ nhiễm trùng vết thương.

4.2. Do kéo

Tư thế kéo không đúng làm chậm tiến trình lành xương, khớp giả, can giả.

Trọng lượng tạ kéo không đúng: nếu trọng lượng kéo nhẹ quá thì không đủ lực tác dụng kéo. Nếu trọng lượng kéo nặng quá thì xương kéo giãn hơn nên mất sự tiếp xúc giữa hai mặt xương làm chậm quá trình lành xương. Cả hai trường hợp trên đều đưa đến tình trạng xương gãy di lệch tạo can lệch hay khớp giả.

4.3. Do nằm lâu

Ứ đọng phổi: kéo tạ thường phải nằm tại chỗ trên vài tuần vì thế rất dễ gây ứ đọng phổi do tư thế (nhất là đối với người già, người có tiền sử hút thuốc).

Táo bón: do người bệnh không đi lại, không vận động, kèm theo tư thế đi cầu không thích hợp, không kín đáo nên việc táo bón khó tránh được. Vì thế người bệnh cần được hướng dẫn cách thở bụng, vận động tích cực, hướng dẫn cách đi cầu hợp tư thế, đi cầu đúng giờ, uống nhiều nước, ăn thức ăn nhuận tràng.

Chậm liền xương, loãng xương: calci cần được hấp thu từ máu vào xương nhờ quá trình vận động, tập luyện. Do mất calci qua vùng xương gãy, do thiếu vận động, do cung cấp các chất dinh dưỡng hạn chế calci nên có nguy cơ chậm liền xương, loãng xương (nhất là với người già).

Nhiễm trùng đường tiết niệu: do tiêu tiểu tại chỗ, ứ đọng nước tiểu do tiểu ở tư thế nằm, hay đi lại khó khăn nên người bệnh không dám uống nhiều nước vì bất tiện trong khi đi tiểu. Điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh cách vận động đi lại, giải thích nguy cơ nhiễm trùng tiểu nếu không uống nhiều nước. Hướng dẫn người bệnh hay điều dưỡng giúp người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục nhiều lần trong ngày tránh có mùi hôi và tránh nguy cơ nhiễm trùng tiểu hay nhiễm trùng cơ quan sinh dục nếu là nữ.

Viêm xương: do đinh xuyên qua xương khi thực hiện không áp dụng nguyên tắc vô khuẩn, do không chăm sóc chân đinh.

Teo cơ – đơ khớp: hạn chế vận động do kéo tạ. Do đó, cho người bệnh tập vận động thụ động, gồng cơ của chi bệnh trong khi kéo. Với chi lành cho người bệnh tập vận động để tránh teo cơ chi lành.

Rối loạn dinh dưỡng: người bệnh nằm tại chỗ không vận động, gãy xương gây thiếu máu nuôi...

Viêm tắc tĩnh mạch: thường xảy ra ở người già, béo phì do tình trạng kém vận động, do tình trạng bất động chi trong kéo tạ. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh gồng cơ, vận động các ngón chân. Điều dưỡng phát hiện sớm các dấu hiệu viêm tắc tĩnh mạch.

II. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ

1. CHUẨN BỊ TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH

Giải thích cho người bệnh biết thủ tục kéo tạ giúp người bệnh hợp tác tốt trong quá trình thực hiện kéo tạ. Hướng dẫn người bệnh các tư thế sau khi thực hiện thủ thuật.

2. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ XUYÊN ĐINH

Dụng cụ xuyên đinh: kim Steinmann hoặc Kirschner (hay băng keo nếu kéo qua da) khoan tay hay khoan máy vô trùng, khăn lã, ống tiêm, chén chung alcohol, thuốc tê, kim Kelly, thuốc tê, gạc vô trùng, găng tay vô trùng.

3. DỤNG CỤ KÉO TẠ

Cung móng ngựa, dây treo tạ cần bảo đảm chắc chắn, các quả cân, khung kéo (khung Braun hay các giàn kéo treo theo Russel), giường bệnh, dụng cụ bảo vệ đầu đinh.

4. THỰC HIỆN

Xuyên đinh: thao tác thực hiện hoàn toàn vô trùng (thực hiện như tiểu phẫu). Trước tiên cho người bệnh nằm trên bàn mổ. Người phụ đứng bên người bệnh đối diện với phẫu thuật viên, có nhiệm vụ giữ yên bàn chân cho thẳng góc với mặt phẳng, phẳng trên khung kéo.

Phẫu thuật viên chọn mốc ở da để xuyên đinh. Sát trùng da, tiêm thuốc tê, rạch da, đặt mũi khoan đúng vị trí, chính xác. Nên dùng khoan tay hơn khoan máy. Phẫu thuật viên chỉ khoan một lần thì đinh không bị

lông (xương bám chắc vào đinh).

Khi phẫu thuật viên tì khoan lên người bệnh thì người phụ một tay vẫn giữ chi người bệnh không xoay, một tay làm lực đối trọng cho phẫu thuật viên ấn đinh khoan xuyên qua xương.

Lắp đặt chi vào khung kéo: cho người bệnh nằm lên giường, sau đó đặt chi người bệnh vào khung kéo, chêm lót các vùng dễ bị đè cấn. Hỏi lại người bệnh có dễ chịu không. Đánh giá tình trạng chi về cảm giác, tình trạng da, vận động các ngón. Xem lại trọng lượng tạ, tình trạng dây. Hỏi người bệnh có đau chi không.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐANG KÉO TẠ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Lượng giá tâm lý người bệnh khi đang kéo tạ: an tâm hay lo lắng; quá sợ do dụng cụ, do âm thanh máy khoan, tình trạng khó chịu do nằm tại chỗ trong thời gian lâu...

Quan sát hệ thống kéo: khung kéo, dây kéo; trọng lượng, tư thế người bệnh đúng tư thế cơ năng, sự hợp tác của người bệnh.

Lượng giá toàn thân về các dấu hiệu nhiễm trùng, khó thở, đánh giá thể trạng người bệnh.

Vệ sinh cá nhân: da sạch sẽ, mùi mồ hôi, răng miệng, tiêu tiểu.

Dinh dưỡng: ăn ở tư thế nào trên giường, người bệnh ăn được không, tình trạng bụng có chướng, khó tiêu.

Vận động: người bệnh tự xoay trở, người bệnh cần sự hỗ trợ.

Vết thương: màu sắc, tình trạng vết thương.

Nơi xuyên đinh: đau, tiết dịch, dấu hiệu nhiễm trùng.

Hệ thống kéo tạ: trọng lượng tạ, dây kéo tạ, tư thế người bệnh, khung kéo, thời gian kéo.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh lo lắng và không thoải mái do kéo tạ

Giải thích cho người bệnh biết cần được kéo tạ để điều trị kéo xương đúng trục trước khi tiến hành điều trị các bước kế tiếp. Giải thích mục đích kéo tạ, cung cấp thông tin về kéo tạ. Hướng dẫn người bệnh vận động trong khi kéo tạ. Chuẩn bị tâm lý an toàn cho người bệnh kéo tạ.

Hướng dẫn người bệnh cách tham gia vào việc tự chăm sóc như thay đổi tư thế, nâng mông để giúp thoáng vùng da mông tránh loét da do ẩm, do đè cấn. Người bệnh tự vệ sinh cá nhân, hít thở sâu, tập vận động chủ động chi lành, gồng cơ chi kéo tạ. Cung cấp cho người bệnh thông tin về thời gian, quá trình lành xương. Cung cấp cho người bệnh phương tiện giải trí như sách báo, trang bị thêm các phương tiện nghe nhìn giúp người bệnh giải trí.

2.2. Người bệnh duy trì tư thế đúng trong thời gian kéo tạ do gãy xương

Duy trì kéo tạ: dây luôn nằm đúng rãnh ròng rọc. Dây kéo phải vững chắc, thẳng và không chùng, các nút cột phải chắc chắn. Trục dây kéo bình thường song song với trục của xương gãy.

Tạ kéo: phải đo chiều dài chi để tăng, giảm trọng lượng tạ. Tạ ở tư thế tự do, không chạm vào thành giường. Bảo đảm các dụng cụ, chấn màn, đệm không ảnh hưởng đến trọng lượng quả tạ.

Trọng lượng tạ thay đổi tùy theo chi gãy, thường trọng lượng tạ bằng 1/10 đến 1/7 trọng lượng cơ thể. Nếu người bệnh đau chi khi kéo tạ, điều dưỡng cũng nên giảm trọng lượng tạ cho người bệnh. Trọng lượng tạ tăng tối đa trong tuần đầu tiên. Sau đó là thời gian duy trì (khoảng 2 tuần), tuần lễ cuối cần giảm trọng lượng tạ khi đã hình thành can xương. Khi tăng tạ phải tăng từ từ, kê cao chân giường ở hướng kéo tạ. Tạ cách mặt đất khoảng 10 – 20cm. Khi di chuyển người bệnh tránh đặt tạ trên giường, tránh tạ đong đưa, cần cố định tạ vào thành giường, tránh nhấc tạ lên cao.

Tư thế kéo: xem hình 37.6, 37.7, 37.8.



Hình 37.6. Kéo xương cẳng chân qua xuyên đinh



Hình 37.7. Kéo tạ

2.3. Chăm sóc nơi xuyên đinh kéo tạ

Cần giữ sạch và khô chân đinh, thay băng hằng ngày. Dùng băng thấm dung dịch betadine hay dung dịch sát khuẩn để băng vòng quanh chân đinh. Dùng dụng cụ che các đầu nhọn của đinh. Đảm bảo móng ngựa bám sát vào trong đinh nhưng tránh móng ngựa tì vào da. Quan sát da, phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng. Nhận định các dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau nơi chân đinh.

Hướng dẫn người bệnh không được làm lỏng nơi xuyên đinh, không được xê dịch móng ngựa.

2.4. Chăm sóc da nơi khác

Ngăn ngừa loét, phơi nắng, vệ sinh da tránh bệnh ngoài da. Tắm rửa giúp người bệnh thoải mái, tránh viêm nhiễm vùng da nơi xuyên đinh. Tắm còn giúp tuần hoàn da tốt hơn, máu đến nuôi dưỡng tốt hơn. Ngoài ra, việc tắm rửa giúp da của chi đang kéo được kích thích máu tới tránh tình trạng suy dinh dưỡng da do bất động.

2.5. Vận động hỗ trợ

Người bệnh cần tự tập luyện chi đang kéo như gồng cơ, tập các khớp trong mức độ cho phép. Với chi lành cần tập hết biên độ khớp, tập luyện cho cơ mạnh, tránh nguy cơ teo cơ, đơ khớp và tránh tình trạng loãng xương. Chi lành cần khỏe và sức cơ cần khỏe để hỗ trợ chi bệnh, nếu là chi dưới thì chi lành sẽ hỗ trợ chi bệnh khi đi nặng.

2.6. Người bệnh có nhiều biến chứng do kéo tạ

Viêm phổi: do người bệnh nằm tại chỗ trong thời gian dài nên có nguy cơ ứ đọng đờm, nhớt do nằm lâu. Điều dưỡng giữ ấm cho người bệnh, hít thở sâu, tập thở, theo dõi nhiệt độ.

Táo bón: cho người bệnh uống nhiều nước, ăn thức ăn nhiều xơ, cho người bệnh tập vận động bụng, cung cấp dụng cụ đi cầu tại chỗ an toàn, kín đáo.

Khớp giả: hướng dẫn người bệnh luôn nằm đúng tư thế trong thời gian kéo tạ, luyện tập thường xuyên, phơi nắng, uống thuốc, ăn uống nhiều chất calci.

Loãng xương: nên thường xuyên cho người bệnh phơi nắng, vận động, uống thuốc và ăn thức ăn có nhiều calci, tập luyện chi bệnh và chi lành.

Nhiễm trùng: chăm sóc chân đinh mỗi ngày, thay băng vết thương áp dụng phương pháp vô khuẩn, thực hiện kháng sinh theo y lệnh, chăm sóc da sạch sẽ.

Loét da do chèn ép: cho người bệnh nâng mông 2 giờ/1 lần, massage, vận động, xoay trở 2 giờ/1 lần. Vệ sinh sạch sẽ vùng da dễ bị đè cấn như mông, nếp mông nơi tiếp xúc với nẹp, vùng gót tì vào khung kéo, xương bả vai.

Sỏi tiết niệu: cho người bệnh uống nhiều nước, cung cấp phương tiện kín đáo khi đi tiểu, tránh để người bệnh nhịn tiểu, vệ sinh bộ phận sinh dục.

2.7. Người bệnh lo lắng tình trạng vận động do sau khi tháo tạ

Tình trạng chi sau khi kéo, thường sức cơ sau kéo sẽ yếu, cơ nhão, teo cơ so với bên lành. Vận động chi bên kéo sẽ hạn chế do đau, do sợ, do tránh nguy cơ gãy xương, do vận động quá sức sau kéo. Dinh dưỡng da vùng chi kéo cũng khác màu sắc với chi lành. Thời gian lành xương chi trên từ 8 – 10 tuần, chi dưới từ 12 – 14 tuần. Điều dưỡng cần nhận định khả năng lành xương, yếu cơ, giảm huyết áp tư thế. Vì thế, ngay sau khi tháo tạ nên cho người bệnh thực hiện tư thế Fowler, ngồi dậy, đong đưa chân ở thành giường, theo dõi huyết áp trước khi cho người bệnh đi. Tập cơ lưng, tập vận động cơ. Cho người bệnh chuẩn bị bó bột, hay cho người bệnh đi nạng. Điều dưỡng cần hướng dẫn cụ thể từng giai đoạn để người bệnh thích ứng và tham gia trong quá trình hồi phục.

2.8. Người bệnh lo lắng do chuẩn bị phẫu thuật xương sau kéo tạ

Giải thích cho người bệnh về mục đích cần giải phẫu, cách chuẩn bị, thời gian phẫu thuật. Hướng dẫn người bệnh những thủ tục trước khi phẫu thuật. Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật chỉnh hình xương gãy.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc nơi xuyên đinh khi người bệnh được xuất viện.

Hướng dẫn người bệnh cách ăn uống đầy đủ chất như uống sữa, ăn các chất giàu dinh dưỡng.

Hướng dẫn người bệnh tư thế đúng trong suốt thời gian kéo và cách ngăn ngừa các biến chứng trong thời gian kéo tạ.

Cung cấp thông tin sau kéo tạ như phẫu thuật, bó bột, thời gian kéo tạ...

Cung cấp những thông tin khi người bệnh xuất viện, tránh làm nặng với chi gãy, tránh tổn thương nơi gãy, không làm việc nặng hay gắng sức.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh không bị viêm xương, chi không di lệch.

Người bệnh an tâm. Người bệnh không biến chứng sau kéo tạ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 2 kiểu kéo tạ:

A.

B.

2. Nêu 4 bước chăm sóc nơi xuyên đinh kéo tạ:

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	Trọng lượng tạ tối đa là 10kg khi bắt đầu kéo.		
4	Cần tập hết biên độ khớp chi bệnh trong thời gian kéo tạ.		
5	Cần chăm sóc thường xuyên chân đinh kéo tạ.		
6	Người bệnh đang kéo tạ cần được khuyến khích ăn nhiều chất xơ.		
7	Người bệnh đang kéo tạ cần được khuyến khích tự chăm sóc bản thân.		
8	Nên bất động chi chấn thương trong thời gian kéo tạ.		
9	Người bệnh đang nằm kéo tạ nên cho uống nhiều nước.		
10	Trọng lượng tạ thay đổi tùy theo sự chịu đau của người bệnh.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nan Smith–Blair. Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd ed.,WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Susan Ruda, Musculoskeletal Problem, chapter 59, section 8, Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.
3. Musculoskeletal system,chapter 4, Mosby’s Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C,V, Mosby Company, 1986, 375 – 474.
4. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh – Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 266.
5. Chăm sóc ngoại khoa (tài liệu thí điểm giảng dạy Điều dưỡng Trung học) 03 – SIDA, Hà Nội, 1994, 126.
6. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương. Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 9.
7. Chỉnh hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, đề án đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1993, 3.
8. Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chỉnh hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, 1987, 147.

Bài 38

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ KHUNG CỔ ĐỊNH NGOÀI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, chỉ định, chống chỉ định, biến chứng của khung cổ định ngoài.
2. Chăm sóc được người bệnh có khung cổ định ngoài.

I. KHUNG CỔ ĐỊNH NGOÀI

1. ĐỊNH NGHĨA

Cổ định ngoài là phương tiện cố định xương gãy bằng dụng cụ kim loại đặt bên ngoài chi gãy (thông qua các đinh hoặc kim ngang qua xương).

Cổ định trong là phương tiện cố định xương gãy bằng dụng cụ kim loại đặt bên trong chi gãy.

2. ƯU VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA KHUNG CỔ ĐỊNH NGOÀI

2.1. Ưu điểm

Cổ định xương gãy vững chắc mà không đặt các dụng cụ kim loại vào trong ổ gãy tránh được các biến chứng nhiễm trùng.

Dụng cụ đơn giản có thể dễ dàng tự chế được.

Có thể đặt kín (như băng bột) sau khi dùng các khung nắn xương.

Không bất động khớp giúp người bệnh dễ dàng tập vận động phục hồi chức năng.

Có thể điều chỉnh được sau khi đặt giúp kéo dài chi.

Khung cổ định ngoài áp dụng cho nhiều vị trí cố định xương như mắt, hàm, tứ chi, khung chậu, ngón tay hay ngón chân, xương sườn, gia tăng tối đa khả năng hoạt động của các khớp liên quan trong lúc vẫn duy trì được sự bất động tại chỗ cần điều trị.

Người bệnh có thể xuất viện về nhà.

Người bệnh có thể giữ được những xương không vững, những vùng cơ yếu hay giảm chức năng trong lúc người bệnh di chuyển.

Sử dụng trong trường hợp xương hay mô bị nhiễm trùng, đinh được đặt trên hay dưới vùng nhiễm trùng.

2.2. Nhược điểm

Khung công kênh gây vướng, có thể nhiễm trùng chân đinh gây viêm xương.

Khung cổ định ngoài trên một mặt phẳng hay nhiều mặt phẳng.

Đinh có nhiều loại, kích cỡ tùy thuộc vào xương và vị trí cần điều trị (đinh Steinmann, đinh Schanz, đinh Kirschner).

Khung cổ định ngoài khung chậu:

* *Khung Gantz* dùng trong cấp cứu: dùng 2 đinh có phần chặn ở đầu, đặt phía sau ngoài 2 bên cánh chậu, rồi vận ép lại. Mục đích cầm máu nhờ ép các mặt gãy lại.

Ưu điểm: đặt nhanh, không gây vướng khi phẫu thuật bụng.

Khuyết điểm: khung không vững và không nắn di lệch.

* *Khung hình chữ nhật:* dùng đinh Schanz đặt vào cánh chậu. Lắp khung cổ định ngoài giữ chặt 4 đinh

như 4 góc hình chữ nhật.

Ưu điểm: khung có thể nắn chỉnh được, vì vậy có thể nắn sửa xương cho 2 mặt gãy áp vào nhau. Khung vững vàng nên người bệnh xoay trở, ngồi dậy sớm.

Khuyết điểm: không đặt được khi có gãy cánh chậu, gây vướng phần bụng, khó khăn khi phẫu thuật bụng, ngồi dậy khó.



Hình 38.1. Khung cố định khung chậu



Hình 38.2. Khung cố định cẳng chân

3. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chỉ định

- Dùng trong gãy xương hở.
- Gãy xương hở nhiễm trùng.
- Kéo dài chi.
- Xương gãy không vững.

3.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Xương gãy quá nhiều: nhiều đinh cũng là nguyên nhân làm xương yếu, dễ gãy.
- Viêm xương tủy nặng và lan tỏa.
- Lạm dụng hay căng cơ trong cử động là nguyên nhân làm lỏng đinh hay đinh không vững.
- Lỗ vào và ra của chân đinh cũng là nguyên nhân gây nhiễm trùng da và xương.
- Khi rút đinh ra có thể gãy xương lại do nhiều lỗ đinh xuyên qua xương. Do đó, người bệnh nên đi chậm, tránh gắng sức hay mang vác nặng vì có nhiều nguy cơ gãy xương lại.

4. BIẾN CHỨNG

- Do đinh xuyên* như nhiễm trùng chân đinh, tổn thương giải phẫu (mạch máu, thần kinh, gân cơ ...).
- Do khung cố định ngoài:* cố định xương trong tình trạng còn di lệch, hậu quả sau này là can lệch hay khớp giả.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ KHUNG CỐ ĐỊNH NGOÀI

1. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

Rửa da sạch sẽ bằng xà phòng sát khuẩn, sát khuẩn da sau khi tắm, nên tắm trước mổ vài giờ. Do xuyên đinh qua da nên cần cạo lông vùng chi gãy nhưng tránh tổn thương da và nên cạo lông vài giờ trước mổ là tốt nhất. Rửa sạch vết thương, lấy hết mô hoại tử, sát trùng và băng kín vết thương. Thực hiện kháng sinh dự phòng trước mổ luôn được áp dụng vì nguy cơ nhiễm trùng sau mổ là rất cao.

Tâm lý: thông tin cho người bệnh biết dụng cụ mà người bệnh sẽ mang sau mổ vì nhiều khi người bệnh sẽ hoảng sợ do thấy có quá nhiều đinh trên người. Đồng thời cũng hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc, di chuyển, sinh hoạt, cách bảo vệ khung. Hướng dẫn cách tập luyện để người bệnh an tâm.

Toàn thân: người bệnh không sốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân.

2. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

2.1. Vùng tổn thương và khung cố định ngoài

Nhận định tình trạng từng đinh trong và ngoài khung. Tình trạng vùng da có vết thương nơi xuyên đinh, tình trạng chân đinh về màu sắc da, phù nề, chảy máu, đỏ da.

Chi mang khung: phù nề toàn bộ chi hay vùng dưới xuyên đinh, cử động ra sao, cảm giác và nhiệt độ chi, mạch ngoại biên. Nếu là cố định khung chậu thì chú ý đề cập da, mức độ xoay trở có hạn chế không.

Tình trạng đinh: độ chắc, các khớp nối có an toàn. Khả năng di động của các khớp và cơ kề cận. Đau nơi chân đinh.

2.2. Dấu hiệu khác

Nhận định dấu chứng sinh tồn nhất là nhiệt độ. Dấu hiệu tổn thương thần kinh do chèn ép. Nhiễm trùng xương, vết thương, chân đinh.

Tâm lý thay đổi do thay đổi hình dạng cơ thể, khó khăn trong đi lại. Hạn chế mức độ cử động do khung. Nhận định tình trạng chi gãy hay vùng xương gãy: đau, chảy máu, tụ máu, tình trạng suy dinh dưỡng da.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Suy giảm khả năng vận động do chấn thương và do khung cố định

Nhận định lại mức độ cử động của những khớp không tổn thương. Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi tại giường cho đến khi hồi phục và hết đau. Vận động với treo tay hay đi với nạng, khả năng vận động tối đa các khớp. Thay đổi tư thế để tránh loét do tì đè. Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy, đi lại để tránh vướng khung. Nếu có những đinh quá nhọn có nguy cơ trầy xước da hay vướng vào drap giường thì nên che vùng đầu đinh đó.

3.2. Thay đổi hình dạng cơ thể do khung cố định ngoài

Nhận định những biểu hiện lo lắng của người bệnh. Cung cấp các kiến thức cần thiết về thời gian, ích lợi, hướng dẫn sự tự chăm sóc khung cố định ngoài cho người bệnh an tâm. Hướng dẫn người bệnh những tư thế thuận tiện trong di chuyển và tránh va chạm với chướng ngại vật do khung cố định ngoài.



Hình 38.3. Khung cố định ngoài cẳng chân

3.3. Da bị tổn thương do đinh, chấn thương, do vết thương

Nhận định những dấu hiệu chèn ép da và dấu hiệu nhiễm trùng da. Chăm sóc vết thương, chăm sóc chân

đinh, rửa dẫn lưu, rửa sạch khung hằng ngày.

Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc, bảo vệ khung không bị va chạm, không bị bẩn do bên ngoài môi trường.

3.4. Đau do liên quan đến chấn thương hay dụng cụ cố định

Đánh giá cơn đau, báo cáo khi đau tăng lên, thực hiện thuốc giảm đau. Thường đau cấp tính trong 24 – 48 giờ đầu, nhưng đau sẽ giảm dần trong 5 – 7 ngày sau. Ghi chú những thay đổi cảm giác, tê, dấu hiệu chèn ép mạch. Đắp ấm giúp giảm đau và phù nề.

Thực hiện chụp X quang xem tình trạng xương gãy được cố định như thế nào, có cần chỉnh sửa lại không ? Theo dõi các biến chứng do đinh xuyên như: căng da, bàn chân rơi. Nếu người bệnh đau nhiều khi di chuyển cần hạn chế đi lại.

4. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh và người nhà chăm sóc đinh tại nhà. Người bệnh lo lắng khi di chuyển hay cử động, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh mang nặng từ từ, tập vận động cơ, tập vận động khớp, tập đi với khung cố định ngoài bằng nạng, bằng xe di chuyển.

Hướng dẫn người bệnh cách đi lại bằng nạng, cách chăm sóc khung cố định, cách chăm sóc chân đinh khi về nhà. Hướng dẫn cách vệ sinh cá nhân, về thức ăn dinh dưỡng. Tái khám đúng hẹn để tháo khung.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh lấy lại được mức độ hoạt động.

Vết thương và chân đinh không nhiễm trùng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 2 chống chỉ định đặt khung cố định ngoài:

A.

B.

2. Nêu 4 bước chuẩn bị trước khi đặt khung cố định ngoài:

A.

B.

C.

D.

3. Nêu 3 thận trọng khi người bệnh có khung cố định ngoài:

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	Khuyết điểm của khung cố định ngoài là cồng kềnh.		
5	Tập vận động ngay khi mang khung cố định ngoài.		
6	Người bệnh có thể xuất viện với khung cố định ngoài.		
7	Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng chân đinh.		
8	Người bệnh không cần đi nạng khi mang khung cố định ngoài.		
9	Người bệnh phải sát trùng lên khung cố định mỗi ngày.		
10	Chân đinh thay bằng khi thấm dịch.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Julie Hebenstreit. Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.
3. Catherine V. Smith. Musculoskeletal system, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, Mosby Company, 1986, 1839 – 1982.
4. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 46 – 73.
5. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 9.

Bài 39

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được sinh lý và phương pháp điều trị bong gân.
2. Chăm sóc được người bệnh bong gân.

I. BỆNH HỌC

1. KHÁI NIỆM

Đụng dập là những vùng bị bầm nhưng không có tổn thương trên da.

Trặc gân là kéo cơ, dây chằng do sự kéo căng quá mức.

Bong gân là đứt dây chằng giữ 2 đầu xương (dây chằng khớp). Dây chằng giữ khớp là một tổ chức gồm

hiều sợi collagen có tính ít đàn hồi và rất chắc. Bong gân là sự đứt các sợi này do căng giãn đột ngột quá mức (dây chằng bị cắt đứt không gọi là bong gân).

Tác nhân gây ra bong gân có cơ chế chấn thương gián tiếp là lực uốn bẻ kéo căng quá mức làm cho các sợi collagen của các dây chằng bị đứt. Chấn thương tới mô có lẽ chỉ liên quan đến mô đặc biệt như 1 sợi dây chằng, 1 sợi gân, 1 khối cơ đơn giản. Mặc dù, tổn thương tới mô đơn giản thường hiếm, tổn thương tới nhiều mô thì phổ biến hơn chẳng hạn như gãy nhiều xương với nhiều đoạn gãy xương có liên quan đến da, thần kinh, mạch máu.

Tổn thương ít trầm trọng hơn bao gồm vết bầm hay vết đung giập của da; trật gân hay dây chằng; bong gân của nhiều hay toàn bộ gân, dây chằng, hay xương trong và chung quanh khớp. Cả 3 (bầm, căng giãn cơ và bong gân) có dấu hiệu khởi đầu giống nhau, đòi hỏi nhận định giống nhau và điều trị cũng giống nhau.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ VI THỂ CỦA DÂY CHẰNG

Tổn thương dây chằng thường diễn tiến qua 3 giai đoạn:

Giai đoạn viêm tấy cấp tính: thời gian khoảng 72 giờ có vỡ mạch máu và ngấm máu ra tế bào.

Giai đoạn phục hồi: từ 72 giờ đến 4 – 6 tuần có sự tích tụ collagen.

Giai đoạn tái tạo: từ 4 – 6 tuần sau chấn thương đến 3 – 6 tháng là thời kỳ tổ chức lại cơ và collagen.

3. PHÂN LOẠI

Có 3 mức độ:

Độ 1: đứt một phần, rách tối thiểu thứ sợi dây chằng, dây chằng chỉ bị giãn nhẹ.

Độ 2: đứt nhiều hơn 25% nhưng dây chằng chưa đứt hẳn. Dây chằng bị giãn nhiều nhưng chưa gây tình trạng chênh vênh khớp.

Độ 3: dây chằng bị đứt hẳn, hoàn toàn mất sự liên tục và gây chênh vênh khớp.

4. DI CHỨNG

Rối loạn thường gặp là viêm bao khớp vô trùng sau chấn thương. Viêm tấy bao khớp sau chấn thương được chia làm 2 thể:

Tràn dịch thể thanh dịch: nước ổ khớp có màu vàng chanh, trong vắt, albumine thấp trong dịch, chủ yếu là dịch thẩm.

Tràn máu ổ khớp: nếu có đứt mạch máu sau vài giờ sẽ xuất hiện viêm tấy tiêu máu với các triệu chứng đau nhức, sưng nề, nóng đỏ ổ khớp. Khi đau, khớp co lại gây biến dạng tư thế ở khớp.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Phù nề khu trú, có bầm tím do máu tụ khu trú ở vùng dây chằng tổn thương. Đau tự nhiên, đau nhiều khi ấn vào dây chằng bị tổn thương. Vận động toác khe khớp nhiều hơn so với bên lành.

Biểu hiện viêm bao khớp: khớp sưng nề, sờ bao khớp thấy dày hơn bình thường, ấn đau, nóng, chọc hút có dịch.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Thuốc: giảm đau, an thần.

6.2. Phương pháp xử trí ngay sau chấn thương

I (Ice): chườm lạnh 20 – 30 phút, nghỉ 30 phút làm liên tục trong 24 – 72 giờ hay nhiều hơn tùy vào tổn thương. Đặt đá lạnh làm giảm chảy máu và phù nề.

C (Compression): băng ép, băng ép máu tĩnh mạch nhưng băng không được để chèn ép dòng chảy của động mạch. Băng làm co thắt và hạn chế máu hồi lưu.

I (Immobilization): bất động vùng tổn thương (có thể băng thun hay bó bột). Không tập vận động trong thời gian chảy máu, chỉ tập sau bong gân 7 – 10 ngày và còn tùy vào tổn thương, không mang nặng.

E (Elevation): nâng cao chi tổn thương ngang mực tim để tăng mạch máu hồi lưu giúp giảm sưng viêm. Nâng quá cao hay trên mực tim cũng cần tránh vì sẽ làm cản trở dòng chảy động mạch làm gia tăng sưng hơn là giảm sưng. Nâng chi không quá 13cm trên mức tim.

Lưu ý: trong thời gian này người bệnh không chà xát, xoa bóp, hay xoa thuốc lên chỗ sưng viêm.

6.3. Phục hồi bằng giải phẫu

Khi dây chằng bị đứt hoàn toàn, mổ xương nơi bám dây chằng, tạo hình dây chằng trong bong gân cũ.

6.4. Chuẩn bị người bệnh trước mổ

Rửa da sạch sẽ bằng xà phòng sát khuẩn, sát khuẩn da sau khi tắm, nên tắm trước mổ vài giờ. Kháng sinh dự phòng trước mổ luôn được áp dụng vì nguy cơ nhiễm trùng sau mổ rất cao. Chụp X quang cho người bệnh.

Tâm lý: thông tin cho người bệnh tình trạng sau mổ. Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc, di chuyển, sinh hoạt. Hướng dẫn cách tập luyện để người bệnh an tâm.

Toàn thân: người bệnh không sốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Bảng 39.1. Phân biệt giữa đụng dập, trật gân và bong gân

Yếu tố	Đụng dập	Trật gân	Bong gân
Mô hay mô đặc biệt	Da hay mô dưới da.	Gân, dây chằng, xương hay toàn bộ khớp.	Giống như trật gân.
Tại chỗ	Da xanh mất màu và phù nề đau yếu, nhức nhối nhiều.	Yếu, tê, da xanh bởi chảy máu, nhận định vùng da, cử động khớp, mức độ vững của khớp, sự lỏng lẻo, đau phù, khả năng mang nặng hay sử dụng khớp bình thường.	Giống trật gân nhưng mức độ nặng hơn: phù nề nhiều hơn, chảy máu, mất màu da, mất khả năng sử dụng khớp, cơ hay gân bình thường nhưng không thể mang nặng, đau nhiều hơn và lâu hơn.
Hướng lan	Bầm hay đụng dập.	Đau những khớp xa ngay từ khi tổn thương.	Giống trật gân.
Tâm lý	Mất thoải mái ít hơn.	Tạm thời 24 – 72 giờ vận động suy giảm.	Suy giảm vận động từ 10 ngày đến 3 tuần hay nhiều tuần hơn, và có lẽ sẽ tiến triển thành viêm khớp sau chấn thương.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau do bong gân

Đánh giá mức độ đau. Ngay tại vùng bong gân người bệnh đau rất nhiều. Điều dưỡng cần thực hiện thuốc giảm đau, an thần cho người bệnh. Người bệnh cần được bất động vùng tổn thương bằng băng thun giãn, băng nẹp. Không cho người bệnh xoa bóp, đắp nóng trên vùng tổn thương. Nên đắp lạnh ngay sau khi bong gân giúp giảm đau, giảm nóng, giảm chảy máu. Thực hiện công tác tư tưởng giúp người bệnh an tâm, tâm lý liệu pháp. Thực hiện thuốc giảm đau cho người bệnh. Cần hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động.

2.2. Người bệnh suy giảm vận động do bong gân

Nhận định ngay vùng tổn thương: đau, nóng, cảm giác đau tăng khi cử động. Chăm sóc vùng tổn thương nhẹ nhàng tránh tổn thương thêm, hạn chế thăm khám thường xuyên. Đắp lạnh giúp giảm phù nề và chảy máu ngay sau chấn thương. Nâng chi cao lên giúp máu hồi lưu tốt sẽ giảm phù nề.

Tập hết biên độ vận động cho người bệnh ở mức độ không đau trong thời gian bất động.

Dùng phương pháp treo chi lên để giúp giảm đau và gia tăng thoải mái nhưng chú ý không được cao hơn mức tim. Nâng chi không quá 13cm trên mức tim.

Kiểm tra thần kinh mạch máu chi giúp phát hiện sớm các biến chứng. Trợ giúp người bệnh đi nặng (nếu được) tránh đi trên chân đau.

Thực hiện thuốc giảm đau, kháng viêm trong quá trình điều trị. Trợ giúp người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ như tắm ngồi nếu người bệnh bị bong gân chi dưới "không vận động trong giai đoạn viêm tấy" là điều mà điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh.

2.3. Cơ tổn thương không còn hoạt động như bình thường do đau

Giúp người bệnh an tâm rằng chức năng cơ sẽ tái hoạt động sau khi có điều trị thích hợp. Khuyến khích người bệnh tiếp tục vận động chi trong giới hạn cho phép, cần thận trọng vì có thể bị tổn thương lại. Người bệnh được dùng thuốc giảm đau khi tập theo y lệnh bác sĩ. Tránh sử dụng các chất có silicate xoa trên vùng bong gân vì dễ làm xơ hoá khớp.

Hướng dẫn người bệnh tập vận động chi lành để cơ chi lành khỏe sẽ trợ giúp cho chi bong gân.

2.4. Chăm sóc người bệnh sau mổ

Bất động tạm thời sau mổ, theo dõi đau sau mổ. Do băng thun chặt sau mổ: điều dưỡng tránh thay băng trong những ngày đầu, theo dõi băng thấm dịch. Hướng dẫn người bệnh tập vật lý trị liệu. Thay băng khi có y lệnh, tuy nhiên, điều dưỡng cần theo dõi phù nề, tình trạng đau sau mổ, cần theo dõi dấu hiệu chèn ép sau mổ.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Cung cấp cho người bệnh kiến thức về tổn thương và biến chứng của bong gân.

Hướng dẫn người bệnh cách uống thuốc, thay quần áo và thực hiện những hoạt động hằng ngày, cách đi nặng.

Giáo dục người bệnh thận trọng không tập khi đau, không làm việc nặng, tránh đi lại quá gắng sức nếu chi bị thương là chi dưới.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh phục hồi lại tầm hoạt động khớp tổn thương.

Người bệnh trở về cuộc sống thường ngày: công việc gia đình và xã hội.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu lên các bước điều trị cấp cứu do bong gân:

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 3 chỉ định phẫu thuật ở người bệnh bong gân:

- 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	Tập vận động chỉ nhẹ nhàng khi bong gân.		
4	Bất động chi để giảm đau.		
5	Không vận động trong giai đoạn viêm tấy của bong gân.		
6	Không nên xoa bất kỳ thuốc nào trên vùng bong gân		
7	Nên massage ngay khi bong gân.		
8	Không cho ăn uống ngay khi bong gân.		
9	Chườm nóng ngay khi tình trạng bong gân ổn định.		
10	Luôn luôn treo tay khi bong gân.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, chapter 6, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, chapter 59, section 8, Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.
3. Marilyn Stapleton. Musculoskeletal system in Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C.V. Mosby Company, 1986, 375 – 474.
4. Nguyễn Quang Long, Các tổn thương dây chằng và bao khớp, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 365.
5. Chăm sóc ngoại khoa (tài liệu thí điểm giảng dạy Điều dưỡng Trung học) 03 – SIDA, Hà Nội, 1994, 166.
6. Nguyễn Quang Long, Đại cương về bong gân. Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 31.
7. Chấn thương chỉnh hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, Nhà xuất bản Y học, đề án đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1993.

Bài 40

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRẬT KHỚP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các loại trật khớp, phương pháp điều trị, biến chứng của trật khớp.
2. Chăm sóc được người bệnh trật khớp.

I. BỆNH HỌC

1. KHÁI NIỆM

Trật khớp là một tổn thương trầm trọng của cấu trúc dây chằng chung quanh ổ khớp. Hậu quả là hai đầu xương tách hẳn ra khỏi ổ khớp. Bán trật khớp là di lệch một phần hay không hoàn toàn của các mặt khớp với nhau. Cả hai trật khớp và bán trật khớp đều có biểu hiện lâm sàng giống nhau, điều trị giống nhau nhưng bán trật khớp tổn thương nhẹ nhàng hơn và thời gian lành ngắn hơn.

Trật khớp gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng nhiều nhất ở người trẻ. Tổn thương cơ bản của trật khớp là tổn thương của dây chằng và bao khớp. Chẩn đoán dễ nhưng điều trị những trật khớp đến muộn thường khó khăn hơn.

2. PHÂN LOẠI TRẬT KHỚP

2.1. Theo giải phẫu

Mức độ di lệch trật khớp hoàn toàn, bán trật, gãy trật.

2.2. Theo thời gian

Trật khớp cấp cứu ít hơn 48 giờ, lớn hơn 48 giờ sau tai nạn.

Trật khớp đến sớm (ít hơn 3 tuần) sau tai nạn.

Trật khớp cũ (nhiều hơn 3 tuần) sau tai nạn.

2.3. Theo lâm sàng

Trật khớp kín, trật khớp hở (vết thương khớp), trật khớp khoá (kẹt), trật khớp kín có biến chứng thần kinh.

2.4. Theo mức độ tái phát

Trật khớp lần đầu, trật khớp tái diễn, trật khớp thường trực.

2.5. Theo vị trí

Xác định bằng vị trí trật của chỏm hoặc thành phần xa của khớp.

Trật khớp vai: là trật khớp giữa xương cánh tay và xương bả vai.

Trật khớp khuỷu: giữa đầu dưới xương cánh tay và đầu trên 2 xương cẳng tay.

Trật khớp háng: thường do chấn động mạnh.

Trật khớp ra trước, trật khớp ra sau, trật khớp ra ngoài, trật khớp vào trong, trật khớp lên trên, trật khớp xuống dưới.

3. TRIỆU CHỨNG LINH SÀNG

Luôn dựa vào bệnh sử: cơ chế ngã, thường là chấn thương trực tiếp và ở người trẻ.

Triệu chứng lâm sàng: sưng, đau, mất cơ năng, ngoài ra còn có 3 dấu hiệu của trật khớp:

Biến dạng tùy vào vị trí trật mà có dạng đặc biệt.

Dấu ổ khớp rỗng.

Dấu lò xo: làm động tác thụ động ngược chiều biến dạng khi buông tay chi biến dạng trở về vị trí biến dạng.

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Các trật khớp đến sớm có thể điều trị bảo tồn được như:

Nắn khớp: trở lại vị trí ban đầu càng sớm càng tốt và luôn luôn thực hiện thuốc giảm đau khi nắn.

Bất động: dựa vào hai yếu tố thời gian lành bao khớp, xương gãy và sự phục hồi chức năng của bao khớp.

Tập vận động.

Phẫu thuật: chỉ định thường dè dặt.

5. BIẾN CHỨNG

Đơ khớp, viêm cơ cốt hóa, lỏng khớp, cứng khớp, trật khớp tái diễn.

6. CÁC TRẬT KHỚP THƯỜNG GẶP

6.1. Trật khớp háng

Khớp háng là ổ khớp lớn nằm sâu trong cơ thể có cơ che phủ dày, cho nên để trật khớp háng phải chịu lực rất mạnh mà nguyên nhân thường do tai nạn giao thông hay ngã từ trên cao xuống.

6.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Biến dạng: đùi khép và xoay vào trong, khớp háng gập nhẹ, chân ngắn. Tam giác Bryant không còn vuông cân.

Dấu lò xo: đùi người bệnh đang khép, kéo đùi dang ra thì bật khép trở lại ngay.

Ổ khớp rỗng: ấn trước bẹn không sờ thấy khối cứng của chỏm và cổ xương đùi.

6.1.2. Điều trị

Phương pháp nắn khớp thường dùng của Bohler hay Kocher.

Bất động: thường ổ khớp háng rất sâu nên rất khó trật lại sau khi nắn, nên người bệnh không cần bất động lâu. Vì thế trong khi chờ người bệnh tỉnh lại thì chỉ cần cột hai chi vào nhau tránh để người bệnh kích thích có thể làm khớp trật lại. Tập vận động nhẹ nhàng, sau đó 6 tuần mới đi chống chân đau.

6.2. Trật khớp vai

Là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và xương bả vai.

6.2.1. Nguyên nhân

Thường do chống tay hay khuỷu tay trong tư thế đưa ra sau và ra ngoài.

Triệu chứng lâm sàng

Biến dạng: cánh tay dạng và xoay ngoài, vai vuông, có dấu nhát rìu, mất rãnh Delta ngực. Bề dày khớp vai lớn hơn so với bên lành.

Dấu ổ khớp rỗng: dùng tay ấn vào phía trước móm không thấy chỏm xương cánh tay.

Dấu lò xo: cánh tay dang ra, khi ép cánh tay vào và buông ra thì cánh tay bật ra.

6.2.2. Điều trị

Nắn khớp: theo phương pháp Hyppocrate, Kocher, Mothes.

Bất động: vai và khớp bằng băng thun hay băng bó bột và giữ cánh tay sát thành ngực. Bất động liên tục 1 tuần với người già, 3 tuần với người trẻ để giúp bao khớp lành.

Tập vận động: gồng cơ trong thời gian bất động với chi bệnh và tập vận động với chi lành. Khi hết thời gian bất động người bệnh tập khớp vai như sau:

Tập xoay vòng vai: người bệnh đứng, tay lành vịn vào bàn và ở cách xa bàn để không cúi lưng, khớp vai bệnh để thông cánh tay và xoay vòng tròn bán kính tăng dần.

Tập bò tường: đứng đối mặt với tường và dùng bàn tay bò lên tường.

Tập lau lưng: dùng khăn tắm lau lưng.

6.3. Trật khớp khuỷu

Là trật khớp giữa đầu dưới xương cánh tay và đầu trên 2 xương cẳng tay.

6.3.1. Nguyên nhân

Ngã chống tay khuỷu duỗi hay gấp nhẹ.

6.3.2. Triệu chứng lâm sàng

Biến dạng: khuỷu gấp nhẹ $40^0 - 45^0$, không duỗi thẳng được, nhìn thấy dấu nhát rìu, sờ thấy đầu dưới xương cánh tay nằm ở phía trước khuỷu, các mấu xương móm trên lồi cầu, móm trên rỗng rọc, móm khuỷu tạo thành tam giác khuỷu đảo ngược.

Dấu lò xo: gấp thụ động cánh tay vào khi buông ra cánh tay bật ra.

Dấu ổ khớp rỗng: sờ ấn hai bên cơ tam đầu không chạm đầu dưới xương cẳng tay.

6.3.3. Điều trị

Nắn khớp: nắn bằng tay và nắn bằng khung.

Bất động: bó bột cánh – cẳng – bàn tay trong 3 tuần.

Vận động: tập gồng cơ trong bột, sau bó bột tập duỗi khớp khuỷu.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRẬT KHỚP

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi người bệnh: cơ chế ngã, thời gian xảy ra trật khớp.

Hỏi người bệnh về cách xử trí ban đầu.

Nhận định về tình trạng đau đớn của người bệnh.

Tâm lý: đau đớn, lo sợ.

Nhìn: biến dạng khớp, suy giảm chức năng vận động, biểu hiện tình trạng đau.

Sờ: có dấu hiệu lò xo, ổ khớp rỗng.

Khám phát hiện các tổn thương kèm theo.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh lo lắng do nắn khớp

Thực hiện công tác tư tưởng giúp người bệnh giảm lo lắng, hướng dẫn người bệnh cụ thể các thủ thuật nắn khớp để người bệnh hợp tác tốt, ở bên người bệnh trong thời gian phụ giúp bác sĩ thực hiện thủ thuật. Thực hiện thuốc giảm đau, an thần trong và sau khi nắn. Chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ trong việc nắn khớp.

Theo dõi đau sau nắn và trấn an người bệnh, cho người bệnh nằm nghỉ ngơi.

2.2. Người bệnh bất động do sau nắn khớp

Giải thích để người bệnh bất động trong thời gian ngắn. Cho người bệnh bất động hoàn toàn vùng trật khớp. Gồng cơ nhẹ nhàng vùng bất động. Không xoa bóp hay xoa thuốc. Giải thích cho người bệnh phương pháp điều trị để người bệnh hợp tác.

2.3. Người bệnh lo lắng do chưa hiểu về tập vận động khớp

Tập gồng cơ trong bột, tập các khớp không bị bất động. Tránh xoa bóp các khớp vì dễ gây biến chứng viêm cơ cốt hóa.

Khớp vai: bó bột 1 – 3 tuần, sau đó tập vận động như xoay vòng vai, bò tường, lau lưng.

Khớp khuỷu: tập nhẹ nhàng sau 2 – 3 tuần bất động, sau đó tập duỗi khớp khuỷu.

Khớp háng: không bất động lâu, sau 6 tuần người bệnh mới được đi chống chân đau.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Giải thích cho người bệnh biết ổ khớp suy yếu chức năng sau chấn thương và có nguy cơ tái trật khớp. Giải thích cho người bệnh biết cần đến bệnh viện ngay khi có trật khớp. Tránh các động tác có thể gây trật khớp lại. Không làm nặng hay có tư thế gập tay quá hẹp cũng có nguy cơ trật khớp lại. Không xoa bóp các khớp với tất cả các loại thuốc.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh không tái trật khớp.

Người bệnh lấy lại vận động bình thường.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 phương pháp điều trị bảo tồn ở người bệnh trật khớp:

A.

B.

C.

2. Nêu 3 cách phân loại trật khớp theo thời gian:

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	Trật khớp cũ xảy ra trên 2 tuần.		
4	Cần vận động sớm khi bị trật khớp.		
5	Phẫu thuật trên người bệnh trật khớp là phương pháp tốt nhất.		
6	Người bệnh có nguy cơ trật khớp lại sau nắn.		
7	Khớp vai bất động từ 1 – 3 tuần sau nắn khớp.		

8	Cứng khớp xảy ra ở người bệnh trật khớp.		
9	Nên xoa thuốc giảm đau ở vùng khớp bị trật sau khi nắn.		
10	Dấu hiệu lò xo giúp chẩn đoán trật khớp.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Julie Hebenstreit. Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.

2. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1839 – 1892.

3. Catherine V. Smith. Musculoskeletal system, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, Mosby Company, 1986, 375 – 474.

4. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, chapter 6, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.

5. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, chapter 59, section 8, Medical Surgical Nursing, 4th Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY 1992, 1839 – 1892.

6. Musculoskeletal system, chapter 4, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C, V, Mosby Company, 1986, 375 – 474.

7. Bùi Văn Đức, Trật khớp, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1998, 342.

8. Trần Văn Bảy, Đại cương về trật khớp, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 59.

Bài 41

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM XƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, giải phẫu bệnh, phân loại viêm xương.
2. Chăm sóc được người bệnh viêm xương.

I. BỆNH HỌC

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm xương chấn thương là các nhiễm trùng xương do vi trùng thường không đặc hiệu từ ngoài vào sau gãy xương hở, sau các phẫu thuật về xương, sau mổ kết hợp xương trong gãy kín cũng như gãy hở (Ngô Bảo Khang).

2. SINH BỆNH HỌC

Viêm xương là tình trạng nhiễm trùng xương mà hậu quả từ mô xương hoại tử và mô tủy làm tình trạng xương yếu đi và có nguy cơ gãy xương tự động hay chỉ cần chấn thương nhẹ. Viêm xương có thể là nguyên nhân nhiễm trùng do vi khuẩn, siêu vi, vi trùng lao (tubercle baciliti), nấm... hay do nhiễm bẩn bởi các vật lạ của những chất liệu như đinh, nẹp, ốc, khớp giả. Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes là vi khuẩn thường gặp nhất trong viêm xương. Mầm bệnh thường vào trực tiếp trong xương qua gãy xương hở, do lây lan từ vùng nhiễm trùng khác trên cơ thể, do nhiễm trùng máu, sau mổ xương. Viêm xương có hai loại cấp tính và mạn tính. Cả hai hình thức viêm xương có sinh bệnh học giống nhau nhưng khác nhau về nguyên nhân, tiến trình và triệu chứng.

Viêm xương liên quan đến nhiễm trùng ống, tủy xương, khoang dưới màng xương. Khởi đầu mô xương và mạch máu bị tàn phá bởi sự phân giải protein giải phóng men bởi mầm bệnh. Bởi giảm bớt dòng máu chảy, sự di chuyển những mảnh vỡ từ vùng nhiễm trùng ra suy giảm. Vì thế nhiễm trùng lan rộng xuyên qua xương và dưới màng xương, tích tụ những mảnh xương hoại tử. Từ xương nghỉ ngơi và hình thành một chất gọi là mảnh xương mục. Những mảnh xương mục trở thành bồn chứa cho sự phát triển của vi khuẩn. Sự nguy hại tới xương và màng xương kích thích hoạt động tạo xương và mô xương mới, gọi là bao xương hình thành xung quanh mô xương chết. Sự hình thành bao xương với đầy mô hoại tử không có mạch máu và xung quanh mạch lại nghèo nàn, do đó làm giảm mạch máu tới nuôi, kéo theo các kháng thể bạch cầu và kháng sinh thâm nhập khó khăn do đó hiệu quả chống nhiễm trùng kém.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Giai đoạn cấp tính

Tổn thương mô mềm: các mô mềm bị giập nát trong gãy xương hở, do máu tụ sau mổ kết hợp xương không được dẫn lưu tốt.

Tổn thương xương: những mảnh xương rời nhỏ thiếu máu nuôi dưỡng đưa đến hoại tử là ổ nhiễm trùng tại xương.

3.2. Giai đoạn mạn tính

Tổn thương mô mềm: bao gồm các lỗ dò ra da và các đường dò thông vào xương, các đường dò có nhiều ngóc ngách và nhiều mũ chung quanh lỗ dò là những tổ chức xơ bao bọc như một kén làm tình trạng viêm xương không lành.

Các tổn thương xương: ở giữa 2 khối can xương lớn do sự phục hồi tạo xương mới có hốc không đều của viêm xương chứa đầy mủ. Ống tủy có nhiều mạch máu tạo xương mới mạnh mẽ và bít kín dần ống tủy. Các đầu xương xơ chai dễ tạo thành xương chết, nhiễm trùng, kích thích tạo xương mới bao bọc xương chết, cũng như kìm giữ mô mềm hoại tử và mủ tạo đường dò.

4. PHÂN LOẠI

Theo thời gian diễn biến có hai giai đoạn:

Viêm xương chấn thương cấp tính: nhiễm trùng ổ xương trong 3 – 4 tuần đầu.

Viêm xương chấn thương mạn tính: viêm màng xương do sẹo xơ chai, loét, viêm xương có lỗ dò, viêm xương có xương chết, viêm xương kéo dài ung thư hóa.

II. VIÊM XƯƠNG CẤP TÍNH

Viêm xương cấp tính thường thấy ở trẻ em nhiều hơn người lớn, nam gấp 4 lần so với nữ. Thường do vi khuẩn Staphylococcus aureus gây ra.

1. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào mức độ kéo dài của nhiễm trùng hay đường nhiễm bản. Khi nhiễm trùng phát triển trực tiếp vào trong máu từ vi trùng, người bệnh đột ngột thấy nhiệt độ cao, mạch nhanh, vận động hạn chế và đau dữ dội vùng cơ thể bệnh do cơ cơ chung quanh, ban đỏ, nóng, phù nề xung quanh vùng xương viêm.

2. CHẨN ĐOÁN

Bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu (VS) tăng.

X quang thấy vùng xương bị tàn phá, mô xương hư.

Cấy vi trùng, thử kháng sinh đồ để tìm kháng sinh thích hợp.

3. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là loại bỏ nguồn gốc nhiễm trùng và phòng ngừa sự lan rộng của nhiễm trùng chung quanh mô. Điều trị bao gồm cắt lọc mô chết, sử dụng kháng sinh triệt để. Kháng sinh phối hợp để ngăn ngừa sự phát triển của kháng khuẩn cho những điều trị viêm xương trên 1 năm.

Những mảnh xương mục và bao xương làm suy giảm tuần hoàn tới chỗ viêm xương, do đó cần rửa sạch lấy mô xương chết trước khi thực hiện kháng sinh thì điều trị mới hiệu quả. Phẫu thuật cắt lọc hay tưới rửa liên tục mô chết với dung dịch nước muối hay dung dịch có kháng sinh luôn được áp dụng.

Biến chứng của viêm xương cấp tính là nhiễm trùng huyết, viêm màng não, thuyên tắc mạch, nếu điều trị không triệt để viêm xương cấp tính sẽ biến thành viêm xương mạn tính.

III. VIÊM XƯƠNG MẠN TÍNH

Viêm xương mạn tính có đặc điểm là tiến trình viêm diễn biến từ từ của nhiều hốc xương với những mảnh xương chết và bao xương xuyên qua xương.

1. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Đau vùng viêm xương từng đợt do viêm tiến triển và đau giảm khi tình trạng viêm giảm. Đau nhiều khi về đêm, vùng xung quanh viêm xương đỏ, sưng, ấm và đau. Những triệu chứng khác gồm: biến dạng xương, sẫm màu da, teo cơ vùng xung quanh xương viêm và tạo đường dò ra da.

2. CHẨN ĐOÁN

X quang thấy nhiều mô xương chết, đường dò.

Cấy mủ xác định vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

3. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị bao gồm phẫu thuật cắt lọc mô chết, nạo sạch đường dò, lấy xương chết, dẫn lưu, mở rộng vết thương, kháng sinh trị liệu. Bó bột phòng ngừa gãy xương, mở cửa sổ bột để chăm sóc vết thương. Nẹp chi cũng cần thiết để hỗ trợ xương chi, trong những trường hợp đặc biệt người bệnh kháng nhiều thuốc kháng sinh hay khó khăn trong việc loại bỏ vi khuẩn thì bác sĩ điều trị nên áp dụng phương pháp giúp cung cấp máu tới nuôi vùng xương liên quan. Ghép xương cũng được yêu cầu theo điều trị. Dùng oxy cao áp cũng hiệu quả trong điều trị. Khi điều trị không thành công đôi khi người bệnh cần được đoạn chi.

4. BIẾN CHỨNG

Cơ cứng cơ, nhiễm trùng xương khớp, giảm sự phát triển của xương, gãy xương vụn, gãy xương bệnh lý, viêm xương.

IV. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM XƯƠNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Dữ kiện chủ quan

Thông tin về sức khỏe: hút thuốc lá, uống rượu, bệnh mạn tính kèm theo.

Tiền sử: chấn thương xương, gãy xương hở, vết thương nhiễm trùng.

Thuốc: lạm dụng thuốc, thuốc giảm đau, kháng sinh, corticoid.

Phẫu thuật hay những điều trị khác.

Toàn thân: tình trạng sức khỏe có suy kiệt, có nhiễm trùng.

Chuyển hoá – dinh dưỡng: sốt, lạnh run, mất cân, chán ăn, mệt mỏi.

Nhận thức: đau tăng khi cử động vùng xương viêm.

Bệnh lý kèm theo: AIDS, tiểu đường, lao, ung thư...

1.2. Dữ kiện khách quan

Tổng trạng: bứt rứt, sốt âm ỉ có lúc sốt cao, dấu hiệu nhiễm trùng, môi khô, lưỡi đỏ, mệt mỏi, da xanh niêm nhạt.

Da: toát mồ hôi, nổi mẩn da, vùng da chung quanh xương viêm đỏ, phù nề, đau nếu viêm xương cấp tính. Trong viêm xương mạn tính da sẫm màu.

Cơ xương khớp: đau, phù, ảm cơ. Trong viêm xương mạn tính có teo cơ. Giới hạn cử động

Dẫn lưu vết thương.

Nhận định mô xương: mô xương đen, vỡ vụn, đường dò...

Dấu hiệu khác: cấy máu (+), bạch cầu tăng, VS tăng.

Toàn thân: nhiệt độ cao, mạch nhanh, suy kiệt.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau liên quan đến tình trạng viêm

Can thiệp: giảm đau.

Nhận định mức độ trầm trọng của cơn đau, vị trí và các phương pháp giảm đau thích hợp. Tránh những hoạt động làm gia tăng tuần hoàn. Nâng đỡ nhẹ nhàng khi cử động chi người bệnh để giúp người bệnh giảm đau và ngăn ngừa gãy xương bệnh lý. Duy trì người bệnh ở tư thế chi thẳng đứng, ngăn ngừa tư thế bất thường hay căng cơ dẫn đến đau tăng. Hạn chế di chuyển, hướng dẫn người bệnh sử dụng dụng cụ hỗ trợ khi di chuyển (nạng...) ngăn ngừa gãy xương bệnh lý, đau tăng làm căng thẳng trên xương. Tránh đụng chạm vào thành giường ngăn ngừa người bệnh đau. Thực hiện thuốc giảm đau.

2.2. Người bệnh không thoải mái do tình trạng sốt

Can thiệp: giúp người bệnh giảm sốt, giảm lạnh run, bù nước đủ, thực hiện thuốc kháng sinh. Theo dõi nhiệt độ 4 giờ/1 lần, ghi thành biểu đồ, theo dõi đáp ứng của điều trị. Cho người bệnh nằm trong phòng lạnh, quần áo nhẹ mỏng, thuốc hạ sốt, lau mát. Cho người bệnh uống nhiều nước. Quan sát da, lau khô sạch mồ hôi. Thực hiện thuốc kháng sinh theo kháng sinh đồ.

2.3. Nguy cơ nhiễm trùng lây lan liên quan đến vết thương dẫn lưu nhiễm bẩn

Can thiệp: chăm sóc, cách ly nhiễm trùng.

Theo dõi các vết thương hở, vết thương dẫn lưu không bảo đảm tình trạng vô khuẩn bởi những người chăm sóc. Do đó, điều dưỡng phải biết cách chăm sóc giúp giảm yếu tố nguy cơ nhiễm trùng. Áp dụng các biện pháp cách ly để ngăn cản sự lây nhiễm chéo từ vết thương này sang vết thương khác, từ vết thương người bệnh này sang vết thương người bệnh khác.

2.4. Phù nề ảnh hưởng đến tiến trình viêm và sự bất động làm gia tăng thêm tình trạng sưng, nóng, đỏ, đau...

Can thiệp: giảm phù nề.

Đo chu vi tứ chi mỗi ngày để có dữ kiện đánh giá điều trị mức độ phù nề. Nâng chi cao lên giúp máu hồi lưu. Theo dõi mạch chi mỗi khi nâng cao chi bởi vì mạch sẽ giảm xuống do giảm lượng máu tại chi cũng dễ làm tình trạng phù nề gia tăng. Gồng cơ chi bệnh giúp máu lưu thông tốt. Tập vận động các ngón để giúp máu luân lưu tốt hơn.

2.5. Suy giảm vận động cơ thể do đau và phù nề

Can thiệp: giúp người bệnh vận động hết biên độ.

Trợ giúp người bệnh tập vận động chi lành và chi bệnh giúp tăng cường sức cơ. Tập vật lý trị liệu giúp người bệnh đi lại không bị biến chứng khác. Nếu khi tập người bệnh đau nên dừng lại. Khuyến khích người bệnh tham gia tập luyện nhất là tập luyện chi lành để chi đủ sức cơ mạnh và hỗ trợ chi đau.



Hình 41.1. Viêm xương sau cắt lọc

2.6. Người bệnh chuẩn bị mổ cắt lọc

Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh. Thực hiện y lệnh kháng sinh điều trị. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng, các thủ thuật chẩn đoán. Rửa sạch vết thương, chăm sóc da trước khi chuyển người bệnh đến phòng mổ.

2.7. Chăm sóc người bệnh sau mổ viêm xương

Chăm sóc vết thương mỗi khi thẩm dịch. Chăm sóc dẫn lưu: thay băng, câu nối vô trùng, an toàn, rút dẫn lưu khi hết tác dụng. Thực hiện kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc vết thương, dẫn lưu. Theo dõi nhiệt độ người bệnh, ghi biểu đồ nhiệt độ. Theo dõi dịch tiết từ vết thương về màu sắc, tính chất dịch. Giúp người bệnh cách vận động đi lại. Kê chi cao giảm phù nề. Theo dõi các dấu hiệu chèn ép chi sau mổ.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Dinh dưỡng: cung cấp đầy đủ protide, vitamin A, D, C, E, calci. Người bệnh do viêm nhiễm lâu ngày nên thể trạng thường suy kiệt nhiều.

Hướng dẫn người bệnh: thực hiện kháng sinh đầy đủ, uống thuốc đúng liều, đúng thời gian tại nhà. Tập vận động chi tăng cường sức cơ giúp người bệnh đi lại tránh té ngã. Nếu người bệnh đang trong tình trạng

đau nên cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường, phơi nắng, hướng dẫn cách đi lại tránh té ngã, không làm việc gắng sức trên chi bệnh tránh nguy cơ gãy xương bệnh lý. Hướng dẫn cách tự chăm sóc vết thương, cách giữ vết thương sạch, vệ sinh thân thể sạch sẽ. Tái khám định kỳ.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh giảm đau, bớt phù nề, tình trạng viêm giảm. Tình trạng vết thương giảm viêm nhiễm. Thể trạng không có dấu hiệu nhiễm trùng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 5 chẩn đoán điều dưỡng người bệnh viêm xương:

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

2. Nêu 6 cách phân loại viêm xương:

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- F.

3. Nêu 3 nguyên tắc điều trị ngoại khoa viêm xương:

- 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	Cần theo dõi nhiệt độ trong suốt thời gian sau mổ viêm xương.		
5	Tránh vận động khi viêm xương.		
6	Thực hiện kháng sinh cho người bệnh viêm xương sau mổ.		
7	Có thể đi nặng khi người bệnh viêm xương.		
8	Người bệnh luôn được cung cấp nhiều chất dinh dưỡng sau mổ.		

9	Người bệnh viêm xương cần được phối nắn.		
10	Nguyên nhân viêm xương do xử trí sai trong gãy xương hở.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Julie Hebenstreit. Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, in Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd ed, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.
3. Catherine V. Smith. Musculoskeletal system, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, Mosby Company, 1986, 375 – 474.
4. Nguyễn Quang Long, Viêm xương tủy, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 381.
5. Ngô Bảo Khang, Viêm xương chần thương, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 171 – 173.

Chương 6. THẦN KINH

Bài 42

ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC NGOẠI THẦN KINH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu hệ thần kinh.
2. Chăm sóc được người bệnh viêm xương.
3. Trình bày được đặc điểm học ngoại thần kinh.

Bệnh học ngoại thần kinh là một môn học phẫu thuật các bệnh lý, chấn thương, vết thương, dị dạng thuộc hệ thần kinh trung ương và ngoại biên.

I. GIẢI PHẪU

1. HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG: gồm có tủy gai và não bộ.

1.1. Tủy gai

Là một ống hình trụ dài khoảng 45cm nằm trong ống sống kéo dài từ đốt sống cổ I đến đốt sống lưng II.

Hình thể ngoài: đầu trên gai nối với hành não, đầu dưới thóp lại thành hình nón gọi là nón tủy. Từ nón tủy có dây tủy cùng nối xuống tận lỗ đốt sống cùng thứ V. Xung quanh dây tủy cùng có các dây thần kinh gai sống, cuối cùng tập hợp thành đuôi ngựa. Dọc phía trước ống tủy có ống tủy rất sâu và dọc phía sau có rãnh giữa nông hơn chia tủy thành hai nửa. Mỗi nửa lại chia thành ba thừng: trước, bên, sau. Giới hạn giữa hai thừng sau và bên là rãnh bên sau nơi có rễ lưng của 32 đôi dây thần kinh gai sống.

Hình thể trong: ống trung tâm, chất xám, chất trắng.

Bó vận động: bó tháp trước, bó tháp bên.

Bó cảm giác: bó gai đồi thị trước, gai đồi thị bên, gai tiểu não trước, gai tiểu não sau, bó thon, bó chêm.

1.2. Não bộ

Gồm trám não, trung não, gian não và đoạn não.

Trám não: gồm hành não, cầu não ở phía trước và tiểu não ở phía sau. Trong trám não có một buồng rỗng gọi là não thất 4.

Trung não: phần não kém phát triển, trong trung não có nhân xám.

Gian não: 2 đồi thị là trạm dừng chân của các đường cảm giác từ dưới lên vỏ não, có não thất 3.

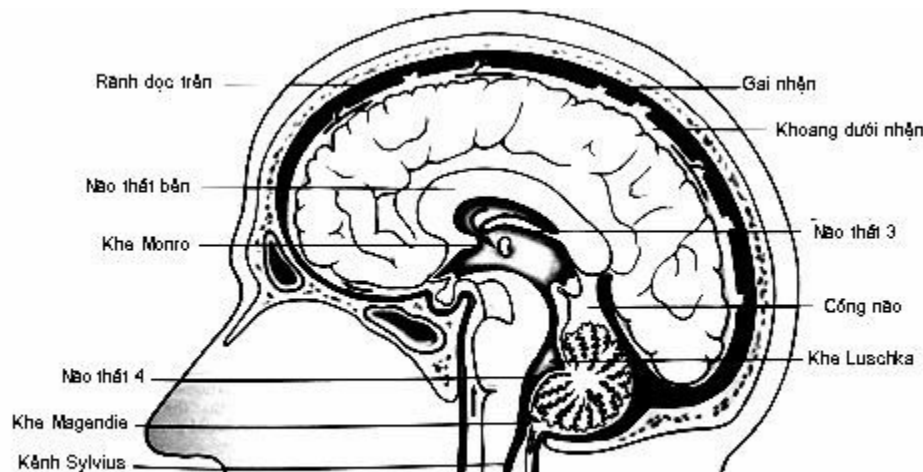
Đoạn não: là phần phát triển mạnh nhất gồm hai bán cầu đại não, trong mỗi bán cầu đại não có não thất bên.

1.3. Hệ thần kinh tự chủ (hệ thần kinh thực vật)

Hệ thần kinh tự chủ gồm các trung khu nằm rải rác trong hệ thần kinh trung ương, các sợi, các hạch, các dây thần kinh đi tới các tạng, các tuyến, mạch máu nghĩa là các cơ trơn. Hệ thần kinh tự chủ chia làm hai phần hoạt động theo nguyên tắc đối lập: phần giao cảm và phần đối giao cảm.

Phần giao cảm: có trung khu nằm trong chất xám của tủy gai từ đốt tủy ngực I đến đốt tủy thắt lưng II. Còn phần ngoại biên bao gồm các hạch và các sợi.

Phần đối giao cảm: có trung khu gồm các nhân xám nằm trong não và tủy. Phần ngoại biên gồm các hạch và các sợi thần kinh mượn đường đi của các dây thần kinh gai sống đến cơ quan tạo thành các đám rối thần kinh tự chủ của các cơ quan tương ứng.



Hình 42.1. Giải phẫu não bộ

2. HỆ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Bao gồm các rễ, hạch, dây thần kinh từ não và tủy thoát ra. Có 12 đôi dây thần kinh sọ và 32 đôi dây thần kinh gai sống.

2.1. Dây thần kinh sọ

Thoát ra từ não và chui ra ngoài qua các lỗ nền sọ để chi phối cho các vùng đầu mặt.

2.2. Dây thần kinh gai sống

Thoát ra từ tủy gai bằng 2 rễ, rễ bụng (vận động) và rễ lưng (cảm giác). Hai rễ tập trung thành dây thần kinh gai sống và thoát ra khỏi ống sống bởi lỗ gian đốt sống để ra ngoài chi phối cho các vùng từ cổ trở xuống gồm: 8 đôi dây cổ, 12 đôi dây ngực, 5 đôi dây thắt lưng, 5 đôi dây cùng, 2 đôi dây cụt.

II. BỆNH LÝ VÀ CHẤN THƯƠNG

Chấn thương: chấn thương sọ não, chấn thương tủy sống.

Vết thương sọ não: lồi mô não,...

Bệnh lý: u não, thoát vị trí đĩa đệm, bệnh não úng thủy.

Bảng 42.1. Bảng mô tả vị trí và chức năng của 12 đôi dây thần kinh sọ

Tên	Chức năng	Nhận định
Dây I Khứu giác	Cảm giác ngửi.	Bảo người bệnh nhắm mắt và cho người bệnh nhận biết các mùi khác nhau.
Dây II Thị giác	Nhìn.	Đánh giá thị lực người bệnh qua bảng đo mắt. Đánh giá thị trường của mắt.
Dây III Vận nhãn	Di động của nhãn cầu và mi mắt trên, kích thích của đồng tử (co, giãn, phản xạ ánh sáng), kiểm soát cơ lông mi để điều hoà độ khúc xạ bởi thủy tinh thể.	Nhận định kích thước, hình dáng của đồng tử, kiểm tra chứng sa mí mắt của lông mi. Khả năng di động của đồng tử.
Dây IV Ròng rọc	Di động của nhãn cầu lên xuống.	Nhận định giống dây III.
Dây V Dây tam thoa	Chức năng vận động: cử động cơ nhai Chức năng cảm giác: đau, sờ, nhiệt độ mặt, mũi, răng, miệng.	Hỏi và sờ người bệnh.
Dây VI Vận nhãn ngoài	Di động của nhãn cầu 2 bên.	Kiểm tra cử động từng mắt.
Dây VII Mặt	Chức năng vận động: co cơ mặt, da đầu (diễn tả khuôn mặt), bài tiết nước bọt ở tuyến dưới hàm và tuyến dưới lưỡi. Chức năng cảm giác: nếm (2/3 trước của lưỡi).	Yêu cầu người bệnh nhắm mắt, nghiêm mặt, mỉm cười, nhướn mày. Ghi nhận sự đối xứng 2 bên của mặt.
Dây VIII Tiền đình	Chức năng nghe, tiền đình và ốc tai Chức năng cảm giác: tiền đình trạng thái cân bằng. Chức năng cảm giác nghe.	Yêu cầu người bệnh bước đi vài bước, điều dưỡng ghi nhận thăng bằng trong dáng đi. Nhận định khả năng nghe: nói thầm một câu và yêu cầu người bệnh lặp lại. Kiểm tra từng tai.

Dây IX Thiệt hầu	Chức năng vận động: nuốt, bài tiết nước bọt của tuyến mang tai. Chức năng cảm giác: nếm, miệng và cảm giác vùng hầu họng.	Nhận định khả năng nuốt, khám lưỡi gà.
Dây X Dây phế vị	Chức năng vận động: cơ hầu, họng, thanh quản, các tạng trong ngực và bụng. Chức năng cảm giác: cảm giác hầu, họng, thanh quản, các tạng trong ngực và bụng.	Giống như dây IX.
Dây XI Dây phụ	Di động vai và đầu bởi cơ thang và cơ ức đòn chũm.	Yêu cầu người bệnh co cơ vai và cử động đầu cổ.
Dây XII Hạ thiệt	Cử động lưỡi.	Yêu cầu người bệnh cong lưỡi, cử động lưỡi theo yêu cầu.

III. ĐẶC ĐIỂM

Bệnh học ngoại thần kinh có đặc điểm là bệnh lý và chấn thương của nó ảnh hưởng đến các cơ quan khác trên toàn cơ thể ngay khi tổn thương.

Hô hấp:

Liệt cơ hô hấp, suy hô hấp: sau chấn thương tủy sống, chấn thương sọ não nặng.

Nồng độ oxy rất cần thiết trong điều trị bệnh học thần kinh vì ảnh hưởng đến tình trạng tổn thương não, tủy sống và di chứng.

Tim mạch: tim đưa máu chậm đến não do tình trạng mất máu sau chấn thương, liệt và chấn thương tủy sống cũng ảnh hưởng đến sự vận mạch của vùng thần kinh chi phối gây loét, tắc mạch, rối loạn vận mạch. Hệ thống thần kinh thực vật cũng chi phối hoạt động tim mạch.

Vận động: liệt, teo cơ, yếu, tăng phản xạ, cơ cơ cũng ảnh hưởng đến khả năng vận động, hồi phục của người bệnh, giảm hay mất vận động cũng đưa đến các bệnh như loét, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, tiêu tiểu không tự chủ, rối loạn tiêu hóa...

Cảm giác: mất hay giảm cảm giác cũng gây cho người bệnh tai nạn như bỏng, té ngã.

Thân nhiệt: tăng cao trong tổn thương não, rối loạn thân nhiệt. Thân nhiệt cao cũng đưa đến tình trạng thiếu oxy, tiêu hao năng lượng.

Tiêu hóa: liệt ruột sau mổ, sau chấn thương. Người bệnh táo bón, rối loạn tiêu hóa, nôn vọt. Người bệnh thường cho ăn bằng ống, qua mở dạ dày ra da.

Tiết niệu: nhiễm trùng tiểu do ống thông tiểu, do bí tiểu, do tiểu không tự chủ, do liệt bàng quang.

Da: giảm cảm giác gây loét da, tổn thương do tai nạn.

Thần kinh:

Tri giác: thường người bệnh có hôn mê. Đời sống thực vật do mất não.

Động kinh: cục bộ, toàn thể.

Tâm thần: rối loạn ý thức, mất trí nhớ, rối loạn tâm thần, mất ý thức, rối loạn về ngôn ngữ...

Tư thế: dáng đi tiểu não, bàn chân rớt, Tabes.

Mắt: mờ, mù, nhìn đôi.

Mũi: mất mùi.

Tai: nghe giảm, điếc, ù tai...

IV. CHẤN THƯƠNG

1. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Thường người bệnh mê, có khi tỉnh, mất trí nhớ ngay khi chấn thương, do đó rất khó hỏi bệnh hay thăm khám trên lâm sàng. Để biết được cơ chế chấn thương điều dưỡng cần hỏi người thân hay người chứng kiến tai nạn vì điều này rất quan trọng để đánh giá tình trạng tổn thương.

Nếu được xử trí cấp cứu ban đầu đúng thì sự hồi phục người bệnh để lại ít di chứng. Cần biết cách di chuyển, sơ cứu đúng mới tránh tổn thương thêm. Với nạn nhân chấn thương sọ não cấp cứu viên cần biết xử trí cấp cứu nạn nhân, hàng đầu là vấn đề hô hấp: thông đường thở, hỗ trợ oxy là rất cần thiết. Tiếp đến là cấp cứu nạn nhân hôn mê, động kinh, chảy dịch não tủy ở tai, mũi...

Điều dưỡng thăm khám toàn diện người bệnh để phát hiện tổn thương kèm theo như chấn thương cột sống cổ, các chấn thương khác.

1.1. Vết thương sọ não, lồi não

Khác với các chấn thương khác, vết thương sọ não, lồi não là cửa ngõ cho vi khuẩn vào cơ thể. Điều dưỡng cần lưu ý không thăm khám mô não, không nhét mô não vào hộp sọ. Điều dưỡng cắt tóc phần da đầu chung quanh vùng não lồi ra hay vùng vết thương sọ não, điều dưỡng dùng nước vô khuẩn rửa sạch chất bẩn và dùng băng vô khuẩn đắp vết thương.

1.2. Vết thương da đầu

Chỉ là vết thương ngoài da nhưng có nguy cơ nhiễm trùng cao. Điều dưỡng cũng cần làm sạch da đầu và tóc, sơ cứu vết thương và đắp băng sạch lên vết thương.

1.3. Lỗm sọ

Làm sạch vết thương, băng dày lên vùng sọ lỗm.

2. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

Với người bệnh chấn thương tùy sống luôn cố định cổ, cột sống thành trục thẳng trong suốt thời gian di chuyển người bệnh cho đến khi có chuyên khoa can thiệp. Nếu sơ cứu không đạt sẽ đưa nạn nhân đến tình trạng nặng nề hơn như liệt vận động, người bệnh có thể chết vì liệt hô hấp, ngưng tim.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ

Chăm sóc toàn diện và phòng ngừa biến chứng cho người bệnh.

Việc chăm sóc người bệnh thần kinh rất phức tạp không chỉ là công việc của riêng điều dưỡng mà là một ê kíp bao gồm: bác sĩ điều trị bệnh, điều dưỡng chăm sóc cho người bệnh, vật lý trị liệu phục hồi tình trạng vận động, tránh teo cơ, đờ khớp cho người bệnh, chuyên gia tâm lý phục hồi trí nhớ, bác sĩ tâm thần trong điều trị động kinh và rối loạn tâm thần, gia đình và người phục vụ chăm sóc vệ sinh cá nhân, ăn uống, sinh hoạt cho người bệnh.

V. CHUẨN BỊ VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH LÝ NGOẠI THẦN KINH TRƯỚC CÁC KHÁM NGHIỆM ĐẶC BIỆT

1. CHỌC DÒ TỦY SỐNG

1.1. Định nghĩa

Là đưa kim luồn có nòng vào khoang dưới nhện với phương pháp vô trùng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

1.2. Mục đích

Đo áp lực dịch não tủy, xét nghiệm, xác định mức độ tắc nghẽn, bơm thuốc cản quang.

1.3. Điều trị

Lấy máu, mủ ra khỏi khoang dưới nhện, bơm thuốc điều trị, giảm áp lực nội sọ, gây tê.

1.4. Chống chỉ định

Người bệnh tăng áp lực nội sọ, nơi chọc bị nhiễm trùng.

1.5. Chăm sóc người bệnh chọc dò tủy sống

Chuẩn bị người bệnh: Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật. Trước khi thực hiện điều dưỡng hướng dẫn, giải thích cho người bệnh và cho ký giấy cam kết. Nếu người bệnh tâm thần, người bệnh dưới 16 tuổi, người bệnh kích động không hợp tác thì người nhà phải ký thay. Nếu trong trường hợp cấp cứu thì bác sĩ trưởng phiên có trách nhiệm ký thay.

Tư thế người bệnh: nằm nghiêng ở tư thế đầu bằng, lưng thẳng góc với mặt giường, đưa vùng lưng sát mép giường, 2 chân co sát vào bụng, đầu gập sát vào ngực.

Theo dõi sau chọc: người bệnh nằm đầu bằng từ 6 – 8 giờ sau chọc, theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, tri giác. Ghi nhận những thay đổi của người bệnh như mạch, nhịp thở, nhức đầu, ói, bí tiểu.

Triệu chứng phụ sau thủ thuật: nhức đầu, điều dưỡng nên cho người bệnh nằm đầu bằng. Người bệnh có thể bị cứng gáy do màng não bị kích thích, sốt, lạnh run, đau tại chỗ chọc, rối loạn đi tiểu, rối loạn tâm thần.

Ghi chú điều dưỡng vào hồ sơ: tên bác sĩ, thời gian tiến hành thủ thuật, số lượng dịch não tủy lấy được, áp lực chảy trong 1 phút, loại xét nghiệm, sự hợp tác của người bệnh và tình trạng người bệnh trong và sau khi thực hiện thủ thuật.

2. DẪN LƯU NÃO THẤT

2.1. Định nghĩa

Là đưa ống nhựa vào não thất bên nhằm mục đích giảm áp lực trong sọ. Không có chống chỉ định.

2.2. Chăm sóc người bệnh

Chuẩn bị người bệnh: ký giấy cam kết, thực hiện thuốc an thần trước mổ, gội đầu với betadine hay cạo đầu. Cần nhịn ăn uống trước thủ thuật 6 – 8 giờ.

Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật: dấu chứng sinh tồn, tri giác 15 phút/lần. Chai dẫn lưu dịch não tủy nối với não thất đặt ở đầu giường, đầu chai đặt ở độ cao 0 – 15⁰ của manometer lúc đo áp lực não thất, khi áp lực não thất cao hơn trị số này dịch não tủy sẽ tự chảy ra cho tới khi áp lực hạ xuống. Theo dõi số lượng, màu sắc dịch não tủy chảy ra 1 – 2 giờ/1 lần.

2.3. Thang điểm Glasgow

* *Mở mắt (eye opening)*

Tự nhiên	E4
Với tiếng động	3
Với kích thích đau	2
Không	1

* *Vận động (motor – response)*

Theo yêu cầu tốt	M6
Phản ứng khi kích thích đau	

+ Chính xác	5
+ Không chính xác	4
Gập tứ chi	3
Duỗi tứ chi	2
Không	1
<i>* Lời nói (verbal response)</i>	
Trả lời tốt	V5
Trả lời nhầm lẫn	4
Nói các chữ vô nghĩa	3
Nói không thành tiếng	2
Không	1
<i>Tổng cộng</i>	15 điểm

VI. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Vệ sinh trước mổ: cạo tóc tránh gây tổn thương, tạo vết thương trên da đầu người bệnh; do chấn thương sọ não thường vật vã bứt rứt, người bệnh không chịu nằm yên nên rất khó khăn cho điều dưỡng trong việc cạo tóc người bệnh. Ngoài ra, cần thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh hay thân nhân người bệnh trước khi cạo tóc vì đây còn là vấn đề thẩm mỹ.

Hồi sức cấp cứu trước mổ luôn được tiến hành trong trường hợp có chấn thương, vết thương thần kinh.

2. CHĂM SÓC SAU MỔ

Khác với các bệnh hậu phẫu khác, hậu phẫu ngoại thần kinh thường chậm hồi phục, sự điều trị và chăm sóc đúng giúp phòng ngừa di chứng cho người bệnh. Hồi phục mà ít tổn thương thần kinh nhất cho người bệnh mới là vấn đề mà bệnh học ngoại thần kinh cần quan tâm nhiều nhất. Khi chăm sóc một người bệnh thuộc khoa ngoại thần kinh luôn có sự kết hợp của rất nhiều môn y học khác nhưng một chuyên khoa không thể thiếu được đó là vật lý trị liệu. Vật lý trị liệu rất cần thiết không những hồi phục về vận động mà còn phục hồi trí nhớ, ý thức, ngôn ngữ giúp người bệnh trở về với gia đình và xã hội...

2.1. Vết mổ

Cần được chăm sóc tốt vì nó cũng là nguyên nhân gây viêm não nếu không đảm bảo vô khuẩn, gây chèn ép não do băng quá chặt, do tăng áp lực nội sọ...

2.2. Tư thế sau mổ

Cũng quan trọng sau mổ vì nó mang tính chất giảm đau, hạn chế tổn thương, tránh nguy cơ tụt não nhưng vẫn đảm bảo oxy lên não tốt, tư thế đúng tránh cho người bệnh mang tật khi hồi phục...

2.3. Oxy

Oxy cần thiết cho chống phù não, phù tủy trước và sau mổ sau chấn thương.

2.4. Những chức năng thần kinh cao cấp

Rối loạn ý thức, trí nhớ... người bệnh cần được chăm sóc trong tầm nhìn của điều dưỡng vì người bệnh không giao tiếp, không hiểu nên có nguy cơ tổn thương do té ngã, người điều dưỡng cần biết người bệnh muốn gì, khó khăn nào để kịp thời xử trí.

2.5. An toàn cho người bệnh sau mổ

Do động kinh, kích động rất nhiều trong giai đoạn hồi tỉnh, rối loạn tâm thần sau mổ nên người bệnh có nguy cơ té ngã, tổn thương do tai nạn.

2.6. Dinh dưỡng

Người bệnh cần được nuôi ăn trước, sau mổ bằng các phương pháp như tube Levine, mỡ dạ dày ra da, qua hồng tràng. Dinh dưỡng cũng góp phần quan trọng trong hồi phục cho người bệnh như: lành vết thương nhanh hơn, sức cơ người bệnh khỏe hơn để phục hồi vận động nhanh hơn,...

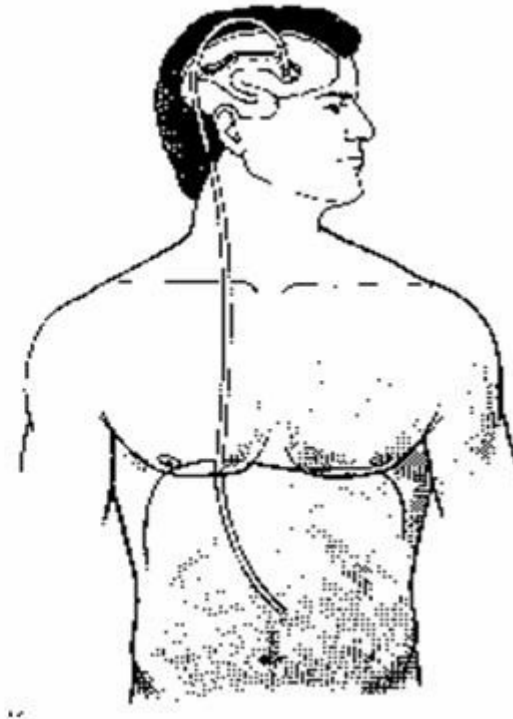


Hình 42.2. Dẫn lưu da đầu

2.7. Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh

Biến dạng cơ thể (mất hộp sọ, lõm da đầu...) cần cho người bệnh biết là hộp sọ bị mất hay được lưu giữ trong ngân hàng mô. Thông báo cho người bệnh tái khám để vá lại. Giáo dục người bệnh giữ cho đầu tránh bị va chạm khi sinh hoạt. Hướng dẫn người bệnh và thân nhân tuân thủ chế độ thuốc như thuốc chống động kinh. Liệt chi ảnh hưởng đến di chuyển, hạn chế việc tự chăm sóc, liệt mặt ảnh hưởng đến vấn đề thẩm mỹ.

Phục hồi vận động, phục hồi trí nhớ, tinh thần, tập luyện, sự hỗ trợ của người nhà, y tế cộng đồng, tất cả đều phải kiên trì trong thời gian khá dài và khá tốn kém.



Hình 42.3 Dẫn lưu não thất qua Shunt

2.8. Dẫn lưu Shunt

Theo dõi tình trạng nghẹt ống, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ sau mổ. Chăm sóc vết thương ở vùng bụng.

2.9. Dẫn lưu dưới da đầu sau mổ

Rút khi hết dịch, thường sau 24 giờ, thay băng khi thấm dịch.

2.10. Dẫn lưu não thất

Tuân thủ nghiêm ngặt vấn đề chăm sóc dẫn lưu vô trùng. Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch. Chăm sóc dẫn lưu mỗi ngày: theo dõi nhiệt độ, sự lưu thông của dẫn lưu, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu chức năng của 4 dây thần kinh sau:

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

2. Mục đích của chọc dò tủy sống là:

- 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	Điều dưỡng cần làm sạch vết thương khi người bệnh bị lõm sọ.		
4	Cần cố định cổ với tất cả người bệnh có chấn thương sọ não.		
5	Chống chỉ định cho người bệnh chọc dò tủy sống là người bệnh đang tăng áp lực nội sọ.		
6	Cần cho người bệnh nằm đầu bằng từ 6 – 8 giờ sau thủ thuật chọc dò tủy sống.		
7	Vật lý trị liệu là vai trò quan trọng trong việc hồi phục cho người bệnh.		
8	Dinh dưỡng cũng rất quan trọng trong việc hồi phục người bệnh sau mổ bệnh lý hệ thần kinh.		
9	Cần tuân thủ chế độ thuốc chống động kinh cho người bệnh phẫu thuật thần kinh.		
10	Thường sau thủ thuật chọc dò tủy sống người bệnh sẽ bị nhức đầu.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, chapter 6, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.

2. Mary E. Kerr, Connie A. Walleck. Intracranial Problems, chapter 54, section 8, Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1683.

3. Neurologic system, chapter 3, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C,V,

Mosby Company, 336–344.

4. Dương Minh Mẫn, Chấn thương sọ não, Bệnh học và điều trị học ngoại khoa: lồng ngực – Tim mạch – Thần kinh. Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2002, 251 – 268.

5. Dương Minh Mẫn, Khám người bệnh chấn thương sọ não. Bài giảng bệnh học và điều trị ngoại khoa: Lồng ngực – Tim mạch – Niệu – Ngoại nhi – Ngoại thần kinh. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Lưu hành nội bộ, 1998, 413.

Bài 43

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, chỉ định giải phẫu ở người bệnh chấn thương sọ não.
2. Chăm sóc được người bệnh cấp cứu chấn thương sọ não.
3. Chăm sóc được người bệnh mổ chấn thương sọ não.
4. Chăm sóc được người bệnh chấn thương sọ não.

I. BỆNH HỌC

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương sọ não được định nghĩa là lực đập vào hộp sọ gây tổn thương nặng hay nhẹ ở da đầu, xương sọ, màng não, mô não.

2. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Khẩn: máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ trong não, lún sọ hở.

Bán cấp: lún sọ kín, nứt sàng sọ trước, nứt sàng sọ giữa.

Điều trị bảo tồn: giập não, chấn động não, phù não.

II. CHĂM SÓC CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Tình trạng đầu

Có vết rách da đầu, vết nứt xương sọ, vỡ sọ hay lõm sọ.

Dấu hiệu bầm hay giập mắt, dấu hiệu Battle's (dấu hiệu mắt kính).

Cơ mặt cử động không cân xứng do liệt dây VII.

1.2. Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ

Điều dưỡng cần thăm khám các dấu hiệu biểu hiện tình trạng tăng áp lực nội sọ. Đánh giá kích thước của đồng tử, so sánh kích thước cả hai bên, đồng tử không đều do giãn đồng tử một bên.

Tri giác giảm: lời nói bối rối, lẫn lộn, sai ý, Glasgow nhỏ hơn 12 điểm. Có dấu hiệu thần kinh khu trú.

Dấu chứng sinh tồn rối loạn: mạch chậm, huyết áp tăng nhẹ, hơi thở nhanh hay chậm.

1.3. Động kinh

Ngay sau chấn thương, động kinh cục bộ hay toàn thể.

Tiêu tiêu không tự chủ.

1.4. Gòng cơ

Giảm hay tăng phản xạ, tư thế gòng mất vỏ, mất não.

Dịch não tủy hay máu dò ra tai, mũi.

Liệt nửa bên, liệt mặt, liệt vận động kèm giảm cảm giác.

1.5. Yếu cơ

So sánh 2 chi, so sánh chi trên và chi dưới.

1.6. Tâm thần

La hét, kích động.

Các chấn thương khác kèm theo.

Tình trạng mất máu sau chấn thương.

2. CAN THIỆP CẤP CỨU

Theo dõi đường thở: dị vật (răng gãy, bụi cát), đờm nhớt, dấu hiệu khó thở hay ngưng thở, rối loạn nhịp thở.

Đảm bảo đường thở thông: hút đờm nhớt, đặt nội khí quản, đặt tube Mayor tránh cắn lưỡi. Nên đặt thông dạ dày tránh hiện tượng nôn thức ăn, đờm nhớt vào khí quản.

Cung cấp đủ oxy cho người bệnh bằng mọi nguồn, tránh cho người bệnh thiếu oxy vì nếu thiếu oxy não sẽ bị phù nề hơn.

Thiết lập ngay đường truyền với kim lùn 2 hay 3 chia.

Cố định cổ trước khi khám phát hiện chấn thương cổ kèm theo. Khám và phát hiện những tổn thương kèm theo.

Xử trí cầm máu vết thương trên sọ. Khám phát hiện dấu hiệu chảy máu mũi, máu tai, vết thương sọ não.

Hỏi lại cơ chế chấn thương qua người bệnh hay người chứng kiến tai nạn.

Cởi bỏ quần áo nạn nhân và ủ ấm người bệnh.

Tiếp tục theo dõi: dấu chứng sinh tồn, tri giác, nhịp tim, đồng tử, dấu hiệu thần kinh khu trú.

3. CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

Thực hiện hồi sức nội khoa nếu người bệnh choáng: truyền dịch, truyền máu theo y lệnh, thực hiện thuốc, cung cấp oxy cho người bệnh.

Cạo sạch tóc người bệnh, tránh rách da gây nhiễm trùng.

Rửa sạch vết thương và băng vô trùng: tránh dùng dung dịch sát khuẩn trên vết thương, không thăm dò hay băng ép vết thương, không lấy mô não hay nhét mô não vào trong hộp sọ.

Không cho người bệnh ăn uống, không rửa dạ dày bằng ống Faucher, không thụt tháo.

Đặt thông tiểu, đặt tube Levine.

Làm công tác tư tưởng cho gia đình người bệnh: cung cấp những thông tin về cuộc mổ, những tiên

lượng sau mổ.

4. CHĂM SÓC SAU MỔ

Chia làm 3 giai đoạn.

4.1. Giai đoạn chuyển tiếp bắt đầu sau mổ

Đây là khoảng thời gian nguy hiểm nhất đối với người bệnh.

Tư thế: người bệnh nằm thẳng, an toàn, cho nằm đầu cao 15 – 30⁰, giữ ấm người bệnh...

Hô hấp: đường thở thông, hút đờm nhớt, bảo đảm đủ oxy. Chăm sóc nội khí quản, chăm sóc người bệnh thở máy. Theo dõi khí máu động mạch, chỉ số oxy mạch máu ngoại biên.

T tuần hoàn: duy trì dịch truyền và theo dõi chính xác theo y lệnh nước xuất nhập. Theo dõi huyết áp, mạch. Theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên. Cài đặt monitor theo dõi điện tim liên tục. Theo dõi sát CVP cho người bệnh.

Dẫn lưu não thất: kín, hoàn toàn vô trùng, theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch thoát ra, câu nổi kín và dẫn lưu xuống thấp.

Dẫn lưu da đầu: chăm sóc dẫn lưu vô khuẩn, rút sớm sau 24 giờ, câu nổi kín và dẫn lưu xuống thấp.

Vết mổ: chăm sóc vô trùng, cắt chỉ chậm, băng dày ở vùng da đầu không có hộp sọ, tránh cho người bệnh nằm đè lên vùng vết mổ.

Theo dõi dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: đánh giá và so sánh tri giác, đồng tử mỗi giờ. Điều dưỡng quan sát đồng tử để đánh giá phản xạ ánh sáng giúp theo dõi tiến triển bệnh.

Động kinh: nhận định cơn động kinh về thời gian động kinh giữa hai cơn, thời gian của cơn động kinh. Xác định động kinh cục bộ ở vùng nào trên cơ thể hay động kinh toàn thể. Sau động kinh điều dưỡng theo dõi người bệnh có giảm tri giác, thiếu oxy.

Vận động: tình trạng co cứng cơ do mất vỏ não hay mất não. Mức độ liệt và so sánh hai bên. Liệt đối bên hay cùng bên đồng tử giãn.

Rối loạn tâm thần: người bệnh la hét, vật vã, bứt rứt.

4.2. Giai đoạn tổng quát

Chăm sóc người bệnh hôn mê.

4.2.1. Thực hiện các y lệnh theo dõi người bệnh hôn mê

Theo dõi sát tri giác người bệnh theo bảng điểm Glasgow. Ghi nhận những vận động vô thức của cơ cơ, co tứ chi, gồng cứng cơ. Đánh giá đồng tử đều hay không đều, phản xạ ánh sáng của mắt nhanh hay chậm. Thay đổi màu da, thay đổi nhiệt độ da, độ ẩm da. Dấu chứng sinh tồn mỗi giờ. Mô tả và ghi nhận chính xác cơn động kinh, thời gian giữa 2 cơn động kinh, tri giác trong và sau cơn động kinh, loại động kinh cục bộ, toàn thể. Ghi nhận những dấu hiệu sưng phù quanh hốc mắt, dấu hiệu viêm màng não. Theo dõi vết thương đầu, dẫn lưu đầu sau mổ có dấu hiệu dò dịch não tủy. Khám và phát hiện dấu hiệu chảy máu hay dò dịch não tủy ở mũi, tai. Đánh giá số lượng và tính chất của dịch chảy ra. Quan sát mô não thoát ra qua vết thương sọ não.

4.2.2. Vệ sinh giúp ngăn ngừa biến chứng do nằm lâu

Da: máu cung cấp cho da giảm ở người bệnh hôn mê vì thế khi có nhiễm trùng thì da khó lành. Điều dưỡng lau da bằng nước ấm với xà phòng, nếu da khô nên xoa da bằng dầu ẩm da. Drap giường cần khô, phẳng.

Mắt: người bệnh hôn mê sẽ mất phản xạ giác mạc nên giác mạc khi bị kích thích do gió, bụi và mắt nhắm không kín dễ bị khô giác mạc. Điều dưỡng nên nhỏ nước muối sinh lý làm ướt mắt thường xuyên.

Chăm sóc mắt ngày 2 – 3 lần, che kín mắt cho người bệnh.

Mũi: dễ nghẹt do dịch tiết. Nếu có chảy máu, dịch não tủy cần làm vệ sinh cho người bệnh. Trong trường hợp đặt meche ở mũi cần được theo dõi về đường thở, về dịch chảy ra, quan trọng nhất là máu và không được rút nếu chưa có y lệnh của bác sĩ. Nếu thấy có dò dịch não tủy qua mũi hay tai nên báo cáo ngay cho bác sĩ. Chăm sóc mũi sạch sẽ và áp dụng kỹ thuật vô trùng nhưng tránh dùng bông gòn nhét vào tai hay mũi người bệnh để thẩm dịch vì như thế sẽ gây ứ đọng dịch và là nơi sống lý tưởng cho vi khuẩn.

Miệng: đối với người bệnh hôn mê nên lấy răng giả ra, chăm sóc răng miệng ngày 3 lần vì người bệnh hôn mê thường hôi khi thở, niêm mạc miệng đóng bọt nên rất dễ gây viêm loét và nhiễm trùng. Do hôn mê nên môi dễ bị khô, nứt nẻ, điều dưỡng nên xoa son vaseline hay chất làm ẩm da lên môi người bệnh.

Tóc: gội đầu 5 ngày/1 lần, nên sấy khô sau khi gội tránh ẩm tóc và tránh cho người bệnh bị lạnh. Trong trường hợp người bệnh cạo tóc điều dưỡng cần chăm sóc da sạch sẽ và xoa trở đầu để tránh tình trạng loét da đầu.

Tai: nếu có chảy máu, dịch não tủy nên chăm sóc vô trùng, dùng băng gạc băng ở vành tai nhưng tránh nhét gạc làm bít đường chảy ra vì dễ gây nhiễm trùng do ứ đọng dịch.

Dinh dưỡng: quan niệm cũ nghĩ rằng không nên ăn khi người bệnh chấn thương sọ não hôn mê trong giai đoạn cấp tính. Nhưng hiện nay việc đặt ống thông dạ dày cho người bệnh hôn mê được thực hiện 24 – 48 giờ sau chấn thương. Mỗi lần cho người bệnh ăn thường truyền nhỏ giọt 100 – 300ml/2 – 3 giờ. Người bệnh cần năng lượng 3000Kcalo/ngày.

Vệ sinh tiêu tiêu: phương pháp đặt thông tiêu, tã giấy, dùng bao cao su giúp vùng hội âm sạch sẽ, khô ráo. Nếu người bệnh táo bón có thể thực hiện thuốc nhuận tràng, thụt tháo nhẹ nhưng hết sức thận trọng với người bệnh có tăng áp lực nội sọ. Nên cho người bệnh uống nhiều nước, thức ăn có chất xơ, tập vận động tránh cho người bệnh táo bón.

Vật lý trị liệu: cần thay đổi tư thế thường xuyên cho người bệnh để tránh teo cơ, cứng khớp, cổ tay rũ, bàn chân rũ... Cần xoay trở 2 giờ/1 lần, tập vật lý trị liệu.

Phòng chống loét: giữ da người bệnh khô sạch, drap giường khô sạch, xoa bóp các vùng da dễ bị đè cấn.

4.3. Giai đoạn phục hồi

Giúp người bệnh trở về đời sống bình thường ở mức độ tốt nhất và giúp gia đình cùng tham gia trong việc phục hồi những di chứng của người bệnh như động kinh, mất ngôn ngữ, mất trí nhớ. Đây là giai đoạn rất quan trọng trong việc trả người bệnh về với cuộc sống đời thường. Cần có sự hỗ trợ của nhiều nhóm người: vật lý trị liệu, chuyên gia tâm lý, điều dưỡng, bác sĩ tâm thần và quan trọng hơn hết là người thân và bản thân người bệnh. Đây là giai đoạn không còn ảnh hưởng đến cái chết nhưng ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh rất nhiều và cũng là giai đoạn có nhiều tai nạn nhất cho người bệnh do liệt, do mất cảm giác, do động kinh. Điều dưỡng cần có chương trình chăm sóc riêng cho từng người bệnh.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Khứu giác: mất mùi hai bên.

Thị giác: liệt vận nhãn, nhìn đôi, rung giật nhãn cầu, mù, bán manh.

Thính giác: nghe kém, ù tai.

Mức độ ý thức: thay đổi tâm thần, kích động, trầm cảm, loạn thần, mê sảng, hôn mê, quên sau chấn thương.

Chức năng vận động: yếu, liệt nhẹ, liệt, tư thế mất vỏ, tư thế mất não, mất phản xạ.

Dấu hiệu kích thích màng não: cứng gáy, dấu Kernig, dấu Brudzinski.

Tổn thương: nứt sọ, lún xương, tụ máu dưới màng cứng, chảy máu màng kết, chảy máu mũi, vết bầm máu chung quanh ổ mắt, chảy máu tai, vết bầm máu xương chũm.

– **Phù não/tăng áp lực nội sọ:**

Thay đổi mức độ hôn mê.

Thở chậm, thở cố gắng.

Thay đổi huyết áp và mạch, nhịp tim chậm.

Biếng ăn, nôn ói hay ói vọt.

Đồng tử giãn, mất đối xứng.

Phù gai thị.

Thay đổi chức năng vận động như liệt.

Babinski (+).

Nhìn đôi.

– *Tụt não:*

Mê sâu hơn đồng thời thay đổi chức năng vận động và đồng tử.

Thở axitosis hay alkalosis, thở Cheyne – Stokes.

Cứng gáy, gồng cứng mắt vỏ hay mất não.

Giãn nở đồng tử một bên hay hai bên. Mất phản xạ ánh sáng của mắt.

Huyết áp tăng, mạch chậm, cần so sánh với số lần mạch lần trước, rối loạn nhịp tim.

Tiểu não: đồng tử co, mê sâu, ngưng thở hay mất điều hoà nhịp thở.

Chảy máu:

Tụ máu màng cứng, mất ý thức trong thời gian ngắn, tăng áp lực nội sọ, giãn nở đồng tử một bên.

Chảy máu dưới màng cứng: hôn mê dần, đau đầu, tăng áp lực nội sọ, động kinh, giãn nở đồng tử một bên.

Chảy máu trong não: tăng áp lực nội sọ, giảm cảm giác và vận động, mê, rối loạn nhịp thở.

Dấu hiệu sống:

Huyết áp giảm, mạch chậm hay nhanh và yếu.

Thở nông hay ngưng thở tạm thời, tăng thông khí, thở Cheyne Stokes.

Nhiệt độ tăng cao liên quan đến tổn thương vùng hạ đồi và thiếu máu não.

Vấn đề khác: giảm trí nhớ, hội chứng sau hôn mê, đau đầu, ngủ gà, mất nước, tiểu nhiều, choáng.

Biến chứng ngoài não: gãy cổ, chấn thương ngực, tụ máu mô mềm, chảy máu dạ dày, thiếu máu, giảm huyết áp.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đường thở không thông

Lượng giá khả năng sạch đờm nhớt.

Hút đờm: cung cấp oxy 100% trước và sau khi hút đờm, không hút quá 10 giây/lần, không để cho người bệnh thiếu oxy máu. Duy trì đường thở thông qua nội khí quản, mở khí quản, máy thở. Nghe phổi 1 – 2 giờ/1 lần, ghi chú tính chất và sự gia tăng thông khí.

Máy thở: chú ý thể tích thở (chỉ số oxy, nút báo động). Ghi chú khi thấy $PO_2 \downarrow$ và $PCO_2 \uparrow$. Kiểm tra dấu chứng sinh tồn 1 – 2 giờ/lần. Theo dõi tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú 15 – 30 phút/lần cho đến khi ổn định, sau đó 1 – 2 giờ/lần

Giữ thuốc cấp cứu và dụng cụ thông khí bên giường. Không cho người bệnh ăn bằng miệng để ngăn ngừa tắc đường thở do thức ăn rơi vào khí quản. Cố định cổ và tránh gập cổ cho đến khi biết người bệnh không chấn thương cổ.

2.2. Thay đổi tưới máu mô não

Lập bảng theo dõi dấu hiệu thần kinh 15 – 30 phút/lần. Theo dõi dấu hiệu thiếu oxy não. Can thiệp hay phòng ngừa tăng áp lực nội sọ: thuốc điều trị, truyền dịch theo y lệnh, tư thế người bệnh nằm đầu cao 30°.

Nếu người bệnh có sử dụng steroid cần theo dõi: kiểm tra phát hiện chảy máu qua phân, qua tube

Levine. Xét nghiệm nước tiểu tìm pH, đường và ceton 2 giờ/lần phát hiện khởi đầu của tiểu đường. Thực hiện phynotadine tiêm bắp mỗi ngày. Kiểm soát chảy máu, thực hiện thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày để ngăn ngừa hay giảm kích thích dạ dày, phòng ngừa nguy cơ chảy máu.

Cho người bệnh nằm đầu cao 30⁰ giúp dẫn lưu tĩnh mạch não tốt, theo dõi dấu hiệu phù não, xét nghiệm Ion đồ, công thức máu, Hct để đánh giá tình trạng thiếu máu hay mất nước.

Kiểm soát tổng số dịch truyền cho phép trong 24 giờ. Báo cáo chính xác nước xuất nhập và bàn giao sau mỗi phiên trực.

Thực hiện thuốc chống động kinh theo chương trình, theo dõi tác dụng chính và phụ của thuốc chống động kinh, duy trì và ngăn ngừa cơn động kinh.

2.3. Thay đổi cảm giác nhận thức (nhìn, nghe, xúc giác, vị giác, khứu giác)

Lượng giá định hướng và mức độ hôn mê theo bảng Glasgow.

An toàn cho người bệnh, giữ chân song cao trong thời gian người bệnh ở một mình.

Duy trì môi trường yên lặng, làm giảm những kích thích tối thiểu cho người bệnh như ánh sáng chói, tiếng ồn quá mức...

Giúp tái định hướng cho người bệnh về thời gian, nơi chốn, con người.

Lập chương trình nghỉ ngơi, bảo đảm giấc ngủ đủ và tốt, phân bố ánh sáng phù hợp giúp phòng ngừa tai nạn cho người bệnh.

Giúp người bệnh nhận biết cảm giác các vùng trên cơ thể người bệnh bằng các kích thích cảm giác sờ, nếm.

Cung cấp thông tin cho gia đình về các diễn biến của bệnh và sự hợp tác của người thân để chăm sóc người bệnh trong giai đoạn hồi phục.

2.4. Những chấn thương tiềm tàng liên quan đến động kinh

Cho người bệnh nằm giường thấp và chân song cao, sau khi dùng thuốc an thần hay khi người bệnh rối loạn tâm thần. Trang bị cho người bệnh chuông gọi dễ dàng. Cho người bệnh ngồi xe lăn, cáng, khoá khi di chuyển. Tránh cho người bệnh tiếp xúc với lửa, không cho người bệnh tự lái xe.

2.4.1. Trước động kinh

Có dụng cụ thở oxy, dụng cụ hút đờm cạnh giường để cho người bệnh thở oxy, tránh thiếu oxy não khi xảy ra động kinh.

Giường có chân song để tránh người bệnh ngã xuống đất, tuy nhiên cũng cần che chắn các chân song tránh để người bệnh tổn thương do chân song cứng.

Người bệnh báo cho điều dưỡng các dấu hiệu tiền triệu hay với điều dưỡng kinh nghiệm sẽ nhận ra dấu hiệu báo động trước khi động kinh.

2.4.2. Trong thời gian động kinh

Duy trì đường thở thông.

Nâng đỡ và bảo vệ đầu, mặt nghiêng sang bên.

Ngăn ngừa chấn thương:

Cho người bệnh nằm xuống nền nhà nếu người bệnh ngồi trên ghế.

Kê gối dọc hai bên song giường nếu người bệnh nằm trên giường.

Di chuyển những vật xung quanh người bệnh ra xa.

Nới lỏng quần áo.

Dùng muỗng hay cây đè lưỡi có quần gạc chèn giữa hai hàm răng để tránh cho người bệnh cắn vào lưỡi.

Theo dõi người bệnh, ghi chú thường xuyên số lần, vùng động kinh, kéo dài của cơn. Tránh can thiệp bằng cách cố định người bệnh.

2.4.3. Sau động kinh

- Duy trì đường thở, hút đờm và cho người bệnh thở oxy.
- Vệ sinh răng miệng khi có chất tiết và máu.
- Kiểm tra dấu chứng sinh tồn và tình trạng tri giác cho người bệnh.
- Tái định hướng môi trường cho người bệnh.
- Nâng đỡ tâm lý, tư thế thoải mái, xoay trở.

2.5. Giảm vận động và nguy cơ tổn thương da

Phát hiện sớm loét giường: điều dưỡng chăm sóc da, xoa da 1 – 2 giờ/1 lần giúp tuần hoàn máu nuôi da tốt. Xoay trở người bệnh nhẹ nhàng, chậm 1 – 2 giờ/1 lần và khi cần thiết nếu không có chống chỉ định.

Giữ tư thế đúng: dùng nệm cố định hay ván giường khi thay đổi tư thế nằm sấp hay nằm ngửa. Dùng ván bàn chân kê bàn chân đúng tư thế ngửa bàn chân roi, hướng dẫn người bệnh không đẩy chống đối lại ván bàn chân.

Chống thuyên tắc mạch hay cục máu đông: thực hiện phương pháp dùng tất chống thuyên tắc mạch chi dưới, giúp máu hồi lưu tốt. Phát hiện dấu hiệu thuyên tắc sớm: đỏ, đau, sưng, ấm ở chi nhất là chi dưới. Phát hiện dấu hiệu chảy máu do thuốc chống đông qua phân, nước tiểu, vết mổ, nơi tiêm thuốc, qua da.

2.6. Ngăn ngừa teo cơ đơ khớp

Khuyến khích người bệnh tự vận động nếu người bệnh tỉnh nhưng tránh tập vận động quá sức, quá mệt. Nên có chương trình tập luyện phù hợp với sức khỏe người bệnh, với phương pháp vật lý trị liệu. Trong trường hợp người bệnh mất ý thức hay hôn mê thì điều dưỡng, vật lý trị liệu tập luyện cho người bệnh và hướng dẫn người nhà thực hiện cho người bệnh để khi xuất viện người bệnh vẫn tiếp tục được chăm sóc.

2.7. Rối loạn cân bằng dinh dưỡng do người bệnh không tự ăn uống được

Nên đặt tube Levine cho người bệnh ăn ngay sau mổ. Thức ăn cần đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn nhiều lần, nên ăn nhỏ giọt nếu người bệnh trong tình trạng nặng, hay hôn mê. Trong trường hợp người bệnh sống đời sống thực vật hay không tiếp xúc được thì cần cho ăn thật cẩn thận tránh cho người bệnh sặc, và tuyệt đối không nên cho ăn qua miệng.

Nếu người bệnh không mổ thì cũng nên cung cấp đủ dinh dưỡng cho người bệnh, qua miệng nếu người bệnh tỉnh hay qua ống thông dạ dày khi tri giác giảm.

2.8. Suy giảm vệ sinh cá nhân do tri giác giảm

Giúp vệ sinh răng miệng 2 giờ/1 lần, vệ sinh cá nhân.

Chăm sóc mắt ngăn ngừa loét giác mạc, trong trường hợp người bệnh hôn mê mắt không nhắm kín điều dưỡng cần che mắt cho người bệnh bằng vải thưa sau khi chăm sóc để tránh khô giác mạc. Ngoài ra, điều dưỡng cũng cần nhỏ mắt thường xuyên giúp niêm mạc mắt không bị khô.

Duy trì chức năng ruột với sự bài tiết đều đặn.

Chăm sóc da sạch sẽ bằng cách cho người bệnh tắm rửa mỗi ngày và quan sát tình trạng da để phát hiện những bệnh lý về da sớm.

2.9. Hình dạng thân thể, rối loạn nhân cách

Lượng giá và ghi chú mức độ rối loạn tâm thần của người bệnh.

Điều dưỡng giúp người bệnh tái định hướng thời gian, con người, nơi chốn.

Giải thích cẩn thận rằng người bệnh đang làm gì và tại sao.

Trả lời những câu hỏi của người bệnh với câu trả lời đơn giản, ngắn gọn, dễ hiểu và trung thực. Điều chỉnh những thông tin không chính xác.

Điều dưỡng cần tôn trọng sự riêng tư của người bệnh. Tôn trọng sự tự chủ, độc lập của người bệnh.

2.10. Lo lắng

Trợ giúp người bệnh tái lập chức năng sinh lý, tâm lý nhiều nhất ở mức độ cho phép. Khuyến khích gia đình cùng là thành viên chăm sóc người bệnh, là vai trò chủ động quyết định chăm sóc người bệnh.

2.11. Giảm giao tiếp bằng lời nói

Đánh giá khả năng giao tiếp, nhận thức của người bệnh. Triển khai khả năng giao tiếp cùng người bệnh bằng cách cung cấp dụng cụ trao đổi như bút chì, hình ảnh, sờ mó, điệu bộ, phát âm.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn gia đình trong chăm sóc, giải thích về phương pháp điều trị và hướng xử trí, khuyến khích hoạt động độc lập: cần cung cấp dụng cụ nâng đỡ theo chỉ định, tập luyện đều, người bệnh tự vận động. Từng bước cho người bệnh tham gia vào sinh hoạt cộng đồng. Giúp người bệnh lấy lại niềm tin về cảm giác lo âu, sợ, thay đổi hình dạng.

Thực hiện dinh dưỡng theo bệnh lý: bổ sung ăn uống, ăn ít, nhai chậm, ăn nhiều lần. Hướng dẫn người bệnh liệt mặt cách ăn uống như: cho người bệnh ăn bên không liệt, nhai chậm, thức ăn mềm không quá lỏng gây sặc.

An toàn cho người bệnh bị liệt vận động: chân song, ghế tắm, nạng, xe lăn, gậy, ánh sáng đầy đủ.

Hướng dẫn người bệnh tránh dùng thuốc điều trị quá liều chỉ định. Cần trực tiếp cho người bệnh uống thuốc nếu người bệnh chưa phục hồi về mặt ý thức. Giáo dục người bệnh và gia đình về cách chăm sóc người bệnh động kinh, hướng dẫn biện pháp phòng ngừa tai nạn cho người bệnh động kinh như uống thuốc đúng liều, đúng thời gian, khi có dấu hiệu tiền triệu thì không đi xe, không đến gần sông, hồ nước, không tiếp xúc với lửa, điện...

LƯỢNG GIÁ

Đường thở thông tốt, kiểu thở hiệu quả.

Sự tưới máu não và tủy sống tốt.

Ít biến chứng về tổn thương.

Vận động tốt. Tự chăm sóc tốt. Tâm lý thoải mái.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 điểm khi khám về mở mắt trong bảng điểm Glasgow:

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 5 điểm khi khám về lời nói trong bảng điểm Glasgow:

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.

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

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
3	Trong bảng Glasgow về vận động nếu kích thích mà người bệnh không phản ứng chính xác là 3 điểm.		
4	Cần che kín mắt người bệnh bị hôn mê.		
5	Người bệnh chấn thương sọ não nên nằm đầu cao 30°.		
6	Cần cho người bệnh ăn ngay trong thời gian còn hôn mê.		
7	Tránh thụt tháo cho người bệnh đang có tăng áp lực nội sọ.		
8	Vật lý trị liệu có vai trò quan trọng trong chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não.		
9	Không đẩy mô não vào hộp sọ khi cấp cứu vết thương sọ não.		
10	Luôn băng vết mổ dày, tránh nằm đè lên vì sợ tổn thương mô não thêm.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, chapter 6, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Mary E. Kerr, Connie A. Walleck. Intracranial Problems, chapter 54, section 8, Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1683.
3. Neurologic system, chapter 3, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C.V, Mosby Company, 336 – 344.
4. Dương Minh Mẫn, Chấn thương sọ não, Bệnh học và điều trị học ngoại khoa: Lồng ngực – Tim mạch – Thần kinh. Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2002, 251 – 268.
5. Dương Minh Mẫn, Khám người bệnh chấn thương sọ não. Bài giảng bệnh học và điều trị ngoại khoa: Lồng ngực – Tim mạch – Niệu – Ngoại nhi – Ngoại thần kinh. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Lưu hành nội bộ, 1998, 413.

Bài 44**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP-XE NÃO****MỤC TIÊU**

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của áp-xe não.
2. Chăm sóc được người bệnh áp-xe não.

I. BỆNH HỌC

Áp-xe não là sự tích tụ mủ trong mô não có thể do hậu quả từ sự nhiễm trùng khu trú hay từ hệ thống của cơ thể. Khởi phát thường từ sự nhiễm trùng kéo dài của viêm tai giữa, xương chũm. Vi khuẩn có thể xâm nhập vào trực tiếp qua hàng rào mô não xuyên qua màng cứng, xuyên qua lớp dưới màng cứng, màng nhện và đi dọc theo kênh tĩnh mạch như viêm tĩnh mạch huyết khối. Ngoài ra, cũng có thể xuất phát từ những nguyên nhân khác như nhiễm trùng huyết do truyền tắc từ nhiễm trùng hô hấp, viêm nội tâm mạc, gãy xương sọ, viêm màng não, hay do phẫu thuật thần kinh không đảm bảo vô khuẩn, đặt Shunt. Áp-xe não thường do vi trùng Streptococcus hay Staphylococcus.

1. TRIỆU CHỨNG

Nhức đầu, sốt, dấu hiệu thần kinh khu trú, tri giác giảm, động kinh.

Triệu chứng tập trung xuất hiện và phản ánh vùng áp-xe não. Ví dụ: khiếm khuyết thị trường hay động kinh thì thường là áp-xe thùy thái dương.

2. CHẨN ĐOÁN

Chọc dò tủy sống thì chống chỉ định.

CT– scan, MRI, đo áp lực não, ECG.

3. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp-xe.

Điều trị nội: kháng sinh + corticoid, điều trị chống tăng áp lực nội sọ.

Nâng cao tổng trạng.

Kháng sinh liệu pháp là điều trị cho áp-xe não nguyên phát. Sau đó là điều trị triệu chứng. Nếu điều trị bằng thuốc không hiệu quả thì dẫn lưu ổ áp-xe.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP-XE NÃO**1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH**

Nhức đầu dữ dội và kéo dài, gia tăng khi người bệnh hoạt động.

Người bệnh rên, khóc, bút rút, mặt nhăn nhó, đau đớn.

Tri giác lơ mơ, kích thích, hôn mê.

Dấu hiệu nhiễm trùng: sốt, mạch tăng, huyết áp tăng, tím tái, lạnh run, vã mồ hôi, da nổi gai, mệt. Nước tiểu ít, tiêu chảy, khô miệng, ăn không ngon.

Dấu hiệu kích thích màng não, cơ căng cứng, cứng cổ, gia tăng co cứng những cơ nhỏ.

Hội chứng tăng áp lực nội sọ, đồng tử giãn.

Động kinh.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đường thở không thông

Lượng giá tình trạng đờm nhớt người bệnh nhiều hay ít. Cung cấp đủ oxy cho người bệnh vì khi thiếu oxy thì người bệnh có nguy cơ phù não dẫn đến tổn thương mô não. Duy trì đường thở thông, tránh gập cổ nếu người bệnh hôn mê. Điều dưỡng cần chăm sóc nội khí quản và tuân thủ vô trùng cho người bệnh. Do hôn mê người bệnh tiết nhiều đờm nhớt và đây là nguyên nhân gây thiếu oxy do nghẹt đờm. Điều dưỡng cần hút đờm cho người bệnh nhưng lưu ý nên hút đờm khi cần thiết và luôn duy trì đủ oxy trước, trong và sau khi hút đờm.

Theo dõi dấu chứng sinh tồn và dấu hiệu thần kinh khu trú 1 – 2 giờ/1 lần.

Theo dõi sát tri giác và có sự so sánh với lần trước.

Luôn giữ thuốc cấp cứu và dụng cụ cấp cứu bên cạnh giường bệnh.

Không cho người bệnh ăn qua đường miệng để tránh nguy cơ thức ăn tràn vào đường thở do nôn ói hay do mất phản xạ nuốt.

2.2. Kiểu thở không hiệu quả do hôn mê người bệnh không tự chủ được

Duy trì đường thở, đặt nội khí quản, thở máy theo y lệnh.

Đánh giá tình trạng oxy trong máu, khí máu động mạch, SaO_2 ...

Kiểm tra dấu chứng sinh tồn 1 – 2 giờ/lần.

Theo dõi dấu hiệu co kéo lồng ngực, dấu hiệu khó thở, nghe phổi.

2.3. Thay đổi tưới máu tim phổi mô não

Báo cáo ECG 2 – 4 giờ/1 lần, theo dõi liên tục trên máy có cài hệ thống báo động. Theo dõi nước xuất nhập, nước tiểu, CVP để đánh giá hoạt động tim mạch cũng như chức năng của thận.

Theo dõi áp lực não, theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên, lượng giá khí máu động mạch, sinh hoá máu, điện giải theo y lệnh phải báo cáo khi các chỉ số bất thường.

Duy trì đầu cao 20 – 30°, tư thế thẳng, ngửa. Thực hiện y lệnh truyền dịch chính xác và đúng giúp duy trì tình trạng đủ nước cho cơ thể.

2.4. Nguy cơ nhiễm trùng tăng cao sau mổ

Theo dõi dấu chứng nhiễm trùng sau mổ và so sánh với trước mổ. Theo dõi nhiệt độ, các dấu hiệu nhiễm trùng khác. Áp dụng kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc người bệnh. Thực hiện kháng sinh theo y lệnh, cấy mủ nếu có y lệnh. Cần cung cấp đủ nước, chăm sóc người bệnh sốt.

2.5. Suy giảm tình trạng da

Xoay trở người bệnh 2 giờ/1 lần, vệ sinh da sạch sẽ, kích thích tuần hoàn da 2 giờ/1 lần như xoa bóp vùng mông, vùng đầu, vùng xương nhô ra. Tập vận động các khớp, luôn duy trì cho người bệnh ở tư thế cơ năng.

Vết mổ: thay băng khi thấm dịch, cần lưu ý nên băng cách xa dẫn lưu vì dẫn lưu có mủ.

Chăm sóc dẫn lưu: theo dõi màu sắc, tính chất, số lượng. Báo cáo và ghi vào hồ sơ cụ thể. Chăm sóc dẫn lưu khô sạch và rút theo y lệnh.

2.6. Thay đổi cảm giác nhận thức do tri giác giảm

Lượng giá và báo cáo tình trạng định hướng và hiểu biết của người bệnh, mức độ tiếp xúc với điều dưỡng. Nếu người bệnh tri giác giảm hay tâm thần không ổn định điều dưỡng cần duy trì môi trường an toàn cho người bệnh. Tránh tiếng ồn, ánh sáng chói có nguy cơ làm gia tăng kích thích cho người bệnh.

Đề gia đình cùng tham gia với người bệnh tái định hướng thời gian, không gian, con người, nơi chốn, kích thích cảm giác nệm, gối, xúc giác, vị trí. Sử dụng ánh sáng ngày và đêm thích hợp, giấc ngủ sáng khoái.

2.7. Nguy cơ chấn thương do động kinh

Trước co giật: lượng giá và phúc trình tình trạng tri giác, chuẩn bị tube Mayor, dụng cụ hút đờm, bình oxy cạnh giường để ngăn ngừa tắc đường thở do co giật, kéo chăn song lên cao tránh người bệnh ngã.

Trong co giật: đặt tube Mayor tránh cắn lưỡi, thở oxy và duy trì đường thở thông như cần hút đờm nếu người bệnh có sùi bọt mép hay tăng tiết đờm nhớt nhiều. Nâng đỡ và bảo vệ đầu ngăn ngừa tổn thương cho người bệnh. Người bệnh dễ ngã xuống sàn nhà nếu người bệnh ngồi trên ghế, nên khi có dấu hiệu động kinh thì cho người bệnh nằm xuống đất ngay. Đặt gối dọc theo thành giường nếu người bệnh nằm trên giường. Lấy vật dụng chung quanh người bệnh ra, nới rộng quần áo. Nên có mặt bên cạnh người bệnh và duy trì sự im lặng. Ghi chú thời gian, khoảng cách giữa các cơn co giật, thực hiện thuốc chống động kinh và theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

Sau co giật: tiếp tục duy trì thông khí, hút đờm, cho thở oxy, kiểm tra dấu chứng sinh tồn và dấu hiệu thần kinh 15 phút/lần, giúp người bệnh nhận biết xung quanh, thời gian, giảm lo lắng, trấn an. Giúp người bệnh nghỉ ngơi với tư thế thoải mái, nghiêng đầu 1 bên. Vệ sinh cá nhân: lau, chùi sạch miệng, các chất tiết, thay quần áo khô sạch, nếu người bệnh tiểu không tự chủ nên lau khô sạch cho người bệnh được thoải mái.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh hết sốt, hết đau đầu, dẫn lưu rút an toàn.

Người bệnh không động kinh, duy trì thuốc chống động kinh an toàn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 phương pháp điều trị áp-xe não:

A.

B.

C.

2. Nêu các biện pháp can thiệp điều dưỡng trong chẩn đoán “Kiểu thở không hiệu quả sau mổ áp-xe não”:

A.

B.

C.

D.

3. Nêu các bước can thiệp điều dưỡng trong cơ giât:

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.
 F.

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

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Dẫn lưu áp-xe não rút khi có chỉ thị.		
5	Cần theo dõi nhiệt độ thường xuyên sau mổ áp-xe não.		
6	Sau mổ áp-xe não thì người bệnh hết tăng áp lực nội sọ.		
7	Thực hiện kháng sinh trong suốt thời gian sau mổ.		
8	Dinh dưỡng chỉ được ăn khi người bệnh hết sốt.		
9	Vết mổ áp-xe não không cần thay băng.		
10	Người bệnh được ngồi dậy sau khi tỉnh lại.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Musculoskeletal Knowledge base for Patient with Dysfunction, chapter 6, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 837 – 945.
2. Mary E. Kerr, Connie A. Walleck. Intracranial Problems, chapter 54, section 8, Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1683.
3. Neurologic system, chapter 3, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C,V, Mosby Company, 336 – 344.
4. Dương Minh Mẫn, Chấn thương sọ não, Bệnh học và điều trị học ngoại khoa: Lồng ngực – Tim mạch – Thần kinh. Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2002, 251 – 268.
5. Dương Minh Mẫn, Khám người bệnh chấn thương sọ não. Bài giảng bệnh học và điều trị ngoại khoa: Lồng ngực – Tim mạch – Niệu – Ngoại nhi – Ngoại thần kinh. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Lưu hành nội bộ, 1998, 413.

Bài 45

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U NÃO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng, biến chứng và phương pháp điều trị u não.
2. Thực hành được chăm sóc người bệnh u não.

I. BỆNH HỌC

U não nguyên phát là xuất phát từ các tế bào của não.

U não thứ phát là do hậu quả di căn ác tính ở mọi nơi trên cơ thể.

U não xuất phát ở bất kỳ vùng nào trên não. Phân loại u não tùy thuộc mô nơi u mọc ra, hơn phân nửa u não là ác tính. U thâm nhiễm vào nhu mô não và thường phẫu thuật không thể lấy ra hết hoàn toàn.

U lành đôi khi cũng không lấy ra hoàn toàn hết được.

U não thường gặp ở tuổi trung niên nhưng cũng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi.

Hầu hết người bệnh u não chết do khối u phát triển dẫn tới hội chứng tăng áp lực nội sọ. U não hiếm khi di căn vì có cấu trúc não và sinh lý (mạch máu não) như những hàng rào vững chắc.

1. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Biểu hiện tổng quát của u trong não thường do u tàn phá mô tại chỗ. Sự trao đổi chất bị tích tụ lại, tạo ra những cấu trúc thay thế, tắc dòng chảy dịch não tủy dẫn đến phù não, tăng áp lực nội sọ. Tỷ lệ gia tăng các biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào vị trí trí, kích thước, tốc độ phát triển của u.

Biểu hiện lâm sàng sớm: người bệnh suy giảm tâm thần một cách kín đáo. Có khi xảy ra động kinh đột ngột, đôi khi có tăng áp lực nội sọ. Giai đoạn cuối thường có biểu hiện thay đổi chức năng cơ thể nơi khối u hiện diện.

2. CHẨN ĐOÁN

Hỏi tiền sử người bệnh một cách tỉ mỉ (nếu người bệnh có rối loạn tâm thần nên trao đổi cùng thân nhân).

Khám lâm sàng thần kinh để giúp tiên đoán vị trí khối u trên não.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) giúp phát hiện khối u quá nhỏ.

CT-scan, X quang sọ, chụp mạch máu, điện não đồ (ECG), dịch não tủy, xét nghiệm dịch não tủy, chụp mạch máu não.

3. BIẾN CHỨNG

Nếu khối u gây tắc não thất hay bít lỗ thoát dịch, não thất giãn rộng (hydrocephalus) sẽ xuất hiện. Phẫu thuật giúp giảm áp lực và thu xếp được não thất. Kim luôn được đặt trong buồng não thất để dẫn lưu.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Phẫu thuật

Can thiệp phẫu thuật với mục đích: Xác định vị trí và loại u, lấy hết u hay lấy bớt u, dẫn lưu phòng ngừa hay can thiệp xử trí tăng áp lực nội sọ.

Phẫu thuật lấy u là phương pháp được ưa chuộng, tuy nhiên kết quả tùy thuộc vào vị trí và loại u. U màng não thường được lấy ra hoàn toàn. Nếu có xâm lấn thường chỉ lấy mô u một phần. Nhưng sẽ làm giảm áp lực nội sọ và làm giảm triệu chứng.

4.2. Đặt Shunt: dẫn lưu giảm áp.

4.3. Xạ trị và hoá trị

Xạ trị giúp kéo dài tuổi thọ trong trường hợp u ác tính. Những u kém ác tính thì kết quả xạ trị giúp kéo dài tuổi thọ, giảm áp lực nội sọ, giảm triệu chứng, nhưng vẫn phải duy trì corticoid liều cao.

Bình thường mạch máu não như một hàng rào ngăn cản hấp thu thuốc vào nhu mô não. Khối u não phá vỡ hàng rào này chính vì vậy hoá trị liệu cũng được áp dụng trong điều trị u não.

4.4. Thuốc

Corticoid, thuốc giảm đau, thuốc chống co giật, thuốc nhuận tràng, thuốc kháng H_2 , thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U NÃO

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Qua thu thập dữ kiện chủ quan và khách quan.

Đánh giá tình trạng tri giác, cảm giác, vận động, chức năng thần kinh (chức năng bàng quang và tiêu hóa), cân bằng tư thế, tư thế phối hợp, khả năng tiếp nhận của người bệnh và gia đình.

Khám lâm sàng thần kinh: quan sát hành động người bệnh giúp điều dưỡng nhận định dấu hiệu thần kinh, hướng dẫn người nhà quan sát ghi nhận cử chỉ, hành động về người bệnh để cung cấp thêm nhiều dữ kiện lâm sàng.

Khai thác về tiền sử chấn thương, động kinh, ngất, ói, nôn ói, đau nhức đầu.

Rối loạn thần kinh: người bệnh yếu dần, mất cảm giác tinh tế.

Tâm thần: thay đổi nhân cách, suy giảm tâm thần từ từ, trầm cảm, giảm trí nhớ, phán đoán giảm.

Đau đầu: thường xuyên không hết, đau âm ỉ, thay đổi tính chất nhức đầu.

Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: nhức đầu, nôn ói, đồng tử giãn hay không đều, mạch chậm, tri giác giảm, dấu hiệu thần kinh khu trú.

Động kinh: triệu chứng khởi đầu thường gặp trong 15% người bệnh. Động kinh thoáng qua nhưng không đáp ứng với thuốc.

Hiện tượng thoáng qua: loá sáng, mất cảm giác, yếu, chóng mặt, mũi, vị trí khác thường, ngửi, nghe, khóc hay la, ngã xuống nhà, mất ý thức, thờ nhanh, co giật. Cung cấp thông tin cho gia đình về phương pháp điều trị, tiên lượng và hướng dẫn người nhà cách chăm sóc cho người bệnh. Người bệnh cần được theo dõi suốt ngày về các hoạt động và sinh hoạt để tránh tai nạn do mất mũi, do chóng mặt...

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Thay đổi hành vi thái độ

U trán trước nguyên phát hay thứ phát thường có biểu hiện thay đổi hành vi và nhân cách. Mất kiểm soát xúc cảm, rối loạn, mất định hướng, mất trí nhớ và trầm cảm thường là dấu hiệu tổn thương não trước. Sự thay đổi hành vi thường làm người bệnh và gia đình lo sợ, chính nó cũng làm tăng khoảng cách giữa gia đình với người bệnh. Trợ giúp và cung cấp kiến thức về bệnh cho người bệnh và thân nhân hợp tác trong quá trình chăm sóc.

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh an toàn, kéo chân song lên cao, tránh để người bệnh ngã khi đi đứng, giám sát hành động tránh hành vi tự làm hại bản thân, tránh tiếp xúc với lửa, tránh tai nạn.

2.2. Thay đổi về chức năng sinh lý

Động kinh: thường xảy ra ở người bệnh u não. Vì thế phòng ngừa trước sẽ bảo vệ người bệnh tránh tai biến do động kinh. Nên kiểm soát động kinh bằng thuốc chống động kinh và theo dõi tác dụng, quản lý thuốc

uống cho người bệnh chặt chẽ.

Can thiệp điều dưỡng khi động kinh: cung cấp oxy, thuốc, tránh cắn lưỡi, kéo chân song giường cao, hút đờm nhớt và chăm sóc sau động kinh.

Mất cảm giác và vận động: cũng là vấn đề cần can thiệp hằng ngày, người bệnh cần có những dụng cụ giúp đi lại tránh té ngã, tập vật lý trị liệu. Với người bệnh mất cảm giác chú ý tránh tiếp xúc với nhiệt độ nóng, tắm nóng, tắm nắng luôn được kiểm tra nhiệt độ để tránh bỏng.

Lời nói: giảm diễn cảm, giảm tiếp thu làm giảm khả năng giao tiếp hằng ngày, nên thiết lập quan hệ với người bệnh như gần gũi, tìm hiểu bằng điệu bộ.

Rối loạn về nhìn: mù, nhìn đôi... Điều dưỡng cung cấp ánh sáng cần thiết, giúp người bệnh làm quen với các lối đi trong phòng bệnh, giúp người bệnh có các dụng cụ cần thiết tránh té ngã.

Dinh dưỡng: do người bệnh không tự ăn, hay không ăn được do bệnh, do mất khả năng nhận mùi, điều dưỡng phải tìm hiểu qua người nhà về sở thích của người bệnh để giúp người bệnh ăn thức ăn hợp khẩu vị. Có nhiều cách để điều dưỡng cho người bệnh ăn như ăn bằng miệng, qua ống thông Levine, qua dạ dày ra da,... Tất cả luôn được đảm bảo đủ dinh dưỡng mỗi ngày.

2.3. Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật

Cung cấp thông tin cần thiết cho người bệnh và gia đình về chỉ định can thiệp phẫu thuật. Người bệnh giải phẫu não thường hôn mê lâu hơn và ý thức sau mổ cũng phục hồi chậm, vận động cũng có vấn đề như liệt. Điều dưỡng cần thông tin về phẫu thuật giúp người nhà an tâm và hợp tác sau mổ vì sau mổ người bệnh nằm lâu nên thường có nhiều biến chứng hơn. Ngoài ra, cần cung cấp cho người bệnh cách chăm sóc cần thiết sau hậu phẫu do các di chứng có thể có sau khi mổ.

2.4. Người bệnh có tăng áp lực nội sọ

An toàn cho người bệnh tránh nguy cơ tụt não như tránh để người bệnh rặn khi đi đại tiện, gắng sức, ho, tăng áp lực thành bụng, ngồi dậy đột ngột. Lượng giá thường xuyên dấu hiệu tăng áp lực nội sọ như nhức đầu nhiều hơn, ói vọt, tri giác hôn mê hơn, mạch chậm dần. Điều dưỡng cần can thiệp kịp thời như cho người bệnh nằm đầu bằng, không ngồi dậy, theo dõi hô hấp. Cung cấp oxy cho người bệnh theo y lệnh. Thực hiện thuốc chống tăng áp lực nội sọ và chăm sóc theo dõi tác dụng phụ khi dùng thuốc.

2.5. Đau đầu

Lượng giá mức độ đau đầu, thực hiện thuốc giảm đau.

Tâm lý liệu pháp, thường xuyên tìm tư thế thoải mái cho người bệnh.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh an toàn.

Quản lý thuốc an toàn và ngăn ngừa tai nạn do động kinh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Cần can thiệp điều dưỡng như thế nào trong chẩn đoán người bệnh mất cảm giác và vận động do u não?
A. Với người bệnh vận động kém:
B. Với người bệnh mất cảm giác:
2. Can thiệp điều dưỡng trong chẩn đoán người bệnh giảm diễn cảm, giảm tiếp thu làm giảm khả năng giao tiếp hằng ngày hay mất lời nói
A.
B.
3. Trình bày các bước can thiệp điều dưỡng trong chẩn đoán người bệnh rối loạn về nhìn:
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	Người bệnh u não thường biểu hiện thay đổi tính tình ở giai đoạn sớm.		
5	Người bệnh u não thường chết do biến chứng tụt não.		
6	Người bệnh u não không nên cho ăn qua đường miệng.		
7	Khai thác bệnh sử chủ yếu dựa vào người nhà.		
8	Cần theo dõi động kinh trên người bệnh u não.		
9	Luôn luôn giáo dục người nhà theo dõi những bất thường trên người bệnh.		
10	Cần tránh động tác rặn đi cầu khi người bệnh có tăng áp lực nội sọ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marilyn Stapleton, Knowledge base for Patient with neurologic Dysfunction, chapter17, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice, 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 711 – 766.
2. Mary E. Kerr, Connie A. Walleck, Intracranial Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1708 – 1711.
3. Neurologic system, chapter 3, Mosby's Manual of Clinical Nursing, Jun M. Thompson – Gertrude K. McFarland – Jane E. Hirsch – Susan M. Tucker – Arden C. Bowers, second Edition, the C, V, Mosby Company, 309 – 321.

Bài 46

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được sinh lý áp lực trong sọ.
2. Hiểu được hội chứng tăng áp lực nội sọ.
3. Chăm sóc được người bệnh tăng áp lực nội sọ.

I. SINH LÝ ÁP LỰC TRONG SỌ

Hiểu được cơ chế liên quan đến áp lực trong não là vấn đề quan trọng trong chăm sóc người bệnh trong các bệnh lý thần kinh. Hộp sọ giống như hộp kín chứa ba thành phần là: mô não, máu, dịch não tủy.

Thể tích ba thành phần này là 1.900ml gồm nội bào và ngoại bào của mô não chiếm 78% thể tích; động mạch, tĩnh mạch, mạng lưới mao mạch chiếm 12% thể tích; còn lại là dịch não tủy chiếm 10% thể tích.

Trong điều kiện bình thường áp lực thể tích duy trì sự cân bằng giữa các thành phần với nhau. Học thuyết Monroe – Kellie giải thích rằng thể tích hằng định của ba thành phần này trong hộp sọ cứng là nếu thể tích cộng vào bằng thể tích thay thế thì tổng thể tích trong não không thay đổi, nhưng không áp dụng cho những hộp sọ không cứng (vỡ sọ ở người lớn, não úng thủy ở trẻ em).

Những yếu tố ảnh hưởng đến áp lực trong sọ là áp lực động mạch, áp lực tĩnh mạch, áp lực ổ bụng, áp lực trong ngực, tư thế, nhiệt độ. Tùy mức độ, các yếu tố này làm tăng hay giảm áp lực trong sọ thì tùy thuộc vào khả năng não thích ứng với sự thay đổi đó.

Áp lực bình thường trong não: áp lực trong sọ có thể đo qua não thất, khoang dưới nhện, dưới màng cứng, ngoài màng cứng. Người bệnh nằm nghiêng một bên thì áp lực là 80 – 180 cmH₂O (nếu dùng áp kế nước). Nếu người bệnh nằm đầu cao 30° thì áp lực 0 – 15mmHg (nếu đo với đầu dò áp lực). Nếu áp lực cao hơn thì người bệnh có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

Cơ chế bù trừ thích hợp: theo thuyết Monroe – Kellie chỉ có khả năng bù trừ trong những trường hợp thay đổi nhỏ các thành phần thể tích trong não. Cơ chế khởi đầu bù trừ là gia tăng hấp thu dịch não tủy, trao đổi dịch não tủy trong khoang dưới nhện, xếp tĩnh mạch não và xoang màng cứng.

Cơ chế hỗ trợ tiếp đó là:

Màng cứng căng phồng.

Gia tăng sự tổng máu tĩnh mạch.

Giảm sự sản xuất dịch não tủy.

Thay đổi thể tích máu trong não.

Mô não ép nhẹ.

Tưới máu não:

Tổng số ml máu chảy qua 100g mô não/phút là 50ml. Có sự khác nhau giữa chất trắng và chất xám:

Chất trắng: máu chảy chậm hơn 25ml/100g mô não/phút.

Chất xám: chảy nhanh hơn 75ml/100g mô não/phút.

Mô não cần sự tưới máu liên tục vì mô não dùng đến 20% oxy của cơ thể và 25% glucose của toàn cơ thể.

II. HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Tăng áp lực nội sọ là vấn đề đe dọa sự sống, là hậu quả từ sự gia tăng ba thành phần là mô não, máu, dịch não tủy. Phù não là yếu tố chính liên quan đến tăng áp lực nội sọ.

1. PHÙ NÃO

Hoàn cảnh liên quan đến phù não:

Khối tổn thương: ung thư nguyên phát, di căn, áp-xe, xuất huyết (trong hay ngoài não).

Chấn thương đầu: chảy máu, giập não, sừng não sau chấn thương não.

Phẫu thuật liên quan đến não, thao tác bằng tay trên não.

Nhiễm trùng.

Mạch máu: nhồi máu (thrombotic và embolic), tắc xoang tĩnh mạch, thiếu oxy máu, thiếu máu cục bộ.

Ngộ độc hay biến dưỡng não: ngộ độc chì hay arsenic, suy thận, suy gan.

Có rất nhiều dữ kiện liên quan đến phù não nhưng dù nguyên nhân nào thì sự gia tăng thể tích trong mô não đều có nguy cơ tiềm tàng làm tăng áp lực nội sọ.

Có 3 loại phù não cần phân biệt, đó là: phù do vận mạch, phù do hoại tử hay nhiễm độc tế bào, phù mô kẽ.

2. CƠ CHẾ GIA TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Tăng áp lực nội sọ có nhiều nguyên nhân trên lâm sàng, bao gồm: khối tổn thương, hematoma, giập não, khối u tăng nhanh, phù não liên quan đến u não, não úng thủy (hydrocephalus), chấn thương sọ, nhiễm trùng não, hôn mê do biến dưỡng. Hậu quả từ não do tăng anhydric carbonic não, cao huyết áp hệ thống, suy giảm chức năng điều chỉnh. Sự phù nề làm mô não méo mó, nếu kéo dài sẽ dẫn đến thiếu oxy não nhiều.

Chấn thương não dẫn đến tổn thương mô làm tăng áp lực trong não đưa đến mạch máu não bị chèn ép. Não bị chèn ép làm giảm tưới máu mô não và như vậy sẽ dẫn đến giảm oxy với mô não hoại tử. Mô não hoại tử làm phù nề bao quanh vùng não chết dẫn đến tình trạng tăng áp lực nội sọ với sự chèn ép hệ thống não. Trung tâm hô hấp làm tăng tích tụ CO_2 và gây giãn mạch làm tình trạng tăng áp lực nội sọ trầm trọng hơn so với tăng thể tích máu và có nguy cơ tử vong.

3. BIẾN CHỨNG

Biến chứng chính của tăng áp lực nội sọ là tụt não.

Ba kiểu di lệch chính trên liềm não:

Tụt não cingulate (bên và dưới liềm).

Tụt não trung tâm hay tụt não transtentorial (thấp).

Tụt não uncal (bên và dưới).

Có những tụt não có thể phục hồi nhưng cũng có khi không phục hồi được.

4. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng của tăng áp lực nội sọ tùy thuộc vào nguyên nhân, vị trí, mức độ tăng áp lực xuất hiện.

4.1. Tri giác thay đổi

Mức độ thay đổi tri giác của người bệnh là sự ảnh hưởng mạnh và là dấu hiệu quan trọng của tình trạng thần kinh luôn được điều dưỡng theo dõi cẩn thận. Sự thay đổi tri giác là hậu quả của sự giảm tưới máu mô não và nó ảnh hưởng đến tế bào vỏ não và hệ thống hoạt động lưới.

4.2. Thay đổi dấu chứng sinh tồn

Huyết áp tối đa tăng, mạch chậm, thở không đều (các triệu chứng này xuất hiện rõ hơn khi tăng áp lực nội sọ nặng hơn). Thay đổi dấu chứng sinh tồn là do tăng áp lực tuyến dưới đồi, cầu não và hành não. Nhiệt độ cũng thay đổi, nhiệt độ tăng cao trong trường hợp nặng.

4.3. Dấu hiệu thị giác

Chèn ép dây thần kinh III hậu quả là: giãn đồng tử một bên, đáp ứng ánh sáng chậm hay mất, mất khả năng di động mắt lên trên và sụp mi. Dấu hiệu này có thể là hậu quả thay đổi của não từ não giữa chèn ép thân dây thần kinh III, liệt cơ đồng tử. Dấu hiệu giãn đồng tử một bên là cấp cứu thần kinh do tụt lều tiểu

não. Các dây thần kinh sọ khác cũng ảnh hưởng như dây II, IV, VI. Dấu hiệu này gồm nhìn mờ, nhìn đôi, thay đổi cơ nhìn ngoài, phù gai thị.

4.4. Giảm chức năng vận động

Nếu như tăng áp lực nội sọ gia tăng, người bệnh có biểu hiện thay đổi về vận động. Nhìn người bệnh thấy yếu hay liệt nửa bên tùy thuộc vào vị trí tăng áp lực nội sọ. Kích thích mạnh để tìm đáp ứng về vận động của não bộ. Tư thế gồng cứng mất vỏ, mất não cũng xảy ra khi bị kích thích.

4.5. Đau đầu

Não tự nó không có cảm giác đau. Do sự chèn ép các cấu trúc khác của não lên thành động tĩnh mạch và thần kinh sọ sẽ làm cho đau đầu. Đau đầu thường liên tục và nhiều nhất vào buổi sáng. Sự căng kéo và cử động làm nổi bật cường độ đau lên.

4.6. Nôn ói

Đây là dấu hiệu đặc trưng của tăng áp lực nội sọ. Ói vọt có liên quan đến sự thay đổi áp lực trong não. Trẻ em nôn vọt thường nghĩ đến tăng áp lực nội sọ.

5. ĐIỀU TRỊ

Mục đích là điều trị nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ và nâng đỡ chức năng não.

Khai thác bệnh sử rất quan trọng để chẩn đoán và tìm nguyên nhân bệnh.

Quản lý cấp cứu người bệnh ngay khi nghi ngờ tăng áp lực nội sọ là rất quan trọng giúp ngăn ngừa tổn thương thứ phát của não. Cần điều trị tích cực khi người bệnh đến bệnh viện. Trong lúc tìm nguyên nhân thì nguyên tắc là cấp cứu người bệnh.

Bảo đảm thông khí, đủ oxy não cho người bệnh. Đặt nội khí quản hay mở khí quản để duy trì thông khí, đo khí máu động mạch, PaO_2 ở 100 mmHg hay cao hơn. Nếu tăng thông khí vừa, PaCO_2 là 30 – 35mmHg có thể ảnh hưởng đến dòng chảy của mạch máu não; nếu thấp hơn dẫn tới co thắt mạch máu não, giảm dòng chảy mạch máu não, vì thế giảm tăng áp lực nội sọ. Nếu PaCO_2 nhỏ hơn 20mmHg là nguyên nhân thiếu máu cục bộ và tăng áp lực nội sọ sẽ tồi tệ hơn.

Can thiệp ngoại khoa nếu là u não hay tụ máu não là tốt nhất.

6. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Lợi tiểu thẩm thấu làm giảm thể tích nước trong não.

Giảm áp lực thẩm thấu bằng dịch truyền manitol, glycerol PIV 0,25 – 1g/kg, chống chỉ định khi người bệnh suy thận.

Corticoid kiểm soát phù não, dùng cải thiện dòng máu não, vừa phục hồi sự tự điều chỉnh. Liều cao dexamethasone không hiệu quả trong trường hợp tổn thương não nặng. Nhưng lưu ý tác dụng phụ của thuốc dexamethasone là chảy máu dạ dày, tăng nguy cơ nhiễm trùng, giảm Natri vào cơ thể, đường huyết cao cũng có liên quan đến corticoid vì thế nên theo dõi đường huyết thường xuyên.

Do Barbiturate là thuốc an thần nên điều dưỡng cần lưu ý khi cho người bệnh uống thuốc tránh điều khiển xe, tiếp xúc hay làm việc với điện, lửa.

7. DINH DƯỠNG

Dù tình trạng sức khỏe, ý thức như thế nào thì hầu hết người bệnh cần được nuôi dưỡng thích hợp. Người bệnh tăng áp lực nội sọ cần tăng chuyển hóa, dị hoá và cần đường để cung cấp nhiệt lượng cho sự chuyển hoá trong tình trạng não tổn thương. Nếu người bệnh không thể duy trì dinh dưỡng qua miệng thì có thể qua đường ruột, đường truyền. Kiểu cho ăn này thường cung cấp Natri thấp, nên cần bổ sung thêm muối, chất khoáng, nước cũng cần để cung cấp hỗ trợ đủ dịch cho cơ thể. Tình trạng suy dinh dưỡng sẽ làm tăng

tình trạng phù não, duy trì dinh dưỡng là điều kiện tối ưu và cấp bách cho người bệnh.

Vấn đề duy trì mất nước trung bình. Nhiều người cho rằng mất nước trung bình sẽ làm giảm phù não nếu hạn chế nước ở mức 65% – 75%, tuy nhiên, như thế sẽ làm giảm thể tích dịch, hậu quả giảm tổng máu của tim và áp lực máu sẽ ảnh hưởng đến tưới máu mô não để cung cấp đủ oxy cho não và như thế thuốc qua đường tĩnh mạch cũng không đạt.

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Tri giác thay đổi: mức độ thay đổi tri giác, thang điểm Glasgow.

Thay đổi dấu chứng sinh tồn: huyết áp tối đa tăng, mạch chậm, thở không đều, nhiệt độ cũng thay đổi, nhiệt độ tăng cao trong trường hợp nặng.

Dấu hiệu thị giác: giãn đồng tử một bên, đáp ứng ánh sáng chậm hay mất, mắt khả năng di động mắt lên trên và sụp mí tiểu não. Dấu hiệu này gồm nhìn mờ, nhìn đôi, thay đổi cơ nhìn ngoài, phù gai thị.

Giảm chức năng vận động: nhìn người bệnh thấy yếu hay liệt nửa bên tùy thuộc vào vị trí tăng áp lực nội sọ. Tư thế gồng cứng mất vỏ, mất não cũng xảy ra khi bị kích thích.

Đau đầu: đau đầu thường liên tục và nhiều nhất vào buổi sáng.

Nôn ói: ói vọt và có liên quan đến sự thay đổi áp lực trong não. Trẻ em nôn vọt thường nghĩ đến tăng áp lực nội sọ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Duy trì chức năng hô hấp

Đây là nhiệm vụ hàng đầu khi chăm sóc người bệnh tăng áp lực nội sọ. Người bệnh hôn mê có nguy cơ cao bị tắc nghẽn hô hấp do đờm nhớt tích tụ, lưỡi rớt xuống hầu. Thay đổi cách thở là dấu hiệu tắc nghẽn; ngáy, thở rít là dấu hiệu cần ghi chú.

Can thiệp điều dưỡng:

Cho người bệnh nằm nghiêng và thay đổi tư thế thường xuyên. Theo dõi tình trạng thiếu oxy, luôn theo dõi thường xuyên trị số PaO_2 và PaCO_2 . Tư thế nằm đầu cao 30° giúp người bệnh gia tăng thể tích lồng ngực, giảm phù nề não.

Hút đờm, ho là nguyên nhân gia tăng áp lực não và thiếu oxy thoáng qua. Hút đờm không quá 10 giây/lần và nên cho oxy đủ 100% trước và sau hút đờm.

Sự căng chướng bụng cũng ảnh hưởng đến tình trạng hô hấp. Đặt tube Levine là cần thiết giúp bụng bớt chướng, giảm nôn ói, thở dễ dàng.

Người bệnh cần được hỗ trợ hô hấp khi dùng thuốc an thần, thuốc ngủ, vì khi dùng các thuốc này không chỉ ảnh hưởng đến hô hấp mà còn ảnh hưởng đến vấn đề tri giác.

2.2. Rối loạn dịch và điện giải

Rối loạn nước và điện giải do truyền dịch hay tiêm thuốc lợi tiểu cũng ảnh hưởng đến tình trạng tăng áp lực nội sọ.

Can thiệp điều dưỡng:

Theo dõi sát nước xuất nhập giúp điều trị cân bằng nước và điện giải. Theo dõi Na, Potassium, dịch thẩm thấu, theo dõi nước tiểu để tìm đường. Thực hiện truyền dịch đúng số giọt và đúng số lượng cho người bệnh.

2.3. Nguy cơ nhiễm trùng do theo dõi áp lực não

Can thiệp điều dưỡng: chăm sóc nơi đâm kim, bảo đảm vô trùng trong kỹ thuật đặt, đo và theo dõi. Điều dưỡng cần rửa tay để chăm sóc người bệnh, nhất là vấn đề đo và theo dõi áp lực não. Theo dõi nhiệt độ trong

ngày.

2.4. Nguy cơ tụt não do tư thế, vận động

Can thiệp điều dưỡng: nằm đầu cao 30⁰, tránh gập cổ tối đa vì dễ tắc tĩnh mạch và gia tăng áp lực. Tư thế người bệnh phải phù hợp sao cho giảm áp lực não mà phải tăng tưới máu não.

Nâng đầu cao 30⁰ khi chắc chắn người bệnh không bị tổn thương cổ.

Nên xoay người bệnh chậm, nhẹ nhàng vì thay đổi tư thế cũng làm tăng áp lực não. Thay đổi tư thế thường xuyên giúp người bệnh thoải mái và giảm đau giúp người bệnh không kích động và giảm nguy cơ tăng áp lực nội sọ, nên xoay trở 2 giờ/1 lần.

Gia tăng áp lực lồng ngực cũng cần nên tránh như ho, căng ngực, nghiệm pháp Valsava (Valsava maneuver). Động tác gập bụng cũng cần tránh vì làm tăng áp lực bụng, hạn chế cơ hoành và là nguyên nhân gây trì trệ hô hấp.

Với người bệnh gồng cứng mắt võ hay mất não thì cần xoay trở nhẹ nhàng tránh kích thích người bệnh, chăm sóc da, vật lý trị liệu ngay trong lúc này để tránh các biến chứng về sau như xẹp phổi, teo cơ cứng khớp, nhưng nếu người bệnh tăng áp lực nội sọ quá nặng thì hạn chế tập.

2.5. Tránh tổn thương và quản lý môi trường chung quanh

Người bệnh tăng áp lực nội sọ thường tri giác giảm nên tránh để người bệnh té ngã do kích động, động kinh, vật vã, rối loạn tâm thần. Người bệnh rút tube Levine, ngã xuống giường. Giữ môi trường yên lặng, ánh sáng dịu. Cho uống thuốc an thần như Haldol, lorazepam. Người nhà người bệnh phải thường xuyên theo dõi, cho người bệnh nằm sau chân song. Điều dưỡng tư vấn tâm lý cho thân nhân và người bệnh (nếu người bệnh tỉnh).

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh không có biến chứng tụt não.

Người bệnh dinh dưỡng đủ.

Người bệnh không thiếu nước và điện giải.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 biện pháp điều trị nội khoa trong tăng áp lực nội sọ:

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 6 biểu hiện lâm sàng của người bệnh tăng áp lực nội sọ:

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.
 F.

3. Nêu 3 loại phù não cần phân biệt trong tăng áp lực nội sọ:

- 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	Cho người bệnh ăn thức ăn nhuận tràng tránh tình trạng tăng áp lực nội sọ do táo bón.		
5	Đặt tube Levine cho người bệnh tăng áp lực nội sọ chỉ giúp người bệnh ăn.		
6	Cần cho người bệnh nằm đầu cao 40^0 trong tăng áp lực nội sọ.		
7	Cần theo dõi tình trạng chảy máu dạ dày cho người bệnh tăng áp lực nội sọ trong khi thực hiện thuốc corticoid.		
8	Người bệnh cần tránh ho vì đó là nguy cơ tăng áp lực nội sọ.		
9	Thụt tháo người bệnh tăng áp lực nội sọ trong khi người bệnh táo bón.		
10	Cần theo dõi đường huyết của người bệnh tăng áp lực nội sọ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Knowledge base for Patient with neurologic Dysfunction, chapter17, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2 nd Edition, WB Saunders company, 1998, 711 – 766.

2. Mary E. Kerr, Connie A. Walleck, Intracranial Problem, chapter 54, section 8, Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1693 – 1699.

3. Neurologic system, chapter 3, Mosby's Manual of Clinical Nursing, Jun M.Thompson – Gertrude K. Mcfarland – Jane E. Hirsch – Susan M. Tucker –Arden C, Bowers, second Edition, the C, V, Mosby Company, 370 – 375.

Bài 47

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trên người bệnh chấn thương tủy sống.
2. Thực hành chăm sóc được người bệnh chấn thương cột sống.

I. BỆNH HỌC

Chấn thương cột sống là chấn thương gây tổn thương một trong những thành phần cột sống do nguyên nhân tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, súng bắn. Hiện tượng phù tủy xuất hiện ngay khi chấn thương cộng thêm hiện tượng co thắt động mạch và mao mạch; mô tủy theo lý thuyết thì không thể thiếu oxy quá 6 giờ; nếu tình trạng thiếu máu và chèn ép quá 6 giờ thường để lại nhiều di chứng. Sốc tủy xuất hiện ngay khi chấn thương và tồn tại từ vài ngày đến 6 tuần.



Hình 47.1. Tồn thương tủy sống ở tư thế gấp



Hình 47.2. Tồn thương tủy sống ở tư thế ngửa

1. BỆNH NGUYÊN VÀ SINH LÝ BỆNH

Chèn ép cột sống do chấn thương cột sống. Chấn thương cột sống có thể xuất hiện ở bất kỳ điểm nào trên cột sống và mức độ trầm trọng rất khác nhau. Mức độ chấn thương từ chấn động đến đứt tủy của ống tủy.

Chấn thương cột sống cổ trên C₄ thì suy hô hấp ngay và liệt tứ chi. Chấn thương ở C₃ ở trên thì có ảnh hưởng đến sự sống. Liệt tứ chi xuất hiện ở tổn thương T₆ hay lên trên. Liệt hai chi tìm thấy ở tổn thương T₇ trở xuống.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Chấn thương cột sống cổ

Đau cột sống cổ hay đau lan ra rễ dây thần kinh vùng tay.

Đơ cột sống cổ do co rút cơ cạnh cột sống cổ.

Vẹo cột sống cổ.

Giới hạn cử động cột sống cổ.

Suy hô hấp cấp.

Hội chứng liệt tủy cổ sau chấn thương. Có bốn hội chứng liệt tủy là:

Hội chứng liệt tủy trước: tổn thương vận động.

Hội chứng liệt tủy sau: mất cảm giác sâu.

Hội chứng liệt tủy trung tâm: liệt nhiều 2 tay, ít ở 2 chân.

Hội chứng giập tủy: tổn thương cắt đứt dẫn truyền thần kinh gây liệt vĩnh viễn 2 chi dưới.

2.2. Chấn thương cột sống lưng

Đau điểm trên cột sống, hay đau khi ấn.

Gù, sờ thấy khối nhô lên ở vùng tổn thương.

Bầm máu, tụ máu ít thấy.

Co rút cơ cạnh thắt lưng – thắt lưng.

Giới hạn cử động cột sống lưng – thắt lưng, đờ cột sống.

Biến chứng thần kinh.

Rối loạn cảm giác nông (đau, nóng, lạnh) và sâu (dị cảm). Rối loạn cơ vòng bàng quang và hậu môn: bí tiểu, táo bón.

Rối loạn phản xạ: mất hay giảm phản xạ gân xương nếu người bệnh bị liệt mềm từ đầu, tăng trong chèn ép tủy. Nếu tổn thương giập tủy hoàn toàn sẽ liệt vận động. Babinski (+), liệt mềm chuyển sang liệt cứng.

Rối loạn dinh dưỡng: loét da, teo cơ, thay đổi da móng...

3. CẬN LÂM SÀNG

X quang cột sống thẳng nghiêng.

CT-scan giúp đánh giá mức độ tổn thương.

MRI giúp chẩn đoán tổn thương tủy.

4. ĐIỀU TRỊ

Kéo tạ.

Phẫu thuật.

Chăm sóc phục hồi.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

1.1. Dữ kiện chủ quan

Thông tin quan trọng về sức khỏe.

Tiền sử chấn thương do tai nạn xe, thể thao, đạn bắn, ngã...

Có uống rượu hay thuốc an thần khi chấn thương không ?

Tâm lý: giận dữ, trầm cảm, từ chối, lo sợ.

Tổng trạng người bệnh về cân nặng, BMI.

Vận động: kém sức, cử động, cảm giác mất dưới chỗ tổn thương.

Cảm giác: đau ngay tại vùng tổn thương hay trên, tê liệt, kiến bò, co giật cơ, nóng bỏng.

1.2. Dữ kiện khách quan

Da: tái tím, lạnh, người bệnh không đổ mồ hôi dưới chỗ tổn thương.

Hô hấp:

Chấn thương ở $C_1 - C_3$: ngưng thở, mất khả năng ho sặc.

Chấn thương ở C_4 : ho giảm, thở bằng cơ hoành, thở tăng thông khí.

Chấn thương ở $C_5 - C_6$: giảm hô hấp, tím tái.

Tìm mạch: chấn thương trên T_5 : mạch chậm, huyết áp giảm, hạ huyết áp tư thế, mạch đập giảm.

Tiêu hóa: giảm hay mất nhu động ruột, bụng chướng (tổn thương vùng T_5), táo bón, đại tiện không tự chủ.

Tiết niệu: bàng quang căng (tổn thương T_1, L_2), mất trương lực bàng quang nếu giai đoạn cấp, người bệnh tiêu tiểu không tự chủ.

Sinh dục: dương vật cương, mất khả năng tình dục.

Thần kinh:

Vận động: mất trương lực cơ (trong tình trạng mềm nhũn), gãy xương (trong tình trạng liệt co cứng).

Cảm giác: mất cảm giác vùng dưới tổn thương, mất cảm giác nông, sâu.



Hình 47.3. Kéo tạ bằng bộ dụng cụ chuyên dùng

1.3. Mục tiêu chăm sóc

Duy trì các chức năng thần kinh ở mức độ tốt nhất.

Người bệnh có biến chứng về vận động ở mức tối thiểu.

Trả người bệnh về cho cộng đồng ở mức tốt nhất.

Phòng ngừa biến chứng do chấn thương cột sống.

2. CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Cải thiện và duy trì tình trạng sức khỏe

Can thiệp điều dưỡng bao gồm những thông báo nguy cơ thông thường, tham vấn, giáo dục cách an toàn trong sinh hoạt, trong di chuyển, mang dây an toàn trong xe hơi, đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy, xe đạp, không uống rượu khi lái xe, an toàn trong lao động. Với người bệnh chấn thương cột sống thường để lại di chứng nặng nề và khó hồi phục.

2.2. Nguy cơ di chứng nặng nề hơn do can thiệp khi cấp cứu không đúng

Việc sơ cứu rất quan trọng với tính mạng người bệnh cũng như những di chứng về sau. Cần biết cách sơ cứu an toàn cho đến khi được chẩn đoán và có can thiệp chuyên khoa. Xử trí như sau:

Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu bằng (không gối) trên ván cứng hay băng ca. Đặt túi cát 2 bên cổ sao cho đầu và cổ không xô dịch khi di chuyển.

Nếu có dụng cụ cố định cần mang vào cổ ngay.

Cột đầu, ngực, vai, mào chậu, đùi, cẳng chân người bệnh vào ván cứng hay băng ca.

Chuyển người bệnh đến chuyên khoa là tốt nhất.

Bất động tốt nhất là nên bất động cổ giúp bảo vệ thần kinh. Có thể dùng túi cát bất động cổ để tránh

xoay cổ. Di chuyển người bệnh luôn ở tư thế thẳng trục. Chuyển người bệnh đến chuyên khoa.

2.3. Kéo tạ do chấn thương cột sống cổ

Trong chấn thương cổ người bệnh được kéo Crutchfield hay Vinke hay kiểu kéo tạ khác. Hệ thống kéo gồm sợi dây thừng kéo căng từ giữa trung tâm của kẹp qua ròng rọc và cuối cùng là quả tạ. Hệ thống kéo này kéo liên tục. Bất lợi của kẹp sọ là phải thay đổi vị trí. Nếu có thì cố gắng giữ độ căng của cổ và nên kêu gọi mọi người tập trung giúp đỡ. Bao cát cần dùng trong thời gian này để cố định cổ trong thời gian đặt lại. Trọng lượng tạ bằng $1/10 - 1/7$ trọng lượng cơ thể. Mức độ bệnh càng nhẹ, sức nặng của kéo càng tăng. Sau 2 – 7 ngày kéo nặng thì giảm và duy trì ở mức 1 – 2,5kg đối với người lớn. Tùy thuộc vào mức độ tổn thương và can thiệp điều trị, hệ thống kéo có thể bỏ ra sau 2 – 4 tuần sau khi chấn thương.

Sau khi lấy hệ thống tạ ra thì cần cố định cổ người bệnh bằng nẹp cổ cho phép người bệnh cử động nhiều hơn và ngồi được trên xe lăn. Chăm sóc da chu đáo trong thời gian kéo tạ là cần thiết vì giảm cảm giác, tuần hoàn kém, bất động và tăng tiết mồ hôi làm da rất dễ bị tổn thương.

Nhiệm vụ chăm sóc chân đinh do kéo tạ: chăm sóc 2 lần mỗi ngày với nước muối sinh lý và bao chân đinh bằng dầu kháng sinh như hàng rào bảo vệ sự xâm nhập của vi khuẩn.

Lưu ý: phần đầu người bệnh luôn cố định trong thời gian kéo tạ nên nguy cơ loét da đầu là rất cao, điều dưỡng cần chăm sóc kỹ phần này.

2.4. Mất chức năng hô hấp do tình trạng chấn thương

Trong 48 giờ đầu sau chấn thương, phù nề gia tăng quá mức, mất chức năng hô hấp và suy hô hấp xuất hiện. Không thực hiện thuốc giảm đau bằng morphine. Nếu người bệnh khó thở dữ dội hay khí máu động mạch giảm thì người bệnh được đặt nội khí quản hay mở khí quản và thở máy. Nếu người bệnh ngưng thở thì nên cho thở máy ngay. Nguy cơ viêm phổi và xẹp phổi rất cao do người bệnh bị liệt cơ liên sườn vì thế người bệnh thở bụng do đó người bệnh không tiết được đờm nhớt ứ đọng và khả năng ho giảm. Ngoài ra, do người bệnh phải nằm đầu bằng không ngồi dậy do kéo tạ nên nguy cơ viêm phổi là cao. Người bệnh cũng có thể nghẹt mũi và co thắt phế quản.

Can thiệp điều dưỡng:

Điều dưỡng luôn thăm định tiếng thở, khí máu động mạch, thể tích thở, màu da, kiểu thở, khả năng thở, số lượng, màu của đờm, PaO_2 lớn hơn 60 mmHg, PaCO_2 nhỏ hơn 45mmHg.

Người điều dưỡng cần theo dõi nồng độ oxy qua monitor, duy trì oxy cho người bệnh đầy đủ.

Vật lý trị liệu lồng ngực giúp người bệnh ho để tống đờm nhớt. Điều dưỡng để nắm tay hay gót bàn tay giữa rốn và ức, dùng sức ấn tới giúp người bệnh ho. Hút đờm, đo dung tích phổi.

2.5. Tuần hoàn không ổn định do rối loạn nhịp tim

Do mất sự đáp ứng dây X, nhịp tim chậm thường nhỏ hơn 60 lần/phút. Bất kỳ sự kích thích nào như hút đờm, xoay trở người bệnh cũng có nguy cơ ngưng tim. Mất hệ giao cảm nên mạch máu ngoại biên kém, hậu quả là người bệnh rất dễ bị hạ huyết áp tư thế. Mất trương lực cơ nên việc giúp máu hồi lưu không hiệu quả dẫn đến máu chảy chậm.

Can thiệp điều dưỡng:

Theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên. Nếu mạch chậm nên dùng Atropin theo y lệnh. Huyết áp giảm nên dùng thuốc vận mạch như Dopamine và dịch thay thế.

Dùng tất chun giãn giúp máu hồi lưu tốt tránh thuyên tắc mạch. Tất này được thay 8 giờ/1 lần để chăm sóc da tốt. Dùng những túi khí giúp tăng tuần hoàn máu khi chêm lót.

Theo dõi Hct, Hemoglobin, để đánh giá tình trạng mất máu và phòng ngừa choáng giảm thể tích.

2.6. Nguy cơ thiếu dịch và không duy trì dinh dưỡng do không ăn uống được

Trong suốt 48 giờ đầu đến 72 giờ sau chấn thương thì việc cho ăn qua đường tiêu hóa phải ngưng lại do tình trạng liệt ruột và nên đặt dẫn lưu dạ dày giải áp. Bởi người bệnh không ăn uống qua miệng được nên người bệnh cần được theo dõi dịch và điện giải. Điều dưỡng cung cấp dịch cơ bản theo yêu cầu. Nếu người bệnh có nhu động ruột hay có trung tiện được thì người bệnh có thể ăn. Người bệnh cần rất nhiều chất biến

dưỡng, năng lượng, protein cao để cung cấp năng lượng và cải tạo tế bào. Nếu người bệnh chấn thương cột sống cổ thì nên nhận định tình trạng nuốt của người bệnh trước khi cho ăn bằng miệng. Nếu người bệnh không hồi phục thì nên cung cấp dinh dưỡng hỗ trợ qua ống thông dạ dày hay qua dịch truyền dinh dưỡng.

Can thiệp điều dưỡng:

Nên cung cấp thức ăn nhiều chất xơ giúp người bệnh dễ đại tiện. Có một số người bệnh chán ăn có thể do tâm lý, do thức ăn không hợp khẩu vị. Nên kiểm soát dinh dưỡng, cân người bệnh mỗi ngày.

2.7. Mất chức năng bàng quang và ruột do bị liệt

Bàng quang không giữ được nước tiểu do mất phản xạ, mất tự chủ bàng quang và cơ vòng. Bởi người bệnh mất cảm giác nên bàng quang ứ đọng nước tiểu dẫn đến có nguy cơ viêm thận, suy thận. Bàng quang căng quá mức có thể bị vỡ.

Người bệnh thường đặt ống thông tiểu sau khi chấn thương. Chăm sóc hệ thống vô trùng hoàn toàn, nên duy trì hạn chế dịch 1.800 – 2.000ml/ngày giúp thuận tiện cho việc tập bàng quang, tránh tạo sỏi, tránh nhiễm trùng. Theo dõi sát lượng nước tiểu, nên kiểm soát tình trạng nhiễm trùng, cấy nước tiểu, xét nghiệm pH nước tiểu, theo dõi chất lượng, màu sắc nước tiểu.

2.8. Táo bón do người bệnh liệt vận động

Đây là vấn đề ở người bệnh vì phản xạ tự chủ và không tự chủ trong việc thải phân kém. Dùng thuốc nhuận hậu môn, thuốc nhuận tràng, nhưng hạn chế thụt tháo vì sẽ ảnh hưởng đến sự phục hồi liệt cơ vòng hậu môn.

2.9. Nhiệt độ rối loạn do mất kiểm soát nhiệt độ

Vì không co mạch, giảm nhiệt do mồ hôi vùng dưới tổn thương. Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ phòng và duy trì nhiệt độ hợp lý. Giúp người bệnh duy trì nhiệt độ cơ thể thích hợp. Giúp người bệnh khô ráo, sạch sẽ.

2.10. Chảy máu dạ dày do stress sau chấn thương

Đây là vấn đề đối với người bệnh chấn thương tủy sống vì đáp ứng của sinh lý cơ thể với chấn thương quá nặng, stress tâm lý, dùng corticoid liều cao trong điều trị phù tủy có nguy cơ làm người bệnh bị xuất huyết tiêu hóa. Đỉnh cao nguy hiểm từ 6 – 14 ngày sau chấn thương. Điều dưỡng theo dõi máu trong phân, trong dạ dày qua tube Levine mỗi ngày, xét nghiệm Hct. Khi thực hiện thuốc corticoid cần bổ sung thêm thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày. Dùng thuốc kháng H_2 để giảm tiết HCl của dạ dày. Sự chảy máu tiêu hóa cũng ảnh hưởng đến viêm phổi hít, suy kiệt cơ thể.

2.11. Nguy cơ tổn thương thêm do mất cảm giác, do liệt sau chấn thương

Điều dưỡng cần bù lại sự thiếu vắng cảm giác, mất cảm giác. Giao tiếp với người bệnh. Cho người bệnh nghe nhạc, ngửi mùi thơm, mùi vị ưa thích, cung cấp sách báo cho người bệnh đọc, xem ti vi. Tránh cho người bệnh tự thu mình, tạo cho người bệnh sự tự tin.

2.12. Phản xạ mất sau chấn thương

Choáng do chấn thương tủy sống thì được giải quyết, phục hồi phản xạ cũng cần được thực hiện. Do mất kiểm soát của chức năng thần kinh cao nên có các phản xạ không thích hợp và quá mức: co thắt, cương cứng khi bị kích thích, bồi rôi, mất thoải mái.

Can thiệp điều dưỡng:

Người bệnh được cung cấp thông tin rõ ràng về huấn luyện các phản xạ, ruột, bàng quang, tình dục. Dùng phương pháp tắm âm, tắm nước xoáy điều trị, thuốc trị co thắt, thuốc giãn cơ.

2.13. Mất phản xạ tự động do liệt sau chấn thương

Là tim mạch mất bù trừ ngay tức thì do phản xạ các nhánh hệ thần kinh tự động, do đó bàng quang căng, bị kích thích. Co thắt bàng quang, trực tràng, kích thích của da, hay kích thích đau từ cơ quan nhận cảm do mất phản xạ tự động.

Biểu hiện: huyết áp giảm, nhìn mờ, đau đầu, toát mồ hôi nhiều, thở nhanh (30 – 40 lần/phút), da lông dựng đứng, mũi sung huyết, nôn ói.

Can thiệp: điều dưỡng nâng đầu người bệnh lên 45°.

Nhận định để xác định nguyên nhân. Nguyên nhân phổ biến là bàng quang kích thích nên cách xử trí là điều dưỡng đặt ngay ống thông tiểu lấy nước tiểu giúp giảm căng bàng quang. Đặt nhẹ nhàng, chậm, nên xoa dầu có thuốc tê vào ống thông tiểu khi đặt để giảm cảm giác kích thích niệu đạo vì có thể làm tăng triệu chứng. Sau đó theo dõi dấu chứng sinh tồn cho đến khi ổn định.

3. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH KHI XUẤT VIỆN

Nhóm điều trị và chuyên gia tâm lý nên kết hợp chăm sóc người bệnh tại nhà. Có những triệu chứng sẽ trở thành mạn tính và kéo dài suốt đời với người bệnh. Hướng dẫn sử dụng các dụng cụ giúp hồi phục người bệnh như: xe lăn, điện, dụng cụ cơ học. Tập thở giúp người bệnh không lệ thuộc vào máy thở, phục hồi thần kinh thì phải hoàn tất ít nhất sau 1 năm chấn thương.

Bàng quang thần kinh: liệt vĩnh viễn nên hướng dẫn người bệnh cách đặt thông tiểu tại nhà, đánh giá bàng quang, thuốc, dinh dưỡng cần hạn chế calci (1g/ngày), nước (1.800 – 2.000ml/ngày) ngăn cản tạo sỏi, đặt ống thông tập tiểu.

Đại tiện: do mất phản xạ tự động nên người bệnh dễ bị táo bón, hướng dẫn người bệnh ăn thức ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước hay thụt tháo cho người bệnh.

Sinh dục: nên mời chuyên khoa tâm lý tình dục tư vấn giúp người bệnh.

Vận động, đi lại: kết hợp người bệnh và gia đình kiên trì tập luyện. Di chuyển qua xe lăn hay đi nặng. Trả người bệnh về xã hội, giáo dục hướng nghiệp.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh hồi phục tình trạng liệt vận động.

Người bệnh tham gia tập luyện.

Người bệnh hiểu biết về bệnh và cách chăm sóc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 mục tiêu chăm sóc người bệnh chấn thương cột sống:

- A.
- B.
- C.

2. Nêu 3 phương pháp điều trị chấn thương cột sống:

- A.
- B.
- C.

3. Nêu 3 bước sơ cứu nạn nhân gãy cột sống:

- 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	Dùng tất chun giãn giúp máu hồi lưu tốt tránh thuyên tắc mạch.		
5	Stress ở người bệnh chấn thương tủy sống thường có nguy cơ chảy máu dạ dày.		
6	Tránh nguy cơ thuyên tắc mạch ở người bị liệt do chấn thương cột sống cần mang tất.		
7	Nên thông tiểu cho tất cả người bệnh chấn thương cột sống.		
8	Cần theo dõi cảm giác chi để đánh giá tình trạng tổn thương sau chấn thương cột sống.		
9	Khi chấn thương cột sống người bệnh ăn uống bình thường.		
10	Theo dõi dấu hiệu khó thở ở người bệnh chấn thương cột sống cổ.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Knowledge base for Patient with neurologic Dysfunction, chapter17, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2 nd Edition, WB Saunders company, 1998, 822 – 826.
2. Diane H. Michalec, Connie A. Walleck, Periferal Nerve and SpinalCord Problems, chapter 57, section 8, Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1791 – 1821.
3. Neurologic system, chapter 3, Mosby's Manual of Clinlcal Nursing, second Edition, the C,V, Mosby Company, 1986, 345 – 352.
4. Nguyễn Văn Thành, Gãy cột sống cổ, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng, tài liệu lưu hành nội bộ, 149.
5. Võ Văn Thành, Gãy cột sống lưng – thắt lưng, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng, tài liệu lưu hành nội bộ, 159.

Chương 7. KỸ THUẬT NGOẠI

Bài 48

CHĂM SÓC DẪN LƯU VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, vị trí, phương pháp đặt ống dẫn lưu.
2. Hiểu được nguyên tắc chăm sóc ống dẫn lưu.
3. Chăm sóc, theo dõi được các loại ống dẫn lưu trên cơ thể.
4. Thực hành được kỹ thuật chăm sóc ống dẫn lưu.

I. DẪN LƯU

Ống dẫn lưu là một hệ thống, một vật thể đặt từ một vùng, một khoang của cơ thể để dẫn lưu dịch, máu hoặc chất tiết ra ngoài hoặc từ cơ quan này sang cơ quan khác.

1. MỤC ĐÍCH

1.1. Điều trị

Lấy hết chất dịch, mủ, khí vì nếu không thoát hết thì diễn tiến trầm trọng hơn hoặc có thể dẫn đến tử vong. Dẫn lưu ổ áp-xe, tụ dịch, máu; giải áp trong trường hợp tràn máu, tràn khí màng phổi, tràn dịch từ cơ quan...

1.2. Phòng ngừa

Tránh nhiễm trùng các cơ quan xung quanh.

Tránh loét miệng vết thương.

Đề phòng tụ dịch sau mổ.

Theo dõi nguy cơ chảy máu sau mổ.

Theo dõi xì bục đường khâu miệng nổi.

Giúp theo dõi diễn tiến nơi vừa can thiệp, theo dõi xì bục đường khâu miệng nổi, theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch mật mỗi ngày qua dẫn lưu Kehr.

2. CÁC VỊ TRÍ ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

Dẫn lưu ổ bụng: dẫn lưu Douglas, dưới gan, hố lách, ống mật chủ, túi mật.

Dẫn lưu lồng ngực: trung thất, màng phổi, màng tim.

Dẫn lưu tiết niệu: hố thận, bể thận, niệu đạo, niệu quản.

Dẫn lưu vết thương: phần mềm, ổ áp-xe.

Dẫn lưu xương, ổ khớp.

Dẫn lưu đầu: Shunt, dẫn lưu vết mổ dưới da đầu, dẫn lưu giải áp não thất, dẫn lưu ổ áp-xe não...

3. ĐẶC ĐIỂM ỐNG DẪN LƯU

Ít gây phản ứng cho cơ thể.

Ống có vạch cân quang để dễ theo dõi khi chụp X quang.

Mềm mại, trơn láng không gây bám dính.

4. CÁC LOẠI DẪN LƯU

4.1. Dựa vào chất liệu

Gạc (Mèches): dẫn lưu nhờ vào tính thấm, không thể để lâu quá 24 giờ.

Ống cao su mềm (Penrose): có nơi cắt ra thành lát gọi là lam cao su, dẫn lưu này dẫn lưu theo lực mao dẫn. Đối với dẫn lưu này không nên để lâu quá 72 giờ. Dẫn lưu bằng những sợi cước cũng dựa vào nguyên tắc trên.

Ống cao su (tubes): dẫn lưu theo lực thủy tĩnh.

4.2. Dẫn lưu kiểu kết hợp

Ống trong lam cao su (penrose drain).

Dẫn lưu kiểu xì gà (cigarette drain).

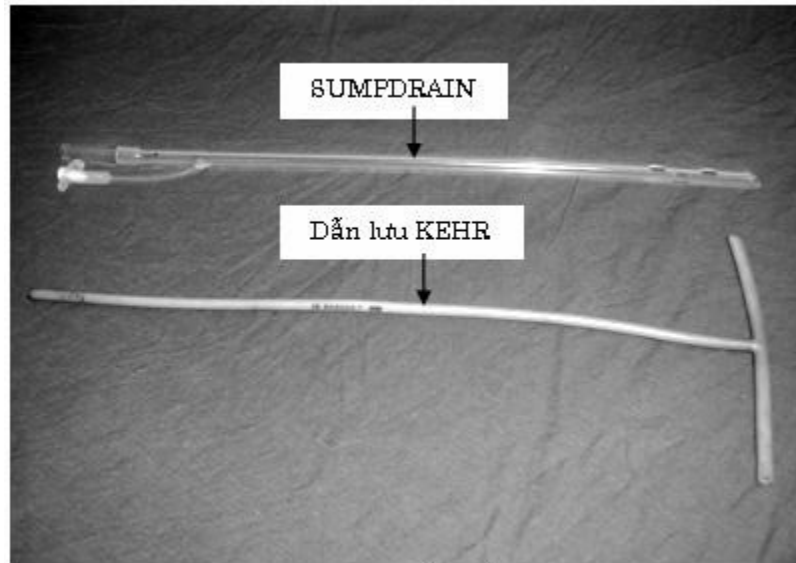
Dẫn lưu kiểu Sump (Sump drains): thường dùng để dẫn lưu ổ bụng, cho không khí đi vào để dễ hút mà không bị mạc nối đến bít tắc. Mục đích vừa hút được lượng nhiều vừa tưới rửa liên tục sau mổ.

4.3. Dựa trên tác dụng

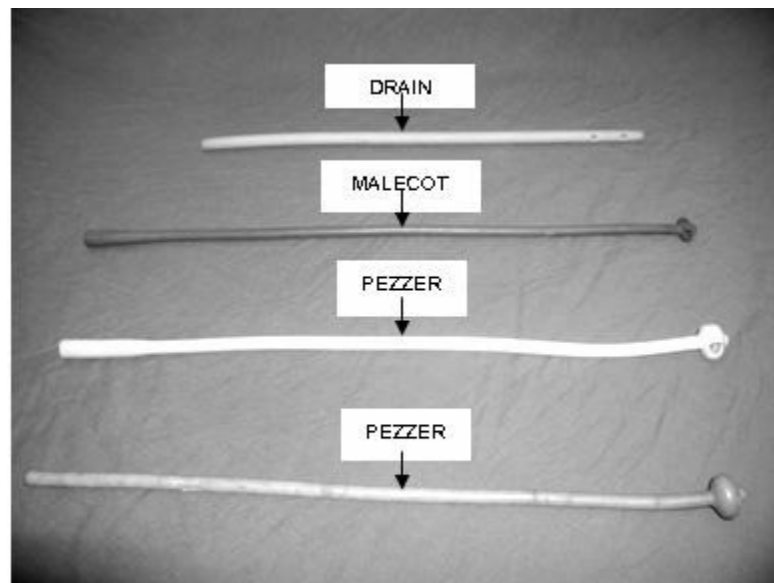
Loại thụ động: dẫn lưu hở.

Loại chủ động: dẫn lưu kín.

Loại kết hợp: kiểu Sump.



Hình 46.1. Ống dẫn lưu



Hình 48.2. Ống dẫn lưu

5. TIÊU CHUẨN ĐẶT DẪN LƯU

Nơi thấp nhất theo trọng lực của cơ thể, nơi thấp nhất của ổ dịch.

Không đặt ở vùng mà diễn tiến có xát dễ gây loét, hạn chế xuyên qua khớp, thần kinh, mạch máu.

Dẫn lưu không nên đặt ngay trên vết mổ.

Đường đưa ra da gần nhất. Đường vào cơ thể gần nhất.
 Phải có biên bản và mô tả kỹ bằng sơ đồ.
 Dẫn lưu đặt ở vị trí dễ chăm sóc.

6. NGUYÊN TẮC CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

Phải bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối hệ thống dẫn lưu.
 Người bệnh nên nằm ở tư thế giúp dịch dẫn lưu thông tốt.
 Tránh tắc nghẽn, dây câu nối nên có đường kính lớn hơn đường kính ống dẫn lưu. Câu nối phải đúng cách.
 Bình hứng luôn đặt thấp hơn vị trí dẫn lưu 60cm.
 Hút dịch liên tục hay ngắt quãng tùy vào mục đích điều trị.
 Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của dịch dẫn lưu, ghi hồ sơ.
 Bơm rửa ống dẫn lưu tùy mục đích điều trị và thời gian cho phép.
 Luôn luôn theo dõi dấu hiệu mất nước, tình trạng nước xuất nhập.
 Luôn đảm bảo chân dẫn lưu khô, sạch, ngừa rôm lở da tích cực, phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng.
 Rút dẫn lưu ngay khi đạt được mục đích điều trị.
 Luôn giáo dục người bệnh tham gia vào sự tự chăm sóc dẫn lưu như: cách ngồi dậy, di chuyển, xoay trở khi có dẫn lưu để giúp người bệnh an tâm.
 Đề phòng sút dẫn lưu, phòng ngừa biến chứng.

7. BIẾN CHỨNG

Nhiễm trùng ngược dòng.
 Sút ống, nghẹt ống.
 Nhiễm trùng chân dẫn lưu.
 Xì rò dịch sau khi rút dẫn lưu.
 Tổn thương các cơ quan xung quanh.

8. RÚT DẪN LƯU

Rút dẫn lưu khi không còn mục đích điều trị. Nếu dẫn lưu có dịch ra từ 20 – 50ml/24 giờ hoặc dẫn lưu không còn hoạt động thì thường có ý lệnh rút.
 Nếu là mục đích dự phòng và theo dõi thì nên rút trong một thì duy nhất. Nếu nhằm mục đích điều trị phải đặt lâu quá 3 ngày thì khi rút nên xoay vặn ống và rút dần vài cm cho đến khi hết.

II. DẪN LƯU Ổ BỤNG

1. CHỈ ĐỊNH

Dẫn lưu ổ áp-xe trong ổ bụng để ổ áp-xe có thể lành từ đáy dần ra.
 Khi khâu nối ống tiêu hoá mà vị trí khâu nối không có thanh mạc bao phủ (mặt sau tá tràng).
 Khi khâu nối mà phẫu thuật viên không an tâm.
 Phẫu thuật dẫn lưu đường mật, dẫn lưu ổ lách, dẫn lưu tuy...

2. CÁC ỐNG DẪN LƯU Ổ BỤNG

2.1. Ống Kehr (ống chữ T)

Thường dùng để dẫn lưu ở ống mật chủ.
Mục đích: giải áp, tưới rửa, theo dõi, điều trị tại chỗ, tán sỏi qua ống dẫn

lưu Kehr.

Chăm sóc: ngoài cách chăm sóc chung cần chú ý ghi nhận số lượng dịch mật dẫn lưu ra ngoài bao nhiêu, đồng thời theo dõi nước xuất nhập, Ion đồ thường xuyên để bù lại đúng lượng nước xuất nhập. Ngoài ra, khác với các loại dẫn lưu ổ bụng khác là không xoay ống khi thay băng hay khi rút, rút 1 lần.

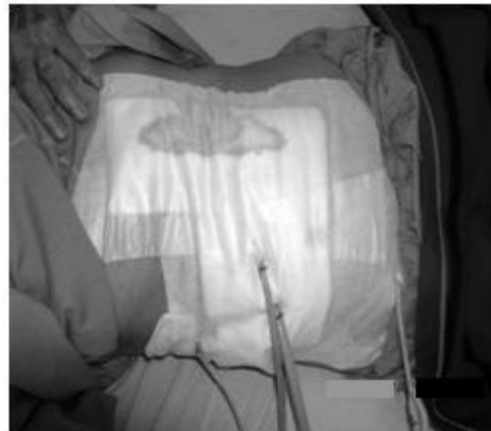
Rút khi:

Tổng trạng người bệnh ổn định, không sốt, ăn uống tốt.

Thời gian 8 – 10 ngày sau mổ, dịch ra trong, màu vàng óng ánh.

Siêu âm hết sỏi.

X quang có thuốc cản quang: các nhánh đường mật thông, thuốc xuống tá tràng dễ dàng.



Hình 48.3. Hệ thống dẫn lưu ổ bụng

2.2. Dẫn lưu ổ tụy

Đặt trong trường hợp mô viêm tụy, ung thư tụy, chấn thương tụy, áp-xe tụy, phẫu thuật Whipple.

Chăm sóc: thường là Sumpdrain để bơm rửa sau mổ. Ngăn ngừa rôm lở da tích cực. Theo dõi nhiệt độ 4 giờ/1 lần, theo dõi nước xuất nhập vì dịch qua dẫn lưu tụy rất nhiều trong ngày. Điều dưỡng thực hiện việc bơm rửa hay nhỏ giọt qua dẫn lưu trong trường hợp viêm tụy hoại tử. Rút dẫn lưu tụy vào tình trạng người bệnh.

2.3. Dẫn lưu Douglas

Mục đích phòng ngừa: rút sớm khi dịch nhỏ hơn 20ml/ngày, rút 1 lần, xoay ống khi rút nếu dẫn lưu ổ bụng (trừ dẫn lưu Kehr).

Mục đích điều trị: thay băng mỗi ngày. Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch. Rút dần dần vài cm mỗi ngày cho đến khi ống sút ra, xoay ống khi rút.

2.4. Dẫn lưu dưới gan

Mục đích: phòng ngừa.

Lưu ý: khi đặt trong trường hợp cắt dạ dày, thường sẽ để lâu hơn khoảng 5 – 6 ngày sau mổ. Trong các trường hợp mục đích dẫn lưu khác thì vẫn theo dõi bất thường của dịch dẫn lưu.

2.5. Dẫn lưu rãnh đại tràng

Là dẫn lưu phòng ngừa.

2.6. Dẫn lưu hố lách

Theo dõi chảy máu sau mổ. Điều dưỡng cần theo dõi sát vì thường người bệnh có bệnh lý chảy máu, người bệnh thường có biểu hiện rối loạn đông máu.

2.7. Ống thông để nuôi ăn

Điều dưỡng cần cột ống lại sau ăn và đầu nối cao hơn dẫn lưu để tránh thức ăn chảy ngược ra ống. Chăm sóc chân da tránh rôm lở, nhiễm trùng. Chú ý, cần tráng ống sau khi cho ăn.



Hình 48.4. Dẫn lưu ổ bụng

3. DẪN LƯU TRONG NIỆU KHOA

3.1. Dẫn lưu bể thận

Mục đích: dẫn lưu nước tiểu, mù, sỏi, máu.

Chăm sóc: dẫn lưu này chỉ có nước tiểu mà không có máu nên việc theo dõi và đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu ra rất quan trọng trong việc điều trị. Không xoay ống khi chăm sóc cũng như khi rút. Điều dưỡng phòng ngừa rôm lở da tích cực.

Rút khi: thời gian 10 – 12 ngày, nước tiểu trong, tổng trạng tốt.

Siêu âm hết sỏi, X quang không có sỏi.

3.2. Dẫn lưu bàng quang ra da

Mục đích: bơm rửa, điều trị tạm thời, cầm máu, dẫn lưu nước tiểu. Người ta thường dùng ống thông Pezzer hay Malecot.

Chăm sóc: không xoay ống, ngừa rôm lở da tích cực, theo dõi sát nước tiểu về số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu. Rút sau mô 10 – 12 ngày hay tùy theo mục đích điều trị.

3.3. Dẫn lưu niệu quản ra da

Mục đích: dẫn lưu niệu quản ra da hay dẫn lưu trong niệu quản.

Chăm sóc: dẫn lưu liên tục, không xoay ống khi chăm sóc, ngừa rôm lở da, theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng của nước tiểu qua dẫn lưu.

Báo cáo rõ số lượng của nước tiểu qua dẫn lưu niệu quản và qua niệu đạo, thực hiện vô trùng tuyệt đối khi thay băng và chăm sóc, theo dõi nhiệt độ.

Rút dẫn lưu: tùy theo mục đích điều trị. Cần chú ý không xoay ống khi rút, theo dõi nước tiểu.

4. DẪN LƯU XƯƠNG

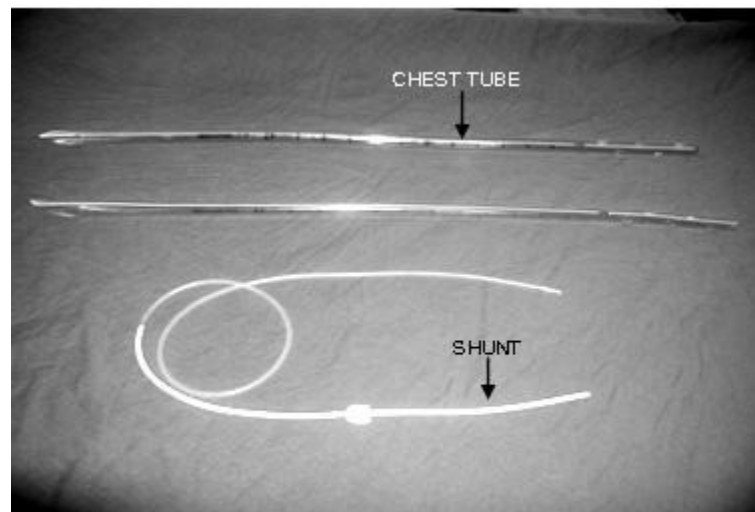
Là dẫn lưu kín hoàn toàn, hút theo áp suất chân không trong chai, rút khi chai hứng dịch không còn khả năng dẫn lưu, rút 1 lần và không thay băng mỗi ngày. Theo dõi màu sắc, số lượng, mùi, tính chất dịch và nhiệt độ người bệnh.



Hình 48.5. Hệ thống dẫn lưu xương

5. DẪN LƯU LỒNG NGỰC

Mục đích: dẫn lưu khí, máu, dịch từ trong khoang màng phổi ra ngoài, tái lập áp suất âm trong khoang màng phổi để giúp phổi nở ra. Thường được sử dụng trong các trường hợp tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, giải phẫu lồng ngực.



Hình 48.6. Ống dẫn lưu lồng ngực (chest tube)

Chăm sóc: hệ thống dẫn lưu luôn luôn kín và 1 chiều, chai hứng luôn phải thấp hơn lồng ngực. Phải quan sát mực nước lên xuống theo nhịp thở của người bệnh để đánh giá thông hay không thông. Hướng dẫn người bệnh cách thở. Nghe phổi 2 – 4 giờ/lần. Dẫn lưu phải kín hoàn toàn để không khí không vào khoang màng phổi.

Cách xử trí:

Sút ống: dùng gạc vaseline băng kín vết thương không cho không khí lọt vào.

Bể bình: luôn luôn có 2 kim đặt cạnh giường người bệnh để kẹp ống lại kịp thời khi vỡ bình.

Rút khi X quang phổi giãn nở tốt, thời gian 24 giờ sau mổ, nghe phổi: âm thổi rõ, rút 1 lần, rút ở thì hít vào và khi rút xong nên kẹp vết thương lại bằng Agraff hay khâu lại để tránh khí tràn vào màng phổi.

6. DẪN LƯU SỌ NÃO

6.1. Dẫn lưu Shunt

Theo dõi tình trạng nghẹt ống, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ sau mổ. Chăm sóc vết thương ở vùng bụng.

6.2. Dẫn lưu dưới da đầu sau mổ

Rút khi hết dịch, thường sau 24 giờ, thay băng khi thấm dịch.

6.3. Dẫn lưu não thất

Tuân thủ nghiêm ngặt vấn đề chăm sóc vô trùng. Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch. Chăm sóc dẫn lưu mỗi ngày. Theo dõi nhiệt độ, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

A – KỸ THUẬT THAY BĂNG DẪN LƯU

1. MỤC TIÊU

1. Nhận định và phân biệt được các loại ống dẫn lưu.
2. Thực hiện được kỹ thuật chăm sóc dẫn lưu.

2. MỤC ĐÍCH

- Tránh tắc nghẽn.
- Ngừa nhiễm trùng.
- Người bệnh sạch sẽ, tiện nghi.

3. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng cho tất cả các loại dẫn lưu khi thấm dịch hay khi có y lệnh.
- Khi rút dẫn lưu.

4. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định vết mổ: tình trạng thấm dịch, chảy máu.

Nhận định nơi đặt dẫn lưu:

Da chung quanh chân dẫn lưu có đỏ, nhiễm trùng, xì dịch. Nếu dịch lan tràn nhiều nên chăm sóc phòng chống lở da.

Phải biết được loại dẫn lưu gì, đặt ở đâu, mục đích điều trị giúp điều dưỡng chăm sóc, theo dõi, đánh giá dịch chính xác về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch chảy ra, những bất thường của dẫn lưu.

Dẫn lưu vào ngày thứ mấy sau mổ.

Hệ thống câu nối có thông, đúng nguyên tắc vô trùng hay không ?

Dẫn lưu có cần bơm rửa không ?

5. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Rửa vết mổ sạch trước, dẫn lưu sau. Dẫn lưu sạch trước, dẫn lưu nhiễm sau.

Nếu có hậu môn nhân tạo thì rửa vết mổ sạch trước, sau đó tiến hành rửa dẫn lưu và chăm sóc hậu môn nhân tạo sau cùng.

Khuyến khích người bệnh vận động sớm, nhất là dẫn lưu ổ bụng.

Hướng dẫn người bệnh cách xoay trở khi có dẫn lưu.

Rút dẫn lưu đúng thời gian. Đối với dẫn lưu bụng khi rút nên xoay ống (ngoại trừ dẫn lưu Kehr).

Nếu thấy bất thường nên báo ngay cho bác sĩ.

B – CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

Điều dưỡng quan sát dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất dịch, có vết mổ, tình trạng vết thương, loại dẫn lưu, bình chứa có cần thay không.

Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi soạn mâm dụng cụ.

Dụng cụ vô trùng: để trong khay trải khăn vô trùng

Kìm 2 cây

Kéo 1 cây

Gạc dày	2 miếng gạc dày để che chân dẫn lưu
Gạc mỏng	4 – 5 miếng gạc mỏng thay dây câu và túi chứa mới
Bông sạch	
Chén chung:	
Dung dịch rửa (nước muối đẳng trương, nước cất)	1 chén
Dung dịch sát trùng (cồn iode, betadin)	1 chén
Bồn hạt đậu vô trùng	1 cái
Thuốc phòng ngừa lở da (nếu cần)	
Dây câu nối, túi chứa dịch	

Dụng cụ sạch

Bồn hạt đậu sạch hứng dịch	1 cái
Băng keo	
Tấm lót	
Găng tay sạch (hoặc 1 đôi găng và 1 kìm)	2 đôi
Kìm sạch để kẹp ống dẫn lưu	
Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	
Túi đựng băng bẩn	
Thau đựng dung dịch sát khuẩn ngâm dụng cụ sau khi sử dụng	

C – QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG DẪN LƯU

1. Mang dụng cụ đến giường, báo và giải thích với người bệnh giúp người bệnh an tâm.
2. Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện, thường cho nằm đầu cao, nghiêng về dẫn lưu.
3. Bộc lộ chân vết thương dẫn lưu, giữ người bệnh kín đáo.
4. Trải tấm lót phía dưới vết thương dẫn lưu.
5. Đặt bồn hạt đậu sạch dưới chân dẫn lưu để hứng dịch khi thay băng hay dịch rỉ ra khi thay.
6. Treo túi chứa dịch mới dưới chân giường, túi chứa thấp hơn chân dẫn lưu 60cm, nên treo túi ở chân giường, nơi dễ quan sát, đưa mặt có vạch số ra ngoài.
7. Tháo băng keo chung quanh miếng băng.
8. Điều dưỡng rửa tay nhanh và mang găng sạch.
9. Dùng tay mang găng sạch tháo băng bẩn bỏ vào túi rác y tế, tháo bỏ găng.
10. Mang găng sạch mới.
11. Mở mâm vô trùng đúng cách.
12. Lấy kìm vô khuẩn an toàn.
13. Sắp xếp lại dụng cụ trong mâm: cắt gạc che chân dẫn lưu, cắt giữa miếng gạc đến 1/2 thì ngưng, đặt gạc vào 1 bên mâm; xếp gạc mỏng lên trên. Để bông gòn chén chung về phía người bệnh.
14. Rửa da chung quanh chân dẫn lưu bằng dung dịch nước muối 0,9% và rộng ra vùng da chung quanh khoảng 5cm.
15. Rửa dọc thân dẫn lưu từ chân ống lên phía trên 5 – 7cm.
16. Dùng bông khô lau khô da chung quanh và dọc thân ống dẫn lưu.
17. Sát trùng da chung quanh chân dẫn lưu và dọc thân ống dẫn lưu bằng dung dịch sát trùng.

18. Đặt băng lên chân dẫn lưu, nên dùng 2 miếng gạc chẻ đôi đặt đối nhau để che kín chân dẫn lưu, nên tránh đặt băng trùm lên miếng băng vết mổ.
19. Cố định băng bằng băng keo, một miếng sát chân dẫn lưu, hai miếng còn lại ở hai đầu băng.
20. Mở bồn hạt đậu vô trùng đặt lên tấm lót dưới chân dẫn lưu.
21. Gấp 1 miếng gạc để lên ống dẫn lưu và dùng kim kẹp ống dẫn lưu lại.
22. Tháo băng keo chỗ nối.
23. Gấp 2 miếng gạc cầm tay tháo rời đầu dưới dẫn lưu và dây câu nối. Cho đầu dẫn lưu vào bồn hạt đậu vô trùng. Tháo túi chứa, quấn gọn dây câu và túi chứa cho vào túi rác.
24. Dùng gạc vô trùng mới, cầm ống dẫn lưu ở vị trí cách đuôi ống hơn 5cm.
25. Dùng dung dịch nước muối 0,9% rửa đuôi ống, rửa từ đuôi ống dọc lên thân ống 5cm.
26. Sau khi rửa xong thì lau khô và sát khuẩn lại đuôi ống.
27. Dùng 2 miếng gạc vô trùng mới cầm ống dẫn lưu và nối dây câu mới vào dẫn lưu.
28. Dùng băng keo cố định ống dẫn lưu và dây câu nối.
29. Tháo kim kẹp ống ra và ngâm vào thau dung dịch sát khuẩn.
30. Tháo găng tay và rửa tay nhanh.
31. Cho người bệnh nằm lại thoải mái, báo cáo việc đã xong.
32. Thu dọn và xử lý dụng cụ.
33. Ghi hồ sơ: ngày giờ thay băng, số lượng dịch, màu sắc, tình trạng người bệnh.

Bảng 48.1. Bảng kiểm dụng cụ thay băng dẫn lưu

STT	Dụng cụ	Số lượng
Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi soạn mâm dụng cụ.		
Dụng cụ vô trùng (trong khay trái khăn vô trùng)		
1	Kìm	2 cây
2	Kéo	1 cây
3	Gạc dày	2 miếng
4	Gạc mỏng	4 – 5 miếng
5	Bông sạch	
6	Chén chung chứa: Dung dịch rửa (nước muối đẳng trương, nước cất) Dung dịch sát trùng (cồn iode, betadin)	1 chén 1 chén
7	Bồn hạt đậu vô trùng	1 cái
8	Thuốc phòng ngừa lở da (nếu cần)	
9	Dây câu nối, túi chứa dịch	
Dụng cụ sạch		
10	Bồn hạt đậu sạch hứng dịch	1 cái
11	Băng keo	
12	Tấm lót	

13	Găng tay sạch (hoặc 1 đôi găng và 1 kim)	2 đôi
14	Kim sạch để kẹp ống dẫn lưu	1 cái
15	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	
16	Túi rác y tế	
17	Thau đựng dung dịch sát khuẩn	

Bảng 48.2. Bảng kiểm kỹ thuật thay băng dẫn lưu

STT	Nội dung	Có	Không
1	Mang dụng cụ đến giường, báo và giải thích với người bệnh.		
2	Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện.		
3	Bộc lộ chân dẫn lưu.		
4	Che người bệnh kín đáo.		
5	Trải tấm lót phía dưới vết thương dẫn lưu.		
6	Đặt bông hạt đậu sạch dưới chân dẫn lưu.		
7	Treo túi chứa dịch mới dưới chân giường.		
8	Tháo băng keo chung quanh miếng băng.		
9	Sát khuẩn tay nhanh và mang găng sạch.		
10	Điều dưỡng tháo băng bẩn bỏ vào túi rác y tế, tháo bỏ găng.		
11	Mang găng sạch mới.		
12	Mở mâm vô trùng đúng cách.		
13	Lấy kim vô khuẩn an toàn.		
14	Sắp xếp lại dụng cụ trong mâm.		
15	Rửa da chung quanh chân dẫn lưu bằng dung dịch nước muối 0,9% và rộng ra vùng da chung quanh chân ống dẫn lưu 5cm.		
16	Rửa dọc thân dẫn lưu từ chân ống lên phía trên 5 – 7cm.		
17	Dùng bông khô lau khô da chung quanh và thân ống dẫn lưu.		
18	Sát trùng da chung quanh chân dẫn lưu và thân ống dẫn lưu bằng dung dịch sát trùng.		
19	Đặt băng chân dẫn lưu.		
20	Cố định băng đúng cách.		
21	Mở bông hạt đậu vô trùng để lên tấm lót dưới chân dẫn lưu.		
22	Gấp 1 miếng gạc để lên ống dẫn lưu và dùng kim kẹp ống dẫn lưu lại.		
23	Gấp 2 miếng gạc cầm tháo rời đầu dưới dẫn lưu và dây câu nối.		
24	Cho đầu dẫn lưu vào bông hạt đậu vô trùng.		
25	Tháo túi chứa, quấn gọn dây câu và túi chứa cho vào túi rác.		
26	Dùng gạc vô trùng mới cầm ống dẫn lưu cách đầu dưới ống 5cm.		
27	Rửa đuôi ống từ đuôi ống lên thân ống 5cm bằng dung dịch nước muối 0,9%.		
28	Lau khô và sát khuẩn lại đuôi ống.		
29	Dùng 2 miếng gạc vô trùng mới cầm ống dẫn lưu và dây câu mới nối vào dẫn lưu.		
30	Dùng băng keo cố định ống dẫn lưu và dây câu nối.		

31	Tháo kim kẹp ống ra và ngâm vào thau dung dịch sát khuẩn.		
32	Tháo găng tay.		
33	Cho người bệnh nằm lại thoải mái, báo việc đã xong.		
34	Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 mục đích của dẫn lưu Kehr:

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 4 điều kiện rút dẫn lưu Kehr:

- A.
 B.
 C.
 D.

3. Nêu 6 biến chứng dẫn lưu:

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.
 F.

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

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4	Đặt chai hứng thấp hơn chân dẫn lưu 60cm.		
5	Dẫn lưu phòng ngừa thường rút sau 48 – 72 giờ.		
6	Dẫn lưu hố thận ra nước tiểu.		
7	Dẫn lưu bàng quang ra da giúp dẫn lưu nước tiểu và bơm rửa.		
8	Dẫn lưu bể thận bơm rửa mỗi lần không quá 10ml.		
9	Cần theo dõi nước và điện giải ở dẫn lưu ổ tụy.		
10	Thay băng chân dẫn lưu mỗi ngày.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2 nd Edition, WB Saunders company, 1998, 1114 – 1117, 733, 575, 580.

2. Chăm sóc dẫn lưu, 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, 17 – 20.

Bài 49

CHĂM SÓC MỖ KHÍ QUẢN VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ MỖ KHÍ QUẢN (TRACHEOTOMY)

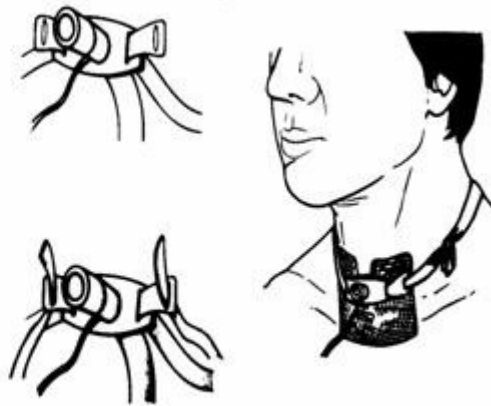
MỤC TIÊU

1. Nêu được định nghĩa và lợi ích của mổ khí quản.
2. Chăm sóc được người bệnh có mổ khí quản.
3. Thực hành được kỹ thuật chăm sóc mổ khí quản.

I. MỖ KHÍ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Mổ khí quản là vết rạch ở khí quản tạo ra lỗ mổ từ khí quản ra da, đặt canule Krisaberg tạm thời hay vĩnh viễn vào, cho phép không khí đi qua khi có tắc nghẽn đường hô hấp trên, giúp lấy chất tiết ở khí quản, giúp việc cai máy thở (do giảm khí khoảng chết và hạ kháng lực đường thở), cho phép giúp thở nhân tạo dài ngày. Nơi mổ thường ở đốt 2, 3, 4 vòng sụn khí quản.



Hình 49.1. Mổ khí quản

2. TRƯỜNG HỢP MỖ KHÍ QUẢN

2.1. Tắc nghẽn hô hấp

Người bệnh thở qua đường thở nhân tạo trong thời gian dài (thở qua ống nội khí quản lâu hơn 7 – 10 ngày).

Mất khả năng bài tiết đờm nhớt đường hô hấp dưới.

2.2. Cấp cứu

Tắc nghẽn đường hô hấp trên do dị vật.

Chấn thương hàm mặt.

Người bệnh bị tổn thương do nội khí quản.
 Chảy máu đường hô hấp trên.
 Bỏng đường thở.
 Chấn thương cổ và thanh quản: gây giập nát, phù nề.

2.3. Bệnh lý

Người bệnh tri giác xấu hơn, uốn ván, bạch hầu, bại liệt thể hành não, u hạ họng, ngừng thở khi ngủ.

3. LỢI ÍCH

Mở khí quản giúp giảm được khoảng chết (#150ml).
 Giúp người bệnh thở dễ dàng, hiệu quả.
 Dễ dàng lấy dị vật, hút đờm nhớt.
 Lắp máy thở dễ dàng.

4. GIỚI THIỆU ÓNG MỞ KHÍ QUẢN

Canule Krisaberg có 3 thành phần gồm:
 Canule Interne: ống nằm trong.
 Canule Externe: ống ngoài cùng.
 Mandrain: nòng.
 Có hai loại: bạc và nhựa.



Hình 49.2. Bộ dụng cụ mở khí quản

Hiện nay, canule Krisaberg đã cải tiến hơn thường sử dụng ống nhựa có 1 nòng hay 2 nòng (ít sử dụng) và có bóng chèn. Hầu như hiện nay chỉ sử dụng loại nhựa có tráng silicon, có bóng chèn rất hữu hiệu trong trường hợp thở máy, nhẹ, không cứng, không rỉ sét, không kích ứng và có chất cản quang do đó rất dễ kiểm soát.

5. THỦ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

Tư thế: thực hiện ở phòng mổ, người bệnh nằm ngửa cằm thẳng góc trần nhà, đặt gối thấp dưới vai. Bác sĩ gây tê tại chỗ, rạch đường thẳng đi vào thanh quản xuyên qua sụn nhẫn thanh quản 2, 3. Đưa canule thích hợp vào đường rạch ở khí quản và mặt canule đưa lên mặt da, hút đờm nhớt thật kỹ và khâu lại. Sau khi đặt canule xong cố định dây hai bên, tránh cột quá chặt, tránh cột trên đường đi mạch cảnh. Băng chân canule. Nghe phổi, đánh giá khả năng thông khí của phổi, thở oxy hay bóp bóng hỗ trợ theo y lệnh. Kiểm tra X quang phổi.

6. BIẾN CHỨNG

Ngay sau khi đặt: chảy máu chân mở khí quản, sút ống trong những giờ đầu sau khi đặt, tắc nghẽn do đờm nhớt, tắc nghẽn do cục máu đông, tràn khí dưới da.

Biến chứng muộn: viêm phổi, nghẹt đờm, nhiễm trùng da chung quanh ống, sút ống, xẹp phổi, dò khí thực quản, hẹp khí quản.

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ MỞ KHÍ QUẢN

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Trước thủ thuật: điều dưỡng nhận định về hô hấp, tình trạng nghe, khả năng ngôn ngữ, khả năng viết của người bệnh để chọn lọc phương pháp giao tiếp sau khi mở khí quản. Hãy nhận định tình trạng hiểu biết về thủ thuật, giao tiếp và sự lo âu của người bệnh.

Sau thủ thuật: nhận định về tần số thở, nhịp điệu thở, thở sâu, kiểu thở. Nhận định sự di động của lồng ngực, tình trạng ho, số lượng và chất tiết qua mở khí quản, hút đờm. Nhận định khí máu động mạch PaO_2 , PaCO_2 , SaO_2 . Kiểm tra vùng đặt canule về chảy máu, sưng nề, tràn khí dưới da quanh vùng cổ. Kiểm tra áp lực bóng chèn mỗi ca trực. Kiểm tra nơi cột dây có quá chặt hay quá lỏng, nên để ngón tay số 2 dưới dây vừa khít là tốt. Nghe phổi mỗi giờ hay trước và sau hút đờm để nhận định tình trạng thông khí của người bệnh. Nhận định tình trạng phát âm của người bệnh nếu họ nói được nghĩa là có tình trạng nghẹt đờm. Kiểm tra rò khí qua mở khí quản, kiểm tra băng thấm dịch hay máu. Nhận định dấu hiệu nhiễm trùng, mụn, phù nề, nhiệt độ, bạch cầu, VS. Nhận định tình trạng viêm phổi, rối loạn nhịp thở, dấu hiệu ho, đau ngực, mạch nhanh, dấu hiệu khó thở, tri giác, huyết áp.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh mở khí quản có bóng chèn

Có chỉ định trong thở máy và bảo vệ đường thở, giúp thông thương giữa đường thở trên và dưới, giúp chất tiết, thức ăn không lọt vào khí quản nhưng nó không tham gia giữ ống mở khí quản. Khi bơm bóng chèn sẽ kín sự thông thương giữa ống ngoài canula và thành khí quản. Áp lực trong bóng chèn không vượt quá $20\text{cmH}_2\text{O}$. Cần theo dõi tình trạng chèn ép thiếu máu nuôi tại thành khí quản.

2.2. Suy giảm khả năng trao đổi khí

Nguyên nhân:

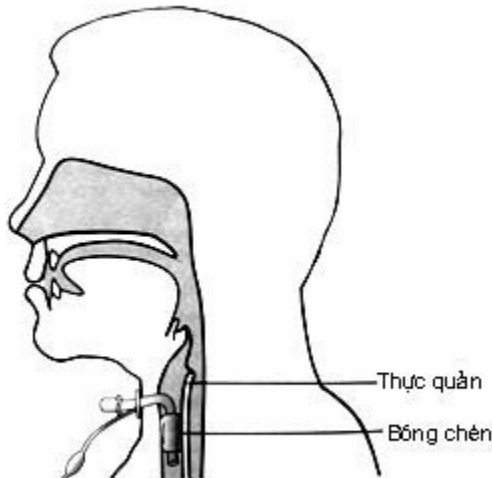
Hít máu vào đường thở, đờm nhớt ở vùng hầu họng, hít chất nôn ói.

Tăng tiết đờm nhớt ở khí phế quản.

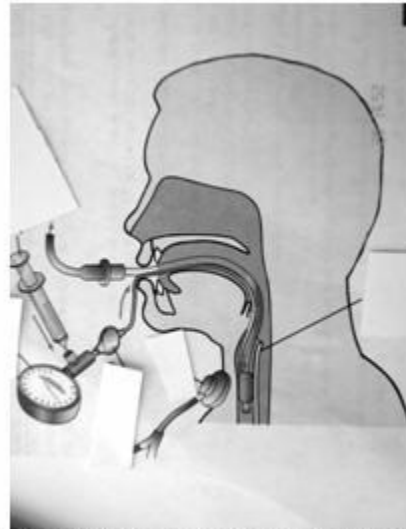
Mất khả năng ho và hít thở sâu.

Hạn chế giãn nở lồng ngực từ sự bất động.

Do những nguyên nhân khác: béo phì, mất nước, viêm phổi, tràn khí.



Hình 49.3. Mỡ khí quản có bóng chèn



Hình 49.4. Dụng cụ đo áp lực bóng chèn

Can thiệp điều dưỡng:

Ngay sau khi mở khí quản, điều dưỡng phải hút đờm nhớt thường xuyên. Nên hút 5 – 10 phút/lần trong 3 – 4 giờ đầu. Lượng giá nồng độ oxy trong máu qua khí máu động mạch, SaO_2 . Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đờm nhớt như dấu hiệu khó thở, tím tái,... Nghe phổi trước và sau khi hút đờm. Cần xác định tình trạng người bệnh có cần hút đờm không vì việc hút đờm thường xuyên trên người bệnh cũng gây ra nguy cơ thiếu oxy, tăng kích thích cho người bệnh. Ghi chú về hút đờm, đáp ứng người bệnh, đánh giá chức năng lồng ngực và điều trị. Người bệnh luôn nằm trong tầm nhìn của điều dưỡng 24/24 giờ.

Hút đờm: nên cung cấp oxy trước khi hút. Ống hút nhỏ hơn canule.

Hút không quá 10 giây/lần (vì mỗi lần hút áp lực oxy giảm xuống 30mm Hg).

Ngưng hút ngay khi người bệnh có dấu hiệu suy giảm hô hấp, trong lúc hút cho người bệnh bị nghẹt đờm mà có dấu hiệu thiếu oxy thì điều dưỡng cung cấp oxy ngay khi hút bằng 5 hơi dài qua bóp bóng oxy ẩm.

Cung cấp oxy cho người bệnh: bằng oxy ẩm, ẩm, tránh biến chứng khô phổi, xẹp phổi. Duy trì đủ độ ẩm để loãng đờm giúp hút đờm dễ dàng, nếu cần thì bơm vào canule 5 – 10ml nước muối sinh lý trước khi hút đờm.

Nên cho người bệnh tập vật lý trị liệu lồng ngực tùy theo tình trạng người bệnh và lý do mở khí quản. Người bệnh thở máy hay điều trị thở ngắt quãng nên dùng canule có bóng chèn. Thường áp lực bóng chèn không quá 25cmH₂O hay 20mmHg. Cho người bệnh thay đổi tư thế thường xuyên. Cung cấp đủ nước cho người bệnh. Duy trì nhiệt độ bình thường. Cung cấp đủ oxy cho người bệnh.

2.3. Tình trạng nhiễm trùng phổi do lỗ mở khí quản ra da

Nguyên nhân: do hút đờm không đảm bảo vô khuẩn, viêm nhiễm chung quanh chân da dưới ống mở khí quản do ẩm ướt, do thay băng không vô khuẩn, do có quá nhiều đờm nhớt.

Can thiệp điều dưỡng: theo dõi dấu chứng sinh tồn, nhận định màu sắc đờm, theo dõi choáng, chảy máu, suy hô hấp, biến chứng của mở khí quản. Lượng giá vết thương trong suốt các phiên trực, và ghi hồ sơ cẩn thận về chảy máu, mủ, tình trạng mô chung quanh, quan sát da dưới canule. Chăm sóc canule mỗi khi ẩm ướt hay mỗi phiên trực, rửa vết thương khi ẩm ướt, rửa nòng trong 4 giờ/lần. Bảo đảm vô khuẩn khi hút đờm.

Chăm sóc sau khi đặt: quan sát chảy máu hay mạch đập ở canule. Tránh dùng bình phun, bột phấn. Điều dưỡng che gạc hoặc giấy mỏng có chứa cotton, tránh để người bệnh hít ngoại vật vào đường thở. Cẩn thận khi cạo râu hay cắt tóc cho người bệnh tránh lông, tóc rơi vào khí quản. Gạc dùng che chân mở khí quản nên cắt trước hay dùng gạc không bị tưa chỉ.



Hình 49.5. Gạc che chân mở khí quản



Hình 49.6. Mở khí quản có che miệng gạc làm ấm

2.4. Nguy cơ sút canule do sút dây cố định

Cột dây có gút, độ căng của gút vừa đủ để được 2 ngón tay cách giữa da và dây cột. Tránh để nút cột ở vùng động mạch cảnh hay gây người bệnh. Quan sát da có bị dị ứng dây, đầu dây tì đè vào cổ. Lưu ý là khi thay dây cột cần cột an toàn dây mới trước khi cắt dây cũ.

Trong trường hợp sút canule: điều dưỡng nên gọi mọi người đến giúp nhưng đồng thời dùng kim băng rộng lỗ mở, cho thở oxy hỗ trợ trước khi có người đến đặt lại canule mới.

2.5. Lo lắng do không giao tiếp bằng lời, do sợ lỗ mở trên cổ

Lượng giá mức độ lo lắng của người bệnh, giải thích cách hút đờm tạo sự tự tin cho người bệnh. Do người bệnh không giao tiếp bằng lời được nên cung cấp cho người bệnh các dụng cụ giao tiếp như: giấy, bút, phấn, bảng, chuông gọi. Có thể giao tiếp qua dấu hiệu, người bệnh cần được học tập điều bộ trước mổ.

Chăm sóc hồi phục: hướng dẫn người bệnh dùng tay che canule để nói nhưng cẩn thận không thực hiện với những người bệnh nặng, khó thở.

2.6. Nguy cơ suy dinh dưỡng do khó nuốt

Phát hiện sớm dấu hiệu mất nước, suy dinh dưỡng. Truyền dịch hay ăn qua ống thông dạ dày hay bằng miệng. Theo dõi cân nặng người bệnh mỗi ngày và lượng nước xuất nhập.

Nếu ăn qua ống thông dạ dày nên bơm bóng chèn trước khi ăn và xả bóng sau khi ăn 15 phút. Người bệnh phải nằm đầu cao khi ăn và giữ tư thế đó sau khi ăn 30 phút. Nếu người bệnh nặng, hôn mê nên cho thức ăn nhỏ giọt qua ống thông.

Chăm sóc hồi phục: đánh giá khả năng nuốt. Kiểm soát và cung cấp dinh dưỡng đủ cho người bệnh, để giúp người bệnh ngon miệng nên cho người bệnh ngủ, nhìn, nếm thức ăn trước khi ăn. Cho người bệnh uống nhiều nước giúp loãng đờm.

2.7. Quản lý khi người bệnh xuất viện

Phải hướng dẫn người bệnh và gia đình biết cách chăm sóc ống mở khí quản tại nhà gồm: thay băng, hút đờm, thay nòng trong, thay dây, ăn qua ống thông dạ dày. Người bệnh phải biết nơi mua ống mở khí quản và nơi trở lại thăm khám.

Tập cho người bệnh trước khi rút ống mở khí quản: Khuyến khích và hướng dẫn người bệnh tham gia tự thở qua mũi. Đầu tiên nên cho người bệnh che ống mở khí quản 5 – 20 phút tùy thuộc vào tình trạng hô hấp, sự tự tin của người bệnh. Sau đó tăng dần thời gian cho người bệnh thích nghi và giảm lo sợ, theo dõi tình trạng oxy trong máu người bệnh.

2.8. Chuẩn bị rút canule

Lượng giá khả năng thở, hiệu quả ho, phản xạ nuốt của người bệnh.

Phức trình bất kỳ triệu chứng bất thường nào của người bệnh cho bác sĩ.

Che lại lỗ mở khí quản và gia tăng thời gian che ống. Hướng dẫn người bệnh cách thở hít vào bằng mũi và thở ra bằng miệng khi che lỗ mở khí quản lại, cách khạc đờm, cách ho. Cung cấp thông tin cho người bệnh: sau khi rút người bệnh sẽ được băng kín vết thương nơi lỗ mở khí quản, nhưng nếu người bệnh có khó thở hay nhiều đờm nhớt thì vẫn có thể mở ra để thở. Người bệnh sẽ lành vết thương sau 1 – 2 tuần nếu chăm sóc và dinh dưỡng tốt. Kiểm tra lại và đảm bảo chắc chắn người bệnh thực hành được chăm sóc và an tâm sau khi rút canule.

Chuẩn bị dụng cụ cấp cứu hô hấp, hút đờm nhớt thật kỹ, tháo dây cố định an toàn, rút canule nhanh. Có thể hút đờm qua lỗ mở, cho người bệnh thở oxy, nằm ở tư thế Fowler hay ngồi dậy. Thực hiện công tác tư tưởng cho người bệnh như hướng dẫn người bệnh thở đều không hoảng sợ. Theo dõi hô hấp người bệnh sau rút canule 3 – 6 giờ. Theo dõi sát hô hấp cho đến khi người bệnh tự thở đều và không còn dấu hiệu khó thở, mức độ tăng tiết đờm nhớt, đánh giá lại tâm lý người bệnh, nên có mặt thường xuyên bên cạnh người bệnh để người bệnh không lo lắng, vì yếu tố tâm lý cũng ảnh hưởng đến hô hấp của người bệnh. Băng lại lỗ mở, kiểm tra và thay băng mỗi ngày, quan sát các dấu hiệu nhiễm trùng. Có thể thực hiện cho người bệnh thở oxy qua mũi. Điều dưỡng và nhân viên y tế thăm khám người bệnh lại.

3. BIẾN CHỨNG

3.1. Tắc nghẽn đường thở

Do cục máu đông trong những giờ đầu sau mổ, trong giai đoạn này điều dưỡng hút đờm 5 – 10 phút/lần để tránh máu cục làm tắc nghẽn đường thở.

3.2. Chảy máu

Nên quan sát và thăm khám để phát hiện chảy máu, thường có nguy cơ chảy máu trong những giờ đầu sau mổ. Theo dõi số lượng máu chảy và báo bác sĩ.

3.3. Tắc nghẽn đường thở do đờm nhớt

Hút đờm nhớt thường xuyên, nên nghe phổi trước và sau khi hút đờm. Vật lý trị liệu giúp tổng xuất đờm nhớt dễ dàng.

3.4. Tràn khí dưới da

Theo dõi khó thở, da phù nề, tiếng nổ dưới da khi thăm khám, người bệnh đau, theo dõi hô hấp và thực hiện phụ giúp bác sĩ dẫn lưu khí.

3.5. Nhiễm trùng chân mở khí quản

Nhận thấy vùng chung quanh chân nơi mở khí quản đỏ, sưng, đau phù nề, tiết dịch. Điều dưỡng rửa sạch vết thương và thay băng khi ẩm ướt, cấy mủ, thực hiện kháng sinh, theo dõi viêm phổi.

3.6. Viêm phổi

Hút đờm, bảo đảm hệ thống hút đờm vô trùng, hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, vệ sinh răng miệng sạch sẽ. Định kỳ thay ống mở khí quản hay khi ống bị nghẹt. Nghe phổi 2 giờ/1 lần, theo dõi nhiệt độ người bệnh thường xuyên.

3.7. Rò khí thực quản

Phòng ngừa bằng cách theo dõi áp lực bóng chèn, thay ống mở khí quản định kỳ. Biểu hiện rò nơi mở khí quản là người bệnh ăn sặc, thở khó.

3.8. Hẹp khí quản

Thường xuất hiện ở người bệnh đặt canule lâu ngày, sặc co sau khi rút ống mở khí quản ở trẻ em. Biểu hiện người bệnh thở khó, nói khó, thở có tiếng rít.

4. TAI BIẾN

Sút ống: nếu xảy ra trong 2 – 3 ngày đầu sau đặt thì rất nguy hiểm vì lỗ mở chưa tạo đường hầm. Nên khi người bệnh hít vào thì vết thương khít lại không cho không khí vào nhưng khi thở ra thì vết thương mở ra nên người bệnh thở rít, cố gắng thở. Trường hợp trên, điều dưỡng dùng kim banh rộng vết thương nơi mở khí quản, cho thở oxy, kêu người đến giúp. Chuẩn bị bộ mở khí quản và phụ giúp bác sĩ đặt lại mở khí quản. Theo dõi sát hô hấp sau khi đặt lại.

A – KỸ THUẬT THAY BĂNG MỞ KHÍ QUẢN

1. MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị được dụng cụ trên mâm mở khí quản.
2. Thực hành được kỹ thuật chăm sóc mở khí quản.

2. NHẬN ĐỊNH

2.1. Tình trạng người bệnh

Nhận định tổng trạng người bệnh.

Người bệnh có khó thở không ? Có cần trợ giúp thở không?

Người bệnh thở máy qua mở khí quản.

Nếu thở oxy: nên thay ống thở oxy 8 giờ/1 lần.

Có nhiều đờm không: màu sắc, số lượng, tính chất loãng, đặc, mùi.

Bệnh nhân có dễ bị kích thích không ?

2.2. Tình trạng nơi mở khí quản

Gạc che nơi chân mở khí quản có bẩn không ?

Loại mở khí quản: 1 nòng, 2 nòng.

Dây buộc có bẩn không ?

Da nơi mở khí quản bị đỏ, rôm lở, nhiễm trùng không ?...

Ghi hồ sơ:

Đờm: màu sắc, số lượng, tính chất loãng, đặc, mùi hôi.

Tình trạng bệnh nhân có kích thích không ?

Tình trạng chân da nơi mở khí quản.

3. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Theo dõi sát người bệnh trong quá trình hút đờm và chăm sóc mở khí quản.

Chăm sóc mở khí quản hết sức nhẹ nhàng. Khi người bệnh bị kích thích, thiếu oxy phải ngưng hút đờm ngay. Theo dõi người bệnh (có thể cho thở oxy) đến khi người bệnh ổn định mới hút đờm tiếp.

Khi chăm sóc mở khí quản điều dưỡng đứng ở hướng ngực và đầu người bệnh.

Thay dây mới cố định chắc chắn rồi mới cắt dây cũ...

Hút đờm nơi mở khí quản và mũi miệng bằng 2 ống hút riêng.

Nếu là Krisaberg 2 nòng thì vặn chốt và lấy nòng trong ra ngâm vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch oxy già và hút lại đờm nhớt nòng ngoài.

B – CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. DỤNG CỤ HÚT ĐỜM

Dụng cụ vô trùng (trong khay trải khăn vô trùng):

Gạc

Ống tiêm 5ml (nếu đờm đặc) 1 cái

Chén chung đựng nước muối sinh lý hoặc nước cất 2 cái

Ống hút đờm 2 ống

Dụng cụ vô trùng ngoài mâm

Ống thở oxy (nếu có): 1 ống

Ống hút đờm vô trùng

Găng tay vô trùng (số lượng găng = 1/2 số lượng ống hút)

Dụng cụ sạch

Kìm sạch để gấp băng bản.

Dụng cụ đựng rác.

Găng tay sạch.

Băng keo.

Kéo (nếu cần).

Máy hút đờm.

Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

2. DỤNG CỤ CHĂM SÓC MỞ KHÍ QUẢN

Dụng cụ vô trùng: (trong khay trải khăn vô trùng)

Kìm 2 cái

Kéo 1 cái

Bông sạch

Gạc nhỏ dùng để giữ ống mở khí quản khi chăm sóc: 5 – 6 miếng

Gạc lớn 10 x 10 cm: 4 miếng

1 miếng gạc thật mỏng che trên ống mở khí quản cho người bệnh thở không khí ẩm, che dị vật tránh rơi vào khí quản.

2 miếng gạc vừa để dưới chân canule phần ngực để phòng đờm nhớt văng ra.

1 miếng gạc dày để che chân canule

Chén chung đựng nước muối sinh lý 0,9% 1 cái

Chén chung đựng dung dịch sát trùng 1 cái

Dây cố định mở khí quản

Ống canule nòng trong cùng số (nếu là canule 2 nòng).

Dụng cụ sạch: dùng chung dụng cụ sạch của phần hút đờm.

Kìm sạch để gấp băng bản.

Bồn hạt đậu chứa oxy già (nếu là ống mở khí quản 2 nòng).

Găng tay sạch, túi rác y tế, băng keo, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

Thau đựng dung dịch sát khuẩn ngâm dụng cụ sau khi sử dụng.

C – QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC MỞ KHÍ QUẢN

1. Điều dưỡng báo và giải thích cho người bệnh về kỹ thuật sắp thực hiện.
2. Mang dụng cụ đến giường người bệnh.
3. Điều dưỡng nhận định chỉ số oxy trên máy thở (nếu người bệnh đang thở máy). Tăng chỉ số oxy cho người bệnh.
4. Gắn và thử máy hút đờm.
5. Điều dưỡng chuẩn bị tư thế cho người bệnh: điều dưỡng cho người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ người bệnh ngửa thẳng góc với trần nhà, giữ người bệnh kín đáo.
6. Bộc lộ nơi mở khí quản.
7. Cho người bệnh ngừng thở oxy: tắt nguồn oxy tạm thời, cho ống oxy cũ vào gạc hay túi rác. Trong trường hợp người bệnh có dấu hiệu khó thở hay cần thở oxy thì duy trì oxy cho người bệnh
8. Vỗ lưng người bệnh (nếu cần).
9. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.
10. Tiến hành hút đờm nhớt nơi mở khí quản, mũi, miệng.
11. Rửa tay nhanh và mang găng tay sạch.
12. Mở mâm vô trùng và chuẩn bị dụng cụ trong mâm: chuẩn bị gạc che chân mở khí quản và dây cố định mở khí quản, sắp xếp lại dụng cụ trong mâm.
13. Dùng kim sạch lấy băng bản cho vào túi rác, ngâm kim vào thau dung dịch sát khuẩn.
14. Đặt gạc lớn lên ngực người bệnh.
15. Dùng kim gấp bông rửa sạch mặt trên miệng canule, không lau khô, không sát trùng. Khi thực hiện kỹ thuật cần chú ý giữ yên canule để tránh người bệnh bị kích thích.
16. Tiếp tục rửa sạch mặt bên ngoài canule, lau khô, sát trùng.
17. Dùng kim gấp gạc trên ngực bỏ vào túi rác để tiến hành rửa da chung quanh và vùng da phía dưới canule.
18. Thay miếng gạc lớn mới lên ngực người bệnh để tiến hành thay dây cố định mới.
19. Kỹ thuật thay dây cố định mở khí quản: luôn luôn thay dây mới hoàn tất trước khi cắt dây cũ. Thay dây bên xa trước dây gần sau đối với tư thế đứng của người bệnh; sau khi xỏ dây vào 2 bên canule điều dưỡng dùng kim luồn dây bên xa qua bên gần của điều dưỡng. Tiến hành cột gút cạnh bên cổ người bệnh. Điều dưỡng cần cột gút đẹp và tránh gút nằm trên đường đi động mạch.
20. Sau khi cột xong sẽ tiến hành cắt dây cũ.
21. Sát trùng lại 2 đầu canule và da nơi dây cũ.
22. Gấp gạc trên ngực bỏ vào túi rác.
23. Sát trùng lại vùng da chung quanh trước khi tiến hành che chân mở khí quản.
24. Dùng kim đặt gạc che chân mở khí quản.
25. Đặt gạc thật mỏng vô trùng che lỗ trên canule và dùng băng keo cố định lại.
26. Thấm dung dịch nước muối làm ẩm gạc nếu người bệnh không có chỉ định thở oxy hay thở máy.
27. Báo và giải thích cho người bệnh là điều dưỡng đã hoàn tất kỹ thuật.
28. Cho người bệnh nằm ở tư thế thoải mái.
29. Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ.

Bảng 49.1. Bảng kiểm dụng cụ chăm sóc mở khí quản

STT	Dụng cụ	Số lượng
Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi soạn dụng cụ.		
DỤNG CỤ HÚT ĐỜM		
<i>Dụng cụ vô trùng</i> (trong khay trải khăn vô trùng)		
1	Gạc	
2	Ống tiêm 5ml (nếu đờm đặc)	1 cái
3	Chén chung đựng nước muối sinh lý hoặc nước cất	2 cái
4	Ống hút đờm	2 ống
<i>Dụng cụ vô trùng ngoài mâm</i>		
5	Ống thở oxy (nếu có)	1 ống
6	Ống hút đờm vô trùng	
7	Găng tay vô trùng (số lượng găng = 1/2 số lượng ống hút)	
<i>Dụng cụ sạch</i>		
8	Kìm sạch để gấp băng bản	
9	Dụng cụ đựng rác	
10	Băng keo, kéo (nếu cần)	
11	Máy hút đờm	
12	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	
DỤNG CỤ CHĂM SÓC MỞ KHÍ QUẢN		
<i>Dụng cụ vô trùng</i> (trong khay trải khăn vô trùng)		
1	Kìm	2 cái
2	Kéo	1 cái
3	Bông sạch	
4	Gạc nhỏ dùng để giữ ống mở khí quản khi chăm sóc	5 – 6 miếng
5	Gạc lớn 10 x 10 cm	4 miếng
6	Chén chung đựng nước muối sinh lý 0,9%	1 cái
7	Chén chung đựng dung dịch sát trùng	1 cái
8	Dây cố định mở khí quản	
9	Ống canule nòng trong cùng số (nếu là canule 2 nòng)	
<i>Dụng cụ sạch</i>		
10	Kìm	1 cái
11	Bồn hạt đậu chứa oxy già (nếu là ống mở khí quản 2 nòng)	1 cái
12	Găng tay sạch	1 đôi
13	Túi đựng rác y tế	
14	Băng keo	
15	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	
16	Thau đựng dung dịch sát khuẩn.	

Bảng 49.2. Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc mở khí quản

STT	Nội dung	Có	Không
1	Báo và giải thích cho người bệnh.		
2	Mang dụng cụ đến giường.		
3	Điều dưỡng nhận định chỉ số oxy trên máy thở (nếu người bệnh đang thở máy). Tăng chỉ số oxy cho người bệnh.		

4	Gắn và thử máy hút đờm.		
5	Điều dưỡng chuẩn bị tư thế cho người bệnh: điều dưỡng cho người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ người bệnh ngửa thẳng góc với trần nhà, giữ người bệnh kín đáo.		
6	Bộc lộ nơi mở khí quản.		
7	Cho người bệnh ngừng thở oxy: tắt nguồn oxy tạm thời, cho ống oxy cũ vào gạc hay túi rác.		
8	Vỗ lưng cho người bệnh (nếu cần).		
9	Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.		
10	Tiến hành hút đờm nhót nơi mở khí quản, mũi, miệng.		
11	Rửa tay nhanh và mang găng tay sạch.		
12	Mở mâm vô trùng và chuẩn bị dụng cụ trong mâm.		
13	Dùng kim sạch gấp băng bản cho vào túi rác.		
14	Đặt gạc lớn lên ngực người bệnh.		
15	Dùng kim gấp bông rửa sạch mặt trên miệng canule, không lau khô, không sát trùng.		
16	Rửa sạch bên ngoài canule, lau khô, sát trùng.		
17	Gấp gạc trên ngực người bệnh bỏ vào túi rác.		
18	Rửa sạch chân da nơi mở khí quản, lau khô, sát trùng.		
19	Đặt gạc lớn mới lên ngực người bệnh.		
20	Thay dây cố định mở khí quản.		
21	Sát trùng lại 2 đầu canule và da chung quanh canule.		
22	Gấp gạc trên ngực người bệnh bỏ vào túi rác.		
23	Sát trùng lại chân da.		
24	Đặt gạc dày che chân mở khí quản.		
25	Đặt gạc mỏng vô trùng che lỗ trên canule.		
26	Thấm dung dịch nước muối làm ẩm gạc.		
27	Cho người bệnh nằm ở tư thế thoải mái.		
28	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 lợi ích của việc mở khí quản ra da:

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 5 nguyên nhân đưa đến nguy cơ giảm trao đổi khí:

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.

3. Nêu 2 nguyên nhân dẫn đến nhiễm trùng phổi do lỗ mở khí quản ra da:

- A.
 B.

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

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
4.	Áp lực bóng chèn của ống mở khí quản là 30mmHg.		
5.	Cần cho người bệnh mở khí quản thở oxy 100% trước khi hút đờm.		
6.	Trước khi rút mở khí quản nên hướng dẫn cho người bệnh cách thở qua mũi.		
7.	Nếu đờm nhớt quá đặc điều dưỡng nên bơm 10ml nước muối đẳng trương hay nước cất vào canule trước khi hút.		
8.	Cần bơm bóng chèn của ống mở khí quản sau khi ăn.		
9.	Người bệnh khó thở nên cho ăn nhỏ giọt qua ống thông dạ dày.		
10.	Cần cho người bệnh mở khí quản uống nhiều nước.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Knowledge Base for Patients with Respiratory Dysfunction, chapter 14, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 563 – 567.

2. Adele A. Large, Leslie A. Hoffman, Upper Respiratory Problems, chapter 24, section 8, Medical Surgical Nursing, four Edition, Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 603 – 610.

3. Debra C. Broadwell, ear nose and throat, chapter 7, Mosby's Manual of Clinical Nursing, Jun M. Thompson – Gertrude K. McFarland – Jane E. Hirsch – Susan M. Tucker – Arden C. Bowers, second Edition, the C.V. Mosby Company, 723 – 726.

4. Mở khí quản và người bệnh chăm sóc mở khí quản, 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, 113 – 117.

Bài 50

CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được các kiểu hậu môn nhân tạo.
2. Trình bày được các chỉ định làm hậu môn nhân tạo.
3. Trình bày được biến chứng cấp, sớm, muộn của hậu môn nhân tạo.
4. Chuẩn bị được người bệnh trước mổ.
5. Chăm sóc được người bệnh có hậu môn nhân tạo.
6. Thực hành được kỹ thuật chăm sóc hậu môn nhân tạo.

I. HẬU MÔN NHÂN TẠO

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. PHÂN LOẠI HẬU MÔN NHÂN TẠO

2.1. Hậu môn nhân tạo tạm thời

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

2.2. Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn

Là trường hợp đưa đại tràng ra da và người bệnh đại tiện qua hậu môn nhân tạo suốt đời. Thường gặp ở bệnh lý ung thư trực tràng đoạn thấp phải làm phẫu thuật Miles, phẫu thuật Hartmann, ung thư đại trực tràng.

3. CÁC KIỂU LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

3.1. Hậu môn nhân tạo kiểu quai (loop – colostomy)

Là đưa một quai đại tràng ra da và có 1 que thủy tinh xỏ ngang để giữ không cho quai ruột tụt vào trong ổ bụng.

3.2. Hậu môn nhân tạo kiểu tận (end – colostomy)

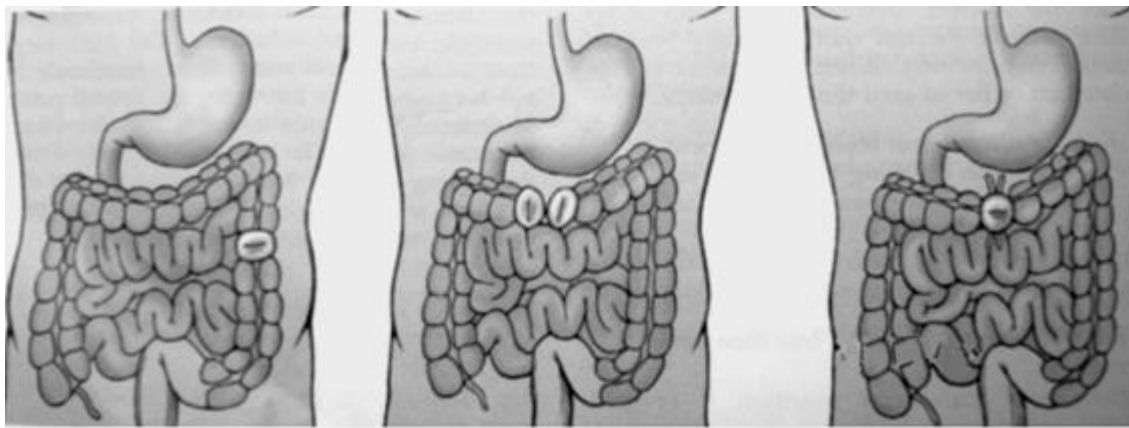
Là loại hậu môn mà toàn bộ đường kính của ruột được đưa ra ngoài thành bụng để thoát phân. Hậu môn nhân tạo kiểu tận có thể có *một nòng* chỉ đưa đầu trên ra ngoài bụng để tháo phân, hoặc *cả hai nòng* đầu gần và đầu xa của đại tràng đều được đưa ra ngoài da. Thường là hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

3.3. Hậu môn nhân tạo có cựa

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

3.4. Hậu môn nhân tạo có cầu da

(Hiếm gặp) đưa 2 đầu ruột ra 2 nơi trên thành bụng, đầu trên ra phân, đầu dưới ra dịch ruột.



a) 1 nòng

b) 2 nòng

c) Kiểu quai

Hình 50.1. Hậu môn nhân tạo

4. CHỈ ĐỊNH LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

4.1. Bảo vệ thương tổn

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

Chỉ định trong các trường hợp:

Ung thư đại tràng trong giai đoạn trễ không còn khả năng cắt bỏ.

Viêm loét nặng đại trực tràng chảy máu nhiều.
 Rò trực tràng – âm đạo hay trực tràng – bàng quang.
 Vết thương trực tràng ngoài phúc mạc.
 Vết thương ở đoạn đại tràng cố định.

4.2. Thoát phân khi có tắc

Trong các trường hợp:
 Dị dạng hậu môn trực tràng.
 Phình to đại tràng tiên thiên (bệnh Hirschprung).
 Tắc ruột do ung thư đại trực tràng.
 Chít hẹp đại tràng.

4.3. Làm sạch đại tràng

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

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Biến chứng sớm

Chảy máu từ mạc treo đại tràng đưa ra hay trên thành đại tràng.
 Hoại tử ruột khi thấy đoạn ruột đưa ra bị tím đen.
 Tụt hậu môn nhân tạo gây viêm phúc mạc (nếu tụt vào trong ổ bụng) hoặc gây nhiễm trùng thành bụng (nếu tụt vào thành bụng).
 Lòi ruột.
 Nhiễm trùng vết mổ.
 Tắc ruột.
 Thủng đại tràng thì thường do đầu canule đặt vào hậu môn nhân tạo để thụt tháo phân.



Hình 50.2. Đặt túi hậu môn nhân tạo



Hình 50.3. Hậu môn nhân tạo 2 nòng

5.2. BIẾN CHỨNG MẠN TÍNH

Viêm thanh mạc đại tràng.
 Hẹp hậu môn nhân tạo.

Thiếu máu, hoại tử lỗ mở.
Thoát vị thành bụng.
Sa niêm mạc hậu môn nhân tạo.
Rò hậu môn nhân tạo.
Đại tiện không tự chủ.



Hình 50.4. Sa niêm mạc hậu môn nhân tạo



Hình 50.5. Hẹp miệng hậu môn nhân tạo

II. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ CÓ MỔ HẬU MÔN NHÂN TẠO

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Nhận định mức độ lo sợ của người bệnh, mức độ hiểu biết về hậu môn nhân tạo mà người bệnh sẽ mang sau mổ. Nhận định khả năng thích nghi của người bệnh. Nhận định mức độ hiểu biết về cách chăm sóc hậu môn nhân tạo. Quan sát những dấu hiệu từ chối, lo sợ, giận dữ.

Nhận định mức độ hiểu biết của người thân nhất là chồng hay vợ về tâm lý, mức độ chấp nhận.

Nắm rõ tình trạng bệnh lý của người bệnh là làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn hay tạm thời.

Nhận định vị trí làm hậu môn nhân tạo trên thành bụng cho người bệnh, thường căn cứ vào tình trạng bệnh lý hay người bệnh béo hay gầy.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Lo âu về cuộc mổ sắp đến và về chẩn đoán ung thư

Thường tâm lý người bệnh trải qua các giai đoạn từ chối, giận dữ, không chấp nhận phẫu thuật, trầm cảm. Lượng giá những phản ứng xúc cảm của người bệnh và gia đình. Khuyến khích người bệnh phát biểu cảm xúc. Hiểu chẩn đoán bệnh và lượng giá người bệnh nhận thức tới đâu về bệnh trạng của họ, lắng nghe tâm trạng, nguyện vọng của người bệnh. Cho người bệnh nói chuyện với người đã phẫu thuật hậu môn nhân tạo thành công.

Hỗ trợ tâm lý trước mổ

Có chương trình giáo dục người bệnh bằng các tư liệu, bài giảng, vật trưng bày, nên cung cấp thông tin về cuộc mổ. Giáo dục về mặt sức khỏe như cách chăm sóc hậu môn nhân tạo, cách sinh hoạt hằng ngày sau

mồ, chế độ ăn uống, tắm rửa, thay băng, hoạt động xã hội, công việc, sinh hoạt tình dục.

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

Nâng cao thể trạng người bệnh như cho ăn chế độ nhiều calo như cá, thịt xay nhuyễn, sữa, ăn ít chất xơ trước mổ. Thực hiện truyền dịch trong trường hợp người bệnh cần nhịn ăn.

Chống nhiễm trùng vì thực hiện khâu nối trên ruột, hơn nữa trong lòng ruột có nhiều vi khuẩn nên nguy cơ nhiễm trùng cao. Điều dưỡng thực hiện thuốc chống nhiễm khuẩn đường ruột vài ngày trước mổ, kháng sinh dự phòng trước mổ.

Đặt ống thông mũi – dạ dày: trong mổ chương trình, đặt thông mũi dạ dày giúp giảm bớt căng chướng ruột và dễ dàng khâu nối trên ruột. Trong mổ cấp cứu giúp ruột bớt tắc, hút dịch và hơi trong ruột giúp giảm tình trạng căng giãn có nguy cơ hoại tử ruột cao.

Làm sạch đại tràng: trong trường hợp mổ chương trình do tình trạng bệnh lý như ung thư nên việc phân còn rất nhiều trong lòng ruột hay còn phân cứng điều dưỡng cần thực tháo nhiều ngày và thực hiện ngày 2 lần vào ngày trước mổ, hay cho người bệnh uống thuốc rửa ruột vào ngày trước mổ nhưng lưu ý cẩn thận trọng trong trường hợp người bệnh có tắc ruột. Trong trường hợp mổ cấp cứu thì việc thực tháo hoàn toàn không thực hiện được.

Xác định vị trí của lỗ mổ hậu môn nhân tạo: đây là nhiệm vụ của điều dưỡng, vì là người trực tiếp chăm sóc và hướng dẫn người bệnh. Vị trí lỗ mổ thường là vị trí ở ngoài cơ thẳng bụng, vị trí lỗ mổ nên nằm trong tầm nhìn và tầm tay của người bệnh và trên mặt da phẳng. Vị trí lỗ mổ nên tránh là đường thắt lưng, vùng da lõm xẹp nếp, sẹo mổ cũ, vùng có thoát vị, vùng có xương gồ lên, rốn, vùng chịu ảnh hưởng của tia xạ. Cần cách xa vết mổ, nằm dưới dòng của dẫn lưu và cách xa dẫn lưu để tránh dòng phân chảy qua dẫn lưu gây nhiễm trùng.

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

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

III. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

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

1.1. Tuần hoàn máu

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

1.2. Vùng da xung quanh lỗ mổ

Da có bị rôm lở, đỏ, xì rò phân. Tránh dùng các chất sát trùng vì có thể gây dị ứng. Dùng túi hứng phân thích hợp, thay túi đều, lỗ cắt phải vừa, tránh quá rộng hay quá hẹp, cọ sạch lòng nơi vùng dán túi, tránh để người bệnh đau khi tháo túi hay lỏng ngăn cản keo dính da.

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

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

Nhận định tình trạng hoạt động của nhu động ruột.

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

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

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

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

Người bệnh có hậu môn nhân tạo chưa xẻ miệng thì hậu môn nhân tạo sẽ được phẫu thuật viên bao phủ bằng gạc thấm vaselin. Nếu máu thấm ướt băng điều dưỡng chỉ thay lớp băng ngoài, 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. Thường sau 48 giờ thì xẻ miệng hay mở miệng hậu môn nhân tạo. Sau khi xẻ miệng điều dưỡng cần rửa sạch phân trào ra, quần gạc thấm vaselin quanh dưới chân ruột (ngừa phân đổ vào ổ bụng). Người bệnh có hậu môn nhân tạo đã xẻ miệng, trong vài ngày đầu nên bôi chất oxit kẽm lên da quanh hậu môn nhân tạo ngừa rôm lở da nếu không dùng túi dán hậu môn. Tốt nhất là nên dùng túi dán hậu môn nhân tạo để giúp người bệnh sạch sẽ, thoải mái, tránh phân tràn ra ổ bụng gây viêm loét da, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng dẫn lưu. Trong trường hợp có túi phân, điều dưỡng cần lưu ý tránh cắt miệng túi quá rộng sẽ làm tổn thương da do phân tràn ra, nếu quá hẹp sẽ làm tổn thương niêm mạc ruột.

Nếu hậu môn nhân tạo bên phải, hay đưa ruột non ra da điều dưỡng cần theo dõi sự mất nước và càng chú ý hơn việc phòng ngừa lở loét da cho người bệnh vì đây là loại chất dịch mang tính chất kiềm có thể gây bỏng rát vùng da quanh chân hậu môn nhân tạo.

Sau khi xẻ miệng hậu môn nhân tạo thì ruột có thể phù nề hay chướng, điều dưỡng cần theo dõi màu sắc niêm mạc hậu môn nhân tạo. Nếu phân quá cứng không ra được, điều dưỡng có thể mang găng tắm chất trơn nhẹ nhàng vào miệng hậu môn nhân tạo để lấy phân ra hoặc dùng ống thông hậu môn bơm 100 – 200ml nước muối sinh lý để kích thích nhu động ruột và làm mềm phân. Rất thận trọng khi thụt tháo qua niêm mạc hậu môn nhân tạo trong những ngày đầu sau mổ vì tình trạng niêm mạc ruột phù nề nên nguy cơ thủng ruột là rất cao. Chỉ nên dùng dụng cụ thụt tháo hậu môn nhân tạo. Ống cao su hoặc que thủy tinh giữ cố định quai ruột ở thành bụng, trong trường hợp hậu môn nhân tạo có quai sẽ được rút sau 5 – 7 ngày.

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

Tâm lý: khi chăm sóc điều dưỡng nên tế nhị, giải thích để tránh người bệnh bị mặc cảm và hướng dẫn người bệnh cách hoà nhập vào cuộc sống, giúp người bệnh lấy lại niềm tin trong cuộc sống. Điều dưỡng cung cấp những thông tin sách báo về cách chăm sóc hậu môn nhân tạo cho người bệnh.

Tạo tính độc lập: hướng dẫn người bệnh cách rửa, thay túi đựng phân ngay tại bệnh viện, nên hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc túi đựng phân với tất cả các loại túi, cách thay, cách lắp túi phân, cách pha dung dịch, cách làm túi đựng phân tự tạo, cách rửa và chăm sóc hậu môn nhân tạo. Hướng dẫn người bệnh tránh đặt túi khi có nếp nhăn bụng. Khi dán túi mà thấy có nếp nhăn trên keo thì có thể túi bị rò nên thay túi khác. Tránh để túi quá đầy mới thay hay mới tháo phân vì nếu quá đầy sẽ dễ sút túi hay tuột da nơi đặt túi.

Phòng ngừa lở da: giúp người bệnh ngăn ngừa loét da chung quanh chân hậu môn nhân tạo như đặt túi vừa sát hậu môn nhân tạo, tránh rò ở nơi keo dán túi, cạo lông xung quanh da nơi chân hậu môn nhân tạo giúp túi dán không bị tróc.

Tập điều chỉnh chức năng hậu môn nhân tạo: người bệnh có hậu môn nhân tạo thường phải mang ít nhất 2 đến 3 tháng hay có thể là vĩnh viễn vì thế mà điều dưỡng cần giúp người bệnh đi đại tiện đúng giờ để người bệnh có thể sinh hoạt, làm việc mà không bị hậu môn nhân tạo gây khó khăn. Tùy theo sinh hoạt của người bệnh, điều dưỡng có thể tập cho người bệnh đi đại tiện đúng giờ thích hợp bằng cách thụt tháo mỗi ngày đúng giờ, ví dụ nếu người bệnh cần đi làm vào buổi sáng thì nên thụt tháo sạch vào đêm trước cho sạch phân

và sau đó lắp túi lại, tập tối thiểu một tuần cũng giúp cho nhu động ruột làm quen với việc đi cầu.

Dinh dưỡng: khuyên người bệnh ăn những thức ăn ít chất xơ trong 4 – 6 tuần sau mổ. Sau đó cho người bệnh ăn chất có nhiều đường và protein cao trong thời gian sau.

Chú ý hai vấn đề: đủ dinh dưỡng và thức ăn có ảnh hưởng đến chức năng của hậu môn nhân tạo, khuyên người bệnh uống nhiều nước, nhai kỹ thức ăn, ăn chậm, ăn những thức ăn giàu dinh dưỡng. Cần cân nhắc đối với:

Những thức ăn dễ táo bón: phomát, đậu, chocolat, ngô, nho.

Những thức ăn nhuận tràng: trái cây, đậu xanh, gan,...

Những thức ăn nhiều gia vị: tiêu, tỏi, ớt, hành,...

Những thức ăn tạo hơi: bông cải, đậu, bưởi, dưa chuột, hột mít,...

Những thức ăn tạo mùi: mít, sầu riêng, củ kiệu, mắm, trứng, cá, thịt.

Thức ăn khử mùi: sữa chua.

Nên nhớ rằng đối với những người lớn chịu uống sữa và sản phẩm của sữa nên hạn chế nếu có hậu môn nhân tạo.

Đối với lở mồm hời tràng ra da cần chú ý mất nước và rối loạn điện giải. Không nên dùng các chất kích thích nhu động ruột như thuốc xổ.

Vận động: tránh làm việc nặng khi đang mang hậu môn nhân tạo hay mới đóng hậu môn nhân tạo.

Vệ sinh thân thể: người bệnh vẫn tắm rửa bình thường nhưng tránh chà xát xà phòng lên hậu môn nhân tạo. Sau khi tắm có thể mang túi mới sạch sẽ. Khi tắm tránh để tia nước vòi sen tưới trực tiếp lên hậu môn nhân tạo. Tránh dùng khăn hay gạc quá cứng để lau khô niêm mạc hậu môn.

Hướng dẫn người bệnh khám lại: trong trường hợp hậu môn nhân tạo tạm thời, thường người bệnh sẽ được hẹn tái khám đóng lại hậu môn nhân tạo sau

2 – 3 tháng (hoặc thời gian ngắn hơn nếu là ruột non). Ngoài ra, nên hướng dẫn người bệnh đến bệnh viện ngay nếu thấy chảy máu, không ra phân, chướng bụng, đau bụng. Nếu người bệnh mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn, điều dưỡng cũng nên hướng dẫn người bệnh tái khám định kỳ.

2.3. Người bệnh đau sau phẫu thuật

Giảm đau: thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh, tạo môi trường thư giãn, thăm viếng và điện thoại. Giúp người bệnh có tư thế thoải mái, thay đổi tư thế, kỹ thuật thư giãn.

Hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy, đi lại, vận động.

2.4. Nhu động ruột kém phục hồi sau mổ

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

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

Điều dưỡng cần gặp người chồng hay vợ, bạn tình của người bệnh, trao đổi với họ về tình trạng hậu môn nhân tạo của người bệnh, cách chăm sóc. Hướng dẫn người bệnh vẫn có thể quan hệ tình dục được nếu như bản thân người bệnh hay người phối ngẫu trợ giúp người bệnh đại tiện sạch phân và mang túi phân trống và sạch, quan hệ thay đổi tư thế phù hợp. Giúp người phối ngẫu làm quen với túi hậu môn nhân tạo và hậu môn nhân tạo của người bệnh. Gặp gỡ 2 người để giúp họ trao đổi những thắc mắc và khuyên họ nên gặp chuyên gia về hậu môn nhân tạo.

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

Điều kiện đóng hậu môn nhân tạo:

Thường sau 2 – 3 tháng (hay sớm hơn tùy vào tình trạng bệnh).

Đoạn dưới phải thông.

Chung quanh miệng hậu môn nhân tạo không nhiễm trùng.

Chuẩn bị đóng hậu môn nhân tạo: chuẩn bị trước 3 ngày, phải đảm bảo đại tràng sạch và không nhiễm trùng.

Chế độ ăn, chuyển dần từ chế độ ăn đặc sang lỏng. Ngày đầu ăn cơm, ngày thứ hai ăn cháo, ngày thứ ba uống sữa hoặc trà đường. Chiều tối hôm trước mổ nhịn ăn uống hoàn toàn để sáng hôm sau mổ.

Thụt tháo ở hậu môn nhân tạo xuống hậu môn thật ngày một lần (2 ngày trước mổ); ngày 2 lần (ngay trước ngày mổ). Thụt tháo với nước muối sinh lý là tốt nhất. Chú ý, lượng nước chảy ra nên bằng hay nhiều hơn số lượng nước cho vào. Khi thụt tháo nếu người bệnh đau bụng hay chảy máu nên báo bác sĩ ngay.

Rửa sạch đại tràng: uống dung dịch Fortrans (polyethylene glycol) một ngày trước với 3 gói, mỗi gói pha một lít nước, điều dưỡng cần bảo đảm sạch phân trong lòng ruột. Thực hiện kháng sinh đường ruột, kháng sinh dự phòng trước mổ.

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

Bục xì miệng nối hậu môn nhân tạo: gây viêm phúc mạc hay rò tiêu hoá khu trú. Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu rò phân qua vết mổ hay lỗ đóng hậu môn nhân tạo, nhiệt độ, đau bụng, tình trạng mất nước. Nếu rò ít thường điều trị bằng cách chăm sóc da tránh nhiễm trùng, viêm loét, nâng cao dinh dưỡng tốt giúp lành nơi rò.

Chảy máu miệng nối hay ở thành bụng: báo bác sĩ để khâu cầm máu.

Hẹp miệng nối hậu môn nhân tạo: thường xảy ra do phẫu thuật, khuyên người bệnh tránh tăng cân trong thời gian có hậu môn nhân tạo vì nếp da cũng làm cho miệng hậu môn nhân tạo hẹp lại và cũng do sẹo co rút. Điều dưỡng theo dõi tình trạng táo bón, rặn khi đi đại tiện, số lần đi đại tiện, nên có chế độ ăn tránh táo bón, uống nhiều nước. Nếu người bệnh hẹp quá nhiều và có biến chứng thường phải được phẫu thuật để sửa miệng nối nếu là hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

Tắc ruột: đây là biến chứng thường xảy ra cho người bệnh. Điều dưỡng cần giúp người bệnh phòng ngừa bằng cách cho người bệnh đi bộ, tập luyện...

Nhiễm trùng vết mổ: thành bụng, chỗ đóng hậu môn nhân tạo nên thay băng khi thấm dịch.

LƯỢNG GIÁ

Người bệnh tham gia sinh hoạt trong gia đình, xã hội, công việc một cách tự tin.

Người bệnh tự chăm sóc hậu môn nhân tạo thành thạo.

Người bệnh đến tái khám đóng hậu môn nhân tạo không bị tai biến.

A – KỸ THUẬT THAY BĂNG HẬU MÔN NHÂN TẠO

MỤC TIÊU

Thực hiện được kỹ thuật thay túi hậu môn nhân tạo.

I. MỤC ĐÍCH

Chăm sóc hậu môn nhân tạo sạch.

Ngừa rôm lở da chung quanh hậu môn nhân tạo.

Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc hậu môn nhân tạo.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi túi hậu môn nhân tạo đầy 2/3 túi chứa phân.

Khi phân quá bản.
Sau khi người bệnh tắm.

3. NHẬN ĐỊNH

3.1. Tình trạng người bệnh

Người bệnh phẫu thuật ngày thứ mấy ?
Trên bụng có dẫn lưu không ?
Vết mổ vô trùng hay có dấu hiệu nhiễm trùng ?

3.2. Hậu môn nhân tạo

Vị trí hậu môn nhân tạo ? Kiểu nào ?
Hậu môn nhân tạo mở miệng ngày thứ mấy ?
Màu sắc niêm mạc hậu môn nhân tạo ?
Quan sát tình trạng phân ?
Quan sát da chung quanh hậu môn nhân tạo ?
Loại túi người bệnh đang sử dụng ?

4. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Che chở kỹ vết mổ tránh phân tràn qua. Nếu vết mổ ướt hay bẩn nên thay băng trước, băng kín lại vết mổ. Nếu hậu môn nhân tạo quá bẩn tràn sang vết mổ điều dưỡng nên rửa sạch hậu môn nhân tạo trước, sau đó điều dưỡng soạn mâm vô khuẩn khác để thay băng vết mổ.

Đối với hậu môn nhân tạo mới mở miệng vào những ngày đầu điều dưỡng nên quấn chân hậu môn nhân tạo bằng gạc vaselin. Nếu lỗ mở hồi tràng ra da nên phòng ngừa rôm lở da tích cực, chú ý bù nước và điện giải cho người bệnh. Que thủy tinh rút 5 – 6 ngày sau mổ.

Hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà, cho người bệnh tự thực tập có mặt điều dưỡng. Tập đại tiện đúng giờ. Giúp người bệnh tự tin và cùng tham gia vào sinh hoạt gia đình, xã hội, công việc, vui chơi giải trí.

Hướng dẫn về dinh dưỡng, tái khám đúng hẹn hay khi có dấu hiệu bất thường.

B – CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi soạn dụng cụ.

Dụng cụ vô trùng (trong khay trải khăn vô khuẩn)

Kìm	2 cái
Chén chung	2 cái
1 chén đựng dung dịch sát trùng (chú ý nếu có rôm lở da không nên sử dụng cồn Iode)	
1 chén đựng nước muối sinh lý 0,9%	
Bông sạch	
Gạc	

Dụng cụ sạch

Túi đựng phân – thước đo – bút vẽ	
Kéo cắt túi đựng phân	1 cái
Bồn hạt đậu	1 cái
Găng tay sạch	2 đôi
Vải trải cao su	

Chai dung dịch rửa tay nhanh

Túi rác y tế

Thau đựng dung dịch sát khuẩn ngâm dụng cụ sau khi đã sử dụng

C – QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG HẬU MÔN NHÂN TẠO

1. Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh, báo và giải thích cho người bệnh.
2. Cho người bệnh nằm nghiêng về phía hậu môn nhân tạo để phân không tràn vào vết mổ.
3. Đặt tấm lót dưới hậu môn nhân tạo.
4. Kê bồn hạt đậu dưới hậu môn nhân tạo để hứng phân.
5. Sát khuẩn tay nhanh và mang găng tay sạch.
6. Gỡ túi đựng phân, quan sát và đánh giá tính chất phân, số lượng phân, phân, gom tất cả lại gọn gàng và bỏ vào túi rác y tế.
7. Tháo bỏ găng tay.
8. Mang găng tay sạch mới.
9. Mở mâm vô trùng và sắp xếp lại dụng cụ trong mâm.
10. Rửa niêm mạc hậu môn nhân tạo bằng nước muối sinh lý vô trùng từ chỗ sạch đến chỗ bẩn, từ cao xuống thấp, lau khô hậu môn nhân tạo bằng cách dùng gạc chấm nhẹ lên niêm mạc ruột và xoay nhẹ lên hậu môn nhân tạo (chú ý: không làm tổn thương niêm mạc, không sử dụng dung dịch có màu hay dung dịch oxy già rửa lên niêm mạc hậu môn nhân tạo vì sẽ làm mất màu thật của niêm mạc hay gây tổn thương niêm mạc), không lau khô, không sát trùng. Nếu còn phân trên miệng hậu môn nên dùng vải thưa lấy sạch trước khi rửa niêm mạc hậu môn.
11. Rửa da xung quanh chân hậu môn nhân tạo bằng nước muối sinh lý, từ chân hậu môn nhân tạo rộng ra 5cm.
12. Dùng gạc lau khô da.
13. Sát trùng da xung quanh chân hậu môn nhân tạo rộng ra 5cm. Nếu có rôm lở da thì không dùng dung dịch cồn. Điều dưỡng bôi chất ngừa rôm lở da nếu thay băng bằng túi tự tạo. Nếu thay băng bằng túi dán thì nên sử dụng dung dịch sát trùng bay hơi nhanh để da thật khô mới được dán túi.
14. Đo túi hậu môn (chú ý: rìa miệng túi phải cách niêm mạc ruột 1 – 2cm) – vẽ và cắt túi theo kích thước đã đo.
15. Đặt bồn hạt đậu qua một bên, gấp tấm lót dưới hậu môn nhân tạo che lại phần bị ướt.
16. Dán túi đựng phân, nếu người bệnh đi đứng được thì đặt túi theo chiều dọc thành bụng, nếu người bệnh nằm thì đặt túi theo chiều ngang, nếu người bệnh đi và nằm bằng nhau nên đặt túi xéo xuống chân một góc 45⁰.
17. Lấy bồn hạt đậu hứng phân để vào tầng dưới xe dụng cụ, gấp gọn tấm lót dưới hậu môn nhân tạo cho vào túi rác y tế.
18. Tháo găng tay sạch cho vào túi rác y tế.
19. Cho người bệnh nằm thoải mái, báo cho người bệnh biết việc đã xong.
20. Thu dọn và xử lý dụng cụ.
21. Ghi hồ sơ: tình trạng niêm mạc, số lượng phân, màu sắc phân, tình trạng da chung quanh hậu môn nhân tạo, những than phiền của người bệnh.

Bảng 50.1. Bảng kiểm dụng cụ thay băng hậu môn nhân tạo

STT	Dụng cụ	Số lượng
	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi soạn dụng cụ.	
	<i>Dụng cụ vô trùng</i> (trong khay trải khăn vô khuẩn)	

	Kìm	2 cái
	Chén chung chứa: Dung dịch sát trùng (chú ý nếu có rôm lở da không nên sử dụng cồn Iode). Nước muối sinh lý 0,9%	1 chén 1 chén
	Bông sạch	
	Gạc	
Dụng cụ sạch		
	Túi đựng phân	1 cái
	Thước đo	1 cái
	Bút viết	
	Kéo cắt túi đựng phân	1 cái
	Bồn hạt đậu	1 cái
	Găng tay sạch	2 đôi
	Vải trải cao su	1 tấm
	Chai dung dịch rửa tay nhanh	
	Túi rác y tế	
	Thau đựng dung dịch sát khuẩn ngâm dụng cụ sau khi đã sử dụng	1 cái

Bảng 50.2. Bảng kiểm kỹ thuật thay băng hậu môn nhân tạo

STT	Nội dung	Có	Không
1	Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh, báo và giải thích cho người bệnh.		
2	Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện.		
3	Đặt tấm lót dưới hậu môn nhân tạo.		
4	Kê bồn hạt đậu dưới hậu môn nhân tạo.		
5	Sát khuẩn tay nhanh và mang găng tay sạch.		
6	Gỡ túi đựng phân, quan sát và đánh giá tính chất phân, số lượng phân, gom tất cả lại gọn gàng và bỏ vào túi rác y tế.		
7	Tháo bỏ găng tay bẩn.		
8	Mang găng tay sạch mới.		
9	Mở mâm vô trùng và sắp xếp lại dụng cụ trong mâm.		
10	Rửa niêm mạc hậu môn nhân tạo.		
11	Rửa da xung quanh chân hậu môn nhân tạo rộng ra 5cm.		
12	Dùng gạc lau khô da.		
13	Sát trùng da xung quanh chân hậu môn nhân tạo rộng ra 5cm.		
14	Đo túi hậu môn, vẽ và cắt túi theo kích thước đã đo.		
15	Dời bồn hạt đậu sang một bên, gấp tấm lót dưới hậu môn nhân tạo che lại phân bị ướt.		
16	Dán túi đựng phân.		
17	Dọn bồn hạt đậu và tấm lót dưới hậu môn nhân tạo.		
18	Tháo găng tay sạch cho vào túi rác y tế.		
19	Cho người bệnh nằm lại thoải mái, báo cho người bệnh biết việc đã xong.		
20	Thu dọn và xử lý dụng cụ.		

21	Ghi hồ sơ.		
----	------------	--	--

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 3 điều kiện đóng hậu môn nhân tạo:

- A.
 B.
 C.

2. Nêu 5 biến chứng sau đóng hậu môn nhân tạo:

- A.
 B.
 C.
 D.

E.

3. Nêu 3 chỉ định làm hậu môn nhân tạo:

- 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	Cần ngăn ngừa rôm lở da tích cực cho người bệnh có hậu môn nhân tạo bên phải.		
5	Không ăn chất xơ ở người bệnh có hậu môn nhân tạo.		
6	Thân nhân là người phải tập chăm sóc, thay túi cho người bệnh.		
7	Người bệnh có hậu môn nhân tạo không ăn thức ăn có nhiều gia vị.		
8	Không được tắm rửa khi có hậu môn nhân tạo.		
9	Gạc băng ở hậu môn nhân tạo chưa xê miệng cần thay băng sau mổ.		
10	Người bệnh cần tập luyện đi đại tiện đúng giờ bằng thụt tháo.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Knowledge base for Patients with gastrointestinal Dysfunction, Colostomy, chapter 21, Unit 7, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 1003 – 1016.

2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck, Problems of Absorption and Elimination, chapter 40, section 8, Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1242 – 1250.

3. Debra C. Broadwell, Gastrointestinal System, chapter 8, Mosby's Manual of Clinical Nursing, Jun M. Thompson – Gertrude K. McFarland – Jane E. Hirsch – Susan M. Tucker – Arden C. Bowers, second Edition, the C, V, Mosby Company, 860 – 865.
4. Hậu môn nhân tạo và Chăm sóc người bệnh hậu môn nhân tạo, 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, 48.
5. Nguyễn Đình Hồi, Hậu môn nhân tạo, Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1998, 239.

Bài 51

CHĂM SÓC DẪN LƯU MÀNG PHỔI VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chức năng sinh lý màng phổi.
2. Trình bày được hệ thống ống dẫn lưu màng phổi.
3. Chăm sóc được người bệnh có dẫn lưu màng phổi.
4. Phòng ngừa được các biến chứng sau khi đặt dẫn lưu màng phổi.

I. DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

Màng phổi gồm 2 lá: lá thành và lá tạng, giữa 2 lá là khoang ảo.

Màng phổi có 3 chức năng:

Chức năng bài tiết: màng phổi tiết ra ít chất dịch giúp cho 2 lá màng phổi trượt lên nhau dễ dàng trong động tác thở.

Chức năng hấp thu: khi dịch hay khí tràn vào khoang màng phổi nếu ít sẽ được hấp thu. Sự hấp thu mạnh nhất là nhờ mạng lưới mạch bạch huyết.

Chức năng cơ học: là trạng thái chân không ở khoang màng phổi giúp cho 2 lá phổi sát vào nhau và nhờ đó luôn luôn nở ra tới thành ngực. Nó tạo áp lực $-5\text{cmH}_2\text{O}$ khi thở ra và $-20\text{cmH}_2\text{O}$ khi hít vào. Vì thế khi khoang màng phổi có bất kỳ lỗ thủng nào cũng làm cho không khí tràn vào khoang màng phổi và làm mất trạng thái âm tính, phổi sẽ co lại, chức năng hô hấp bị rối loạn. Khi ho mạnh thì áp lực trong màng phổi tụt xuống $-50\text{cmH}_2\text{O}$ và sau đó tăng vọt lên $60\text{cmH}_2\text{O}$.

2. GIỚI THIỆU HỆ THỐNG DẪN LƯU

2.1. Hệ thống một bình

2.1.1. Ống dẫn lưu

Chất liệu: ngày nay người ta thường dùng loại ống Argyle bằng chất liệu PVC được tráng một lớp silicon mỏng, trên có một vạch cân quang dọc theo chiều dài của ống, có nhiều vạch chia số rất tiện cho việc theo dõi.

Hình dáng: thẳng hay cong theo lồng ngực.

Kích thước: dùng từ nhỏ đến to, người lớn từ 20 Fr đến 36 Fr, thường dùng số 28 – 32Fr.

2.1.2. Ống nối

Là ống nối giữa dây câu và dẫn lưu.

2.1.3. Dây câu nối tiếp với ống dẫn lưu

Dây nên trong suốt, chiều dài là 60cm.

2.1.4. Chai hứng

Dung tích: ít nhất là 1 lít. Chai trong suốt và trong chai chứa lượng dịch đủ ngập ống thủy tinh dài từ 2 – 3cm, bình phải có vạch ghi đơn vị.

Nắp: đậy kín, có 2 ống thủy tinh vừa khít trên nắp.

Ống dài: ngập trong nước vô khuẩn 2 – 3 cm.

Ống ngắn: chỉ đi qua nút chai.

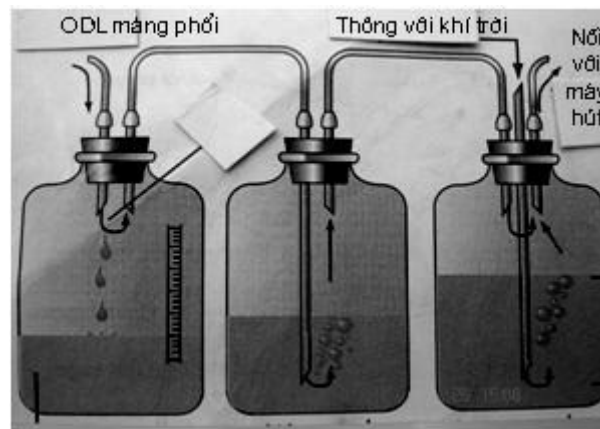
2.2. Hệ thống 2 bình

Có thêm bình hứng dịch từ người bệnh ra.

2.3. Hệ thống 3 bình

Giống hệ thống 2 bình nhưng có thêm bình kiểm soát áp lực hút.

Hệ thống bình Pleurevac là một hệ thống bình hút có nhiều ngăn, dựa trên nguyên tắc 3 bình rất tiện dụng khi di chuyển.



Hình 51.1. Hệ thống 3 bình

Bình 1: Dẫn lưu khí và dịch từ khoang màng phổi. Một miếng băng keo dán ở ngoài bình cho biết mức dịch dẫn lưu ra (nên ghi mỗi giờ).

Bình 2: Là bình kín nước.

Bình 3: Nối với máy hút. Chiều sâu của ống thủy tinh dưới mực nước xác định lực hút.

3. MỤC ĐÍCH ĐẶT DẪN LƯU

Điều trị trong các trường hợp như tràn máu, tràn khí màng phổi do chấn thương, tràn mủ màng phổi, tràn dịch màng phổi có nguồn gốc cấp tính.

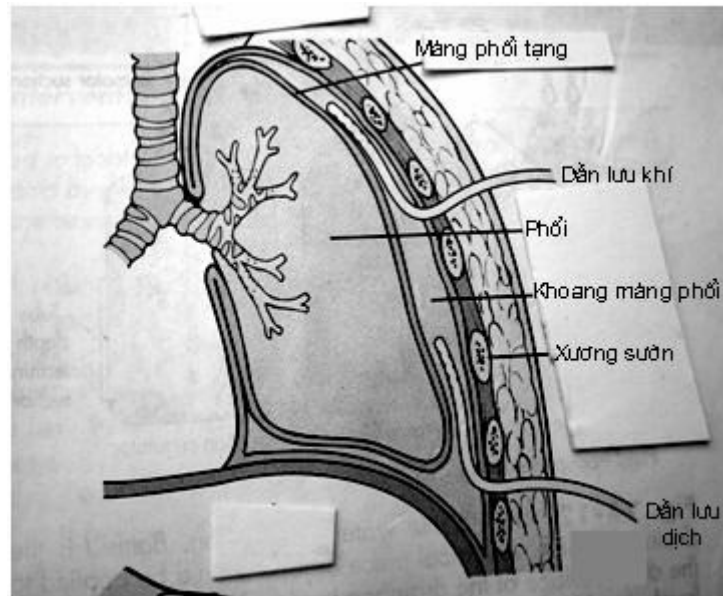
Chẩn đoán trong các trường hợp như tràn dịch màng phổi lượng nhiều không rõ nguyên nhân mà chưa chẩn đoán được bằng xét nghiệm tế bào học nên đặt dẫn lưu hút hết dịch rồi mới chụp phim ngực thẳng, nghiêng giúp phát hiện sang thương.

Phòng ngừa và theo dõi: dẫn lưu sau mổ ngực hoặc sau những thủ thuật liên quan đến lồng ngực như phẫu thuật nội soi lồng ngực.

Chống chỉ định tương đối: nếu có rối loạn đông máu.

4. VỊ TRÍ ĐẶT DẪN LƯU

Các cơ quan nguy hiểm đều nằm phía trong và phía dưới núm vú. Nếu vẽ 1 đường ngang và 1 đường thẳng thành hình chữ thập qua núm vú thì góc trên ngoài là góc an toàn. Dẫn lưu màng phổi trong chấn thương nên đặt ở liên sườn 4 – 5 đường nách giữa. Đặt dẫn lưu sát bờ trên xương sườn dưới khe liên sườn đã chọn.



Hình 51.2. Vị trí đặt dẫn lưu màng phổi

5. TAI BIẾN KHI ĐẶT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Rách và gây chảy máu động – tĩnh mạch liên sườn, động mạch vú trong.

Tràn khí màng phổi.

Tràn khí dưới da.

Tổn thương các cơ quan trong ổ bụng.

Đầu ống đặt vào khoảng trống phần mềm dưới da.

6. NGUYÊN TẮC CHĂM SÓC DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Kín và 1 chiều.

Hệ thống ống phải thông.

Vô khuẩn hoàn toàn.

An toàn cho người bệnh

7. CHĂM SÓC DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Người điều dưỡng cần lưu ý giữ ống dẫn lưu màng phổi thẳng, không căng, không gấp góc, không để người bệnh nằm đè lên vì như thế có nguy cơ dịch không thoát được qua dẫn lưu sẽ ứ dịch ở màng phổi gây

chèn ép, khó thở cho người bệnh. Để đảm bảo hệ thống kín khí và đảm bảo vô khuẩn, điều dưỡng cần chú ý luôn giữ điểm nối kín giữa dẫn lưu – dây câu – bình chứa, giữ mực nước trong bình kín và ống dài luôn ngập trong nước 2 – 3cm, lưu ý nước có thể bốc hơi. Để ghi nhớ ngày giờ thay băng và số lượng dịch đổ vào bình, điều dưỡng đặt 1 miếng băng bên ngoài chai dẫn lưu và ghi chú mức dịch đổ vào, ngày giờ thay bình, tên điều dưỡng thực hiện. Khi chăm sóc và theo dõi hệ thống dẫn lưu màng phổi, nếu thấy bất kỳ sự thay đổi nào về tính chất, chất lượng, số lượng cần báo ngay cho bác sĩ. Điều dưỡng cần ghi và báo cáo số lượng dịch ra 30 phút/lần trong 2 giờ đầu ngay sau khi đặt dẫn lưu màng phổi, 1 giờ/1 lần trong 24 giờ sau, 2 giờ/1 lần sau đó và 8 giờ/1 lần khi ổn định. Nếu có máy hút thì gắn vào ống ngấn. Người lớn hút áp lực 20 – 25cmH₂O, trẻ em hút áp lực 10 – 20cmH₂O.

Quan sát bọt khí trong bình và mực nước lên xuống trong ống thủy tinh hay dẫn lưu màng phổi. Nếu không thấy mực nước lên xuống ở ống thủy tinh thì điều dưỡng cần quan sát: Nếu thấy người bệnh khó thở, tím tái thì xem lại hệ thống dẫn lưu có bị tắc không. Nhưng nếu người bệnh vẫn thở tốt thì phổi giãn nở tốt. Thực hiện kiểm tra X quang phổi. Bình thường nước trong bình sẽ dao động lên xuống trong ống dài hay dẫn lưu theo nhịp thở của người bệnh, đôi khi sự sủi bọt trong bình chỉ ngắt quãng theo nhịp thở, thường xảy ra trong trường hợp dẫn lưu khí. Nhưng khi sự sủi bọt liên tục trong bình và không dứt thì điều dưỡng xác định lại xem bình còn kín không, đồng thời nên kẹp ống lại cho đến khi ngừng sủi bọt. Sau đó tìm điểm rò khí để băng lại và băng các điểm nối, hay có thể thay hệ thống mới ngăn ngừa rò khí.

Không được nâng cao hệ thống bình nước ngang ngực người bệnh. Để chai hứng ở nơi an toàn, bảo đảm chai hứng không vỡ, không lật đổ và chai không chạm nước. Nếu chai lật nhào hay đổ nước thì kẹp ống ngay lại và thay chai khác ngay. Khi di chuyển hay thay hệ thống nên kẹp ống lại. Luôn luôn có 2 kẹp to để trên giường người bệnh. Khi bị tụt ống điều dưỡng dùng tay hay gạc vaselin kẹp kín mí da lại ngay tránh khí tràn vào khoang màng phổi...

Với người bệnh có đặt dẫn lưu màng phổi, điều dưỡng nên đặt monitor theo dõi dấu hiệu sống của người bệnh thường xuyên, nghe phổi, quan sát lồng ngực người bệnh để phát hiện bất thường sự di động lồng ngực. Khuyến khích người bệnh ho, hít thở sâu, tập thở 5 – 6 lần/2 giờ giúp giãn nở lồng ngực để phổi giãn nở hoàn toàn tránh nguy cơ xẹp phổi. Cung cấp dụng cụ thở và hướng dẫn người bệnh tập thở, tránh biến chứng day dính màng phổi.

Cho người bệnh nằm ở tư thế semi Fowler, nếu không có chống chỉ định nên xoay trở người bệnh 2 giờ/1 lần nghiêng về dẫn lưu, tập dang tay mỗi ngày 3 lần. Theo dõi tình trạng phù nề hay tràn khí dưới da của người bệnh.

8. RÚT DẪN LƯU

Chỉ định: rút dẫn lưu khi phổi giãn nở tốt và dịch ít hơn 50 – 100ml trong 8 giờ, thời gian thường không quá 24 giờ. Kiểm tra X quang thấy phổi giãn nở tốt.

Rút dẫn lưu: trước khi rút dẫn lưu màng phổi điều dưỡng cần khuyến khích người bệnh ngồi dậy hít thở sâu hay thổi vào bình có viên bi giúp phổi giãn nở tối đa. Khi rút dẫn lưu nên giải thích cụ thể để người bệnh hợp tác tốt tránh cho người bệnh lo sợ ảnh hưởng đến hô hấp. Hướng dẫn người bệnh hít sâu trong khi điều dưỡng rút nhanh ống dẫn lưu ra. Ngay khi rút dẫn lưu xong điều dưỡng cho người bệnh thở ra nhẹ nhàng đồng thời điều dưỡng nên kẹp kín vết thương lại bằng Agraff hay cột lại bằng mối chỉ chờ và băng gạc lại. Sau khi rút phải cho người bệnh ngồi dậy hít thở đều, điều dưỡng quan sát hô hấp và theo dõi người bệnh trong vài giờ sau rút.

9. BIẾN CHỨNG KHI NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU MÀNG PHỔI

9.1. Viêm phổi

Hướng dẫn người bệnh cách thở, vận động, giữ ấm, vệ sinh răng miệng.

9.2. Xẹp phổi

Hướng dẫn người bệnh cách tập thở sâu 5 – 6 lần trong 2 giờ ngay sau khi đặt cho đến khi xuất viện.

9.3. Nhiễm trùng chân dẫn lưu

Thay băng khi thấm dịch, tránh để dịch chảy ngược vào khoang màng phổi.

9.4. Nhiễm trùng vết mổ

Luôn thay vết mổ vô trùng trước.

9.5. Khó thở do dày dính màng phổi

Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu 5 – 6 lần trong 2 giờ trong thời gian có dẫn lưu màng phổi cũng như khi đã rút dẫn lưu.

10. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

10.1. Rò khí qua hệ thống

Băng kín các mối nối và chân dẫn lưu. Ống dài trong bình chứa phải ngập trong nước 2 – 3 cm.

10.2. Vỡ bình

Cần để bình vào nơi an toàn như trong kệ gỗ hay treo trên giường. Luôn có 2 kẹp trên giường để trong trường hợp đầy bình thì kẹp dẫn lưu lại ngay trước khi thay bình mới.

10.3. Sút ống dẫn lưu

Phòng ngừa sút ống, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy, nếu người bệnh kích thích vật vã nhiều nên cố định tay người bệnh lại. Trong trường hợp sút ống dẫn lưu, điều dưỡng dùng tay bịt chặt mép vết thương lại và kêu người hỗ trợ, dùng Agraff kẹp vết thương lại và băng kín, báo bác sĩ xử trí tiếp.



Hình 51.3. Vị trí đặt dẫn lưu màng phổi

A – KỸ THUẬT THAY BĂNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. MỤC TIÊU

Thực hiện được kỹ thuật thay băng dẫn lưu màng phổi.

1. MỤC ĐÍCH

Phòng ngừa nhiễm trùng hệ thống dẫn lưu màng phổi.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi bình đầy 2/3 dịch.

Khi nước trong bình đổi màu.

Khi vỡ bình.

Sau 8 giờ.

3. NHẬN ĐỊNH

Quan sát vết thương chân dẫn lưu, vết mổ.

Quan sát hô hấp, thở oxy, dấu hiệu khó thở.

Người bệnh đang có máy hút, áp lực hút.

Bình chứa dịch, số lượng dịch, màu sắc dịch.

4. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Cần quan sát bình hứng dịch về màu sắc, số lượng và ghi vào hồ sơ chính xác thời gian.

Làm công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm trong lúc thực hiện.

Hướng dẫn người bệnh cách dang tay, cách hít thở, tập thở.

Người bệnh nằm ở tư thế Fowler khi thay băng.

Trong thời gian thay băng nên theo dõi dấu hiệu khó thở. Nên thực hiện cho thở oxy ngay cho người bệnh nếu thấy dấu hiệu khó thở.

Sau khi thay xong cho người bệnh hít sâu hay ho mạnh để quan sát mực nước lên xuống trong ống theo nhịp thở để biết hệ thống ống đã thông.

Thực hiện gắn máy hút vào ống ngắt nếu có y lệnh.

B – CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

Dụng cụ vô khuẩn trong mâm vô trùng

Kìm kelly	2 cây
Kéo	1 cây
Dung dịch nước muối	1 chén chung
Dung dịch sát khuẩn	1 chén chung
Gạc che chân dẫn lưu	2 miếng gạc dày kích thước 8 x 8cm
Gạc rời	6 – 8 miếng (2 miếng để kẹp ống dẫn lưu, 2 miếng cầm tay để tháo rời ống dẫn lưu và dây câu nối, 2 miếng để gắn ống dẫn lưu vào dây câu nối).
Bông sạch	số lượng tùy tình trạng chân dẫn lưu

Dụng cụ vô khuẩn ngoài mâm

Bồn hạt đậu vô trùng 1 cái

Đổ nước muối sinh lý vào chai hứng dịch đúng mức an toàn, lắp chai với dây câu mới, làm dấu mức nước bằng băng keo; ghi mức nước và số lượng nước đổ vào, tên điều dưỡng, ngày giờ thay chai.

Dụng cụ sạch

Bồn hạt đậu sạch	1 cái
Kìm lớn sạch	2 cây
Găng sạch	2 đôi
Tấm lót	1 miếng
Băng keo	1 cuộn bản to 5cm
Băng bản lớn	1 miếng
Túi đựng băng bản	1 túi
Máy hút, dụng cụ thở oxy (nếu cần)	

C – QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1. Mang dụng cụ đến giường, báo và giải thích với người bệnh.
2. Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện, tốt nhất là tư thế ngồi hay tư thế Fowler, tay người bệnh đưa lên phía đầu để điều dưỡng dễ chăm sóc.
3. Vén áo người bệnh, phơi bày chân da nơi dẫn lưu.
4. Trải tấm lót phía dưới vết thương dẫn lưu.
5. Đặt bồn hạt đậu sạch dưới chân dẫn lưu dùng để hứng dịch khi thay băng.
6. Đặt 2 kìm kẹp ống lên tấm lót.
7. Điều dưỡng kiểm tra lại bình chứa đã ghi đầy đủ chưa, đặt bình vào nơi an toàn (lấy bình cũ ra khỏi hộp gỗ và đặt bình mới vào), đặt đầu dây câu nối vào nơi an toàn, cố định dây câu nối trên giường.
8. Tháo băng keo chung quanh miếng băng.
9. Điều dưỡng rửa tay nhanh và mang găng sạch.
10. Dùng tay mang găng sạch tháo băng bản bỏ vào túi rác y tế.
11. Tháo găng bản và mang găng sạch mới.
12. Mở mâm vô trùng đúng cách.
13. Lấy kìm vô khuẩn an toàn.
14. Sắp xếp lại dụng cụ trong mâm: cắt gạc che chân dẫn lưu, cắt giữa miếng gạc đến 1/2 thì ngưng, đặt gạc vào 1 bên mâm. Xếp miếng gạc khác lên trên, đặt bông sạch gần chén chung về phía người bệnh.
15. Rửa da chung quanh chân dẫn lưu bằng dung dịch nước muối 0,9%, rửa da sát chân ống rộng ra 5cm.
16. Rửa dọc thân dẫn lưu từ chân ống lên 5 – 7cm.
17. Dùng bông khô để lau khô da chung quanh, thân ống dẫn lưu.
18. Sát trùng da chung quanh chân dẫn lưu và thân ống dẫn lưu bằng dung dịch sát trùng.
19. Lấy gạc đã cắt đặt lên chân dẫn lưu.
20. Dùng băng keo bản rộng để băng kín chân dẫn lưu, băng toàn bộ gạc cho kín vết thương, nếu không có băng keo bản rộng thì dùng băng keo có chiều rộng 5cm để băng 4 góc, băng cho kín hoàn toàn.
21. Mở bồn hạt đậu vô trùng đặt lên tấm lót dưới chân dẫn lưu.
22. Gấp 2 miếng gạc đặt lên ống dẫn lưu và dùng kìm lớn kẹp ống dẫn lưu lại (nên kẹp kìm chéo nhau).
23. Tháo băng keo chỗ nối.
24. Gấp 2 miếng gạc cầm tay tháo rời đầu dưới dẫn lưu và dây câu nối. Cho đầu dẫn lưu vào bồn hạt đậu vô trùng. Cầm thẳng dây câu nối cho dịch chảy hết vào bình chứa, dùng gạc che đầu ống nối, gấp ống lại, cố định gạc, quấn gọn dây vào bình.
25. Dùng gạc vô trùng mới cầm ống dẫn lưu cách đầu dưới hơn 5cm.
26. Dùng dung dịch nước muối 0,9% rửa đuôi ống, rửa từ đuôi ống lên thân ống 5cm.

27. Sau khi rửa xong thì lau khô và sát khuẩn lại đuôi ống.
28. Lấy dây câu mới nối vào dẫn lưu.
29. Dùng băng keo dán từ ống dẫn lưu qua ống nối đến dây câu nối, nên dán lên mặt vát nhọn của ống dẫn lưu. Băng kín theo vòng tròn các điểm nối của ống, nên nhớ phải xếp nếp băng keo ở mỗi đường để dễ tìm mỗi băng keo cho kỳ thay băng sau.
30. Tháo nhẹ nhàng kìm kẹp ống ra.
31. Kiểm tra hoạt động của hệ thống dẫn lưu, hướng dẫn người bệnh hít sâu hay ho để quan sát mực nước lên xuống, khi hít vào mực nước dâng lên và hạ xuống khi thở ra chứng tỏ hệ thống thông.
32. Quan sát bình cũ và ghi nhớ số lượng dịch thoát ra, thu dọn dây và ống vào túi rác.
33. Tháo găng tay.
34. Cho người bệnh ngồi dậy hít thở sâu, thuận tiện cho người bệnh.
35. Nếu có y lệnh hút thì gắn máy hút vào ống ngấn của bình.
36. Ghi hồ sơ: ngày giờ thay băng, số lượng dịch, màu sắc, tình trạng người bệnh.

Bảng 51.1. Bảng kiểm dụng cụ thay băng dẫn lưu màng phổi

STT	Dụng cụ	Số lượng
Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.		
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong mâm vô trùng</i>		
1	Kìm Kelly	2 cây
2	Kéo	1 cây
3	Dung dịch nước muối	1 chén chung
4	Dung dịch sát khuẩn	1 chén chung
5	Gạc dày che chân dẫn lưu, kích thước 8 x 8cm. Gạc rời: Gạc để kẹp ống dẫn lưu. Gạc cầm tay để tháo rời ống dẫn lưu và dây câu nối. Gạc để gắn ống dẫn lưu vào dây câu nối.	2 miếng 6–8 miếng 2 miếng 2 miếng 2 miếng
6	Bông sạch	
<i>Dụng cụ vô khuẩn ngoài mâm</i>		
7	Bồn hạt đậu	1 cái
8	Chai hứng dịch	1 chai
<i>Dụng cụ sạch</i>		
9	Bồn hạt đậu	1 cái
10	Kìm lớn	2 cây
11	Găng sạch	2 đôi
12	Tấm lót	1 miếng
13	Băng keo bản to 5cm	1 cuộn
14	Băng bản lớn	1 miếng
15	Túi đựng băng bản	1 túi
16	Máy hút	
17	Dụng cụ thở oxy (nếu cần)	

Bảng 51.2. Bảng kiểm kỹ thuật thay băng dẫn lưu màng phổi

STT	Nội dung	Có	Không
1	Mang dụng cụ đến giường, báo và giải thích với người bệnh.		
2	Cho người bệnh nằm ở tư thế thuận tiện, đưa tay lên phía đầu.		

3	Vén áo người bệnh lên phơi bày chân dẫn lưu.		
4	Trải tấm lót phía dưới vết thương dẫn lưu.		
5	Đặt bông hạt đậu sạch dưới chân dẫn lưu.		
6	Đặt 2 kim kẹp ống lên tấm lót.		
7	Đặt bình mới vào nơi an toàn.		
8	Tháo băng keo chung quanh băng chân dẫn lưu.		
9	Rửa tay nhanh và mang găng sạch.		
10	Tháo băng bẩn bỏ vào túi rác y tế, tháo bỏ găng cũ.		
11	Mang găng sạch mới.		
12	Mở mâm vô trùng đúng cách.		
13	Lấy kim vô khuẩn an toàn.		
14	Cắt gạc và sắp xếp lại dụng cụ trong mâm.		
15	Rửa da chung quanh chân dẫn lưu bằng dung dịch nước muối 0,9%: rửa da sát chân ống rộng ra 5cm.		
16	Rửa dọc thân dẫn lưu từ chân ống lên 5 – 7cm.		
17	Dùng bông khô để lau khô da chung quanh chân dẫn lưu và thân ống dẫn lưu.		
18	Sát trùng da chung quanh thân ống dẫn lưu bằng dung dịch sát trùng.		
19	Đặt gạc lên chân dẫn lưu.		
20	Cố định băng.		
21	Mở bông hạt đậu vô trùng đặt lên tấm lót dưới chân dẫn lưu.		
22	Gấp 2 miếng gạc để lên ống dẫn lưu và dùng kim lớn kẹp ống dẫn lưu lại (nên kẹp chéo nhau).		
23	Tháo băng keo chỗ nối.		
24	Gấp 2 miếng gạc cầm tay tháo rời đầu dưới dẫn lưu và dây câu nối. Cho đầu dẫn lưu vào bông hạt đậu vô trùng.		
25	Dùng gạc vô trùng mới cầm ống dẫn lưu cách đầu dưới hơn 5cm.		
26	Rửa từ đuôi ống dọc lên thân ống 5cm.		
27	Lau khô và sát khuẩn đuôi ống.		
28	Lấy dây câu mới nối vào dẫn lưu.		
29	Dùng băng keo dán cố định nơi câu nối.		
30	Tháo nhẹ nhàng kim kẹp ống ra.		
31	Kiểm tra hoạt động của hệ thống dẫn lưu.		
32	Quan sát bình cũ và ghi nhớ số lượng dịch thoát ra.		
33	Thu dọn dây và ống cho vào túi rác.		
34	Đổ dịch trong bình.		
35	Tháo găng tay.		
36	Cho người bệnh ngồi dậy hít thở sâu, thuận tiện cho người bệnh.		
37	Nếu có y lệnh hút thì gắn máy hút vào ống ngấn của bình.		
38	Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi sau:

1. Nêu 4 nguyên tắc chăm sóc dẫn lưu màng phổi:

- A.
 B.
 C.
 D.

2. Nêu 5 biến chứng của dẫn lưu màng phổi:

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.

3. Nêu 3 tai biến của dẫn lưu màng phổi:

- 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	Nếu bình sủi bọt liên tục là hệ thống dẫn lưu màng phổi thông.		
5	Người bệnh có dẫn lưu màng phổi cần nằm đầu bằng tránh hạ huyết áp.		
6	Thay chai khi dung dịch trong chai hứng dịch màng phổi đổi màu.		
7	Nước thay bình dẫn lưu màng phổi phải ngập ống dài 1cm.		
8	Khi quan sát bình hứng dịch màng phổi nên đặt bình lên cao.		
9	Khi vỡ bình hứng dịch dẫn lưu màng phổi điều dưỡng cho người bệnh thở oxy.		
10	Nếu người bệnh khó thở trong khi thay hệ thống dẫn lưu màng phổi điều dưỡng nên cho người bệnh thở oxy theo y lệnh.		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frances Donovan Monahan Marianne Neighbors, Knowledge base for Patients with gastrointestinal Dysfunction, Colostomy, chapter 21, Unit 7, Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice 2nd Edition, WB Saunders company, 1998, 1003 – 1016.

2. Margaret Heitkemper, Linda Sawchuck, Problems of Absorption and Elimination, chapter 40, section 8, Medical Surgical Nursing, fourth Edition, Lewis Collier Heitkemper/ MOSBY, 1992, 1242 – 1250.

3. Debra C. Broadwell, Gastrointestinal System, chapter 8, Mosby's Manual of Clinical Nursing, Jun M. Thompson – Gertrude K. Mcfarland – Jane

E. Hirsch – Susan M. Tucker – Arden C. Bowers, second Edition, the C, V, Mosby Company, 860 – 865.

4. Hậu môn nhân tạo và Chăm sóc người bệnh hậu môn nhân tạo, 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, 48.

5. Nguyễn Đình Hối, Hậu môn nhân tạo, Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1998, 239.

ĐÁP ÁN

BÀI 26. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ NGỰC

Câu 1.

- A. Trao đổi khí giảm do tổn thương tim, phổi.
- B. Đường thở không thông do tắc nghẽn.
- C. Lo lắng về phương pháp mổ và tự chăm sóc sau mổ.

Câu 2.

- A. Đường thở không thông liên quan đến không dám ho, sợ đau, phương pháp phẫu thuật và tư thế.
- B. Suy giảm khả năng trao đổi khí do khí và dịch dẫn lưu qua dẫn lưu màng phổi chưa hiệu quả.

Câu 3.

- A. Người bệnh rối loạn nước và điện giải sau mổ do mất dịch, máu.
- B. Người bệnh tắc mạch máu do không vận động sau mổ.
- C. Người bệnh ngất sau mổ do tư thế.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 27. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NGỰC

Câu 1:

- A. Trần khí màng phổi. B. Trần máu màng phổi.
- C. Gãy sườn. D. Đụng giập sườn.

Câu 2:

- A. Đánh giá tình trạng suy hô hấp, dấu hiệu thiếu oxy, đờm, tính chất cơn ho.
 - B. Nghe phổi: âm sắc giảm.
 - C. Nhìn: tình trạng di động của thành ngực giảm.
 - D. Sờ: dấu hiệu tràn khí dưới da.
- Tình trạng tim mạch: huyết áp, nhịp tim, nước xuất nhập.

Câu 3:

- A. Bị dao đâm.
- B. Bị bắn hay mổ ngực, dẫn lưu thành ngực.

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 28. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ BUỒU GIÁP

Câu 1:

- A. Co cứng cơ. B. Bàn tay nữ hộ sinh.
C. Trousseau. D. Chvostek's.

Câu 2:

- A. Lượng giá tần số, thở sâu, kiểu thở.
B. Đánh giá mức độ hôn mê, hoảng sợ, kích thích, tím tái.
C. Luôn để sẵn dụng cụ hút đờm và khay mở khí quản để phòng trường hợp chèn ép thanh quản.

Câu 3:

- A. Uống thuốc trong và ngày đầu sau mổ.
B. Ăn thức ăn mềm vào ngày thứ 2.

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 29. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỖ HỆ TIẾT NIỆU

Câu 1:

- A. Huyết áp. B. Cân nặng. C. Phù.
D. Nước tiểu. E. Đau bụng, đau lưng.

Câu 2:

- A. Băng chân dẫn lưu. B. Ngừa rôm lở da tích cực.

Câu 3:

- A. Giải thích thủ tục.
B. Kín đáo giúp người bệnh không bối rối.
C. Đòi hỏi bàng quang phải đầy nước.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 30. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CƠ QUAN TIẾT NIỆU

Câu 1:

- A. Thấy hình ảnh của hệ tiết niệu.
B. Chức năng bài tiết của thận.
C. Chức năng niệu quản.
D. Hình ảnh bất thường của hệ tiết niệu.

Câu 2:

- A. Giải thích thủ tục.
B. Kín đáo giúp người bệnh không bối rối.
C. Đòi hỏi bàng quang phải đầy nước.

Câu 3:

- A. Chẩn đoán.
B. Lượng giá hình ảnh bất thường ở hệ tiết niệu.
C. Mức độ ứ nước thận.

D. Thấy sỏi, khối u, sau ghép thận, teo hẹp niệu quản.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 31. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỎ SỎI NIỆU

Câu 1:

A. Nồng độ nước tiểu tăng do mất nước dẫn đến việc xuất hiện kết tủa.

B. Ứ đọng nước tiểu gây nhiễm trùng và sinh sỏi.

C. Do chế độ ăn uống, do pH nước tiểu.

D. Bất động lâu ngày.

Câu 2:

A. Nếu là sỏi calci: tôm cua, sò.

B. Nếu là sỏi oxalate: hạn chế thức ăn có chất oxalic: trà, café, đậu, spinach (rau xanh thẫm).

C. Nếu là sỏi urat: hạn chế thức ăn có chất purine, thịt, tôm, đậu, thức ăn lên men.

Câu 3:

A. Can thiệp cơ học: tán sỏi qua siêu âm, nội soi qua niệu quản lấy sỏi, phá sỏi ngoài cơ thể, phá sỏi qua da.

B. Thuốc tan sỏi.

C. Tiết chế.

D. Phẫu thuật.

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 32. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỎ U XƠ TIỀN LIỆT TUYẾN

Câu 1:

A. Rối loạn đi tiểu nặng.

B. Nước tiểu tồn lưu trên 100ml.

Câu 2:

A. Theo dõi cảm giác chi.

B. Theo dõi vận động chi.

C. Theo dõi cơn đau đầu, chóng mặt.

Câu 3: Đúng

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 33. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Câu 1:

- A. Không thông tiểu.
- B. Dẫn lưu nước tiểu sớm qua chọc dò bàng quang.

Câu 2:

- A. Do thông tiểu bằng thông cứng và lạc đường.
- B. Sỏi kẹt niệu đạo, tai biến khi gấp sỏi.
- C. Do tai biến đặt ống thông tiểu lâu ngày và cố định ống thông sai tư thế.

Câu 3: Sai

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 34. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GỠ XƯƠNG

Câu 1:

- A. Giúp liền xương gãy theo đúng hình dạng ban đầu.
- B. Phục hồi tốt chức năng vận động.

Câu 2:

- A. Nắn các di lệch.
- B. Bất động tốt và liên tục đủ thời gian.
- C. Tập vận động chủ động sớm.

Câu 3:

- A. Điều trị bảo tồn kinh điển là bó bột.
- B. Bảo tồn cải tiến là sự bất động có tính tương đối.
- C. Cố định ngoài.
- D. Phẫu thuật: mổ kết hợp xương, đóng đinh nội tủy, bắt nẹp, cắt lọc trong gãy xương hở.

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 35. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG

Câu 1:

- A. Nắn, bất động xương gãy.
- B. Giúp lành xương sớm.

Câu 2:

- A. Xương đang nhiễm trùng.
- B. Nơi xương gãy mô xấu, thiếu da, sẹo xấu.
- C. Xương không vững được sau khi mổ.
- D. Gãy lỏng (trừ gãy cổ xương đùi).

Câu 3:

- A. Vết mổ: băng thấm dịch không.
- B. Dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất.
- C. Tình trạng vết thương: cần cắt lọc, tưới rửa, phù nề, đau, màu sắc da niêm.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 36. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT

Câu 1:

- A. Bất động xương: gãy xương, viêm xương.
- B. Bất động khớp: Bong gân độ (1, 2), trật khớp sau khi kéo nắn.
- C. Dùng trong phẫu thuật tạo hình, tổn thương mô mềm nhiều, khâu nối gân – thần kinh, co rút khớp, ghép da.
- D. Giảm đau, ngăn ngừa biến dạng, ngăn ngừa gãy xương bệnh lý.

Câu 2:

- A. Chèn ép điểm.
- B. Chèn ép toàn thể.
- C. Lồng bột.

Câu 3:

- A. Đau.
- B. Tê.
- C. Tái.
- D. Liệt
- E. Mất mạch

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 37. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ

Câu 1:

- A. Kéo qua xương: kéo trực tiếp qua xương gãy hay kéo qua bao khớp.
- B. Kéo qua da: dùng cho trẻ em.

Câu 2:

- A. Cần giữ sạch và khô chân đinh.
- B. Tránh móng ngựa tì vào da.
- C. Đảm bảo móng ngựa bám sát vào trong đinh.
- D. Quan sát da, phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng.

Câu 3: Sai

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Sai

BÀI 38. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ KHUNG CỔ ĐỊNH NGOÀI

Câu 1:

- A. Xương gãy quá vụn.
- B. Viêm xương tủy nặng và lan toả.

Câu 2:

- A. Rửa da tỉ mỉ, cạo lông tránh tổn thương da.
- B. Rửa sạch vết thương.
- C. Chụp X quang.
- D. Kháng sinh qua tĩnh mạch.

Câu 3:

- A. Lạm dụng hay căng cơ trong cử động.
- B. Lỗ vào và ra của chân đinh cũng là nguyên nhân gây nhiễm trùng da và xương.

C. Khi rút đinh ra có thể gãy xương lại.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 39. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN

Câu 1:

A. I: (Ice): chườm lạnh 20 – 30 phút, nghỉ 30 phút và liên tục trong 24 – 72 giờ.

B. C: (Compression): băng ép, treo tay.

C. I: (Immobilization): bất động vùng tổn thương.

D. E: Elevation: nâng cao chi tổn thương.

Câu 2:

A. Khi dây chằng bị đứt hoàn toàn.

B. Mề xương nơi bám dây chằng.

C. Tạo hình dây chằng trong bong gân cũ.

Câu 3: Sai

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 40. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRẬT KHỚP

Câu 1:

A. Nắn khớp.

B. Bất động: dựa vào 2 yếu tố là thời gian lành bao khớp, xương gãy và sự phục hồi chức năng của bao khớp.

C. Tập vận động.

Câu 2:

A. Trật khớp cấp cứu dưới 24 giờ, trên 24 giờ sau tai nạn.

B. Trật khớp đến sớm (dưới 3 tuần) sau tai nạn.

C. Trật khớp cũ: trên 3 tuần sau tai nạn.

Câu 3: Sai

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 41. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM XƯƠNG

Câu 1:

A. Đau liên quan đến tình trạng viêm.

B. Người bệnh không thoải mái do tình trạng nhiễm trùng.

C. Nguy cơ nhiễm trùng lây lan liên quan đến vết thương dẫn lưu nhiễm bẩn.

D. Phù nề ảnh hưởng đến tiến trình viêm và sự bất động làm gia tăng thêm tình trạng sưng, nóng, đỏ, đau...

E. Suy giảm vận động cơ thể do đau và phù nề.

Câu 2:

A. Viêm xương chấn thương cấp tính.

B. Viêm xương chấn thương mạn tính.

C. Viêm màng xương do sẹo xơ chai loét.

- D. Viêm xương có lỗ dò.
- E. Viêm xương có xương chết, xương tù.
- F. Viêm xương kéo dài ung thư hóa.

Câu 3:

- A. Làm sạch ổ nhiễm trùng.
- B. Cắt lọc.
- C. Lấy dụng cụ kết hợp xương.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 42. ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC NGOẠI THẦN KINH

Câu 1 :

- A. Dây 1 khứu giác
- B. Dây 6 vận nhãn ngoài
- C. Dây 8 tiền đình
- D. Dây 12 hạ thiệt

Câu 2:

- A. Đo áp lực dịch não tủy
- B. Xét nghiệm
- C. Xác định mức độ tắc nghẽn
- D. Chụp hình có bơm thuốc cản quang

Câu 3: Đúng

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 43. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Câu 1: Mắt

- A. Tự nhiên E4
- B. Với tiếng động 3
- C. Với kích thích đau 2
- D. Không 1

Câu 2: Lời nói (verbal response)

- A. Trả lời tốt V5
- B. Trả lời nhầm lẫn 4
- C. Nói các chữ vô nghĩa 3
- D. Nói không thành tiếng 2
- E. Không 1

Câu 3: Sai

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 44. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ÁP-XE NÃO

Câu 1:

- A. Phẫu thuật: Dẫn lưu.

- B. Điều trị nội: Kháng sinh + corticoid, điều trị chống tăng áp lực nội sọ.
C. Nâng cao tổng trạng.

Câu 2:

- A. Duy trì đường thở: đặt nội khí quản, thở máy theo chỉ định.
B. Đánh giá tình trạng oxy trong máu: khí máu động mạch, SaO_2 .
C. Kiểm tra: dấu chứng sinh tồn 1 – 2 giờ/lần.
D. Theo dõi dấu hiệu co kéo lồng ngực, dấu hiệu khó thở, nghe phổi...

Câu 3:

- A. Duy trì đường thở thông.
B. Nâng đỡ và bảo vệ đầu.
C. Ngăn ngừa tổn thương.
D. Nên có mặt bên người bệnh và duy trì sự im lặng.
E. Ghi chú thời gian, khoảng cách giữa các cơn co giật...
F. Thực hiện thuốc chống động kinh.

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Sai

BÀI 45. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U NÃO

Câu 1:

- A. Với người bệnh vận động kém: cần có những dụng cụ giúp đi lại tránh té ngã, tập vật lý trị liệu.
B. Với người bệnh mất cảm giác chú ý tránh tiếp xúc với nhiệt độ chườm, tắm nóng, tắm nắng... luôn được kiểm tra nhiệt độ tránh bỏng.

Câu 2:

- A. Nên thiết lập quan hệ với người bệnh.
B. Gần gũi, tìm hiểu bằng điệu bộ...

Câu 3:

- A. Cung cấp ánh sáng cần thiết.
B. Giúp người bệnh làm quen với các lối đi trong phòng bệnh.
C. Giúp người bệnh các dụng cụ cần thiết, tránh té ngã.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 46. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Câu 1:

- A. Lợi tiểu thẩm thấu làm giảm thể tích nước trong não.
B. Giảm áp lực thẩm thấu: manitol, glycerol PIV 0,25 – 1g/kg, chống chỉ định khi suy thận.
C. Corticoid kiểm soát phù não.
D. Barbiturate: an thần.

Câu 2:

- A. Tri giác thay đổi.
- B. Thay đổi dấu chứng sinh tồn.
- C. Dấu hiệu thị giác.
- D. Giảm chức năng vận động.
- E. Đau đầu.
- F. Nôn ói.

Câu 3:

- A. Phù do vận mạch.
- B. Phù do hoại tử hay nhiễm độc tế bào.
- C. Phù mô kẽ.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 47. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

Câu 1:

- A. Duy trì các chức năng thần kinh ở mức độ tốt nhất.
- B. Người bệnh không hoặc ít nhất biến chứng về vận động.
- C. Trả người bệnh về cho cộng đồng ở mức tốt nhất.

Câu 2:

- A. Kéo tạ.
- B. Phẫu thuật.
- C. Chăm sóc phục hồi.

Câu 3:

- A. Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu bằng (không gối) trên ván cứng hay băng ca.
- B. Dẫn tút cát 2 bên cổ sao cho đầu và cổ không xô dịch khi di chuyển.
- C. Cột đầu, ngực, vai, mào chậu, đùi, cẳng chân người bệnh vào ván cứng hay băng ca.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 48. CHĂM SÓC DẪN LƯU VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU

Câu 1:

- A. Giải áp.
- B. Tưới rửa.
- C. Theo dõi.
- D. Điều trị tại chỗ.

Câu 2:

- A. Tổng trạng người bệnh ổn định, không sốt, ăn uống tốt.
- B. Thời gian 8 – 10 ngày sau mổ, dịch ra trong, màu vàng óng ánh.
- C. Siêu âm hết sỏi.
- D. X quang có thuốc cản quang: các nhánh đường mật thông, thuốc xuống tá tràng dễ dàng.

Câu 3:

- A. Nhiễm trùng ngược dòng.
- B. Sút ống, nghẹt ống.
- C. Nhiễm trùng chân dẫn lưu.
- D. Xi dò dịch sau khi rút dẫn lưu.
- E. Chảy máu.
- F. Tổn thương các cơ quan xung quanh.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: Đúng

Câu 8: Đúng

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 49. CHĂM SÓC MỖ KHÍ QUẢN VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ MỖ KHÍ QUẢN

Câu 1:

- A. Mổ khí quản giúp giảm được khoảng chết (#150 ml).
- B. Giúp người bệnh thở dễ dàng, hiệu quả.
- C. Dễ dàng lấy dị vật, hút đờm nhớt.
- D. Lắp máy thở.

Câu 2:

- A. Hít máu vào đường thở, đờm nhớt ở vùng hầu họng, hít chất nôn ói.
- B. Tăng tiết đờm nhớt ở khí phế quản.
- C. Mất khả năng ho và hít thở sâu.
- D. Hạn chế giãn nở lồng ngực từ sự bất động.
- E. Do những nguyên nhân khác: béo phì, mất nước, viêm phổi, tràn khí.

Câu 3:

- A. Do hút đờm không đảm bảo vô khuẩn.
- B. Viêm nhiễm chung quanh chân da dưới canula do ẩm ướt.

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

Câu 10: Đúng

BÀI 50. CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

Câu 1:

- A. Thường sau 2 – 3 tháng (tùy tình trạng người bệnh).
- B. Đoạn dưới phải thông.
- C. Chung quanh miệng hậu môn nhân tạo không nhiễm trùng.

Câu 2:

- A. Bục xì miệng nối hậu môn nhân tạo.
- B. Chảy máu miệng nối hay ở thành bụng.
- C. Hẹp miệng nối hậu môn nhân tạo.
- D. Tắc ruột.
- E. Nhiễm trùng vết mổ thành bụng chỗ đóng hậu môn nhân tạo.

Câu 3:

- A. Bảo vệ thương tổn.
- B. Thoát phân khi có tắc.

C. Làm sạch đại tràng.

Câu 4: Đúng

Câu 5: Sai

Câu 6: Sai

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

BÀI 51. CHĂM SÓC DẪN LƯU MÀNG PHỔI VÀ NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Câu 1:

A. Kín và 1 chiều.

B. Hệ thống ống phải thông.

C. Vô khuẩn hoàn toàn. D. An toàn cho người bệnh.

Câu 2:

A. Viêm phổi.

B. Xẹp phổi.

C. Nhiễm trùng chân dẫn lưu.

D. Nhiễm trùng vết mổ.

E. Khó thở do dày dính màng phổi.

Câu 3:

A. Vỡ bình.

B. Sút ống.

C. Rò khí.

Câu 4: Sai

Câu 5: Sai

Câu 6: Đúng

Câu 7: Sai

Câu 8: Sai

Câu 9: Sai

Câu 10: Đúng

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

Tổ chức bản thảo và 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 :

ĐẶNG MAI THANH

Biên tập mỹ thuật và trình bày bìa:

ĐINH XUÂN DŨNG

Thiết kế sách và chế bản:

TRỊNH THỰC KIM DUNG

ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 2

Mã số : 7K778Y8 – DAI

In 1.000 cuốn (QĐ : 45), khổ 16 x 24cm. In tại Công ty Cổ phần In Phúc Yên.

Địa chỉ : Đường Trần Phú, thị xã Phúc Yên.

Số ĐKKH xuất bản : 283–2008/CXB/22–635/GD.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 9 năm 2008.