

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

**MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE
NGƯỜI BỆNH NGOẠI KHOA**

**NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG**

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE
NGƯỜI BỆNH NGOẠI KHOA

NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 63A/QĐ-CDYT ngày 26 tháng 03 năm 2020
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Điều dưỡng của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Điều dưỡng tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa cho sinh viên Cao đẳng điều dưỡng; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Điều dưỡng tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Điều dưỡng nói chung và Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa nói riêng.

Giáo trình *Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên trình độ cao đẳng.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, Ngày 10 tháng 01 năm 2020

NHÓM BIÊN SOẠN

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Trần Văn Bắc

Tổ biên soạn:

1. Trần Văn Tới
2. Lâm Thị Kim Anh
3. Nguyễn Thị Lan Phương
4. Trần Văn Bắc

MỤC LỤC

Bài 1: VAI TRÒ, NHIỆM VỤ NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA	1
Bài 2: PHÒNG MỒ VÀ CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN	5
Bài 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA	15
Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHỌT – CHÍN MẾ	18
Bài 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY MÊ – GÂY TÊ.....	26
Bài 6: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỒ - SAU MỒ	50
Bài 7: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA, THÙNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG .	57
Bài 8: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LỒNG RUỘT - TẮC RUỘT	71
Bài 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁT VỊ BỆN	79
Bài 10: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỨC MẠC VÀ CÁC BỆNH LÝ GAN MẬT	84
Bài 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI – TRỰC TRÀNG	100
Bài 12: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO.....	106
Bài 13: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ – DÒ HẬU MÔN.....	111
Bài 14: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỆNH LÝ HỆ TIẾT NIỆU	117
Bài 15: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG HỆ NIỆU.....	124
Bài 16: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC	136
Bài 17: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN	141
Bài 18: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.....	146
Bài 19: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN TRẬT - KHỚP (TRẬT KHỚP - CHẤN THƯƠNG KHỚP – BONG GÂN)	157
Bài 20: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG.....	169
Bài 21: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG Ở CHI.....	176
Bài 22: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT – KÉO TẠ	183
Bài 23: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÔNG (PHÔNG) – GHÉP DA	199
TÀI LIỆU HỌC TẬP VÀ THAM KHẢO.....	206

Tên môn học: CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH NGOẠI KHOA

Mã môn học : DD.16

Thời gian thực hiện môn học: 180 giờ (Lý thuyết: 42 giờ; lâm sàng 132 giờ; kiểm tra: 6 giờ)

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC

- **Vị trí:** môn học Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa được bố trí sau khi sinh viên đã học các môn học Kiểm soát nhiễm khuẩn và Dược lý.

- **Tính chất:** môn học Chăm sóc sức khỏe người bệnh ngoại khoa này giới thiệu cho người học những kiến thức cơ bản của các bệnh ngoại khoa thường gặp. Ứng dụng kiến thức đã học chăm sóc được bệnh nhân khi thực tập tại bệnh viện.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày được vai trò điều dưỡng ngoại khoa và các nguyên tắc vô khuẩn trong phòng phẫu thuật.

1.2. Giải thích được nguyên nhân, triệu chứng, cận lâm sàng, biến chứng của các bệnh Ngoại khoa.

1.3. Giải thích được hướng điều trị và cách dự phòng các bệnh Ngoại khoa.

2. Kỹ năng:

2.1. Thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh Ngoại khoa tại Bệnh viện.

2.2. Thực hành được các kỹ năng chăm sóc trên người bệnh tại khoa Ngoại của Bệnh viện.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.

3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân, trách nhiệm hướng dẫn tối thiểu, giám sát, đánh giá đối với nhóm thực hiện những yêu cầu được giao.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	LS	KT
1	Vai trò, nhiệm vụ người điều dưỡng ngoại khoa	1	1		
2	Phòng mổ và các vấn đề liên quan	2	2		
3	Chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn ngoại khoa	1	1		
4	Chăm sóc người bệnh nhọt (Absces), chín mé	2	2		
5	Chăm sóc người bệnh gãy tê – gãy mê	3	3		
6	Chăm sóc người bệnh trước mổ, sau mổ	2	2		
7	Chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa, thủng dạ dày – tá tràng	2	2		
8	Chăm sóc người bệnh lồng ruột, tắc ruột	2	2		
9	Chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn	2	1		1
10	Chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc và các bệnh lý gan mật	2	2		
11	Chăm sóc người bệnh ung thư đại – trực tràng	2	2		
12	Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo	1	1		
13	Chăm sóc người bệnh trĩ – dò hậu môn	2	2		
14	Chăm sóc người bệnh bệnh lý hệ tiết niệu	3	2		1
15	Chăm sóc người bệnh chấn thương hệ niệu	2	2		
16	Chăm sóc người bệnh chấn thương lồng ngực	2	2		
17	Chăm sóc người bệnh chấn thương bụng kín	1	1		
18	Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não	2	2		
19	Chăm sóc người bệnh bong gân – trật khớp	1	1		
20	Chăm sóc người bệnh chấn thương cột sống	1	1		
21	Chăm sóc người bệnh gãy xương: chi trên, chi dưới	4	4		
22	Chăm sóc người bệnh bó bột, kéo tạ	2	2		
23	Chăm sóc người bệnh bỏng – ghép da	3	2		1
24	Thực tập Bệnh viện	135	0	132	3
Cộng		180	42	132	6

Bài 1: VAI TRÒ, NHIỆM VỤ NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày được vai trò của người điều dưỡng ngoại khoa.

1.2. Giải thích được những yêu cầu của người điều dưỡng ngoại khoa.

2. Kỹ năng: Hiểu và áp dụng được vào công tác chăm sóc người bệnh ngoại khoa.

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực tập lâm sàng và thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. LỊCH SỬ NGOẠI KHOA

- Giải phẫu thời xưa: phương pháp giải phẫu đầu tiên được ghi lại ở Ai Cập vào năm 2250 trước Công Nguyên như mổ bướu cổ, rạch ung nhọt, tiền thù lao được ấn định bởi một bộ luật.
- Y học ngoại khoa thời trung cổ: Y học thời kỳ này thì quan niệm mổ xẻ là không cần thiết → ngoại khoa bị thoái triển nghiêm trọng. Mổ xẻ chỉ là công việc thủ công và được giao cho thợ cắt tóc, đao phủ.
- Y học thời phục hưng: Giai đoạn này Y học được phép mổ xác. Sự phát minh ra thuốc súng và sự ra đời của nghề in làm phát triển ngành y.
- Y học thời cận đại: thực sự phát triển từ thế kỷ XIX, XX.
- Y học ngày nay: đã và đang phát triển với những thành tựu như: Tuần hoàn ngoài cơ thể, vi phẫu thuật, thay thế tạng, ghép tạng, can thiệp nội soi, phẫu thuật nội soi.

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

- Gây mê – hồi sức: Ngày 16/10/1846: thầy thuốc ở Boston là William T.G Morton (1819-1868) trình diễn gây mê bằng ête thành công và đánh dấu mốc lịch sử giải phẫu
- Truyền máu: James Blundell, người Anh, truyền máu lần đầu tiên cho 1 sản phụ vào năm 1818, nhưng truyền máu chỉ thật sự bắt đầu từ 1930
- Vô trùng: Louis Pasteur (Pháp 1835-1895) đã tìm ra vi trùng, Joseph Lister (Anh 1827-1912) là người đầu tiên sử dụng phương pháp sát trùng trong phẫu thuật
- Kháng sinh: Alexander Fleming (Scotland 1881-1955) nhà vi trùng học đã tìm ra Penicilline và sau đó có hàng trăm kháng sinh ra đời. Kháng sinh giúp rất nhiều cho ngành y, đặc biệt cho ngành ngoại khoa

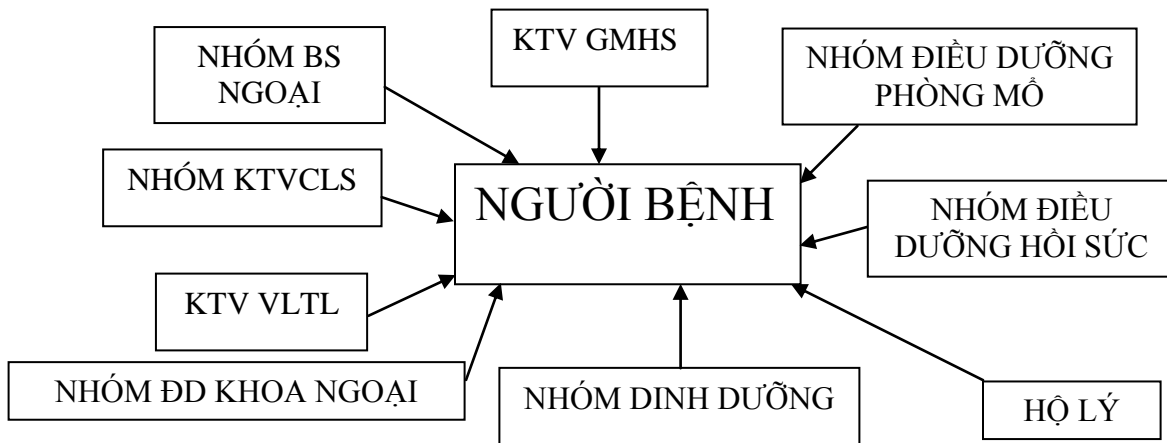
III. GIỚI THIỆU ĐẶC ĐIỂM NGOẠI KHOA:

1. ĐỊNH NGHĨA: Ngoại khoa được định nghĩa như một nghệ thuật và khoa học điều trị bệnh, thương tổn và dị dạng bằng phẫu thuật và dụng cụ chuyên dùng. Giải phẫu có sự tương quan gồm: người bệnh, phẫu thuật viên, điều dưỡng ngoại khoa và gây mê.

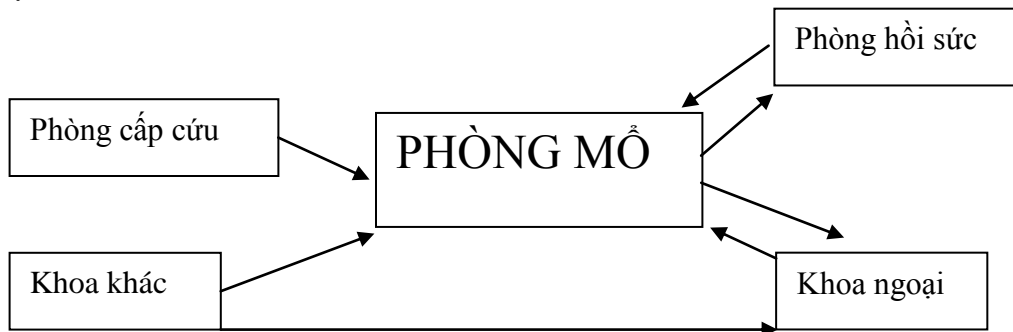
2. MỤC ĐÍCH CỦA GIẢI PHẪU LÀ:

- Giúp chẩn đoán bệnh chính xác
- Điều trị triệt căn
- Điều trị tạm thời
- Điều trị phòng ngừa
- Thẩm mỹ
- Tái tạo chỉnh hình
- Ghép cơ quan

3. ĐẶC ĐIỂM: Ngoại khoa là sự làm việc của một tập thể gồm



Ngoại khoa là 1 liên khoa:



IV. NHIỆM VỤ ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA

1. TRẠI NGOẠI KHOA

- Nhận người bệnh từ các khoa, từ cấp cứu, từ phòng hồi sức, từ phòng mổ
- Phải biết sắp xếp người bệnh nằm theo khu vực
- Cùng hội chẩn với gây mê, phẫu thuật viên chọn phương pháp gây mê và phẫu thuật thích hợp từng người bệnh
- Công tác tư tưởng và giáo dục cho người bệnh trước mổ
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ và chăm sóc người bệnh sau mổ
- Luôn áp dụng vô trùng ngoại khoa tuyệt đối
- Phòng ngừa nhiễm trùng chéo

- Ngăn ngừa biến chứng sau mổ
- Tham gia hướng dẫn vật lý trị liệu cho người bệnh phục hồi vận động sau mổ
- Chăm sóc về dinh dưỡng cho người bệnh
- Giáo dục và chuẩn bị người bệnh ra viện

2. PHÒNG MỔ

- ❖ Lượng giá người bệnh trước mổ:
 - Lượng giá tình trạng người bệnh: Dấu chứng sinh tồn, tri giác, tâm lý, tổng trạng người bệnh
 - Xét nghiệm tiền phẫu, tên người bệnh, phương pháp gây mê
- ❖ Can thiệp điều dưỡng trong mổ:
 - Duy trì sự an toàn cho người bệnh: dụng cụ, tư thế, ánh sáng, phẫu trường
 - Theo dõi tình trạng sinh lý cho người bệnh
 - Thực hiện đúng nhiệm vụ Điều dưỡng được giao cho 1 cuộc phẫu thuật: Điều dưỡng vòng trong và điều dưỡng vòng ngoài
 - Luôn kết hợp cùng gây mê và ê kíp mổ thực hiện hoàn hảo phẫu thuật cho người bệnh trong suốt thời gian phẫu thuật
 - Áp dụng vô trùng tuyệt đối. Hiểu biết và sử dụng đúng các dung dịch tiệt khuẩn
- ❖ Đánh giá tình trạng người bệnh giúp chuẩn bị cho người bệnh sang phòng hồi sức
- ❖ Di chuyển người bệnh an toàn về phòng hồi sức
- ❖ Bàn giao người bệnh cùng Điều dưỡng phòng hồi sức

3. ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG HỒI SỨC: Bàn giao giữa điều dưỡng phòng mổ và điều dưỡng phòng hồi sức

- Nhận định tình trạng người bệnh sau mổ: dấu chứng sinh tồn, tri giác, vết mổ, dẫn lưu, CVP, phương pháp phẫu thuật....
- Luôn trao đổi chuyên môn và kỹ năng trong hồi sức cấp cứu
- Sử dụng thành thạo các máy móc, dụng cụ hồi sức
- Biết thực hiện và hiểu được tác dụng phụ của thuốc hồi sức
- Luôn áp dụng vô trùng ngoại khoa
- Biết đánh giá người bệnh đủ tiêu chuẩn để chuyển về khoa ngoại

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

LƯỢNG GIÁ

1. Ngành y học ngoại khoa thời kỳ nào bị thoái triển nghiêm trọng nhất?

- A. Thời trung cổ B. Thời phục hưng C. Thời cận đại D. Câu A, B, C sai

2. Ngành y học ngoại khoa được phép mổ xác xuất hiện vào thời kỳ nào?

- A. Thời trung cổ B. Thời phục hưng C. Thời cận đại D. Thời hiện nay

3. Y học thời cận đại phát triển mạnh nhất vào thời gian nào?

- A. Thế kỷ XVI – XVII B. Thế kỷ XVII – XVIII
C. Thế kỷ XVIII – XIX D. Thế kỷ XX

4. Thành tựu lớn nhất của ngành y học ngoại khoa thời kỳ hiện nay là:

- A. Phẫu thuật nội soi, vi phẫu thuật, mổ xác
B. Mổ xác, tuần hoàn cơ thể người, phẫu thuật hở
C. Thủ thuật ngoại khoa không xâm lấn, can thiệp nội soi
D. Vi phẫu thuật, ghép tạng, thay thế tạng, phẫu thuật nội soi

5. Người đầu tiên sử dụng phương pháp sát trùng trong phẫu thuật là:

- A. James Blundell B. Louis Pasteur C. Joseph Lister D. Alexander Fleming

Bài 2: PHÒNG MỒ VÀ CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Kể được các nguyên tắc chung của phòng mồ.
- 1.2. Trình bày được nội dung công việc phải thực hiện trước và trong khi mồ.
- 1.3. Trình bày được cách bảo quản phòng mồ.
- 1.4. Trình bày được nhiệm vụ, chức năng của điều dưỡng phòng mồ.

2. Kỹ năng: Áp dụng được vào công việc theo dõi và chăm sóc tại khoa Hồi sức ngoại và phòng mồ.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

ĐẠI CƯƠNG

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

1. KHÁI NIỆM VỀ VÔ KHUẨN VÀ KHỬ KHUẨN

- Vô khuẩn: Ngăn ngừa nhiễm trùng vùng mồ bằng cách không cho các dụng cụ, vật liệu, môi trường xung quanh có vi khuẩn xâm nhập vào.
- Khử khuẩn: Là phương pháp dùng hoá chất hay vật lý để diệt vi khuẩn

2. NGUYÊN TẮC CHUNG CỦA PHÒNG MỒ

- Phòng mồ phải xa nguồn nhiễm trùng, bụi, ô nhiễm, chiếu xạ, tiếng ồn
- Phòng mồ phải kín và thông gió, một chiều, phải có hệ thống điều hoà nhiệt độ, độ ẩm phòng thích hợp, đảm bảo vô khuẩn
- Phòng mồ phải thông với phòng hồi sức bởi 1 hành lang kín, thông với phòng cấp cứu và các khoa ngoại
- Phòng mồ phải được cung cấp ánh sáng tốt
- Tường và sàn nhà phải cấu tạo bằng vật liệu dễ lau rửa

3. YÊU CẦU CỤ THỂ KHU PHẪU THUẬT

- Vị trí: Xây ở nơi cao ráo, thoáng khí, có ánh sáng mặt trời, xa bệnh phòng và các nguồn ô nhiễm khác. Đường ra vào là 1 chiều
- Thể tích mỗi buồng mồ là 100m^3 (6 x 5 x 3,5), góc tường nên xây tròn hoặc tù có 2 lần cửa, cửa đóng tự động

- Số lượng phòng: tiêu chuẩn là có 3 loại phòng mổ: cấp cứu, mổ chương trình và mổ nhiễm. Tùy thuộc qui mô bệnh viện, nhưng ít nhất nên có 2 loại phòng mổ: mổ chương trình và mổ nhiễm.
- Các phòng khác: phòng rửa tay trước mổ, phòng tiền mê, phòng tiệt khuẩn dụng cụ, kho dự trữ dụng cụ, đồ vải, phòng hồi sức ...
- Không khí:
 - ° Việc thay đổi không khí trong phòng mổ rất quan trọng: nếu đặt đĩa Pêtri có môi trường nuôi vi khuẩn thì sau 45 phút nếu có 14 vi khuẩn lạc mọc trên đĩa thì không khí trong buồng mổ chưa lọc tốt, ngược lại nếu không khí đã được lọc tốt thì sau 63 phút chỉ có 7 vi khuẩn lạc mọc.
 - ° Không khí trong buồng mổ nên di chuyển từ trần nhà xuống sàn nhà.
 - ° Hạn chế tối đa số người ra vào phòng mổ.
- Ánh sáng: Cần có đầy đủ ánh sáng tự nhiên và ánh sáng nhân tạo gồm:
 - ° Ánh sáng khuếch tán: ánh sáng đèn ne-on
 - ° Ánh sáng hội tụ: ánh sáng đèn mổ tụ lại và không tạo bóng
- Nhiệt độ và độ ẩm: Nhiệt độ từ 18-23⁰C và độ ẩm từ 50-55%, tốt nhất là dùng máy điều hoà nhiệt độ
- Nước rửa tay trước khi mổ: nước phải được lọc tiệt trùng và kiểm tra hệ thống lọc thường xuyên
- Trang bị trong mỗi phòng mổ: càng ít càng tốt, tối thiểu là: bàn mổ, máy gây mê, máy hút, tủ đựng dụng cụ, tủ thuốc. Các dụng cụ máy móc khác sau mổ phải chuyển ra ngoài để lau chùi và bảo quản, khi cần mới đem vào.
- Những nguyên tắc về sức khỏe và quần áo trong phòng mổ:
 - ° Điều dưỡng bị cảm cúm, bị các bệnh truyền nhiễm không vào phòng mổ
 - ° Khi vào phòng mổ phải mặc quần áo hấp tiệt trùng của phòng mổ, ống quần phải có dây thun, áo bỏ trong quần
 - ° Quần áo ướt phải thay ngay, mặc đồ hấp tiệt trùng khi vào phòng mổ và khi ra khỏi phòng mổ phải thay đồ khác và bỏ vào bao đồ dơ để chuyển xuống nhà giặt
 - ° Khẩu trang phải che kín mũi miệng, tránh nói cười hắt hơi mạnh vào khẩu trang vì có thể bay qua không khí, khi ẩm phải thay, khi tháo khẩu trang ra chỉ chạm vào dây, không sử dụng lại sau khi tháo ra, không bỏ xuống cổ
 - ° Nón: che kín tóc hoàn toàn
 - ° Giày: im, loại dùng 1 lần

4. BẢO QUẢN PHÒNG MỔ

Mục đích: nhằm duy trì phệng mổ luôn sạch, an tồn (có nội quy chi tiết về việc ra vào buồng mổ)

Trước mổ và trong mổ

- Thực hiện đúng thủ tục vô khuẩn trước mổ
- Sát trùng kỹ vùng mổ và trải khăn che mổ vô khuẩn
- Chỉ sử dụng dụng cụ mới, vô khuẩn
- Tuân thủ đúng kỹ thuật sách và bản trong khi mổ

- Buồng mổ không vượt quá 10 người
- Hạn chế việc đi lại trong phòng mổ

Sau mổ

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

Hàng tuần: định một ngày không mổ làm vệ sinh toàn bộ phòng mổ

Chế độ kiểm tra

- Kiểm tra vô khuẩn định kỳ trang thiết bị, dụng cụ
- Kiểm tra vô khuẩn định kỳ đối với nhân viên
- Nên phối hợp với phòng điều trị đánh giá lại tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ

LƯỢNG GIÁ

1. Phát biểu nào sau đây đúng khi nói về vô khuẩn:

- Là phương pháp dùng hóa chất hay vật lí để diệt vi khuẩn
- Là tình trạng không có sự hiện diện của vi khuẩn
- Là quá trình ngăn ngừa nhiễm trùng vùng mổ
- Là quá trình làm sạch tất cả các dụng cụ

2. Phát biểu nào sau đây đúng khi nói về khử khuẩn:

- Là phương pháp dùng hóa chất hay vật lí để diệt vi khuẩn
- Là tình trạng không có sự hiện diện của vi khuẩn
- Là quá trình ngăn ngừa nhiễm trùng vùng mổ
- Là quá trình làm sạch tất cả các dụng cụ

3. Nguyên tắc chung của phòng mổ, ngoại trừ:

- Xa nguồn nhiễm trùng, bụi
- Xa nguồn chiếu xạ, tiếng ồn
- Kín và thông gió
- Không thông với các khoa ngoại

4. Độ ẩm thích hợp trong phòng mổ là:

- 40 – 45⁰C
- 45 – 50⁰C
- 50 – 55⁰C
- 55 – 60⁰C

5. Vị trí của phòng mổ, ngoại trừ:

- Xây nơi có ánh sáng mặt trời
- Thoáng khí dễ dàng
- Gần các bệnh phòng
- Đường ra vào 1 chiều

Bài 2.1: NGUYÊN TẮC VÔ TRÙNG TRONG PHÒNG MỒ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được những nguyên tắc cơ bản của vô khuẩn ngoại khoa.
- 1.2. Trình bày được những nguyên tắc vô khuẩn trước, trong và sau khi mổ.

2. Kỹ năng: Hiểu và áp dụng được vào trong tiến hành phẫu thuật cho bệnh nhân.

3. Thái độ:

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.
- 3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân trước tập thể nhóm về thực hiện những yêu cầu được giao.

NỘI DUNG

1. NGUYÊN TẮC CƠ BẢN CỦA VÔ KHUẨN NGOẠI KHOA

1.1. Nguyên tắc chung

- Vô khuẩn tiếp xúc với vô khuẩn.
- Nếu nghi ngờ về sự vô khuẩn của một vật thì xem vật đó không vô khuẩn.
- Mỗi bệnh nhân dùng một bộ dụng cụ vô khuẩn riêng.
- Dụng cụ vô khuẩn mở ra không dùng đến: phải bỏ hoặc tiệt khuẩn lại dùng cho lần sau.

1.2. Nhân viên

- Nhân viên đã rửa tay, mặc áo, mang găng vô khuẩn phải ở trong phòng mổ. Nếu rời khỏi phòng thì tình trạng vô khuẩn của người đó đã mất.
- Nhân viên đã rửa tay mặc áo mang găng vô khuẩn, phần vô khuẩn được tính từ thắt lưng trở lên.
- Điều dưỡng vòng ngoài và nhân viên y tế ở xung quanh khu vực mổ: phải đứng ở khoảng cách an toàn, tránh làm nhiễm khuẩn nơi vô khuẩn.
- Điều dưỡng bị cảm cúm, nhiễm khuẩn không vào phòng mổ.
- Nhân viên phải mặc quần áo của phòng mổ, quần áo ướt thay ngay.
- Nón: che hoàn toàn tóc.
- Khẩu trang: Phải che kín mũi miệng, khi ẩm phải thay, khi lấy ra chỉ chạm vào dây, không để dưới cổ.
- Giày: êm, bằng vải loại dùng 1 lần.

1.3. Trải vải che mổ

- Khi trải vải che mổ lên bệnh nhân hay bàn dụng cụ, vải phải giơ cao hơn bề mặt nơi che phủ, trải từ gần đến xa.
- Khi trải xong vùng vô khuẩn được tính là mặt phẳng ngang ở trên.
- Vải che mổ được cố định bằng Fixe champ hoặc băng dính. vải không được di chuyển trong khi mổ, không dùng khi thủng, rách.

1.4. Dụng cụ vô khuẩn

- Dụng cụ vô khuẩn được gói hoặc dán sao cho dễ mở, không phạm vô trùng bên trong khi mở.
- Khi tiếp thêm dụng cụ vào bàn dụng cụ, cẩn thận tránh làm nhiễm khuẩn.

1.5. Dung dịch

- Dung dịch vô khuẩn được rót từ độ cao vừa đủ, để tránh chạm vào chén chung, nhưng không cao quá sẽ bắn dung dịch ra ngoài.

2. NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN TRƯỚC, TRONG VÀ SAU MỔ

2.1. Trước và trong mổ

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

2.2. Sau mổ

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

LƯỢNG GIÁ

1. Thời gian vệ sinh toàn bộ phòng mổ là:

- A. 1 tuần/ lần B. 2 tuần/ lần C. 3 tuần/ lần D. 4 tuần/ lần

2. Điều dưỡng khi vào phòng mổ phải đáp ứng yêu cầu sau, ngoại trừ:

- A. Chỉ mặc quần áo đã hấp B. Điều dưỡng bị cảm cúm, nhiễm khuẩn
C. Nón che hoàn toàn tóc D. Khẩu trang phải che kín mũi miệng

3. Điều dưỡng vòng trong sau khi mặc áo choàng và mang gant vô khuẩn, thì vùng vô khuẩn trên áo được tính:

- A. Mặt trước áo choàng
B. Mặt trước áo choàng tính từ thắt lưng trở lên
C. Mặt trước áo choàng và dưới mí cổ áo 5 cm
D. Mặt trước áo choàng tính từ thắt lưng trở lên và dưới mí cổ áo 5 cm

Bài 2.2: BÀN MỒ VÀ CÁCH VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH LÊN XUỐNG BÀN MỒ

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được cấu tạo bàn mỗ.
- 1.2. Trình bày được các cách vận chuyển người bệnh lên xuống bàn mỗ.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Hiểu và vận hành được bàn mỗ.
- 2.2. Hiểu và áp dụng được vào trong tiến hành phẫu thuật cho bệnh nhân.

3. Thái độ:

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.
- 3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân trước tập thể nhóm về thực hiện những yêu cầu được giao.

NỘI DUNG

1. CẤU TẠO BÀN MỒ

*** Cấu tạo chung:**

- **Chân bàn:** hình trụ ống hay khối lồng ghép để có thể di chuyển lên cao hay xuống thấp theo yêu cầu
- **Bệ:** có bánh xe nhỏ dễ dàng di chuyển và có thể cố định bằng 1 bộ phận hãm khi mỗ
- **Mặt bàn:** có thể có 3 hoặc 4 mảnh ghép với nhau, có thể dễ dàng tháo rời phần đầu hay phần cuối. Còn phần giữa có thể vận động được qua các đoạn khớp nối
 - ° Hai mép của mặt bàn có các thanh dọc để lắp các ô trượt theo chiều dài của mép và qua các lỗ ô trượt có thể lắp thêm các phần phụ
 - ° Dưới mặt bàn của phần giữa có khoang để lắp phim chụp lúc đang mỗ
 - ° Trên mặt bàn có 3-4 miếng đệm được bọc ny lon hay vải giả da để chống thấm
 - ° Một số loại mặt bàn mỗ có phần chân là 2 miếng chữ nhật ghép lại theo chiều dọc và có thể tách rời ra thành hình chữ V
 - ° Chú ý bàn mỗ chuyên khoa như sản phụ khoa có thể lắp 1 cọc ngắn để lắp van kéo khớp vệ hay bàn chỉnh hình có thêm 1 số cấu trúc khác
- **Đầu bàn mỗ:** tất cả các bàn mỗ đều có 1 khung để trải vải che mỗ để biệt lập đầu người bệnh ra khỏi vùng mỗ bụng, ngực

*** Các bộ phận phụ của bàn mỗ gồm có:**

- Giá đỡ 2 tay người bệnh khi mỗ bụng: 1 tay truyền dịch và 1 tay để đo huyết áp
- Giá đỡ 2 đầu gối trong tư thế sản phụ khoa hay mỗ tầng sinh môn
- Giá đỡ lưng hay ngực trong tư thế mỗ thận hay mỗ lồng ngực
- Các bao da để buộc vào chân hay băng dính để giữ tay và băng da để buộc chân.

2. VẬN HÀNH BÀN MỒ

- **Nâng cao hay hạ thấp bàn mỗ:** nhờ 1 cái cần thường lắp ở chân bàn mỗ, cần này hoạt động như 1 cái kích hoặc bằng cơ học hoặc bằng hệ thống dầu
- **Quay mặt bàn nghiêng sang phải hay trái:** nhờ 1 bộ phận lắp ở đầu bàn do vô lăng, tay quay hoặc nút ấn. Bàn có thể quay cho đầu cao hay đầu thấp cũng do 1 bộ phận lắp ở

gần đầu bàn. Mặt bàn có thể nâng cao ở đoạn giữa trong tư thế mổ thận theo đường hố thận. Chú ý tuyệt đại đa số các bộ phận điều khiển tư thế bàn được bố trí ở phần đầu bàn.

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

3. BẢO QUẢN BÀN MỔ

- Sau mổ lau sạch bàn mổ, lau chùi các vết máu và dịch, nhất là ở các khe và kẽ nhằm chống hen rỉ để kéo dài tuổi thọ của bàn, chống nhiễm khuẩn (các vết hen rỉ hay dịch bắn, máu là ổ chứa nhiều vi khuẩn)
- Định kỳ cho dầu vào bánh xe, các khớp của bàn và các bộ phận quay nhằm sử dụng dễ dàng và kéo dài tuổi thọ của bàn.
- Hàng tuần cọ rửa bằng nước và xà phòng toàn bộ bàn mổ và sau đó phải lau khô ngay để chống hen rỉ.
- Các phụ kiện của bàn mổ để đúng nơi qui định để tìm khi dùng và hàng tuần cũng phải lau chùi như bàn mổ.

4. VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH LÊN XUỐNG BÀN MỔ

*** Đưa người bệnh lên bàn mổ:**

- Người bệnh đi lại được: điều dưỡng hạ thấp bàn mổ giúp người bệnh tự lên bàn mổ. Nếu mặt bàn xuống hết mức mà còn quá cao với người bệnh thì dùng ghế có nhiều bậc để người bệnh tự trèo lên. Sử dụng các phương tiện để giữ tay và chân của người bệnh
- Người bệnh nặng không đi lại được hay đã tiền mê: điều dưỡng đặt băng ca người bệnh song song với bàn mổ hay tạo với bàn mổ thành chữ L để chuyển người bệnh từ cang sang bàn mổ với sự giúp đỡ của 2-3 điều dưỡng. Chú ý luôn giữ người bệnh ở tư thế nằm ngang, tuyệt đối không thay đổi tư thế đột ngột, chọn tư thế để đầu người bệnh cho thích hợp để khi di chuyển thì đầu người bệnh đặt đúng vào đầu bàn mổ ngay lập tức. Đặt người bệnh ở tư thế mổ đúng với phương thức phẫu thuật khi người bệnh đã được gây tê hay gây mê. Sử dụng các phương tiện để giữ tay và chân người bệnh.

*** Chuyển người bệnh từ bàn mổ sang băng ca:** để chuyển sang phòng hồi sức. Điều dưỡng cần lượng giá tình trạng người bệnh:

- Thường sau mổ người bệnh chưa tỉnh hoàn toàn, mất phản xạ ho sặc do vậy nếu nôn thì dịch dạ dày dễ trào ngược vào đường hô hấp.
- Do ảnh hưởng của thuốc mê và quá trình phẫu thuật, tuần hoàn chưa ổn định vì vậy nếu thay đổi tư thế đột ngột dễ gây tụt huyết áp, trụy tim mạch.
- Do tác dụng của thuốc dùng trong gây mê và nhiệt độ của phòng mổ với bên ngoài có chênh lệch, do vậy phải ủ ấm thích hợp theo mùa, chống mất nhiệt.

*** Quá trình chuyển người bệnh từ phòng mổ về phòng hồi sức:**

- Điều dưỡng đặt băng ca song song với bàn hay tạo với bàn hình chữ L để chuyển người bệnh với sự trợ giúp của 2-3 điều dưỡng.
- Động tác di chuyển phải nhẹ nhàng, từ từ và giữ người bệnh ở tư thế nằm ngang. Khi sang băng ca đặt đầu người bệnh nghiêng sang một bên để phòng nôn, tránh tụt lưỡi. Nên đặt tube Mayor để nâng góc lưỡi.

- Giữ nhiệt độ người bệnh như phủ chăn mỏng nếu là mùa hè, chăn bông nếu là mùa đông. Nâng bộ phận đỡ dọc 2 bên băng ca để phòng người bệnh ngã. Nếu không có bộ phận đỡ thì phải buộc giữ người bệnh hoặc có 2 điều dưỡng đi hai bên.
- Chuyển người bệnh về phòng hồi sức, bàn giao cho điều dưỡng chăm sóc sau mổ:
 - Hồ sơ bệnh án để thực hiện y lệnh điều trị
 - Tình trạng người bệnh lúc bàn giao: dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu, y lệnh chăm sóc đặc biệt ...

LƯỢNG GIÁ

1. Kể cho đủ các công việc trước khi chuyển người bệnh lên phòng mổ (sáng hôm mổ):

- | | |
|--|--|
| A. <u>Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn</u> | B. |
| C. | D. |
| E. | F. <u>Bàn giao với điều dưỡng phòng mổ</u> |

2. Kể các thành phần cấu tạo chính của bàn mổ:

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

Bài 2.3: NHIỆM VỤ - CHỨC NĂNG ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÒNG MỔ

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nhân lực trong phòng mổ.
- 1.2. Phân tích được nhiệm vụ - chức năng của điều dưỡng trong phòng mổ.

2. Kỹ năng

- 2.1. Nhận định được các nhiệm vụ - chức năng của điều dưỡng trong phòng mổ.
- 2.2. Hiểu và áp dụng được vào trong phân công công việc trong phòng mổ.

3. Thái độ:

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.
- 3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân trước tập thể nhóm về thực hiện những yêu cầu được giao.

NỘI DUNG

1. THÀNH PHẦN ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÒNG MỔ:

- Điều dưỡng trưởng
- Điều dưỡng vòng trong
- Điều dưỡng vòng ngoài
- Điều dưỡng gây mê

2. CHỨC NĂNG ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÒNG MỔ

2.1. Điều dưỡng trưởng

- Phân công điều dưỡng viên mổ theo chương trình, mổ cấp cứu và phân công điều dưỡng trực
- Điều phối chương trình mổ, tính chất từng cuộc mổ thích hợp
- Phân công điều dưỡng quản lý và bảo quản dụng cụ trong phòng mổ
- Kiểm tra đơn độc điều dưỡng luôn thực hiện công tác vô khuẩn, đúng trình tự các thao tác kỹ thuật
- Nhắc nhở mọi thành viên luôn thực hiện đúng nội qui phòng mổ
- Quản lý lao động, vật tư, trang thiết bị, vật liệu dụng cụ dự trữ
- Liên hệ với khoa và các phòng về trang thiết bị, sửa chữa cho phòng mổ
- Kiểm tra định kỳ vô khuẩn: dụng cụ, môi trường, nhân viên
- Nên phối hợp với phòng điều trị đánh giá lại tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ.

2.2. Điều dưỡng vòng trong

- Theo phân công, điều dưỡng chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho cuộc mổ ngày mai, nếu có khó khăn dụng cụ nên báo qua phẫu thuật viên
- Tiến hành đúng thủ tục trước mổ: rửa tay, mặc áo choàng vô khuẩn, mang găng tay vô khuẩn cho mình và mặc áo, mang găng vô khuẩn cho phẫu thuật viên chính và phụ mổ
- Trải vải che bàn tiếp dụng cụ
- Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ lên bàn tiếp dụng cụ
- Nắm chắc qui trình mổ phối hợp nhịp nhàng, trao dụng cụ đúng kỹ thuật.
- Khi mổ hở đứng đối diện phẫu thuật viên chính, ngược lại khi mổ nội soi đứng cùng bên phẫu thuật viên chính.

- Cần kiểm tra lại dụng cụ, gạc trước khi đóng vết mổ
- Sau mổ:
 - Kiểm tra các dụng cụ kim loại
 - Chuẩn bị dụng cụ, găng ... cho ca mổ sau
- Quản lý:
 - Các dụng cụ kim loại đang dùng
 - Định kỳ lau chùi, bảo quản các dụng cụ kim loại dự trữ, hộp hấp...

2.3. Điều dưỡng vòng ngoài: Là điều dưỡng trợ giúp cho toàn kíp mổ: lấy thêm dụng cụ, theo dõi dấu chứng sinh tồn và tất cả những gì êkíp mổ cần

❖ **Trước khi mổ:**

- Chính và kiểm tra đèn mổ, máy hút, dao điện, bàn mổ, buồng mổ
- Kiểm tra lại bệnh nhân: tên tuổi, chẩn đoán bệnh
- Cho người bệnh lên bàn mổ, tư thế đúng yêu cầu của phẫu thuật viên
- Rửa da vùng mổ và chuẩn bị bàn tiếp dụng cụ
- Giúp kíp mổ cột dây áo choàng vô khuẩn
- Giúp điều dưỡng vòng trong mở các hộp hấp ...

❖ **Trong khi mổ:**

- Lấy thêm dụng cụ, thuốc cho cuộc mổ
- Quan sát cuộc mổ để hỗ trợ cho điều dưỡng vòng trong
- Đếm gạc trước khi phẫu thuật viên đóng vết mổ

❖ **Sau mổ**

- Băng vết mổ
- Chuyển bệnh nhân cùng với gậy mê
- Vệ sinh lại toàn bộ phòng mổ

2.4. Điều dưỡng gây mê

- Là người thực hiện gây mê và theo dõi dấu hiệu sinh hiệu của người bệnh
- Lượng giá người bệnh trước mổ để bảo đảm an toàn chọn phương pháp gây mê
- Cho thuốc mê và liên lạc cùng phẫu thuật viên trong suốt quá trình phẫu thuật
- Cho dịch truyền, thuốc, điện giải, máu trong mổ
- Di chuyển người bệnh cùng điều dưỡng vòng ngoài sang phòng hồi sức hậu phẫu.
- Theo dõi sự hồi tỉnh người bệnh tại phòng hồi sức trong 24H sau mổ và ghi hồ sơ

LƯỢNG GIÁ

1. Điều dưỡng trưởng có các nhiệm vụ sau, ngoại trừ:

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| A. Kiểm tra, đôn đốc, nhắc nhở | B. Kiểm tra định kỳ vô khuẩn |
| C. Kiểm tra sắp xếp dụng cụ | D. Phân công, quản lý |

2. Điều dưỡng phụ mổ vòng trong khi mổ có các nhiệm vụ sau, ngoại trừ:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| A. Trải vải che bàn tiếp dụng cụ | B. Chuẩn bị dụng cụ cho cuộc mổ |
| C. Kiểm tra các dụng cụ kim loại | D. Kiểm tra lại bệnh nhân |

Bài 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được điều kiện nhiễm khuẩn ngoại khoa.
- 1.2. Giải thích được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng nhiễm khuẩn ngoại khoa.
- 1.3. Giải thích được hướng điều trị nhiễm khuẩn ngoại khoa.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn ngoại khoa.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn ngoại khoa là sự xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể qua vết thương, vết mổ hoặc vi khuẩn đã khu trú sẵn tại một cơ quan của cơ thể, khi cơ thể đó bị tổn thương hoặc sức đề kháng của cơ thể bị giảm sút thì vi khuẩn sẽ hoạt động, phát triển và gây bệnh.

Trong nhiễm khuẩn ngoại khoa vi khuẩn thường gây bệnh bằng cách làm mũ, gây hoại tử, gây hoại thư. Các vi khuẩn thường gặp là: Tụ cầu, liên cầu trực khuẩn uốn ván ...

II. ĐIỀU KIỆN NHIỄM KHUẨN: Quá trình nhiễm khuẩn được quy định bởi hai yếu tố chính là độc lực của vi khuẩn và sức đề kháng của cơ thể.

1. VI KHUẨN VÀ ĐỘC LỰC

* Vi khuẩn có rất nhiều loại khác nhau về hình dạng (trực khuẩn, cầu khuẩn, xoắn khuẩn), về môi trường tăng sinh (ái khí, yếm khí, pH), về nhu cầu dinh dưỡng về khả năng sinh bệnh và tồn tại ... các loại vi khuẩn này sống khắp nơi, nhiều ở những nơi dơ bẩn, đất cát và ít hơn trong không khí, nước ... Trên cơ thể, vi khuẩn có trên mặt da, lỗ chân lông, kẽ ngón, ở các lỗ tự nhiên của cơ thể và đặc biệt có rất nhiều ở đoạn cuối của ống tiêu hoá.

* Độc lực của vi khuẩn là khả năng gây được nhiễm khuẩn và sinh mệnh của vi khuẩn bao gồm các hoạt động như tăng sinh, xâm lấn, tiết độc tố, phá huỷ mô, chống được các tác nhân bất lợi, phối hợp được với các vi khuẩn khác để gây bệnh ... Vi khuẩn càng có độc lực cao, càng dễ gây bệnh và bệnh càng nặng.

2. SỨC ĐỀ KHÁNG CỦA CƠ THỂ: Bình thường cơ thể luôn luôn chống lại sự xâm nhập và sự phát triển của vi khuẩn trong cơ thể, gọi là sức đề kháng. Chỉ trong các trường hợp sức đề kháng của cơ thể bị giảm vi khuẩn mới xâm nhập và gây nhiễm khuẩn được.

Các điều kiện sau đây làm giảm sức đề kháng của cơ thể và giúp vi khuẩn tăng sinh gây nhiễm khuẩn.

*** Điều kiện tại chỗ:**

- Có nơi chổ duy trì sự tồn tại của vi khuẩn hay nguồn ô nhiễm.
- Có môi trường thích hợp cho sự phát triển của vi khuẩn.
- Thiếu máu dinh dưỡng.

Một thương tích dập nát hội đủ các điều kiện trên đây nên sự nhiễm khuẩn thường xảy ra sớm và nặng (thương tích có nhiều ngõ ngách, dị vật, mô bị hoại tử và phân hoá thành môi trường tốt cho vi khuẩn phát triển, các mạch máu bị tắt nghẽn làm giảm sức đề kháng tại chổ)

*** Điều kiện toàn thân:**

- Môi trường và điều kiện ăn ở không thuận lợi.
- Thể chất yếu kém.

III. LÂM SÀNG: Nhiễm khuẩn ngoại khoa có thể biểu hiện theo nhiều mức độ.

1. TẠI CHỖ

* Giai đoạn đầu nơi nhiễm khuẩn có cá triệu chứng viêm: Sung; Đỏ; Nóng; Đau.

- Giảm chức năng: Phần cơ thể bị viêm giảm hoạt động chức năng.

* Giai đoạn phá huỷ mô và tế bào: Có mô hoại tử, dịch mủ. Tùy theo loại vi khuẩn gây bệnh mà tính chất mủ sẽ khác nhau:

- Mủ do tụ cầu: Vàng, đặc không hôi.
- Mủ do liên cầu: Nhiều, loãng, trắng, đục.
- Mủ do Pseudomonas: Có màu xanh và mùi trái cây quả chín.
- Mủ có nhiều hơi và thối: Các vi khuẩn hiếm khí đường ruột.

* Giai đoạn phục hồi: Sau khi cơ thể loại bỏ được vi khuẩn và mô hoại tử, vùng bị nhiễm khuẩn mọc mô hạt và hoá sẹo lành.

2. TẠI VÙNG: Kèm theo triệu chứng tại chỗ, còn có thể thấy các biểu hiện theo vùng như sung hạch bạch huyết, viêm bạch mạch tại vng dẫn lưu xa nơi nhiễm khuẩn như các góc chi, vùng cổ, hàm.

3. TOÀN THÂN

* Phản ứng chung của cơ thể khi bị nhiễm khuẩn gồm

- Sốt cao có thể kèm theo rét run, mỗi mệ.
- Mạch nhanh, tỷ lệ với thân nhiệt. Mạch nhiệt phân ly là dấu hiệu xấu.
- Rối loạn nước và chất điện giải, các chất chuyển hoá: thiếu nước, thiếu máu, thiếu sinh tố, chất dinh dưỡng, nhiễm acide.
- Gan và lách có thể sưng to.

* Trong các trường hợp nặng, sức chịu đựng của cơ thể kém, vi khuẩn có thể lan rộng gây các biến chứng

- Du khuẩn huyết, nhiễm khuẩn huyết.
- Choáng nhiễm khuẩn.
- Nhiễm khuẩn lan nhiều nơi: Gan, thận, khớp, màng não, màng tim, xương

VI. CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm máu

- Số lượng bạch cầu tăng ($>10000/mm^3$) nhất là đa nhân trung tính.
- Số lượng hồng cầu giảm trong các trường hợp kéo dài, suy kiệt.
- VS tăng; phản ánh mức độ đáp ứng của cơ thể đối với bệnh.

* Xét nghiệm vi khuẩn: Cấy hoặc xem trực tiếp bệnh phẩm (dịch mủ, máu) giúp xác định loại vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

V. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. ĐỀ PHÒNG

- Với vết mổ, cần áp dụng triệt để các nguyên tắc vô khuẩn và khử khuẩn.
- Với vết thương ô nhiễm cần chống nhiễm khuẩn bằng cách rửa sạch, cắt lọc mô dập nát, loại bỏ dị vật, dùng thuốc kháng khuẩn thích hợp (dung dịch oxy già, thuốc tím...). Nếu nghi ngờ vết thương sẽ nhiễm khuẩn, có thể dùng kháng sinh, huyết thanh phòng ngừa.

2. ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

* Trong giai đoạn viêm, cần cho kháng sinh đường toàn thân và băng sạch tổn thương. Nếu dùng kháng sinh sau 72 giờ mà chưa có đáp ứng, nghĩ tới các khả năng

- Kháng sinh dùng không thích hợp.
- Có ổ nhiễm khuẩn xử lý không thích hợp.

* Khi vết thương đã có mủ và cô lập tốt, việc rạch thoát mủ là điều chủ yếu.

* Ngoài ra phải chú ý điều trị toàn thân:

- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc bằng kháng sinh, huyết thanh hoặc hoá chất đặc hiệu.
- Tạo tình trạng nghỉ ngơi tốt cho bệnh nhân.
- Nâng cao sức đề kháng cơ thể: Dinh dưỡng tốt.

LƯỢNG GIÁ

1. Vi khuẩn nào sau đây là nguyên nhân chính gây ra nhiễm khuẩn vết mổ?

- A. *Escherichia coli*
- B. *Pseudomonas aeruginosa*
- C. *Staphylococcus aureus*
- D. *Clostridium perfringens*

2. Tính chất mủ khi nhiễm trực khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* là:

- A. Loãng, màu xanh biếc hoặc màu cà phê sữa
- B. Loãng, màu xanh biếc hoặc màu xanh lục
- C. Đặc, màu xanh lục hoặc màu nâu đen
- D. Đặc, màu nâu đen hoặc màu đỏ nâu

3. Khi nhiễm trực khuẩn mủ xanh thì tại chỗ nhiễm khuẩn nên đắp dung dịch?

- A. Nước muối sinh lý
- B. Cồn etylic 70⁰
- C. Nước oxy già
- D. Dung dịch acid boric 0,1%

4. Nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* thường xuất hiện ở tuần thứ mấy sau mổ?

- A. Tuần thứ 1
- B. Tuần thứ 2
- C. Tuần thứ 3
- D. Tuần thứ 4

5. Chế độ ăn của người bệnh nhiễm khuẩn ngoại khoa là:

- A. Giàu đạm và béo
- B. Giàu béo và đường
- C. Giàu đường và đạm
- D. Giàu vitamine và đạm

Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHỌT – CHÍN MÉ

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân, giải phẫu bệnh áp xe nóng và áp xe lạnh.
- 1.2. Giải thích được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng áp xe nóng và áp xe lạnh
- 1.3. Giải thích được hướng điều trị áp xe nóng và áp xe lạnh.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh áp xe nóng và áp xe lạnh.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

NHỌT (ABCÈS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhọt là một ổ mủ nằm giữa các mô bình thường, sinh ra trong các trường hợp nhiễm khuẩn hoặc hoại tử mô. Nhọt gồm có 2 loại chính là nhọt nóng và nhọt lạnh.

II. NHỌT NÓNG

Nhọt nóng là một ổ mủ có giới hạn rõ rệt, sinh ra trong các trường hợp nhiễm khuẩn cấp tính.

1. Nguyên nhân

- Nhiễm khuẩn từ các vết thương hoặc do vi khuẩn theo đường máu đến một nơi bất kỳ để gây nhọt. Vi khuẩn gây nhọt nóng là các vi khuẩn sinh mủ thông thường như tụ cầu, liên cầu...
- Tiêm hóa chất gây kích ứng với mô (quinine, tinh dầu thông...) và làm mô hoại tử.

2. Cơ thể bệnh: Sự thành lập nhọt có ba giai đoạn:

- * Giai đoạn viêm: nơi nhiễm khuẩn sung huyết, thoát huyết tương và có bạch cầu xuyên mạch.
- * Giai đoạn tạo mủ: thành của nhọt được cấu tạo bởi sự tăng sinh các mô liên kết, các mạch máu tân tạo và các bạch cầu. Bên trong nhọt là mủ, có tính chất khác nhau tùy theo loại vi khuẩn sinh bệnh.
 - Mủ do tụ cầu khuẩn: đặc, dính, màu vàng kem.
 - Mủ do liên cầu khuẩn: loãng như dịch đục, có các mảnh trắng.
 - Mủ do phế cầu: đặc có nhiều màng giả fibrin.
 - Mủ do vi khuẩn yếm khí có mùi thối đặc biệt.

* Giai đoạn vỡ mủ: Nếu cứ để tự nhiên, nhọt lớn dần đến bề mặt cơ thể thì vỡ và mủ thoát ra ngoài. Sau đó nhọt co lại, hóa sẹo và lành.

3. Triệu chứng

* **Trong giai đoạn viêm** có các triệu chứng sau:

- Tại chỗ có dấu hiệu viêm: sưng, đỏ, nóng, đau và giảm cơ năng.
- Ở xa hơn nơi các gốc chi có thể có hạch viêm.
- Toàn thân: sốt cao, đôi khi rét run, mệt mỏi, ăn không ngon.

* **Trong giai đoạn tạo mủ** có các dấu hiệu sau:

- Tại chỗ: nơi nung mủ sưng rõ rệt hơn, nắn mềm, ấn lõm. Nếu mủ nằm gần bề mặt thì da có màu nhạt hơn các vùng đỏ tím ở xung quanh. Trường hợp mủ nhiều và gần bề mặt cơ thể, có thể thấy dấu hiệu bập bênh (dấu ba động). Chẩn đoán chắc chắn nhất là chọc dò rút ra có mủ.

- Toàn thân: Tổng trạng hơi kém hơn, nhức đầu, ăn ngủ ít. Thân nhiệt tăng và sốt dao động, kèm theo rét run từng cơn.

* **Trong giai đoạn vỡ mủ**: ổ mủ vỡ làm mủ thoát ra, các triệu chứng tại chỗ và toàn thân đều giảm dần, đến khi nhọt cạn mủ thì vết thương lành dần và cơ thể cũng trở lại bình thường.

4. Chẩn đoán phân biệt: (tham khảo)

- Khối u ác tính: bề mặt thường sần sùi, có nhiều mạch máu tân sinh, không có dấu hiệu bập bênh và chọc dò không thấy mủ.

- Túi phồng động mạch: nằm trên đường đi của động mạch, đập theo mạch, sờ thấy rung dưới tay, nghe có âm thổi tâm thu.

5. Điều trị

* **Đề phòng**: Xử trí đúng đối với các vết thương để tránh nhiễm khuẩn.

* **Điều trị**: Trong giai đoạn viêm, điều trị chủ yếu là dùng kháng sinh theo đường toàn thân, nơi viêm có thể đắp nước ấm để thúc đẩy sự tiến triển và làm giảm đau.

Khi đến giai đoạn tạo mủ, cần chủ động rạch thoát mủ rộng để dẫn lưu tất cả các ngõ ngách của túi mủ. Trong khi đó vẫn dùng kháng sinh theo đường toàn thân, tốt nhất là theo kháng sinh đồ. Không nên chờ nhọt vỡ tự nhiên vừa kéo dài thời gian bệnh vừa không chắc mủ thoát ra được hết hay không.

III. NHỌT LẠNH: Nhọt lạnh là một túi mủ được cấu tạo dần dần, thường không có dấu hiệu viêm rõ rệt.

1. Nguyên nhân: Thường gặp nhất là do trực khuẩn lao (BK) gây nên, đến bằng đường máu. Ngoài ra, nấm và một số vi khuẩn yếm khí khác (E.coli, liên cầu...) cũng có thể gây nhọt lạnh.

2. Cơ thể bệnh học

- Nhọt lạnh không có vỏ bọc phân cách rõ rệt với các mô lành xung quanh mà được cấu tạo bởi sợi huyết, bạch cầu đơn nhân, xác các tế bào và nhất là các điểm viêm nhiễm còn đang phát triển khiến nhọt lạnh mỗi ngày một lớn hơn.
- Mủ của nhọt lạnh thường đặc, có nhiều cục lớn nhón như bã đậu, cấu tạo chủ yếu là albumine và vi khuẩn, ít bạch cầu.
- Thông thường nhọt lạnh phát triển bắt đầu bằng sự tạo nên một u rắn chắc và lớn dần. Sau đó phần trung tâm hoại tử và mềm ra, tạo thành mủ, còn phần ngoài vẫn tiếp tục phát triển lan rộng. Khi nhọt phát triển đến bề mặt cơ thể thì vỡ ra, mủ thoát ra ngoài nhưng nhọt không có khuynh hướng lành và se tạo ra thường dính, méo mó.

3. Lâm sàng

Nhọt lạnh phát triển rất chậm, ít triệu chứng tại chỗ và tình trạng toàn thân không rõ. Các giai đoạn phát triển của nhọt lạnh.

- * **Giai đoạn củ lao:** nhọt mới chỉ là một khối u rắn, tròn hay bầu dục, giới hạn không rõ, không đau, không dính với các mô chung quanh.
- * **Giai đoạn tạo mủ:** Khối u lớn dần, mềm, dính với mô chung quanh. Sự hiện diện của mủ tạo dấu hiệu bập bênh và chọc hút có mủ đặc.
- * **Giai đoạn vỡ mủ:** Khi lan đến bề mặt cơ thể, nhọt lạnh vỡ và tạo lỗ dò cho mủ thoát ra hoặc gây một ổ loét mãn tính có bờ không đều, mỏng, tím, tách rời với các mô bên dưới. Nhọt lạnh có thể bị bội nhiễm và có dấu hiệu của nhiễm khuẩn cấp tính.

4. Điều trị

Nhọt lạnh hiếm khi tự khỏi, do đó không nên để nhọt tự vỡ và cũng không rạch dẫn lưu như nhọt nóng.

- * Nếu nhọt nhỏ hoặc còn ở giai đoạn củ: giải phẫu lấy cả khối nhọt và mô xung quanh, không nên làm nhọt vỡ.
- * Nếu nhọt khá lớn, dùng kim chọc hút và bơm kháng sinh vào ổ nhọt. Kim chọc hút phải có khẩu kính lớn, đường chọc hút nên bắt đầu từ một chỗ cao hơn nhọt, đi khúc khuỷu qua các lớp dưới da trước khi đâm vào nhọt, trước khi hút nên bơm thêm nước cất hay huyết thanh cho mủ loãng ra, hút xong mủ bơm trả vào ổ nhọt streptomycine, sau khi rút kim ra cần day trên đường chọc dò để lấp đường đi của kim.
- * Nếu nhọt tự vỡ hoặc nhọt lớn có thể chích, nạo và băng kín với kháng sinh tại chỗ. Ngoài ra phải chú ý điều trị với kháng sinh bằng đường toàn thân như chữa lao hoặc bệnh nấm ở nội tạng.

IV. NHỌT ĐINH: Nhọt đinh là một ổ mủ tạo thành ở chân lông.

1. Nguyên nhân

- * Vi khuẩn: thường do tụ cầu vàng.
- * Đường xâm nhập của vi khuẩn: qua lỗ chân lông, qua da bị trầy xước.
- * Điều kiện thuận lợi:
 - Bệnh ngoài da.
 - Cơ thể suy nhược, người bị đái tháo đường, ngộ độc,....
- * Sự hoạt động của vi khuẩn

Khi vi khuẩn vào lỗ chân lông và tổ chức trong da nó làm tiêu hủy tổ chức liên kết quanh lỗ chân lông tạo thành mụn, còn chân lông hoại tử tạo thành ngòi trắng đục.

2. Triệu chứng lâm sàng

* **Giai đoạn đầu:** tại chân lông nổi lên một u bằng hạt đậu, có triệu chứng viêm. Sau này u to dần lên, có quầng đỏ lan rộng hơn. Giữa u có một vùng trắng nhạt sau này phát triển thành mụn, còn chân lông tạo thành ngòi nhọn, có thể có màu đen hoặc bạc trắng.

* **Giai đoạn sau:** U to dần, chám trắng rộng hơn và mềm ra. Khi nhọn vỡ mụn, có thể nặn lấy ra một cái ngòi màu trắng đục, dài, để lại một lỗ sâu gọn, có nước vàng rỉ ra. Sau đó u xẹp dần và chuyển sang màu nâu rồi khỏi hẳn nhưng có thể để lại sẹo sâu.

3. Tiến triển: Nhọt đình là bệnh điều trị dễ dàng, nếu để tự nhiên có thể vỡ mụn và liền sẹo trong vòng 10 ngày. Đôi khi nhọt đình có một số biến chứng như:

- Viêm lan tỏa
- Viêm bạch mạch và viêm hạch khu vực lân cận.
- Vi khuẩn có thể vào máu và gây Viêm thận, viêm xương tủy xương, nhiễm khuẩn huyết...
- Nhọt đình ở vùng mặt, đặc biệt ở vùng môi trên (đỉnh râu) dễ gây viêm tĩnh mạch mắt, viêm xoang tĩnh mạch hang, viêm não màng não, có thể đưa đến tử vong. Biến chứng này dễ xảy ra nếu nặn nhọt sớm hay cào gãi trên nhọt

4. Xử trí

*** Giai đoạn sung huyết**

Không được nặn, chỉ được bôi thuốc sát khuẩn, chườm nóng và vệ sinh da. Nếu nhọt mọc ở môi mặt và phát triển nhanh, sưng tấy nhiều thì nên cho uống hoặc tiêm kháng sinh, nếu cần phải chuyển lên tuyến trên.

*** Giai đoạn có mụn**

Chờ mụn tự vỡ và nặn lấy cho được ngòi. Sau đó sát khuẩn nhọt và băng lại. Chỉ cần uống thêm vài ngày kháng sinh là được.

V. NHỌT TỔ ONG

Nhọt tổ ong là một cụm gồm nhiều nhọt đình tập trung ở bất kỳ nơi nào trên cơ thể, khi vỡ ra có rất nhiều nhọt lỗ chỗ làm cho cụm nhọt có hình ảnh giống như tổ ong. Nếu nhọt ở lưng thì gọi là hậu bối. Nguyên nhân gây nhọt là tụ cầu vàng, xâm nhập qua lỗ chân lông làm tiêu hủy tổ chức quanh lỗ chân lông và mô dưới da. Nhọt tổ ong hay xuất hiện ở người bị bệnh đái tháo đường.

1. Triệu chứng lâm sàng

* **Triệu chứng toàn thân:** Sốt cao, mệt mỏi, kém ăn, kém ngủ, vẻ mặt hốc hác.

* **Triệu chứng tại chỗ:**

Nhọt tổ ong hay gặp ở mông, lưng và gáy. Hình ảnh ban đầu là một mảng da bị sưng nề, cứng, màu tím đỏ, viêm lan rộng ra xung quanh và mạch bạch huyết cũng bị viêm. Nắn vào vùng này có cảm giác cứng. Sau 2, 3 ngày xuất hiện sung nề và có nhiều

nốt phỏng nước màu nâu. Sau đó bề mặt nốt loét ra, phần trung tâm hoại tử màu xám, nền vết loét có nhiều ngò trắng đục.

* **Xét nghiệm:** nên xét nghiệm đường huyết để phát hiện bệnh tiểu đường kèm theo.

2. Diễn biến

* Nếu nốt tổ ong nhỏ và được điều trị sớm bệnh qua khỏi.

* Nếu nốt tổ ong lớn có đường kính trên 15cm thì tình trạng toàn thân nặng vì dễ bị nhiễm khuẩn các nơi khác như xương khớp, phổi, thận, máu. Bệnh nhân có thể chết vì các biến chứng hoặc suy kiệt.

3. Xử trí:

* **Điều trị toàn thân:**

- Nâng cao thể trạng: cho ăn, uống đủ chất.

- Thuốc: tiêm thuốc trợ lực, trợ tim, thuốc an thần, thuốc kháng sinh liều cao và kết hợp.

- Nếu bệnh nhân bị đái tháo đường phải kết hợp điều trị cả bệnh đái tháo đường.

* **Điều trị tại chỗ:**

- Không được nặn hay chích rạch khi chưa có mủ.

- Khi có mủ: cắt lọc lấy hết tổ chức hoại tử và ngò, rửa sạch vết thương bằng nước oxy già hay nước muối rồi băng lại, tiếp tục điều trị tại chỗ cho đến khi liền sẹo.

- Nếu nốt tổ ong có đường kính trên 15cm thì phải chuyển lên tuyến trên.

CHÍN MÉ

I. ĐẠI CƯƠNG: Chín mé là tình trạng nhiễm khuẩn ngón tay, được chia ra làm 3 hình thái sau:

- Chín mé nông: chỉ tổn thương ở da và móng.

- Chín mé dưới da.

- Chín mé sâu.

II. NGUYÊN NHÂN

* Vi khuẩn gây bệnh thường do liên cầu, tụ cầu.

* Đường xâm nhập:

- Do tay bị sây xước, hay gặp trong lao động và sinh hoạt hàng ngày.

- Do chấn thương làm dập ngón tay.

- Do một vật sắc nhọn đâm vào ngón tay như kim, gai, đinh...

III. TRIỆU CHỨNG

1. Chín mé nông: Là hiện tượng viêm ở các lớp của da và rìa móng, loại này gồm có:

1.1. Chín mé đỏ ửng: cả đốt hay cả ngón tay bị đỏ, loại này chỉ cần ngâm tay vào nước ấm, đắp cồn và bất động ngón tay vài ba ngày là khỏi.

1.2. Chín mé có nốt phỏng: ở quanh móng tay hoặc ở dưới móng có nốt phỏng nước màu đục lơ lơ. Ngón tay bị đau và móng có thể bị bong.

2. Chín mé dưới da: Da ở ngón tay dày nên mũ khó thoát ra ngoài, có xu hướng tiến sâu vào trong nên dễ bị viêm xương.

2.1. Chín mé ở đốt xa hay gặp ở ngón cái, ngón trỏ. Đầu ngón tay căng, cứng và đau nhức nhiều. Ngón tay luôn luôn đưa lên cao mới dễ chịu.

2.2. Chín mé đốt gần và đốt giữa: bệnh nhân sốt cao; đốt ngón tay sưng to, đau, nóng, đỏ.

- Chín mé đốt giữa: ít gặp và nếu gặp mũ dễ thoát ra ngoài, ngón tay sưng to, đau và ngón tay luôn luôn ở tư thế co lại.

- Chín mé đốt gần: mũ thường đọng lại ở nếp gấp bàn ngón, mũ lan ra hai bên kẽ ngón.

3. Chín mé sâu: Bao gồm nhiều hình thái do biến chứng của chín mé dưới da điều trị không tốt như chín mé có viêm xương, viêm bao hoạt dịch, nhiễm khuẩn nặng...

Lâm sàng:

* Chín mé có viêm xương kèm theo: ngón tay có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau ở mức độ nhẹ. Nhưng có một lỗ dò mũ nhỏ, nước vàng luôn luôn chảy ra, thậm chí chảy ra cả mẩu xương chết bằng hạt tằm. Khớp xương bàn tay dễ bị tiêu hủy vì sụn đầu xương mềm. Dây chằng quanh khớp dễ bị đứt. X quang có thể nhìn thấy màng xương nham nhỏ hoặc thấy mảnh xương chết.

* Viêm bao hoạt dịch do chín mé: là một biến chứng nặng, bệnh nhân dễ mất ngón tay hoặc bàn tay.

- Triệu chứng toàn thân nặng: sốt cao và rét run, bệnh nhân kém ăn, kém ngủ vì đau.

- Tại chỗ: ngón tay sưng to, nóng, đỏ đau. Mu bàn tay bị sưng nề, ngón tay bị co lại, ấn vào lòng bàn tay bệnh nhân đau nhiều.

* Chín mé nhiễm khuẩn nặng: Do vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn quá mạnh lan tràn vào máu gây nhiễm độc, nhiễm trùng máu. Người bệnh trong tình trạng nhiễm trùng và nhiễm độc nặng, có thể tử vong sau 2 - 5 ngày nếu như điều trị không tích cực, triệt để.

IV. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc

* Dùng kháng sinh ngay từ đầu, đúng liều lượng và cả thời gian sau khi rạch tháo mũ.

* Chỉ rạch đúng lúc khi có ổ mũ nhỏ (không để kéo dài, vì mô bị hủy hoại nhiều).

- Khi có mũ phải chích vào giữa ổ mũ, không được rạch vào tổ chức lành.

- Đường rạch phải đủ rộng để mũ thoát ra dễ dàng.

- Rạch dọc bên cạnh về phía mu tay (không được rạch vào giữa ngón hoặc rạch ngang).

- Phải làm trong điều kiện vô trùng và không được làm thô bạo. Nhét một mèche nhỏ để mũ thoát ra rồi băng kín bất động.

2. Xử trí từng trường hợp

* **Những trường hợp được làm:**

- Chín mé có nốt phỏng: dùng kéo nhọn cắt da ở trên mặt nốt phỏng tháo dịch rồi băng vô khuẩn.

- Chín mé móng tay:

+ Khi chưa có mũ: chườm nóng, đắp cồn, dùng kháng sinh.

+ Nếu có mũ: dùng mũi dao rạch vào rìa móng, nặn nhẹ cho mũ thoát ra. Cần thiết có thể rạch theo hình chữ nhật hoặc vòng cung quanh gốc móng.

- Chín mé ở đầu ngón: rạch ở phía bên nơi tiếp giáp giữa da ở phía trước và da ở phía sau ngón. Không được rạch vào nếp gấp của ngón.

- Chín mé ở đốt 1 và đốt 2 đường rạch như trên rồi tháo mũ đặt dẫn lưu và cố định.

*** Những trường hợp không được làm thủ thuật mà phải chuyển lên tuyến trên:**

- Chín mé sâu có nguy cơ viêm xương.

- Chín mé bao hoạt dịch.

- Chín mé nhiễm khuẩn nặng. Trước khi chuyển phải tiêm kháng sinh, tiêm thuốc trợ lực trợ tim, thuốc an thần.

V. PHÒNG BỆNH

1. Phải giữ gìn bàn tay sạch sẽ, khi bị sây sát hay có vết thương phải rửa sạch, sát khuẩn rồi băng lại.

2. Khi bị viêm: ngay từ đầu phải ngâm tay vào nước ấm có pha ít muối và dùng kháng sinh.

VI. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định cơ bản

- Đã làm gì các tổn thương khi nó bắt đầu?

- Có phải các triệu chứng đau?

- Trước đây đã gặp?

- Điều gì, nếu bất cứ điều gì làm cho nó tốt hơn?

- Điều gì, nếu bất cứ điều gì làm cho nó tồi tệ hơn?

2. Cách sống và biện pháp khắc phục: Những biện pháp này có thể giúp chữa lành bệnh nhanh hơn và ngăn không cho nó lan rộng:

- Áp một khăn ấm vùng bị ảnh hưởng. Làm điều này trong ít nhất 10 phút mỗi vài giờ. Nếu có thể, trước tiên ngâm vại trong nước muối ấm. Điều này giúp các nhọt vỡ để ráo nhanh hơn.

- Nhẹ nhàng rửa nhọt 2 - 3 lần một ngày. Sau khi rửa, áp một kháng sinh toa và che phủ với một băng.

- Không bao giờ ép hoặc chích nhọt. Điều này có thể lây bệnh.

- Rửa tay kỹ sau khi điều trị nhọt. Ngoài ra, giặt quần áo, khăn tắm đã chạm vào vùng bị nhiễm bệnh.

3. Thuốc thay thế

- Dầu cây chè, được chiết xuất từ lá của cây chè (*Melaleuca alternifolia*), đã được sử dụng trong nhiều thế kỷ như là một chất sát trùng và kháng sinh chống nấm. Nó có thể giúp giảm tốc độ khó chịu và chữa bệnh.

- Đạt kết quả tốt nhất, áp các nhọt một vài lần một ngày. Dầu có thể gây ra phản ứng dị ứng ở một số người, vì vậy hãy chắc chắn ngừng sử dụng nó nếu có bất kỳ vấn đề.

4. Phòng chống: Mặc dù không phải luôn luôn có thể ngăn ngừa loét, đặc biệt là nếu có hệ thống miễn dịch bị tổn hại, các biện pháp sau đây có thể giúp tránh nhiễm khuẩn tụ cầu khuẩn:

- Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng nhẹ. Hoặc sử dụng tay chà cồn thường xuyên. Rửa tay cẩn thận tốt nhất là phòng thủ chống lại vi trùng.
- Làm sạch vết cắt nhỏ và thậm chí cả vết xước. Rửa vết thương bằng xà phòng và nước và áp một thuốc mỡ toa - kháng sinh.
- Giữ cho vết thương được bảo hiểm. Giữ sạch vết cắt, trầy xước và bảo hiểm với băng khô vô trùng cho đến khi chúng lành lặn.
- Giữ vật dụng cá nhân. Tránh dùng chung các đồ cá nhân, chẳng hạn như khăn tắm, dao cạo, quần áo và trang thiết bị thể thao. Nhiễm khuẩn tụ cầu khuẩn có thể lây lan qua các đối tượng cũng như từ người sang người. Nếu có một vết cắt hoặc đau, rửa khăn tắm và khăn trải bằng cách sử dụng chất tẩy rửa và nước nóng thêm với thuốc tẩy và làm khô chúng trong máy sấy nóng.

Bài 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ – GÂY MÊ

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích tiền mê, nguyên tắc dùng thuốc tiền mê, kể được tên các loại thuốc mê đang sử dụng.
- 1.2. Trình bày được các phương pháp gây tê và các thuốc tê đang sử dụng.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước, trong và sau khi gây mê.
- 2.2. Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước, trong và sau khi gây tê.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê là phương pháp làm mất hoàn toàn ý thức, cảm giác, phản xạ, vận động tạo điều kiện cho phẫu thuật tiến hành một cách tốt nhất, đảm bảo được tính mạng cho người bệnh trong lúc phẫu thuật.

II. CÁC LOẠI THUỐC DÙNG TRONG GÂY MÊ

1. Thuốc tiền mê

1.1. Mục đích dùng thuốc tiền mê

- Tất cả người bệnh trước mổ đều lo lắng về bệnh tật của mình, người bệnh là nữ cần được chia sẻ, động viên hơn nam giới. Do vậy trước khi mổ, ngoài việc thăm khám tiền mê động viên người bệnh, còn cho người bệnh dùng thuốc tiền mê thật tốt, để tránh các tai biến hoặc các phản xạ bất lợi trong lúc mổ cụ thể là:

+ Giúp người bệnh an thần, giảm chuyển hóa cơ bản do đó giảm lượng thuốc mê cần thiết.

+ Làm giảm phản xạ nguy hiểm (nôn, co thắt khí, phế quản, phản xạ phó giao cảm).

- Giảm tác dụng xấu của thuốc mê, giảm bài tiết đàm nhớt.

1.2. Nguyên tắc dùng thuốc tiền mê

- Kết hợp dùng 3 loại: An thần + giảm đau + kháng cholin

- Liều và thuốc phải cân nhắc cho phù hợp với thể trạng và yêu cầu phẫu thuật.

- Tiêm IM trước 45 phút , IV trước 15 phút trước khi mổ, tiêm tại phòng tiền mê và theo dõi để phòng các biến chứng sau khi tiền mê.
- Luôn luôn nhớ những trường hợp chống chỉ định và khi đã tiêm thuốc rồi thì không sửa lại những sai lầm.

1.3. Các thuốc dùng trong tiền mê

1.3.1. Nhóm á phiện (opioids)

- Bao gồm Morphin chlohydrat, Pethidin, Fentanyl, Sufentanilcitrat, Alfentanil, có tác dụng làm giảm đau, an thần, giảm liều thuốc mê.
- Tác dụng bất lợi là hạn chế hô hấp do vậy không dùng trong các trường hợp:
 - + Trẻ em dưới 5 tuổi và người già trên 60 tuổi.
 - + Các phẫu thuật não bộ, người bệnh suy hô hấp CO₂ tăng, áp lực nội sọ tăng.
 - + Những người bệnh COPD.
 - + Phóng thích histamine gây giãn mạch ngoại biên, tụt huyết áp vì vậy người bệnh hen và co thắt tiểu phế quản không dùng dẫn chất của thuốc phiện.
 - + Làm co cơ oddi nên thuốc thuộc nhóm này không dùng trong phẫu thuật đường mật.
- Có tác dụng làm giảm nhu động ruột, dễ làm táo bón, liệt ruột ở hậu phẫu.

1.3.2. Nhóm thuốc kháng cholin (Benladon alkaloid)

- Bao gồm Atropinsulfat là Scopolamin có tác dụng giảm tăng tiết ở miệng hầu và đường hô hấp trên, giảm phản xạ phó giao cảm với liều lớn.

1.3.3. Nhóm an thần:

- Nhóm Barbituric (Gardenal uống đêm trước khi mổ).
- Nhóm Phenothiazin: Promethazin (Pipolphen) 1mg/kg.
- Nhóm Butyrophenon (Droperidol) có tác dụng an thần, tăng cường tác dụng của nhóm á phiện và của thuốc mê, phong tỏa giao cảm, chống buồn nôn, kháng histamine.
- Nhóm Benzodiazepin: Diazepam hiện nay được dùng phổ biến nhất. Dùng để an thần, gây ngủ, chống lo âu, ngăn ngừa và điều trị kích thích thần kinh của thuốc tê.

1.3.4. Dùng thuốc tiền mê với trẻ em:

- Trẻ sơ sinh: Dùng Atropin 0.01 – 0.02 mg/kg dùng IM hoặc IV.
- Trẻ dưới 10 kg: Dùng Atropin + Ketamin dùng IM (liều Ketamin 4 – 6 mg/kg).
- Trẻ từ 1 – 3 tuổi: Dùng Atropin + Ketamin + Diazepam hoặc Domincum.
- Diazepam hoặc Domincum kết hợp với Ketamin để tránh giấc mơ xấu.
- Trẻ lớn: Dùng Atropin + Diazepam + Promethazin.

2. Các loại thuốc mê

2.1. Thuốc mê đường hô hấp

2.1.1. Oxyd nitơ (N₂O)

- Là một chất khí không màu, vị ngọt, mùi dễ chịu, không kích thích niêm mạc. Là chất không gây cháy nổ nhưng nó giúp cho sự cháy ở 450⁰C khi có Oxy. Nhiệt độ sôi là - 89⁰C, nhiệt độ tới hạn của nó là 36,5⁰C. Nếu nhiệt độ cao quá nhiệt độ tới hạn thì toàn bộ thể tích khí của bình là thể khí. Ở nhiệt độ phòng mổ là 20⁰C khi mở van thì khí N₂O lỏng bốc lên thay thế vì vậy khi còn N₂O lỏng trong bình thì áp lực luôn luôn là 51 atmosphere. N₂O hòa tan trong cồn và nước.

- Chỉ định dùng N₂O

+ N₂O được chỉ định dùng trong phẫu thuật lớn kéo dài, thường phối hợp với các thuốc tiền mê khác.

+ Dùng trong phẫu thuật nhỏ và ngắn.

+ Dùng khởi mê với các thuốc mê khác.

+ Dùng với mục đích giảm đau trong sản khoa.

+ Khi cần dùng với các thuốc mê không gây cháy nổ.

- Chống chỉ định dùng N₂O

+ Tắc mạch do khí.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tắc đường tiêu hóa cấp tính.

+ Có khí nội sọ (chụp não có bơm khí).

+ Có nang khí ở phổi.

+ Tạo hình màng nhĩ.

+ Bệnh có tăng áp lực động mạch phổi.

+ Những bệnh nhân cần nồng độ oxy cao

- Ưu điểm của N₂O: Không gây cháy nổ, không kích ứng niêm mạc đường hô hấp, khởi mê im diệu dễ chịu, thoát mê nhanh, nếu đủ oxy thì không ảnh hưởng đến các cơ quan, nó còn có tác dụng giảm đau, ít gây buồn nôn sau mổ và rẻ so với các thuốc khác.

- Nhược điểm của N₂O: Dùng N₂O nồng độ cao đơn thuần dễ gây thiếu oxy, tai biến ngạt tế bào dễ gặp, làm tăng áp lực khuếch tán, không gây giãn cơ và có thể gây suy tủy, quái thai ở súc vật. Vì vậy người ta thường dùng N₂O phối hợp với các thuốc mê khác và thuốc giảm đau để tăng hiệu quả lâm sàng và tránh thiếu oxy, thường dùng 60 – 65% N₂O + 1% Halothan + thuốc giảm đau họ morphin trong gây mê.

2.1.2. Halothan (Fluothan)

- Là một chất lỏng không màu, vị ngọt, mùi dễ chịu. Nhiệt độ sôi là 50⁰C. Áp lực hơi bão hòa là 20⁰C là 243 mmHg. Halothan bị phá hủy bởi ánh sáng vì vậy phải giữ ở lọ thủy tinh màu. Khi bị phân hủy nó tạo ra một số acid như: HCl, HBr, clo tự do và phosgene rất độc và gây hỏng máy. Halothan có độ hòa tan cao trong cao su, phản ứng với hầu hết các kim loại, tuy nhiên đồng đỏ và crom không bị ăn mòn, không phản ứng với niken và titan. Hệ số phân ly máu/ khí = 2.4. Hệ số phân ly mỡ/ máu = 60.0, não/ não = 2.6.

- Chỉ định:

Tùy theo người bệnh:

+ Với trẻ em có thể khởi mê bằng mask.

+ Suy hô hấp: Viêm phế quản dạng hen.

+ Nhược cơ: Tránh sử dụng thuốc giãn cơ.

+ Bệnh huyết sắc tố.

Theo loại phẫu thuật:

+ Mổ cấp cứu.

+ Mổ mắt.

+ Mổ tai mũi họng – răng hàm mặt.

+ Bổ sung cùng với thuốc gây mê tĩnh mạch.

- Chống chỉ định:

+ Sốt cao ác tính: Với những người có tiền sử bản thân hoặc gia đình có nhạy cảm với sốt ác tính cao.

+ Sản khoa.

+ Phẫu thuật thần kinh có tăng áp lực nội sọ.

- + Người bị bệnh sốc.
- + Suy gan.
- + Gây mê nhiều lần.
- Cách sử dụng:
 - + Khi dùng Halothan bắt buộc phải sử dụng hệ thống gây mê bằng bình bốc hơi đặc biệt.
 - + Khởi mê bằng mask với trẻ em, với người lớn nên khởi mê bằng cách gây mê bằng đường tĩnh mạch. Sau đó tăng nồng độ Halothan lên, có thể tới 3 – 4% rồi căn cứ vào tình trạng mê để điều chỉnh hạ dần xuống 1%, 0.75%, 0.5%. Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, điện tim. Nếu thấy hạ huyết áp cần giảm nồng độ Halothan. Nếu thấy rối loạn nhịp tim cần ngừng Halothan sau đó lại tăng dần với tốc độ chậm hơn, kiểm tra lại tình trạng cung cấp oxy.
 - + Halothan là thuốc không có tác dụng giảm đau nên khi mổ cần cho thêm thuốc giảm đau.
 - + Cần sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh tim mạch.
 - + Không nên gây mê bằng Halothan liên tục trong vòng 2 – 3 tháng.
 - + Cần có hệ thống hít khí thải để bảo vệ môi trường và sức khỏe của nhân viên y tế.

2.1.3. Enfluran (Ethran, Alyran)

- Đó là một chất lỏng không màu, trong, không gây cháy, mùi hơi ngọt. Enfluran ổn định hơn Halothan nên không cần chất bảo quản. Trọng lượng phân tử là 184, nhiệt độ sôi là 56.6°C , áp lực hơi bão hòa là 175 mmHg. Enfluran không gây cháy nổ ở tất cả các nồng độ trong không khí và oxy, nó cũng không phân hủy bằng ánh sáng mặt trời, ổn định với vôi soda và kim loại. Enfluran có hiệu lực gây mê mạnh hòa tan trong máu và mô tương đối thấp (hệ số hòa tan máu/ khí là 1.91) nên cho phép gây mê nhanh và thoát mê nhanh. Nồng độ ở phế nang gần giống như nồng độ hít vào nên cho phép kiểm tra, điều khiển mức độ mê linh hoạt. Enfluran có chỉ số gây mê thấp hơn các thuốc methoxyfluran, Halothan hoặc Isofluran ở trên chuột (chỉ số gây mê = nồng độ gây ngừng thở ngừng tim/ nồng độ gây mê. Enfluran mạnh gấp 2 lần Halothan trong việc làm tăng sự ức chế thần kinh cơ, và nó mạnh hơn Isofluran và Halothan trong việc làm tăng sự phong bế thần kinh cơ. Vì vậy khi dùng các thuốc này phối hợp với Enfluran để gây mê cần giảm liều.
- Ứng dụng lâm sàng: Enfluran là thuốc gây mê yếu hơn Halothan, nên khởi mê cần nồng độ thở vào lớn khoảng 5% cho thở tự nhiên và 3 – 4% cho hô hấp nhân tạo. Duy trì mê với nồng độ từ 1.5 – 3%. Cần đảm bảo thông khí để giữ PaCO_2 ở mức bình thường để đề phòng các biến chứng thần kinh trung ương. Không dùng Enfluran ở bệnh nhân động kinh và bệnh nhân có suy thận.

2.1.4. Isofluran (Foran, Aerran, Nederan)

- Là một chất lỏng không màu, ổn định ở nhiệt độ phòng và không cần chất bảo quản, không gây cháy trong không khí. Hệ số hòa tan máu/ khí là 1.4 thấp hơn Halothan và Enfluran, tính tan trong mỡ kém Halothan nên khởi mê nhanh và thoát mê nhanh, không phản ứng với kim loại trong hệ thống, có mùi cay nhẹ. Khởi mê nhanh và thoát mê nhanh hơn so với Enfluran và Halothan, đồng thời nó cho phép kiểm soát nồng độ sâu của mê dễ hơn.

- Isofluran là thuốc được lựa chọn trong thực hành gây mê thần kinh, bởi vì khi gây mê bằng Isofluran, dòng máu não không tăng, nhu cầu oxy cho chuyển hóa não giảm, có tác dụng bảo vệ não trong trạng thái thiếu máu hoặc thiếu oxy. Isofluran được thải qua phổi 99.5%, chỉ khoảng 0.3 – 0.5% là chuyển hóa ở gan nên sự nguy hiểm với chức năng gan, thậm chí là tối thiểu.

2.1.5. Sevofluran (Ultan)

- Sevofluran không có mùi hăng, điểm sôi là 58.6⁰C, áp lực hơi bão hòa tại 20⁰C là 162 mmHg. Là thuốc được lựa chọn nhiều nhất để khởi mê hô hấp. Độ hòa tan trong máu thấp, ít kích thích đường hô hấp, nên dùng Sevofluran khởi mê nhanh, êm dịu đặc biệt ở bệnh nhi mổ ngoại trú thì dùng Sevofluran thời gian mê và thoát mê nhanh hơn Halothan.

- Ở các bệnh nhân lớn tuổi, mổ ngoại trú gây mê bằng Sevofluran thời gian thoát mê nhanh hơn và định hướng khi hồi tỉnh tốt hơn so với Isofluran và Propofol. Thời gian rút nội khí quản có xu hướng dễ tiên lượng hơn so với các bệnh nhân dùng Propofol.

- Ở các bệnh nhân mổ nội trú gây mê bằng Sevofluran có sự ổn định nhịp tim và rất ít ảnh hưởng đến hô hấp đặc biệt là thời gian thoát mê, rút nội khí quản và định hướng lúc hồi tỉnh nhanh hơn so với bệnh nhân dùng Isofluran. Trong mổ thần kinh Sevofluran có hiệu quả tương tự Isofluran về thời gian rút nội khí quản, thoát mê và định hướng cũng như thời gian ra khỏi phòng hồi tỉnh.

- Sevofluran có thể so sánh với Isofluran về khả năng kiểm soát huyết động trong phẫu thuật nối mạch vành hoặc ở các bệnh nhân có nguy cơ thiếu máu cơ tim khi gây mê phối hợp với các thuốc họ morphin.

- Vì các đặc tính thuận lợi như mùi dễ chịu, rất ít kích thích đường hô hấp, độ hòa tan trong máu thấp, không kích thích thần kinh, ổn định huyết động nên Sevofluran là thuốc mê có đặc tính tốt trong số các thuốc mê bốc hơi, nó được chọn để khởi mê bằng mask cho cả người lớn và trẻ em không chịu hợp tác khi làm đường truyền tĩnh mạch. Tuy nhiên không dùng lưu lượng khí gây mê thấp, không nên dùng ở bệnh nhân có tổn thương thận.

2.1.6. Desfluran (Supran)

- Là một thuốc mê có một số đặc tính cho phép dùng tốt trong gây mê với lưu lượng khí thấp, nhưng cũng có một số đặc tính cần cân nhắc khi dùng, vì vậy nó cũng chưa được hoan nghênh ở Anh và Mỹ.

2.2. Thuốc mê đường tĩnh mạch

2.1.1. Thiopental (Thiopentalum natrium, Pentothal sodium, Nesdonal)

- Là một chất bột màu vàng, khô, hòa tan trong nước, đóng lọ 0.5 và 1g và được giữ nơi khô mát. Dung dịch thuốc rất kiềm, nồng độ tối đa an toàn cho phép sử dụng trên lâm sàng là 2.5%. Thiopental rất tan trong mỡ, thuốc có tác dụng khởi mê nhanh. Thuốc chỉ có tác dụng gây mê, không có tác dụng giảm đau.

- Chỉ định:

+ Gây mê đơn thuần hoặc phối hợp.

+ Hồi sức.

. Hôn mê sau thiếu oxy.

. Sử dụng ở bệnh nhân có tăng áp lực nội sọ.

. Tình trạng co giật.

- Chống chỉ định:
 - + Thiếu phương tiện hồi sức.
 - + Gây mê cho bệnh nhân ngoại trú.
 - + Rối loạn chuyển hóa.
 - + Dị ứng với barbituric.
- Chống chỉ định tương đối với người bệnh suy gan hoặc thận, suy tim nặng.
- Liều dùng:
 - + Khởi mê: 3.5mg/kg đường dùng IV.
 - + Liều duy trì: 15 – 35mg/kg/24 giờ, dùng bơm tiêm điện (hoặc có thể tiêm tĩnh mạch liều bằng 1/3 đến 1/2 liều khởi mê). Ở người bệnh suy gan, thận cần giảm liều.
 - + Có thể sử dụng qua đường hậu môn với trẻ nhỏ trên 2 tuổi: 30mg/kg (dung dịch 5% hoặc 10%).
 - + Biến chứng tại chỗ: Khi tiêm dưới da, tiêm bắp gây phù nề, kích thích tại chỗ tiêm. Tiêm vào động mạch gây biến chứng nặng nề, khi tiêm vào động mạch có biểu hiện thiếu máu cục bộ, mất độ căng bằng của động mạch, bệnh nhân xanh xao và tím. Tại chỗ tiêm có thể hoại thư, thối, có thể để lại di chứng thần kinh, có khi phải cắt cụt chi.
 - + Xử trí khi tiêm nhầm vào động mạch: giữ nguyên kim đã tiêm, qua đó đưa dung dịch NaCl 0.9% có pha 50mg Xylocain (Lidocain) và Heparin.

2.2.2. Ketamin (Ketamium)

- Bao gồm các thuốc: Calysol, Ketanest, Ketalar. Thuốc được sử dụng rộng rãi trong gây mê, có tác dụng giảm đau tốt, mất tri giác, có tình trạng giữ nguyên tư thế, làm tăng lưu lượng máu lên não, tăng áp lực nội sọ, tăng chuyển hóa não nên không dùng trong phẫu thuật sọ não, làm tăng nhẹ nhịp tim và huyết áp, gây ảo giác và những giấc mơ xấu. Triệu chứng này giảm nếu tiền mê bằng Diazepam.
- Ketamin không phải là thuốc được lựa chọn để khởi mê cho người bệnh có dạ dày đầy. Trên hầu hết với trẻ em, Ketamin gây tăng tiết nước bọt, thuốc không có tác dụng giãn cơ.
- Chỉ định:
 - + Gây mê cho các phẫu thuật ngắn nhỏ.
 - + Bỏng (thay băng)
 - + Bệnh nhân cao tuổi, trẻ em, các thủ thuật thăm dò gây đau.
 - + Hen phế quản.
 - + Thủ thuật phụ khoa – sản khoa, trong các trường hợp có giảm khối lượng tuần hoàn hoặc co thắt phế quản cấp tính.
 - + Phổi hợp gây tê vùng.
- Chống chỉ định:
 - + Bắt buộc:
 - . Thiếu phương tiện hồi sức.
 - . Tai biến mạch máu não, tăng áp lực nội sọ.
 - . Phình mạch não.
 - . Suy mạch vành nặng, cao huyết áp.
 - . Nhồi máu cơ tim vừa mới qua.
 - . Tình trạng tiền sản giật, sản giật.

- + Tương đối:
 - . Cường giáp, nghiện rượu, nghiện ma túy.
 - . Động kinh, tâm thần phân liệt.
 - . Phẫu thuật mắt (Glaucoma).
 - . Phẫu thuật tạng sâu.
 - . Phẫu thuật phế quản và ngã ba hầu thanh quản
- Liều dùng:
 - + Gây mê:
 - . Khởi mê: 1 – 4mg/kg tiêm tĩnh mạch.
6 – 13mg/kg tiêm bắp.
 - . Duy trì mê: ½ liều khởi mê tĩnh mạch, hoặc bắp thịt theo biểu hiện tỉnh của bệnh nhân.
 - + Truyền kéo dài:
 - . Người lớn:
 - Khởi mê 2 – 5mg/kg tĩnh mạch hoặc 0.12 mg/kg/phút, tĩnh mạch.
 - Duy trì: 0.08 mg/kg/phút.
 - . Trẻ em:
 - Khởi mê: 2mg/kg, đường tĩnh mạch hoặc 5 – 8mg/kg tiêm bắp.
 - Duy trì: 1mg/kg tĩnh mạch.
 - Đường hậu môn: 9 – 10mg/kg khởi mê.
 - Duy trì: 1mg/kg, tĩnh mạch nếu cần thiết.

2.2.3. Diprivan 1% (Propofol, profol).

- Ống 20ml chứa 200mg, thuốc đóng ở dạng nhũ tương dầu trong nước đẳng trương màu trắng đục như sữa, dùng tiêm tĩnh mạch, truyền liên tục 4 – 12 mg/kg/h hoặc tiêm nhiều lần, mỗi lần 2.5 – 5ml để duy trì mê.
- Liều khởi mê: 2 – 2.5 mg/kg, trên 55 tuổi cần giảm liều. Pha duy nhất với Dextro 5% hỗn hợp ổn định trong 6 giờ, sau 6 giờ thuốc còn lại cũng không dùng nữa.
- Thuốc có tác dụng khởi mê nhanh sau khoảng 30 giây, êm dịu, gây mê nhanh. Cũng như mọi loại thuốc mê khác, cũng dùng thận trọng ở những bệnh nhân suy gan, suy thận. Diprivan làm giảm lưu lượng máu não, giảm áp lực nội sọ và chuyển hóa ở não, giảm áp lực nội sọ nhiều hơn ở bệnh nhân có áp lực nội sọ cơ bản được tăng lên, phục hồi tri giác thường nhanh và người bệnh thấy nhẹ nhõm, không đau đầu.

3. Các loại thuốc giãn cơ

- Thuốc giãn cơ là thuốc làm liệt cơ, không có tác dụng giảm đau. Thuốc giãn cơ được chia thành 2 nhóm, đó là: Tranh chấp và khử cực.
 - + Nhóm khử cực (giãn cơ ngắn) Succinylcholin (Myorelaxin), sau khi tiêm 10 – 15 giây, giật cơ mặt, cổ và chi, giật kéo dài 15 – 20 giây rồi các cơ giãn hoàn toàn và ngừng thở 5 – 7 phút. Được dùng để đặt ống nội khí quản, hoặc trong các phẫu thuật nhỏ thời gian ngắn.
 - Chống chỉ định khi người bệnh có tiền sử liên quan đến bệnh sốt cao ác tính hoặc người bệnh có tăng kali máu. Liều lượng 1.5 – 2 mg/kg cân nặng.
 - + Nhóm tranh chấp (tác dụng dài):

- Gallamin (Flaxedil), Tubocurarin chlorid làm liệt cơ sau 1 – 2 phút tiêm tĩnh mạch, liệt cơ kéo dài 150 phút. Pancuronium bromid (Pavulon) đóng ống chứa 4mg, thuốc có tác dụng nhanh sau 30 – 45 giây, tác dụng tối đa sau 3 – 5 phút và thời gian tác dụng kéo dài 30 – 45 phút, liều 0.07 – 0.1mg/kg.
 - Vecuronium bromid (Norcuron) đóng ống 4mg, liều khởi đầu 0.08 – 0.1mg/kg có tác dụng giãn cơ nhanh sau 2 – 3 giây và kéo dài 20 – 30 phút.
 - Tracrium (Atracuriumbesylate) là thuốc không độc với tim, gan, thận, thường dùng để gây mê cho người bệnh có chức năng thận kém.
- Thuốc giãn cơ chỉ có tác dụng làm liệt cơ, không có tác dụng giảm đau.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY Mê

- Gây mê đường hô hấp thường dùng thuốc mê lỏng bay hơi ở nhiệt độ thường, các thuốc thường dùng là: Narcotan, Fluothan, Isofluran.
- Gây mê bằng đường tĩnh mạch đơn thuần dùng các loại thuốc như: Thiopental, Ketamin, Propofol, có thể kết hợp dùng mask thanh quản. Người bệnh phải nhịn ăn 6 – 8 giờ trước mổ và luôn chuẩn bị đủ phương tiện chuyển sang mê nội khí quản.
- Gây mê nội khí quản là dùng thuốc gây mê kết hợp với thuốc giãn cơ có hô hấp điều khiển. Có thể gây mê đặt nội khí quản cần phải dùng thuốc giãn cơ hoặc chỉ cần gây tê có thể đặt ống nội khí quản không cần dùng thuốc gây mê và thuốc giãn cơ. Ống nội khí quản có thể đặt qua mũi hoặc qua miệng. Có thể dùng đèn soi để đặt ống nội khí quản hoặc đặt mò qua mũi bệnh nhân. Có thể dùng mask thanh quản để đặt thay ống nội khí quản. Do vậy đối với mỗi bệnh nhân cần có chỉ định phương pháp vô cảm cụ thể, phụ thuộc vào yêu cầu phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân, phương tiện kỹ thuật và kỹ năng của người gây mê hồi sức.

IV. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC GÂY Mê

- Người bệnh phải đồng ý mổ, người gây mê phải khám người bệnh trước mổ, khám lại các cơ quan sinh tồn như:
 - + Dấu hiệu sinh tồn.
 - + Phổi: Xquang lồng ngực, chức năng hô hấp nếu cần.
 - + Điện tim, chức năng tim, xét nghiệm về tim, nghe tim.
 - + Thận: Ure, creatinine, phân tích nước tiểu.
 - + Bù dịch đầy đủ, đặc biệt là đối với người bệnh nhịn đói lâu hoặc mất khối lượng máu lưu hành.
 - + Tắm rửa toàn thân, cạo lông, rửa vùng mổ với các thuốc sát trùng, băng vùng định mổ, mặc quần áo sạch.
 - + Cho người bệnh đi tiểu trước khi mổ.
 - + Chuẩn bị tinh thần cho người bệnh trước khi mổ.
 - + Cho thuốc tiền mê.
 - + Căn dặn người bệnh về chế độ ăn uống, tất cả mọi trường hợp mổ theo chương trình đều phải nhịn ăn:
- * Phẫu thuật ngoài đường tiêu hóa thì đêm trước mổ đi cầu cho hết hoặc thụt tháo phân.

* Phẫu thuật trên ruột non nhịn đói từ 6 – 12 giờ trước mổ, nếu mổ hồi tràng cần thêm kháng sinh đường ruột.

* Phẫu thuật trên ruột già:

- Ngày một: chế độ ăn ít bã + thuốc nhuận tràng.
- Ngày hai: chế độ ăn ít bã + thuốc xổ + thụt tháo buổi tối bằng nước muối đến khi nước trong.
- Ngày ba: chế độ ăn lỏng (nước đường) + thuốc xổ + kháng sinh đường ruột + truyền dịch vào buổi chiều + đặt ống hút dạ dày ruột.
- Ngày bốn: mổ sáng:

= Trường hợp mổ cấp cứu nếu người bệnh đã ăn trước khi xảy ra sự cố trong vòng 6 giờ phải rửa dạ dày (trừ trường hợp chẩn đoán thủng đường tiêu hóa).

. Cần dặn tháo bỏ tư trang quý giá cho người nhà giữ trước khi vào phòng mổ, tháo bỏ răng giả, hướng dẫn an ủi người bệnh.

. Dự kiến phương pháp vô cảm.

= Đề phòng các tai biến ngay sau khi tiêm thuốc tiền mê.

. Giảm hô hấp do dùng Morphin do vậy sau khi tiền mê xong phải theo dõi người bệnh đề phòng suy hô hấp.

. Hạ huyết áp do thay đổi tư thế khi tiền mê dùng aminazin.

V. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG KHI GÂY Mê

1. Chăm sóc đề phòng tai biến trong thời kỳ khởi mê

- Ngạt, ngừng thở, ngừng tim do tụt lưỡi hoặc u dè vào khí quản. Do vậy đối với những trường hợp tiên lượng đặt ống nội khí quản khó cần giải thích động viên cho người bệnh để phối hợp gây tê đặt ống nội khí quản.

- Co thắt thanh quản, khí phế quản ở những người bệnh có tiền sử hen phế quản. Do vậy cần chuẩn bị sẵn các thuốc cắt cơn hen phế quản như Thiophylin, Salbutamol khi tiến hành gây mê.

- Nôn và hít chất nôn trong dạ dày vào phổi (hội chứng Mendelson) cần đảm bảo có dạ dày rỗng khi lên bàn mổ, trường hợp người bệnh có dạ dày đầy phải tiến hành đặt thông dạ dày hút trước khi gây mê nhất là người bệnh tắc ruột, hẹp môn vị, khi người bệnh vừa ăn phải tiến hành gây nôn hoặc rửa dạ dày.

2. Chăm sóc người bệnh gây mê đặt nội khí quản có dạ dày đầy

- Để tránh nguy cơ hít phải chất nôn, ta có thể dùng các biện pháp an toàn sau đây:

+ Dùng thủ thuật Sellick: cho người bệnh thở dưỡng khí 7 – 10 phút qua mặt nạ để có thêm dự trữ oxy sau đó cho người bệnh ngủ dùng Pentothal liều khởi đầu và tiếp theo bằng liều giãn cơ ngán. Trong thời điểm này không giúp thở đồng thời nhờ một người đứng ngoài dùng 2 ngón tay đè lên vùng sụn nhẫn về phía cột sống với áp lực vừa phải, mục đích là chèn thực quản không cho các chất trong dạ dày trào lên miệng. Khi thuốc giãn cơ có tác dụng thì đưa ống nội khí quản qua dây thanh âm đồng thời nhấc tay chèn thanh quản ra, bơm túi hơi giúp thở và duy trì mê.

+ Phương pháp đặt đầu cao 40⁰: cho người bệnh thở oxy từ 3 – 5 phút, qua bàn tay cho đầu cao 40⁰, chân bệnh nhân vẫn nằm ngang, dùng Pentothal và Myorelaxin, không bóp

bóng giúp thở. Khi thuốc gian cơ có tác dụng thì bỏ mặt nạ ra, đứng trên bục cao để đặt ống nội khí quản, các chất trong dạ dày sẽ bớt khả năng trào lên miệng nhờ yếu tố trọng lực sau khi bơm túi hơi ống nội khí quản, cho người bệnh nằm ngang.

+ Phương pháp để đầu thấp: cũng bắt đầu như trên nhưng để đầu thấp hơn thân người 15⁰, đặt nội khí quản xong, bơm túi hơi, giúp thở và quay bàn về vị trí bình thường. Phương pháp này nếu người bệnh nôn sẽ chảy ra ngoài, bớt nguy cơ hít ngược vào phổi, và khi cần hút cũng dễ dàng, đồng thời luôn đề phòng tình huống có thể xảy ra khi người bệnh nôn và chuẩn bị máy hút tốt kịp thời hút dịch, móc đàm dãi, thức ăn cho người bệnh.

- Trường hợp có chấn thương lồng ngực, tràn khí màng phổi van hoặc vết thương ngực hở cần thăm khám phát hiện và đề nghị dẫn lưu màng phổi, sau đó mới gây mê đặt nội khí quản.

3. Chăm sóc và đề phòng các tai biến do đặt ống nội khí quản

- Gãy răng, chảy máu lợi, xây sát niêm mạc họng do thao tác đặt ống thô bạo và trường hợp người bệnh bị móm phải lót một miếng gạc vào lợi khi đặt ống nội khí quản.

- Đặt nhầm ống nội khí quản và thực quản, để tránh tai biến này cần nhìn rõ hai dây thanh âm mới đặt ống nội khí quản vào và sau khi đặt xong phải ấn vào lồng ngực kiểm tra xem khí có phụt ra hay không, sau đó nghe phổi kiểm tra tiếng rì rào phế nang đều rõ hai bên phổi. Khi đặt ống nội khí quản quá sâu vào một bên phổi thì chỉ nghe thấy rì rào phế nang ở một bên phổi còn bên kia không nghe thấy gì.

- Đặt ống nội khí quản quá sâu vào bên phổi phải, khi đó nghe phổi chỉ thấy ở bên phải còn bên trái thì không nghe thấy rì rào phế nang.

- Không đặt được ống nội khí quản do khó đặt, những trường hợp khó như: bướu cổ to, sẹo co kéo dùng cổ, hầu cao, cổ ngắn, răng vỡ, gãy xương hàm trên, gãy xương hàm dưới, cổ không ngửa được... cần được tiên lượng trước để có chiến thuật gây mê hợp lý, có thể áp dụng một trong những phương pháp sau:

+ Gây tê đặt nội khí quản.

+ Dùng mask thanh quản.

+ Dùng ống thực khí quản combitube.

+ Đặt nội khí quản ngược chiều.

+ Chuẩn bị dụng cụ cần thiết cho thông khí xuyên qua khí quản (khi người bệnh bị co thắt khí quản, không đặt được ống nội khí quản).

- Rơi răng giả, hoặc răng lung lay vào đường thở, để tránh tai biến này cần bảo người bệnh tháo bỏ răng giả khi mổ, đề phòng răng lung lay có khả năng rơi vào đường thở khi gây mê đặt nội khí quản và khi rút ống nội khí quản.

4. Theo dõi và chăm sóc trong khi gây mê

- Theo dõi nhịp thở của người bệnh hoặc theo dõi máy thở về biên độ, tần số, áp lực thở vào, thể tích khí lưu thông, đo độ bão hòa oxy trong máu động mạch (SpO₂ bình thường là 97 – 100%).

- Theo dõi mạch, huyết áp động mạch, đo ở khuỷu tay hoặc đo huyết áp trực tiếp động mạch quay, theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung tâm, trong mổ tim hở có thể sử dụng máy tuần hoàn, hô hấp ngoài cơ thể.
- Trong khi đang mổ mà người bệnh nấc là do người bệnh tỉnh hoặc dạ dày căng trướng, cần phải hút dịch dạ dày và tiêm thuốc mê và thuốc giãn cơ.
- Theo dõi sự mất máu, màu sắc máu tại vết mổ, tình trạng da niêm mạc.
- Theo dõi nước tiểu qua sonde tiểu hàng giờ trong khi mổ ở những trường hợp mổ lớn và tình trạng bệnh nặng để có biện pháp hồi sức kịp thời.
- Theo dõi tri giác người bệnh. Hiện nay người bệnh mê dựa trên những phản ứng của người bệnh đối với kích thích phẫu thuật, chia làm 3 mức độ gây mê: 1. Độ mê nhẹ, mê không đủ để mổ. 2. Độ mê phẫu thuật, mê đủ để mổ. 3. Quá liều thuốc mê, mê quá sâu.
- Trong mổ nên duy trì thuốc mê đảm bảo người bệnh mê ở giai đoạn đủ để mổ (nằm yên, kích thước đồng tử bình thường và còn phản xạ với ánh sáng, thở đều, mạch và huyết áp gần như bình thường).
- Trong mổ luôn đánh giá nhu cầu của thuốc mê, so sánh giữa cường độ kích thích của phẫu thuật và quan sát mức độ phản ứng của người bệnh để giúp ta có thể ước lượng được nhu cầu thuốc mê trong khi mổ. Nếu người bệnh đang mổ mà phản ứng của người bệnh gia tăng thì cần tiêm thuốc giảm đau và giãn cơ. Với người bệnh là nam giới thì lượng thuốc mê cần dùng nhiều hơn so với nữ giới ở cùng độ tuổi vì:
 - + Nam thường uống được nhiều rượu hơn so với nữ do vậy dễ gây mê được thường phải dùng liều cao hơn so với nữ lúc khởi mê và cũng nhanh tỉnh hơn so với nữ.
 - + Nam thường to cao hơn so với nữ nên khi dùng thuốc theo cân nặng thì thường phải dùng nhiều hơn nữ.
- Khi người bệnh đã mê đủ mổ cần phải giảm nồng độ thuốc mê, tránh quá liều gây ngộ độc. Khi gây mê dùng ether lúc đầu huyết áp sẽ tăng và thường ổn định, chỉ tụt huyết áp khi mê quá sâu.
- Gây mê dùng Halothan hoặc Isofluran huyết áp động mạch tụt là biểu hiện dùng quá liều dù có dùng chung với N₂O hay không. Do vậy theo dõi huyết áp bệnh nhân giảm cần giảm nồng độ khí gây mê trong khí thở vào ở bệnh nhân đang gây mê với Halothan hoặc Isofluran.
- Gây mê nhẹ huyết áp tăng vì đau. Trong khi gây mê cần chú ý đến những yếu tố tri giác, vận động, và khả năng phản xạ trong khi theo dõi phản ứng của người bệnh đối với những kích thích trong từng độ mê. Thí dụ: người bệnh thở mạnh, huyết áp tăng, mạch nhanh khi rạch da... chứng tỏ độ mê chưa đủ. Cần tránh đến độ mê khiến người bệnh chỉ còn phản xạ rất yếu. Khi mê sâu người bệnh biểu hiện mạch yếu, đồng tử giãn rộng không co với ánh sáng, tím tái, nguy hiểm, có thể tử vong.
- Tuy có nhiều dấu hiệu lâm sàng khách quan phản ánh những phản ứng của người bệnh đối với tác dụng của thuốc mê, từ đó có cơ sở để xác định độ mê, nhưng trong thực tế không một dấu hiệu lâm sàng nào được coi là hoàn toàn đáng tin cậy để xác định thật đúng độ mê ở người bệnh, vì mọi dấu hiệu đều có thể thay đổi tùy theo từng người bệnh và tùy theo tính chất của thuốc mê được dùng. Cần phải quan sát mọi dấu hiệu lâm sàng và tổng hợp mọi giá trị dấu hiệu lâm sàng đó, thường xuyên và thận trọng đánh giá được tương đối đúng độ mê trong suốt quá trình gây mê.

- Dùng monitor theo dõi điện tim, đo khí máu, nhịp thở, huyết áp tùy theo từng trường hợp 5 – 15 phút/ lần. Trong mổ phải đảm bảo duy trì mạch, huyết áp người bệnh ổn định bằng các biện pháp hồi sức kịp thời và duy trì độ mê ở giai đoạn đủ để phẫu thuật. Khi tiên lượng cuộc mổ còn 15 – 20 phút thì không thuốc mê và thuốc giãn cơ nữa. Chỉ chuyển người bệnh ra khỏi khoa gây mê hồi sức khi người bệnh đã thoát mê.
- Trong khi đang gây mê phải đề phòng ngạt do: gấp ống nội khí quản, do tăng tiết đàm nhớt, do tụt ống nội khí quản ra ngoài khí quản, khi đó sẽ thấy máu vết mổ màu tím đen, cần phải kiểm tra lại ngay đường thở của người bệnh một cách nhanh chóng, đảm bảo cho đường thở thông suốt.
- Theo dõi phát hiện thiếu oxy do van thở ra không tốt, hoặc do nguyên nhân máy thở.
- Phát hiện rối loạn tuần hoàn: huyết áp tăng hoặc giảm, mạch chậm (khi dưới 60 lần/phút), mạch nhanh, do vậy trong mổ cần thường xuyên theo dõi tình trạng tuần hoàn tùy trường hợp từ 1 – 3 phút/ lần. Khi mạch nhanh, ngoài biện pháp dùng thuốc trợ tim ta có thể ấn nhân cầu với áp lực vừa phải làm mạch chậm lại.
- Nấc là do dạ dày căng trướng hoặc gây mê nông, do vậy cần hút dịch dạ dày hoặc tim thuốc mê thuốc giãn cơ.
- Vỡ phế nang, rách khí phế quản, tràn khí phế mạc do áp lực trong phổi tăng đột ngột hoặc có bệnh phổi cũ như nang lao, tai biến này là do áp lực thở vào quá mạnh, có thể do bóp bóng thở quá mạnh, do vậy trong mổ nếu người bệnh thở máy thì thường duy trì áp lực thở vào từ 10 – 20 cmH₂O. Để tránh tai biến này trong mổ người điều dưỡng thường xuyên quan sát máy thở về chỉ số áp lực và đánh giá sự di chuyển của lồng ngực người bệnh.

VI. CHĂM SÓC VÀ ĐỀ PHÒNG TAI BIẾN SAU KHI GÂY Mê

1. Chăm sóc ống nội khí quản

- Điều kiện rút ống nội khí quản: có thể rút lúc người bệnh còn ngủ say hay đã có phản xạ tỉnh (phản xạ vùng thanh quản, ho, sặc, khó chịu với ống nội khí quản). Hô hấp và tuần hoàn ổn định, người bệnh tự thở tốt.
- Cho người bệnh thở oxy trước khi rút, rút sạch trong khí quản qua ống thông, với ống hút dài hơn ống thông, sau đó hút sạch trong miệng hầu, thời gian hút không quá 15 giây, vừa hút vừa xoay nhẹ ống. Nếu hút sâu sẽ lấy hết đường khí người bệnh gây nguy hiểm ngừng tim. Sau khi hút cho người bệnh thở oxy 3 – 5 phút. Chuẩn bị sẵn dụng cụ để đặt lại hay dụng cụ mở khí quản trong những trường hợp có nguy hiểm (khí quản bị xẹp, liệt dây thanh âm). Với người hút thuốc lá thì sau mổ tăng tiết rất nhiều đàm nhớt gây khó thở tím tái cho người bệnh, có khi tăng tiết đàm nhớt nhiều gây bí tắc trong lồng ống nội khí quản, làm bệnh nhân không thở lại được sau mổ, do vậy phải hút thật kỹ trước khi rút nội khí quản, và có thể phải dùng thuốc giảm tiết (Atropin sulfat).
- Rút nhẹ nhàng, rút xong phải quan sát kỹ người bệnh.
- Nếu người bệnh bị co thắt thanh quản (biểu hiện khó thở, ngừng thở, tím tái,...) cho oxy bằng mặt nạ giúp thở ngay hoặc có thể cho thuốc giãn cơ nếu co thắt thanh quản nặng.

2. Chăm sóc các tai biến sau gây mê

- Suy hô hấp do rút ống nội khí quản sớm, hoặc do tác dụng của thuốc opioid làm người bệnh không thở lại được mặc dù đã tỉnh, co thắt thanh quản sau khi rút nội khí quản, do vậy cần phải chuẩn bị sẵn:

+ Các thuốc cắt cơn hen phế quản để kịp thời điều trị cho người bệnh.

+ Ngạt thở do lưỡi tụt gặp ở những người bệnh còn mê, phù thanh quản do đặt nội khí quản gây xước niêm mạc thanh quản, do vậy cần đề phòng khó thở cho người bệnh bằng cách cho thở oxy và theo dõi sát.

+ Ngoài ra cần đề phòng các tai biến khác như tắc mạch do khí do truyền dịch không theo dõi sát, tổn thương mắt do úp mắt nạ không cẩn thận, tổn thương thần kinh do bị co kéo căng hay chèn ép thần kinh cánh tay, do vậy trong mổ không nên để tay người bệnh dạng quá mức sinh lý bình thường hoặc tay người bệnh bị đè ép do phẫu thuật viên vô tình đè vào trong lúc mổ, và lưu ý các tai biến tổn thương liên quan đến tiêm truyền.

KẾT LUẬN: Người điều dưỡng phải ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra, muốn vậy cần phải làm tốt việc chăm sóc người bệnh trước, trong và sau mổ.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ

I. KHÁI NIỆM VỀ GÂY TÊ

- Gây tê là phương pháp làm mất cảm giác cục bộ của từng vùng bằng cách dùng các loại thuốc tê theo các phương pháp khác nhau, làm giảm đau nhưng người bệnh hoàn toàn tỉnh táo.

- Gây tê đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh, nếu, mặc dù gây tê tốt nhưng do người bệnh không đồng ý, hoặc quá hoảng sợ thì kết quả vô cảm thất bại. Người bệnh là nam giới thì can đảm hơn nữ giới, do vậy người bệnh là nữ thường phải dùng thêm thuốc ngủ trong khi mổ, để người bệnh không sợ hãi trong lúc phẫu thuật, gây phản xạ không tốt cho người bệnh. Ở nam tỷ lệ phải dùng thêm thuốc ngủ ít hơn, và như vậy người bệnh tránh được các tai biến do thuốc ngủ, thuốc mê gây ra. Có những trường hợp đáng nhẽ chỉ cần gây tê là mổ được nhưng do người bệnh quá lo lắng sợ hãi mà phải gây mê để mổ.

II. NHỮNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ

1. Gây tê tại chỗ

- Hạ nhiệt độ: dùng Kelen (Ethylclorua) phun lên bề mặt tổn thương, thuốc bay hơi ở nhiệt độ thường, làm lạnh da và mất cảm giác đau tại chỗ phun thuốc tê. Phương pháp này được dùng để chích nhọt áp xe ngoài da cho người bệnh.

- Gây tê bề mặt: dùng Lidocain 10% gây tê niêm mạc bằng cách phun tê hoặc dùng Cocain 1 – 2% đặt tê niêm mạc mũi trong mổ polyp mũi.

- Tiêm các dung dịch thuốc tê theo từng lớp từ ngoài vào trong (mũi kom đi trước con dao), dùng các loại thuốc như Lidocain, Novocain, Marcain, không dùng Adrenalin pha vào dung dịch thuốc gây tê ở những nơi có mạch máu tận cùng như đầu chi (ngón tay, ngón chân...), vì có thể gây co mạch làm hoại tử đầu ngón.

2. Gây tê vùng

- Là tiêm thuốc tê vào mạng lưới thần kinh chi phối vùng mô như: gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng, gây tê đám rối thần kinh cánh tay, gây tê đám rối thần kinh cổ mông, gây tê thần kinh đùi, gây tê vùng quanh đốt sống cổ, gây tê tĩnh mạch vùng.

III. CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG

1. Cơ chế tác dụng của thuốc tê

- Thuốc tê ngăn cản sự dẫn truyền luồng thần kinh bằng cách nâng cao ngưỡng kích thích của màng tế bào, ngăn cản sự vận chuyển ion Na^+ qua màng tế bào, giảm khử cực tế bào, giảm sự hình thành điện thế tác động. Thuốc có tác dụng trước hết đến các sợi thần kinh không có myelin rồi mới đến các sợi thần kinh có myelin.

2. Tính chất của một số thuốc tê thường dùng

- Cocain: rất độc, không dùng để tiêm, chỉ làm tê bề mặt, tê niêm mạc với nồng độ 2%, có tác dụng co mạch, hiện nay ít dùng.

- Procain (Novocain) có tác dụng tê nhanh sau khi tiêm, tác dụng gây tê vùng trong khoảng 1 giờ. Nếu cho thêm Adrenalin gây tê kéo dài một giờ ba mươi phút, tiêm tê tại chỗ dùng nồng độ 0.25% hoặc gây tê vùng dùng nồng độ 2%, không có tác dụng gây tê niêm mạc.

- Lidocain (Xylocain) mạnh hơn Novocain, dùng gây tê vùng với nồng độ 2%, có tác dụng gây tê tại chỗ, gây tê bề mặt niêm mạc. Thường dùng nồng độ 10% dưới dạng bình xịt, hoặc dưới dạng mỡ Xylocain 2% bôi vào ống nội khí quản khi đặt ống qua mũi. Thuốc có tác dụng sớm sau khi tiêm và kéo dài một giờ. Cũng có thể kéo dài 2 – 3 giờ nếu dùng chung với Adrenalin 1/200000.

Không dùng Adrenalin pha vào thuốc tê gây tê ở những vùng có mạch máu tận cùng, gây co mạch, có thể gây hoại tử do thiếu dưỡng.

- Pontocain (Tetracain, Amethocain) sau khi tiêm phải mất 10 – 15 phút mới có tác dụng, độc và mạnh hơn Lidocain. Dùng để gây tê niêm mạc với nồng độ 1 – 2% (không dùng dung dịch có nồng độ lớn hơn 2% để gây tê niêm mạc hầu, thanh quản vì dễ ngộ độc). Có thể dùng để gây tê tủy sống với liều 8 – 18mg, nồng độ 0.5%. Gây tê ngoài màng cứng với liều 15 – 20ml với nồng độ 0.05 – 0.1%.

- Marcain (Sensocain) tên hóa học là Bupivacain hydrochlorid dùng gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

+ Gây tê tủy sống có hai loại:

Marcain plain (đồng tỷ trọng với dịch não tủy).

Marcain heavy (tỷ trọng cao hơn dịch não tủy).

Thuốc đóng ống 4ml (1ml chứa 5mg), dùng liều 0.2 – 0.4mg/kg, liều dùng càng cao thì mức phong bế vận động càng lớn.

+ Marcain dùng gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê đám rối thần kinh cổ mông, gây tê hậu nhãn cầu, gây tê tại chỗ, dùng loại ống nhựa 20ml, nồng độ 0.5% thuốc có tác dụng gây tê dài. Phong bế liên sườn có tác dụng giảm đau từ 7 – 14 giờ và từ 3 – 4 giờ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. Marcain thích hợp cho việc phong bế liên tục ngoài màng cứng, thời gian gây tê kéo dài khi gây tê pha thêm Adrenalin 1/200000 hoặc

Fentanyl. Việc lựa chọn nồng độ 0.25 – 0.5% làm thay đổi mức phong bế vận động. Marcain rất độc với tim mạch nhất là khi tiêm vào mạch máu có thể gây ngừng tim.

- Dolargan (Pethidin, Dolosal) thường dùng để gây tê tủy sống, thuốc có tủy trọng cao hơn dịch não tủy.

- Ropivacain là loại thuốc tê mới. Tác dụng gây tê dài hơn Marcain nhưng ít độc tính hơn Marcain.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ VÙNG THƯỜNG ĐƯỢC ÁP DỤNG

1. Gây tê tủy sống (gây tê dưới nhện)

- Là đưa thuốc vào khoang dưới nhện để ngăn chặn tạm thời sự dẫn truyền thần kinh qua tủy sống.

- Gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng là các kỹ thuật bậc cao, chỉ được tiến hành trong các bệnh viện, nơi có đủ trang thiết bị để gây mê và hồi sức như dụng cụ đặt nội khí quản, máy hút, máy gây mê, theo dõi điện tim và chống rung tim.

- Các thuốc tối thiểu cần có sẵn là: các thuốc ngủ Barbiturat, các Benzodiazepin, các thuốc co mạch nhóm Ephedrin, các Corticoid và Adrenalin và các loại dung dịch bù thể tích đường tĩnh mạch.

1.1. Chỉ định

- Gây tê cho các phẫu thuật ở vùng dưới hoành, ngoài ổ bụng: chi dưới, tiết niệu, phụ khoa, đáy chậu.

- Một số cơ quan trong ổ bụng, phía dưới rốn, không cần mê cơ.

1.2. Chống chỉ định gây tê tủy sống

- Người bệnh không hợp tác.

- Người bệnh có huyết áp tối đa nhỏ hơn 90 mmHg hoặc đang có sốc hoặc huyết áp cao quá 180 mmHg.

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm trùng huyết.

- Nhiễm trùng da vùng lưng nơi chọc kim.

- Người bệnh có tiền sử liệt 2 chi dưới. Người bệnh bị cứng cột sống hoặc viêm đa rễ thần kinh.

- Tăng áp lực nội sọ.

- Mạch chậm dưới 60 lần/ phút.

- Lao cột sống.

- Có suy hô hấp.

- Dị ứng với thuốc tê.

- Không có phương tiện hô hấp nhân tạo.

- Không nắm được kỹ thuật gây tê.

1.3. Các thuốc dùng trong gây tê tủy sống

- Lidocain (Xylocain) 5% liều 2mg/kg (2ml), thời gian tê kéo dài 90 – 120 phút.

- Xylocain 1% liều 1mg/kg (5ml), thời gian tê kéo dài 60 – 90 phút.

- Xylocain 2% liều 1mg/kg (4ml), thời gian tê kéo dài 60 – 90 phút.

- Dolargan liều 1.2 – 1.4 mg/kg, thời gian tê kéo dài 60 – 90 phút.

- Marcain liều 0.2 – 0.25 mg/kg, thời gian tê kéo dài 90 – 120 phút.

- Các thuốc gây tê trên có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp với các dẫn chất thuốc phiện như Fentanyl, Dolargan, Morphin... làm giảm liều và độc tính của thuốc tê, kéo dài thời gian gây tê tùy sống cũng như ngoài màng cứng. Có thể dùng Marcain 0.15mg/kg kết hợp với 1microgram/kg Fentanyl để gây tê dưới màng nhện.

1.4. Chăm sóc người bệnh gây tê tùy sống

1.4.1. Chăm sóc người bệnh trước gây tê:

Phải thăm dò tiền mê để đánh giá người bệnh, động viên giải thích cho người bệnh đồng ý gây tê, làm tốt công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ giống như là với người bệnh gây mê, cụ thể là:

- Về tinh thần: gây tê tùy sống và gây tê ngoài màng cứng là các kỹ thuật đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh với bác sỹ gây mê. Hơn nữa đa số bệnh nhân sẽ tỉnh trong quá trình tiến hành kỹ thuật cũng như trong cuộc mổ. Do vậy bệnh nhân vẫn nghe, nhìn, thậm chí có cảm giác đau khi chọc kim gây tê, đặc biệt là cảm giác dị cảm nếu kim gây tê chạm vào các rễ thần kinh. Do đó việc giải thích rõ của chi tiết của kỹ thuật cũng như các việc có thể xảy ra trong quá trình mổ sẽ làm bệnh nhân yên tâm hơn và có thể hợp tác tốt hơn với bác sỹ gây mê. Tuy nhiên sau đó việc sử dụng các thuốc an thần vẫn rất quan trọng.

- Truyền dịch trước khi gây tê: cần phải làm một đường truyền tĩnh mạch một cách có hệ thống trước khi tiến hành gây tê. Việc truyền dịch bù trước khi gây tê có hai mục đích:

+ Bù lại lượng dịch mà bệnh nhân còn thiếu trước mổ như phải nhịn ăn uống hoặc mất nước.

+ Chuẩn bị bù khối lượng tuần hoàn do giãn mạch sau khi gây tê. Thông thường lượng dịch này từ 10 – 15 ml/kg. Đồng thời với bù dịch sau khi gây tê cần chuẩn bị các thuốc co mạch để có thể dùng sau khi gây tê.

- Chuẩn bị các phương tiện để theo dõi cơ bản: điện tim, huyết áp động mạch, nhịp thở và kiểu thở, độ bão hòa oxy nhịp mạch, mức giảm cảm giác và vận động. Cần chuẩn bị sẵn phương tiện và thuốc men hồi sức hô hấp và tuần hoàn.

- Tư thế người bệnh: nên đặt bệnh nhân ở tư thế dễ chịu nhất, có hai tư thế cơ bản là:

+ Tư thế ngồi, lưng cúi, cằm gập trước ngực, hai tay vòng bắt chéo ra trước, hai chân duỗi thẳng trên mặt bàn. Tư thế này giúp cho bệnh nhân tránh ứ đọng mạch tĩnh mạch nhiều ở hai chi dưới, hạn chế máu tĩnh mạch trở về có thể gây tụt huyết áp. Tuy nhiên tư thế ngồi giúp bác sỹ gây mê dễ chọc kim gây tê hơn.

+ Tư thế nằm nghiêng co lưng tôm, ở tư thế này cột sống của bệnh nhân không phải hoàn toàn vuông góc với mặt bàn mổ. Do vậy cần thay đổi tư thế cho phù hợp. Những trường hợp gãy chi dưới người bệnh khó nằm co lưng do đau.

- Sát trùng vùng định chọc kim gây tê: sát trùng rộng từ trong ra ngoài, cần sát trùng một lượt bằng cồn iod trước, cẩn thận nên đánh rửa vùng gây tê bằng nước sạch và sà phòng, rồi mới sát trùng bằng cồn iod. Sau khi sát trùng đợt hai bằng cồn iod bắt buộc phải sát trùng lượt cuối bằng cồn 70⁰ tránh rửa sạch cồn iod, để tránh kim gây tê mang cồn iod vào tùy sống. Người gây tê phải đội mũ, mặt áo, đeo găng và khẩu trang vô trùng như tiến hành các cuộc mổ.

1.4.2. Chăm sóc người bệnh ngay sau khi gây tê và trong khi mổ:

- Người điều dưỡng phải theo dõi sát người bệnh liên tục, tốt nhất là dùng monitor theo dõi điện tim, nhịp mạch, độ bão hòa oxy trong máu mạch, nhịp thở, đánh giá mức tê:

- + Tê ngang mức đốt sống ngực 4 (T_4) là mức tê ngang núm vú.
- + Tê ngang mức đốt sống ngực 6 (T_6) là mức tê ngang mũi ức.
- + Tê ngang mức đốt sống ngực 10 (T_{10}) là mức tê ngang rốn.
- + Tê ngang mức đốt sống ngực 12 (T_{12}) là mức tê ngang nếp bẹn.

Cần đề phòng các biến chứng và tai biến của gây tê tùy sống như:

- Thất bại: không chọc được vào khoang dưới màng nhện hoặc có thể bơm thuốc gây tê một phần ra ngoài, không vào khoang dưới màng nhện.

- Tai biến gãy kim: gây tê tùy sống khi dùng kim nhỏ, hoặc gây máu tụ ở khoang ngoài màng cứng do chọc phải đám rối tĩnh mạch.

- Suy thở: do thuốc tê lên cao gây liệt các cơ hô hấp. Khi gây tê với thuốc tê có tỷ trọng cao hơn so với dịch não tủy mà đặt người bệnh nằm đầu thấp, hoặc khi thuốc tê có tỷ trọng thấp hơn so với dịch não tủy mà đặt bệnh nhân đầu cao chân thấp, thì thuốc tê lên phía đầu người bệnh có tác dụng gây tê cao có thể gây ức chế cơ hoành làm người bệnh suy thở, vì vậy sau khi gây tê cần cho người bệnh thở oxy qua mũi, đặt tư thế người bệnh cần thận trọng và điều chỉnh tư thế thích hợp, theo dõi sát mức tê. Khi mức tê lên cao đến T_4 thì người bệnh có nguy cơ tụt huyết áp và giảm thở.

- Tụt huyết áp: là biến chứng hay gặp với tỷ lệ cao. Nguyên nhân do thần kinh giao cảm bị phong bế gây giãn mạch ngoại vi gây thiếu khối lượng tuần hoàn tương đối và giảm cung lượng tim.

+ Tụt huyết áp dễ xảy ra hơn đối với các bệnh nhân thiếu khối lượng tuần hoàn, mất nước hoặc chèn ép tĩnh mạch chủ (do có thai, do u), hoặc các bệnh nhân bị cường phó giao cảm do phản ứng với thuốc tê.

+ Một số ít trường hợp tụt huyết áp gây ra do ức chế cơ tim như tê tùy sống mức phong bế cao trên T_4 .

+ Đề phòng tụt huyết áp, một số tác giả đề nghị nên áp dụng một số biện pháp như sau:

* Không để người bệnh thả lỏng hai bàn chân khi gây tê ở tư thế ngồi.

* Trước khi gây tê truyền cho bệnh nhân lượng dịch bù sinh lí được tính bằng công thức $10\text{ml/kg/h} \times \text{cân nặng người bệnh (kg)} \times \text{số giờ người bệnh nhịn ăn}$. Có tác giả đề nghị là truyền trước 500 – 1000 ml dịch tinh thể.

* Nếu bệnh nhân có thai thì cho nằm nghiêng sang trái để tránh chèn ép tĩnh mạch chủ.

* Cho truyền thuốc co mạch Ephedrin 30 – 60 mg trước hoặc trong khi gây tê.

* Trong các trường hợp tụt huyết áp nặng cần tiến hành hồi sức tuần hoàn đầy đủ: bù khối lượng tuần hoàn theo áp lực tĩnh mạch trung tâm. Cho thuốc co mạch và trợ tim khi đã bù đủ khối lượng tuần hoàn mà huyết áp động mạch còn thấp.

+ Trong gây tê tùy sống cũng như gây tê ngoài màng cứng người bệnh bao giờ cũng tụt huyết áp trước khi ngừng thở.

- Gây tê tùy sống toàn bộ: là một biến chứng nặng xảy ra khi bơm nhiều thuốc tê vào tùy sống hoặc gây tê ở quá cao. Các triệu chứng bao gồm: liệt toàn thân, ngừng thở, tụt huyết áp nặng và thuốc lan lên não gây mất tri giác. Điều quan trọng nhất là phải chẩn đoán sớm. Các biện pháp cấp cứu bao gồm:

+ Hô hấp nhân tạo.

+ Truyền dịch cho thuốc co mạch và trợ tim.

+ Nếu cấp cứu đúng và kịp thời sẽ không gây ran guy hiểm cho tính mạng của bệnh nhân, do vậy phải do dõi chặt chẽ và chuẩn bị sẵn các phương tiện và thuốc men cấp cứu cần thiết.

- Buồn nôn và nôn: do hạ huyết áp gây thiếu máu não, do phản xạ dây thần kinh X, có thể trào ngược gây viêm phổi. Cần chuẩn bị sẵn phương tiện hút chất nôn, nếu cần thì đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ.

- Rối loạn nhịp tim: ấn so sánh nhịp tim của người bệnh trước khi gây tê với sau khi gây tê để sớm phát hiện kịp thời điều trị cho người bệnh loạn nhịp tim (nếu mạch chậm thì dùng Atropin sulfat).

- Người bệnh ngất xỉu: khi đang chọc kim gây tê để tránh tai biến này cần giải thích cho người bệnh trước khi làm thủ thuật, chỉ làm thủ thuật khi được sự đồng ý của người bệnh.

- Co giật: do nhiễm độc thuốc tê (để tránh tai biến này bao giờ cũng phải hút thử nếu không có máu mới được tiêm thuốc tê), khi co giật phải báo bác sỹ gây mê để dùng thuốc (Seduxen, Thiopental) hoặc cho thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản làm hô hấp nhân tạo.

- Lưu ý: dù gây tê nhưng luôn luôn chuẩn bị sẵn các phương tiện để chuyển sang phương pháp vô cảm gây mê nội khí quản. Kịp thời xử trí đáp ứng yêu cầu phẫu thuật, cấp cứu người bệnh khi có diễn biến bất thường như: tác dụng tê kém, bệnh nhân suy hô hấp, diễn biến bất thường trong mổ.

1.4.3. Chăm sóc những biến chứng của gây tê tủy sống sau mổ:

- Nhức đầu sau gây tê tủy sống: tỷ lệ nhức đầu phụ thuộc vào diện tích thủng màng cứng (kim gây tê càng to thì nhức đầu càng nhiều, nguyên nhân nhức đầu là do thoát dịch não tủy gây mất căng bằng giữa áp lực động mạch và áp lực nội sọ dẫn đến tăng áp lực tưới máu làm phù não gây nhức đầu). Tốt nhất là dùng kim 25 – 29G để hạn chế mất dịch não tủy làm hạn chế đau đầu. Khi gây tê mà người bệnh nằm nghiêng cong lưng nhiều sẽ hạn chế được sự thoát dịch não tủy ra ngoài và giảm tỷ lệ đau đầu.

Một nguyên nhân phụ khác là do thiếu khối lượng tuần hoàn cũng có thể gây phù não, một số nguyên nhân khác là do có hơi hoặc các chất kích thích tổ chức như cồn, chất sát trùng lọt vào và lan lên gây kích thích các sán não thất gây phù não, nhức đầu. Đau đầu lan theo chu vi đầu và phối hợp với ù tai do rối loạn tiền đình. Cần chăm sóc người bệnh bằng cách:

+ Trong vòng 24 giờ đầu cho người bệnh nằm nghỉ ngơi tại giường, tăng cường truyền dịch bù khối lượng tuần hoàn làm tăng sản xuất dịch não tủy.

+ Nếu người bệnh uống được thì cho uống, ăn mềm cho nhuận tràng.

+ Quán băng buộc ép bụng làm tăng các tĩnh mạch khoang ngoài màng cứng hoặc cho nằm sấp, kê gối ở bụng.

+ Một số tác giả đề nghị bơm máu tự thân vào chỗ chọc kim gây tê ở khoang ngoài màng cứng bịt chỗ thủng màng cứng.

+ Điều trị triệu chứng bằng thuốc giảm đau như: Aspirin, Phenaxetin, dùng phối hợp với Cafein 300mg đường uống, có thể cho thêm thuốc an thần họ Benzodiazepin.

- Bí tiểu: sau mổ tỷ lệ bí tiểu là 20 – 40%, do khi gây mê tủy sống thuốc tê gây rối loạn trương lực bàng quang, chườm nóng, nếu không có kết quả phải đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo.

+ Người bệnh là nữ nhiều khi bí tiểu do tâm lý: sau mổ phải nằm tại giường để đại tiện hoặc tiểu tiện. Do vậy nhiều khi ngưng không thể đi tiểu được.

+ Trường hợp mổ vùng cột sống người bệnh phải bất động trong tư thế nằm ngửa khi đi tiểu, nước tiểu có thể thấm vào vết mổ ở lưng gây nhiễm trùng. Do đó nhiều khi chủ động đặt thông tiểu cho người bệnh là nữ giới. Ở nam giới việc đi tiểu dễ dàng hơn, có thể nằm tại giường cũng đi tiểu gọn gàng hơn.

- Đau lưng: tại vị trí chọc kim gây tê người điều dưỡng cần động viên, giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhiễm trùng vết chọc: gây viêm màng não sau gây tê tủy sống, người bệnh sẽ biểu hiện các triệu chứng như cổ cứng, sốt.

- Tổn thương thần kinh: do chọc kim gây tê vào tổ chức thần kinh hoặc do các chất thuốc tiêm vào dịch não tủy, tỷ lệ gặp là 1/10.000. Các tổn thương này thường xảy ra sớm ngay sau khi chọc kim và bơm thuốc tê, các tổn thương thần kinh thường đi kèm với cảm giác đau chói, do vậy khi chọc và bơm thuốc mà bệnh nhân kêu đau chói phải rút bớt kim tiêm và ngừng bơm thuốc.

Các tổn thương này có thể hồi phục sau 1 – 2 tuần hoặc có thể thành tổn thương vĩnh viễn.

Ngoài ra có một số tổn thương thần kinh muộn do tắc động mạch sống, viêm màng nhện hay tụ máu chèn ép, các tổn thương này khó chẩn đoán và điều trị hơn, có thể để lại hậu quả lâu dài.

2. Gây tê ngoài màng cứng

2.1. Chuẩn bị vật liệu, phương tiện

- Trong thực hành có thể có sẵn khay dùng gây tê ngoài màng cứng (NMC) được sản xuất theo dây truyền dùng một lần. Nhưng trong điều kiện nước ta còn nhiều khó khăn về kinh tế do đó cần phải chuẩn bị khay dụng cụ cho gây tê NMC đảm bảo đủ các chi tiết kỹ thuật và vô trùng nhưng kinh tế hơn. Một khay gây tê NMC cần bao gồm:

+ 01 kim Tuohy số 18G, hoặc dùng kim sắc số 20 mài bần đầu.

+ 01 kim nhọn số 16 chọc qua da.

+ 03 bơm tiêm: 5ml, 10ml, 20ml.

+ Dung dịch Lidocain 1 – 2%.

+ 02 ống nước cất vô trùng hoặc lọ huyết thanh vô trùng.

+ 01 kẹp để sát trùng.

+ 6 – 8 miếng gạc vô trùng, 01 khăn có lỗ.

+ 01 đôi găng tay vô trùng.

Tất cả các dụng cụ này đều phải được tiệt trùng.

- Khi chọc kim gây tê qua da và tổ chức dưới da và liên gai sau sẽ thấy có sức cản rõ trên kim, nhưng một khi chọc qua dây chằng vàng bao giờ cũng có cảm giác “sụt” và sau đó đẩy kim vào rất nhẹ vì sức cản giảm đi đáng kể. Nếu đẩy kim vào quá sâu sẽ có nguy cơ chọc qua màng cứng hoặc màng mềm, khoảng cách từ da vào khoang NMC là khoảng 3.5 – 4cm ở người lớn.

2.2. Chỉ định và chống chỉ định của gây tê ngoài màng cứng

- Chỉ định và chống chỉ định của gây tê NMC giống như đối với gây tê tủy sống, (ngoài ra có thể áp dụng để làm giảm đau sau mổ, giảm đau trong trường hợp bị bỏng, giảm đau trong sanh co so). Bằng cách luồn catheter vào khoang NMC (nơi rộng nhất của khoang NMC là vùng thắt lưng), và bơm thuốc định kỳ theo giờ (dùng bơm tiêm điện) vào khoang NMC. Các phẫu thuật thường dùng gây tê NMC là: sản phụ khoa, tiết niệu sinh dục và hai chi dưới.

2.3. Thuốc thường dùng

- Gây tê có thể dùng một trong những loại thuốc sau với liều dùng là:

+ Lidocain: 6mg/kg

+ Marcain: 1.25 – 1.5mg/kg

+ Có thể dùng đơn thuần thuốc tê hoặc phối hợp giữa thuốc tê với một loại Opioids làm giảm liều, giảm độc tính của thuốc tê, làm thời gian tê kéo dài hơn. Liều dùng Marcain 1mg/kg kết hợp với Fentanyl 1µg/kg.

2.4. Chăm sóc người bệnh gây tê ngoài màng cứng

- Bình thường khoang áp lực NMC luôn luôn âm tính, dựa vào đặc điểm này mà có các kỹ thuật xác định chọc đúng vào khoang NMC. Gây tê NMC phong bế chậm và yếu hơn gây tê tủy sống, nếu phong bế đến T₁ – T₅ có thể làm chậm nhịp tim, tỷ lệ tai biến sau mổ ít hơn rất nhiều gây tê tủy sống (không có nhưc đầu, vì không làm thoát dịch não tủy, ít bí tiểu sau mổ và không làm tổn thương tủy). Do đó sau gây tê phải theo dõi mức tê để có biện pháp phòng và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, huyết áp 5 – 15 phút/ lần.

- Sẵn sàng các phương tiện để xử lý kịp thời. Khi tụt huyết áp, mạch chậm thì xử lý như gây tê tủy sống (dùng các thuốc co mạch làm tăng huyết áp).

- Đề phòng các tai biến khác:

+ Chọc thủng màng cứng mà không biết, hoặc thuốc đi qua lỗ đã chọc thủng màng cứng của lần trước đó, thuốc sẽ vào khoang dịch não tủy với liều lượng lớn gấp 6 lần liều thông thường của gây tê tủy sống. Người bệnh biểu hiện tức ngực, khó thở, thở chậm, ngừng thở, mạch giảm, huyết áp tụt, cần đặt nội khí quản, hô hấp nhân tạo và hồi sức tuần hoàn (đây là biến chứng nặng nhất có thể tử vong nếu không phát hiện kịp thời). Do đó phải theo dõi người bệnh liên tục bằng monitor để kịp thời xử lý các tình huống có thể xảy ra. Khi tiến hành gây tê NMC mà bị chọc thủng màng cứng (dịch não tủy chảy ra), thì chuyển ngay sang gây tê tủy sống hoặc gây mê. Vì vậy người điều dưỡng phải luôn luôn chuẩn bị các phương tiện để chuyển sang phương pháp vô cảm kịp thời và các phương tiện cấp cứu người bệnh tức thời.

+ Tỷ lệ nhưc đầu và bí tiểu sau gây tê NMC ít hơn so với gây tê tủy sống.

+ Đứt catheter vào khoang NMC do rút ngược catheter khi đang luồn trong kim sắt.

+ Không vô trùng gây viêm màng não tủy hoặc nhiễm trùng nơi chọc kim gây tê.

+ Đau lưng do chọc kim to gây tổn thương dây chằng.

3. Gây tê ngoài màng cứng bằng xương cùng

3.1. Nhắc lại giải phẫu có liên quan

- Xương cùng được tạo ra bởi liên kết 5 đốt sống cùng dính liền nhau thành một xương hình tam giác mà đáy là đường nối hai gai sau trên của xương chậu, giới hạn bởi các khớp cùng chậu và đỉnh là khe cùng tạo thành tam giác cân. Màng cứng ở người lớn tận cùng ở đốt cùng thứ hai và khoảng cách từ túi cùng màng cứng ra đến da lỗ cùng cụt tối đa là khoảng 48mm, ở trẻ em chỉ khoảng 18mm. Khoảng cách này cần nhớ để không chọc kim vào tới tủy sống.

- Các mốc quan trọng bao gồm:

+ Hai gai chậu sau trên của xương chậu.

+ Khe cùng cụt có đường kính khoảng 5mm nằm ngay trên đường giữa, ba mốc này sẽ tạo thành tam giác đều.

+ Đám rối tĩnh mạch ở khoang ngoài cùng phát triển dày đặc nên rất dễ bị chọc phải tĩnh mạch, do vậy cần phải hút bơm tiêm cẩn thận trước mỗi lần bơm thuốc tê, tránh tiêm thẳng thuốc tê và tĩnh mạch, cần hạn chế bơm không khí để tránh gây tắc mạch do khí.

3.2. Chăm sóc người bệnh trước khi gây tê

Chăm sóc người bệnh giống như trước khi gây tê tủy sống, ngoài ra chú ý thêm các yêu cầu sau:

- Tư thế người bệnh (có hai tư thế chuẩn bị người bệnh trước khi gây tê):

+ Nằm sấp: cho người bệnh nằm sấp, kê một gối ở dưới hai háng để làm cho xương cùng tạo ra một góc tương đương $30 - 35^{\circ}$ với mặt bàn. Cũng có thể hạ bớt hai chân trên bàn mổ để có tư thế như mong muốn. Luôn đặt hai chân bệnh nhân hơi dẹt và các ngón chân xoay vào trong. Việc đặt gối dưới hai gai chậu trước trên vừa để chọc gây tê, vừa tránh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây ứ đọng máu ở hệ thống tĩnh mạch trong khoang cùng.

+ Nằm nghiêng gàn đây hay được áp dụng vì dễ làm và người bệnh dễ chịu hơn. Người bệnh nằm co lưng và hơi gập, chân ở trên hơi duỗi để dễ xác định khe cùng cụt.

- Cần sát trùng cẩn thận người bệnh trước khi gây tê vì vùng này gần hậu môn. Sát trùng bằng dung dịch không gây kích ứng niêm mạc như Betadin hay Chlorhexidin sau đó nhét một miếng gạc giữa hai khe mông rồi mới dùng cồn 70° sát trùng lại. Trải khăn lỗ vô trùng.

3.3. Kỹ thuật gây tê

- Chọc kim vào khe cùng vuông góc với mặt da, sau đó ngã góc 30° , luồn kim vào với độ sâu $<45\text{mm}$, sau khi rút nhẹ nhàng không thấy có máu hoặc dịch não tủy, đặt một tay lên xương cùng, bơm nhanh vài ml không khí vào. Nếu kim nằm ngay dưới da thì sẽ thấy da phồng lên, bột khí dưới da, nếu kim ở mặt trước xương cùng thì người bệnh có cảm giác đau buốt. Chỉ khi bơm vào thấy nhẹ tay, người bệnh có cảm giác nhẹ ở hai chân thì đúng là vào khoang cùng. Dùng liều test 3ml Lidocain có pha Adrenalin 1/200.000, nếu kim nằm trong mạch máu thì sẽ thấy ngay mạch tăng nhanh do Adrenalin, còn nếu nằm trong dịch não tủy thì người bệnh liệt hai chân. Nếu không có tác dụng đó thì có thể tiêm hết số thuốc tê còn lại.

3.4. Chăm sóc các biến chứng sau gây tê khoang cùng trong mổ

Cũng như chăm sóc người bệnh sau gây tê NMC trong lúc mổ, ngoài ra còn lưu ý các biến chứng khác như:

- Chọc sai chỗ, vào trực tràng.
- Tiêm thuốc vào tĩnh mạch.
- Tiêm thuốc dưới da.

3.5. Chỉ định

Cho các cuộc mổ mà vùng chi phối thần kinh từ T₁₂ trở xuống. Các cuộc mổ ở tiểu khung, mổ sản khoa hoặc giảm đau ở chi dưới.

3.6. Chống chỉ định

- Nhiễm trùng tại chỗ.
- Tổn thương thần kinh cấp tính.
- Sốc, tụt huyết áp, thiếu khối lượng tuần hoàn.

4. Gây tê đám rối thần kinh cánh tay

- Có các kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) như:

- + Kỹ thuật gây tê qua đường nách (Hirschel).
- + Kỹ thuật gây tê ĐRTKCT qua đường trên đòn (Kulenkampff).
- + Kỹ thuật gây tê ĐRTKCT qua đường dưới đòn (Louisbazy).
- + Kỹ thuật gây tê ĐRTKCT qua đường giữa cơ bậc thang (Intersealone brachial plexus block).

- Cần chăm sóc theo dõi để phòng các biến chứng sau gây tê như:

+ Chọc vào mạch máu bơm thuốc tê vào mạch máu sẽ gây co giật, vì vậy bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm trước khi tiêm thuốc tê phong bế thần kinh.

+ Tràn khí màng phổi do chọc kim vào đỉnh phổi, biểu hiện người bệnh tức ngực, khó thở. Do vậy sau gây tê cần theo dõi nhịp thở, quan sát tình trạng khó thở của người bệnh nếu có, cũng như dấu hiệu sinh tồn để kịp thời cấp cứu các tai biến có thể xảy ra.

+ Phong bế hạch: thu hẹp đồng tử (Myosis), sụp mi mắt (Ptosis), giảm tiết mồ hôi (Anhidrosis) tỷ lệ khoảng 30 – 50% khi phong bế qua đường giữa cơ bậc thang.

+ Phong bế thần kinh quặt ngược: tỷ lệ xảy ra khoảng 30 – 50% khi phong bế qua đường giữa cơ bậc thang, dẫn tới giọng khàn và giọng yếu, người bệnh thường phục hồi khi hết tác dụng của thuốc tê.

+ Phong bế thần kinh hoành dẫn đến cảm giác nặng ngực cùng bên và có thể gây ra khó thở kết hợp với lo sợ. Thường xảy ra ở người bệnh không được tiền mê hoặc các người bệnh có bệnh phổi.

+ Ngoài ra có thể gặp các biến chứng khác như nhiễm trùng, tụ máu (hematoma), tổn thương dây thần kinh.

Chú ý đối với gây tê NMC và gây tê ĐRTKCT thời gian tê dài khi có pha thêm Adrenalin với tỷ lệ 1/200.000 vào thuốc tê.

5. Gây tê tĩnh mạch vùng

- Gây tê tĩnh mạch vùng là đưa thuốc tê vào hệ tĩnh mạch của một chi đã được ép dãn máu bằng một chun quấn dần từ đầu về góc chi, từ trên vùng định mổ, sau đó có một garo

đặt ở gốc chi tại vùng đã ép hết máu. Thuốc tê sử có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau của phần chi dưới garo. Liều thường dùng là:

+ Thuốc tê Xylocain 0.25 – 0.5%.

+ Liều lượng: chi trên dùng liều 3mg/kg. Chi dưới dùng liều 4mg/kg. Cả hai chi đều không dùng thuốc co mạch (Adrenalin).

+ Tỷ lệ thành công phụ thuộc vào kỹ thuật làm garo tốt và quấn băng Esmarch chặt, ở chi trên tỷ lệ thành công cao hơn chi dưới.

- Phải đặt garo ở vùng có nhiều cơ, tránh đặt ở cổ tay, cổ chân, khuỷu tay, gối... thời gian tối thiểu có thể tháo garo phải được là 20 phút, đủ thời gian để thuốc khuếch tán ra tổ chức, phân hủy một phần, tránh một lượng thuốc lớn đi vào tuần hoàn chung.

- Trường hợp các cuộc mổ kéo dài hơn thời gian cho phép garo, người ta có thể áp dụng cách tháo garo cho “nghỉ” một thời gian rồi lại làm lại kỹ thuật garo tĩnh mạch với liều sau bằng ½ liều đầu. Thời gian nghỉ như sau:

Thời gian đặt garo	Thời gian nghỉ
30 phút	5 phút
60 phút	10 phút
90 phút	15 phút
120 phút	20 phút

- Thời gian nghỉ này giúp cho chi bệnh nhân tránh thiếu máu không hồi phục và có thể kéo dài thời gian garo. Như vậy catheter để bơm thuốc tê không rút ngay sau khi tiêm thuốc tê lần đầu vì có thể để tiêm tê lại, vừa có thể tránh thoát thuốc ra ngoài tĩnh mạch tại chỗ chọc catheter.

Lợi ích của kỹ thuật gây tê tĩnh mạch:

- Lợi ích lớn nhất của kỹ thuật này là không cần các trang thiết bị đắt tiền và người làm không cần chuyên môn hóa quá cao.

- Điều cơ bản cần nắm vững là kỹ thuật, liều lượng và thể tích thuốc, ngoài ra là các kỹ thuật hồi sức cấp cứu. Ngoài ra, nó cho phép mổ sớm vì tác dụng nhanh, cho phép mổ cả người có dạ dày đầy, các bệnh nhân có bệnh lý bị chóng chỉ định gây mê toàn thân như suy hô hấp và cho phép tiến hành ở bệnh nhân ngoại trú.

Bất lợi:

- Tác dụng phụ của thuốc tê đặc biệt là Bupivacain.

- Thời gian giảm đau ngắn.

- Khó chịu do garo và không có tác dụng giảm đau sau mổ, đôi khi không giãn cơ đủ.

- Tiêm thuốc ra ngoài tĩnh mạch hoặc gây phồng chỗ tiêm, máu tụ hay không đủ giảm đau. Nên dùng catheter để tránh bất lợi này.

- Đau chỗ tổn thương ở chi trong quá trình làm gây tê tĩnh mạch.

- Tụt garo ngoài ý muốn cũng hay gặp, gây tai biến.

Chỉ định của gây tê tĩnh mạch:

- Để mổ các tổn thương từ khuỷu tay đến cẳng tay, bàn tay, từ đầu gối xuống cẳng chân, bàn chân.

- Có thể gây tê tĩnh mạch để chẩn đoán và điều trị hội chứng co thắt và teo đầu chi trên.

- Gây tê tĩnh mạch cho trẻ em có nhiều lợi ích với liều lượng giảm Lidocain 0.5% 1mg/kg, Prilocain 0.5% 1mg/kg.

Chống chỉ định garo tĩnh mạch:

- Chống chỉ định tuyệt đối: tiền sử dị ứng với thuốc tê tại chỗ, sốt cao ác tính, động kinh do kích thích não, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất nặng, hạ huyết áp.
- Chống chỉ định tương đối: suy gan và cao huyết áp nặng.
- Chống chỉ định về kỹ thuật:
 - + Bệnh nhân bị thiếu máu tán huyết.
 - + Vết thương rộng gây thất thoát thuốc mê.
 - + Tổn thương nhiễm trùng, nhiễm độc có nguy cơ lan toàn thân.
 - + Bệnh xơ cứng và viêm tắc tĩnh mạch.

Khi tháo garo nhanh, thuốc tê và các sản phẩm chuyển hóa dưới chỗ gây tê có thể tràn vào máu gây sốc, do đó phải tháo garo từ từ và chỉ tháo garo sau khi tiêm thuốc tê ít nhất 20 phút. Sau khi tháo bỏ garo người bệnh có cảm giác chóng mặt, nếu garo đặt lâu người bệnh thấy đau, tức, mỏi.

6. Gây tê đám rối cổ nông

Chỉ định trong các phẫu thuật vùng cổ trước như bướu cổ, mở khí quản. Phong bế đám rối cổ nông dọc theo bờ ngoài của cơ ức đòn chũm. Sau khi gây tê người bệnh có thể mất tiếng tạm thời do tác dụng của thuốc tê, hoặc nóng bừng nửa mặt hoặc liệt cơ hoành làm người bệnh khó thở. Trong khi mổ cần cho người bệnh thở oxy và phải theo dõi sát tình trạng người bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích của việc dùng thuốc tiền mê là:

- A. Giảm lo lắng
- B. Giảm chuyển hóa cơ bản
- C. Giảm phản xạ nguy hiểm
- D. Câu A, B, C đúng

2. Nhóm tiền mê opioids chống chỉ định cho phẫu thuật nào sau đây:

- A. Đường mật
- B. Tiêu hóa
- C. Xương
- D. Sọ não

3. Kể tên 2 nhóm thuốc giãn cơ:

- A.
- B.

4. Kể cho đủ các phương pháp gây tê:

- A. Gây tê tủy sống (gây tê dưới nhện)
- B.
- C.
- D.
- E.
- F. Gây tê đám rối cổ nông

5. Kể các biến chứng của đặt ống nội khí quản:

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

6. Thuốc tê gồm các thuốc sau, ngoại trừ:

- A. Cocain
- B. Lidocain
- C. Ketamin
- D. Procaïn

7. Thuốc mê đường hô hấp, ngoại trừ:

- A. Halothan
- B. Thiopental
- C. Sevofluran
- D. N₂O

8. Biến chứng khi dùng thuốc tiền mê nhóm opioids là:

- A. Ngưng tim
- B. Suy hô hấp
- C. Suy thận
- D. Suy gan

Bài 6: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ - SAU MỔ

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các bệnh mổ cấp cứu và mổ chương trình.
- 1.2. Trình bày được quy trình chuẩn bị người bệnh mổ cấp cứu và mổ chương trình.
- 1.3. Trình bày được quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ cấp cứu và mổ chương trình.
- 1.4. Trình bày được các biến chứng và hướng xử trí người bệnh sau mổ.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh mổ cấp cứu và mổ chương trình.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

6.1. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TIỀN PHẪU

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị và điều dưỡng làm hai việc song song với nhau trong việc cứu chữa bệnh nhân, khi bác sĩ chẩn đoán chính xác và quyết định phẫu thuật cho bệnh nhân. Điều dưỡng có trách nhiệm chăm sóc, chuẩn bị bệnh nhân chu đáo.

II. CÁCH CHUẨN BỊ PHẪU THUẬT

A. Phẫu thuật chương trình

1. Tiếp nhận bệnh nhân

- Thủ tục hành chính
- Đưa bệnh nhân đến giường – giúp bệnh nhân sắp xếp đồ đạc các nhân. Hướng dẫn nội quy khoa phòng, cách sử dụng nhà vệ sinh, cách bấm chuông.
- Lấy dấu sinh hiệu
- Vệ sinh các nhân
- Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ.

2. Chuẩn bị tâm lý bệnh nhân

- Giải thích làm cho bệnh nhân yên tâm.
- Làm cho bệnh nhân hợp tác và tin tưởng vào thầy thuốc.
- Giải thích cho bệnh nhân biết sơ qua cuộc mổ bằng từ nghĩa thông dụng dễ hiểu.
- Cần cho bệnh nhân hiểu sau mổ có vài thay đổi bất thường mà họ phải chịu.
- Tuyệt đối không cho bệnh nhân biết tình trạng quá nặng của họ. Tránh dùng các từ chết, hết cứu chữa.

3. Các xét nghiệm cơ bản trước mổ

a) các xét nghiệm máu cơ bản

- Công thức máu
- Dung tích hồng cầu
- Các xét nghiệm đông máu – chảy máu
- Nhóm máu
- Đường huyết
- Đạm huyết

b) Xét nghiệm nước tiểu: Đường, đạm.

c) Các xét nghiệm khác

- X quang phổi
- Siêu âm
- Điện tâm đồ

d) Các xét nghiệm chức năng: Tùy loại phẫu thuật mà làm các xét nghiệm.

4. Đánh giá sức khỏe – toàn thân bệnh nhân

- Tổng trạng
- Tuổi bệnh nhân
- Da niêm
- Cân nặng trước mổ
- Dấu sinh hiệu
- Tính chất thở bệnh nhân

5. Kiểm tra đánh giá - phát hiện các chức năng riêng biệt

a) Về hô hấp

- Tìm hiểu bệnh nhân có bị hen, viêm họng, viêm mũi hay có tiền sử lao không? Chú ý cách thở, nhịp thở, nếu có bất thường thì hồ sơ và báo cho bác sĩ biết.
- Cho bệnh nhân tập thở – tập ho trước phẫu thuật
- Khuyên bệnh nhân không được hút thuốc lá, thuốc lào ít nhất 1 tuần trước phẫu thuật.

b) Về tuần hoàn

- Mạch và huyết áp cho bệnh nhân
- Quan sát da có xanh tái không, niêm mạc
- Hỏi bệnh nhân có tiền sử bệnh tim, cao huyết áp ...
- Những bệnh nhân già, thường bác sĩ cho đo điện tâm đồ.
- Bệnh nhân dễ bị chảy máu không? (qua nhổ răng ...), bị dị ứng loại thuốc nào ?

c) Về chức năng gan

- Quan sát bệnh nhân có bị vàng da, vàng mắt không?
- Có dễ bị dị ứng không?
- Hỏi bệnh nhân có thường đau hạ sườn phải không? vùng gan?
- Chú ý các xét nghiệm chức năng gan

d) Về chức năng thận

- Quan sát bệnh nhân có phù không?
- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ
- Thực hiện làm các xét nghiệm chức năng thận và theo dõi.

6. Nâng cao thể trạng bệnh nhân

- Đa số bệnh nhân trước mổ thường có tình trạng thiếu dinh dưỡng, suy kiệt. Cho nên chế độ dinh dưỡng trước phẫu thuật cần đầy đủ năng lượng, nếu bệnh nhân ăn không được bằng đường miệng phải cho ăn qua sonde dạ dày hay mổ thông dạ dày để nuôi ăn cho người bệnh.
- Ngoài ra điều dưỡng còn thực hiện bù nước, điện giải hay máu cho bệnh nhân tùy theo y lệnh của bác sĩ.

7. Phát hiện ở nhiễm trùng trong cơ thể

Quan sát và hỏi bệnh nhân có bị viêm xoang, viêm họng, viêm tai giữa ... nếu có báo bác sĩ cho thuốc điều trị.

8. Chuẩn bị cụ thể

a) Ngày trước mổ

- Cho bệnh nhân ký giấy cam kết
- Tất cả tư trang quý nên gửi cho thân nhân giữ
- Kiểm tra lại hồ sơ cho đầy đủ
- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng
- Hướng dẫn vệ sinh thân thể sạch sẽ
- Chuẩn bị sạch đoạn đại tràng nếu phẫu thuật đường tiêu hoá
- Cho bệnh nhân ngủ sớm, có thể cho thuốc an thần

b) Sáng hôm mổ:

- Lấy lại dấu sinh hiệu
- Cho bệnh nhân thay quần áo
- Cho bệnh nhân đi tiểu hoặc đặt dẫn lưu niệu đạo (nếu có chỉ định)
- Đeo băng tên
- Truyền dịch nếu có y lệnh

** Tóm lại: việc chuẩn bị cho bệnh nhân hết sức cẩn thận và đầy đủ, không thể qua loa. Càng kỹ lưỡng chu đáo trước phẫu thuật bao nhiêu càng an toàn sau phẫu thuật bấy nhiêu.*

B. Phẫu thuật cấp cứu

- Mặc dù đây là trường hợp phẫu thuật khẩn. Tuy nhiên cũng phải tiến hành khám bệnh, xét nghiệm, chuẩn bị tối thiểu để có thể đối phó các tai biến trong lúc phẫu thuật.
- Điều dưỡng cần
 - + Hồi sức tích cực cho bệnh nhân
 - + Làm các xét nghiệm cơ bản
 - + Chống choáng
 - + Truyền dịch, máu, tiêm thuốc theo y lệnh.
 - + Theo dõi lượng nước xuất nhập, đặt thông, ...
 - + Làm vệ sinh vùng mổ

6.2. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HẬU PHẪU

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sau mổ có rất nhiều nguy hiểm xảy đến cho bệnh nhân, điều dưỡng cần phối hợp chặt chẽ với chuyên viên gây mê và bác sĩ để theo dõi và chăm sóc bệnh nhân đem lại an toàn tối đa cho bệnh nhân.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT

1. Di chuyển bệnh nhân từ phòng mổ sang phòng hồi sức

- Sau mổ bệnh nhân sẽ được chuyển sang phòng hồi sức khi dấu sinh hiệu ổn định, huyết áp tối đa 80mmHg.
- Bệnh nhân tự thở, thở êm:
 - + Không khò khè đàm dãi
 - + Không sặc sụa
 - + Không co kéo
- Di chuyển bệnh nhân phải nhẹ nhàng, đúng tư thế, không được thay đổi tư thế bệnh nhân đột ngột. Khi di chuyển cần ít nhất 2 hoặc 4 người để di chuyển bệnh nhân nặng.
- Trên đường đi nhân viên ở phía đầu bệnh nhân, điều dưỡng ở phía chân bệnh nhân, luôn quan sát để phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến về hô hấp có thể xảy ra.

2. Chăm sóc bệnh nhân trong phòng hồi sức

a) Theo dõi

- Tình trạng tri giác
- Dấu sinh hiệu 30 phút / lần cho đến khi bệnh nhân tỉnh và mạch, huyết áp trở về bình thường.
- Phản ứng của bệnh nhân
 - + Vật vã kích thích là do:
 - Đau đớn
 - Thiếu oxy
 - Bí tiểu
 - Duy trì bệnh nhân lâu ở tư thế
 - + Run toàn thân
 - Do lạnh
 - Mổ lâu
 - Nhiệt độ môi trường thấp, phòng bệnh không có sưởi ấm trong mùa lạnh
 - Người già suy kiệt
 - Truyền máu lạnh
 - Rét run
- Hô hấp
 - + Phù nề thanh quản
 - + Liệt hô hấp: do dùng thuốc dẫn cơ
 - + Hạn chế hoạt động hô hấp
 - Do đau
 - Do băng

- + Đánh giá tần số thở, biên độ và nhịp điệu. Báo cáo bác sĩ khi thấy bệnh nhân thở nhanh > 30lần/phút hay nhịp thở chậm < 16lần/phút.
- Tuần hoàn: Mạch – huyết áp tùy theo tình trạng bệnh nhân nhưng theo dõi sát trong 24 giờ đầu.
- + Mạch nhanh, huyết áp hạ phải tìm nguyên nhân
- Nhiệt độ: thường sau mổ bệnh nhân sốt
- + Do phản ứng cơ thể với cuộc mổ, bệnh nhân sốt nhẹ 38^0 C
- + Cơ thể do thiếu nước mà bù chưa đủ
- + Bệnh nhân già sốt > 38^0 C cần nghĩ ngay đến viêm phổi, viêm đường tiểu ở bệnh nhân có đặt thông tiểu.
- + Thường nhiễm trùng ở ngày thứ ba trở đi sau mổ.
- Lượng nước xuất nhập: Cần ghi rõ lượng dịch vào, lượng dịch ra, ghi vào hồ sơ và báo cho bác sĩ khi có sự chênh lệch dịch quá nhiều.
- Tình trạng bụng
- + Quan sát xem bụng bệnh nhân có chướng hay không, thường sau phẫu thuật có chướng nhẹ. Các trường hợp bụng chướng nhiều.
- + Nếu bụng co cứng, đau cần báo bác sĩ.
- Ống dẫn lưu
- + Theo dõi số lượng, tính chất dịch tiết, ghi vào hồ sơ và báo bác sĩ khi dịch dẫn lưu bất thường.
- + Hệ thống dẫn lưu hoạt động có tốt không.
- Vết mổ
- + Khâu kín da: Theo dõi diễn tiến của vết mổ.
- + Khâu thưa hay để hở da: Theo dõi sự tiết dịch của vết thương và tính chất dịch tiết.
- Sự đau của bệnh nhân
- + Sau khi hết tác dụng của thuốc tê hay thuốc mê bệnh nhân đau nhiều nơi mổ, không dám cử động, nếu mổ vùng bụng trên bệnh nhân không dám thở mạnh, không dám ho. Cho nên điều dưỡng cần giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ, nếu bệnh nhân không chịu đựng nổi đau cần báo bác sĩ cho thuốc giảm đau.
- + Con đau sẽ giảm dần, nếu ngày 1, ngày 5 bệnh nhân vẫn còn đau nhiều phải tìm nguyên nhân.
- Tình trạng đại tiện của bệnh nhân
- + Thường các phẫu thuật vùng bụng, bệnh nhân đã được thụt tháo trước, nên đại tiện muộn.
- + Nếu sau 3-4 ngày, bệnh nhân chưa đại tiện được phải hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, nếu cần thụt tháo với áp lực nhẹ.
- + Sau mỗi lần đi tiêu phải giữ vệ sinh vùng hậu môn sạch sẽ ...
- + Một số trường hợp gặp sau mổ :
 - Tiêu chảy
 - Táo bón

b) Chăm sóc

* **Tư thế:** Khi bệnh nhân còn mê cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng sang một bên khi bệnh nhân tỉnh cho nằm tư thế Fowler

* **Hô hấp**

- Đề phòng tụt lưỡi
- Hút đàm dãi ứ đọng nếu có
- Khó thở cho thở Oxy

*** Thực hiện ngay và đúng y lệnh của thầy thuốc**

Giữ đường truyền, nhất là khi bệnh nhân còn mê. Phải theo dõi suốt thời gian truyền dịch. Đối với bệnh nhân già, bệnh nhân có tiền sử tim, thận, tiểu đường cần theo dõi sát và điều chỉnh đúng số giọt thật chính xác.

*** Giúp bệnh nhân vận động sớm sau mổ**

- Nhằm tránh những biến chứng do nằm lâu nhất là người già.
- Nhằm phục hồi sớm nhu động ruột
- Giúp đỡ bệnh nhân vận động:
 - + Hai – ba giờ sau phẫu thuật, giúp bệnh nhân trở mình cử động trên giường, trong 24 giờ đầu giúp bệnh nhân ngồi dậy vỗ lưng, khuyến khích bệnh nhân ho, thở sâu.
 - + Ngày hôm sau: Dù cho BN tập đi vài bước trên giường.
 - + Ngày thứ ba: Giúp bệnh nhân đi lại trong phòng. Cho BN làm một số động tác tự chăm sóc thông thường.

Chú ý đối với bệnh nhân cao huyết áp, suy tim, suy hô hấp đi lại.

*** Vết mổ**

- Khâu kín da: Không thay băng
- Khâu thưa hay để hở da: Cần phải thay băng mỗi ngày, cần thay băng mỗi khi băng thấm ướt dịch.

*** Ống dẫn lưu**

- Cho bệnh nhân nằm nghiêng về phía dẫn lưu
- Ống dẫn lưu phải được nối xuống chai hoặc túi vô khuẩn.
- Khi chăm sóc tránh để ống dẫn lưu bị tắc hay ống bị gập.

III. TÓM LẠI: Việc chăm sóc bệnh nhân rất là cần thiết và quan trọng. Không những đòi hỏi có kiến thức và hiểu biết sâu rộng để phòng ngừa, phát hiện các biến chứng sau mổ và đòi hỏi người điều dưỡng phải cẩn thận, tận tụy và nhanh nhẹn.

Bài 7: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA, THÙNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa viêm ruột thừa cấp và thùng dạ dày.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại viêm ruột thừa cấp và thùng dạ dày.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng viêm ruột thừa cấp và thùng dạ dày.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí viêm ruột thừa cấp và thùng dạ dày.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm ruột thừa cấp và thùng dạ dày.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

7.1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM RUỘT THỪA

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp là bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất, nếu chẩn đoán và điều trị kịp thời bằng phẫu thuật thì kết quả rất tốt, ngược lại nếu để muộn thường có các biến chứng phức tạp và điều trị bắt đầu có tỷ lệ tử vong.

II. NGUYÊN NHÂN: Viêm ruột thừa hay xảy ra trong lứa tuổi từ 10 - 30, nam nhiều hơn nữ, mà nguyên nhân thường gặp là

- Lòng ruột thừa bị bít nghẽn bởi các dị vật như phân, hạt trái cây, giun sán...
- Một số trường hợp khác là do nhiễm khuẩn từ trong lòng ruột hoặc do vi khuẩn theo đường máu đến. Ở nhóm này biểu hiện lâm sàng thường nhẹ hơn.

III. CƠ THỂ BỆNH HỌC

1. Tổn thương của ruột thừa: ruột thừa bị viêm diễn tiến qua các giai đoạn sau

- Viêm ruột thừa tiết dịch: ruột thừa sung huyết, phù nề.
- Viêm ruột thừa có mủ: ruột thừa đỏ sẫm, to và căng cứng, bên trong có mủ, ngoài thành mạc có màng giả.
- Viêm ruột thừa xuất huyết và hoại tử: ruột thừa tím bầm hay xanh đen, bị thủng hay mủ nát hoàn toàn, mủ thối và có hơi.

2. Tổn thương quanh ruột thừa: tùy theo mức độ viêm nặng hay nhẹ của ruột thừa mà phúc mạc quanh ruột thừa có phản ứng, nhẹ thì viêm đỏ, sung huyết...nếu nặng thì có màng giả, có mủ, làm dính với ruột và các cơ quan chung quanh tạo thành đám quánh hoặc abcès.

IV. TRIỆU CHỨNG: Viêm ruột thừa ở giai đoạn rõ rệt (sau 12 giờ) thường có các triệu chứng sau

1. Triệu chứng cơ năng:

* **Đau bụng:** là triệu chứng quan trọng nhất, lúc đầu đau quanh rốn hay thượng vị, sau một vài giờ thì khu trú tại hố chậu phải.

* **Các rối loạn tiêu hoá:**

- Chán ăn: dấu hiệu có sớm và thường xuyên.
- Buồn nôn và ói mửa: xuất hiện muộn, thay đổi từ buồn nôn đến nôn nhiều lần.
- Bí trung và đại tiện: có rất sớm nhưng đôi khi lại tiêu chảy.

2. Triệu chứng thực thể

* **Toàn trạng:** Sốt nhẹ (38°C), mạch nhanh, hơi thở hôi, lưỡi bẩn.

* **Khám bụng:**

- Nhìn: bệnh nhân thường nằm yên, cử động ít, thở nông. Chân phải thường co nhẹ.
- Sờ: Tìm thấy tại điểm **Mac Burney** có **tam chứng Dieulafoy**
 - + Điểm Mac Burney nằm giữa rốn và gai hông trước trên bên phải.
 - + *Tam chứng Dieulafoy* gồm *tăng cảm da, ấn đau, thành bụng co cứng*.
 - Sờ nắn cũng có thể thấy các dấu hiệu có giá trị khác:
 - + Rovsing: ấn chẩn dọc theo đại tràng từ hố chậu trái gây đau ở hố chậu phải.
 - + Phản ứng đau dội (Blumberg): tỷ lệ với mức độ viêm phúc mạc.
- Gõ: gõ nhẹ ở hố chậu phải gây đau.
- Nghe: tiếng ruột thường giảm.
- Khám túi cùng Douglas đau

3. Cận lâm sàng

* **Máu:** Bạch cầu tăng nhẹ ($10.000/\text{mm}^3$), bạch cầu hạt trung tính $> 80\%$.

* **Nước tiểu:** có thể thấy một ít hồng cầu và bạch cầu nếu ruột thừa bị viêm nằm cạnh các cơ quan tiết niệu.

* **Siêu âm bụng:** trong trường hợp thuận lợi, siêu âm có thể xác định tình trạng của ruột thừa (viêm, sưng to) cũng như tình trạng của ổ bụng (có dịch, mủ).

* **X quang:** Nếu ruột thừa bị thủng, đôi khi thấy có hơi trong ổ bụng.

V. TIẾN TRIỂN: Ruột thừa bị viêm tiến triển phức tạp khó đoán, có thể theo các hướng sau đây:

1. Khởi tự nhiên: ít gặp. Các triệu chứng giảm dần rồi hết.

2. Đám quánh ruột thừa: ruột thừa bị viêm được các quai ruột và mạc nối bao bọc thành một khối. Thường gặp ở các bệnh nhân có sức đề kháng tốt hoặc đã dùng kháng sinh trấn áp sự phát triển của bệnh.

- Triệu chứng: vẫn còn đau ở hố chậu phải nhưng nhẹ hơn, sốt nhẹ, bí trung và đại tiện, ăn uống không ngon.

- Khám ở hố chậu phải thấy một khối có giới hạn ít rõ vì có dính với các cơ quan chung quanh và thành bụng, ấn không đau lắm. Siêu âm bụng thường xác định được chẩn đoán này. Đám quánh ruột thừa có thể tiến triển theo 2 cách: khởi dần một cách chậm chạp và hay tái

phát, hoặc biến thành abscess ruột thừa

3. Abscess ruột thừa: ruột thừa nung mủ vỡ ra nhưng được các quai ruột và mạc nối giới hạn lại thành một ổ mủ.

- Triệu chứng: Đau bụng ngày một tăng, sốt cao, không ăn uống được.

- Khám ở hố chậu phải có một khối u mềm, giới hạn rõ, ấn rất đau, da trên mặt khối u có thể viêm đỏ.

- Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao $> 15.000/m^3$. Siêu âm bụng có thể xác định ổ mủ này và khi chọc dò có thể rút được mủ thối.

4. Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa: là loại diễn biến xấu, có tỷ lệ tử vong (15%)

- Triệu chứng: thường xuất hiện từ ngày 3 – 4, với đau bụng nhiều và lan rộng, sốt cao, mạch nhanh, bí trung và đại tiện, bụng trướng hơi.

- Khám ở hố chậu phải thấy thành bụng co cứng, ấn rất đau và có phản ứng dội. Nếu để muộn triệu chứng này lan rộng khắp bụng.

VI. CÁC THỂ LÂM SÀNG: Các thể lâm sàng thay đổi tùy theo vị trí của ruột thừa ở trong ổ bụng:

- Viêm ruột thừa sau manh tràng: triệu chứng ít rõ khi khám ở hố chậu phải, nhưng lại có triệu chứng khu trú rõ ở vùng thắt lưng hay mào hông.

- Viêm ruột thừa dưới gan: dễ lầm với các hội chứng viêm đường mật.

- Viêm ruột thừa vùng chậu: thường có triệu chứng tiết niệu (đái buốt, đái nhiều lần, nước tiểu đục hoặc có máu...), hoặc có triệu chứng của trực tràng (mắc đi cầu, giả kiết lý...) kèm theo.

- Viêm ruột thừa màng treo ruột: triệu chứng thường khu trú ở vùng gằn rốn.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm ruột thừa cấp: Mô cấp cứu để cắt bỏ ruột thừa. Nếu mổ sớm trong giai đoạn sung huyết thì không cần thiết cho kháng sinh. **Không làm** các điều sau đây

- Cho thuốc giảm đau

- Cho thuốc nhuận tràng, tẩy hoặc thụt tháo.

- Cho kháng sinh trấn áp thay cho phẫu thuật.

2. Viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ: mổ cắt ruột thừa và làm sạch ổ bụng. Hậu phẫu phải cho kháng sinh phối hợp, liều cao.

3. Abscess ruột thừa: mổ dẫn lưu mủ. Trong khi mổ, nếu được thì cắt ruột thừa, nếu không phải mổ cắt ruột thừa sau 6 tháng. Hậu phẫu cũng cần điều trị với kháng sinh cho đến khi nơi dẫn lưu cạn mủ và lành sẹo.

4. Đám quánh ruột thừa: Không mổ. Điều trị với kháng sinh để giảm các triệu chứng và sẽ mổ cắt ruột thừa sau 2 - 6 tháng.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

A. QUY TRÌNH CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Đau bụng: Thường không đau thành cơn. Đau âm ỉ liên tục, vị trí thường ở vùng rốn sau lan đến thượng vị và cuối cùng khu trú ở chậu phải
- Ghi vào hồ sơ để giúp bác sĩ biết rõ diễn biến bệnh
- Dấu hiệu nhiễm trùng: nhiệt độ tăng nhẹ, môi khô, lưỡi đỏ
- Dấu hiệu rối loạn tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy
- Khám các điểm đau: Mac-Burney,...
- Nếu người bệnh đến trễ điều dưỡng cần phát hiện dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1 Đau bụng liên quan bệnh lý

- Lượng giá vị trí đau, tính chất, mức độ đau
- Tư thế giảm đau
- Chỉ thực hiện thuốc giảm đau khi có chẩn đoán chính xác

2.2 Lo lắng vì phải mổ cấp cứu

- Lượng giá mức độ căng thẳng của người bệnh
- Nâng đỡ về tinh thần: Giải thích cho người bệnh hiểu về cần giải phẫu giúp người bệnh an tâm

2.3 Người bệnh phải can thiệp phẫu thuật

- Giúp Bác sĩ thực hiện các thủ thuật chẩn đoán
- Không cho người bệnh ăn uống
- Không thụt tháo cho người bệnh
- Thực hiện khẩn các XN tiền phẫu
- Thực hiện thuốc
- Vệ sinh trước mổ
- Lấy dấu chứng sinh tồn
- Đặt tube Levine
- Đặt sonde tiểu nếu cần
- Chuyển người bệnh đến phòng mổ cùng thân nhân

3. LƯỢNG GIÁ

- Giảm đau
- An tâm điều trị
- Cuộc mổ được chuẩn bị tốt

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC SAU MỔ

1. NHẬN ĐỊNH:

- Tình trạng tri giác nếu người bệnh được gây mê
- Cảm giác chi, vận động nếu gây tê tủy sống
- Đau?
- Tình trạng bụng
- Các dấu hiệu chảy máu?

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Sau mổ viêm ruột thừa cấp

- Người bệnh có thể được can thiệp mổ nội soi hay chỉ gây tê tùy sống
- Khi người bệnh tỉnh cho nằm tư thế Fowler. Giúp người bệnh ngồi dậy sớm, đi lại quanh giường. Ngừa biến chứng phổi và liệt ruột
- Sau 6 – 8 giờ người bệnh tỉnh, rút tube Levine, cho người bệnh uống ít nước khi người bệnh có nhu động ruột thì cho người bệnh ăn uống bình thường
- Vết mổ vô trùng không thay băng, ngày thứ 6-7 sau mổ cắt chỉ
- Người bệnh mổ nội soi cắt ruột thừa không cần thay băng, không cần cắt chỉ nếu khâu da bằng chỉ không tan. Cho đi lại càng sớm càng tốt

2.2. Trường hợp giải phẫu ruột thừa có biến chứng

- Thường do ruột thừa vỡ đưa đến viêm phúc mạc, abscess ruột thừa, ruột thừa hoại tử
- Người bệnh có dẫn lưu: chăm sóc dẫn lưu ổ bụng
- Cho người bệnh nằm tư thế Fowler nghiêng về phía có đặt dẫn lưu
- Điều dưỡng cần ghi rõ màu sắc, tính chất, số lượng vào hồ sơ
- Dẫn lưu phòng ngừa cần báo bác sĩ để rút ra sớm
- Nếu dẫn lưu ổ mủ ruột thừa thường rút chậm hơn. Khi có chỉ thị rút thì rút từ từ mỗi ngày 1-2 cm cho đến khi ống tự sút ra
- Vết mổ:
 - o Trường hợp khâu da thưa: Điều dưỡng thay băng hàng ngày, ghi lại tình trạng vết thương mỗi ngày
 - o Trường hợp vết mổ để hở hay nhiễm trùng: thay băng khi thấm dịch, khi vết mổ có tổ chức hạt tốt thì khâu da thì hai

2.3. Theo dõi chăm sóc người bệnh có biến chứng sau mổ

- Chảy máu do tụt chỗ khâu động mạch ruột thừa:
 - + Lâm sàng:
 - Theo dõi máu chảy qua dẫn lưu
 - Đau bụng
 - Huyết áp tụt, mạch nhanh, da xanh, niêm tái, vã mồ hôi ...
 - + Xử trí: Điều dưỡng cần phát hiện sớm, hồi sức và chuẩn bị người bệnh mổ lại
- Chảy máu vết mổ:
 - + Lâm sàng: Máu thấm băng vết mổ Thường xảy ra sau mổ rất sớm vài giờ sau mổ
 - + Xử trí: Điều dưỡng dùng gạc thấm oxy già ấn ngay vào chỗ chảy. Nếu máu vẫn chảy với số lượng nhiều, nên báo bác sĩ khâu mạch máu, đồng thời ghi lại số lượng chảy và theo dõi dấu chứng sinh tồn
- Tắc ruột:
 - + Lâm sàng: Thường xảy ra ngày vào ngày thứ 3 – 4 sau mổ hay muộn hơn Đau bụng từng cơn, dấu hiệu rần bò, dấu hiệu quai ruột nổi, bí trung đại tiện, Gas (-)
 - + Xử trí: Để phòng ngừa điều dưỡng cho người bệnh ngồi dậy sớm, hít thở, tập vận động bụng sau mổ
- Abscess và viêm tấy thành bụng:
 - + Lâm sàng: đau vết mổ có gia tăng không, quan sát băng có thấm ướt, mùi hôi,
 - + Xử trí: Mở băng quan sát dấu hiệu nhiễm trùng: sưng, nóng, đỏ, đau nếu có tình trạng nhiễm trùng: cắt chỉ, rửa sạch mủ, thay băng và nên ghi vào hồ sơ tình trạng vết mổ, đã cắt

bao nhiêu mỗi chỉ, thực hiện thuốc kháng sinh theo kháng sinh đồ Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ

- Abces túi cùng Douglas:

+ Lâm sàng: nhiệt độ tăng, người bệnh mót đi cầu nhiều lần, tiêu chảy, đau bụng Thăm khám trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng và đau

+ Xử trí: chuẩn bị người bệnh mổ lại

- Dò phân:

+ Lâm sàng: khi thay băng thấy dịch màu vàng lợn cợn, thối, chảy ra nơi vết mổ hay qua dẫn lưu

+ Xử trí: Điều dưỡng ghi số lượng và tính chất phân, chăm sóc thay băng thường xuyên, tránh rom lở da. Hướng dẫn người bệnh cách ăn uống nhiều dinh dưỡng giúp mau lành đường dò

2.4. Người bệnh han chế kiến thức

- Hướng dẫn Người bệnh vệ sinh trong ăn uống

- Vệ sinh thân thể sạch sẽ

- Có thể cắt chỉ vết mổ ở địa phương

- Phát hiện sớm dấu hiệu tắc ruột sau mổ: đau bụng từng cơn, bí trung đại tiện thì nhịn ăn uống và đến bệnh viện ngay

3. TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

- Giảm đau

- Vết mổ lành

- Không xảy ra các biến chứng - Biết cách chăm sóc khi xuất viện

LƯỢNG GIÁ

1. Kể 3 công việc không được làm khi chẩn đoán theo dõi viêm ruột thừa cấp:

A.

B.

C.

2. Đặc điểm đau bụng của viêm ruột thừa cấp là:

A. Đau bụng âm ỉ, liên tục vùng rốn hay thượng vị, sau đó khu trú hố chậu phải

B. Đau bụng dữ dội, liên tục vùng rốn hay thượng vị, sau đó khu trú hố chậu phải

C. Đau bụng âm ỉ, từng cơn vùng rốn hay thượng vị, sau đó khu trú hố chậu phải

D. Đau bụng dữ dội, từng cơn vùng rốn hay thượng vị, sau đó khu trú hố chậu phải

3. Tính chất đau bụng trong bệnh viêm phúc mạc do ruột thừa hoại tử là:

A. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, sau đó lan ra khắp bụng

B. Đau bụng âm ỉ vùng hố chậu phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng

C. Đau bụng âm ỉ vùng hạ sườn phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng

D. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, không lan

4. Biểu hiện toàn trạng của viêm ruột thừa cấp, ngoại trừ:

A. Sốt » 38⁰C

B. Mạch chậm

C. Hơi thở hôi

D. Lưỡi dơ

5. Dấu hiệu nào sau đây giúp chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cấp:

A. Murphy (+)

B. MacBurney (+)

C. Blumberg (+)

D. Câu A, B, C đúng

7.2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thùng ổ loét dạ dày tá tràng là một biến chứng nặng của loét dạ dày tá tràng và là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Chẩn đoán bệnh thường dễ vì có triệu chứng khá điển hình, nhưng cần phải phát hiện và xử trí sớm thì điều trị mới đơn giản và cho kết quả tốt.

II. NGUYÊN NHÂN: Ở bệnh nhân bị loét dạ dày tá tràng, thùng ổ loét dễ xảy ra do các yếu tố sau:

- Giới: nam bị nhiều gấp 9 lần nữ
- Tuổi: thường từ 20 – 40, nhưng cũng gặp ở trẻ em và người lớn tuổi.
- Thuốc: các thuốc như Steroides, Aspirine, Phenylbutazone... dễ gây loét và làm thùng dạ dày tá tràng.
- Thời gian: thùng dễ xảy ra sau bữa ăn, khi làm việc nặng và thường thấy ở mùa lạnh nhiều hơn mùa nóng.

III. CƠ THỂ BỆNH

1. Tính chất của lỗ thùng

- Thường chỉ thấy 1 lỗ thùng, ít khi có 2 hay nhiều lỗ thùng.
- Lỗ thùng thường gặp trong loét tá tràng hơn là trong loét dạ dày.
- Lỗ thùng có thể nằm trên một ổ loét mới hay trên một ổ loét cũ đã chai cứng.

2. Tình trạng của ổ bụng

Ngay sau khi thùng, tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn tùy thuộc lỗ thùng to hay nhỏ, thùng gần hay xa bữa ăn, bệnh nhân đến sớm hay muộn, có các bệnh lý khác của dạ dày như hẹp môn vị, chảy máu dạ dày kèm theo hay không. Thông thường, tình trạng ổ bụng sẽ diễn tiến như sau:

- Trong giai đoạn đầu: ổ bụng có dịch vị vô khuẩn và có tính axit, các thức ăn chưa tiêu và một ít hơi. Đây là giai đoạn viêm phúc mạc hoá học.
- Sau 24 giờ: đã có nhiễm khuẩn ổ bụng, dịch ổ bụng thành mủ, có màng giả, các mảnh thức ăn đã thối rữa, hơi trong ổ bụng nhiều và thối. Các quai ruột thường có nhiều màng giả và dính với nhau.

IV. TRIỆU CHỨNG: Thùng ổ loét dạ dày tá tràng thể điển hình ở bệnh nhân đến sớm có các triệu chứng:

1. Triệu chứng chức năng

- Đau dữ dội và đột ngột ở vùng thượng vị như dao đâm, có thể đưa đến choáng.
- Nôn: là phản ứng thường đi kèm với cơn đau.
- Bí trung và đại tiện: thường gặp muộn khi đã có liệt ruột.

2. Triệu chứng thực thể

* Toàn thân

- Ngay sau khi thùng, tình trạng bệnh nhân như choáng: mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp,

thân nhiệt giảm.

- Tư thế chống đau thường gặp là nằm ngửa, hai chân co nhẹ, không dám cử động.

*** Khám bụng:**

- Nhìn: thấy cơ thành bụng nổi rõ, mất nhịp thở bụng.

- Sờ: thành bụng thấy co cứng như gỗ, ấn rất đau, có phản ứng dội rõ rệt. Nhóm triệu chứng này là quan trọng nhất.

- Gõ: gõ đau khắp bụng. Gõ vùng trước gan thường mất tiếng đục. Nếu ổ bụng có nhiều dịch, gõ thấy đục ở vùng thấp.

- Nghe: đa số trường hợp tiếng ruột giảm.

- Khám túi cùng Douglas thường rất đau.

3. Cận lâm sàng

* **Chụp X quang bụng không sửa soạn:** 80% bệnh nhân bị thủng ổ loét dạ dày tá tràng thấy có hơi trong ổ bụng (liềm hơi dưới cơ hoành, bóng hơi dưới cơ thành bụng).

* **Siêu âm bụng:** xác định được tình trạng có hơi, dịch hoặc mũ trong ổ bụng.

* **Xét nghiệm máu:** Bạch cầu > 15000/mm³, đa số là bạch cầu hạt trung tính.

4. Tiền sử

* **Loét dạ dày tá tràng:** có triệu chứng, chẩn đoán, và điều trị ở nhiều mức độ.

* **Không có tiền sử loét dạ dày tá tràng:** loét thủng DDTT cấp tính hoặc ung thư.

V. TIẾN TRIỂN: Sau giai đoạn phát khởi, tình trạng của bệnh nhân bị thủng ổ loét dạ dày tá tràng có thể diễn tiến theo các hướng sau

1. Viêm phúc mạc toàn bộ: sau 12 – 24 giờ, thủng ổ loét dạ dày tá tràng tiến triển thành viêm phúc mạc toàn bộ do nhiễm khuẩn, có biến chứng nhiễm độc và choáng. Tiên lượng thường rất xấu, tử vong sau 4 – 5 ngày dù rất cố gắng điều trị.

2. Viêm phúc mạc khu trú: đây là dạng tiến triển ít gặp hơn. Bệnh nhân thường đến muộn vì các triệu chứng xuất hiện trong thời kỳ khởi phát đã giảm bớt. Khi khám vẫn thấy tình trạng toàn thân kém, có dấu hiệu nhiễm khuẩn và khám bụng vẫn có dấu hiệu của bụng ngoại khoa.

3. Absces: thường gặp 1 – 2 tuần sau khi thủng dạ dày. Ổ abscess có thể khu trú dưới cơ hoành, dưới gan, quanh dạ dày hay ở hố chậu... Bệnh nhân vẫn có triệu chứng nhiễm khuẩn rõ: sốt dao động, ăn uống kém, gây mòn suy nhược, đau bụng âm ỉ. Khám bụng phát hiện một khối nằm sâu, đau, có giới hạn rộng. Ổ abscess có thể vỡ vào các vùng lân cận hoặc theo đường máu đi gây các ổ abscess ở xa hơn.

VI. THỂ LÂM SÀNG

1. Thủng bịt: ngay sau khi thủng, lỗ thủng được bịt lại bởi mạc nối, túi mật, gan, thành bụng... nên ổ bụng hầu như sạch. Triệu chứng lâm sàng ban đầu tương tự như thể điển hình nhưng sau đó tình trạng bệnh nhân khá dần đến mức hầu như bình thường.

2. Thủng dạ dày tá tràng do loét cấp tính: bệnh nhân thường không có tiền sử của loét, và

thủng dạ dày tá tràng có thể coi là biểu hiện đầu tiên của bệnh.

3. Thủng ổ loét mặt sau dạ dày: các chất trong dạ dày theo lỗ thủng chảy vào túi mạc nối và gây dính các cơ quan chung quanh. Khám lâm sàng thấy triệu chứng cũng khu trú ở vùng thượng vị nhưng kín đáo hơn, mặt khác lại có sự xuất hiện thêm các triệu chứng ở vùng lưng.

4. Thủng dạ dày kèm theo các biến chứng khác của loét dạ dày tá tràng như chảy máu, hẹp môn vị: bệnh cảnh thường có các triệu chứng phối hợp và phức tạp hơn.

VII. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán thể điển hình của thủng ổ loét dạ dày tá tràng thường dễ vì triệu chứng rõ ràng, nhất là nếu X quang cho thấy có hơi trong ổ bụng. Nhưng nếu triệu chứng không rõ hoặc thiếu, phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh gây viêm phúc mạc khác.

1. Thủng dạ dày do ung thư: có triệu chứng tương tự như thủng do loét, siêu âm hoặc nội soi có thể chẩn đoán phân biệt trước mổ, tuy nhiên khả năng xử lý tổn thương và tiên lượng thường xấu.

2. Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa: Triệu chứng thường khởi đầu ở vùng thượng vị rồi khu trú và tăng dần ở hố chậu phải, kèm theo triệu chứng nhiễm khuẩn tương đối sớm.

3. Viêm phúc mạc mặt: Bệnh nhân thường có tiền sử bệnh gan mật. Khám bệnh thường gặp các triệu chứng viêm phúc mạc kết hợp với hội chứng tắc mật (vàng da vàng mắt, phân bạc màu, nước tiểu sậm, túi mật căng to, Bilirubin trong máu cao).

4. Viêm phúc mạc do thủng một tạng rỗng khác: như thương hàn có biến chứng thủng ruột, thủng đại tràng do amibe, loét và thủng túi thừa Meckel.

5. Viêm tụy cấp: bệnh nhân thường đau bụng dữ dội, lẫn lộn, tình trạng toàn thân kém, có choáng rõ rệt. Khám bệnh có thể thấy bụng co cứng nhưng ít rõ, ấn điểm sống - sườn đau [Mayo - Robson (+)]. Xét nghiệm giúp xác định chẩn đoán là Amylase trong máu và trong nước tiểu cao (bình thường Amylase trong máu có dưới 50 đơn vị Somogyi, và không có trong nước tiểu).

VIII. ĐIỀU TRỊ: Thủng ổ loét dạ dày tá tràng cần được điều trị cấp cứu sớm trong vòng 6 giờ đầu vì tỷ lệ tử vong thấp. Nếu quá 24 giờ thì tiên lượng rất xấu, bệnh nhân tử vong vì nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng, choáng nội độc tố, suy thận cấp.

1. Phẫu thuật: là phương pháp điều trị chủ yếu

* Chuẩn bị trước mổ

- Đặt ống hút dạ dày
- Truyền dịch nâng cao thể trạng và chuẩn bị mổ
- Cho kháng sinh

* Các phương pháp phẫu thuật:

- **Khâu lỗ thủng và làm sạch ổ bụng:** là phẫu thuật đơn giản nhất trong cấp cứu, đáp ứng

hầu hết yêu cầu điều trị trước mắt. Nhược điểm là không giải quyết được nguyên nhân là ổ loét.

- **Cắt dạ dày:** Tương đối triệt để nhưng đòi hỏi các điều kiện khắt khe như tình trạng bệnh nhân phải tốt (đến sớm, sức khoẻ tốt, ổ bụng sạch...), phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ cắt dạ dày và dụng cụ trang bị đầy đủ.

- **Khâu lỗ thủng tá tràng** kết hợp với **cắt dây thần kinh X đến dạ dày** và **dẫn lưu dạ dày** phối hợp (nổi vị tràng, mở rộng môn vị ...): dành riêng cho thủng ổ loét tá tràng có điều kiện mổ tốt

- **Phẫu thuật dẫn lưu dạ dày ra ngoài da đơn giản (Newmann):** chỉ được dùng trong trường hợp tình trạng bệnh nhân và ổ loét rất xấu, không thực hiện được một trong các phẫu thuật đã kể trên.

2. Bảo tồn (phương pháp Taylor): Chủ yếu là hút dạ dày liên tục, bồi hoàn nước và điện giải. Phương pháp này có chỉ định rất hạn chế (thủng bít hoặc thủng nhỏ mà không có điều kiện mổ), và cũng không được coi là phương pháp điều trị chắc chắn hoặc triệt để.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

A. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ THỬNG DẠ DÀY

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG BỆNH NHÂN

Hỏi:

- Khai thác bệnh sử: thường có tiền sử loét dạ dày
- Triệu chứng đau bụng xảy ra thành linh
 - o Đau bụng trên dữ dội và đột ngột, liên tục và tăng hơn
 - o Nôn: người bệnh nôn khan, sau nôn vẫn không giảm đau
 - o Bí trung đại tiện

Thăm khám:

- Nhìn: Bụng ít tham gia cùng nhịp thở, không dám di động, cơ bụng nổi rõ, dấu hiệu nhiễm trùng, dấu mất nước
- Sờ: bụng cứng như gỗ, co cứng, người bệnh đến trẻ có thấy bụng chướng
- Gõ: vùng bụng mất vùng đục trước gan, gõ đục vùng thấp
- Nghe: nhu động ruột mất hay giảm
- Toàn thân: người bệnh rơi vào cơn choáng, nhiệt độ cao thường nhiễm trùng sau 18 – 24 giờ sau thủng

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Đau bụng gia tăng khi người bệnh cử động hay khi thở

- Giải thích cho người bệnh hiểu nguyên nhân đau bụng
- Di chuyển, xoay trở người bệnh nhẹ nhàng
- Cho người bệnh nằm tư thế semi Fowler giúp người bệnh thở dễ dàng
- Hướng dẫn thở vào sâu nhẹ nhàng và thở chậm từ từ, theo dõi hô hấp
- Nếu có dẫn lưu dạ dày qua mũi nên hút thường xuyên tránh nôn ói tràn vào khí quản
- Thực hiện thuốc giảm đau khi có chẩn đoán xác định

2.2. Mất nước và rối loạn điện giải do nôn ói và do liệt ruột

- Theo dõi dấu mất nước: véo da, CVP, nước xuất nhập, nước tiểu
- Thực hiện bù nước và điện giải: truyền dịch

- Đặt tube levine: hút, theo dõi số lượng tính chất, màu sắc, dịch thoát ra, tình trạng bụng
- Theo dõi kết quả xét nghiệm: ion đồ, BUN, creatinine, Hct
- Nghe tiếng nhu động ruột và tình trạng chướng bụng người bệnh
- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng của rối loạn điện giải

2.3. Nguy cơ thiếu oxy do người bệnh thở kém vì không dám thở do đau

- Oxy liệu pháp, theo dõi nhịp thở, tần số, tính chất thở thường xuyên
- Hướng dẫn cách thở, theo dõi thiếu oxy, nồng độ oxy trong máu
- Cho người bệnh nằm tư thế semi Fowler

2.4. Người bệnh nguy cơ rơi vào cơn choáng do đau, sợ, nhiễm trùng

- Liệu pháp tâm lý: giúp người bệnh an tâm,
- Ủ ấm
- Theo dõi cơn đau: thực hiện thuốc giảm đau khi chẩn đoán xác định
- Theo dõi dấu chứng sinh tồn: phát hiện sớm choáng, nhiệt độ cao
- Thực hiện kháng sinh theo y lệnh
- Theo dõi da niêm, kết quả xét nghiệm chức năng thận, nước tiểu/ giờ

2.5. Người bệnh lo lắng trước mổ cấp cứu:

- Giải thích cho người bệnh lợi ích của việc mổ: đây là trường hợp cấp cứu ngoại khoa vì tất cả các lỗ thủng có thể đưa đến nguy cơ dịch dạ dày tràn vào khoang phúc mạc gây viêm phúc mạc → tử vong
- Khuyến khích người bệnh nói lên cảm nghĩ của mình
- Cung cấp cho người bệnh những thông tin cần thiết về cuộc mổ: khâu lỗ thủng, cắt dạ dày...

2.6. Người bệnh được chuẩn bị mổ: Chuẩn bị mổ cấp cứu: hầu hết người bệnh thủng dạ dày đều được điều trị phẫu thuật cấp cứu

- Đặt ống hút dạ dày giúp
 - Hút dịch dạ dày để hạn chế bớt phần nào dịch trong dạ dày trào ra không tràn vào khoang phúc mạc
 - Theo dõi xuất huyết dạ dày
 - Giảm chướng bụng.
 - Thuận lợi trong mổ
- Điều dưỡng cần theo dõi và ghi vào hồ sơ: tính chất, màu sắc, số lượng dịch hút ra
- Giải thích cho người bệnh biết việc cần thiết phải mổ
- Người bệnh không ăn uống
- Thực hiện các xét nghiệm khẩn về máu, nước tiểu, thuốc giảm đau, kháng sinh
- Truyền dịch ở tĩnh mạch lớn và gần tim, phụ giúp bác sĩ đặt CVP,
- Lấy lại dấu chứng sinh tồn trước mổ, tốt nhất nên cho người bệnh đo điện tim nếu người già, người có bệnh lý tim mạch, bệnh nặng
- Vệ sinh vùng mổ
- Thông tiểu cho người bệnh, theo dõi sát nước xuất nhập
- Điều dưỡng hiểu biết các phương pháp giải phẫu với từng người bệnh để giải thích giúp họ an tâm

Cắt dạ dày:

- Gastroduodenostomy hay Billroth I operation
- Gastrojejunostomy hay Billroth II operation

Cắt dây X: Vagotomy

Mở rộng môn vị: Pyloroplasty

Phẫu thuật khâu lỗ thủng qua nội soi

Khâu lỗ thủng với điều trị thuốc kháng tiết

Khâu lỗ thủng với điều trị tiệt trừ H. pylori

- Thông báo phương pháp gây mê
- Giáo dục người bệnh và thân nhân cách chăm sóc sau mổ: ho hít thở sâu, đi lại sớm....
- Thông báo người bệnh sau mổ có vết mổ ở đâu, dẫn lưu như thế nào
- Thông báo tiên lượng sau mổ

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ DẠ DÀY

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Tổng trạng người bệnh: tri giác, dấu chứng sinh tồn
- Dấu hiệu chảy máu sau mổ qua dẫn lưu, tube levin
- Tình trạng bụng: đau bụng, chướng, dấu hiệu bụng ngoại khoa (bụng gồng cứng)
- Tình trạng ống dẫn lưu, vết mổ

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Người bệnh nguy cơ chảy máu sau mổ khâu lỗ thủng dạ dày

- Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn
- Phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu sau mổ qua: sonde dạ dày, dấu chứng sinh tồn, tình trạng bụng, dẫn lưu, huyết áp giảm, Hct giảm
- Thực hiện các y lệnh truyền máu, truyền dịch, hồi sức người bệnh
- Công tác tư tưởng cho người bệnh
- Thực hiện chuẩn bị người bệnh mổ cấp cứu lại

Người bệnh chướng bụng do liệt ruột sau mổ:

- Ống hút dạ dày: cần hút ngắt quãng tránh tắc nghẽn, theo dõi sát tính chất, số lượng, màu sắc dịch dạ dày, rút khi có y lệnh
- Tư thế Fowler, xoay trở, vận động sớm, tập thở
- Theo dõi tình trạng bụng: chướng, đau, nghe nhu động ruột
- Chăm sóc vệ sinh răng miệng

Nguy cơ người bệnh nhiễm trùng qua ống dẫn lưu, vết mổ:

- Dẫn lưu: thường phẫu thuật viên sẽ đặt dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu Douglas vì thế chúng ta cần:
 - Cho người bệnh thường xuyên nghiêng về phía dẫn lưu
 - Theo dõi màu sắc, số lượng, tính chất của dịch, nếu thấy có máu tươi chảy ra nên lấy lại dấu chứng sinh tồn và báo bác sĩ ngay
 - Rút dẫn lưu tùy theo mục đích điều trị
 - Sonde tiểu cần rút sớm khi không còn dấu hiệu choáng: ngừa nhiễm trùng đường niệu
 - Vết mổ: Thường không thay băng nếu vết mổ vô trùng, ngày 6 – 7 cắt chỉ. Nếu người già, suy dinh dưỡng, thành bụng yếu: 10 ngày cắt chỉ
 - Hiện nay nếu người bệnh được khâu lỗ thủng qua nội soi dạ dày điều dưỡng cần theo dõi người bệnh đau họng, khàn tiếng: điều dưỡng chăm sóc răng miệng, súc miệng bằng nước muối đẳng trương

Người bệnh suy dinh dưỡng do không ăn trước mổ và sau mổ

- Dinh dưỡng: Thường trong những ngày đầu khi chưa có nhu động ruột người bệnh được nuôi dưỡng bằng dịch truyền. Tùy vào bệnh lý và phương thức phẫu thuật mà thực hiện việc cho ăn qua đường nào, và khi nào thì được ăn
- Trong những ngày đầu được ăn: người bệnh ăn thức ăn mềm loãng, dễ tiêu, từ lỏng đến đặc dần, nhai kỹ

Người bệnh lo lắng về bệnh sau mổ:

- Thông thường khi thủng dạ dày điều trị chủ yếu là khâu lỗ thủng, đây là phương pháp đơn giản, kết quả tốt nhưng không điều trị triệt để nên người bệnh kết hợp với điều trị nội khoa
- Giáo dục:
 - o Cách sinh hoạt: nghỉ ngơi hợp lý, tránh lo âu
 - o Thuốc điều trị: uống thuốc đúng thời gian, đúng giờ, đúng thuốc, đúng liều
 - o Tránh dùng các thuốc gây tổn thương niêm mạc dạ dày như: Aspirine, Corticoide
 - o Dùng thuốc che chở niêm mạc dạ dày
 - o Nên tái khám đúng hẹn hay khi có triệu chứng bất thường như đau bụng, nôn ra máu ... nên đến khám ngay
 - o Khuyến người bệnh tránh thức ăn quá chua, quá cay, nhai kỹ khi ăn. Tránh dùng: rượu, trà, cà phê, thuốc lá

Người bệnh có nguy cơ chảy máu, bục xì vết khâu sau mổ cắt 2/3 dạ dày:

Người bệnh mổ ở giai đoạn cấp cứu trên phẫu thuật lớn mà thời gian chuẩn bị ngắn nên:

- Điều dưỡng theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, phòng chống choáng cho người bệnh
- Ống dẫn lưu dưới gan thường không được rút sớm. Thời gian rút thường là 5 – 6 ngày sau mổ. Trong thời gian này điều dưỡng chú ý dịch chảy ra
- Ống hút dạ dày: hút, theo dõi sát và phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu
- Lượng giá dấu hiệu choáng do giảm thể tích: dấu chứng sinh tồn, dẫn lưu, chảy máu vết mổ, lượng nước xuất nhập, tube Levine

Suy dinh dưỡng do người bệnh cắt dạ dày:

- Dinh dưỡng khuyến người bệnh không cử ăn nhưng ăn nhiều lần và ăn mỗi lần 1 ít, thức ăn nhiều dinh dưỡng tránh ăn quá no phòng ngừa hội chứng Dumping

Người bệnh liệt ruột do cắt dây thần kinh X nối vị tràng, mở rộng môn vị:

- Điều dưỡng: theo dõi ống hút dạ dày kỹ hơn, nếu thấy máu tươi nên theo dõi dấu chứng sinh tồn và báo bác sĩ
- Theo dõi chướng bụng, người bệnh sẽ chậm có nhu động ruột
- Cho người bệnh vận động sớm, tập thở bụng
- Thực hiện thuốc tăng nhu động ruột
- Nghe và đánh giá tình trạng nhu động ruột

Người bệnh có biến chứng trên người bệnh mổ cắt dạ dày do nằm lâu:

- Lượng giá các biến chứng phổi: nghe phổi, thở oxy, theo dõi nồng độ oxy qua oxymeter, hút đàm nhớt, tần số, kiểu thở. Khuyến khích người bệnh xoay trở, hít thở sâu
- Thăm khám ngăn ngừa nghẽn mạch và tắc mạch: vận động sớm, dùng vớ chun, kiểm tra nơi bó cột tay chân gây cản trở tuần hoàn
- Giảm đau vết mổ: Biết cách dùng tay ấn vào vết mổ khi ho, nôn ói, dinh dưỡng tốt, phát hiện dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ

3. LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh ổn định, không có dấu hiệu nhiễm trùng

- Người bệnh trở về với gia đình an toàn
- Người bệnh hiểu được việc thực hiện thuốc điều trị khi xuất viện
- Người bệnh phòng ngừa được loét tái phát và điều trị sớm

LƯỢNG GIÁ

1. Kể 4 mục đích của việc đặt ống hút dịch dạ dày – ruột:

- A. B.
C. D.

2. Biểu hiện toàn thân của bệnh nhân thủng ổ loét DDTT là:

- A. Mạch chậm khó bắt, huyết áp thấp, thân nhiệt tăng
B. Mạch nhanh khó bắt, huyết áp thấp, thân nhiệt tăng
C. Mạch chậm khó bắt, huyết áp thấp, thân nhiệt giảm
D. Mạch nhanh khó bắt, huyết áp thấp, thân nhiệt giảm

3. Biểu hiện lâm sàng khi bệnh nhân thủng ổ loét DDTT khi mới và viện là:

- A. Nằm ngửa, 2 chân co nhẹ, không dám cử động
B. Nằm sấp, 2 chân duỗi thẳng, không dám cử động
C. Nằm nghiêng 1 bên, chân trên co, chân dưới duỗi thẳng, không dám cử động
D. Nằm nghiêng 1 bên, 2 chân duỗi thẳng, cử động liên tục, kêu la

4. Triệu chứng thực thể điển hình của thủng ổ loét DDTT là:

- A. Cơ thành bụng nổi rõ B. Bụng co cứng như gỗ
C. Mất nhịp thở bụng, phản ứng dội rõ rệt D. Câu A, B, C đúng

5. Gõ bụng trong trường hợp thủng ổ loét DDTT có đặc điểm sau:

- A. Vùng đục trước gan mất B. Gõ đục vùng thấp
C. Gõ vang D. Câu A, B đúng

Bài 8: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LỒNG RUỘT - TẮC RUỘT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa lồng ruột.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại lồng ruột.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng lồng ruột.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí lồng ruột.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh lồng ruột.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

LỒNG RUỘT

I. ĐỊNH NGHĨA

Lồng ruột là tình trạng hai đoạn ruột chui vào nhau, thường là đoạn trên chui vào đoạn dưới. Biểu hiện chủ yếu của lồng ruột là hội chứng tắc ruột cơ học và gây nghẽn thắt đoạn ruột lồng. Lồng ruột hay gặp ở trẻ con và có diễn tiến nhanh chóng hơn ở người lớn.

II. CƠ THỂ BỆNH

1. Có thể phân loại lồng ruột theo tính chất đơn giản hay phức tạp.

- Lồng ruột đơn giản có 3 ống ruột, ống ngoài là bao, ống giữa và ống trong là đoạn ruột lồng, mạc treo ruột bị kẹt giữa ống giữa và ống trong.
- Lồng ruột phức tạp do lồng nhiều lần, có thể có lồng 2 lần và có 5 ống ruột, lồng 3 lần có 7 ống ruột.

2. Theo vị trí nơi lồng ruột có thể chia thành

- Lồng hồi – manh tràng: Đầu đoạn ruột lồng là van hồi manh tràng.
- Lồng hồi – đại tràng: Hồi tràng chui qua van hồi manh vào đại tràng.
- Lồng hồi – hồi tràng.
- Lồng đại – đại tràng.

3. Tổn thương khi lồng ruột: Đoạn ruột bị lồng cùng với mạc treo bị thắt nghẽn, gây phù nề thiếu máu nuôi và hoại tử. Tĩnh mạch ruột bị kẹp căng, vỡ và chảy máu vào lòng ruột gây đi tiêu máu.

4. Cơ chế gây lồng ruột

- Do nhu động trong 2 đoạn ruột đi ngược chiều nhau, ví dụ như lồng hồi – manh.
- Do dị vật làm nghẽn tắc tại 1 đoạn ruột như u bướu, nùi giun....

III. TRIỆU CHỨNG

Lồng ruột hồi manh thể điển hình ở trẻ con còn bú (5 – 6 tháng tuổi)

1. Triệu chứng cơ năng

- **Đau bụng:** phát khởi đột ngột ở trẻ đang khoẻ mạnh hoàn toàn, đau dữ dội khiến trẻ khóc thét, quần quai, bỏ bú và nôn hết sữa. Đau bụng diễn tiến thành từng cơn dài khoảng vài phút và mỗi cơn cách nhau 5 – 15 phút.
- **Nôn:** rất sớm, lúc đầu nôn ra sữa rồi đến mật, sau ra chất như phân.
- **Đi cầu ra máu:** sau cơn đau đầu tiên khoảng 6 giờ, trẻ đi cầu ra máu có lẫn chất nhầy như máu cá.

2. Triệu chứng thực thể: nên khám lúc cơn đau đã giảm

- **Nắn bụng:** mềm, hố chậu phải có cảm giác trống, sờ dọc theo đại tràng có thể thấy **khối ruột lồng** hình quả chuối, cứng, ngày càng to và di chuyển dần về phía trực tràng.
- Khám trực tràng thường có **máu và chất nhầy**, lầy nhầy như khi mổ cá.

3. Triệu chứng X quang

- Chụp X quang bụng không sửa soạn thấy các quai ruột giãn nở và mức nước – hơi điển hình của tắc ruột cơ học
- Chụp X quang bụng trong khi bơm Baryte qua hậu môn, vừa chẩn đoán vừa điều trị: Chất cản quang khi bơm vào đại tràng, sẽ dừng lại ở nơi khối ruột lồng và tạo nên **hình cày cua, hình huy hiệu, hình đài hoa hay hình chìa ba.**

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán lồng ruột được nghĩ đến nếu có 2 trong 4 dấu hiệu sau:

- Đau bụng từng cơn, ở 1 trẻ đang khoẻ mạnh, không sốt, mạch không nhanh.
- Khám thấy khối ruột lồng.
- Nôn nhiều, thăm trực tràng có máu.
- Phim X quang đại tràng với Baryte có các hình ảnh lồng ruột điển hình.

2. Chẩn đoán phân biệt: (THAM KHẢO)

- Viêm dạ dày ruột: thường có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước như sốt, mạch nhanh, đau bụng ít hơn, tiêu chảy nhiều lần và phân có lẫn đàm máu.
- Kiết lỵ: có bệnh cảnh nhiễm khuẩn, đi cầu ra phân có đàm máu, nhưng chủ yếu là mắc đi cầu nhiều lần.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tổng quát: Do biểu hiện chủ yếu của lồng ruột là tắc ruột cơ học có kèm theo nghẽn thắt đoạn ruột lồng, nên cần điều trị tổng quát theo hướng này, gồm:

- Đặt ống thông hút dạ dày tá tràng.
- Bồi hoàn nước và điện giải.
- Kháng sinh tiêm.

2. Điều trị khối ruột lồng

* **Phương pháp bảo tồn:** Gỡ khối ruột lồng bằng cách dùng dịch hay hơi đẩy lùi khối ruột lồng về vị trí ban đầu. Phương pháp này được chỉ định trong trường hợp lồng ruột hồi - manh

ở trẻ em và đến sớm

- Có thể gỡ khối ruột lồng trong khi bơm Baryte qua hậu môn vào đại tràng để chụp phim X quang. Sau khi đã xác định chẩn đoán thì tiếp tục bơm với áp lực nhẹ để đẩy khối ruột lồng về phía manh tràng. Khi áp suất bơm Baryte đột ngột giảm đồng thời Baryte tràn qua hồi tràng thì khối lồng đã được gỡ xong.

- Có thể thay Baryte bơm qua hậu môn bằng nước và theo dõi qua màn hình siêu âm để giảm bớt nguy hiểm do bị nhiễm quá nhiều tia X.

- Hiện nay, phương pháp thường được dùng nhiều và có kết quả tốt là gỡ lồng bằng cách bơm hơi với áp lực < 10 cm Hg qua hậu môn vào đại tràng.

* **Phương pháp phẫu thuật:** được chỉ định trong

- Các trường hợp lồng ruột không áp dụng được phương pháp bảo tồn, hoặc áp dụng không thành công.

- Lồng ruột tái phát nhiều lần, cần mổ để cố định ruột vào thành bụng. Trong khi mổ tháo lồng, nếu đoạn ruột lồng đã có triệu chứng hoại tử hoặc không hồi phục được, phải cắt bỏ đoạn ruột lồng và nối lại ruột.

TẮC RUỘT

I. ĐỊNH NGHĨA: Tắc ruột là sự nghẽn lưu thông hoàn toàn và kéo dài của các chất trong lòng ruột.

II. PHÂN LOẠI: Có 3 loại tắc ruột.

1. Tắc ruột cơ học: do lòng ruột bị bít nghẽn bởi dị vật như nùi giun, sỏi mật, tóc khối u... hoặc do ruột bị thắt nghẽn vì xoắn ruột, vì bị bóp nghẹt, bị lồng vào nhau. Trong các trường hợp ruột bị thắt nghẽn, tắc ruột thường kèm theo nguy cơ thiếu máu nuôi dưỡng và làm hoại tử đoạn ruột bị tắc nghẽn.

2. Tắc ruột do thiếu máu: ruột bị thiếu do tắc huyết quản nuôi ruột hoặc do máu đến không đủ (co mạch, hạ huyết áp kéo dài ...) đưa đến hoại tử ruột.

3. Tắc ruột cơ năng, còn gọi là **liệt ruột:** do ruột mất hoặc giảm nhu động, có thể gặp trong các trường hợp viêm phúc mạc, sau các phẫu thuật ổ bụng, rối loạn nước và điện giải, chấn thương bụng – ngực, tổn thương tuỷ sống.

III. CƠ THỂ VÀ SINH LÝ BỆNH

1. Cơ thể bệnh: Trong trường hợp tắc ruột, khi mở bụng có thể nhận thấy các đặc điểm:

- Trong ổ bụng có nước trong hoặc có màu hồng, đôi khi nhầy, đen và có mùi hôi do ruột bị hoại tử.

- Các quai ruột giãn nở: đoạn ruột phía trên nơi bị tắc phình lớn, chứa nước và hơi, thành ruột mỏng, đỏ sẫm và phù nề. Trái lại đoạn ruột phía dưới nơi tắc xẹp hẳn và giảm kích thước.

- Tìm thấy nguyên nhân gây tắc ruột: hoặc là có dị vật trong lòng ruột, hoặc là ruột bị thắt nghẽn, thiếu máu nuôi, đỏ bầm và nếu hoại tử thì có màu xanh đen và hôi, dễ vỡ.

2. Sinh lý bệnh: Tắc ruột đưa đến các rối loạn chính sau đây:

- Giảm khối lượng máu tuần hoàn gây trụ tim mạch: nước bị mất do ối mửa, do thoát vào ổ bụng hoặc vào lòng ruột và do ruột không hấp thu được nước (lượng nước có trong ruột khoảng 5 – 7 lít / ngày)

- Rối loạn cân bằng chất điện giải và chuyển hoá: nôn mửa càng nhiều, càng mất chất điện

giải, gây toan hoá máu hoặc kiềm hoá máu

- Nhiễm khuẩn nhiễm độc: do vi khuẩn sinh độc tố, do viêm phúc mạc, do thức ăn bị thối rữa và nhất là do ruột bị hoại tử.

IV. LÂM SÀNG: Tắc ruột do nguyên nhân cơ học có các triệu chứng như sau.

1. Triệu chứng cơ năng.

- **Đau bụng:** đau quặn từng cơn, bệnh nhân cảm thấy sôi ruột. Xen lẫn với các cơn đau là những lúc giảm đau hẳn.

- **Nôn mửa:** Tắc ruột càng cao, nôn mửa càng sớm. Có thể nôn ra đến chất phân.

- **Bí trung và đại tiện:** luôn luôn có. Đôi khi trong tắc ruột cao, lúc đầu có thể đi tiêu ra phân ở phía dưới nơi tắc.

- **Trướng bụng:** tắc ruột càng thấp, bụng càng trướng lớn.

2. Triệu chứng thực thể, gồm có 3 nhóm:

- Dấu hiệu ruột chông lại sự nghẽn tắc: **nhu động ruột giảm**, có thể thấy rõ khi quan sát thành bụng (**dấu hiệu rắn bò**) hoặc nghe thấy **tiếng sôi ruột** kèm theo cơn đau quặn.

- Dấu hiệu dẫn nở đoạn ruột phía trên nơi tắc: bụng căng trướng, gõ vang, khi lắc bụng nghe óc ách.

- Nhóm dấu hiệu giúp chẩn đoán nguyên nhân: dấu hiệu viêm đau tại nơi thoát vị, sờ thấy khối u do lồng ruột, nùi giun, thấy sẹo mổ ở bụng....

3. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang bụng không sửa soạn: dấu hiệu tắc ruột điển hình là thấy các quai ruột dẫn nở, **có mực nước - hơi**.

- Chụp X quang với baryte bơm vào đại tràng: giúp chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột ở đại tràng.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Các chẩn đoán phân biệt. (THAM KHẢO)

- **Tắc ruột cao (ruột non)** phân biệt với **tắc ruột thấp (ruột già):** Tắc ruột cao có triệu chứng lâm sàng rầm rộ hơn (đau bụng nhiều, nôn mửa dữ dội, tổng trạng bị ảnh hưởng rõ). Trong tắc ruột thấp triệu chứng lâm sàng kém rõ rệt hơn (bệnh nhân ít nôn mửa, bí trung và đại tiện rõ và bụng trướng hơi nhiều hơn).

- **Tắc ruột đơn thuần** phân biệt với **tắc ruột thắt nghẽn:** Nếu ruột bị thắt nghẽn và hoại tử, triệu chứng tắc ruột thường nặng hơn: đau bụng liên tục, nôn mửa nhiều, bí trung và đại tiện hoàn toàn, sốt, tim đập nhanh. Khám bụng thường thấy một khối u đau kèm dấu hiệu viêm phúc mạc khu trú, khám trực tràng thấy có máu. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao và chụp X quang thường thấy 1 quai ruột nở lớn đặc biệt.

- **Tắc ruột cơ học** phân biệt với **liệt ruột:** liệt ruột thường gặp ở bệnh nhân còn trong thời gian hậu phẫu sau phẫu thuật bụng, viêm phúc mạc, hoặc có rối loạn nước và điện giải. Khám không thấy rõ cơn đau, không thấy nhu động ruột và không nghe tiếng ruột. Chụp X quang chỉ thấy toàn bộ các quai ruột đều dẫn nở và chứa đầy hơi. Cần lưu ý là tắc ruột cơ học có thể dẫn tới liệt ruột do rối loạn nước và điện giải, hoặc do lạm dụng thuốc ức chế nhu động ruột.

2. Chẩn đoán nguyên nhân: có thể dựa trên lứa tuổi của người bệnh.

- Trẻ sơ sinh: hẹp ruột bẩm sinh, không có hậu môn.
- Trẻ đang bú: lồng ruột
- Trẻ em: tắc ruột do giun
- Người lớn: thoát vị nghẽn, xoắn ruột.
- Người già: khối u của ruột, đặc biệt là ở đại tràng và trực tràng.
- Có tiền sử phẫu thuật ở bụng: ruột bị tắc do dính vào nhau hoặc dính vào thành bụng. Đây là nguyên nhân thường gặp nhất, có thể xảy ra rất sớm sau mổ 1 tuần hoặc rất muộn về sau. Còn nguyên nhân gây dính ruột là ruột bị trầy xước trong khi mổ, trong ổ bụng có dị vật, và nhất là khi phúc mạc bị viêm.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Các biện pháp tổng quát

- Bồi hoàn nước và điện giải: khối lượng bù căn cứ trên lượng nước mất và tình trạng của người bệnh.
- Đặt ống thông dạ dày hoặc ruột và hút liên tục: phải bảo đảm ống không bị nghẹt và hút đến khi bụng hết trướng. Phải đo lượng dịch hút để bồi hoàn lại cho đủ.

2. Điều trị bảo tồn: chỉ thực hiện việc bồi hoàn nước, điện giải và hút dạ dày ruột non liên tục. Nếu tình trạng khá dần như bớt đau, bớt trướng bụng, trung và đại tiện được, dịch hút ít dần thì chuyển sang hút cách quãng mỗi hai giờ. Khoảng 24 giờ sau có thể cho bệnh nhân uống nước, nếu không có gì lạ thì rút ống thông. Điều trị bảo tồn chỉ áp dụng cho các trường hợp tắc ruột đơn thuần, thường nhất là tắc ruột không hoàn toàn do dính ruột sau mổ.

3. Điều trị phẫu thuật: có chỉ định mổ nếu

- Có dấu hiệu ruột bị thắt nghẽn và đe dọa hoại tử ruột.
- Nghẽn ruột hoàn toàn
- Tắc ruột đã điều trị bảo tồn không kết quả.

Những trường hợp cần mổ, thường phải điều trị chống nhiễm khuẩn với kháng sinh.

4. Điều trị liệt ruột: chủ yếu là giải quyết các nguyên nhân và dùng các biện pháp điều trị nội khoa

- Hạn chế ăn uống.
- Đặt ống hút dạ dày tá tràng cho xẹp bụng.
- Bồi hoàn nước và điện giải, chú ý đến kali.
- Kích thích nhu động ruột:
 - + Kích thích hậu môn trực tràng bằng cách ấn chẵn trực tràng, thụt tháo nhẹ.
 - + Thuốc kích thích nhu động ruột: Urecholine 2.5 – 5mg x 3/ ngày tiêm dưới da, hoặc Neostigmin 1mg tiêm dưới da hay tiêm bắp. Thuốc có chống chỉ định tuyệt đối trong tắc ruột cơ học và tắc ruột thắt nghẽn.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

A. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ TẮC RUỘT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Đau bụng: Đau từng cơn, giữa các cơn đau bụng có liên quan đến co thắt nhu động ruột
- Nôn ói:
 - o Tắc ruột đoạn trên: nôn ói nhiều không liên quan đến chướng bụng
 - o Tắc ruột đoạn thấp: nôn ít, dịch đục hôi thối
 - o Tắc đại tràng: Nôn ói sau tắc ruột kéo dài, thường xuất phát sau đau bụng
- Táo bón:
 - o Táo bón và suy giảm hơi là dấu hiệu tắc ruột hoàn toàn
 - o Tiền sử có giải phẫu vùng bụng: Dính ruột, thoát vị là nguyên nhân tắc ruột cơ học
- Tiền sử viêm nhiễm đường ruột: Bệnh Crohn, loét đại tràng, đưa ruột ra ngoài, ung thư
- Thăm khám: Bụng chướng, có dấu hiệu rắn bò, dấu hiệu quai ruột nổi, bụng mềm, không dấu cảm ứng phúc mạc
- Thăm khám toàn thân: Dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải
- Tắc ruột tiến triển
 - o Nghe nhu động ruột âm sắc tăng, đau bụng từng cơn
 - o Âm sắc cao, nghe ù ù trong tai và đôn đập (tắc ruột cơ học)
 - o Dần dần mất nhu động ruột hay tiếng nhu động ít (liệt ruột)
 - o Bụng chướng, Gaz (-)

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Giảm thể tích dịch do tắc ruột

- Thẩm định lại người bệnh: các dấu hiệu mất nước, điện giải, tình trạng acidose, mất dịch, chướng ruột, nhiễm trùng, choáng mất nước
- Theo dõi dấu chứng sinh tồn, CVP, áp lực máu, nước tiểu, sonde dạ dày mỗi giờ
- Thực hiện bù nước, điện giải, máu, huyết thanh theo y lệnh
- Ghi chú vào hồ sơ diễn biến bệnh

Người bệnh thở khó do chướng bụng

- Điều dưỡng theo dõi tình trạng hô hấp của người bệnh: vì bụng căng chướng và không dám thở do đau
- Đo vòng bụng mỗi 4-8 giờ giúp thẩm định sự chướng bụng
- Cho nằm đầu cao giúp người bệnh giãn nở lồng ngực
- Liệu pháp oxy khi người bệnh có dấu thiếu oxy

Đau bụng

- Theo dõi cơn đau: vị trí, thời gian kéo dài của cơn đau, khoảng cách giữa 2 cơn đau, tính chất đau, hướng lan
- Theo dõi diễn tiến cơn đau
- Giúp người bệnh tìm tư thế giảm đau
- Tránh cử động bất thành linh, hạn chế thăm khám
- Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh (nếu đã có chẩn đoán chính xác)

Người bệnh sẽ được mổ cấp cứu

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân giúp họ an tâm: báo và giải thích về phương pháp vô cảm, phương pháp phẫu thuật: dẫn lưu, hậu môn nhân tạo

- Không cho người bệnh ăn uống
- Đặt sonde dạ dày và hút liên tục
- Thực hiện bù nước và điện giải
- Thực hiện các xét nghiệm trước mổ, chú ý Ion đồ

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TẮC RUỘT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tuần hoàn: mạch, HA, dấu mất nước, rối loạn điện giải, giảm thể tích dịch
- Hô hấp: dấu hiệu khó thở, thiếu oxy
- Tình trạng hậu môn nhân tạo: phân, dịch ruột, máu
- Tình trạng bụng: chướng, đau, nhu động ruột
- Tube Levine (màu sắc dịch)
- Dẫn lưu: màu sắc, số lượng

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1 Choáng sau mổ tắc ruột do mất nước và điện giải

- Bảo đảm thông khí cho người bệnh: hút đàm nhớt, cho thở oxy
- Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn
- Phát hiện sớm dấu hiệu choáng
- Đánh giá chính xác dấu hiệu thiếu nước và rối loạn điện giải
- Thực hiện hồi sức chống choáng
- Thực hiện y lệnh chính xác khi truyền dịch

2.2 Bụng chướng sau mổ tắc ruột

- Sonde dạ dày: hút liên tục để giúp bớt căng chướng dạ dày, lấy bớt dịch ứ đọng, bảo vệ đường khâu mau lành. Rút khi có nhu động ruột, theo dõi và ghi lại số lượng dịch giúp bù nước và điện giải cho người bệnh chính xác
- Tình trạng bụng: cần đánh giá để phát hiện sớm của tắc ruột tái phát
- Theo dõi tình trạng hậu môn nhân tạo: phân, niêm mạc, chân da
- Theo dõi dấu hiệu thiếu oxy, khó thở
- Tư thế nằm đầu cao, nghiêng về hậu môn nhân tạo

2.3 Vận động kém sau mổ do đau sau phẫu thuật

- Quản lý tốt tình trạng đau sau mổ
 - Khuyến khích người bệnh tập luyện và vận động trên giường (nếu người bệnh còn yếu)
- Cho người bệnh ho, hít thở sâu, vỗ lưng, giúp người bệnh hiểu nguy cơ nếu không vận động
- Nếu người bệnh tỉnh ổn định nên cho người bệnh ngồi dậy sớm đi lại giúp có nhu động ruột sớm và ngăn ngừa tắc ruột tái phát

- Theo dõi dấu tắc ruột sớm: đau bụng từng cơn, niêm mạc hậu môn nhân tạo tím tái.
- Thực hiện thuốc giảm đau nếu cần thiết

2.4 Người bệnh nhiễm trùng sau mổ tắc ruột

- Kháng sinh cần thực hiện đúng chính xác
- Vết mổ: thay băng khi thấm ướt
- Dẫn lưu: Chăm sóc như bài dẫn lưu
- Thông tiểu nên rút sớm khi tình trạng người bệnh ổn định
- Hướng dẫn cách thở, nghe phổi, nhiệt độ
- Hậu môn nhân tạo: cách chăm sóc và ngăn ngừa phân tràn vào vết mổ

2.5 Suy dinh dưỡng sau mổ tắc ruột

- Dinh dưỡng: Người bệnh thường suy kiệt do nhịn ăn uống trước mổ và những ngày đầu sau mổ vì thế việc cung cấp năng lượng cho người bệnh thật cần thiết
- Nếu người bệnh chưa có nhu động ruột nên thực hiện truyền dịch đường, đạm, điện giải cho người bệnh
- Nếu có nhu động ruột nên khuyến khích người bệnh ăn bằng đường miệng, ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, nên tránh thức ăn có gaz, trái cây hay sữa quá sớm vì như thế dễ gây chướng hơi trong lòng ruột do lên men

2.6 Thiếu kiến thức về bệnh

- Hướng dẫn người bệnh vận động ngồi dậy đi lại sớm, đi bộ, tập dưỡng sinh khi xuất viện
- Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà
- Hướng dẫn người bệnh tái khám
- Hướng dẫn phát hiện sớm dấu hiệu tắc ruột tái phát

3. TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

- Nước và điện giải được bồi hoàn hữu hiệu, không xảy ra các biến chứng
- Bụng sớm có gaz, hậu môn nhân tạo hoạt động, bụng mềm
- Hạn chế nhiễm trùng sau mổ
- Dinh dưỡng được cung cấp đầy đủ
- Người bệnh có thêm một số kiến thức y khoa để tự chăm sóc

LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm Xquang của tắc ruột non là:

- A. Mức nước hơi nằm ở giữa bụng
- B. Liềm hơi dưới cơ hoành
- C. Mức nước hơi chân rộng, vòm thấp
- D. Mức nước hơi chân hẹp, vòm cao

2. Đặc điểm Xquang của tắc ruột già là:

- A. Mức nước hơi nằm ở giữa bụng
- B. Mức nước hơi chân hẹp, vòm cao
- C. Mức nước hơi chân rộng, vòm thấp
- D. Liềm hơi dưới cơ hoành

3. Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh chưa có trung tiện nên ?

- A. Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch
- B. Uống nước đường
- C. Ăn súp, sữa
- D. Ăn bình thường

4. Triệu chứng nào sau đây có giá trị chẩn đoán tắc ruột cơ học ?

- A. Đau bụng dữ dội
- B. Nôn
- C. Chướng bụng
- D. Dấu hiệu rắn bò

5. Viêm ruột hoại tử thường gặp ở đối tượng nào ?

- A. Người già
- B. Trung niên
- C. Trẻ lớn
- D. Trẻ sơ sinh non tháng

6. Nguyên nhân tắc ruột cơ học do bít, ngoại trừ:

- A. Do giun đũa
- B. Do bã thức ăn
- C. D khối u
- D. Do xoắn ruột

7. Nguyên nhân tắc ruột cơ học do thắt, ngoại trừ:

- A. Do xoắn ruột
- B. Do giun đũa
- C. Do thoát vị nghẹt
- D. Do lồng ruột

8. Đặc điểm đau bụng trong tắc ruột cơ học là:

- A. Đau bụng từng cơn
- B. Đau bụng liên tục
- C. Đau bụng dữ dội
- D. Đau bụng âm ỉ

Bài 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁT VỊ BỆN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa thoát vị bẹn.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại thoát vị bẹn.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thoát vị bẹn.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí thoát vị bẹn.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh thoát vị bẹn.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị là trường hợp cơ quan, nội tạng thoát ra khỏi vị trí vốn có của nó.
- Thoát vị bụng là trường hợp thoát vị của các nội tạng bụng ra khỏi giới hạn của ổ bụng, đặc biệt là qua các khe hở tự nhiên của thành bụng.
- Nếu thoát vị có thể trông thấy ở bên ngoài thì được gọi là thoát vị ngoài, còn nếu không thấy được thì gọi là thoát vị trong.
- Các vị trí có thể gây thoát vị là bẹn, đùi, rốn, cơ hoành, lỗ túi mạc nối, lỗ bịt.... trong đó thoát vị bẹn là loại thường gặp nhất.

II. CƠ THỂ BỆNH: Thoát vị bẹn là thoát vị phía trên dây bẹn, có 2 loại

- **Thoát vị bẹn gián tiếp:** thường bẩm sinh, đường thoát vị đi theo ống bẹn, có thể xuống tận bìu.

- **Thoát vị trực tiếp:** qua hố bẹn trong, đường thoát vị đi trực tiếp qua chỗ yếu của thành bụng, không xuống bìu. Cơ quan thường lọt vào túi thoát vị ở vùng này là ruột và mạc nối lớn.

III. LÂM SÀNG

- Bệnh nhân thường đến khám vì sự xuất hiện của một **khối u ở vùng bẹn**. Hỏi bệnh sử có thể biết thêm tính chất của khối u này: thời gian và nguyên nhân xuất hiện khối u (làm việc nặng, tăng gia áp lực trong ổ bụng...), tính chất co giãn và thay đổi kích thước của khối u.

- Với các khối thoát vị lớn thì bệnh nhân thường cảm thấy khó chịu vì vướng, đau tức bẹn.

- **Khám bệnh ở tư thế đứng và nằm**, thấy khối thoát vị có các tính chất sau:

- **Không đau**, dù ấn hay để tự nhiên.

- **Mềm, ấn xẹp:** đè ấn làm khối u xẹp, ấn có cảm giác mềm nhũn và nhu động của ruột.

- **Phình giãn:** khi đứng khối u xuất hiện rõ hơn khi nằm, nếu ho hay rặn, khối u lại càng lớn hơn.

- **Có cuống:** khám thấy khối u có lỗ thông với ổ bụng.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Thoát vị bẹn gián tiếp: có thể xuất hiện từ lúc sơ sinh hoặc khi đã trưởng thành, thường xuống đến bìu. Khám thấy cuống thoát vị đi theo ống bẹn và ra khỏi thành bụng ở lỗ bẹn nông.

2. Thoát vị bẹn trực tiếp: gặp ở người già, do thành bụng yếu. Thoát vị thường xuất hiện sau khi làm 1 công việc cố sức. Loại thoát vị này không bao giờ xuống bìu, có cuống thoát vị nằm ngoài ống bẹn và lỗ thoát vị ở không phải là lỗ bẹn nông. Thoát vị trực tiếp thường xảy ra cả 2 bên bẹn.

3. Chẩn đoán phân biệt: Các khối u của thượng tinh, u tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn đều không có tính chất di động, thay đổi kích thước thường xuyên, ấn xẹp và phình giãn của thoát vị.

V. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị tạm thời hay bảo tồn: có thể dùng băng đeo hay quần lót đặc biệt để nâng khối thoát vị lên cho khối vướng và tạm thời bịt lỗ thoát vị để khối thoát vị không xuất hiện. Biện pháp này thường được dùng cho thoát vị bẹn trực tiếp.

- Điều trị tận gốc: phẫu thuật phục hồi thành bụng để làm nhỏ hoặc bít kín lỗ thoát vị và để phòng biến chứng thoát vị nghẽn.

THOÁT VỊ BẸN NGHẼN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị nghẽn là biến chứng nguy hiểm do cơ quan lọt trong túi thoát vị bị bóp nghẹt, gây thiếu máu nuôi dưỡng và hoại tử. Các thoát vị nghẽn đến muộn có thể gây viêm phúc mạc và tử vong. Thoát vị ở vị trí nào cũng có thể bị nghẽn, nhưng thường gặp nhất là thoát vị bẹn gián tiếp do cuống thoát vị dài và ống bẹn hẹp.

II. CƠ THỂ BỆNH: Cơ quan thường bị thoát vị và nghẽn là ruột và mạc nối.

- Ruột bị nghẽn trong bao thoát vị lúc đầu bị căng to, phù nề và ứ máu đỏ sẫm, nếu mổ kịp thời thì ruột sẽ phục hồi và có nhu động. Nếu ruột vẫn tiếp tục bị nghẽn lâu thì thành ruột sẽ tím, căng to hơn, mỏng dần, hoại tử và thủng.

- Trong túi thoát vị nghẽn, ngoài cơ quan thoát vị bị bóp nghẹt còn có dịch ứ đọng màu hồng nhạt. Nếu có hoại tử thì dịch sẽ đục, có màu đen và thối.

III. LÂM SÀNG: Ở bệnh nhân đã bị thoát vị bẹn từ trước, khi bị nghẽn sẽ có thêm các triệu chứng sau:

1. Triệu chứng tắc ruột: nếu cơ quan bị thoát vị nghẽn là ruột.

- Triệu chứng chức năng: đau bụng, ói mửa, bí trung và đại tiện.

- Triệu chứng thực thể: bụng trướng, có dấu hiệu tăng nhu động ruột (rắn bò, sôi ruột)

- Chụp X quang bụng không sửa soạn thấy các quai ruột dẫn nở, có mực nước – hơi.

- Nếu cơ quan bị thoát vị nghẽn không phải là ruột (mạc nối, buồng trứng...) thì triệu chứng tắc ruột sẽ không rõ.

2. Triệu chứng nghẽn tại nơi thoát vị

- Khôi thoát vị trở nên đau, không còn di động hoặc co giãn mà căng cứng.
- Nắn khối thoát vị rất đau, nhất là ở vùng cổ thoát vị và không thể đẩy cho khối thoát vị vào trong ổ bụng như trước. Các trường hợp đến muộn có thể thấy khối thoát vị bị sưng nề, viêm đỏ.

3. Triệu chứng viêm phúc mạc: Gặp trong các trường hợp thoát vị nghẽn đến muộn hoặc thoát vị làm hoại tử thêm cơ quan bên trong ổ bụng.

IV. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định: dựa trên tiền sử có thoát vị bẹn từ trước, hiện nay có thêm triệu chứng nghẽn tại nơi thoát vị kèm theo hội chứng tắc ruột và/hoặc viêm phúc mạc.
- Chẩn đoán phân biệt: các khối u sung, đau ở vùng bẹn hoặc bìu tinh hoàn do viêm tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn, viêm tĩnh mạch tinh hoàn, viêm hạch bẹn...đều không có hội chứng tắc ruột và/hoặc viêm phúc mạc.

V. ĐIỀU TRỊ: Thoát vị nghẽn đòi hỏi phải xử trí cấp cứu

1. Xử trí đối với khối thoát vị nghẽn

- Nắn thoát vị nghẽn: nếu thoát vị nghẽn mới xảy ra ở trẻ em, có thể cho ngâm nước ấm và thử nắn lại. Nếu nắn được thì sau khi đẩy khối thoát vị vào ổ bụng thì cho bệnh nhân đeo băng nâng khối thoát vị lên. Không được nắn nếu thoát vị nghẽn đã lâu hoặc nắn khó khăn.
- Phẫu thuật: mổ thoát vị và phục hồi lại thành bụng. Trước tiên phải mở khối thoát vị để xem xét tình trạng và khả năng hồi phục của cơ quan bị bóp nghẽn (ruột hoặc mạc nối). Khi mở nơi thắt ở cổ túi thoát vị nếu thấy cơ quan đó có dấu hiệu hồi phục được (hồng hào lại, có mạch đập, ruột có nhu động ...) thì bảo tồn, nếu đã có dấu hiệu hoại tử thì phải cắt bỏ hoặc cắt nối ruột. Sau đó sẽ mổ phục hồi lại thành bụng.

2. Xử trí khác: cần điều trị các rối loạn do tắc ruột gây nên (xem bài tắc ruột).

Đọc thêm

CƠ THỂ HỌC VÙNG BẸN: Vùng bẹn được cấu tạo bởi nhiều lớp cơ và cân chung quanh ống bẹn. Từ nông vào đến sâu có các lớp sau:

* **Da và mô dưới da.**

* **Cơ và cân cơ chéo ngoài:** che mặt trước ống bẹn, có lỗ bẹn nông cho thừng tinh đi từ bìu vào ổ bụng. Giới hạn dưới của cơ chéo ngoài là dây bẹn và cũng là giới hạn dưới của ống bẹn.

* **Cơ chéo trong và cơ ngang bụng:** về phía ngoài hai cơ tách rời nhau và nằm phía ngoài ống bẹn, ở đoạn giữa 2 cơ là giới hạn phía trên ống bẹn, ở phía trong hai gân cơ kết hợp với nhau thành liềm bẹn.

* **Cân ngang:** che mặt sau ống bẹn, về phía ngoài có lỗ bẹn sâu cho thừng tinh đi từ ống bẹn vào ổ bụng.

* **Phúc mạc:** che phủ mặt sau cân ngang và là lớp sâu nhất. Nhìn từ trong ổ bụng đến mặt sau thành bụng trước, vùng bẹn có 3 nếp và 3 hố, lần lượt từ đường giữa bụng ra đến phía ngoài như sau.

- Nếp rốn giữa: do dây treo bàng quang (dây chằng bàng quang – rốn) tạo thành.

- Hồ trên bàng quang: nơi này hiếm khi bị thoát vị.
- Nếp rốn trong: do di tích của động mạch rốn tạo thành.
- Hồ bẹn trong: là nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp
- Nếp rốn ngoài: do động mạch thượng vị dưới tạo thành.
- Hồ bẹn ngoài: liên quan với lỗ bẹn sâu là nơi xảy ra thoát vị bẹn gián tiếp.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

A. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Hỏi:

- Tư thế thường bị thoát vị, cách xử trí, thời gian xuất hiện
- Nôn ói, căng chướng, đau: dấu hiệu sớm của tắc ruột

Khám:

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hay ngồi: có thể thấy khối mềm vùng thoát vị bẹn khi người bệnh thay đổi tư thế, khi ho, ở trẻ em khi chúng cười hay khóc

CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

1. Chuẩn bị người bệnh mổ thoát vị theo chương trình

- Thụt tháo hay uống Fortrans ngày trước mổ
- Cho thức ăn nhẹ ngày trước mổ, sáng nhịn ăn hoàn toàn
- Vệ sinh vùng bộ phận sinh dục

2. Chuẩn bị người bệnh mổ cấp cứu do thoát vị bẹn nghẹt

- Nếu người bệnh có thoát vị bẹn nghẹt thì chuẩn bị mổ cấp cứu như một người bệnh tắc ruột

3. Người bệnh có nguy cơ chảy máu sau mổ

- Theo dõi dấu chứng sinh tồn trong những giờ đầu
- Theo dõi chảy máu sau mổ: qua vết mổ, mạch, huyết áp
- Theo dõi Hct
- Theo dõi đau bụng

4. Người bệnh không thay băng do vết mổ sạch

- Vết mổ khô không thay băng sau 5 – 7 ngày cắt chỉ
- Theo dõi nhiệt độ, đau vết mổ

5. Người bệnh có nguy cơ thoát vị lại sau mổ

- Tránh cho người bệnh ho hay bón vì có thể gây tăng áp lực bụng, bực chi, thoát vị lại
- Ngày thứ 2 cho người bệnh ngồi dậy
- Đối với người bệnh có thành bụng yếu hay người già thì chú ý việc vận động đi lại trễ hơn Ngày thứ 3 có thể cho người bệnh đi lại quanh giường
- Tránh đi xe đạp trong 2 tuần đầu sau mổ
- Tránh làm việc nặng trong 2-3 tháng sau mổ
- Báo cho người bệnh biết có nguy cơ bị thoát vị lại
- Hiện nay có giải phẫu mổ nội soi người bệnh có thể vận động sớm sau mổ và thời gian nằm viện ngắn ngày hơn và tỉ lệ tái phát ít hơn

6. Người bệnh lo lắng về chế độ ăn sau mổ

- Hướng dẫn cho người bệnh ăn bình thường sau mổ nhưng lưu ý chế độ ăn thức ăn nhuận trường tránh táo bón

LUỢNG GIÁ

- Người bệnh sau mổ không chảy máu
- Không nhiễm trùng vết mổ

LUỢNG GIÁ

1. Tính chất đau bụng trong thoát vị bẹn là:

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

2. Đặc điểm đau bụng trong thoát vị bẹn nghẹt là:

- A. Đau dữ dội B. Đau vừa C. Đau nhẹ D. Không đau

3. Tính chất khối phồng trong thoát vị bẹn nghẹt là:

- A. Thể tích thay đổi khi tăng áp lực ổ bụng
B. Thể tích không thay đổi khi tăng áp lực ổ bụng
C. Thể tích thay đổi khi nằm nghỉ
D. Thể tích thay đổi khi đứng

4. Tính chất khối phồng trong thoát vị bẹn nghẹt là:

- A. Đau, mềm, ấn xẹp B. Không đau, mềm, ấn xẹp
C. Đau, căng cứng, ấn không xẹp D. Không đau, căng cứng, cảm giác căng tức

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

- A. Trong vòng 2 tuần đầu B. Trong vòng 3 tuần đầu
C. Trong vòng 4 tuần đầu D. Trong vòng 6 tuần đầu

Bài 10: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHÚC MẠC VÀ CÁC BỆNH LÝ GAN MẬT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa viêm phúc mạc và các bệnh lý gan mật.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại viêm phúc mạc và các bệnh lý gan mật.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng viêm phúc mạc và các bệnh lý gan mật.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí viêm phúc mạc và các bệnh lý gan mật.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm phúc mạc và các bệnh lý gan mật.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHÚC MẠC

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG: Có 2 thể viêm phúc mạc chính.

* **Viêm phúc mạc tiên phát:** Vi khuẩn theo đường máu tới phúc mạc và gây viêm. Loại này thường chỉ do 1 loại vi khuẩn (phế cầu, liên cầu, trực khuẩn lao...) gây nên, triệu chứng ít rầm rộ và có thể chỉ điều trị nội khoa là chính.

* **Viêm phúc mạc thứ phát:** Thường là một biến chứng nặng của nhiều bệnh lý cấp tính ở vùng bụng, triệu chứng thường nặng và cần phải điều trị bằng phẫu thuật. Trong phần tiếp theo, chỉ đề cập đến loại viêm phúc mạc thứ phát.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI

* **Nguyên nhân:** phúc mạc có thể bị viêm do nguyên nhân hoá học hoặc vi khuẩn, nhưng diễn tiến về sau bao giờ cũng có yếu tố nhiễm khuẩn.

- Nguyên nhân hoá học: thủng ổ loét dạ dày - tá tràng trong những giờ đầu, viêm tụy, viêm phúc mạc mật...

- Nguyên nhân vi khuẩn: thường do thủng một tạng rỗng ở trong ổ bụng, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá. Trong trường hợp này vi khuẩn gây bệnh gồm nhiều loại, gọi chung là tạp khuẩn (E.coli, Proteus, Pseudomonas, Bacteroides,...)

* **Phân loại:**

- Viêm phúc mạc tổng quát (toàn diện): Xoang phúc mạc chính bị viêm và có thể lan rộng khắp ổ bụng.

- Viêm phúc mạc khu trú (cục bộ): là những ổ mủ trong xoang phúc mạc, được khu trú lại bởi các quai ruột, mạc nối, mạc treo, thành bụng. Tùy theo nơi ổ mủ khu trú, ta có tên gọi tương ứng (ví dụ abcès dưới cơ hoành, abcès dưới gan, abcès ruột thừa, abcès túi cùng

Douglas...)

III. CƠ THỂ BỆNH LÝ

* Phúc mạc có khả năng chống nhiễm khuẩn rất tốt. Khi bị viêm, phúc mạc mất vẻ bóng nhẵn, tiết ra nhiều dịch và fibrine, đồng thời được các mạc treo, mạc nối, quai ruột dính lại với nhau để giới hạn và cô lập vùng bị viêm lại.

* Vì diện tích của phúc mạc khá rộng (# 2 m², tương đương diện tích da) nên khi bị viêm, phúc mạc sẽ gây các rối loạn sau.

- Làm giảm khối lượng máu tuần hoàn vì mất nước và điện giải vào xoang phúc mạc, giảm hấp thu nước ở lòng ruột.....

- Dễ bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc vì phúc mạc tăng hấp thu vi khuẩn và độc tố.

* Nguyên nhân trực tiếp đưa đến tử vong trong viêm phúc mạc là trụy tim mạch do giảm khối lượng máu tuần hoàn và nhiễm độc.

IV. TRIỆU CHỨNG: Viêm phúc mạc toàn diện trong 12 giờ đầu có các triệu chứng sau

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: Là triệu chứng quan trọng nhất. Đau dữ dội, liên tục, khắp bụng.

- Rối loạn tiêu hoá: Chán ăn, buồn nôn, bí trung đại tiện, đôi khi có thể ói mửa hoặc tiêu chảy.

2. Triệu chứng thực thể:

* Tổng quát:

- Tư thế chống đau điển hình: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân co nhẹ, hạn chế mọi cử động.

- Vẻ mặt viêm phúc mạc: lo lắng, mắt lõm, môi khô, da xám, mũi hóp, hốc hác.

- Thân nhiệt 38 – 39⁰C hay hơn nữa, nếu choáng thì giảm.

- Mạch: luôn luôn nhanh, có giá trị để theo dõi tiên lượng.

- Huyết áp ở giới hạn bình thường, khi choáng thì giảm dần.

- Thở nhanh, nông.

- Nước tiểu ít, sậm màu.

* Khám bụng thấy:

- Mất nhịp thở bụng.

- Bụng trướng: viêm phúc mạc càng muộn bụng càng trướng nhiều.

- Có phản ứng phúc mạc: Cơ thành bụng co cứng và đau, tăng cảm da, có phản ứng dội (Blumberg - Shotkin).

- Triệu chứng liệt ruột: giảm hoặc mất nhu động, bụng trướng và gõ vang.

- Khám túi cùng Douglas bệnh nhân rất đau.

3. Cận lâm sàng

* Xét nghiệm máu:

- Bạch cầu tăng lên 20.000/mm³, đa số là bạch cầu hạt trung tính.

- Dấu hiệu mất nước: Hct, protein máu, nồng độ các điện giải tăng.

* Chụp X quang bụng không sửa soạn:

- Dấu hiệu viêm phúc mạc: Mờ các lớp cơ, mỡ dưới da thành bụng.

- Dấu hiệu liệt ruột: Các quai ruột nở lớn, chứa đầy hơi.

- Có hơi trong ổ bụng: Thủng ống tiêu hoá.

- * **Siêu âm bụng:** thường giúp phát hiện các ổ dịch tích tụ bất thường.
- * **Chọc dò ổ bụng:** chỉ thực hiện ở nơi có điều kiện mổ, kết quả chọc dò phải được suy luận thận trọng.

V. TIẾN TRIỂN: Sau 24 giờ, viêm phúc mạc đến giai đoạn nặng với các triệu chứng:

- * Đau bụng liên miên, nôn nhiều, bí trung đại tiện
- * Toàn trạng: Vẻ mặt nhiễm độc, mạch nhanh yếu, huyết áp thấp, sốt cao, khó thở và thở nấc do bụng căng trướng.
- * Khám bụng: thấy bụng trướng nhiều, cơ thành bụng vẫn co cứng nhưng ít rõ hơn, ấn đau khắp bụng và vẫn có phản ứng dội.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào lâm sàng, đặc biệt là

- Vẻ mặt đặc biệt của người bị viêm phúc mạc.
- Tư thế nằm bất động để chống đau.
- Có phản ứng phúc mạc: Thành bụng co cứng và đau, tăng cảm da, có phản ứng dội.
- Giảm và mất nhu động ruột.
- Khám túi cùng Douglas đau.

2. Chẩn đoán nguyên nhân: cần dựa vào bệnh sử, tiền sử, lâm sàng cũng như cận lâm sàng hướng vào các nguyên nhân gây viêm phúc mạc thường gặp

- Viêm phúc mạc do ruột thừa bị viêm và thủng: thường gặp ở người trẻ, lúc đầu đau ở thượng vị, sau khu trú ở hố chậu phải và tăng dần. Khám thấy triệu chứng viêm phúc mạc rõ nhất ở hố chậu phải.
- Viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng: Bệnh sử hoặc tiền sử có loét dạ dày tá tràng, triệu chứng phát khởi đột ngột ở vùng thượng vị và lan rộng khắp bụng. Khám thấy các triệu chứng điển hình của viêm phúc mạc ở thượng vị. Chụp X quang thấy liềm hơi dưới cơ hoành
- Viêm phúc mạc do thương hàn có biến chứng thủng ruột: Bệnh sử có triệu chứng khiến nghi ngờ hay đã xác định bệnh nhân bị thương hàn. Biến chứng thủng ruột thường xuất hiện từ tuần lễ thứ hai của bệnh và triệu chứng thường khu trú ở vùng hố chậu phải.
- Viêm phúc mạc do nhiễm khuẩn sinh dục hoặc biến chứng sản phụ khoa: luôn luôn được nghĩ đến nếu bệnh nhân là phụ nữ, có tiền sử hoặc bệnh sử đáng lưu ý về sản phụ khoa. Triệu chứng viêm phúc mạc thường khu trú ở vùng bụng dưới.
- Viêm phúc mạc do chấn thương làm thủng vỡ nội tạng: Dựa theo bệnh sử, thương tích ở thành bụng và triệu chứng viêm phúc mạc khu trú tại vùng nội tạng bị vỡ.

3. Chẩn đoán các thể lâm sàng

- Viêm phúc mạc mủ: là loại thường gặp, triệu chứng thường rõ, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp, bệnh nhân tử vong sau 4 – 5 ngày.
- Viêm phúc mạc nhiễm độc: Tiến triển nhanh, choáng nội độc tố sớm, tử vong cao trong 24 giờ. Thường gặp trong trường hợp viêm phúc mạc do hoại tử nội tạng bụng.
- Viêm phúc mạc dạng không rõ rệt: thường gặp ở người già, trẻ em, bệnh nhân suy nhược, bệnh nhân dùng thuốc giảm đau, corticoides hay nghiện ma túy.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật: Luôn luôn cần thiết để điều trị nguyên nhân gây viêm phúc mạc (vá lỗ thủng của nội tạng bị vỡ, cắt bỏ nội tạng bị hoại tử hoặc nhiễm khuẩn...) và làm sạch ổ bụng (tháo mủ, dẫn lưu, rửa sạch...)

2. Các biện pháp điều trị phối hợp:

- Bồi hoàn nước và điện giải bằng truyền dịch và theo dõi bằng mạch, huyết áp và lượng nước tiểu mỗi giờ.
- Kháng sinh phải dùng phối hợp và liều cao, ví dụ mỗi ngày cho Ampicilline 3 – 6g; Gentamycine 60 – 120mg; Metronidazol 1 – 1.5g.
- Giảm hậu quả của liệt ruột: Đặt ống thông dạ dày tá tràng, ống thông trực tràng, trợ hô hấp với Oxy
- Đặt bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler (đầu cao) để tránh abcès vùng trên đại tràng ngang
- Trước khi mổ không cho ăn, không cho thuốc giảm đau, không thụt tháo.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

A. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1. NHẬN ĐỊNH ĐIỀU DƯỠNG

Hỏi: tìm hiểu nguyên nhân gây viêm phúc mạc: điểm đau khởi đầu

Khám:

- Nhận định đau: vị trí xuất hiện đau
- Xác định tình trạng hiện tại và tính chất cơn đau, nhu động ruột, bụng căng chướng nhiều hơn, bụng gồng cứng như gỗ
- Sờ: bụng cứng như gỗ, dấu cảm ứng phúc mạc (+)
- Gõ: mất vùng đục trước gan
- Nghe: nhu động ruột có giảm
- Nôn ói, nôn khan
- Nhiệt độ: rất cao
- Bí trung đại tiện
- Biểu hiện choáng nhiễm trùng: nhiệt độ tăng cao, tri giác xấu dần...

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Nguy cơ thể tích dịch giảm do tích tụ dịch trong khoang phúc mạc thứ phát do chấn thương, nhiễm trùng hay thiếu máu

- Thẩm định lại người bệnh thận trọng các dấu hiệu mất nước, điện giải, tình trạng acidose, choáng giảm thể tích do chấn thương, mất dịch, chướng ruột, nhiễm trùng
- Bù nước, điện giải, máu, huyết thanh theo y lệnh
- Dấu chứng sinh tồn, CVP, áp lực máu, nước tiểu, sonde dạ dày mỗi giờ
- Ghi chú vào hồ sơ diễn biến bệnh
- Cung cấp năng lượng, vitamine và protide cho người bệnh bằng mọi cách

2.2. Biến đổi dinh dưỡng do nôn

- Theo dõi số lượng tính chất dịch nôn ói. Tránh chất nôn tràn vào khí quản
- Theo dõi Ion đồ, dấu mất nước

- Thực hiện đặt sonde dạ dày giúp người bệnh giảm ói, đồng thời theo dõi sát nước xuất từ dạ dày

- Giúp người bệnh sạch sẽ, khô ráo

- Thực hiện bù nước đủ và đúng

2.3. Kiểu thở không hiệu quả do đau

- Điều dưỡng thăm định tình trạng hô hấp của người bệnh vì bụng căng chướng và giảm thở do đau

- Theo dõi các dấu hiệu thở khó

- Người bệnh nằm đầu cao giúp gia tăng thể tích lồng ngực

- Liệu pháp oxy, theo dõi tình trạng oxy trong máu của người bệnh, trợ giúp phương pháp thở khi thích hợp

2.4. Lo lắng về cuộc mổ sắp tới

- Công tác tư tưởng: giúp người bệnh an tâm qua những thông tin cần thiết về cuộc mổ, về bệnh tật, cho gặp gỡ trao đổi cùng người nhà

- Giải thích những trường hợp biến chứng có thể xảy ra

- Thực hiện thuốc giảm đau có sự tham gia hợp tác của người bệnh

2.5. Đau bụng liên quan đến phúc mạc và bụng căng chướng

- Thăm định lại các vùng đau và các dấu khám lâm sàng ổ bụng: đau tăng hay giảm đi, căng chướng, gồng cứng.

- Giúp người bệnh giảm đau ở những tư thế thích hợp, hạn chế thăm khám nhiều lần, tránh những cử động bất thành linh, điều dưỡng di chuyển người bệnh nhẹ nhàng

- Thực hiện thuốc giảm đau cho người bệnh

2.6. Người bệnh được chuẩn bị trước mổ

- Lây lại dấu chứng sinh tồn.

- Giải thích cho người bệnh an tâm.

- Không cho người bệnh ăn uống

- Giải thích lợi và hại của giải phẫu để người bệnh hợp tác

- Ghi rõ những diễn biến và triệu chứng của người bệnh vào hồ sơ

- Làm khẩn các xét nghiệm tiền phẫu

- Máu: nhóm máu, công thức máu, thời gian máu chảy, thời gian máu đông, đường huyết creatmin, BUN, ECG.

- Nước tiểu: Thử đường đạm.

- Đặt ống hút dạ dày cho người bệnh (Giúp người bệnh bớt căng chướng bụng và dễ chịu Ngừa dịch trào ngược khi gây mê)

- Truyền dịch và tiêm thuốc theo y lệnh.

- Thông tiểu (Theo dõi lượng nước tiểu và nước xuất nhập)

- Thực hiện kháng sinh

- Vệ sinh vùng da sắp mổ

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

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Nhận định tình trạng người bệnh khi bàn giao từ phòng mổ → phòng hồi sức. Tri giác, dấu khó thở, dấu chứng sinh tồn, dẫn lưu, bụng, tube Levine, những diễn biến trong cuộc mổ

- Nhận định tình trạng người bệnh từ phòng hồi sức về trại ngoại khoa: dấu chứng sinh tồn, tình trạng nhu động ruột, tình trạng dinh dưỡng, tình trạng bụng

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Bệnh nhân choáng do giảm thể tích dịch

- Theo dõi nước xuất nhập và dấu hiệu rối loạn điện giải: Véo da, CVP, dấu chứng sinh tồn, Ion đồ
- Theo dõi nhiệt độ: nên có bảng biểu đồ theo dõi
- Theo dõi tri giác
- Thực hiện bù nước và điện giải: truyền dịch, kháng sinh điều trị

2.2. Người bệnh khó thở do tình trạng bụng căng chướng, đau sau mổ:

Bảo đảm thông khí, thở oxy, hút đàm nhớt

- Theo dõi:
 - o Chỉ số oxy trong máu
 - o Bụng chướng, dấu hiệu phản ứng phúc mạc, gồng cứng. Nghe nhu động ruột
 - o Con đau và đánh giá mức độ đau
- Chăm sóc:
 - o Tư thế: Mê: cho nằm đầu bằng mặt nghiêng 1 bên
Tỉnh: Tư thế Fowler, chân co đầu gối giúp người bệnh thoải mái
 - o Tube levine: hút liên tục hay ngắt quãng tránh nghẹt, câu nổi thấp. Theo dõi: Số lượng, tính chất, màu sắc dịch dạ dày. Rút khi có nhu động ruột và tùy vào từng bệnh lý
 - o Người bệnh cần có liệu pháp giảm đau qua monitor và thuốc
 - o Điều dưỡng tạo môi trường nghỉ ngơi và yên lặng
 - o Giúp người bệnh vận động, xoay trở

2.3. Biến chứng nhiễm trùng do dẫn lưu ổ bụng sau mổ, vết mổ

- Theo dõi màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu
- Câu nổi thấp: Bình chứa thấp hơn dẫn lưu 60cm
- Chăm sóc dẫn lưu: bảo đảm kỹ thuật vô khuẩn
- Rút dẫn lưu đúng mục đích điều trị
- Vết mổ thường khâu thưa hay chỉ thép do tình trạng ổ bụng nhiễm: thay băng thường xuyên, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ
- Thực hiện kháng sinh đúng liều, đúng giờ

2.4. Nhu cầu dinh dưỡng giảm

- Cung cấp dinh dưỡng theo y lệnh, ngăn ngừa biến chứng kém hấp thu
- Cung cấp dinh dưỡng cho người bệnh qua các đường tùy theo từng người bệnh: ăn, truyền dịch, bơm thức ăn qua dạ dày, ruột...

2.5. Người bệnh chưa tham gia chăm sóc sau mổ

- Tại bệnh viện: Giáo dục người bệnh ngồi dậy vận động tránh các biến chứng như: viêm phổi, thuyên tắc tĩnh mạch, tắc ruột.
- Hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy khi có dẫn lưu, hậu môn nhân tạo. Cách giữ gìn vết mổ, giúp người bệnh cùng hợp tác tốt với điều dưỡng
- Khi xuất viện: Hướng dẫn cách quản lý vết mổ, vết rút dẫn lưu, về dinh dưỡng, cách cho ăn, những dấu hiệu bất thường như: đau bụng, sốt,
- Tái khám theo lời dặn

- Theo dõi biến chứng: tắc ruột, viêm phúc mạc thứ phát

3. LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh không choáng
- Người bệnh thở dễ dàng, bụng không căng chướng
- Người bệnh không nhiễm trùng vết mổ và chân dẫn lưu
- Dinh dưỡng được cung cấp đầy đủ

LƯỢNG GIÁ

1. Tính chất đau bụng trong bệnh viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng là:

- A. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, sau đó lan ra khắp bụng
- B. Đau bụng âm ỉ vùng hố chậu phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng
- C. Đau bụng âm ỉ vùng hạ sườn phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng
- D. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, không lan

2. Tính chất đau bụng trong bệnh viêm phúc mạc do ruột thừa hoại tử là:

- A. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, sau đó lan ra khắp bụng
- B. Đau bụng âm ỉ vùng hố chậu phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng
- C. Đau bụng âm ỉ vùng hạ sườn phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng
- D. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, không lan

3. Tính chất đau bụng trong bệnh viêm phúc mạc mật là:

- A. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, sau đó lan ra khắp bụng
- B. Đau bụng âm ỉ vùng hố chậu phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng
- C. Đau bụng âm ỉ vùng hạ sườn phải, tăng dần, sau đó lan khắp bụng
- D. Đau bụng dữ dội vùng thượng vị, không lan

4. Mục đích đặt sonde dạ dày hút dịch là:

- A. Giúp dạ dày, ruột non đỡ chướng
- B. Người bệnh dễ thở
- C. Giúp ruột non nuôi dưỡng tốt hơn
- D. Tất cả đúng

5. Thời gian rút ống dẫn lưu Douglas muộn nhất là:

- A. 12 – 24 giờ
- B. 24 – 48 giờ
- C. 48 – 72 giờ
- D. Trên 72 giờ

6. Nguyên nhân gây viêm phúc mạc thứ phát là:

- A. Hoại tử túi mật
- B. Viêm ruột thừa vỡ
- C. Thủng ruột
- D. Tất cả đúng

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH LÝ GAN MẬT

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI MẬT

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG: Sỏi mật là kết quả của sự kết tụ các thành phần của mật trong các đường dẫn mật và là nguyên nhân của phần lớn bệnh lý gan mật.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Giun sán: là nguyên nhân gây sỏi mật quan trọng nhất ở nước ta. Giun sán mang vi khuẩn từ ruột lên đường mật gây nhiễm khuẩn, còn trứng và xác giun là nơi để sỏi mật kết tụ lại.

2. Nhiễm khuẩn đường mật: vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của sỏi mật, hai yếu tố này liên kết gây sỏi mật và viêm đường mật tái phát nhiều lần.

3. Ứ đọng mật: do tắc nghẽn đường mật, teo hẹp đường mật, dị dạng đường mật.

4. Thành phần mật bất thường, dễ kết thành sỏi:

- Mật có nhiều Cholesterol: người mập phì, có thai.
- Mật có nhiều Bilirubine: do các bệnh thiếu máu, vỡ hồng cầu;
- Mật có ít muối mật: suy gan, xơ gan, hội chứng kém hấp thu.

III. CƠ THỂ BỆNH

1. Sỏi mật

- **Số lượng:** sỏi mật có thể đơn độc, nhiều cục, nhiều hạt nhỏ hoặc vụn như cát, hoặc làm mật đặc quánh (gọi là bùn mật).

- **Vị trí:** sỏi mật ở Việt Nam chủ yếu là sỏi ở ống mật chủ, kết hợp với sỏi ở túi mật hoặc ở ống gan và ở gan.

- **Cấu tạo hoá học:** thường gặp là sỏi hỗn hợp, còn các sỏi đơn chất như sỏi cholesterol, sỏi bilirubine đều ít gặp.

2. Biến đổi của đường mật và của gan

- Giai đoạn đầu: mật bị ứ đọng và làm đường mật giãn nở, gan to.

- Giai đoạn sau: mật bị nhiễm khuẩn làm đường mật bị viêm, hoá xơ và teo hẹp, còn gan bị viêm, abscess và xơ gan làm suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

IV. LÂM SÀNG

❖ Một số trường hợp sỏi mật không có triệu chứng lâm sàng (đặc biệt là sỏi túi mật) và chỉ được phát hiện tình cờ khi chụp X quang, phẫu thuật hoặc mổ tử thi.

❖ Các trường hợp có triệu chứng thường biểu hiện lâm sàng bằng nhiều hình thức bệnh lý và biến chứng như

1. Rối loạn tiêu hoá kiểu mật: đau bụng sau bữa ăn, đặc biệt với các thức ăn nhiều dầu mỡ hoặc khó tiêu, ăn xong có cảm giác đầy bụng, ợ hơi, buồn nôn hoặc ói.

2. Viêm túi mật cấp/ mạn tính: thường do sỏi nằm trong túi mật, có các triệu chứng đau hạ sườn phải, sốt, ấn điểm Murphy đau.

3. Vàng da tắc mật do sỏi nằm trong ống mật chủ: đau quặn gan, sốt, vàng da.

4. Nhiễm trùng đường mật: sốt, rét run, đau hạ sườn phải, vàng da.

5. **Viêm phúc mạc mật:** vàng da, sốt, đau và co cứng hạ sườn phải.
6. **Chảy máu đường mật:** xuất huyết tiêu hoá ở bệnh nhân vàng da tắc mật.
7. **Tắc ruột do sỏi mật:** biến chứng hiếm, do sỏi từ túi mật lọt vào ruột qua lỗ dò túi mật-tá tràng.
8. **Ung thư đường mật:** kết hợp với sỏi mật, tỷ lệ thay đổi từ 25% - 90%.
9. **Viêm gan, abcès gan, xơ gan:** do sỏi trong gan hoặc theo sau nhiễm khuẩn đường mật.
10. **Viêm tụy cấp / mạn tính:** sỏi nằm trong bầu gan tụy Vater gây tắc nghẽn ống tụy chính

V. CẬN LÂM SÀNG

1. Các phương pháp phát hiện sỏi mật

- **Siêu âm:** là phương pháp có nhiều ưu điểm, có thể xác định vị trí, số lượng, kích thước của sỏi và tình trạng của đường mật.
- **Chụp X quang bụng không sửa soạn:** có thể phát hiện sỏi cản quang, khoảng 25%.
- **Chụp X quang đường mật với chất cản quang** (Lipiodol, Hypaque) uống hoặc tiêm tĩnh mạch: có thể phát hiện được các sỏi không cản quang với điều kiện chức năng gan tốt và đường mật không bị tắc nghẽn hoàn toàn.
- **Chụp X quang đường mật với chất cản quang xuyên gan qua da** (PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography): được dùng khi đường mật tắc nghẽn, giãn rộng, chức năng gan kém. Nhược điểm là gây dò mật hoặc chảy máu sau chọc dò.
- **Chụp X quang đường mật với chất cản quang bơm qua ống dẫn lưu** từ túi mật hoặc từ ống mật chủ: thực hiện phối hợp trong hoặc sau khi mổ.
- **Chụp đường mật qua nội soi:** có thể phối hợp chẩn đoán với điều trị nhưng khả năng áp dụng còn hạn chế.

2. Các xét nghiệm về máu: chỉ phản ánh các biến chứng của sỏi mật

- Nhiễm trùng: bạch cầu tăng cao.
- Tắc mật: bilirubine và phosphatase kiềm tăng.
- Hoại tử tế bào gan: các men SGOT và SGPT tăng.
- Suy gan: thời gian Prothrombine tăng, Albumine máu giảm.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nguyên nhân gây sỏi mật như tẩy giun sán, chống viêm nhiễm đường mật, điều trị thiếu máu do vỡ hồng cầu, không để mập phì... có ý nghĩa đề phòng sỏi mật.

2. Các phương thức điều trị sỏi mật

- * **Phẫu thuật** là phương pháp điều trị chủ yếu, tùy trường hợp mà có chỉ định thích hợp
- Sỏi ống mật chủ: mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu với ống Kerh.
- Sỏi túi mật: mở túi mật lấy sỏi, cắt túi mật nếu thấy cần thiết.
- Sỏi ống gan: gấp sỏi ở ống gan hoặc cắt gan nếu không gấp được sỏi.
- Sỏi kẹt ở cơ vòng Oddi: mở cơ vòng lấy sỏi, tạo hình cơ vòng.
- Phẫu thuật còn giúp điều trị một số nguyên nhân gây sỏi mật như tắc nghẽn đường mật, dị dạng đường mật, giun chui ống mật....
- Các phẫu thuật trên đây cũng có thể thực hiện qua nội soi nhưng đòi hỏi phải có phương tiện trang bị phù hợp.

* **Tán sỏi bằng siêu âm hoặc sóng chấn động:** có kết quả với sỏi nhỏ và số lượng ít.

* **Thuốc làm tan sỏi,** chủ yếu là các axit mật:

- Acide chenodeoxycholique (Chenodex, Chenofakl, Chenar, Chenolite..): 15mg/kg/ngày.

- Acide ursodeoxycholique (Ursolvan, Arsacol, Delursan, Destolit...): 10mg/kg/ngày.

Các thuốc này chỉ làm tan được sỏi Cholesterol có kích thước < 5mm nếu điều trị liên tục 6 tháng trở lên. Tuy nhiên kết quả điều trị còn hạn chế vì chỉ làm tan được khoảng 70% sỏi nhưng lại không ngăn ngừa tái phát được.

* **Thuốc làm tan sỏi qua tiếp xúc (phương pháp Pribram):** dùng các chất làm tan sỏi qua tiếp xúc như hỗn hợp Alcoool-Ether, Diethyl Ether, Methyl tertibutyl Ether (MTBE), Dimethyl Sulfoxyde bơm vào đường mật qua ống thông để làm tan sỏi. Phương pháp này phải áp dụng phối hợp với nội soi hoặc phẫu thuật, kết quả còn trong vòng nghiên cứu.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỎI ỐNG MẬT CHỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi ống mật chủ là bệnh lý sỏi mật chủ yếu ở Việt Nam (80%), thường kết hợp với sỏi túi mật và sỏi ống gan.

- Trên lâm sàng, ngoài hội chứng vàng da tắc mật sau gan, sỏi ống mật chủ thường gây các biến chứng rất nặng với tỷ lệ tử vong cao.

- Hiện nay, phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ là ngoại khoa phối hợp với điều trị nội khoa để nâng đỡ tình trạng chung của bệnh nhân.

II. CƠ THỂ BỆNH

1. Sỏi

- Nơi tạo sỏi: Phần lớn sỏi ống mật chủ được thành lập tại chỗ hay từ ống gan, chỉ có một tỷ lệ nhỏ từ túi mật.

- Số lượng sỏi: rất thay đổi, phần lớn trường hợp là có nhiều sỏi nằm rải rác ở bất kỳ đoạn nào của ống mật chủ. Sỏi đơn độc ở ống mật chủ ít gặp.

- Cấu tạo hoá học của sỏi: chủ yếu là sỏi hỗn hợp với sắc tố mật lắng đọng trên trứng hoặc xác giun.

2. Thay đổi bệnh lý của đường mật

- Đường mật phía trên nơi tắc thường dẫn to.

- Túi mật cũng thường dẫn to, chỉ khi nào túi mật có sỏi hoặc viêm mới teo nhỏ.

- Mật thường đặc quánh, sẫm màu. Nếu bị nhiễm trùng thường hoá mủ.

3. Thay đổi bệnh lý của gan và tụy

- Gan to và sẫm màu vì ứ mật. Lâu ngày, gan hoá xơ làm suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Tụy có thể bị viêm, hoá xơ nếu sỏi kẹt ở bầu gan - tụy (bóng Vater).

III. TRIỆU CHỨNG: Sỏi ống mật chủ thường biểu hiện bằng hội chứng tắc mật sau gan, tái phát nhiều lần:

1. Triệu chứng chức năng

- **Đau quận đường mật:** đau hạ sườn phải, có thể đột ngột và dữ dội, lan ra sau lưng lên ngực hoặc lên vai.
- **Sốt 38 – 40⁰C** sau mỗi cơn đau, có thể kèm rét run, vã mồ hôi.
- **Vàng da:** xuất hiện sau cơn đau khoảng 24 giờ, tăng giảm theo từng đợt. Đi kèm với vàng da là ngứa ngáy, phân bạc màu, nước tiểu sậm.

2. Khám bụng thường thấy

- Ấn đau ở vùng túi mật, hạ sườn phải, vùng ống mật chủ, đầu xương sườn 10 phải.
- Gan to, trơn, mềm, bờ tù, không đau.
- Túi mật thường căng to. Một số ít không sờ thấy túi mật vì túi mật bị viêm, teo xơ do có sỏi.

3. Cận lâm sàng

- * **Siêu âm:** hiện là phương pháp xác định sỏi ống mật chủ tương đối chính xác và an toàn. Siêu âm có thể cho biết số lượng, vị trí, kích thước của sỏi trong ống mật chủ cũng như cho biết tình trạng của đường mật.
- * **Các phương pháp chụp X quang đường mật với chất cản quang** hiện giờ đều ít dùng trước mổ. Chỉ còn chụp đường mật với chất cản quang bơm qua ống dẫn lưu túi mật hay ống dẫn lưu ống mật chủ trong khi mổ hay sau khi mổ là có giá trị để kiểm tra sỏi sót hay tái phát sau mổ.
- * **Chụp đường mật qua nội soi**, phối hợp với điều trị chưa áp dụng được rộng rãi.
- * **Các xét nghiệm về máu:** có thể giúp đánh giá về tình trạng nhiễm khuẩn, tắc mật, hoại tử tế bào gan, suy gan, hội chứng gan thận.

IV. BIẾN CHỨNG

1. **Viêm phúc mạc thâm mật:** đau và co cứng hạ sườn phải, sốt, vàng da.
2. **Viêm đường mật, abscess đường mật:** là biến chứng nặng với sốt cao, rét run, đau hạ sườn phải, gan to và đau, da và nước tiểu vàng sậm, tổng trạng suy sụp nhanh. Bệnh nhân dễ tử vong vì choáng nội độc tố, suy thận.
3. **Viêm gan, áp xe gan do vi khuẩn:** thường đi sau viêm đường mật.
4. **Chảy máu đường mật:** có xuất huyết tiêu hoá ở bệnh nhân vàng da tắc mật.
5. **Xơ gan do tắc mật:** biến chứng muộn với suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
6. **Viêm tụy cấp:** đau thượng vị, nôn mửa, amylase trong máu và nước tiểu tăng.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Vàng da tắc mật sau gan do các nguyên nhân khác

- * **U đầu tụy:** Vàng da tắc mật tăng dần không thuyên giảm, không đau, không sốt, tổng trạng sa sút nhanh. Siêu âm thấy khối u đầu tụy làm nghẽn tắc và dẫn nở đường mật. Chụp Xquang tá tràng với Baryte uống thấy khung tá tràng giãn rộng, có hình epsilon (ϵ).
- * **Giun chui ống mật:** có cơn đau quận gan dữ dội, vàng da nhẹ. Bệnh sử có nhiễm ký sinh trùng đường ruột, đặc biệt là nhiễm giun đũa. Siêu âm thường giúp chẩn đoán chính xác.
- * **Ung thư đường mật:** vàng da tắc mật nặng dần, không đau, đôi khi làm chảy máu đường mật. Chẩn đoán và điều trị thường khó khăn vì siêu âm và X quang cho các hình ảnh chẩn đoán thất thường.

* **Teo hẹp đường mật** bẩm sinh hay mắc phải sau viêm nhiễm đường mật: triệu chứng là vàng da tắc mật với hình ảnh X quang hay siêu âm cho thấy đường mật bị teo hẹp.

2. Các bệnh lý gây vàng da trước gan hoặc tại gan

* **Vàng da trước gan:** thường do vỡ hồng cầu, trên lâm sàng có thiếu máu, vàng da nhẹ và không đau vùng gan. Xét nghiệm máu thấy số lượng hồng cầu và dung tích hồng cầu (Hct) giảm, Bilirubin gián tiếp cao.

* **Vàng da tại gan:** thường do viêm gan hoặc xơ gan. Xét nghiệm máu thấy có hoại tử tế bào gan (SGOT, SGPT tăng) hoặc suy gan (thời gian Prothrombine tăng, Albumine máu giảm). Trong mọi trường hợp vàng da trước gan hay tại gan, siêu âm đều cho hình ảnh đường mật ngoài gan bình thường.

VI. ĐIỀU TRỊ: Điều trị sỏi ống mật chủ gồm nhiều biện pháp phối hợp

1. Phẫu thuật là biện pháp chính

- Mở ống mật chủ để lấy sỏi và dẫn lưu với ống Kerh. Sau mổ 2 tuần sẽ chụp X quang đường mật với chất cản quang bơm qua ống dẫn lưu. Nếu đường mật thông và hết sỏi thì rút ống.
- Nếu tình trạng bệnh nhân nặng thì có thể mổ làm 2 thì: thì đầu mổ dẫn lưu để làm giảm áp lực đường mật, thì sau mới mổ lấy hết sỏi.
- Các phương pháp mổ qua nội soi hoặc phá sỏi bằng siêu âm đều chưa áp dụng rộng rãi.

2. Chống nhiễm khuẩn đường mật với kháng sinh

- Nhẹ: Ampicilline 4g và Gentamycine 160 mg mỗi ngày.
- Nặng: Amoxicilline 6g + Gentamycine 160 mg + Metronidazol 2g mỗi ngày.

3. Nâng đỡ chức năng gan và các biện pháp khác

- Vitamine K: 20 mg/ngày IM.
- Glucose ưu trương + Insuline tiêm truyền TM (1 đơn vị Insuline/ 5g glucose).
- Methionine 1-2 g mỗi ngày.
- Vitamine nhóm B, vitamine C.
- Chế độ ăn nhiều đường, đạm, hạn chế dầu mỡ.
- Thuốc dẫn cơ hoặc giảm đau: Atropine, Buscopan, Visceralgine.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

A. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ SỎI MẬT

1. NHẬN ĐỊNH ĐIỀU DƯỠNG

Sỏi đường mật

- Đau: hạ sườn phải, phản ứng dội (+), Murphy (+), gông cứng, sờ thấy túi mật
- Hội chứng tiêu hóa: nôn ói, chán ăn
- Dấu hiệu nhiễm trùng: Nhiệt độ tăng cao, lạnh run
- Dấu hiệu tắc mật: vàng da, ngứa, phân bạc màu, tiểu sậm màu

Sỏi túi mật

- Đau thượng vị sau ăn 10 -15 phút, đau âm ỉ, liên tục sau ói người bệnh vẫn không giảm đau, đau lan đến hạ sườn phải

- Nếu người bệnh có nhiễm trùng khi thăm khám thấy phản ứng thành bụng, Blumberg (+) ở hạ sườn phải

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP

2.1. Đau bụng do tình trạng viêm nhiễm đường mật

- Lượng giá: tính chất, vị trí, mức trầm trọng, hướng lan của cơn đau
- Cho người bệnh tư thế giảm đau, thường tư thế Sim
- Thực hiện thuốc giảm đau
- Thực hiện thuốc kháng giao cảm để ↓ tiết mật, ↓ co thắt đường mật
- Công tác tư tưởng giúp người bệnh giảm đau, giảm sợ

2.2. Giảm thể tích dịch do nôn ói, do dẫn lưu dạ dày, do sốt

- Thăm khám người bệnh để đánh giá mất nước, dấu chứng sinh tồn
- Theo dõi sát nước xuất nhập: ói và hút dịch dạ dày, điện giải, cân nặng
- Thực hiện bù nước và điện giải

2.3. Choáng do nhiễm trùng:

- Theo dõi dấu hiệu choáng, dấu chứng sinh tồn, chú ý nhiệt độ nên ghi thành biểu đồ,
- Thực hiện hồi sức thích hợp, kháng sinh
- Thay đổi dinh dưỡng:
- Người bệnh chán ăn, cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu, kiêng mỡ, ăn nhiều thịt, đường

2.4. Nguy cơ tổn thương da

- Ngứa, vàng da: vệ sinh da sạch sẽ, cho người bệnh uống nhiều nước

2.5. Người bệnh chuẩn bị phẫu thuật

- Giống như chuẩn bị thường qui trong mổ bụng
- Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn
- Nâng cao thể trạng bệnh nhân
- Đặt sonde dạ dày giảm kích thích đường mật
- Kháng sinh dự phòng
- Đặt sonde tiểu
- Đánh giá chức năng gan và thận, chức năng đông máu
- Cung cấp thông tin cuộc mổ:
 - o Mổ nội soi cắt túi mật, phẫu thuật mở bụng
 - o ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography)

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ SỎI MẬT

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Tổng trạng, dấu chứng sinh tồn
- Tình trạng bụng: chướng, đau, nhu động ruột
- Tình trạng da niêm, nước tiểu: màu vàng so sánh trước mổ, dấu hiệu mất nước, vàng da
- Tình trạng dẫn lưu sau mổ: Kerh, dẫn lưu dưới gan
- Tube Levine: màu sắc, số lượng, thời gian, tình trạng bụng
- BUN, creatine, Bilirubine
- Dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Người bệnh bụng chướng sau mổ cắt túi mật nội soi

- Sau mổ cắt túi mật nội soi: chú ý chảy máu, đau lan lên vai phải và chướng bụng do khí CO₂ bơm vào ổ bụng trong khi mổ. Điều dưỡng nên cho người bệnh nằm tư thế Sims trái và khuyến khích thở sâu, đi lại sớm tránh cơ hoành bị kích thích
- Theo dõi khó thở, bão đảm thông khí
- Rút tube Levin sớm giúp người bệnh dễ chịu
- Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu,
- Thực hiện thuốc giảm đau: oxycodon (codein), acetaminophen

Chăm sóc người bệnh sau thủ thuật ERCP (Endoscopic Retrograde cholangiopancreatography)

- Theo dõi đau bụng: đau thượng vị, bụng chướng vì có nguy cơ thủng tá tràng hay viêm tụy cấp
- Theo dõi dấu hiệu choáng do đau, do chảy máu
- Nếu người bệnh ổn định cho người bệnh về 3 - 6 giờ sau thủ thuật

Đau do vết mổ: xem bài chăm sóc người bệnh sau mổ

Hệ thống dẫn lưu Kehr không đạt hiệu quả, gây loét da và đặt lâu ngày

- Người bệnh mổ sỏi đường mật: thường phẫu thuật viên sau khi mổ sỏi đường mật thường đặt Kehr để:
 - Giải áp đường mật
 - Điều trị
 - Theo dõi
 - Làm nóng
 - Tán sỏi
- Dẫn lưu Kehr luôn được chảy ra ngoài liên tục ngay sau mổ
- Quan sát chân dẫn lưu có thấm dịch mật không? Nếu có nên thay băng ngay và nếu cần thì đặt máy hút qua chân dẫn lưu, đồng thời ngừa rôm lở da tích cực cho người bệnh
- Theo dõi hệ thống dẫn lưu có hoạt động
 - Theo dõi số lượng dịch mật:
 - Thường khi người bệnh chưa có nhu động ruột trong 3 ngày đầu sau mổ thì dịch mật qua Kehr hơi nhiều khoảng 300- 600 ml/ ngày
 - Khi có nhu động ruột (dịch mật đã có thể xuống ruột) thì lượng mật ra dẫn lưu sẽ giảm xuống mỗi ngày 200 ml/ngày
 - Điều dưỡng ghi chú số lượng, màu sắc, tính chất dịch mật mỗi ngày
 - Trường hợp Kehr không ra mật hay quá ít. Điều dưỡng cần đánh giá: Do người bệnh thiếu nước, sỏi kẹt, gập ống, sỏi bùn, cục máu đông
 - Theo dõi tính chất mật:
 - Chú ý không được giơ cao bình hứng dịch khi quan sát, tránh dịch từ ngoài chảy vào trong
 - Bình thường mật vàng trong óng ánh
 - Nếu mật lợn cợn có máu cục: theo dõi chảy máu
 - Nếu mật màu trắng đục: theo dõi có mũ
 - Nếu mật nâu lợn cợn: theo dõi còn sỏi
 - Bơm rửa
 - Nguyên nhân do còn sỏi hay mũ
 - Điều dưỡng bơm với nước muối sinh lý ấm, áp lực nhẹ

- Bom rửa 5 – 7 ngày liên tiếp dịch mật sẽ trong
- Rút Kehr:
- * Điều kiện:
 - Thời gian 7- 8 ngày sau mổ
 - Người bệnh hết đau, hết sốt, ăn uống tốt
 - Nước mật giảm, vàng trong
 - Siêu âm hết sỏi
 - XQ có thuốc cản quang qua Kehr kiểm tra: đường mật thông
- * Chuẩn bị rút:
 - Khi chụp XQ xong nên cho Kehr chảy hết thuốc cản quang ra ngoài trước khi rút
 - Trong trường hợp người bệnh vẫn còn sỏi thì dẫn lưu Kehr được lưu lại và người bệnh sẽ chờ thời gian sau se tán sỏi qua Kehr. Điều dưỡng sẽ giáo dục người bệnh cách chăm sóc khi về nhà và tái khám định kỳ

Dẫn lưu dưới gan và dẫn lưu túi mật có tích cách phòng ngừa, chăm sóc như trong bài dẫn lưu

Người bệnh da niêm vàng, ngứa do bilirubine ngấm qua da

- Cho người bệnh uống nhiều nước
- Vệ sinh da sạch, tránh trầy da do gãi ngứa, cắt ngắn móng tay
- Thực hiện thuốc kháng dị ứng Theo dõi xét nghiệm Bilirubine

Dinh dưỡng bệnh lý làm người bệnh ăn kém ngon

- Người bệnh nên vệ sinh răng miệng sạch sẽ
- Người bệnh hạn chế thức ăn béo, nhiều dầu mỡ trong thời gian đầu,
- Cho người bệnh uống nhiều nước,
- Theo dõi các dấu hiệu khó tiêu, nặng bụng
- Vệ sinh trong ăn uống, uống thuốc kháng giun

Vận động sau mổ hạn chế: xem bài chăm sóc người bệnh sau mổ phần vận động sau mổ

Hạn chế kiến thức

- Nếu người bệnh có cắt túi mật: cho người bệnh trong thời gian đầu hạn chế thức ăn mỡ, dầu, trứng, sữa, chất béo. Khoảng 2-3 tháng sau cho người bệnh tập ăn dần lại bình thường.
- Hạn chế thức ăn nhiều cholesterol
- Nếu người bệnh mổ sỏi đường mật: nên cho người bệnh uống nhiều nước, ăn thức ăn có nhiều chất dinh dưỡng, tránh thức ăn nhiều dầu mỡ, vệ sinh cá nhân trong ăn uống. Sờ giun định kỳ mỗi 3 – 6 tháng/ lần, kiểm tra siêu âm đường mật định kỳ
- Giáo dục người bệnh xuất viện còn ODL Kehr: cách chăm sóc, sinh hoạt, tái khám

Nguy cơ xảy ra một số biến chứng sau mổ

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| - Chảy máu sau mổ | - Viêm tụy cấp |
| - Choáng nhiễm trùng | - Sốt sỏi |
| - Dò mật, mật tràn ra thành bụng | - Tổn thương ống mật chủ |
| - Viêm phúc mạc mật | - Suy gan suy thận |

3. TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh giảm chướng bụng
- Người bệnh bớt đau, bớt vàng da, ăn uống tốt
- Dẫn lưu Kehr hoạt động tốt
- Dinh dưỡng người bệnh đầy đủ đúng theo yêu cầu bệnh lý

Người bệnh được hướng dẫn giáo dục sức khỏe

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các mục đích của việc đặt ống dẫn lưu Kehr:

- A. B.
C. D.

2. Kể đủ nội dung của tam chứng Charcot?

- A. B. C.

3. Tên ống dẫn lưu mở túi mật là:

- A. Kehr B. Malecot C. Pezzer D. Foley

4. Thời gian đặt ống dẫn lưu Kehr thường là:

- A. 1 tuần B. 2 tuần C. 3 tuần D. 4 tuần

5. Nguyên nhân chủ yếu gây ra sỏi mật ở Việt Nam là:

- A. Nhiễm khuẩn đường mật B. Giun sán C. Ứ đọng dịch mật D. Tắc mật

6. Nguyên nhân gây ra sỏi mật ở Việt Nam là:

- A. Nhiễm khuẩn đường mật B. Giun sán C. Ứ đọng dịch mật D. Câu A, B, C đúng

7. Dịch mật có chứa nhiều Cholesterol thường gặp ở đối tượng nào sau đây ?

- A. Người béo phì, có thai B. Người có mắc bệnh về máu
C. Người mắc bệnh xơ gan D. Người mắc bệnh suy gan

8. Dịch mật có chứa nhiều Bilirubine thường gặp ở đối tượng nào sau đây ?

- A. Người béo phì, có thai B. Người có mắc bệnh về máu
C. Người mắc bệnh xơ gan D. Người mắc bệnh suy gan

9. Dịch mật có chứa nhiều ít muối mật thường gặp ở đối tượng nào sau đây ?

- A. Người béo phì B. Người có mắc bệnh về máu
C. Người có thai D. Người mắc bệnh về gan

10. Rối loạn tiêu hóa kiểu mật có nghĩa là:

- A. Đau bụng trước bữa ăn, cảm giác bụng chứa nhiều hơi, ợ chua
B. Đau bụng sau bữa ăn, chủ yếu với thức ăn nhiều dầu mỡ, đầy bụng
C. Không đau bụng, không cảm giác đói bụng, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn
D. Không bụng dữ dội, từng cơn, sau đó ợ hơi, ợ chua, buồn nôn và nôn.

Bài 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI – TRỰC TRÀNG

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa ung thư đại trực tràng.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại ung thư đại trực tràng.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ung thư đại trực tràng.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí ung thư đại trực tràng.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh ung thư đại trực tràng.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến trong các loại bệnh ung thư. 93% *ung thư đại trực tràng* xuất phát từ một polyp tuyến của đại tràng (polyp là một chỗ nhô lên trên bề mặt lớp biểu mô đại tràng). Thời gian chuyển từ một polyp lành tính sang ác tính trung bình mất khoảng 3-5 năm.

Những người nằm trong nhóm có nguy cơ cao mắc bệnh là những người có bố mẹ, người thân từng mắc bệnh, có polyp đại tràng hoặc bị viêm loét đại tràng lâu ngày. Nam giới có tỷ lệ mắc ***ung thư đại trực tràng*** cao hơn nữ giới, độ tuổi mắc bệnh phổ biến là 70-80 tuổi.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Chế độ dinh dưỡng
- Tiền sử gia đình

III. TRIỆU CHỨNG CẢNH BÁO

- Thay đổi thói quen đại tiện.
- Táo bón, hay có cảm giác đi ngoài không hết.
- Đi ngoài ra máu (hoặc đỏ tươi hoặc đen sẫm).
- Phân có khối kính hẹp hơn bình thường.
- Cảm thấy khó chịu khắp bụng (thường bị đau bụng vì đầy bụng, chướng hơi và/hoặc co thắt).
- Giảm cân không rõ nguyên nhân.
- Thường xuyên mệt mỏi.
- Nôn.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Những thay đổi bất thường khi đại tiện

Những bất thường trong thói quen đi đại tiện như số lần đại tiện tăng lên đột ngột, kèm theo đó là dấu hiệu phân lỏng cần hết sức lưu ý. Bên cạnh đó nếu thấy kèm theo các triệu chứng như luôn có cảm giác phân ra không hết, hay cảm thấy có nhu cầu đi vệ sinh. Trường hợp có khối u, chúng sẽ che miệng thông trực tràng dẫn đến triệu chứng mới kể và làm khuôn dạng phân thay đổi, phân nhỏ và dẹt hơn. Đây có thể là những dấu hiệu đầu tiên cảnh báo bệnh ung thư đại tràng cần thiết không nên chủ quan.

2. Đau bụng dai dẳng

Bị đau bụng thì khó có ai nghĩ rằng đó là dấu hiệu bị ung thư đại trực tràng. Bụng bị đau có thể là biểu hiện của các chứng rối loạn hệ tiêu hóa, bệnh đường ruột, dạ dày. Nhưng nếu thấy đau bụng mà có kèm hiện tượng đại tiện nhiều lần thì cảnh giác có khối u ung thư bên trong bụng. Nếu phát hiện khối u óm chúng ta có thể loại bỏ chúng và phòng tránh các nguy cơ gây hại về sau. Quan trọng là bạn cần hết sức chú ý khi cơ thể có bất thường.

3. Đi cầu có lẫn máu trong phân

Đây cũng có thể là dấu hiệu của nhiều bệnh liên quan đến hậu môn trực tràng, trong đó có bệnh ung thư trực tràng. Triệu chứng phân biệt đó là máu chảy ra dính trên giấy vệ sinh hoặc **đi cầu ra máu**, máu lẫn trong phân, máu tươi hoặc lẫn theo phân có màu sẫm, kèm theo dịch nhầy. Khoảng 90% bệnh nhân ung thư đại tràng, trực tràng có triệu chứng này. Nhưng bạn cũng không nên quá hoảng hốt, hoang mang mỗi lần đi ngoài ra máu vì có rất nhiều bệnh ít nguy hiểm hơn cũng có dấu hiệu này như bệnh trĩ, nứt kẽ hậu môn, trĩ bình tình và đến bệnh viện để kiểm tra cụ thể.

4. Phát hiện có khối u đại tràng, trực tràng

Hầu hết những căn bệnh ung thư đều có hiện tượng phát triển khối u ác tính. Nếu có khối u đại tràng, trực tràng bệnh nhân có thể tự phát hiện bằng cách sờ nắn bụng, chú ý kỹ ở phần hạ sườn phải và khu vực khung đại tràng sẽ phát hiện ra các biểu hiện ung thư đại trực tràng ở đây.

5. Bụng chướng, có ợ hơi

Các triệu chứng ung thư đại trực tràng như cảm giác bị đầy hơi chướng bụng thường xuyên dẫn đến đau, co thắt ở ruột. Bên cạnh đó còn thấy nhiều bất ổn ở hệ tiêu hóa như đau bụng, giảm khả năng ăn uống, cơ thể thiếu chất, sút cân nhưng không hiểu lý do. Đây cũng có thể là cảnh báo một số bệnh dễ nhầm lẫn với ung thư đại tràng và trực tràng như rối loạn tiêu hóa, bệnh đau dạ dày, xuất huyết dạ dày,...

V. CÁC GIAI ĐOẠN PHÁT TRIỂN BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Giai đoạn 0: Tế bào ung thư chỉ mới xuất hiện ở lớp niêm mạc trên cùng của đại tràng hoặc trực tràng

Giai đoạn I: Khối u lan rộng ra thành trong của đại tràng hoặc trực tràng.

Giai đoạn II: Khối u lan ra bên ngoài đại tràng hoặc trực tràng tới các mô lân cận, chưa di căn hạch.

Giai đoạn III: Đã di căn hạch, nhưng chưa tới các cơ quan khác của cơ thể.

Giai đoạn IV: Đã di căn tới các tổ chức xa hơn như gan, phổi.

VI. CẬN LÂM SÀNG

1. Soi đại tràng sigma

Đây là thủ thuật đơn giản, nhanh chóng giúp phát hiện 2/3 đến 3/4 các trường hợp ung thư trực tràng và sigma khi có biểu hiện hội chứng lỵ. Nó còn giúp sinh thiết hoặc cắt bỏ u khi có thể hoặc điều trị cầm máu tại chỗ.

2. Soi đại tràng toàn bộ

Là phương tiện chẩn đoán rất tốt giúp phát hiện vị trí tổn thương cũng như sinh thiết để chẩn đoán mô học.

3. Siêu âm nội soi, CT Scanner

Là phương tiện chẩn đoán tốt các tổn thương khu trú dưới niêm mạc cũng như để phát hiện di căn vào các cơ quan kế cận, giúp chẩn đoán giai đoạn TNM.

4. Chụp phim nhuộm đại tràng có baryte

Phát hiện các khối u có đường kính > 2 cm, với hình ảnh loét sùi, hình ảnh hẹp lòng đại tràng không đều như hình lõi táo. Trường hợp khối u nhỏ < 1cm thì cần dùng kỹ thuật chụp đối quang kép.

5. Công thức máu: Hồng cầu, Hb giảm khi có thiếu máu.

6. Sắt huyết thanh: Giảm khi thiếu máu do thiếu sắt.

VII. BIẾN CHỨNG

1. Tắc ruột: Là dấu chứng cũng như biến chứng thường gặp của ung thư đại trực tràng, có thể tắc một phần hay hoàn toàn. Tắc do khối u gây nên hay do chèn ép của hạch.

2. Thủng: Thủng có thể xảy ra ngay tại khối u hoặc trên khối u đặc biệt ở manh tràng.

3. Chèn ép các cơ quan lân cận: U và các hạch di căn có thể gây chèn ép vào dạ dày, chèn ép bàng quang, chèn ép hệ thống tĩnh mạch tạng gây cổ trướng, chèn ép thần kinh ở chi dưới gây đau.

VIII. CÁC LOẠI UNG THƯ ĐẠI TRÀNG KHÁC (THAM KHẢO)

1. Lymphoma đại tràng

Lymphoma đại tràng tiên phát chỉ chiếm khoảng < 0, 5% của các thể ác tính của đại tràng, gia tăng ở hội chứng Sjogren, bệnh mô hạt Wegener, viêm khớp thấp, lupus ban đỏ hệ thống, và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.

Lâm sàng biểu hiện triệu chứng đau không đặc hiệu, sụt cân, táo bón và chảy máu tiêu hóa. Nội soi đại tràng cho thấy tổn thương khối u biệt lập hay tổn thương thâm nhiễm lan tỏa. Khoảng 50% tổn thương nằm ở hồi tràng, 50% có kèm hạch ác tính. Chẩn đoán bằng nội soi sinh thiết. Tiên lượng bệnh cũng xấu, sống 2 năm chỉ có 40%.

2. U carcinoid

Thường gặp nhất ở ruột thừa, đôi khi nó được phát hiện ở dạng polyp trực tràng không triệu chứng và có đến 25% carcinoid ở trực tràng có biểu hiện chảy máu. U carcinoid của trực tràng và ruột thừa ít khi di căn. Các vùng khác thì ít gặp hơn và thường gây hẹp và chảy máu và thường di căn. Khả năng ác tính của u carcinoid là cao.

IX. ĐIỀU TRỊ BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

1. Phẫu thuật: Phẫu thuật là phương pháp căn bản.

- Ung Thư Trực Tràng: chỉ định cắt nửa đại tràng hoặc cắt đoạn đại tràng theo nguyên tắc diện cắt cách xa u từ 5 cm trở lên kèm theo nạo vét hạch thành một khối. Với những trường hợp u không còn chỉ định điều trị triệt căn, có thể nối tắt hoặc mở thông đại tràng.

- Ung Thư Đại Tràng: Với những u ở thấp cách rìa hậu môn 5 cm, chỉ định cắt cụt trước tràng qua đường bụng và tăng sinh môn, bệnh nhân sẽ phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở hố chậu trái. Những u ở cao và trung bình được chỉ định điều trị bảo tồn: cắt đoạn trực tràng khâu nối đại tràng – trực tràng hoặc đại tràng – ống hậu môn.
- Trường hợp ung thư sớm có thể cắt u qua đường hậu môn.

2. Xạ trị

- Điều trị tia xạ từ ngoài được chỉ định cho những trường hợp ung thư trực tràng và đại tràng sigma thấp với mục đích làm nhỏ bớt khối u để thuận lợi cho phẫu thuật và làm hạ thấp tỷ lệ tái phát tại chỗ. Tùy theo mỗi trung tâm điều trị mà chọn lựa tia xạ tiền phẫu hay tia xạ hậu phẫu. Tia xạ tại chỗ có thể được chỉ định điều trị những khối u trực tràng còn nhỏ, thể biệt hóa, ít xâm lấn và chưa di căn hạch.

3. Hóa trị

- Là phương pháp điều trị hỗ trợ. Với đội ngũ các Giáo sư, Tiên sỹ, các chuyên gia phẫu thuật và kỹ thuật viên được đào tạo cơ bản ở trong và ngoài nước, Bệnh viện Ung Bướu Hưng Việt đang phát huy truyền thống là bệnh viện tư nhân chuyên khoa ung bướu đầu tiên của cả nước. Bệnh hoàn thiện mô hình điều trị ung thư toàn diện, bao gồm hệ thống phòng mổ, phòng khám trang bị đầy đủ trang thiết bị xét nghiệm hiện đại cùng với giường bệnh bố trí trong các phòng riêng biệt đầy đủ tiện nghi khép kín, đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân nội và ngoại trú.

A QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1. NHẬN ĐỊNH

- Bệnh nhân rối loạn tiêu hoá: tiêu chảy hay táo bón, hay các đợt tiêu chảy và táo bón xen kẽ nhau
- Đau âm ỉ mơ hồ nhưng cũng có khi rõ rệt thành từng cơn, đau tức vùng hậu môn hay đáy chậu
- Hội chứng bán tắc ruột
- Đi cầu ra máu nhiều hay ít tùy vị trí tổn thương
- Thay đổi hình dạng phân trong k trực tràng
- Toàn thân mệt mỏi gay sút, xanh xao, thiếu máu sụt cân
- Các xét nghiệm cận lâm sàng: XQ khung đại tràng có Baryt, nội soi sinh thiết, kháng nguyên CEA...

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Người bệnh được chuẩn bị soi đại tràng

- Những người bệnh viêm đại tràng nặng không thích hợp bất kỳ cách chuẩn bị đại tràng nào ngoại trừ thụt tháo bằng nước muối sinh lý ấm
- Không uống thuốc chứa sắt trong vòng 3-4 ngày trước khi soi
- Ngưng các thuốc gây bón 1-2 ngày trước soi
- Hồi tiền sử sử dụng thuốc kháng đông, kháng viêm, không steroid và các thuốc gây chống kết tập tiểu cầu
- Không ăn các thức ăn khó tiêu trong vòng 24g trước khi soi
- Tẩy sô bằng đường uống:
 - ° Fortran 3 lít uống vào buổi chiều ngày trước soi

- Sodium phosphate 90ml thuốc, sau đó người bệnh uống thêm ít nhất là 1 lít nước tùy ý trong vòng 1-2 giờ sau đó
- Thụt tháo: Tiến hành 1-2 giờ trước khi nội soi đến khi nước ra trong
 - Dẫn người bệnh
 - Cảm giác nay hơi đau bụng sẽ giảm dần sau khi người bệnh xì hết hơi trong lòng đại tràng
 - Chỉ ăn uống lại sau 1 giờ
 - Hiện nay vì nhu cầu người bệnh một số nơi đã tiến hành nội soi đại tràng với phương pháp vô cảm gây mê để đỡ đau cho người bệnh

2.2. Người bệnh được chuẩn bị đại tràng để mổ: Mục đích để nối ngay sau khi cắt, lập lại lưu thông tiêu hoá của ruột. Thường áp dụng các biện pháp sau đây:

Làm sạch lòng đại tràng bằng

- Chế độ ăn lỏng dần trước mổ Cho người bệnh ăn cháo, súp trước mổ 3 ngày, uống sữa trước mổ 2 ngày, uống nước đường trước mổ một ngày
- Kèm thụt tháo liên tiếp 3 ngày trước mổ, thụt tháo thật sạch đến nước trong
- Hoặc chỉ dùng Fortrans. Cho người bệnh uống 3 gói, mỗi gói pha với một lít nước uống trong vòng một ngày trước mổ không cần thụt tháo. Lưu ý không dùng ch các trường hợp có biến chứng dọa thủng đại tràng hoặc tắc ruột

Khử trùng đường ruột

- Dùng các loại kháng sinh đường ruộtkết hợp diệt vi trùng kỵ khí
- Các công tác chuẩn bị khác giống như chuẩn bị một người bệnh mổ chương trình đường tiêu hoá

3. TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

Người bệnh được chuẩn bị an toàn cho cuộc mổ

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. NHẬN ĐỊNH

- Sode mũi dạ dày?
- Thông tiểu?
- Tình trạng bụng?
- Vết mổ?
- Hậu môn nhân tạo?
- Các ống dẫn lưu?

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Người bệnh được mổ cắt đoạn đại tràng

Theo dõi các tai biến có thể xảy ra sau mổ:

- Rách tá tràng, vỡ lách, tổn thương tụy: Người bệnh có biểu hiện viêm phúc mạc
- Tổn thương niệu quản: Bất thường trong tiểu tiện
- Tổn thương các động tĩnh mạch: Chảy máu vào ổ bụng hay qua các ống dẫn lưu
- Xi bục miệng nối gây viêm phúc mạc, dò phân
- Tiêu lỏng vài tuần đầu sau mổ do cắt bỏ phần hấp thu nước của đại tràng phải

Người bệnh được phẫu thuật điều trị K trực tràng

- Phẫu thuật Hartmann: người bệnh có hậu môn nhân tạo vĩnh viễn mặc dù hậu môn thật còn giữ lại và trực tràng vẫn còn bài tiết ra chất nhầy của đoạn trực tràng còn lại
- Phẫu thuật kéo tuột (Pull-through): Cắt bỏ u và tái lập được lưu thông tiêu hóa tự nhiên Theo dõi kỹ biến chứng bực miệng nổi và biến chứng tái phát tại chỗ
- Phẫu thuật Miles: Theo dõi tai biến chảy máu, tổn thương niệu quản, bàng quang niệu đạo (nam) và âm đạo (nữ)
- Chăm sóc vết thương vùng tầng sinh môn: thường rút meches cầm máu sau mổ 3 ngày sau đó tiếp tục thay băng nhét meches cho đến khi lành. Một số người bệnh được đặt dẫn lưu phòng ngừa vùng tầng sinh môn Điều dưỡng phải teo dõi và chăm sóc đến ngày rút
- Thông tiểu trong trường hợp này thường rút chậm sau khi người bệnh có thể ngồi dậy, đi lại được
- Chăm sóc hậu môn nhân tạo vĩnh viễn
- Những vấn đề sau mổ khác chăm sóc như những bệnh lý sau mổ đường tiêu hoá

Người bệnh được điều trị K di căn

- Hoá chất được sử dụng là 5 – Fluoro Uracil kết hợp với các thuốc miễn dịch.
- Phác đồ thường được sử dụng hiện nay là một đợt điều trị 5 ngày / 6 đợt
- Theo dõi người bệnh viêm tĩnh mạch, nhiễm trùng trong giai đoạn đang điều trị, kiểm tra công thức máu trước khi truyền hoá chất nếu HC giảm BC tăng đôi khi phải điều trị đến khi ổn định
- Thường sử dụng chung với Ca để giảm độc tính của thuốc
- Theo dõi dấu hiệu K di căn ở xương, ở cơ quan tiêu hóa khác
- Theo dõi XN CEA, ECHO bụng tổng quát, kiểm tra nội soi nếu thấy bất thường trên CEA, ECHO sau đợt điều trị thứ 6

3. LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh hồi phục tốt sau mổ - Hậu môn nhân tạo được chăm sóc đúng cách
- Phát hiện sớm các biến chứng - Chuẩn bị tư tưởng cho quá trình hoá trị liệu sau đó

LƯỢNG GIÁ

1. Kể 3 biến chứng của ung thư đại – trực tràng:

- A.
- B.
- C.

Bài 12: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa hậu môn nhân tạo.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại hậu môn nhân tạo.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng hậu môn nhân tạo.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí hậu môn nhân tạo.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa hậu môn nhân tạo: 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

- Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn: là trường hợp đưa đại tràng ra da và người bệnh đi tiêu qua hậu môn nhân tạo suốt đời.
- Hậu môn nhân tạo tạm thời: là những hậu môn nhân tạo chỉ sử dụng trong thời gian nhất định, sau đó hậu môn nhân tạo sẽ được đóng lại và sẽ tái lập lại lưu thông phân bình thường qua hậu môn thật.

3. Các kiểu làm hậu môn nhân tạo

- Kiểu quai: Là đưa 1 quai đại tràng di động ra ngoài ổ bụng có 1 que thủy tinh hay ống cao su cứng chẹn ngang tránh tụt quai ruột vào trong ổ bụng hoặc những mũi chỉ khâu đính quai đi với quai đến và cố định vào thành bụng. Sau đó xẻ 1 lỗ trên đoạn đại tràng đưa ra ngoài da để thoát phân
- Kiểu nòng súng: 2 đầu ruột sau khi cắt bỏ 1 đoạn ruột, 2 đầu gần nhau (cùng 1 vị trí) trên thành bụng
- Kiểu hai đầu xa nhau: cắt đoạn đại tràng và để 2 đầu xa nhau (2 vị trí) trên thành bụng
- Kiểu tận: cắt đoạn ruột, đưa đầu trên ra làm hmnt và đầu dưới đóng lại (hartmann) hay cắt bỏ đoạn ruột dưới (miles)

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 bực gây viêm phúc mạc. Chỉ định trong các trường hợp sau:

- K 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 khí có tắc: trong các trường hợp

- Dị dạng hậu môn trực tràng
- To đại tràng tiên thiên
- 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, tẩy ruột, thắt tháo đại tràng không đủ để làm sạch ruột, do đó cần phải làm hậu môn nhân tạo để qua đó thắt 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: 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)
- Lòì ruột
- Nhiễm trùng vết mổ
- Tắc ruột
- Thủng đại tràng: thường do đầu canuyn đặt vào hậu môn nhân tạo để thắt tháo phân

5.2. Biến chứng muộn

- Viêm thanh mạc đại tràng
- Hẹp hậu môn nhân tạo
- Thiếu máu – Hoại tử lỗ mổ
- Thoát vị thành bụng
- Sa đại tràng
- Rò hậu môn nhân tạo
- Tiêu không tự chủ

6. Quy trình chăm sóc người bệnh trước mổ

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 có hậu môn nhân tạo thành công
 - Hỗ trợ tâm lý trước mổ
 - Có chương trình giáo dục bằng các tư liệu, bài giảng, vật trưng bày, nên cung cấp về thông tin cuộc mổ
 - Giáo dục về mặt sức khỏe: Cách chăm sóc hậu môn nhân tạo, cách sinh hoạt hàng ngày sau mổ: chế độ ăn uống, tắm rửa, thay băng, hoạt động xã hội, công việc, sinh hoạt tình dục
- Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật (trường hợp mổ chương trình)**
- Nâng cao thể trạng: Người bệnh ăn chế độ nhiều calo, ít chất cặn bã trước mổ. Thực hiện truyền dịch trong trường hợp người bệnh nhịn ăn
 - Chống nhiễm trùng: Thực hiện thuốc chống nhiễm khuẩn đường ruột vài ngày trước mổ, kháng sinh dự phòng trước mổ.
 - Đặt thông mũi dạ dày.
 - Sạch đại tràng: Thụt tháo, hay cho người bệnh uống thuốc rửa ruột.
 - Định vị trí của lỗ mổ hậu môn nhân tạo: vị trí nên ở ngoài cơ thẳng bụng, vị trí lỗ mổ nên nằm trong tầm nhìn và tầm tay của người bệnh
 - Vị trí nên tránh đặt hậu môn nhân tạo: Đường thắt lưng, vùng da lõm xếp nếp, sẹo mổ cũ. Vùng có thoát vị, vùng có xương gồ lên, rốn, vùng chịu ảnh hưởng tia xạ
 - Chú ý thận trọng về những lời phàn nàn của người bệnh
 - Thực hiện cân bằng nước và điện giải trước mổ
 - Nên đặt sonde tiêu: giúp theo dõi chính xác lượng nước xuất nhập, giúp vùng đáy chậu được khô sau mổ

7. Quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ có hậu môn nhân tạo

7.1. Nhận định: Những điều cần quan sát trong những ngày đầu sau mổ:

Miệng lỗ mổ:

- Tuần hoàn máu: màu, nơi khâu chỉ, tụt hậu môn nhân tạo vào trong, dịch tiết, niêm mạc nên ẩm, hồng
- Sự phù nề: màng nhày phù nhẹ, trong suốt là bình thường, nếu tăng hơn là bất thường.

Đối với vùng da xung quanh lỗ mổ:

- Da có bị rơm rợ, đỏ, xì dò phân

Lưu ý: Tránh dùng các chất sát trùng vì có thể gây dị ứng. Dùng túi thích hợp, thay túi đều, lỗ cắt phải vừa tránh quá rộng hay quá hẹp, cạo sạch lông nơi vùng dán túi

- Thường có 2 quan điểm khi đưa hậu môn nhân tạo ra ngoài:

- ° Rửa sạch ruột trước và trong mổ → sau đó đưa hậu môn nhân tạo ra ngoài và đặt túi hậu môn ngay sau mổ
- ° Phẫu thuật viên xẻ hậu môn nhân tạo nhưng sau đó khâu mũi chỉ chờ, băng kín lại bằng gạc Vaseline

7.2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

7.2.1. Sự tổn thương da do vết mổ và lỗ hậu môn nhân tạo

- Người bệnh có hậu môn nhân tạo chưa xẻ miệng: hậu môn nhân tạo được bao phủ bằng gạc thấm vaselin. Nếu thấm máu ướt băng chỉ thay lớp băng ngoài, luôn luôn giữ cho

niêm mạc hậu môn nhân tạo luôn ẩm không bị khô. Theo dõi tình trạng bụng, cơn đau, màu sắc niêm mạc hậu môn nhân tạo, theo dõi chảy máu quanh chân hậu môn nhân tạo.

- Người bệnh có hậu môn nhân tạo đã xẻ miệng rời: thường sau 48 giờ sẽ xẻ miệng hậu môn nhân tạo. Điều dưỡng cần rửa sạch phân trào ra. Quấn gạc thấm vaselin quanh dưới chân ruột (ngừa phân đổ vào ổ bụng). Trong vài ngày đầu nên bôi pommade oxyt kẽm lên da quanh hậu môn nhân tạo ngừa rôm lở da.

- Nếu hậu môn nhân tạo bên phải, hay đưa ruột non ra da điều dưỡng cần theo dõi sự mất nước và cần chú ý hơn việc phòng lở loét da cho người bệnh vì đây là loại dịch lỏng mang tính chất kiềm.

- Sau khi xẻ miệng hậu môn nhân tạo ruột có thể phù nề hay chướng, điều dưỡng cần theo dõi màu sắc niêm mạc. Nếu phân quá cứng không ra được, điều dưỡng có thể mang găng có tẩm chất trơn nhẹ nhàng vào miệng hậu môn nhân tạo và 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.

- Ống cao su hoặc que thủy tinh giữ cố định quai ruột ở thành bụng sẽ được rút sau 5-7 ngày.

7.2.2. 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.

- Hướng dẫn cách rửa thay túi đựng phân: Ngay tại bệnh viện nên hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc túi đựng phân với tất cả 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.

- Giúp người bệnh ngăn ngừa loét da xung quanh chân hậu môn nhân tạo.

- Cung cấp những thông tin sách báo về cách chăm sóc hậu môn nhân tạo.

- Tập điều chỉnh chức năng hậu môn nhân tạo: tùy theo sinh hoạt của người bệnh, điều dưỡng có thể tập cho người bệnh đi cầu đúng giờ thích hợp bằng cách thụt tháo mỗi ngày và tập tối thiểu 1 tuần.

- Dinh dưỡng: Khuyến người bệnh ăn những thức ăn ít chất xơ, tránh thức ăn có nhiều gia vị (khi người bệnh cần tham gia sinh hoạt ngoài cộng đồng), không nên dùng các chất kích thích nhu động ruột như thuốc xổ.

Chú ý hai vấn đề: đủ dinh dưỡng và thức ăn có ảnh hưởng đến chức năng của hậu môn nhân tạo: khuyến người bệnh uống nhiều nước, nhai kỹ thức ăn, ăn chậm, ăn những thức ăn giàu dinh dưỡng.

- Đối với lỗ mở hồi tràng ra da: chú ý mất nước và rối loạn điện giải.

- Vận động: Tránh làm việc nặng khi đang mang hậu môn nhân tạo hay mới đóng hậu môn nhân tạo.

- Vệ sinh thân thể: vẫn tắm rửa bình thường nhưng tránh chà sát savon lên hậu môn nhân tạo.

- 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 tháng (hoặc thời gian ngắn hơn nếu là ruột non).

Ngoài ra nên dặn dò người bệnh đến bệnh viện ngay nếu thấy chảy máu, không ra phân, chướng bụng, đau bụng ...

7.2.3. Người bệnh đau sau phẫu thuật

- 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...

7.2.4. Người bệnh được chỉ định đóng hậu môn nhân tạo

- Điều kiện đóng hậu môn nhân tạo:
 - o Thường sau 2 – 3 tháng (tùy tình trạng người bệnh)
 - o Đoạn dưới phải thông
 - o 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.
 - o Chế độ ăn: chuyển dần từ chế độ ăn đặc sang lỏng: cơm (ngày đầu), cháo (ngày thứ hai), sữa hoặc trà đường (ngày thứ ba). Chiều tối hôm trước nhịn ăn uống hoàn toàn để sáng hôm sau mổ.
 - o Thụt tháo ở hậu môn nhân tạo và hậu môn thật ngày một lần (2 ngày trước mổ), ngày 2 lần (ngay trước ngày mổ).
 - o Hoặc rửa sạch đại tràng: Uống dung dịch Fortrans trước 1 ngày với 3 gói, mỗi gói pha một lít nước điều dưỡng cần bảo đảm sạch phân trong lòng ruột.
 - o Thực hiện kháng sinh đường ruột, kháng sinh dự phòng trước mổ.

7.2.5. 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 hóa khu trú: theo dõi dấu hiệu xì dò phân qua vết mổ, hay lỗ đóng hậu môn nhân tạo, nhiệt độ, đau bụng
- Chảy máu miệng nối hay ở thành bụng.
- Hẹp miệng nối hậu môn nhân tạo: theo dõi bón, rặn khi đi cầu, số lần đi cầu.
- Tắc ruột.
- Nhiễm trùng vết mổ thành bụng chỗ đóng hậu môn nhân tạo: thay băng khi thấm dịch.

7.3. Tiêu chuẩn lượng giá

- Người bệnh tham gia sinh hoạt trong gia đình, xã hội, công việc 1 cách tự tin.
- Người bệnh tự chăm sóc hậu môn nhân tạo thành thạo.

LƯỢNG GIÁ

1. Dụng cụ nào sau đây thụt tháo cho bệnh nhân tự chủ?

- A. Sonde Rectal B. Sonde Cannuyl C. Sonde Nelaton D. Tube levine

2. Dụng cụ nào sau đây thụt tháo cho bệnh nhân không tự chủ?

- A. Sonde Rectal B. Sonde Cannuyl C. Sonde Nelaton D. Tube levine

3. Dụng cụ nào sau đây thụt tháo hậu môn nhân tạo?

- A. Sonde Rectal B. Sonde Cannuyl C. Sonde Nelaton D. Tube levine

4. Chăm sóc nào sau đây giúp vùng da xung quanh HMNT không bị rôm lở?

- A. Sát trùng bằng cồn 70⁰ B. Thoa bằng Oxyt kẽm
C. Thoa bần Vaseline D. Thoa bằng Povidine 4%

Bài 13: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ – DÒ HẬU MÔN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa trĩ – dò hậu môn.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại trĩ – dò hậu môn.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trĩ – dò hậu môn.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí trĩ – dò hậu môn.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh trĩ – dò hậu môn.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

13.1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ

NỘI DUNG

A. TRĨ

I. ĐỊNH NGHĨA: Trĩ là hiện tượng giãn các tĩnh mạch hậu môn trực tràng. Trĩ có thể là một bệnh nhưng cũng có thể là triệu chứng của một bệnh khác.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân chính

* **Nhiễm khuẩn hậu môn trực tràng** làm huỷ các mô liên kết nâng đỡ các tĩnh mạch vùng trực tràng hậu môn.

* **Tắc nghẽn hoặc chèn ép các tĩnh mạch dẫn máu từ hậu môn trực tràng về tim:**

- Hệ thống tĩnh mạch cửa: tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xơ gan cổ trướng.
- Hệ thống tĩnh mạch chủ dưới: thai sản, u vùng chậu, u trực tràng hậu môn.

2. Các yếu tố thuận lợi

- * **Cơ địa:** người béo phì, ăn uống nhiều.
- * **Gia đình:** bệnh di truyền về mô liên kết lỏng lẻo quá mức Ehler – Danlos.
- * **Ứ đọng máu ở vùng chậu:** nghề nghiệp phải ngồi lâu, thói quen ít hoạt động
- * **Tăng áp lực ổ bụng thường xuyên:** khiêng vác nặng, ho, táo bón, kiết lỵ, tiêu khó.

III. CƠ THỂ BỆNH: Các tĩnh mạch ở trực tràng hậu môn kết hợp thành 2 hệ thống thông nối với nhau:

- * **Mạng lưới tĩnh mạch trực tràng trên:** nằm dưới lớp niêm mạc trực tràng và chảy về tĩnh mạch cửa, khi giãn ra thì gây trĩ nội. Có thể chia trĩ nội thành 4 độ tùy theo mức độ xuất hiện:
 - Độ 1: trĩ nội chỉ thấy khi soi trực tràng, không xuất hiện ngoài hậu môn.

- Độ 2: trĩ nội xuất hiện ở hậu môn khi đi tiêu và tự co vào khi đi tiêu xong.
 - Độ 3: trĩ nội xuất hiện ở hậu môn khi đi tiêu và phải lấy tay đẩy mới tụt vào.
 - Độ 4: trĩ nội sa thường xuyên ở hậu môn.
- * **Mạng lưới tĩnh mạch trực tràng dưới:** nằm dưới lớp da hậu môn và chảy về hệ thống tĩnh mạch chủ dưới, khi giãn ra thì gây trĩ ngoại.

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng chức năng

- Đau hậu môn: bệnh nhân có cảm giác khó chịu, tức hoặc vướng ở hậu môn. Sau khi đi tiêu thường có cảm giác đau rát hậu môn.
- Chảy máu hậu môn: thường chảy vài giọt máu tươi ngay sau khi đi tiêu, nhưng khi bị nặng có thể chảy thường xuyên với số lượng nhiều hơn.
- Sa búi trĩ: búi trĩ thường sa xuống mỗi khi đi tiêu hoặc rặn, bệnh nhân có thể đẩy cho búi trĩ co lên. Nếu bị nặng búi trĩ có thể sa thường xuyên.

2. Triệu chứng thực thể

* **Khám trĩ:** nên khám khi bệnh nhân nằm chổng mông và rặn cho trĩ xuất hiện. Nên thăm trực tràng và khám với ống soi hậu môn để không bỏ sót các trĩ nội. **Búi trĩ nằm quanh hậu môn thành từng khối u nhỏ, lùm nhùm, ấn mềm xẹp, không đau.** Tùy theo trĩ nội hay ngoại mà có thêm các triệu chứng khác:

- **Trĩ ngoại:** ở ngay ngoài hậu môn, bề mặt được da hậu môn che phủ có màu tím sẫm và tương đối khô ráo. Loại này thường đau nhưng ít chảy máu.
- **Trĩ nội:** thường phải rặn mới xuất hiện, bề mặt được niêm mạc che phủ có màu hồng và có tiết dịch nhầy nhớt. Loại này thường ít đau nhưng hay chảy máu.
- **Trĩ hỗn hợp:** trên cùng một bệnh nhân có cả trĩ nội lẫn trĩ ngoại, nhiều khi xếp thành một vòng quanh hậu môn.

* **Khám toàn thân để tìm nguyên nhân gây trĩ:**

- Bệnh lý nhiễm khuẩn hậu môn trực tràng: nhọt, nứt hoặc dò hậu môn.
- Các khối u vùng chậu: mang thai, ung thư trực tràng...
- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển: tùy thuộc vào yếu tố gây trĩ

- Nếu trĩ là triệu chứng của một bệnh lý khác thì tiến triển của trĩ phụ thuộc vào diễn tiến của bệnh đó.
- Nếu trĩ là một bệnh riêng lẻ, hoặc trĩ không điều trị thì sẽ tiếp tục tiến triển và có biến chứng.

2. Biến chứng

- Thiếu máu do đi tiêu ra máu dai dẳng, hoặc chảy máu hậu môn thường xuyên.
- Nhiễm khuẩn gây viêm, nhọt và dò hậu môn.
- Sa búi trĩ không đẩy lên được gây loét và chảy máu.
- Tắc tĩnh mạch trĩ gây đau dữ dội, búi trĩ hoá xơ.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT (THAM KHẢO)

- Các khối u hậu môn trực tràng (không phải là trĩ): thường là một cục cứng, một khối u bị loét, một khối u có cuống....nhưng tất cả đều không ấn xẹp được.
- Sa hậu môn trực tràng: thường gặp ở bệnh nhân bị kiết lỵ. Khối u sa ra ngoài và chiếm hết chu vi hậu môn, bề mặt có các nếp nhăn hình tia của da hậu môn (sa hậu môn) hoặc có các vòng đồng tâm của niêm mạc trực tràng (sa trực tràng).

VII. ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Phòng bệnh

- Tập thói quen tốt về tiêu hoá: ăn uống điều độ, thức ăn dễ tiêu, có nhiều rau trái chín để tránh táo bón và kiết lỵ. Vệ sinh hậu môn mỗi khi đi tiêu.
- Tập thói quen vận động: năng vận động, đi lại, tập thể dục thể thao, nhất là đối với những người làm công việc phải ngồi lâu tại chỗ.

2. Điều trị: Phải chú trọng điều trị các nguyên nhân gây ra trĩ, như thế các trường hợp trĩ triệu chứng có thể không cần điều trị hoặc điều trị sẽ đơn giản. Có nhiều biện pháp điều trị trĩ, phối hợp theo từng giai đoạn

* Nội khoa: Chủ yếu để điều trị trĩ nội và điều trị trĩ triệu chứng

- Áp dụng các biện pháp phòng bệnh nêu trên để ngăn chặn trĩ phát triển thêm.
- Sau mỗi lần đi tiêu cần ngâm rửa hậu môn và đặt thuốc.
- Thuốc dùng bôi trĩ rất đa dạng:
 - . Giảm đau có cocaine, xylocaine; làm se da và niêm mạc có acide tannique;
 - . Chống co thắt có belladonne; làm xơ hoá trĩ có phenol, quinine;
 - . Bảo vệ thành mạch có rutine; diệt khuẩn có acide borique, kháng sinh;
 - . Chống viêm có corticoide; các loại biệt dược có Varemoid, Ultraproct, Preparation H.
- Thuốc nam: đặc biệt là rau dấp cá (ngũ tinh thảo), có thể dùng tươi và ăn như rau sống hoặc dùng lá khô (10g /ngày) sắc uống, bã đắp lên trĩ.

* Ngoại khoa: có thể dùng cho cả trĩ nội lẫn trĩ ngoại

- Làm xơ hoá trĩ: tiêm quanh búi trĩ các dung dịch gây xơ hoá như phénol 5%, urée và quinine 5%, acid carbolique 10%, huyết thanh đùn sôi.... Chỉ định chính là trĩ nội không có biến chứng. Nhược điểm là gây đau, gây viêm loét nếu tiêm thuốc quá liều hoặc bị tái phát nếu tiêm không đủ.
- Phẫu thuật cắt bỏ hoặc đốt điện các búi trĩ riêng lẻ. Nếu trĩ vòng phải mổ làm nhiều lần hoặc mổ với laser để cầm máu và tránh biến chứng hẹp hậu môn.

13.2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DÒ HẬU MÔN

DÒ HẬU MÔN: Dò hậu môn là đường thông ra ngoài của mô hạt nhiễm khuẩn mãn tính, dò hậu môn thường là kết quả của nhiễm khuẩn và nhọt hậu môn điều trị không đúng cách.

I. NGUYÊN NHÂN: Thường gặp là trực trùng coli, ngoài ra còn do các tụ cầu trùng, liên cầu trùng và trực trùng lao.

II. GIẢI PHẪU BỆNH

1. Đường đi

- Dò dưới niêm mạc: Đường dò nông, nằm trong cơ vòng hậu môn.
- Dò ngoài cơ vòng hậu môn: Thường có hai lỗ dò, một ở ngoài hậu môn, một ở niêm mạc trực tràng.
- Dò ngang qua cơ vòng hậu môn: Đường dò đi xuyên qua cơ vòng hậu môn.

2. Cấu tạo của đường dò

- Dò chột: Chỉ có một lỗ dò ở trong hay ở ngoài hậu môn.
- Dò hoàn toàn: Có hai lỗ dò ở hai đầu đường dò.
- Dò phức tạp: Đường dò khúc khuỷu hoặc phân nhánh, có nhiều lỗ dò ở trong hay ở ngoài hậu môn.

3. Luật Goodsall

- Lỗ dò ở phía sau hậu môn thường có đường dò cong và lỗ dò bên trong thường ở đường giữa sau.
- Lỗ dò ở phía trước hậu môn thường có đường dò thẳng và lỗ dò trong cùng vị trí với lỗ dò bên ngoài

III. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Chảy dịch mũ hôi hoặc nước vàng ở hậu môn, có thể lẫn máu.
- Ngứa hậu môn dai dẳng

2. Triệu chứng thực thể: Nên khám bệnh nhân ở tư thế nằm chổng mông.

- Khám ngoài hậu môn thấy một hay nhiều lỗ dò, mỗi lỗ nằm trên một núm thịt nhỏ, da xung quanh viêm đỏ.
- Khám trong hậu môn có thể thấy một đám cứng dọc theo đường dò và có mũ ra ở lỗ dò.
- Khám bằng que thăm có thể xác định được vị trí đường dò đối với cơ vòng hậu môn cũng như lỗ dò bên trong hậu môn.

3. Cận lâm sàng

- Nội soi trực tràng kết hợp với bơm thuốc xanh methylen vào lỗ dò bên ngoài: Chủ yếu tìm đường dò và lỗ dò bên trong hậu môn trực tràng.
- Chụp X quang đường dò với thuốc cản quang: Dành cho các trường hợp dò phức tạp.
- Xét nghiệm vi khuẩn học: Nếu nghi ngờ dò hậu môn do lao hoặc nấm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Ngoại khoa

- Đường dò nông: Mở rộng đường dò từ trong ra ngoài.
- Đường dò sâu ngang qua cơ vòng: Cắt rộng quanh lỗ dò dùng sợi cao su hay chỉ nylon xuyên qua lỗ dò buộc và mỗi ngày thắt chặt hơn, sợi chỉ sẽ dần dần cắt đứt cơ vòng hậu môn kèm theo việc liền sẹo đường dò từ sâu đến nông.

2. Nội khoa: Kháng sinh đặc biệt là trong các trường hợp dò hậu môn do lao, nấm, hoa liễu.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

1. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRĨ

Người bệnh đau do nhiễm trùng búi trĩ hay do tắc mạch

- Chuẩn bị người bệnh: thực hiện khám hay soi trực tràng
- Nên cho người bệnh ngâm mông ngày 2 – 3 lần và sau khi đi cầu bằng nước ấm (thời gian ngâm 10-15 phút, nhiệt độ nước 40 – 45⁰C giúp máu tới vùng chậu: giảm phù nề và giảm đau

- Đặt thuốc hay bơm thuốc chống co thắt chống đau giúp người bệnh dễ chịu thoải mái.

Thực hiện thuốc giảm đau

- Lượng giá mức độ đau, tính chất, ngưỡng đau, mất thoải mái,
- Dùng túi hay gối thấm dịch đặt dưới mông người bệnh
- Khuyến khích tắm ngồi giúp thoải mái và sạch
- Dùng túi lạnh đặt vào búi trĩ giúp bớt sưng huyết

Bón

- Người bệnh đi cầu ngay, nhanh, không ngồi lâu, không cố gắng
- Duy trì đủ nước trong ngày, thức ăn nhuận trường
- Khuyến khích người bệnh vận động, thể dục
- Cho người bệnh thuốc trước khi đi cầu, có thể ngay sau mổ vì người bệnh có thể sợ đau
- Theo dõi người bệnh xem có đau khi đi cầu

Chảy máu

- Lấy dấu chứng sinh tồn,
- Phân có máu không, dấu mất máu, dấu chảy máu quanh hậu môn

Chuẩn bị người bệnh trước mổ

- Điều dưỡng cho người bệnh đi cầu, vệ sinh sạch vùng hội âm,
- Chú ý cách ngâm rửa hậu môn tránh nhiễm trùng
- Người bệnh có thể dùng thuốc kháng sinh trước mổ nếu có tình trạng nhiễm trùng

2. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TRĨ

2.1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Đau: mức độ đau,
- Chảy máu: số lượng,
- Meche cầm máu: Có thấm băng, màu sắc, mùi
- Tình trạng vết thương: dấu hiệu nhiễm trùng, sưng nề, mùi
- Vận động: Người bệnh ngồi hay nằm,...

2.2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

Người bệnh chảy máu

- Nếu người bệnh mổ trĩ không cần nằm viện nên điều dưỡng chỉ theo dõi chảy máu trong những giờ đầu sau đó cho người bệnh về và hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc tại nhà như

- Theo dõi chảy máu sau mổ: quan sát băng có thấm ướt máu không Thay băng khi thấm ướt
- Ngâm rửa hậu môn với nước muối sinh lý ấm ngày 3 lần và sau khi đi cầu
- Tái khám khi có dấu hiệu đau tăng lên

Bài 14: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỆNH LÝ HỆ TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa các bệnh lý hệ tiết niệu.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân các bệnh lý hệ tiết niệu.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh lý hệ tiết niệu.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí các bệnh lý hệ tiết niệu.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh có bệnh lý hệ tiết niệu.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

14.1. SỎI TIẾT NIỆU

NỘI DUNG

BỆNH HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi tiết niệu là kết quả của sự kết tinh các chất hoà tan trong nước tiểu ở điều kiện thích hợp.
- Sỏi tiết niệu là bệnh thường gặp nhất của hệ tiết niệu (khoảng 45%), biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, từ không triệu chứng đến suy thận và tử vong.

II. NGUYÊN NHÂN

1. SỎI CÓ THỂ ĐƯỢC TẠO RA DO CÁC YẾU TỐ SAU ĐÂY

- * **Gia tăng nồng độ các chất có thể kết tinh thành sỏi trong nước tiểu:** urate, calcium, oxalate... hoặc xuất hiện những chất không có trong nước tiểu bình thường như xanthine, cystine.
- * **Tình trạng nước tiểu thuận lợi cho sự kết tinh sỏi:** nước tiểu đậm đặc, nước tiểu quá axit hay quá kiềm, nước tiểu bị ứ đọng.
- * **Có yếu tố phát khởi sự kết tinh sỏi:** dị vật đường tiểu, vi khuẩn, giun sán.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY SỎI TIẾT NIỆU CÓ THỂ CHIA THÀNH 2 NHÓM

- * **Nguyên nhân tại chỗ:** nhiễm khuẩn hoặc nhiễm ký sinh trùng đường tiết niệu, nghẽn tắc đường tiểu, dị vật đường tiểu.
- * **Nguyên nhân toàn thân:** các rối loạn ảnh hưởng trên sự bài tiết các chất ở thận
 - Rối loạn biến dưỡng calci: u tuyến cận giáp, hội chứng sữa-kiềm.
 - Rối loạn biến dưỡng acide urique: bệnh thống phong (gouttes, gút).
 - Rối loạn tăng sinh da và niêm mạc: thiếu vitamine A, D, B6

III. CƠ THỂ BỆNH

1. SỎI

- Số lượng rất thay đổi, từ 1 đến hàng trăm.
- Kích thước và hình thể cũng đa dạng: có thể to và tròn như quả trứng hoặc giống một nhánh san hô, nhưng cũng có thể vụn và nhiều như sỏi cát.
- Cấu tạo hoá học: sỏi có calcium thường cản quang, sỏi urate màu vàng và rất cứng, sỏi phosphate trắng mềm, sỏi hỗn hợp gồm nhiều thành phần hoặc sỏi hiếm như sỏi cystine, xanthine.
- Vị trí: hai nơi tạo sỏi nhiều nhất là đài bể thận và bàng quang. Sỏi niệu quản và niệu đạo thường do nơi khác di chuyển đến.

2. TỖN THƯƠNG CỦA ĐƯỜNG TIẾT NIỆU KHI CÓ SỎI

- Thận: ứ đọng nước tiểu làm thận trướng nước. Nếu nhiễm khuẩn, thận và vùng quanh thận bị viêm, có mủ. Lâu dài nhu mô thận teo, hoá xơ cùng với suy giảm chức năng thận.
- Niệu quản: niệu quản phía trên nơi nghẽn tắc thường nở lớn.
- Bàng quang: bị viêm, teo xơ, tạo túi ngách, dẫn to.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG: Triệu chứng thay đổi tùy theo vị trí của sỏi

1. SỎI THẬN

*** Triệu chứng chức năng**

- Đau vùng thắt lưng: có nhiều hình thức như cơn đau quặn thận, đau ê ẩm, hoặc chỉ thấy mỏi lưng. Đau thường phát khởi sau khi làm nặng, di chuyển, vận động. Một số bệnh nhân lại không đau, trừ khi có biến chứng.

- Nước tiểu bất thường: có thể tiểu ra máu toàn bãi hoặc tiểu ra sỏi nhỏ. Nếu đã có nhiễm khuẩn thì có thể tiểu đục hoặc tiểu ra mủ.

*** Triệu chứng thực thể**

- Khám khi có cơn đau: có điểm đau ở vùng thắt lưng hoặc điểm đau ở niệu quản.

- Nếu thận bị ứ nước tiểu, khám thấy thận to (có chạm thận và bập bênh thận).

2. SỎI NIỆU QUẢN

*** Triệu chứng chức năng:**

- Có cơn đau quặn thận điển hình. Cũng có trường hợp đau không rõ hoặc không đau.

- Tiểu ra máu toàn bãi, thường nhẹ.

- Đôi khi có triệu chứng của bàng quang như tiểu nhiều lần, tiểu gắt, tiểu khó.

*** Triệu chứng thực thể**

- Có điểm đau ở vùng thắt lưng hoặc ở một điểm trên đường đi của niệu quản.

- Thận lớn do ứ nước tiểu.

3. SỎI BÀNG QUANG

*** Triệu chứng chức năng**

- Tiểu đau: mỗi lần đi tiểu bệnh nhân có cảm giác đau hạ vị lan xuống vùng sinh môn.

- Tiểu ra máu, điển hình là có máu cuối bãi và không nhiều.

- Tiểu lắt nhắt nhiều lần suốt ngày (tiểu rắt), do bàng quang bị kích thích.
- Khó tiểu, tiểu không thành tia mà chỉ són từng chút làm bệnh nhân đau tức hạ vị. Trẻ em có sỏi bàng quang thường nằm dương vật kêu khóc, nước tiểu rỉ ra tay, ngửi thấy mùi khai (dấu hiệu bàn tay khai).
- Bí tiểu đột ngột trong khi đi tiểu, đôi khi thay đổi tư thế thì lại tiểu được.
- * **Triệu chứng thực thể:** thường nghèo nàn, ít giá trị
- Khi sỏi to, kết hợp khám bụng và trực tràng có thể sờ thấy.
- Sỏi bàng quang thường do bệnh lý tại chỗ, nên khám có thể tìm được nguyên nhân như u xơ tuyến tiền liệt, xơ cứng cổ bàng quang.
- Thăm dò bàng quang bằng ống thông kim loại, có cảm giác chạm vào vật cứng.

4. SỎI NIỆU ĐẠO

*** Triệu chứng chức năng**

- Đau đột ngột, dữ dội vùng sinh môn hoặc dọc theo niệu đạo.
- Tiểu khó, rỉ nước tiểu lắt nhắt, có thể bí tiểu.

*** Triệu chứng thực thể**

- Sờ dọc theo niệu đạo có thể tìm thấy sỏi dưới dạng một cục cứng, ấn rất đau.
- Dùng thông sắt thăm dò có cảm giác chạm vào vật cứng ở niệu đạo. Không đặt thông tiểu vào bàng quang được vì bị tắc nghẽn và đau ở niệu đạo.

V. CÁC XÉT NGHIỆM TRONG CHẨN ĐOÁN SỎI TIẾT NIỆU

1. CÁC XÉT NGHIỆM HÌNH ẢNH

* Siêu âm hệ tiết niệu: là xét nghiệm quan trọng, xác định được

- Sỏi: số lượng, kích thước, vị trí
- Các thay đổi của hệ tiết niệu: thận và đài bể thận (thận to, trướng nước, xơ teo), niệu quản (dãn nở, ngoằn ngoèo), bàng quang (dãn nở, có túi ngách, xơ teo).

*** Chụp X quang /CT**

- Chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị (KUB): có thể thấy được sỏi cản quang (khoảng 70%), đôi khi thấy bóng thận to.
- Chụp X quang hệ tiết niệu với chất cản quang tiêm tĩnh mạch (IVU): để phát hiện sỏi không cản quang, hình ảnh của hệ tiết niệu và đánh giá chức năng bài tiết của thận.
- Chụp hệ tiết niệu với chất cản quang bơm ngược dòng từ niệu đạo/ niệu quản: ít dùng.

* **Nội soi hệ tiết niệu:** vừa chẩn đoán, vừa điều trị (gắp sỏi hoặc tán sỏi).

2. XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU: có hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn, albumine, trụ niệu và các tinh thể tạo nên sỏi. Kết quả của XN nước tiểu rất thay đổi và không giúp chẩn đoán sỏi tiết niệu.

3. CÁC XÉT NGHIỆM MÁU: đều không đặc hiệu cho sỏi tiết niệu, nhưng có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân hay hậu quả của sỏi

- Nhiễm khuẩn: Bạch cầu hạt trung tính tăng.
- Suy thận: Urea, BUN, Creatinin máu tăng
- Các rối loạn biến dưỡng: Calci máu, Acide urique máu tăng....

VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Sỏi tiết niệu ít khi tự tan nhưng có thể di chuyển dần từ trên xuống dưới, và có thể được tiểu ra ngoài nếu sỏi có kích thước đủ nhỏ. Sỏi có kích thước lớn thường gây nhiều biến chứng:

1. Ứ ĐỌNG NƯỚC TIỂU: thận bị trướng nước, niệu quản và bàng quang bị dẫn to. Chủ mô thận bị trướng nước lâu ngày sẽ teo dần lại và gây suy thận.

2. VÔ NIỆU: thường do sỏi niệu quản hoặc sỏi thận 2 bên, đôi khi xuất hiện trong cơn đau quặn thận hoặc do sỏi một bên kèm theo suy thận kia từ trước. Vô niệu làm suy thận nhanh chóng.

3. NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU

- Thận: viêm đài bể thận, viêm thận mủ, viêm tấy và viêm mủ quanh thận. Bệnh nhân sốt cao, rét run, đau vùng thắt lưng, tiểu đục hoặc có máu. Khám thấy vùng thắt lưng sưng nề, ấn đau, thận to và đau.

- Viêm bàng quang: tiểu đau, tiểu nhiều lần, nước tiểu đục, ấn vùng bàng quang đau.

4. SUY THẬN: là biến chứng nặng với các triệu chứng tiểu ít hay vô niệu, phù toàn thân, rối loạn nước và điện giải, cao huyết áp, urée máu cao, hôn mê và chết.

VII. ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. ĐỀ PHÒNG

- Uống nước đầy đủ, nhất là khi làm việc ra nhiều mồ hôi, ở nơi nóng bức.

- Chế độ ăn đầy đủ sinh tố, nên thay đổi thức ăn để cân bằng các chất dinh dưỡng.

- Điều trị sớm các bệnh toàn thân và tại chỗ có thể gây sỏi: bệnh sỏi máu, nhiễm trùng tiết niệu, u xơ tuyến tiền liệt, dị vật đường tiểu.

2. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA: Chỉ áp dụng cho sỏi nhỏ và không có biến chứng. Mục đích là không để sỏi lớn thêm, hạn chế tạo thêm sỏi và loại trừ sỏi đã có bằng đường tự nhiên.

* **Tiết thực:** kiêng cử các thức ăn tạo sỏi (calci, oxalate, urate).

* **Loại trừ sỏi tự nhiên** bằng cách tăng lưu lượng nước tiểu (cho uống nhiều nước, cho thuốc lợi tiểu) kết hợp với các thuốc tăng co bóp cơ trơn như Prostigmine, hoặc thuốc giãn cơ trơn như Atropine, Nospar.

* **Cho thuốc làm tan sỏi:** tác dụng chưa chắc chắn

- Thuốc nam: uống nước ép hột chuối hột.

- Kiểm hoá nước tiểu để làm tan sỏi urate

- Acide hoá nước tiểu để làm tan sỏi phosphate

- Thuốc làm tan sỏi urate: Piperazine Midy, Halopurinol.

3. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA: Ngoại khoa có thể vừa điều trị nguyên nhân gây sỏi, vừa điều trị sỏi.

* **Điều trị nguyên nhân gây sỏi:** như mổ u xơ tuyến tiền liệt, lấy dị vật đường tiểu, sửa chữa chỗ hẹp của niệu quản

* **Điều trị sỏi tiết niệu:** có nhiều phương pháp

- Phẫu thuật lấy sỏi: là phương pháp cổ điển, tùy vị trí của sỏi có thể mổ thận, đài bể thận, niệu quản hoặc bàng quang. Mổ nội soi thường có kết quả tốt hơn mổ thường.

- Gắp sỏi qua nội soi: thường có ống nội soi, qua đó có thể trông thấy sỏi và dùng dụng cụ đặc biệt để kẹp vỡ sỏi và gắp ra hoặc để bệnh nhân tự đi tiểu ra.

- Phá sỏi bằng siêu âm hoặc chấn sóng: áp dụng tốt với sỏi nhỏ.

4. ĐIỀU TRỊ BỆNH TOÀN THÂN GÂY SỎI: Tùy nguyên nhân có thể điều trị cho thích hợp

- Mổ cắt bỏ u tuyến cận giáp.
- Điều trị giảm bớt acide urique trong bệnh thống phong (gút): hạn chế thức ăn động vật.

NHẬN ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

1. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1.1. Nhận định điều dưỡng

- Xác định cơn đau: thời gian, kiểu đau
- Thói quen tiết chế gần đây: ăn nhiều chất có purin, uống nhiều nước trái cây hay trái cây có nhiều chất kết tủa oxalate
- Thuốc đang điều trị
- Hiện tượng tắc nghẽn đường tiểu: nhiễm trùng niệu, bất động.
- Đường tiểu: tổng phn tích nước tiểu, cặn lắng,
- X-quang: chụp bụng không sửa soạn, KUB, UIV

1.2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

Đau do tưới rửa sỏi

- Kiểm soát cơn đau: Dùng thuốc ngủ, thuốc giãn cơ tùy tình trạng người bệnh giúp người bệnh giảm đau
- Theo dõi nước xuất nhập, uống nhiều nước.
- Cho người bệnh đi lại giúp người bệnh thoát sỏi,

Nguy cơ nhiễm trùng do kẹt sỏi

- Quan sát và theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng niệu, theo dõi nhiệt độ
- Thực hiện kháng sinh
- Cho người bệnh uống nhiều nước. Vệ sinh bộ phận sinh dục.
- Theo dõi nước tiểu: màu sắc, số lượng và tính chất đi tiểu

Nguy cơ mất dịch do rối loạn nước xuất nhập

- Theo dõi dấu chứng sinh tồn, nước xuất nhập và cân nặng
- Cung cấp đủ nước khi người bệnh dùng thuốc lợi tiểu, thức ăn có nhiều Kali, tránh thức uống dễ tạo sỏi, có các chất kích thích.

2. QUY TRÌNH CHĂM SÓC SAU MỔ

2.1. Nhận định điều dưỡng

- Tổng trạng người bệnh sau mổ, dấu chứng sinh tồn, cân nặng,
- Dấu hiệu chảy máu sau mổ
- Tình trạng nước tiểu: màu sắc, số lượng
- Hệ thống dẫn lưu thông: câu nối, thông, bình chứa.
- Tình trạng nước xuất nhập
- Đau sau mổ: vết mổ, dẫn lưu, bụng ...
- Dấu hiệu nhiễm trùng: do vết mổ, do nhiễm trùng tiểu,

2.2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

Hô hấp kém do người bệnh đau sau mổ

- Theo dõi đau, tình trạng hô hấp. Hướng dẫn người bệnh cách thở,

- Cho người bệnh cử động sớm, ngồi dậy, tập thở, thuốc giảm đau
- Theo dõi dấu chứng sinh tồn, tri giác người bệnh, đánh giá tổng trạng người bệnh thường xuyên
- Tư thế: người bệnh nằm tư thế Fowler, tránh đau vết mổ

Rối loạn nước xuất nhập do mất nước qua dẫn lưu

- Theo dõi sát nước tiểu về màu sắc, tính chất, số lượng
- 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.
- Theo dõi sự chảy máu qua vết thương, dẫn lưu.
- Theo dõi sát nước xuất nhập giúp theo dõi và đánh giá chức năng thận. Thực hiện bù nước và điện giải

Biến 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 đi ra vết thương thường sau 5 – 6 ngày thì hết, nếu dịch ra nhiều thì nên ngừa rơm lở da xung quanh dẫn lưu, công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm.

Dẫn lưu bể thận:

- Thường ra nước tiểu, mũ, hay ít máu, cặn lắng. Nếu máu ra nhiều 200ml/ giờ thì nên đo lại dấu chứng sinh tồn và báo bác sỹ.
- Dẫn lưu để điều trị thường có chỉ định bơm rửa, nên bơm với áp lực thấp, mỗi lần 5 – 10ml

Vết mổ: tránh nhiễm trùng do nước tiểu từ dẫn lưu ra da, thực hiện thay băng khi thấm ướt, ngăn ngừa rơm lở da tích cực.

Người bệnh lo lắng sỏi tái phát do thức ăn

- Khi có nhu động ruột cho ăn ngay v ăn bình thường, người bệnh uống nhiều nước 3 – 4 lít trong suốt cả ngày
- Người bệnh có sỏi calci nên hạn chế ăn: tôm cua
- Người bệnh có sỏi Urat nên hạn chế thức ăn có chất Purine, thịt, tom, đậu, thức ăn lên men
- Người bệnh có sỏi oxalate hạn chế thức ăn có chất oxalic: cà, đậu, spinach (rau xanh thắm)

Giáo dục người bệnh

- Khuyến người bệnh uống nhiều nước trong ngày.
- Hạn chế những thức ăn tạo sỏi.
- Điều trị và phòng bệnh nhiễm trùng tiểu, nhiễm ký sinh trùng đường ruột, bệnh cường giáp.
- Khi có dấu hiệu bất thường thì khám, kiểm tra sức khỏe định kỳ

Tiêu chuẩn lượng giá

- Dấu hiệu và triệu chứng sỏi niệu hết: 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

LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân gây ra sỏi đường tiết niệu là:

- A. Tắc đường tiểu
- B. Nhiễm trùng đường tiểu
- C. Dị vật đường tiểu
- D. Câu A, B, C đúng

2. Nguyên nhân gây ra sỏi đường tiết niệu, ngoại trừ:

- A. Tắc đường tiểu
- B. Nhiễm trùng đường tiểu
- C. Dị vật đường tiểu
- D. Nhiễm trùng huyết

3. Yếu tố thuận lợi gây ra sỏi đường niệu là:

- A. Nước tiểu đậm đặc
- B. Nước tiểu quá axit hay quá kiềm
- C. Nước tiểu bị ứ đọng.
- D. Câu A, B, C đúng

4. Yếu tố thuận lợi gây ra sỏi đường niệu, ngoại trừ:

- A. Nước tiểu đậm đặc
- B. Nước tiểu quá axit
- C. Nước tiểu bị ứ đọng.
- D. Nước tiểu trung tính

5. Triệu chứng cơ năng của sỏi thận là:

- A. Đau vùng thắt lưng
- B. Đau vùng hạ sườn phải
- C. Đau vùng hạ sườn trái
- D. Đau khắp bụng

Bài 15: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG HỆ NIỆU

(CHẤN THƯƠNG THẬN – CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO)

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa chấn thương hệ tiết niệu.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại chấn thương hệ tiết niệu.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương hệ tiết niệu.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chấn thương hệ tiết niệu.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương hệ tiết niệu.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

CHẤN THƯƠNG THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG: Thận là một tạng đặc nằm sau ổ bụng, tương đối di động và chủ mô lại kém vững chắc nên khi bị chấn thương rất dễ dập vỡ. Các hình thức chấn thương thận thường gặp là:

- Chấn thương trực tiếp vào vùng thắt lưng hoặc hạ sườn, thường là do đụng dập.
- Chấn thương gián tiếp, do ngã từ cao xuống, do sức ép từ nơi xa đến.
- Vết thương thận do hoá khí hay do vũ khí sắc bén.

II. CƠ THỂ BỆNH

1. Tổn thương của thận, được phân chia theo mức độ nặng dần:

- Chảy máu dưới bao thận
- Rách chủ mô thận, có thể lan đến bao thận hoặc vào hệ thống đài bể thận.
- Vỡ thận thành nhiều mảnh, đôi khi tách rời hẳn hoặc dập nát.
- Đứt rời cuống thận gồm mạch máu và niệu quản.

2. Tổn thương phối hợp: do chấn thương vào thành bụng, có thể có các tổn thương như gãy xương sườn, vỡ gan hoặc vỡ lách kèm theo.

3. Tiến triển

- Máu chảy từ các tổn thương của chủ mô thận có thể tự cầm, nhưng cũng có thể không cầm được, hoặc chảy máu thứ phát sau khi đã ngưng chảy.
- Tổn thương hệ thống bài tiết có thể làm chảy nước tiểu vào khoảng mô quanh thận.
- Các tổn thương thận, đài bể thận và mô quanh thận đều lành bằng cách hoá sẹo gây chèn ép hoặc chít hẹp các cơ quan tiết niệu và xung quanh, và dẫn đến kết quả là suy thận.

III. TRIỆU CHỨNG: Sau khi bị chấn thương, bệnh nhân có các triệu chứng sau:

1. Triệu chứng chức năng

- Choáng: nếu xảy ra ngay sau chấn thương và chỉ thoáng qua thì thường là do đau. Nếu sau một thời gian mới xảy ra hoặc mỗi ngày một nặng dần thì phải nghi là có chảy máu trong.
- Đau vùng thắt lưng, hạ sườn có thể lan xuống hố chậu hoặc lên vai cùng bên.
- Đái ra máu: là triệu chứng thường xuyên và quan trọng nhất. Có thể tiểu ra máu toàn bãi màu đỏ tươi hoặc đỏ sậm ngay sau khi bị chấn thương hoặc sau vài ngày. Tùy mức độ tổn thương của thận mà tiểu ra máu nhiều hay ít, kéo dài lâu hay mau.

2. Triệu chứng thực thể

*** Chủ yếu là tìm thấy khối máu tụ quanh thận:**

- Các cơ vùng thắt lưng, hạ sườn co cứng.
- Sờ góc sống sườn có cảm giác đầy hoặc cảm giác có khối u giới hạn không rõ rệt, gõ đục, ấn đau.

- Đôi khi thấy bầm máu vùng thắt lưng lan xuống hố chậu và vùng bẹn.

*** Tìm các tổn thương phối hợp** như vỡ gan, vỡ lách, gãy xương sườn.

3. Cận lâm sàng

*** Các phương pháp hiện hình thận**

- Chụp X quang bụng không sửa soạn: bóng thận to và mờ vì có máu tụ quanh thận.
- Siêu âm bụng: có thể xác định được tổn thương của thận cũng như tình trạng tụ máu hoặc chảy nước tiểu ra khoảng quanh thận.
- Chụp hệ tiết niệu với chất cản quang tiêm tĩnh mạch (Urographie Intra Veineuse hay UIV) biết được tổn thương và chức năng của cả hai thận.

*** Xét nghiệm khác**

- Máu: Số lượng hồng cầu và dung tích hồng cầu giảm dần.
- Xét nghiệm nước tiểu: có nhiều hồng cầu.

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể nhẹ

- Sau chấn thương, có đái ra máu nhưng ít và thoáng qua.
- Không có máu tụ quanh thận
- X quang và siêu âm không phát hiện tổn thương.
- Tiến triển thường gặp là tự khỏi nhưng cần theo dõi trong vòng 3 tuần lễ.

2. Thể điển hình

- Có chấn thương vào vùng thắt lưng hoặc hạ sườn.
- Sau chấn thương có đái ra máu nhiều.
- Khám thấy máu tụ quanh thận.
- Siêu âm và X quang xác định được tổn thương của thận.

3. Thể nặng

- Sau chấn thương, có triệu chứng choáng mất máu nặng.

- Đái ra máu: có thể rất nặng và nhiều, ra máu cục. Ngược lại có thể không đái ra máu do cục máu đông làm nghẹt niệu quản hoặc do đứt cuống thận.
- Máu tụ quanh thận thường lớn, bầm tím vùng thắt lưng.- Siêu âm xác định được tổn thương và khối máu tụ.
- UIV thấy thận bị tổn thương không bài tiết chất cản quang (thận câm).

4. Thể phổi hợp: Ngoài các triệu chứng do chấn thương thận, có thêm triệu chứng do tổn thương các cơ quan khác như gãy xương sườn, vỡ gan, vỡ lách, vỡ các tạng rỗng trong ổ bụng...

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Trường hợp nhẹ, thận tự liền sẹo và khỏi.

2. Trường hợp nặng, thường có các biến chứng:

- Chảy máu kéo dài hoặc chảy máu thứ phát gây thiếu máu.
- Nhiễm khuẩn gây viêm thận mủ, abscess quanh thận.
- U nang niệu giả do nước tiểu chảy vào vùng quanh thận.
- Sỏi thận hoặc sỏi niệu quản gây cơn đau quặn thận, tiểu máu, nhiễm khuẩn niệu.
- Sẹo chèn ép thận và niệu quản gây cao huyết áp, thận trương nước, suy thận.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu

- Chống choáng: cho nằm nghỉ ngơi, cho thuốc trợ tim, trợ sức.
- Nếu cho thuốc giảm đau phải cân nhắc chống chỉ định nếu có tổn thương nội tạng bụng.
- Cho vitamine K để phòng chảy máu thứ phát.
- Cho kháng sinh uống hoặc tiêm để phòng nhiễm trùng.

2. Nội khoa

- Trường hợp nhẹ và không có biến chứng: để bệnh nhân nằm nghỉ, cho kháng sinh, vitamine K và theo dõi 3 tuần.
- Trường hợp nặng, có choáng mất máu: chống choáng, nếu ổn định dần thì tiếp tục điều trị nội khoa.

3. Ngoại khoa: có chỉ định mổ nếu

- Đái ra máu ngày một nhiều, hoặc chảy máu thứ phát gây thiếu máu.
- Khối máu tụ quanh thận lớn dần
- Chấn thương thận có kèm tổn thương nội tạng bụng.
- Có biến chứng nhiễm khuẩn như viêm thận mủ, abscess quanh thận.

4. Điều trị biến chứng muộn và dự phòng

- Sỏi thận và sỏi niệu quản: điều trị như sỏi tiết niệu thông thường.
- U nang niệu giả: mổ dẫn lưu, chống nhiễm khuẩn với kháng sinh.
- Sẹo chèn ép thận và niệu quản: mổ cắt sẹo xơ.

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Giải phẫu niệu đạo nam

- Niệu đạo nam giới là một ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra miệng sáo, đồng thời là đường đi chung của hệ tiết niệu và hệ sinh dục (khi xuất tinh). Ở người trưởng thành, niệu đạo dài từ 14 – 16 cm, được chia ra làm hai phần:

+ Niệu đạo sau: dài 4 cm, gồm niệu đạo tuyến tiền liệt (dài 3 cm) và niệu đạo màng (1-1.5 cm) xuyên qua cân đáy chậu giữa. Khi chấn thương vỡ xương chậu, niệu đạo màng dễ bị tổn thương.

+ Niệu đạo trước: dài từ 10 – 12 cm, gồm niệu đạo dương vật (di động), niệu đạo bìu, niệu đạo tầng sinh môn. Niệu đạo trước có vật xốp bao quanh, khi chấn thương vật xốp dễ bị tổn thương gây chảy máu nhiều.

2. Một số đặc điểm chung

- Chấn thương niệu đạo là một cấp cứu ngoại khoa trong thời bình cũng như thời chiến, gặp chủ yếu ở nam giới, phụ nữ rất hiếm gặp.

- Chấn thương niệu đạo trước thường ở niệu đạo tầng sinh môn, theo cơ chế trực tiếp (ngã ngồi trên vật cứng).

- Chấn thương niệu đạo sau thường là biến chứng do vỡ xương chậu và được coi như là một đa chấn thương.

- Có tỉ lệ tổn thương phối hợp cao: từ 30 - 50%.

- Có tỉ lệ sốc chiếm từ 50-70% các trường hợp do đau, mất máu và tổn thương phối hợp dẫn đến.

- Tuổi thường gặp từ 20-50 (đó là lứa tuổi chủ yếu tham gia giao thông và các hoạt động lao động).

- Việc điều trị không đúng quy cách và kịp thời sẽ để lại nhiều biến chứng nặng và phức tạp cả về tiết niệu lẫn sinh dục. Di chứng thường gặp là hẹp niệu đạo và vô sinh II.

- Tỉ lệ tử vong trong chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu những năm 1950 là 30% và gần đây là 10% (theo Webster 1983).

- Nguyên nhân thường gặp: tai nạn giao thông chiếm vị trí số 1 (Lê Ngọc Từ 1988 là 63%; Trần Đức Hoà 1994 là 89%), sau tai nạn giao thông là tai nạn lao động và các tai nạn sinh hoạt khác. Gần đây còn gặp trong các tai nạn điều trị nội soi tiết niệu.

II NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân gây chấn thương niệu đạo trước:

+ Tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động chiếm chủ yếu.

+ Tai nạn giao thông.

+ Tai nạn y học.

- Nguyên nhân gây chấn thương niệu đạo sau:

+ Tai nạn giao thông: chiếm chủ yếu.

+ Tai nạn lao động.

+ Tai nạn sinh hoạt (hiếm gặp).

+ Tai nạn y học.

III. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

1. Cơ chế chấn thương niệu đạo trước: lực chấn thương tác động trực tiếp vào niệu đạo và gây thương tổn.

+ Niệu đạo dương vật di động ít bị tổn thương, thường chỉ xảy ra khi bị kẹp giữa hai vật cứng hoặc bị bẻ đột ngột khi đang cương.

+ Niệu đạo bìu và niệu đạo tầng sinh môn thường bị chấn thương khi bệnh nhân ngã ngồì xoạc chân trên vật cứng. Khi đó niệu đạo bị kẹp giữa hai vật cứng ở dưới và xương mu ở trên.

2. Cơ chế chấn thương niệu đạo sau: niệu đạo sau bị tổn thương chủ yếu do cơ chế chấn thương gián tiếp và là biến chứng của vỡ xương chậu đưa lại (niệu đạo sau chui qua cân đáy chậu giữa bị dãn giãn khi xương chậu bị tổn thương, di lệch khung chậu càng lớn tổn thương càng nặng).

Một số trường hợp khác chấn thương niệu đạo sau xảy ra do tai biến nong niệu đạo và nội soi tiết niệu (cơ chế trực tiếp).

IV. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1. Tổn thương giải phẫu niệu đạo

+ Giáp niệu đạo: tổn thương chỉ xảy ra ở một trong các thành phần của thành ống niệu đạo và sự lưu thông của niệu đạo vẫn liên tục.

+ Thủng niệu đạo: toàn bộ các lớp của thành niệu đạo bị tổn thương gây nên thương tổn thông từ lòng niệu đạo ra tổ chức quanh niệu đạo, niệu đạo vẫn liên tục.

+ Đứt niệu đạo: ống niệu đạo bị đứt rời hoàn toàn, hai đầu niệu đạo bị di lệch và gián đoạn, mất sự lưu thông từ trong bàng quang ra ngoài.

+ Gập khúc niệu đạo: thành niệu đạo không bị tổn thương mà chỉ bị gập khúc, trong trường hợp này không có máu chảy ra đầu miệng sáo, tuy nhiên rất hiếm gặp, và chỉ xảy ra trong chấn thương niệu đạo sau.

Trong chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu: tổn thương đứt hoàn toàn niệu đạo là thường gặp, chiếm một tỉ lệ từ 60-70%.

2. Các tổn thương phối hợp khác

Thường gặp nhiều hơn trong chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu, các tạng dễ bị tổn thương là: bàng quang, ruột, xương tứ chi, phổi và màng phổi, sọ não ...

V. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Triệu chứng toàn thân

+ Sốc: là một triệu chứng thường gặp chiếm tỉ lệ 50-70% nguyên do đau, mất máu, tổn thương kết hợp.

+ Hội chứng nhiễm khuẩn xảy ra khi bệnh nhân đến muộn.

1.2. Triệu chứng tổn thương niệu đạo

+ Chảy máu miệng sáo ngoài bãi đái: là triệu chứng xuất hiện sớm, khách quan và có giá trị chẩn đoán xác định.

+ Bí đái: thường gặp do sự gián đoạn lưu thông của niệu đạo, có thể gặp bí đái sớm hoặc bí đái muộn.

- Bí đái sớm: bí đái xuất hiện ngay sau chấn thương, thường gặp trong đứt niệu đạo hoàn toàn.

- Bí đái muộn: sau chấn thương bệnh nhân vẫn có thể đi đái được một hoặc vài lần rồi sau đó mới xuất hiện bí đái, thường gặp khi giập hoặc thủng niệu đạo do phù nề hoặc do cục máu đông bí tắc.

+ Tụ máu: máu tụ ở dưới da, ở dưới lớp cơ gây phù nề và vùng bầm tím.

- Chấn thương niệu đạo trước: tụ máu ở tầng sinh môn và da bìu hình cánh bướm đối xứng qua đường giữa, thường xuất hiện rất sớm sau chấn thương và có màu tím đen.

- Chấn thương niệu đạo sau: tụ máu ở sâu do tổn thương khung chậu thường xuất hiện muộn, có màu xanh nhạt, chủ yếu ở vùng bẹn, mặt trong đùi, vùng quanh lỗ hậu môn.

1.3. Các triệu chứng của tổn thương kết hợp

+ Triệu chứng của vỡ xương trong chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu.

- Không đứng dậy và đi lại được sau chấn thương (bất lực vận động hai chi dưới).

- Dấu hiệu ép, bửa khung chậu đau, hoặc có thể sờ thấy đầu xương gãy.

+ Các triệu chứng của tổn thương các cơ quan khác nếu có.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.1. Xét nghiệm máu: hồng cầu, huyết sắc tố giảm. Bạch cầu tăng và chuyển trái (đặc biệt trong chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu).

2.2. Xét nghiệm nước tiểu: hồng cầu, bạch cầu tăng, protein niệu dương tính

2.3. X- quang

+ X-quang khung chậu sẽ cho ta hình ảnh tổn thương xương chậu trong trường hợp chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu, biểu hiện bằng các thương tổn: gãy một hoặc nhiều ngành chậu mu, ngồi mu, cánh chậu,... của một hoặc hai bên.

+ Chụp X- quang niệu đạo cản quang ngược dòng (chỉ làm khi bệnh nhân không có hoặc đã thoát sóc) sẽ cho ta hình ảnh về vị trí và mức độ tổn thương giải phẫu bệnh lý niệu đạo (sẽ nói chi tiết ở phần chẩn đoán thể loại tổn thương giải phẫu bệnh lý).

VI. CHẨN ĐOÁN: *Chẩn đoán xác định dựa vào*

+ Cơ chế chấn thương.

+ Lâm sàng

- Chảy máu miệng sáo ngoài bãi đái.

- Bí đái.

- Vết tụ máu tầng sinh môn.

+ X-quang: chụp niệu đạo cản quang ngược dòng cho ta hình ảnh mức độ và vị trí tổn thương giải phẫu bệnh lý.

Chú ý: trong trường hợp chấn thương niệu đạo sau có kèm theo các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tổn thương xương chậu.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung: chấn thương niệu đạo là một cấp cứu cần được xử trí sớm, đặc biệt là chấn thương niệu đạo sau do vỡ xương chậu, theo nguyên tắc

- + Phòng và chống tích cực bằng mọi biện pháp.
- + Phòng và chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân và tại chỗ.
- + Phát hiện sớm và xử trí kịp thời các tổn thương kết hợp theo thứ tự ưu tiên.
- + Cầm máu và giải thoát ổ máu tụ.
- + Dẫn lưu nước tiểu.
- + Bất động bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa trên ván cứng hai chân gác trên giá Broun.
- + Phục hồi lưu thông niệu đạo (chỉ nên làm tại tuyến chuyên khoa).

2. Các phương pháp điều trị phục hồi lưu thông niệu đạo

- + Giập niệu đạo
 - Đặt thông đái qua niệu đạo và lưu xông trong 7-10 ngày.
 - Chườm đá và băng ép tại chỗ vùng tầng sinh môn theo kiểu chữ T (đóng khố).
 - Sau khi rút xông dẫn lưu cần nong niệu đạo, kiểm tra định kì.
- + Thủng hoặc đứt niệu đạo hoàn toàn
 - Với tổn thương niệu đạo trước
 - . Phẫu thuật kì đầu, phục hồi niệu đạo theo phương pháp cắt và khâu nối tận tận theo kiểu Marion trên nòng Plastic hoặc Foley.
 - . Rút bỏ nòng niệu đạo sau 2-3 tuần, đồng thời tiến hành nong và kiểm tra định kì.
 - Với tổn thương niệu đạo sau
 - . Nếu điều kiện toàn thân cho phép chịu đựng một cuộc mổ kéo dài thì nên tiến hành phục hồi lưu thông niệu đạo một thì (mổ ngay kì đầu) bằng phương pháp đặt nòng niệu đạo trên nòng Plastic hoặc Foley (là chủ yếu) hoặc khâu nối kì đầu (với tổn thương niệu đạo tiền liệt tuyến sát cổ bàng quang).
 - . Nếu điều kiện toàn thân bệnh nhân không cho phép kéo dài cuộc mổ (do sốc hoặc do tổn thương kết hợp nặng, phức tạp) thì việc phục hồi lưu thông niệu đạo chỉ nên tiến hành ở kì hai sau khi điều kiện toàn thân ổn định. Thời gian giữa hai kì mổ có thể là sau một tuần, một tháng, vài tháng hoặc hàng năm. Kì đầu chỉ mổ dẫn lưu bàng quang đơn thuần.

A. 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, xử trí ban đầu

Khám:

- Người bệnh có rơi vào tình trạng choáng sau chấn thương: Tri giác giảm, rối loạn dấu chứng sinh tồn, da xanh, niêm nhạt ...
- Tình trạng bụng: đau vùng hông lưng, hướng lan khối máu tụ vùng hông lưng
- Tình trạng nước tiểu: màu sắc (đỏ → đang chảy máu, nghiệm pháp 3 ly ?), tính chất đi tiểu?
- Khám giúp phát hiện những tổn thương khác kèm theo

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng cho người bệnh chấn thương thận

2.1. Chăm sóc trong trường hợp chấn thương nhẹ: Điều trị bảo tồn

* Người bệnh bất động do phòng ngừa tình trạng chảy máu tiếp tục sau chấn thương: thời gian 10 ngày

- Vận động tay chân nhẹ nhàng tại giường tránh mọi hoạt động gắng sức
- Theo dõi:

- Dấu tắc mạch chi do bất động: nhiệt độ và cảm giác chi?
- Dấu hiệu chảy máu tái phát: độ lan ở vùng bầm máu hông lưng, màu sắc nước tiểu, nếu nước tiểu nhạt dần là tốt
- Dấu chứng sinh tồn thường xuyên hay 3 lần / ngày
- Xét nghiệm: về chức năng thận, Hct, hồng cầu
- Tình trạng bụng: chướng không? Hướng lan của khối máu tụ hố thắt lưng, đau vùng bụng, vùng hông lưng?
- Thực hiện thuốc giảm đau
- Truyền máu: bù lại lượng máu đã mất
- Tránh gắng sức vào ngày thứ 8-9
- * Người bệnh có nguy cơ nhiễm trùng do chấn thương thận:
 - Thuốc kháng sinh: tiêm thuốc đúng liều, đúng giờ, đúng đường tiêm
 - Theo dõi nhiệt độ mỗi ngày
 - Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn trong chăm sóc người bệnh
- * 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 khuyến khích người bệnh uống nhiều nước

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

- * Người bệnh mô cấp cứu do tình trạng chảy máu thận
 - Rất nặng: 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 người bệnh trước mổ như bài chăm sóc trước mổ
 - Xét nghiệm để kiểm tra chức năng thận đối diện: UIV, siêu âm
 - Di chuyển người bệnh phải nhẹ nhàng
 - Theo dõi Hct, huyết áp, mạch, da niêm, CVP, tri giác
 - Đặt sonde tiểu: theo dõi sát màu sắc, số lượng, tính chất của nước tiểu
 - Theo dõi hướng lan của khối máu tụ, phản ứng nửa bụng bên chấn thương
 - Truyền dịch, nếu Hct \leq 20%: điều dưỡng thực hiện truyền máu cho người bệnh
- * Người bệnh chuẩn bị mổ từ 7 -14 ngày sau chấn thương khi ngưng chảy máu:
 - Khối máu tụ không lan quá đường ngang rốn
 - Nước tiểu đỏ nhưng không có máu cục
 - Truyền 500ml máu huyết áp người bệnh ổn định
 - Chảy máu kéo dài - Thương tổn thận nặng
 - Chuẩn bị người bệnh trước mổ như bài chăm sóc người bệnh trước mổ

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC SAU MỔ DO CHẤN THƯƠNG THẬN

1. Nhận định tình trạng người bệnh sau mổ

Hỏi:

- Đau: Vị trí, cường độ, tính chất
- Dấu hiệu choáng: mạch nhanh, huyết áp tụt,...
- Theo dõi tình trạng chảy máu: Dẫn lưu có máu không? Có máu tụ vùng bụng không? nước tiểu đỏ không? Dấu hiệu sinh tồn ổn định không?

- Tình trạng thông khí?
- Đau tắc mạch chi do bất động, do đau

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

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

- Mê: cho người bệnh nằm đầu bằng mặt nghiêng 1 bên, tình cho người bệnh nằm tư thế Fowler, nghiêng về phía dẫn lưu
- Thực hiện thuốc giảm đau và hướng dẫn người bệnh thở, liệu pháp oxy nếu cần
- Theo dõi tình trạng thiếu oxy, kiểu thở, dấu khó thở

2.2. Người bệnh có nguy cơ chảy máu sau mổ

- Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn trong 24 giờ đầu sau mổ
- Theo dõi sát nước tiểu: số lượng, màu sắc qua dẫn lưu bàng quang ra da được câu nối vô trùng. Nếu thấy nước tiểu màu đỏ với số lượng quá nhiều thì điều dưỡng nên báo lại bác sĩ
- Theo dõi tình trạng bụng người bệnh: chướng hơi, dấu máu tụ, đau
- Theo dõi dẫn lưu và hút ngắt quãng
- Vận chuyển, xoay trở nhẹ nhàng
- Thực hiện thuốc giảm đau giúp người bệnh bớt vật vã
- Theo dõi Hct, Hồng cầu

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

Dẫn lưu hố thận: Phòng ngừa

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

Dẫn lưu bể thận: Điều trị

- Nếu thấy máu cục hay máu tươi ra khoảng 200ml / ngày thì nên báo lại bác sĩ. Theo dõi sát dấu chứng sinh tồn, da niêm mạc, tri giác người bệnh
- Thường dẫn lưu này ra nước tiểu
- Chăm sóc mỗi ngày, thay băng vô trùng dẫn lưu,
- Theo dõi sát nước tiểu ở cả dẫn lưu 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
- o Nếu chỉ để theo dõi khâu buộc mạch máu hay chảy máu thứ phát thì mục đích của dẫn lưu có tính cách phòng ngừa. Vì thế khi dẫn lưu ra nước tiểu tốt, không có máu và sau 3 ngày thì rút.
- o Nếu để dẫn lưu làm nóng thì dẫn lưu này để sau 3 tuần.

Dẫn lưu bàng quang:

- Chăm sóc mỗi ngày
- Nếu máu cục hay máu đỏ tươi thì nên báo bác sĩ.
- Thường rút sớm sau 3 ngày nếu nước tiểu ra trong.
- Chăm sóc da, phòng ngừa rôm lở da.

2.4. Người bệnh suy kiệt sau mổ

- Dinh dưỡng: thức ăn dễ tiêu, uống nhiều nước, bảo đảm đủ dinh dưỡng.
- Thực hiện truyền dịch hỗ trợ nếu có y lệnh.
- Theo dõi cân nặng.

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

- Băng: thay băng khi thấm ướt, chăm sóc dẫn lưu mỗi ngày.

- Chăm sóc da ở người bệnh phù.
- Chân dẫn lưu nên luôn khô sạch.

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 định kỳ qua siêu âm

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

1. Nhận định tình trạng người bệnh

Hỏi: cơ chế chấn thương, thời gian và xử trí ban đầu

- Do chấn thương từ bên trong:
 - Do thông tiểu bằng thông cứng và lạc đường
 - Sỏi kẹt niệu đạo, tai biến khi gấp sỏi
 - Do tai biến đặt sonde tiểu lâu ngày và cố định sonde sai tư thế
- Do chấn thương từ bên ngoài:
 - Do té ngã ngồi ở tư thế hai chân dẹt ra, vùng tầng sinh môn đập lên vật cứng

Khám:

- Người bệnh có bí tiểu không? Dấu hiệu bàng quang (+) khi người bệnh không tiểu được.
- Tìm hiểu cơ chế và nguyên nhân chấn thương, tìm dấu hiệu máu tụ hình cánh bướm, máu chảy ở đầu dương vật.
- Dấu hiệu tổn thương cơ quan khác

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng chấn thương niệu đạo trước

Người bệnh không tiểu được do chấn thương: Nguyên tắc xử trí:

- Nếu người bệnh tiểu bình thường: chuyển người bệnh khám chuyên khoa để có chỉ định điều trị thích hợp
- Nếu người bệnh không tiểu được: 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 đúng chuyên khoa để dẫn lưu bàng quang ra da dẫn lưu nước tiểu
 - Nếu có cầu bàng quang: không nên đặt thông tiểu mà nên chọc dò lấy nước tiểu tạm thời, hay dẫn lưu bàng quang ra da để dẫn lưu nước tiểu tránh nước tiểu tràn xuống vùng chấn thương gây nhiễm trùng

Người bệnh lo lắng sau chấn thương

- 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 hướng dẫn người bệnh đến bệnh viện nong niệu đạo định kỳ

B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1. Người bệnh tiểu qua sonde niệu đạo do tái tạo niệu đạo sau mổ

- Chăm sóc bộ phận sinh dục.
- Không rút dẫn lưu niệu đạo, sau 10 ngày điều dưỡng xả bóng và sonde tự sút ra

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng tiểu.
- Cho uống nhiều nước.
- 2. Người bệnh có tổn thương da do dẫn lưu bàng quang ra da, do vết mổ**
 - Theo dõi và chăm sóc dẫn lưu bàng quang ra da, dẫn lưu niệu đạo
 - Theo dõi nước tiểu: qua dẫn lưu bàng quang ra da, qua sonde tiểu
 - Vết mổ: tránh ẩm ướt, theo dõi phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng
- 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 thầy thuốc, Nong niệu đạo định kỳ tránh biến chứng hẹp niệu đạo

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU

1. Nhận định tình trạng người bệnh

Hỏi: Tìm hiểu cơ chế chấn thương

Khám:

- phát hiện dấu hiệu choáng. Lương giá tình trạng choáng và xử trí choáng
- Theo dõi đau và chảy máu do gãy xương
- Phát hiện chấn thương kèm theo

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

Người bệnh choáng do chấn thương

* Nguyên tắc xử trí:

- Hồi sức chống choáng
- Chăm sóc người bệnh gãy xương: thường kết hợp cả 2 thương tổn: vỡ xương chậu và tổn thương niệu đạo sau
 - ° Vỡ xương chậu: cho người bệnh nằm trên ván cứng, tránh xoay trở, giảm đau, ủ ấm, công tác tư tưởng giúp người bệnh an tâm
 - ° Thương tổn niệu đạo sau: Cần dẫn lưu nước tiểu ngay để tránh nhiễm trùng, nhưng không nên thông tiểu vì gây tổn thương thêm hay nhiễm trùng thêm

* Kế hoạch chăm sóc:

- Khám để xác định gãy xương chậu:
 - ° Ép giữa khung chậu → người bệnh đau
 - ° Người bệnh không đứng dậy được
- Xử trí: Đặt người bệnh lên ván cứng. Chăm sóc người bệnh gãy xương chậu: bất động, giảm đau
- Phòng chống choáng: Giảm đau, ủ ấm, theo dõi chảy máu, truyền dịch, trấn an người bệnh

Người bệnh tổn thương da do vết mổ và dẫn lưu

Chăm sóc dẫn lưu bàng quang ra da, chăm sóc vết mổ

LƯỢNG GIÁ

1. Trong chấn thương thận Siêu âm có thể giúp đánh giá các điểm sau đây, ngoại trừ:

- A. Tổn thương của thận
- B. Khối máu tụ quanh thận
- C. Chức năng thận
- D. Các tổn thương phối hợp

2. Theo dõi tình trạng chảy máu trong chấn thương thận cần dựa vào yếu tố nào?

- A. Màu sắc của nước tiểu
- B. Mạch, huyết áp và Hct
- C. Tình trạng khối máu tụ hố thắt lưng
- D. Tất cả đúng

3. Nguyên nhân gây chấn thương niệu đạo trước là:

- A. Tai nạn y học
- B. Tai nạn giao thông
- C. Tai nạn sinh hoạt; tai nạn lao động
- D. Tất cả đúng

4. Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương niệu đạo sau là:

- A. Tai nạn y học
- B. Tai nạn giao thông
- C. Tai nạn sinh hoạt; tai nạn lao động
- D. Tất cả sai

5. Khi chấn thương vỡ xương chậu, niệu đạo nào dễ bị chấn thương nhất?

- A. Niệu đạo sau
- B. Niệu đạo bìu
- C. Niệu đạo tầng sinh môn
- D. Niệu đạo dương vật

Bài 16: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa chấn thương lồng ngực.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại chấn thương lồng ngực.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương lồng ngực.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chấn thương lồng ngực.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương lồng ngực.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG: Chấn thương lồng ngực có 2 loại:

- Vết thương ngực: do vật sắc nhọn như vũ khí hoặc hoá khí gây nên.
- Đụng dập ngực: ngực bị đập mạnh vào các vật cứng, vật tù.

Các thương tích trên đều đưa đến sự nguy hiểm chung là làm thiếu Oxy máu do các rối loạn hô hấp và tuần hoàn.

II. CƠ THỂ BỆNH

1. Vết thương ngực là các tổn thương có rách da thành ngực, gồm

* Vết thương thành ngực: có thể chỉ là vết thương phần mềm đơn thuần hay có gãy xương sườn kèm theo.

* Vết thương thấu ngực: tổn thương làm thủng màng phổi. Tùy theo sự thông thương của xoang màng phổi với bên ngoài, vết thương thấu ngực lại được chia thành

- Vết thương ngực kín: miệng vết thương nhỏ, tự bít kín.
- Vết thương ngực mở: miệng vết thương lớn, có khi mất một mảng thành ngực.
- Vết thương ngực có van: miệng vết thương tạo thành một cái van, chỉ cho khí đi vào xoang màng phổi khi hít vào và ngăn chặn không cho khí từ màng phổi thoát ra khi thở ra. Loại vết thương này gây tràn khí màng phổi với áp suất dương và gây chèn ép phổi và trung thất rất nhanh và nặng.
- Vết thương phổi hợp ngực bụng hoặc bụng ngực.

Các vết thương thấu ngực thường làm thủng, rách các cơ quan trong lồng ngực (phổi, phế quản, tim, các mạch máu lớn) và gây tràn khí hoặc tràn máu ở xoang màng phổi, màng tim hoặc trung thất.

2. Đụng dập ngực thường có 2 thể

- Nhẹ: Đụng dập phần mềm kèm theo gãy một vài xương sườn.
- Nặng: Gãy nhiều xương sườn tạo thành mảng sườn di động, dập vỡ nội tạng ngực gây tràn máu hoặc tràn khí ở các xoang màng tim, màng phổi hoặc trung thất.

III. SINH LÝ BỆNH: Chấn thương ngực có thể gây ra hai rối loạn chính là suy hô hấp và suy tuần hoàn

1. Hô hấp bị suy vì

* Thông khí kém:

- Nghẽn tắc đường thở: đàm dãi ứ đọng, tràn khí dưới da
- Giảm hô hấp cơ học vì đau, vì hô hấp đảo ngược trong vết thương ngực hở hoặc mảng sườn di động.

* Giảm thể tích trao đổi khí của phổi: Phổi bị xẹp do tràn khí hoặc tràn máu màng phổi.

2. Tuần hoàn bị suy vì

* Mất máu nặng do thủng, rách các mạch máu lớn trong lồng ngực.

* Tim hoạt động không hiệu quả:

- Tim bị tổn thương: thủng, vỡ.
- Tim bị chèn ép vì tràn máu màng tim.
- Các mạch máu lớn của tim bị chèn ép, xô đẩy và biến dạng.

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Toàn thân: thường có dấu hiệu suy tuần hoàn hoặc /và suy hô hấp, nhất là khi có tổn thương bên trong lồng ngực.

* Suy hô hấp: tím tái, khó thở, thở nông nhanh, khô khè, co kéo các cơ hô hấp.

* Suy tuần hoàn: nhợt nhạt, toát mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm, choáng.

2. Các tổn thương thực thể ngoài thành ngực

* Vết thương ngực

- Tràn khí dưới da: da vùng cổ, ngực phồng lên, ấn nghe lẹp xẹp.
- Vết thương ngực kín: thường là vết thương nhỏ, tự bịt kín.
- Vết thương ngực hở: qua miệng vết thương có thể trông thấy phổi, hoặc thấy khí ra vào phì phò khi bệnh nhân thở.
- Vết thương ngực có van: lồng ngực một bên căng, thành ngực có vết thương tạo thành một van. Khi hít thì không khí theo vết thương lọt vào xoang màng phổi, khi thở ra thì van kín miệng vết thương lại. Bệnh nhân bị suy hô hấp nhanh vì tràn khí màng phổi với áp suất dương.

* Đụng dập ngực

- Da vùng bị đụng dập thường bầm tím.
- Gãy xương sườn đơn thuần: thở đau và ấn đau nơi xương gãy, chẩn đoán xác định bằng chụp phim X quang lồng ngực.
- Mảng sườn di động: một phần thành ngực bệnh nhân di động không đồng bộ với phần còn lại. Thường có triệu chứng suy hô hấp.

3. Các hội chứng bên trong lồng ngực: thường gặp trong vết thương thấu ngực hoặc đụng dập ngực nặng, rất thường có suy hô hấp và suy tuần hoàn kèm theo.

* Tràn khí màng phổi: lồng ngực kém di động, rung thanh giảm, gõ trong, rì rào phế nang giảm. Chụp X quang thấy phổi bị xẹp, và có hơi trong xoang màng phổi.

- * Trần máu màng phổi: lồng ngực kém di động, có hội chứng 3 giảm. Chụp X quang thấy phía bị tràn máu mờ đục.
- * Trần máu màng tim: mạch tăng, huyết áp giảm, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng tim nghe xa xăm. Siêu âm hoặc X quang thấy bóng tim lớn và kém di động.

V. BIẾN CHỨNG

- 1. Viêm mũ màng phổi:** bệnh nhân sốt, rét run, khó thở. Khám thấy có hội chứng 3 giảm và chọc dò xoang màng phổi có mủ.
- 2. Dị vật lồng ngực:** gây ho ra máu, nhiễm trùng tái phát nhiều lần.
- 3. Dây dính màng phổi:** làm xẹp phổi, co rút lồng ngực và hạn chế hô hấp.

VI. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí cấp cứu

- * Bảo đảm hô hấp tốt:
 - Giữ thông đường thở: lấy hết dị vật, lau hết đàm dãi trong miệng mũi.
 - Đặt bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- * Xử trí các tổn thương ở thành ngực
 - Vết thương thành ngực: băng vô khuẩn các vết thương thành ngực để cầm máu. Các vết thương ngực mở cần phải bịt kín lỗ thủng với băng gạc.
 - Gãy xương sườn: băng cố định để chống đau. Đối với mảnh sườn di động phải tìm cách băng ép chặt để giữ cố định mảnh sườn ngay tại chỗ.
- * Phòng chống choáng
 - Phong bế thần kinh liên sườn với Novocaine 1%.
 - Trợ tim, trợ sức: cho uống trà đường nóng.
- * Cho kháng sinh đường toàn thân.
- * Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện càng sớm càng tốt.

2. Điều trị: Nguyên tắc điều trị một số tổn thương trong chấn thương ngực

- * Vết thương ngực hở: may kín, dẫn lưu tối thiểu.
- * Gãy xương sườn đơn thuần: cố định sườn gãy bằng băng dính to bản.
- * Trần khí màng phổi: nếu ít thì để tự nhiên, nếu nhiều thì chọc hút ở khoảng liên sườn 2 trên đường giữa xương đòn.
- * Trần máu màng phổi: dẫn lưu kín ở khoảng liên sườn 6 hay 7 trên đường giữa nách với ống dẫn lưu to 1 cm. Nếu có hút nhẹ 15 phút mỗi giờ thì càng tốt. Nếu máu dẫn lưu đạt các tiêu chuẩn để truyền hoàn hồi thì có thể truyền trả lại cho bệnh nhân.
- * Trần máu màng tim có chèn ép nặng: chọc dò màng tim, chỉ cần hút ra 10-20 cc.
- * Các trường hợp có chỉ định mổ:
 - Mảnh sườn di động: mổ để cố định sườn với chỉ thép hoặc kéo tạ.
 - Đứt rách khí - phế quản.
 - Trần máu màng phổi, điều trị bảo tồn bằng dẫn lưu kín không kết quả.
 - Vết thương tim hoặc mạch máu lớn làm chảy máu nhiều, hồi sức không hiệu quả.
 - Tổn thương phổi hợp ngực bụng.

B. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Đánh giá tình trạng suy hô hấp, dấu hiệu thiếu oxy, đàm, tính chất cơn ho
- Nghe phổi: Âm sắc giảm,
- Nhìn: Tình trạng di động của thành ngực giảm
- Sờ: dấu hiệu tràn khí dưới da
- Tình trạng tim mạch: Huyết áp, nhịp tim, nước xuất nhập,
- Xét nghiệm: Khí máu, điện giải, công thức máu
- XQ ngực: thẳng, nghiêng
- Hệ thống dẫn lưu màng phổi: số lượng, màu sắc, tính chất dịch
- Tâm lý: lo âu, đau, bối rối,
- Biến chứng: xẹp phổi, hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS (Acute respiration distress symptom)), sung huyết phổi, nhiễm trùng, phù phổi cấp, tắc mạch phổi

CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP

Suy giảm khả năng thở

- Nhận định thông khí: nhịp thở, tần số thở, tính chất thở, căng giãn lồng ngực, suy hô hấp, co kéo lồng ngực...
- Trợ giúp 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: nghẹt đàm,...
- Duy trì người bệnh ở tư thế dễ thở: tư thế Fowler
- Khuyến khích và hướng dẫn người bệnh cách hít thở sâu,
- Hút đàm,
- Phòng ngừa nhiễm trùng do dẫn lưu, nội khí quản, thở máy, do hút đàm:
- Áp dụng kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc

Suy giảm trao đổi khí

- Lượng giá dấu hiệu chứng tỏ người bệnh giảm sự trao đổi khí: Bồn chồn, bức rức, lo lắng, cánh mũi phập phồng, tím tái vùng môi miệng
- Thở oxy, theo dõi khí máu, PaCO₂, PaO₂, khí máu động mạch, ECG
- Theo dõi chức năng thận và tổng nước xuất nhập: thiếu oxy mô mãn tính và thay đổi biến dưỡng
- Theo dõi điện giải sự thay đổi thường ảnh hưởng đến trao đổi oxy và trao đổi biến dưỡng
- Nhiệt độ: sự dao động này là thay đổi biến dưỡng và nhiễm trùng thứ phát

Người bệnh không tổng suất được đàm

- Lượng giá người bệnh không khả năng bài tiết đàm nhớt: giúp người bệnh khạc đàm với phương pháp thích hợp: tư thế Fowler, ho, hút đàm,...
- Nghe phổi cẩn thận: tính chất thở, âm phổi, ho, đàm

Mệt: Lượng giá kiểu mệt, Yếu tố liên quan đến mệt, giúp người bệnh tư thế thoải mái Thực hiện thuốc

Dinh dưỡng: ăn nhiều lần, ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, theo dõi cân nặng Nên ăn tư thế đầu cao

Khả năng thiếu dịch: Trong tình trạng nặng, lượng giá dấu hiệu chảy máu dạ dày thứ phát do stress sinh lý, theo dõi hemoglobine, Hct, quan sát phân, chất nôn ói, tính chất dịch dạ dày, dấu chứng sinh tồn

Suy giảm khả năng vận động: Giúp người bệnh xoay trở ngồi dậy, tập vận động tứ chi
Sợ: Lượng giá mức độ sợ do thiếu không khí, do tình trạng bệnh

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

TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

- Phổi người bệnh giãn nở tốt, nghe rì rào phế nang rõ, người bệnh không bị mệt, không đau khó thở
- Người bệnh thông hiểu các vấn đề chăm sóc và phòng ngừa bệnh khi xuất viện

LƯỢNG GIÁ

1. Kể 4 biến chứng thường gặp chấn thương lồng ngực:

- A. B.
C. D.

2. Nối cột A vào cột B sau cho phù hợp nhất:

A	B
1. Vết thương ngực hở May kín, đặt dẫn lưu
2. Gãy xương sườn đơn thuần Để hở, đặt dẫn lưu
3. Tràn khí màng phổi Cố định bằng băng dính to bản
4. Tràn máu màng phổi Chọc hút và đặt dẫn lưu kín
 Đặt dẫn lưu kín

Bài 17: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa chấn thương bụng kín.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại chấn thương bụng kín.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương bụng kín.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chấn thương bụng kín.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương bụng kín.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

ĐẠI CƯƠNG: Chấn thương bụng được chia thành hai loại

- Vết thương bụng: là các chấn thương có gây rách da thành bụng.

- Chấn thương bụng kín: gồm các chấn thương không gây rách da thành bụng.

Trong phần lớn trường hợp, chính tổn thương của nội tạng bên trong ổ bụng quyết định độ nặng nhẹ do chấn thương gây nên.

A. VẾT THƯƠNG BỤNG

I. NGUYÊN NHÂN: Nguyên nhân gây vết thương bụng thường gặp là

- Thời bình: vũ khí hoặc vật dụng sắc nhọn như dao, cây hoặc cọc nhọn, sừng trâu...
- Thời chiến: hoả khí như đầu đạn, mảnh trái nổ....

II. CƠ THỂ BỆNH: Các vết thương bụng được chia thành 2 loại:

1. Vết thương không thấu ổ bụng: chủ yếu là vết thương phần mềm của thành bụng, phúc mạc không bị rách.

2. Vết thương thấu ổ bụng: vật gây thương tích vào đến ổ bụng. Tùy theo vết thương nông hay sâu và tổn thương của các nội tạng, lại có thể chia thành 2 loại khác nữa là:

* Vết thương thấu ổ bụng đơn thuần: vật gây thương vào đến ổ bụng nhưng không gây tổn thương cho nội tạng.

* Vết thương thấu bụng kèm tổn thương nội tạng: do nội tạng bụng bị tổn thương nên có thể gây ra hai loại bệnh lý sau đây

- Chảy máu trong: do thủng vỡ các tạng chứa máu như gan, lách, mạch máu...

- Viêm phúc mạc: do thủng vỡ các tạng rỗng như ống tiêu hoá, đường tiết niệu...

* Vết thương bụng phối hợp: ngoài các tổn thương nội tạng bụng, vật gây thương còn làm tổn thương các tạng khác tùy theo đường vào

- Vết thương với đường vào từ bụng: vết thương bụng – ngực, bụng – chậu, bụng – sinh dục...

- Vết thương từ nơi khác tới bụng: vết thương ngực – bụng, sinh môn – bụng, thắt lưng – bụng...

Nhìn chung, các vết thương không thấu ổ bụng được phân loại và xử trí như vết thương phần mềm ở bụng. Trái lại các vết thương thấu ổ bụng đòi hỏi phải xử trí riêng biệt cho phù hợp với tổn thương của nội tạng bên trong.

III. LÂM SÀNG

Trọng tâm là phát hiện các vết thương thấu ổ bụng hoặc có kèm tổn thương nội tạng. Khám bệnh nhân ngay sau khi bị thương tích ở bụng có thể thấy

1. Tổng trạng: thay đổi tùy theo mức độ tổn thương

- Đau đớn, có thể choáng nhẹ: thường gặp trong vết thương không thấu ổ bụng.
- Choáng nặng: gặp trong các trường hợp có thủng vỡ hoặc lòi nội tạng.

2. Khám bụng: có 2 khả năng

* Các trường hợp hiển nhiên: vết thương thấu ổ bụng có thể thấy rõ trên lâm sàng ngay từ đầu như

- Thấy nội tạng bụng như ruột, mạc nối...lòi ra ngoài vết thương bụng.
- Thấy dấu hiệu thủng vỡ nội tạng: có thức ăn, dịch tiêu hoá, phân, nước tiểu... thoát ra từ vết thương bụng.

* Trong các trường hợp kém rõ ràng khác: việc chẩn đoán vết thương thấu ổ bụng phải dựa vào các điểm sau:

- Xem xét hướng đi của vật gây thương tích, xem có khả năng xuyên thấu đến ổ bụng hay không. Cần chú ý đến các vết thương có đường vào không ở thành bụng nhưng vẫn có khả năng vào đến ổ bụng như vết thương ở đùi, mông, lưng, vùng sinh môn, và các vết thương ngực từ khoảng liên sườn thứ 5 trở xuống.
- Sự xuất hiện các triệu chứng xuất huyết nội và viêm phúc mạc (Xem các hội chứng thường gặp trong chấn thương bụng kín).

IV. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí

* Chống choáng

* Sơ cứu vết thương

- Các vết thương bụng phải được sơ cứu và băng sạch trước khi chuyển đến bệnh viện.
- Không nên tìm cách rút vật gây thương tích ra vì có thể gây biến chứng sớm.
- Vết thương bụng có lòi nội tạng không được nhét trở vào ổ bụng. Cần lấy tô hoặc thau sạch úp lên nội tạng và băng cố định lại, sau đó chuyển đến bệnh viện.

2. Điều trị

* Vết thương không thấu ổ bụng được xử trí như vết thương phần mềm.

* Các vết thương thấu ổ bụng đều có chỉ định mổ cấp cứu để xác định sớm tổn thương của nội tạng để xử trí thích hợp. Rất ít có trường hợp chờ đến khi có triệu chứng xuất huyết nội hoặc viêm phúc mạc mới mổ.

B. CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG: Chấn thương bụng kín bao gồm các chấn thương ở bụng do các vật tù gây ra, còn gọi là đụng dập bụng, hoặc do sức ép tác động từ xa đến. Tồn thương ở thành bụng có thể không phản ánh đúng tổn thương thực sự của các nội tạng bên trong ổ bụng.

II. LÂM SÀNG

1. Khám bệnh ngay sau khi bị chấn thương có thể thấy

- * Tổng trạng: chủ yếu là phát hiện tình trạng choáng
- Trạng thái choáng vì đau đớn do chấn thương: vật vã, xanh xao, dấu hiệu sinh tồn hơi bất thường và không ổn định.
- Choáng thật sự do thủng vỡ nội tạng: mạch nhanh, huyết áp tụt, tay chân lạnh, thở nhanh nông, tri giác lẫn lộn.
- * Khám bụng: Trong lần khám đầu tiên, trừ trường hợp chấn thương rất nặng và có các triệu chứng thủng vỡ nội tạng sớm, phần lớn các dấu hiệu khám được sau đây không giúp ta có chẩn đoán xác định ngay
- Nhìn: thành bụng bị tổn thương trầy xước, bầm dập, tụ máu.....nhưng nhiều khi tổn thương thành bụng không đáng kể
- Sờ: bụng gồng cứng ít hay nhiều tùy theo mức độ đau.
- Gõ: bụng trướng nhẹ.
- Nghe: tiếng ruột tăng hoặc giảm không đáng kể.
- Khám túi cùng Douglas: có thể đau hoặc không.

2. Tiến triển: Cần theo dõi sát bệnh nhân, khám lại sau mỗi 1/2 giờ để xác định:

- * Hoặc là tình trạng bệnh nhân khá dần, và diễn tiến thuận lợi cho đến khi khỏi hẳn. Đây là các trường hợp đụng dập bụng nhưng không có tổn thương nội tạng quan trọng.
- * Hoặc là tình trạng bệnh nhân nặng dần, với các triệu chứng viêm phúc mạc hoặc/và xuất huyết nội. Đây là các trường hợp đụng dập bụng có thủng vỡ nội tạng.

III. CHẤN THƯƠNG BỤNG CÓ THƯỜNG VỠ NỘI TẠNG: CÁC HỘI CHỨNG THƯỜNG GẶP

1. Hội chứng xuất huyết nội (chảy máu trong)

- * Thường biểu hiện rõ trong vòng 6 giờ
- * Chấn thương thường ở thành bên bụng, nơi có các tạng đặc như gan, lách, thận.
- * Choáng mất máu: huyết áp < 100 mmHg, Mạch > 100 l / phút, khó thở, xanh xao, tay chân lạnh, dễ choáng váng khi thay đổi tư thế.
- * Dấu hiệu phúc mạc bị kích thích: bụng co cứng nhẹ, ấn đau, có phản ứng dội. Khám túi cùng Douglas đầy và đau.
- * Dấu hiệu vỡ nội tạng chảy máu:
 - Gõ đau khu trú ở nơi nội tạng vỡ
 - Có vết bầm máu lớn dần ở vùng thất lưng, ở rốn.
 - Tiểu ra máu
 - Chọc dò ổ bụng hoặc túi cùng Douglas có máu không đông.
- * Xét nghiệm
 - Siêu âm bụng: có hình ảnh vỡ tạng đặc và tụ máu trong ổ bụng.

- X quang bụng không sửa soạn: vùng tạng đặc vỡ bị mờ.
- Xét nghiệm máu: Số lượng hồng cầu và Hematocrit giảm rõ sau 6 giờ.

2. Hội chứng viêm phúc mạc

- * Thường biểu hiện rõ trong vòng 24 giờ
- * Chấn thương thường ở giữa bụng, nơi có các tạng rỗng như ống tiêu hoá, bàng quang...
- * Có phản ứng phúc mạc: đau bụng liên tục, thành bụng co cứng và đau, phản ứng dội rõ. Khám túi cùng Douglas đau.
- * Liệt ruột: là triệu chứng muộn với bụng trướng, gõ vang, giảm hoặc mất tiếng ruột.
- * Chọc dò ổ bụng: có dịch đục, mủ, dịch tiêu hoá hoặc nước tiểu.
- * Xét nghiệm
 - Siêu âm bụng: có hình ảnh hơi trong ổ bụng; tụ dịch, mủ ở vùng thấp trong ổ bụng.
 - X quang bụng không sửa soạn: có hơi trong ổ bụng nếu vỡ ống tiêu hóa.
 - Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu, nhất là Neutrophil tăng cao.

IV. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí bệnh nhân bị chấn thương bụng kín

- * Cho nằm nghỉ ngơi ở nơi tiện theo dõi
- * Bảo đảm hô hấp và tuần hoàn tốt.
- * Theo dõi thường xuyên để phát hiện sớm hội chứng xuất huyết nội và/hoặc viêm phúc mạc. Cần lưu ý là các hội chứng này có thể xuất hiện muộn sau một vài tuần.
- * Thực hiện các biện pháp giúp theo dõi và chẩn đoán:
 - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
 - Đặt đường truyền dịch tĩnh mạch.
 - Không cho ăn uống.
 - Làm các xét nghiệm cần thiết
 - Đặt ống thông dạ dày.
 - Không được dùng thuốc giảm đau.
 - Đặt ống thông tiểu.
- * Chuẩn bị tiền phẫu

2. Điều trị

- * Có chỉ định mổ trong các trường hợp chấn thương bụng kín có kèm theo:
 - Chẩn đoán chắc chắn viêm phúc mạc hoặc xuất huyết nội.
 - Xuất huyết tiêu hoá hoặc tiết niệu kéo dài.
 - Chọc dò ổ bụng có máu hoặc dịch đục, mủ.
 - Choáng kéo dài dù có truyền máu và hồi sức.
- * Các biện pháp khác:
 - Kháng sinh
 - Bồi hoàn đủ khối lượng tuần hoàn.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. NHẬN ĐỊNH

- Thời gian chấn thương?
- Chấn thương lúc đói hay no?
- Đái lần cuối trước khi bị chấn thương bao lâu?
- Nhìn bụng có vết bầm tím, có ổ máu tụ? Quan sát sự di động của thành bụng?

- Tìm điểm đau khu trú ở ổ bụng? Có phản ứng thành bụng không?
- Xem vùng đục trước gan còn hay mất? Thận có to không?
- Xem nước tiểu có máu, có cầu bàng quang không?
- Kiểm tra các tổn thương khác.

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn tuần hoàn ngoại bên - Suy hô hấp - Thay đổi thân nhiệt - Truy tìm mạch | <ul style="list-style-type: none"> - Nguy cơ nhiễm trùng ổ bụng - Sốc - Nguy cơ chảy máu - Nguy cơ thiếu niệu, vô niệu |
|--|--|

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

3.1 Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi sát người bệnh chấn thương bụng kín
- Phòng chống sốc cho người bệnh
- Theo dõi tình trạng viêm phúc mạc hoại tử chậm
- Theo dõi tình trạng chảy máu thứ phát do vỡ gan, lách
- Tuyên cơ sở cần chuyển người bệnh lên tuyến có phẫu thuật khi có nghi ngờ chấn thương bụng

3.2 Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Theo dõi sát trong những giờ đầu sau mổ
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu, dịch dẫn lưu, trạng thái tinh thần, nôn, nấc...
- Hồi sức tốt sau mổ
- Hút dịch dạ dày
- Chăm sóc ống dẫn lưu
- Chăm sóc vết mổ
- Dinh dưỡng: nuôi dưỡng, thực hiện y lệnh truyền qua đường tĩnh mạch
- Chế độ vận động
- Phòng ngừa nhiễm trùng sau mổ.

LƯỢNG GIÁ

1. Vết thương bụng có nghĩa là:

- Là chấn thương gây rách da thành bụng
- Là chấn thương không gây rách da thành bụng
- Là chấn thương gây sung huyết + tổn thương tạng
- Là chấn thương gây phù nề vùng bụng + tổn thương tạng

2. Chấn thương bụng kín có nghĩa là:

- Gồm các chấn thương gây rách da thành bụng
- Gồm các chấn thương không gây rách da thành bụng
- Gồm các chấn thương gây rách da thành bụng + tổn thương tạng đặc
- Gồm các chấn thương gây rách da thành bụng + tổn thương tạng đặc và rỗng

3. Hội chứng xuất huyết nội biểu hiện rõ nhất vào thời gian nào ?

- Trong 4 giờ đầu
- Trong 6 giờ đầu
- Trong 8 giờ đầu
- Trong 12 giờ đầu

4. Hội chứng viêm phúc mạc biểu hiện rõ nhất vào thời gian nào ?

- Trong 8 giờ đầu
- Trong 12 giờ đầu
- Trong 24 giờ đầu
- Trong 48 giờ đầu

Bài 18: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa chấn thương sọ não.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại chấn thương sọ não.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương sọ não.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chấn thương sọ não.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG Chấn thương sọ não thường gặp trong thời bình do tai nạn lưu thông hoặc trong thời chiến vì vết thương do hoả khí. Trong chấn thương sọ não, yếu tố quan trọng nhất là mức độ tổn thương của não và không nhất thiết phải tỷ lệ với mức độ tổn thương của sọ hoặc của các cơ quan bảo vệ não.

II. CƠ THỂ BỆNH HỌC

1. Phân loại: chấn thương sọ não có thể chia thành 2 loại.

- Chấn thương sọ não kín: thường do đụng đập, tổn thương không rách màng cứng.
- Vết thương sọ não: Tổn thương làm rách đến màng cứng, kèm nguy cơ nhiễm trùng.

2. Các loại tổn thương có thể gặp trong chấn thương sọ não.

- Tổn thương da đầu: đụng đập, đứt rách, mất da đầu.
- Tổn thương xương sọ: nứt, thủng, vỡ nhiều mảnh.
- Tổn thương màng não: làm đứt rách các mạch máu gây tụ máu trong sọ.
- Tổn thương não: chấn động, đập não, chảy máu não, phù não.

Các tổn thương trên có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc phối hợp với nhau ở nhiều mức độ.

III. KHÁM VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN BỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. Hỏi bệnh sử

- Cần biết chi tiết về nguyên nhân và độ nặng của chấn thương.
- Cần hỏi xem bệnh nhân có khoảng tỉnh hay không.

2. Khám

* Tri giác: là yếu tố quan trọng nhất, có thể chia thành 4 mức độ.

- Tỉnh táo: Nhận định đúng không gian, thời gian, bản thân và ngoại cảnh.
- Lơ mơ: thường ngủ nhiều, nếu kích thích hoặc hỏi thì bệnh nhân dậy và trả lời chính xác, sau đó lại tiếp tục ngủ nữa.

- Mê nhẹ: không đáp ứng với các kích thích nhẹ, nhưng vẫn phản ứng đúng với những kích thích đau hoặc mạnh.
- Mê sâu: Không đáp ứng với mọi kích thích hoặc nếu có thì phản ứng sai. Mê sâu thường có nhiều rối loạn thần kinh tự dưỡng đi kèm.
 - * Rối loạn thần kinh tự dưỡng: đặc biệt là rối loạn các dấu hiệu sinh tồn.
 - Thở nhanh dần và khô khè đờm dãi.
 - Mạch chậm dần, có thể < 60 l / phút, nhưng mạnh.
 - Huyết áp cao dần, trên 150 mmHg
 - Thân nhiệt cao dần (trên 38 °C)
 - * Dấu hiệu thần kinh định vị: để chẩn đoán nơi tổn thương. Hai dấu hiệu thường được theo dõi là
 - Đồng tử một bên giãn dần và không phản ứng với ánh sáng.
 - Liệt dần nửa thân, triệu chứng này xác định bên não bị tổn thương đối diện với bên bị liệt.

3. Cận lâm sàng

- Chụp X quang sọ để phát hiện tổn thương xương sọ và dự đoán tổn thương của não.
- Chụp X quang động mạch cảnh với chất cản quang: giúp xác định khối máu tụ trong sọ.
- Chụp X quang sọ cắt lớp điện toán (CAT): chẩn đoán được tổn thương sọ và não.
- Siêu âm não, điện não đồ (Electroencephalogramme) hiện nay đều ít dùng.
- Xét nghiệm dịch não tủy: chẩn đoán chảy máu trong sọ (dịch não tủy có máu), hoặc tăng áp lực nội sọ (áp lực dịch não tủy tăng).

IV. LÂM SÀNG Các tổn thương sọ não cơ bản sau đây có thể phối hợp với nhau tùy trường hợp.

1. Tổn thương da đầu

- * Đụng dập: thường làm xuất hiện bầm máu tụ.
 - * Rách da: thường chảy máu nhiều.
 - * Lộ da: da đầu bị bóc khỏi xương sọ, dễ bị hoại tử.
- Các tổn thương da đầu đơn thuần thực chất là các thương tích phần mềm.

2. Tổn thương xương sọ

- * Nứt vòm sọ: thường không có triệu chứng, chẩn đoán xác định bằng X quang.
- * Lõm, lún hoặc thủng xương sọ: nấn vùng chấn thương thấy lõm, đôi khi kèm theo bầm máu tụ. Chụp X quang sọ thường xác định được tổn thương.
- * Nứt vỡ sán sọ: làm chảy máu, chảy dịch não tủy (vì rách màng cứng) và làm tổn thương các thần kinh sọ
 - Nứt vỡ sán sọ trước: chảy máu hoặc chảy dịch não tủy ra mũi, bầm máu quanh mắt hình gọng kính và có thể lồi mắt, liệt các thần kinh sọ từ 1 đến 6.
 - Nứt vỡ sán sọ giữa: chảy máu hoặc dịch não tủy từ tai, bầm máu vùng sau tai (dấu hiệu Battle) hoặc thành sau họng, liệt các thần kinh sọ 7, 8.
 - Nứt vỡ sán sọ sau: bầm tím vùng gáy, phù gai thị hoặc xuất huyết võng mạc, động kinh kiểu thân não, trợn mắt.

3. Tổn thương màng não

Các mạch máu của màng não bị đứt có thể gây khối máu tụ chèn ép hoặc chảy máu vào dịch não tủy

* Triệu chứng của khối máu tụ chèn ép não:

- Theo sau các chấn thương làm nứt vỡ xương sọ.
- Có khoảng tĩnh, dài từ vài giờ đến vài tuần tùy theo vị trí và độ lớn của khối máu tụ.
- Có rối loạn thần kinh tự dưỡng tăng dần
- Dấu hiệu thần kinh định vị xuất hiện dần dần: nở đồng tử cùng bên và liệt nửa người bên đối diện với tổn thương
- Chụp X quang: thấy các vết nứt vỡ của xương sọ cắt ngang đường đi của các mạch máu màng não, hình ảnh não bị chèn ép. Chụp mạch não đồ với chất cản quang thấy chất cản quang tràn ra khỏi mạch máu, có khối máu tụ hay 1 khoảng vô mạch.

* Triệu chứng của chảy máu dưới màng nhện:

- Trên lâm sàng có hội chứng màng não: nhức đầu, nôn vọt, cổ cứng, có dấu hiệu Kernig và Brudzinski
- Cận lâm sàng: Dịch não tủy có máu.

4. Chấn thương não kín

* Chấn động não: não bị chấn động nhưng không có tổn thương thực thể. Triệu chứng là mất tạm thời các chức năng của não nhưng sẽ hồi phục nhanh chóng và hoàn toàn.

* Dập não: tùy mức độ nặng nhẹ, có các triệu chứng:

- Tri giác: thường hôn mê ngay sau chấn thương.
- Rối loạn thần kinh tự dưỡng ngay từ đầu.
- Có dấu hiệu thần kinh định vị sớm (dãn đồng tử, liệt nửa người).
- Có tư thế mất não (ưỡn cứng duỗi người hoặc người mềm nhũn cổ lưng lỏng).
- Trong trường hợp nặng: mất mọi phản xạ, đồng tử 2 bên nở lớn và không phản ứng với ánh sáng

* Máu tụ trong não: triệu chứng lâm sàng không rõ, cần xác định bằng phim X quang.

* Phù não: thường đi kèm theo mọi tổn thương của não hoặc màng não, làm gia tăng thêm triệu chứng và độ nặng của tổn thương.

5. Vết thương sọ não (thương tích sọ não hở)

Thường do hoá khí hoặc vũ khí sắc bén gây nên, có nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Triệu chứng thần kinh thay đổi tùy theo mức độ tổn thương não.

- Tổng trạng: thường dậy dục, mê sảng, động kinh; nhưng có bệnh nhân vẫn tỉnh táo.
- Khám vết thương thấy dịch não tủy chảy ra hoặc thấy não lòi ra.
- Khám thần kinh: trừ trường hợp nặng, ít khi bệnh nhân hôn mê sâu. Các rối loạn về vận động, cảm giác, phản xạ và các chức năng khác của não phụ thuộc theo vùng não bị tổn thương

V. TIÊN LƯỢNG - BIẾN CHỨNG VÀ DƯ CHỨNG

1. Tiên lượng: có thể dựa trên thang điểm Glasgow

Mở mắt	Trả lời	Vận động	Điểm
Không mở	Không trả lời	Không cử động	1
Khi bị đau	Chỉ có âm vô nghĩa	Co cứng mắt não (*)	2
Theo lệnh	Trả lời không phù hợp	Co cứng mắt vỏ não (#)	3
Tự nhiên	Lẫn lộn, lú lẫn	Khi đau đốn, chỉ gấp chi	4
	Có định hướng, chính xác	Khi đau đốn, chính xác	5
		Theo lệnh	6

Ghi chú: (*) Tứ chi co cứng ở tư thế duỗi.

(#) Tứ chi co cứng: chi trên co, chi dưới duỗi.

Theo thang điểm này:

- Tối thiểu được 3 điểm (rất nặng)
- Tối đa được 15 điểm (bình thường)
- Mức giới hạn là 7 điểm (tiên lượng trung bình). Trên 7 điểm tiên lượng khá, dưới 7 điểm tiên lượng nặng.
- Điểm thay đổi theo thời gian: điểm tăng lên sau 2 lần khám thì tiên lượng tốt, ngược lại là xấu.

2. Biến chứng và di chứng

* Nhiễm khuẩn: thường theo sau vết thương sọ não, hoặc thương tích sọ não hở.

- Viêm màng não, viêm não
- Abscess não: có thể sớm hoặc muộn (10 năm)

* Hội chứng não sau chấn thương.

- Nhức đầu: khu trú hay lan rộng, tăng khi hoạt động, làm việc, mệt mỏi, ồn ào.
- Yếu mệt, chóng mặt đi không vững.
- Khó ngủ.
- Đãng trí, mất trí nhớ.

* Mất chức năng não: Tùy thuộc vùng não bị tổn thương, có thể mất vận động, mất cảm giác, mất các chức năng TK cao cấp (suy nghĩ, nói, viết, cách xử thế...)

* Động kinh: Rất thường xảy ra do tổn thương bên trong hộp sọ. Phần lớn các trường hợp động kinh sẽ giảm dần hoặc biến mất sau vài năm.

VI. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu

* Biện pháp chung:

- Bảo đảm hô hấp và tuần hoàn tốt.
- Khám nhanh để nhận định mọi thương tích của nạn nhân.
- Bất động xương gãy nếu có.

* Sơ cứu về thần kinh:

- Khám thần kinh để nhận định loại và độ nặng của tổn thương.
- Băng sạch vết thương: không sát khuẩn, không thăm dò, không cố lấy dị vật, không rắc kháng sinh. Chỉ cần cắt tóc và lấy dị vật xung quanh vết thương rồi băng sạch.

- Nếu bệnh nhân gãy dựa nhiều, cho thuốc chống động kinh (Diphenylhydantoin) hay (Dilantin) 100 mg x 3 /ngày, liều đầu tiên 500 mg. Tránh các thuốc an thần.

2. Điều trị

* Các chỉ định và phương pháp phẫu thuật.

- Rách da đầu đơn thuần: cắt lọc sớm, may da.

- Vỡ xương sọ: không điều trị gì đặc biệt, ngoại trừ trường hợp lún hoặc lõm xương sọ gây tổn thương não - màng não thì cần mổ nâng nơi lún hoặc lõm lên.

- Khối máu tụ gây chèn ép trong sọ: mổ khẩn để làm thoát máu tụ và cầm máu.

- Vết thương sọ não hở: lấy hết xương vụn và dị vật, hút não dập xong khâu kín. Không nên lấy dị vật khó có thể làm tổn thương não thêm.

* Các biện pháp khác:

- Nghỉ ngơi: hạn chế các hoạt động trong thời gian theo dõi chấn thương sọ não. Bệnh nhân bị chấn động não phải nghỉ ngơi và theo dõi 21 ngày

- Dùng kháng sinh nếu chấn thương sọ não thuộc loại hở: vết thương sọ não, vỡ sán sọ, chấn thương sọ não đã được phẫu thuật.

- Chống phù não: Có nhiều biện pháp

+ Cho thở Oxy: thiếu Oxy, não dễ bị phù.

+ Glycerine 50 % 50 ml uống 2 lần / ngày (3 - 10 ngày)

+ Glucoza 30 % 200 ml - 500 ml truyền TM 30 giọt / P (3 - 10 ngày)

+ Mannitol 20 % 200 ml truyền TM 60 giọt / P (3 - 5 ngày)

+ Depersolone 60 mg + SGI 5 % truyền TM 30 giọt / P (3 - 10 ngày)

Có thể kết hợp 2 - 3 loại thuốc chống phù não.

Sau mổ cũng dùng các thuốc trên chống phù não, có thể kết hợp thêm Furosemide 20 - 40 mg IM, hoặc uống.

- Chống rối loạn thần kinh tự dưỡng: Novocain 0.25 % 100 - 200 ml truyền TM. Giảm sốt bằng lau mát, chườm đá.

- Áp dụng các biện pháp chống biến chứng do hôn mê: loét da, viêm phổi và nhiễm khuẩn tiết niệu, suy dinh dưỡng.

- An thần, chống động kinh: Diazepam 5 - 10 mg IM.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định những dấu hiệu

- Có vết rách xương sọ, vỡ sọ hay lõm sọ

- Bầm hay giập mắt, dấu hiệu Battle's (dấu hiệu mắt kính)

- Cơ mặt cử động không cân xứng

- Dấu tăng áp lực nội sọ:

o Đồng tử: không đều hay giãn đồng tử

o Tri giác giảm: Lời nói bối rối, lẫn lộn, sai ý. Glasgow <12 điểm

o Có dấu hiệu thần kinh khu trú

o Dấu chứng sinh tồn rối loạn

- Động kinh: ngay sau chấn thương,

- Tiêu tiểu không tự chủ,

- Gồng cơ: Giảm hay tăng phản xạ. Tư thế gồng mắt vỏ, mắt não

- Dịch não tủy hay máu dò ra tai, mũi

2. Can thiệp

- Theo dõi đường thở: dị vật, đàm nhớt, dấu hiệu khó thở hay ngưng thở
- Đảm bảo đường thở thông: hút đàm nhớt, đặt nội khí quản, đặt tube Mayor tránh cắn lưỡi. Nên đặt thông dạ dày tránh hiện tượng nôn vào khí quản
- Cung cấp đủ oxy: Liệu pháp oxy
- Cố định cổ và khám phát hiện chấn thương cổ kèm theo
- Thiết lập ngay 1 đường truyền với kim luôn 2-3 chia.
- Xử trí cầm máu vết thương trên sọ. Khám phát hiện dấu chảy máu mũi máu tai, vết thương sọ não
- Hỏi lại cơ chế chấn thương qua bệnh nhân hay người chứng kiến tai nạn
- Cởi bỏ quần áo nạn nhân và ủ ấm họ
- Khám và phát hiện những tổn thương kèm theo
- Tiếp tục theo dõi: dấu chứng sinh tồn, tri giác, nhịp tim, đồng tử, dấu thần kinh khu trú

CHĂM SÓC TRƯỚC MỔ

- Thực hiện hồi sức nội khoa nếu bệnh nhân choáng, phòng chống choáng
- Cạo sạch tóc bệnh nhân, 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 bệnh nhân ăn uống, không rửa dạ dày bằng ống
- Faucher, không thụt tháo.
- Đặt thông tiểu
- Đặt tube Levine
- Công tác tư tưởng cho gia đình

CHĂM SÓC SAU MỔ: Chia 3 giai đoạn

Giai đoạn chuyển tiếp bắt đầu sau mổ: đây là khoảng thời gian nguy hiểm nhất đối với bệnh nhân

- Tư thế thẳng, an toàn, cho nằm đầu cao 15-30⁰ Các, giữ ấm bệnh nhân
- Theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên
- Hô hấp: Đường thở thông, hút đàm nhớt, bảo đảm đủ oxy
- Tuần hoàn: Duy trì dịch truyền và theo dõi chính xác theo y lệnh nước xuất nhập
- Dẫn lưu não thất: kín, hoàn toàn vô trùng, theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch thoát ra.
- Dẫn lưu da đầu: rút sớm sau 24 giờ
- Vết mổ: chăm sóc vô trùng, cắt chỉ chậm, băng dày ở vùng da đầu không có hộp sọ. Tránh nằm cán lên vùng vết mổ
- Theo dõi dấu tăng áp lực nội sọ: tri giác, đồng tử, động kinh cơ cơ, liệt.
- Chăm sóc bệnh nhân hôn mê

Giai đoạn tổng quát

- Thực hiện các y lệnh chăm sóc bệnh nhân hôn mê
- Vệ sinh cá nhân
- Chống loét

- Ngăn ngừa biến chứng

Giai đoạn phục hồi: Giúp bệnh nhân 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 bệnh nhân như: động kinh, mất ngôn ngữ, mất trí nhớ...

NHẬN ĐỊNH ĐIỀU DƯỠNG

- Liệt thân kinh sọ:
 - Khứu giác: mất mùi 2 bên,
 - Thị giác: Liệt vận nhãn, nhìn đôi, rung giật nhãn cầu, mù, bán manh
 - Thính giác: nghe kém
- Mức độ ý thức: thay đổi tâm thần, kích động, trầm cảm, loạn thần, mê sảng, hôn mê, quên sau chấn thương
- Đầu: nhức đầu
- 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, 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: Liệt bán thân
 - Babinski (+)
 - Nhìn: đôi
- Tụ não:
 - Mê sâu hơn đồng thời thay đổi chức năng vận động và đồng tử
 - Thở acidosis hay alkalosis, thở Cheyne-Stockes
 - Cứng gáy, đau đầu.
 - Giãn nở đồng tử 1 bên hay 2 bên. Mất phản xạ mắt
 - Tăng huyết áp, mạch chậm, loạn nhịp tim
 - Gò cứng mất vỏ hay mất não
- Tiểu não: Co đồng tử, 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: gia tăng hôn mê, đau đầu, tăng áp lực nội sọ, động kinh, giãn nở đồng tử 1 bên
 - Chảy máu trong não: tăng áp lực nội sọ, giảm cảm giác và vận động
- Dấu hiệu sống:
 - Huyết áp giảm, mạch chậm hay nhanh và yếu

- Thở nông hay ngưng thở tạm thời, tăng thông khí, Cheyne Stokes
- Nhiệt độ tăng cao liên quan đến tổn thương vùng hạ đồi và thiếu máu não.
- Vấn đề khác: giảm trí nhớ, đau nhức khớp, Parkinson, 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.

CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Đường thở không thông

- Lượng giá khả năng sạch đàm nhớt
- Hút đàm: Cung cấp oxy vào phổi 100% trước và sau khi hút đàm Không hút quá 10 giây/lần tránh thiếu oxy máu.
- Duy trì đường thở thông qua nội khí quản, mở khí quản, máy thở nếu có chỉ định. Nghe phổi 1-2 giờ, ghi chú tính chất và sự gia tăng thông khí.
- Máy thở: chú ý thể tích thở (tỉ số, oxy, nút báo động)
- Ghi chú khi thấy $Po_2 \downarrow$ và $Pco_2 \uparrow$.
- Kiểm tra dấu chứng sinh tồn mỗi 1-2 giờ.
- Cố định cổ và tránh gập cổ cho đến khi biết bệnh nhân không chấn thương cổ.
- Theo dõi tình trạng tri giác, dấu chứng sinh tồn, dấu thần kinh khu trú 15-30/ lần cho đến khi ổn định, sau đó 1-2 giờ.
- Giữ thuốc cấp cứu và dụng cụ thông khí bên giường.
- Không ăn bằng miệng ngăn ngừa tắc đường thở vào khí quản.

Thay đổi tưới máu mô não

- Lập bảng theo dõi dấu hiệu thần kinh mỗi 15- 30 phút.
- Theo dõi dấu thiếu oxy não.
- Can thiệp hay phòng ngừa tăng áp lực nội sọ: thuốc điều trị, truyền dịch theo y lệnh, tư thế đầu cao 30°
- Nếu dùng steroid cần theo dõi:
 - Kiểm tra phát hiện chảy máu qua phân, qua tube levine.
 - Xét nghiệm nước tiểu tìm: pH, đường và ceton mỗi 2 giờ phát hiện khởi đầu của tiểu đường. Thực hiện phynotadine IM mỗi ngày.
 - Kiểm soát chảy máu,
 - Thực hiện thuốc antacide ngăn ngừa hay giảm kích thích dạ dày
- Cho bệnh nhân nằm đầu cao 30° giúp dẫn lưu tĩnh mạch não tốt, theo dõi dấu hiệu phù não
- Xét nghiệm Ion đồ, CTM,
- Kiểm soát dịch truyền tổng số dịch cho phép trong 24 giờ. Báo cáo chính xác nước xuất nhập và bàn giao cho mỗi phiên trực
- Thực hiện thuốc chống động kinh theo chương trình, theo dõi tác dụng chính và phụ thuốc chống động kinh duy trì và ngăn ngừa cơn động kinh

Cảm giác/ thay đổi nhận thức (nhìn, nghe, xúc giác, vị giác, ngửi)

- Lượng giá định hướng và mức độ hôn mê.
- An toàn cho bệnh nhân: Giữ chân song cao trong thời gian bệnh nhân ở 1 mình.
- Duy trì môi trường yên lặng, làm giảm những kích thích tối thiểu.
- Giúp tái định hướng cho bệnh nhân: thời gian, nơi chốn, con người

- Lập chương trình nghỉ ngơi, bảo đảm giấc ngủ đủ và tốt, phân bố ánh sáng phù hợp
- Kích thích cảm giác sờ, nếm, bệnh nhân nhận biết các vùng trên cơ thể bệnh nhân
- Cung cấp thông tin cho gia đình các diễn biến của bệnh, và cần nhất là sự hợp tác của người thân

Những chấn thương tiềm tàng liên quan đến động kinh

- Cho bệnh nhân nằm giường thấp và chân song cao, sau khi dùng thuốc an thần hay khi bệnh nhân rối loạn tâm thần,
- Cho bệnh nhân chuông gọi dễ dàng
- Cho bệnh nhân ngồi xe lăn, cáng, khoá khi di chuyển

Trước động kinh: ngăn ngừa:

- Có dụng cụ thở Oxy cạnh giường giúp bệnh nhân đủ oxy
- Có dụng cụ hút đàm
- Giường có chân song
- Cho thở oxy tránh thiếu oxy não,
- Phải biết các dấu hiệu tiên triệu

Trong thời gian động kinh:

- Duy trì thông đường thở
- Nâng đỡ và bảo vệ đầu, nghiêng sang bên
- Ngăn ngừa chấn thương:
 - Cho bệnh nhân nằm xuống nền nhà nếu bệnh nhân ngồi trên ghế
 - kê gối dọc 2 bên song giường nếu bệnh nhân nằm trên giường
 - Di chuyển những vật xung quanh ra xa.
 - Nới lỏng quần áo.
 - Theo dõi bệnh nhân: ghi chú thường xuyên số lần, vùng động kinh, kéo dài của cơn.

Sau động kinh:

- Duy trì đường thở, hút đàm, thở oxy.
- Kiểm tra dấu chứng sinh tồn và tình trạng tri giác.
- Tái định hướng môi trường.
- Nâng đỡ tâm lý, tư thế thoải mái, xoay trở, vệ sinh răng miệng khi có chất tiết và máu

Giảm vận động và bảo vệ da

- Phát hiện sớm loét giường.
- Chăm sóc da, massage da mỗi 1-2 giờ giúp tuần hoàn đến nuôi da tốt.
- Xoay trở bệnh nhân nhẹ nhàng, chậm mỗi 1-2 giờ và khi cần thiết nếu không chống chỉ định.
- Giữ tư thế đúng: dùng nệm cố định hay ván giường khi thay đổi tư thế nằm sấp hay ngửa. Dùng ván bàn chân kê bàn chân đúng tư thế ngửa bàn chân rời: hướng dẫn bệnh nhân không đẩy chống đối lại ván bàn chân.
- Thực hiện phương pháp chống thuyên tắc mạch hay cục máu đông:
 - Dùng vớ chống thuyên tắc mạch chi dưới giúp máu hồi lưu tốt.
 - Phát hiện dấu hiệu thuyên tắc: đỏ, đau, sưng, ấm,..tạ chi.
 - Phát hiện dấu chảy máu do thuốc chống đông qua phân, nước tiểu, vết mổ, nơi tiêm thuốc.

- Ngăn ngừa teo cơ đờ khớp: Khuyến khích tự vận động. Tránh tập vận động quá sức, quá mệt, nên có chương trình tập luyện phù hợp với sức khỏe bệnh nhân với phương pháp vật lý trị liệu.

Theo dõi cân bằng dinh dưỡng

- Nên đặt tube levine cho bệnh nhân ăn ngay sau mổ.
- Nếu bệnh nhân không mổ thì cũng nên cung cấp đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân qua miệng nếu bệnh nhân tỉnh hay qua sonde dạ dày khi tri giác giảm

Suy giảm vệ sinh cá nhân

- Giúp bệnh nhân ăn uống, truyền dịch hay ăn qua tube levine.
- Giúp vệ sinh răng miệng mỗi 2 giờ, vệ sinh cá nhân.
- Chăm sóc mắt ngăn ngừa loét giác mạc: che mắt kín.
- Duy trì chức năng ruột với sự bài tiết đều đặn.
- Chăm sóc da.

Hình dạng thân thể, rối loạn nhân cách

- Lượng giá và ghi chú mức độ liên quan và rối loạn của bệnh nhân.
- Tái định hướng thời gian, con người, nơi chốn.
- Giải thích cẩn thận bệnh nhân đang làm gì và tại sao.
- Trả lời những câu hỏi đơn giản và trung thực.
- Điều chỉnh những thông tin không chính xác.
- Bệnh nhân cần được riêng tư.

Lo lắng

- Trợ giúp bệnh nhân tái lập chức năng sinh lý, tâm lý nhiều nhất ở mức độ cho phép.
- Khuyến khích gia đình cũng là thành viên chăm sóc bệnh nhân là vai trò chủ động quyết định chăm sóc.

Giảm giao tiếp bằng lời nói

- Đánh giá khả năng giao tiếp.
- Triển khai khả năng giao tiếp cùng bệnh nhân: viết chì, hình ảnh, sờ mó, điệu bộ, phát âm.

GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn gia đình trong chăm sóc.
- Giải thích phương pháp điều trị.
- Stress và hướng xử trí.
- Khuyến khích hoạt động độc lập: Cần cung cấp dụng cụ nâng đỡ theo chỉ định, tập luyện đều, bệnh nhân tự vận động.
- Thực hiện dinh dưỡng theo bệnh lý: Bỏ sung ăn uống, ăn ít và nhai chậm ăn nhiều lần.
- An toàn: chần song, ghé tắm, nạng, xe lăn.
- Hướng dẫn, tránh dùng thuốc quá liều chỉ định.
- Từng bước cho bệnh nhân tham gia vào sinh hoạt cộng đồng.
- Giúp bệnh nhân lấy lại niềm tin về cảm giác lo âu, sợ, thay đổi hình dạng.
- Giáo dục bệnh nhân và gia đình về động kinh.

TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

- Đường thở thông tốt, kiểu thở hiệu quả.
- Sự tưới máu não và tuỷ sống tốt.
- Ít biến chứng về tổn thương.

- Vận động tốt.
- Tự chăm sóc tốt.
- Toàn vẹn về da.
- Tâm lý thoải mái.

LƯỢNG GIÁ

1. Dựa vào thang điểm Glasgow, chấn thương sọ não nặng khi:

- A. Glasgow < 6đ B. Glasgow < 7đ C. Glasgow < 8đ D. Glasgow < 9đ

2. Theo thang điểm Glasgow, số điểm mở mắt khi kêu gọi là:

- A. 5 B. 4 C. 3 D. 2

3. Bệnh nhân bị chấn thương sọ não, dấu hiệu tri giác gợi ý máu tụ trong hộp sọ là:

- A. Lơ mơ B. Giảm dần dần C. Hôn mê D. Vật vã, kích thích

4. Dấu hiệu về huyết áp gợi ý máu tụ trong hộp sọ là:

- A. Tăng rất cao B. Tăng cao C. Hạ thấp D. Tăng nhưng không nhiều

5. Dấu hiệu Mạch gợi ý máu tụ trong hộp sọ là:

- A. Không đổi B. Tăng nhẹ C. Giảm đột ngột D. Giảm nhẹ

6. Chấn thương sọ não kín có nghĩa là:

- A. Tổn thương không rách màng cứng B. Tổn thương không rách màng nhện
C. Tổn thương không rách màng nuôi D. Câu A, B, C sai

7. Vết thương sọ não có nghĩa là:

- A. Tổn thương rách màng cứng B. Tổn thương rách màng nhện
C. Tổn thương rách màng mềm D. Câu A, B, C sai

8. Chăm sóc điều dưỡng nào quan trọng nhất đối với bệnh nhân chấn thương sọ não ?

- A. Theo dõi DHST B. Theo dõi đau đầu
C. Theo dõi tri giác D. Theo dõi nước tiểu

9. Cận lâm sàng nào sau đây có giá trị chẩn đoán chấn thương sọ não ?

- A. Siêu âm B. Xquang sọ não C. City Scanner sọ não D. Đo điện não

10. Triệu chứng lâm sàng gợi ý nứt vỡ sán sọ trước ?

- A. Chảy máu/ dịch não tủy ra mũi B. Bầm máu quanh mắt hình gọng kính
C. Liệt các thần kinh sọ từ I đến VI D. Câu A, B, C đúng

Bài 19: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN TRẬT - KHỚP (TRẬT KHỚP - CHẤN THƯƠNG KHỚP – BONG GÂN)

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa bong gân - trật khớp.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại bong gân – trật khớp.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bong gân – trật khớp.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí bong gân – trật khớp.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh bong gân – trật khớp.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. ĐẠI CƯƠNG

I. CẤU TẠO CỦA MỘT KHỚP HOẠT ĐỘNG, CHỦ YẾU LÀ KHỚP HOẠT DỊCH

Khớp hoạt dịch được cấu tạo bởi:

* **Các mặt khớp:** ở các đầu xương, có sụn khớp che phủ. Hình dáng của các mặt khớp phải thật ăn khớp với nhau để khớp vừa có thể chịu lực, vừa có thể di động được.

* **Bao khớp:** bao bọc khớp và xương quanh mặt khớp, đồng thời giới hạn nên ổ khớp.

- Mặt ngoài bao khớp thường dày lên tạo thành các dây chằng.

- Mặt trong bao khớp là hoạt mạc, tiết ra hoạt dịch.

- Trong ổ khớp, có hoạt dịch làm trơn các cử động của khớp. Ngoài ra trong ổ khớp còn các cấu tạo làm ổn định khớp như dây chằng trong khớp, các sụn chêm.

* **Các cơ cấu làm ổn định khớp:**

- Cơ cấu ổn định tĩnh: gồm các yếu tố làm vững khớp khi chịu lực như hình dáng của ổ khớp, các dây chằng ở trong và ngoài khớp, sụn chêm.

- Các cơ cấu ổn định động: gồm các yếu tố làm vững khớp khi đang vận động như gân, cơ, cân quanh khớp.

II. PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG KHỚP: Chấn thương khớp có thể chia thành hai loại

1. Chấn thương khớp kín, các dạng thường gặp là:

- Sai khớp hay trật khớp: mất sự tiếp xúc giữa 2 mặt khớp.
- Bán trật khớp: thay đổi sự tiếp xúc bình thường giữa 2 mặt khớp.
- Bong gân: tổn thương các dây chằng khớp.
- Tổn thương sụn chêm khớp.
- Gãy xương thấu khớp.

2. Vết thương khớp: cũng gồm các tổn thương như chấn thương khớp kín, nhưng còn kèm theo biến chứng nhiễm khuẩn do bộc lộ ổ khớp ra ngoài.

B. BONG GÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bong gân là tổn thương dẫn hoặc đứt dây chằng khớp do chấn thương. Bong gân thường gặp ở những người trẻ, nhất là các nhà thể thao. Các khớp thường bị bong gân là cổ chân, khớp gối, cổ tay, ngón tay.

II. PHÂN LOẠI BONG GÂN

1. Tổn thương dây chằng

- Độ 1: Dẫn hoặc đứt rất ít thớ dây chằng.
- Độ 2: Đứt các thớ dây chằng nhưng khớp vẫn vững
- Độ 3: Đứt dây chằng hoàn toàn hoặc dây chằng bị đứt ra khỏi nơi bám ở xương. Trường hợp này khớp thường không vững.

2. Độ vững của khớp: Bong gân độ 3 khớp thường không vững và được chia thành 3 độ:

- Không vững nhẹ: Các mặt khớp bị tách rộng hơn bình thường < 5 mm: (+)
- Không vững trung bình: Các mặt khớp bị tách rộng hơn bình thường 5 - 10 mm: (++)
- Không vững nặng: Các mặt khớp bị tách rộng hơn bình thường > 10 mm: (+++)

3. Ổ khớp: Bao khớp bị dẫn mạnh hay đứt, trong ổ khớp có tràn máu hoặc tràn dịch.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bong gân xảy ra sau khi chấn thương làm khớp di chuyển vượt quá các giới hạn cử động bình thường.

1. Triệu chứng chức năng quan trọng nhất là **đau hai thì:** ngay sau chấn thương nơi bị bong gân đau chói dữ dội làm khớp hạn chế cử động, sau vài phút cảm giác đau giảm dần và khớp tạm thời cử động được, nhưng sau vài giờ cảm giác đau xuất hiện lại và gần như giới hạn hoàn toàn cử động tại khớp bị tổn thương.

2. Khám thực thể có thể thấy:

- Nơi bong gân bị phù nề, nếu nặng khớp sưng to hoặc có vết bầm tím.
- Nắn quanh khớp gây đau nhiều, nhất là nơi dây chằng khớp bị tổn thương.
- Thực hiện cử động thụ động thấy biên độ khớp bình thường hoặc tăng.

3. Chụp X quang: có thể cho thấy khe khớp bị giãn rộng và sưng nề quanh khớp; đồng thời giúp chẩn đoán phân biệt với gãy xương hoặc trật khớp.

IV. TIẾN TRIỂN

1. Nhẹ: được điều trị đúng bệnh nhân sẽ khỏi sau 1 - 2 tuần.

2. Nặng: Xử trí không đúng cách dễ gây biến chứng lỏng khớp, teo cơ, đau khớp mỗi khi vận động (đặc biệt là các khớp chịu sức nặng), xương mất chất vôi, bong gân mãn tính.

V. XỬ TRÍ

1. Bong gân nhẹ, mới

- Giảm đau: băng chườm lạnh, quần băng thun bất động tạm khớp, hoặc phong bế quanh khớp với Novocaine 0.25% - 1% .
- Bất động khớp tương đối để giảm đau, giảm phù nề, làm dây chằng khớp lành. Bất động có thể chỉ cần hạn chế vận động khớp, bất động với băng thun hoặc với nẹp nâng đỡ. Thời gian bất động khoảng 5-10 ngày.
- Tuyệt đối không được xoa bóp, dùng dầu nóng xoa bóp, vận động khớp cưỡng bức hoặc tập vận động thụ động khớp quá mức.

2. Bong gân nặng

- Dùng Novocaine phong bế quanh khớp để giảm đau và ức chế phản xạ vận mạch làm giảm sưng khớp.
- Bất động khớp: quần băng thun hoặc bó bột từ 2 - 6 tuần tùy theo khớp bị tổn thương, ngay sau khi hết đau phải tập vận động nhẹ nhàng để tránh teo cơ, xốp xương và cứng khớp.
- Phẫu thuật: các trường hợp bong gân và khớp không vững, nhất là những khớp chịu nặng cần mổ để khâu lại bao khớp và dây chằng bị tổn thương.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN

Thuốc: giảm đau, an thần và theo công thức:

- ° I: (Ice) chườm lạnh 20' - 30', nghỉ 30' làm liên tục trong 24-72 giờ
- ° C: (Compression) băng ép, treo tay
- ° I: (Immobilization) bất động vùng tổn thương (có thể băng thun hay bó bột)
- ° E: (Elevation) nâng cao chi tổn thương

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

- 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

Nhận định tình trạng người bệnh

- Đau vùng tổn thương: đau chói ngay khi tổn thương, sau đó đau giảm và đau tê tê, sau vài giờ đau dừ dội lại, cử động đau tăng hơn
- Sưng nề vùng tổn thương ; Bầm tím

Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

Đau do bong gân

- Đánh giá mức độ đau
- Thực hiện thuốc giảm đau, an thần, tâm lý liệu pháp
- Người bệnh cần được bất động vùng tổn thương
- Không cho người bệnh xoa bóp, chườm nóng trên vùng tổn thương

Người bệnh suy giảm vận động do bong gân

- Nhận định ngay vùng tổn thương: đau, sưng, ...
- Chăm sóc vùng tổn thương nhẹ nhàng tránh tổn thương thêm
- Đắp lạnh giúp giảm phù nề và chảy máu
- Nâng chi cao lên giúp máu hồi lưu tốt → giảm phù nề
- Tập hết biên độ vận động cho người bệnh ở mức độ không đau

- Dùng phương pháp treo chi lên để giúp giảm đau → gia tăng thoải mái
- Kiểm tra thần kinh mạch máu giúp phát hiện sớm các biến chứng
- Trợ giúp người bệnh đi nặng (nếu được)
- Thực hiện thuốc giảm đau, kháng viêm
- Trợ giúp người bệnh vệ sinh cá nhân
- Không vận động trong giai đoạn viêm tấy

Cơ tổn thương không còn hoạt động như bình thường

- Giúp người bệnh an tâm rằng chức năng cơ 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 có thể bị tổn thương lại

Giáo dục người bệnh

- Cung cấp người bệnh kiến thức về tổn thương và biến chứng
- Giáo dục người bệnh và gia đình trong thực hiện: thuốc, thay quần áo, và những hoạt động hàng 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 dưới

Tiêu chuẩn 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

TRẬT KHỚP (SAI KHỚP)

I. ĐỊNH NGHĨA: Trật khớp là tình trạng mất sự tiếp xúc bình thường giữa các mặt khớp.

II. NGUYÊN NHÂN & PHÂN LOẠI

1. Nguyên nhân

- Bẩm sinh: có dị tật xương khớp làm cấu trúc khớp thay đổi gây trật khớp.
- Chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất, thường gây trật khớp hoàn toàn
- Bệnh lý: các bệnh lý như viêm khớp, lao khớp, hoại tử đầu xương... làm biến dạng và gây trật khớp, thể thường gặp nhất là bán trật khớp.

2. Phân loại

- Trật khớp hoàn toàn: hai mặt khớp hoàn toàn không tiếp xúc với nhau
- Trật khớp không hoàn toàn (bán trật): các mặt khớp tiếp xúc với nhau không hoàn toàn hay sai lệch do cơ cấu chúng bị thay đổi, bán trật thường gặp trong bệnh lý về xương khớp.
- Trật khớp tái phát: là loại trật khớp đã được điều trị nhưng chưa đúng cách khiến các phương tiện nối khớp lỏng lẻo dễ gây trật khớp trở lại.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng chức năng

- Đau dữ dội ngay khi trật khớp, có thể choáng. Sau đó giảm đau dần.
- Chi bị cố định ở một tư thế, không cử động tự ý được.
- Giảm hoặc mất cảm giác da nếu thần kinh quanh khớp bị chèn ép

2. Triệu chứng thực thể

- * Tư thế của chi sai lệch: Trục của chi sai lệch, tư thế của chi bất thường đối với ổ khớp.
- * Biến dạng khớp:

- Khớp thường sưng lớn, vết bầm máu thường xuất hiện muộn hơn.
- Vị trí các điểm mốc xương quanh khớp bị thay đổi, không giống như bên lành.
- Sờ thấy các mặt khớp rời nhau, hõm khớp tạo nên chỗ lõm còn đầu xương tạo nên chỗ lồi.
- * Dấu hiệu lò xo: khớp bị cố định một tư thế nhất định, nếu cố gắng thực hiện các cử động thụ động thì khớp luôn luôn trở về vị trí trước đó.

3. X quang: xác định được trật khớp và vị trí di lệch giữa các mặt khớp; chẩn đoán phân biệt các tổn thương của xương kèm theo nếu có.

IV. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG

- Hoại tử đầu xương, thoái hóa khớp: do tổn thương mạch máu nuôi đầu xương và khớp.
- Trật khớp tái hồi, cứng khớp: do điều trị hay bất động khớp không đúng cách.
- Dị tật khớp: do trật khớp bị bỏ sót, điều trị muộn hoặc không đúng gây xơ hóa ổ khớp.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Trật khớp mới (3 tuần lễ đầu): Cần điều trị sớm để tránh các biến chứng làm cứng khớp.

* Nắn khớp:

- Nắn ngoài: Cần cho bệnh nhân ngủ hoặc gây tê để giảm đau và chống co cơ. Nguyên tắc là đưa khớp vào vị trí bình thường bằng cách thực hiện các cử động ngược với hướng đã gây trật khớp

- Mổ nắn khớp: thực hiện khi không áp dụng phương pháp nắn ngoài được, kết quả thường không tốt bằng cách nắn ngoài.

* Bất động khớp: sau khi nắn phải bất động đủ lâu (2-4 tuần) cho các nối khớp lành hẳn. Có thể bất động bằng băng thun, nẹp hoặc bó bột.

* Tập vận động để phục hồi chức năng của cơ khớp.

2. Trật khớp cũ hay trật khớp tái phát: Cần mổ để phục hồi cơ cấu của khớp hoặc tạo tư thế chức năng hữu ích cho khớp bị cứng.

D. VẾT THƯƠNG KHỚP (tham khảo)

I. ĐẠI CƯƠNG

* Vết thương khớp là các tổn thương làm thủng rách bao khớp và bộc lộ ổ khớp ra môi trường bên ngoài.

* Nguyên nhân gây vết thương khớp thường là hỏa khí, vũ khí hoặc vật nhọn đâm thấu khớp hoặc đôi khi do điều trị như chọc dò hoặc tiêm thuốc vào ổ khớp.

* Có thể phân chia vết thương khớp thành 2 loại:

- Vết thương khớp đơn thuần, với biến chứng thường gặp là viêm khớp mủ.
- Vết thương khớp kèm theo gãy xương: ngoài biến chứng nhiễm khuẩn, còn có thêm các di lệch quan trọng tại khớp.

II. TRIỆU CHỨNG

Sau khi bị thương tích, các vết thương khớp thường tiến triển qua 3 giai đoạn

1. Vết thương khớp mới, với các triệu chứng gợi ý cho chẩn đoán:

- Vết thương thông với ổ khớp, thấy sụn khớp.
- Từ vết thương vùng khớp, thấy hoạt dịch lầy nhầy, óng ánh chảy ra.
- Tràn máu ổ khớp.

- Hướng đi của vật gây thương tích ngang qua vùng khớp.
 - Chụp X quang: thấy dị vật nằm trong ổ khớp, tràn dịch ổ khớp, biến dạng khớp.
- 2. Viêm khớp mủ do nhiễm khuẩn vết thương khớp:** thường xuất hiện sau 2-3 ngày
- Đau nhức nhiều ở khớp, không ngủ được.
 - Sốt 39-40°C, tổng trạng sa sút. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao.
 - Khám thấy khớp bị tổn thương đặt ở tư thế chống đau (nửa gấp, nửa duỗi), có triệu chứng viêm, đặc biệt là đau nhiều và khi cử động khớp lại càng tăng thêm.
 - Các túi cùng của ổ khớp căng, chọc dò có dịch đục, mủ. Xét nghiệm dịch chọc dò thấy có nhiều bạch cầu và vi khuẩn.
 - Tiến triển: nếu để tự nhiên, sẽ gây biến chứng nhiễm khuẩn mủ huyết, còn khớp bị phá huỷ gây cứng khớp, dính khớp hoặc lỏng khớp. Các trường hợp nhẹ hoặc điều trị chưa đầy đủ sẽ tiến triển thành viêm khớp bán cấp.
- 3. Viêm khớp bán cấp:** thường gặp ở các trường hợp vết thương khớp điều trị chưa triệt để hoặc nhiễm khuẩn nhẹ. Triệu chứng:
- Sốt nhẹ 38°C.
 - Đau khớp, thường không nhiều. Khám thấy khớp sưng nóng, có tràn dịch, vận động đau.
 - Chọc dò ổ khớp thường có dịch đục với nhiều bạch cầu.
 - Xét nghiệm: VS (tốc độ máu lắng) tăng rất cao.
 - Chụp X quang: khe khớp bị mỏng, mất vôi đầu xương.

III. DI CHỨNG VẾT THƯƠNG KHỚP

- Cứng khớp: biên độ cử động của khớp bị hạn chế.
- Dính khớp: khớp mất cử động do hóa sợi hay hóa xương làm dính 2 mặt khớp với nhau.
- Lỏng khớp: khớp không vững vì cấu tạo của mặt khớp hoặc dây chằng khớp bị huỷ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ cứu

- Băng sạch và kín các vết thương khớp.
- Bất động tạm khớp bị tổn thương.
- Cho kháng sinh uống hoặc tiêm.
- Chuyển về tuyến điều trị có phẫu thuật.

2. Điều trị vết thương khớp mới

- Cắt lọc vết thương, lấy dị vật, rửa sạch và khâu kín ổ khớp có dẫn lưu, phục hồi các cơ cấu nối khớp.
- Sau mổ bất động khớp ở tư thế chức năng.
- Dùng kháng sinh theo đường toàn thân, không dùng tại chỗ.
- Khi khớp hết viêm, đau cần tập vận động phục hồi khớp.

3. Điều trị viêm khớp mủ do vết thương khớp

- Mở ổ khớp dẫn lưu mủ, lấy hết tổ chức viêm và dị vật. Sau khi rửa kỹ ổ khớp thì khâu kín có dẫn lưu và bất động đầy đủ. Dùng kháng sinh theo đường toàn thân với liều cao, và nếu cần thì cho tại chỗ.
- Nếu khớp đã bị huỷ hoại nhiều không phục hồi được, có thể cắt đoạn khớp đối với chi trên, hoặc làm dính khớp đối với chi dưới. ở người già, tổng trạng xấu, nhiễm khuẩn khớp nặng có thể phải cắt cụt chi.

4. Điều trị viêm khớp bán cấp do vết thương khớp

- Chủ yếu là điều trị bằng kháng sinh theo kháng sinh đồ

TRẬT KHỚP VAI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các nguyên nhân gây ra trật khớp vai.
- 1.2. Phân tích được triệu chứng lâm sàng của trật khớp vai.
- 1.3. Trình bày được các cận lâm sàng của trật khớp vai.
- 1.4. Phân tích được diễn tiến và biến chứng của trật khớp vai.
- 1.5. Trình bày được cách dự phòng và điều trị trật khớp vai.

2. Kỹ năng

- 2.1. Trình bày được cách nhận định trật khớp vai.
- 2.2. Lập được kế hoạch chăm sóc trật khớp vai.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.
- 3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân trước tập thể nhóm về thực hiện những yêu cầu được giao.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp vai là trường hợp đầu xương cánh tay trật ra khỏi hõm khớp xương bả vai.
- Trật khớp vai chiếm khoảng 50% các trường hợp trật khớp. Khớp vai dễ bị trật do cấu tạo của khớp: đầu xương cánh tay thì lớn, trong khi hõm khớp xương bả vai lại nhỏ.
- Chấn thương thường là nguyên nhân gây trật khớp, đặc biệt ở người trẻ, do vận động mạnh mẽ.

II. CƠ THỂ BỆNH

Có 3 hướng di lệch của đầu xương cánh tay khi bị trật khớp:

- Di lệch ra trước: chiếm 95%, do lực chấn thương từ phía sau đến xương cánh tay hoặc do ngã chống tay với khớp vai ở tư thế dang, đưa ra sau và xoay ngoài. Đầu xương cánh tay thường kẹt dưới mấu quạ, dưới xương đòn hay dưới hõm khớp.
- Di lệch ra sau ít gặp hơn, thường do co giật trong cơn động kinh hay do điện giật
- Di lệch xuống dưới: hiếm, do chấn thương khi cánh tay ở tư thế dạng hết mức, ở trên đầu. Loại di lệch này gây tổn thương khớp nặng, có biến chứng chèn ép thần kinh, mạch máu.

III. TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng của trật khớp vai ra trước:

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau sau khi bị chấn thương.
- Tay lạnh đỡ tay đau.
- Giảm hoặc mất cử động khớp vai.

2. Triệu chứng thực thể

Nhìn vai có biến dạng:

- Đầu vai mất tròn, mấu đầu gai thẳng góc với cánh tay tạo dấu hiệu cầu vai (quân hàm)
- Dấu hiệu nhát rìu ở mặt ngoài vai, chỗ bám tận của cơ tam giác.
- Cánh tay dạng và xoay trong.
- Mất rãnh tam giác - ngực do đầu xương cánh tay lồi ra trước.

Sờ nắn

- Hõm khớp rộng, đầu xương cánh tay ở dưới móm quạ.
- Lay cánh tay sẽ thấy đầu xương cánh tay ở dưới móm quạ cũng lay động theo.
- Tìm dấu hiệu lò xo: đè khuỷu tay vào thân lúc bỏ tay ra cánh tay bật ra theo.
- Vùng da đầu vai có thể mất cảm giác do thần kinh nách bị chèn ép

3. Chụp x quang: thấy đầu xương cánh tay trật ra khỏi hõm khớp xương bả vai và chẩn đoán phân biệt với gãy cổ xương cánh tay.

IV. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG

- Cứng khớp, đau khớp vai, do các tổn thương xương, cơ và dây chằng quanh khớp.
- Trật khớp vai tái phát: tuổi càng nhỏ, tỷ lệ tái phát càng lớn. Trật khớp nắn ngoài có tỷ lệ tái phát cao hơn nắn mổ. Vận động viên thể thao có tỷ lệ tái phát cao hơn người ít vận động
- Liệt thần kinh tạm thời hay lâu dài: Thần kinh nách có thể bị liệt làm mất cảm giác vùng vai và liệt cơ dang vai. Liệt thần kinh quay làm mất cảm giác và liệt cơ mặt sau chi trên.

V. ĐIỀU TRỊ

- * Cần phải nắn lại sớm, để càng lâu cơ càng co thắt, khó nắn lại.
- * Nên gây mê hoặc cho ngủ, nắn sẽ dễ hơn. Nắn thật sớm có thể không cần biện pháp này.
- * Nắn khớp: Có rất nhiều thủ thuật giúp nắn trật khớp vai (Hippocrates, Kocher, Milch, Spaso, Treo tạ, Xoay ngoài xương cánh tay, xoay trong xương bả vai ...) nhưng đều có chung các nguyên tắc sau:
 - Nắn kéo chậm rãi để thắng lực co thắt các cơ quanh khớp. Có thể thay bằng kéo tạ.
 - Kéo theo trục cánh tay để gỡ đầu xương cánh tay ra khỏi móm quạ xương bả vai.
 - Đẩy đầu xương cánh tay ra ngoài để lọt vào hõm khớp xương bả vai.
- * Bất động sau nắn: dùng băng treo tay với cánh tay khép sát thân, cẳng tay gập 90° và hơi xoay trong. Thời gian bất động trung bình 4 tuần.
- * Tập vận động: từ tuần lễ thứ 3 trở đi có thể tập vận động tăng dần, từ thụ động đến chủ động. Khớp chỉ lấy lại khả năng vận động hoàn toàn sau 4 tháng.

TRẬT KHỚP HÁNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các nguyên nhân gây ra trật khớp háng.
- 1.2. Phân tích được triệu chứng lâm sàng của trật khớp háng.
- 1.3. Trình bày được các cận lâm sàng của trật khớp háng.
- 1.4. Phân tích được diễn tiến và biến chứng của trật khớp háng.
- 1.5. Trình bày được cách dự phòng và điều trị trật khớp háng.

2. Kỹ năng

- 2.1. Trình bày được cách nhận định trật khớp háng.

2.2. Lập được kế hoạch chăm sóc trật khớp háng.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.

3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân trước tập thể nhóm về thực hiện những yêu cầu được giao.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp háng là trường hợp đầu xương đùi trật ra khỏi hõm chén xương háng.
- Thể loại thường gặp là trật khớp háng ra sau do tai nạn xe cộ, hoặc chấn thương nặng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương: thường từ phía trước vào đầu gối khi đang ngồi với khớp háng gập.
- Trật khớp háng bẩm sinh: do cấu tạo bất thường của đầu xương đùi hay ổ chén
- Bệnh lý: lao khớp háng, hoại tử đầu xương đùi là các nguyên nhân thường gặp

III. CƠ THỂ BỆNH

Nếu lấy ổ chén làm điểm tham chiếu, đầu xương đùi có 4 hướng di lệch

- Ra sau, khớp háng ở tư thế khép và xoay trong, có tỷ lệ đến 70%.
- Ra trước, khớp háng ở tư thế dạng và xoay ngoài,
- Lên trên, khớp háng ở tư thế duỗi.
- Xuống dưới, khớp háng ở tư thế gập.

Kết hợp 2 trong 4 hướng di lệch này, có 4 kiểu trật khớp háng thường gặp

- Kiểu hông: Đầu xương đùi trật ra sau, lên trên đến mặt mông của xương hông.
- Kiểu ngồi: Đầu xương đùi trật ra sau, xuống dưới vùng khuyết ngồi.
- Kiểu mu: Đầu xương đùi trật ra trước, lên trên đến vùng mu.
- Kiểu bịt: Đầu xương đùi trật ra trước, xuống dưới đến lỗ bịt.

Ngoài di lệch khớp và tổn thương dây chằng, có thể có các mảnh xương vỡ từ ổ chén

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng toàn thân: hầu hết bệnh nhân đều có sốc: da tái nhợt, thờ ơ, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

2. Triệu chứng cơ năng

- Đau sau khi bị chấn thương.
- Vận động đau tăng.
- Chi mất cử động hoàn toàn.

3. Triệu chứng thực thể

Nhìn: chân bị trật khớp có các đặc điểm sau đây

* Ngắn hơn chân lành do không thể duỗi thẳng bình thường.

* Có tư thế cố định đặc biệt

- Trật khớp kiểu chậu: háng duỗi, đùi khép, gối gập, bàn chân xoay vào trong.
- Trật khớp kiểu ngồi: háng gập, đùi khép gối gập, và bàn chân xoay trong.
- Trật khớp kiểu bịt: háng gập, đùi dạng gối gập, và bàn chân xoay ngoài.
- Trật khớp kiểu mu: háng dạng rộng có thể đến 90°, gối gập, bàn chân xoay ngoài.

Sờ nắn các điểm mốc xương

* Ba điểm gai hông trước trên, máu chuyển lớn, ụ ngồi không thẳng hàng (đường thẳng Nelaton) như bình thường nữa vì máu chuyển lớn nhô lên trên.

* Sờ thấy đầu xương đùi ở mông hay ở vùng mu, nếu lay đầu gối thấy đầu xương đùi lay động theo.

4. Chụp x quang: thấy đầu xương đùi trật ra khỏi ổ chén xương háng và chẩn đoán phân biệt với gãy cổ xương đùi.

IV. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG

- Hoại tử đầu xương đùi, đặc biệt nếu nắn sửa khớp muộn, sau 24 giờ.

- Cứng khớp, đau khớp, khớp không vững, thoái hóa khớp: do tổn thương sụn khớp, cơ và dây chằng quanh khớp háng, vỡ xương quanh ổ chén.

- Liệt thần kinh tạm thời hay lâu dài: Thần kinh tọa có thể bị liệt làm mất cảm giác và liệt cơ mặt sau chi dưới. Thần kinh bịt có thể bị liệt làm mất cảm giác và liệt cơ mặt trong đùi.

IV. ĐIỀU TRỊ

Xử trí cấp cứu

1. Chống choáng.

2. Giảm đau: bằng morphine hoặc dolosal.

3. Bất động tạm thời bằng nẹp ở tư thế sai khớp. Không được kéo nắn hoặc xoa bóp.

4. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên càng sớm càng tốt để kéo nắn và bất động.

Điều trị

1. Nắn sửa khớp sớm (trước 6 giờ), tránh được co cứng cơ và hoại tử đầu xương đùi.

2. Nên gây mê, gây tê tùy sống hoặc cho ngủ, nắn sẽ dễ hơn.

3. Nắn sửa khớp cho trường hợp trật khớp háng ra sau:

* Nguyên tắc nắn sửa khớp ngoài (thủ thuật Allis, Stimson, Bigelow...)

- Bệnh nhân có thể nằm ngửa hay nằm sấp, giữ cố định xương chậu.

- Gấp háng và gối, tác động lực ở sau gối để kéo căng chân ra trước.

- Lần lượt xoay trong và xoay ngoài khớp háng cho đến khi đầu xương đùi vào ổ chén.

* Phẫu thuật nắn sửa khớp: Được chỉ định nếu nắn ngoài thất bại, có mảnh xương vỡ trong khớp hoặc khớp không vững.

4. Chăm sóc sau nắn sửa khớp:

- Thường phải chống đau bằng chườm lạnh, thuốc kháng viêm, giảm đau, morphine

- Bất động khớp háng theo tư thế hơi dạng và xoay ngoài bằng biện pháp thích hợp. Thời gian bất động trung bình là 4 tuần, sau đó có thể tập vận động nhẹ. Trường hợp trật khớp đơn giản có thể tập chịu lực trên chân trật khớp sau 3-4 tháng và tăng dần mức độ vận động.

- Chụp X quang theo dõi để phát hiện biến chứng muộn như hoại tử đầu xương đùi, thoái khớp.

TRẬT KHỚP KHUYỬ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được các nguyên nhân gây ra trật khớp khuỷu.
- 1.2. Phân tích được triệu chứng lâm sàng của trật khớp khuỷu.
- 1.3. Trình bày được các cận lâm sàng của trật khớp khuỷu.
- 1.4. Phân tích được diễn tiến và biến chứng của trật khớp khuỷu.
- 1.5. Trình bày được cách dự phòng và điều trị trật khớp khuỷu.

2. Kỹ năng

- 2.1. Trình bày được cách nhận định trật khớp khuỷu.
- 2.2. Lập được kế hoạch chăm sóc trật khớp khuỷu.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.
- 3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân trước tập thể nhóm về thực hiện những yêu cầu được giao.

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân: Do chấn thương gián tiếp như ngã chống tay ở tư thế khuỷu đang duỗi và căng tay ngửa, ít gặp do lực chấn thương trực tiếp.

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Khuỷu tay sưng to nhanh.
- Đau nhất là khi sờ vào khuỷu tay đau.
- Khuỷu chỉ gấp được 90° . Duỗi bình thường, có thể di chuyển sang hai bên được.

2.2. Triệu chứng thực thể

* Nhìn:

- Khuỷu ở tư thế duỗi 120° đến 130° .
- Khuỷu như ngăn lại.
- Đầu dưới xương cánh tay nhô trước trên nếp khuỷu. Mỏm khuỷu nhô ra sau.

* Sờ nắn :

- Thấy mỏm khuỷu ra phía sau.
- Duỗi khuỷu thì mỏm khuỷu, mỏm trên ròn rọc và mỏm trên chùy tạo thành hình tam giác ở mặt sau khuỷu. (Bình thường 3 điểm này cùng nằm trên đường thẳng - đường Hueter). Ngược lại nếu gấp khuỷu 90° thì 3 điểm trên lại tạo thành đường thẳng (Bình thường 3 điểm này tạo thành hình tam giác cân tại mỏm khuỷu- tam giác Hueter).

* Chụp x quang

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRẬT KHỚP

A. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Hỏi người bệnh: cơ chế, thời gian xảy ra trật khớp
- Tâm lý: đau đớn, lo sợ,
- Nhìn: biến dạng khớp,
- Sờ: có dấu hiệu lò xo, ổ khớp rỗng,
- Suy giảm chức năng vận động

B. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Người bệnh lo lắng do nắn khớp

- Công tác tư tưởng: giúp người bệnh giảm sợ
- Chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ trong việc nắn khớp
- Thực hiện thuốc giảm đau an thần trong và sau khi nắn

Bất động sau nắn khớp

- Giải thích người bệnh thời gian bất động ngắn
- Cho người bệnh bất động hoàn toàn vùng trật khớp
- Gồng cơ nhẹ nhàng vùng bất động

Tập vận động khớp trong và sau thời gian bất động

- Tập gồng cơ trong bột, tập các khớp không bị bất động
- Khớp vai: bó bột bất động 1-3 tuần, sau đó tập vận động: xoay vòng vai, bò tường, lau lưng
- Khớp khuỷu tập nhẹ nhàng sau 2-3 tuần bất động: bó bột, sau đó tập duỗi khớp khuỷu
- Khớp háng: không bất động lâu dài, sau 6 tuần người bệnh mới được đi chống chân đau
- Tránh xoa bóp các khớp vì dễ gây biến chứng viêm cơ cốt hoá

C. GIÁO DỤC NGƯỜI BỆNH

- Giải thích cho người bệnh biết ổ khớp suy yếu chức năng sau chấn thương vì thế có nguy cơ tái trật khớp
- Giải thích cho người bệnh cần đến bệnh viện ngay khi có trật khớp
- Không xoa bóp các khớp với tất cả các loại thuốc

D. TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ

- Người bệnh không tái trật khớp lại
- Người bệnh lấy lại vận động bình thường

Bài 20: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa chấn thương cột sống.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại chấn thương cột sống.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương cột sống.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chấn thương cột sống.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương cột sống.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG: Chấn thương cột sống là tổn thương hệ thống đốt sống-đĩa đệm - dây chằng, có hệ quả nặng nề do các hệ quả thần kinh, và biến chứng gây ra.

II. DỊCH TỄ HỌC

- Tần suất 40-50 trường hợp/100.000 dân/năm, có 2500 ca mới/năm.
- Giới: nam/nữ (3:1).
- Tuổi: đa số thanh niên từ 15-40 (50% < 25 tuổi), gia tăng bệnh nhân tuổi cao bị CTCS-TS.
- Nguyên nhân: tai nạn giao thông 39%, ẩu đả 25%, té cao 22%, tai nạn thể thao 7% và nguyên nhân khác 7%.
- Tổn thương phối hợp đa chấn thương trong 70% trường hợp.
- 10% có tổn thương > 2 vị trí cột sống.
- 14-30% có biến chứng thần kinh sớm; 12% có tổn thương thứ phát.
- Tử vong do chấn thương tủy đơn thuần là 7% và 17% nếu đa thương.

Chấn thương phối hợp với chấn thương tủy sống

LOẠI TỔN THƯƠNG	TỈ LỆ (%)
Không tổn thương phối hợp	55.8
Gãy xương thân mình	17.2
Gãy xương dài	13.9
Chấn thương đầu và mặt	13.8
Tràn khí màng phổi và chấn thương ngực	8.8
Chấn thương bụng	8.6

III. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

Những cơ chế thường gặp, tùy theo lực và hướng tác động:

1. Gập nén (Flexion-Compression): Cột sống bệnh nhân bị gập, thân đốt bị nén với một lực chỉ đủ mạnh để làm lún phía trước thân đốt, bức tường sau vì cứng hơn nên không gãy. Ví dụ do 1 vật nặng vừa phải rớt vào lưng đang cúi của một công nhân. Hoặc té cao khoảng 2,5 m. Diễn hình là lún phần trước thân đốt.

2. Nén dọc trục (axial compression): Với lực nén dọc trục thân thể mạnh hơn, vượt khả năng giảm chấn của đĩa đệm và sức bền của vỏ và thớ xương sọp của thân đốt thì có thể làm thân đốt gãy bung thành nhiều mảnh, hoặc gãy kiểu Jefferson.

3. Duỗi quá mức (hyperextension): Chấn thương đập mạnh vô đầu vùng trán, tăng tốc đột ngột; gây tổn thương cột trước và giữa thường kèm theo bán trật hay trật. Ví dụ gãy chân cung C2, gãy Jefferson C1.

4. Gập – xoay (flexion-rotation): Lực gây chấn thương tác động trên cột sống không đứng ở giữa lưng nhưng lại trực tiếp vào 1 bên vai làm cột sống bị vặn mạnh qua 1 bên thân đốt sống bị trật và xoay một bên, mấu khớp một bên bị trật và các dây chằng đều bị đứt.

5. Cơ chế giằng xé (distraction): Lực tác động thẳng góc với thân có thể từ sau ra trước, có thể từ trái sang phải làm các mấu khớp bị gãy, thân đốt bị trật, cột sống bị gập góc. Ví dụ công nhân đang đứng thẳng bị một vật nặng đang được cần trục cân lên đập thẳng vào lưng.

6. gập quá mức (hyperflexion): Xảy ra khi cột sống bệnh nhân đang ở tư thế gập nên toàn bộ lực gập không làm lún thân đốt sống nhưng lại làm đứt các dây chằng bao khớp ở phía sau đang ở sẵn trong trạng thái căng. Tổn thương chủ yếu xảy ra cho dây chằng và đĩa đệm, làm trật mặt khớp. Ví dụ : công nhân sửa máy cũi lưng hay ngồi dưới gầm xe tải, con đội trượt, giàn xe sập vào lưng bệnh nhân.

IV. LÂM SÀNG

1. HỎI BỆNH: Cần ghi nhận:

- Giờ và ngày xảy ra tai nạn.
- Hoàn cảnh tai nạn xảy ra (tai nạn giao thông, lao động, té cao)
- Cơ chế chấn thương sẽ cho biết loại giải phẫu và cách xử trí.
- Tình trạng thần kinh lúc xảy ra tai nạn và lúc chuyển đến bệnh viện, sự hiện diện các dấu thần kinh chứng tỏ được diễn biến nặng thứ phát.

2. KHÁM THẦN KINH

- **Khám cột sống:** Tìm điểm đau tự nhiên hay ấn ở mấu gai hay gõ dọc theo mấu gai. Ấn dọc mấu gai để tìm điểm đau chói.

+ Tìm chỗ lõm hay chỗ lồi mấu gai.

+ Đau vùng hầu hoặc mấu tụ vùng hầu nghĩ đến gãy mấu răng.

- **Khám vận động:** Khám sức cơ hệ thống và đánh giá độ 0-5.

- **Khám cảm giác**

+ Khám cảm giác nông, sâu.

+ Sau khi khám xác định ranh giới giữa vùng mất cảm giác và vùng cảm giác bình thường cho phép định vị trí tổn thương.

- **Khám các rối loạn niệu dục - cơ vòng**

+ Về bàng quang có bí tiểu hay tiểu không tự chủ.

+ Về cơ quan sinh dục nam co cứng dương vật là dấu hiệu của đứt tủy nặng.

V. CẬN LÂM SÀNG

- XQ: cột sống thẳng nghiêng.
- CT-Scan: đánh giá mức độ tổn thương.
- MRI: chẩn đoán tổn thương tủy

VI. BIẾN CHỨNG

- 1. Biến chứng hô hấp:** Ảnh hưởng tiên lượng sống trong giai đoạn cấp và liên quan đến CTTS cao. Thường do ứ đọng trong đường hô hấp, xẹp phổi và viêm phổi. Cần hút đàm và tập vật lý, giúp ho và thông khí nhân tạo.
- 2. Tim-mạch:** Các tai biến thuyên tắc phổi do huyết khối tĩnh mạch chi dưới.
- 3. Tiêu hóa:** Loét dạ dày do kích ứng, giãn dạ dày cấp gây hít dịch vô phổi.
- 4. Tiết niệu:** Nhiễm trùng tiểu và viêm tinh hoàn, viêm tiền liệt tuyến, nhiễm trùng huyết. Cần theo dõi và vô khuẩn khi đặt sonde tiểu.
- 5. Da:** Loét do tì đè; cần thay đổi tư thế xoa bóp, giường xoay
- 6. Rối loạn tâm thần** thường gặp trong bệnh nhân CTTS nặng; nên cần chăm sóc tâm lý sớm cho những bệnh nhân này; cho thuốc chống trầm cảm, an thần ngay sau giai đoạn cấp.

VII. ĐIỀU TRỊ

- Kéo tạ.
- Phẫu thuật.
- Chăm sóc phục hồi.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

Dữ kiện chủ quan:

- Thông tin quan trọng về sức khoẻ:
 - o Tiền sử: chấn thương do: tai nạn xe, thể thao, đạn bắn, té...
 - o Có uống rượu hay thuốc an thần không khi chấn thương?
- Tâm lý: giận dữ, trầm cảm, từ chối, lo sợ.
- Tình trạng người bệnh:
 - o Vận động: kém sức, cử động, cảm giác mất dưới chỗ tổn thương, thờ chậm, thờ yếu
 - o Cảm giác: đau ngay tại vùng tổn thương hay trên, tê liệt, kiến bò, co giật cơ, nóng bỏng
- Dữ kiện khách quan:
 - Da: tái tím, lạnh, người bệnh không đổ mồ hôi dưới chỗ tổn thương
 - Hô hấp:
 - o Chấn thương ở C1 –C3: ngưng thở, mất khả năng ho sặc
 - o Chấn thương ở C4: ho giảm, thờ bằng cơ hoành, thờ tăng thông khí
 - o Chấn thương ở C5 –C6: giảm hô hấp, tím tái
 - Tim mạch: Chấn thương trên T5: mạch chậm, huyết áp giảm, hạ huyết áp tư thế, mạch đập giảm
 - Tiêu hoá: Giảm hay mất nhu động ruột, bụng chướng (tổn thương vùng T5), bón, đi cầu không tự chủ.

- Tiết niệu: Bàng quang căng (tổn thương T1, L2), mất trương lực bàng quang nếu giai đoạn cấp.
- Sinh dục: dương vật cương, mất khả năng tình dục.
- Thần kinh:
 - Hoàn toàn: Liệt mềm, mất cảm giác vùng dưới tổn thương, liệt chân tay (tổn thương phía trên C₇) liệt 2 chi dưới (tổn thương phía dưới C₇) tăng phản xạ gân cơ sâu, Babinski (+) 2 bên
 - Không hoàn toàn: Mất hay giảm phản xạ tự động
- Vận động: Mất trương lực cơ (trong tình trạng mềm nhũn) gãy xương (trong tình trạng liệt cơ cứng)

2. MỤC TIÊU CHĂM SÓC

- Duy trì các chức năng thần kinh ở mức độ tốt nhất
- Người bệnh không hay để lại ít nhất biến chứng về vận động
- Trả người bệnh về cho cộng đồng ở mức tốt nhất

3. CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Cải thiện và duy trì tình trạng sức khỏe: 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 mô tô, xe đạp, không uống rượu khi lái xe

Khi cấp cứu người bệnh: Việc sơ cứu rất quan trọng với tính mệnh người bệnh cũng như những di chứng về sau: cần biết cách sơ cứu an toàn cho đến khi được chẩn đoán và kéo sọ. Gồm:

- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu bằng (không gối) trên ván cứng hay băng ca
- Dẫn túi cát 2 bên cổ sao cho đầu và cổ không xô dịch khi di chuyển
- Cột đầu, ngực, vai, mào chậu, đùi, cẳng chân người bệnh vào ván cứng hay băng - ca
- Chuyên người bệnh đến chuyên khoa là tốt nhất

Bất động xương gãy: Tốt nhất nên bất động cổ giúp bảo vệ thần kinh. Có thể dùng túi cát bất động cổ để tránh xoay cổ. Cho người bệnh tư thế thẳng trục khi di chuyển người bệnh đến chuyên khoa.

Kéo tạ do chấn thương cột sống cổ

- Trong chấn thương cổ người bệnh được kéo Crutchfield hay Vinke hay 1 loại kéo tạ khác. Hệ thống kéo gồm sợi dây thừng kéo căng từ giữa trung tâm của kẹp qua 1 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 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 kéo = 1/10-1/7 trọng lượng cơ thể. Mức độ bệnh càng nhẹ, sức nặng của kéo càng nặng. Sau 2-7 ngày kéo nặng thì giảm và duy trì ở 1-2.5 kg 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 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
- Nhiễm trùng 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.

Mất chức năng hô hấp

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 đàm nhớt ứ đọng và khả năng ho giảm. Người bệnh cũng có thể nghẹt mũi và co thắt phế quản.

- 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 đàm. $PaO_2 > 60\text{mmHg}$, $PaCO_2 < 45\text{mmHg}$
- 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 đàm nhớt. Điều dưỡng để nắm tay hay gót bàn tay giữa rốn và ức và dùng sức ấn tới giúp người bệnh ho.
- Hút đàm, đo dung tích phổi

Tuần hoàn không ổn định: Do mất sự đáp ứng dây X, nhịp tim chậm thường < 60 lần / phút. Bất kỳ một sự kích thích nào như hút đàm, xoay trở thì người bệnh thì có nguy cơ ngưng tim. Mất hệ giao cảm nên mạch máu ngoại biên kém hậu quả người bệnh rất dễ bị hạ huyết áp tư thế. Mất trương lực cơ nên việc giúp máu hồi lưu không hiệu quả \rightarrow máu chảy chậm

- Theo dõi dấu chứng sinh tồn thường xuyên. Nếu mạch chậm thì nên dùng Atropin theo y lệnh. Huyết áp giảm thì nên dùng thuốc vận mạch như Dopamine và dịch thay thế
- Dùng vớ thun giãn giúp máu hồi lưu tốt tránh thuyên tắc mạch. Vớ này được thay mỗi 8 giờ để được chăm sóc da. 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.

Dịch và duy trì dinh dưỡng

- Trong suốt 48 - 72 giờ sau chấn thương. do tình trạng liệt ruột nên đặt dẫn lưu dạ dày giải áp, người bệnh chưa ăn uống qua miệng được nên người bệnh cần được theo dõi dịch và điện giải. Cung cấp dịch cơ bản theo yêu cầu. Nếu người bệnh có nhu động ruột hay có đánh hơi thì cho người bệnh ăn. Người bệnh cần rất nhiều chất dinh dưỡng, 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
- Nên cung cấp thức ăn nhiều chất xơ giúp người bệnh đi tiêu. Người bệnh có thể chán ăn do tâm lý, do thức ăn không hợp khẩu vị. Nên kiểm soát dinh dưỡng người bệnh, cân mỗi ngày và ghi vào hồ sơ để theo dõi

Bàng quang và ruột: Bàng quang không giữ nước tiểu do mất phản xạ, mất tự chủ bàng quang và cơ vòng. Do người bệnh mất cảm giác nên bàng quang ứ đọng nước tiểu và có nguy cơ viêm thận, suy thận. Bàng quang căng quá mức có thể vỡ.

- Người bệnh thường đặt sonde tiểu sau khi chấn thương: Chăm sóc hệ thống vô trùng hoàn toàn, nên duy trì lượng dịch 1800-2000ml/ ngày giúp thuận tiện 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.

Bón trên người bệnh chấn thương cột sống

- Là vấn đề ở người bệnh vì phản xạ tự chủ và không tự chủ giảm hoặc mất nên việc thái phân kém.
- Dùng thuốc nhét hậu môn, thuốc nhuận trường, nhưng hạn chế thật tháo vì sẽ ảnh hưởng đến sự phục hồi liệt cơ vòng hậu môn.

Kiểm soát nhiệt độ: vì không co mạch, giảm nhiệt do mô 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.

Loét, chảy máu dạ dày do stress: 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 → nguy cơ xuất huyết tiêu hoá. Đỉnh cao nguy hiểm từ 6-14 ngày sau chấn thương.

- Theo dõi máu trong phân, trong dạ dày qua tube levine mỗi ngày
- Theo dõi Hct
- Khi thực hiện thuốc corticoid cần bổ sung thêm thuốc tráng dạ dày. Dùng thuốc kháng H₂ để giảm tiết HCl của dạ dày. Sự chảy máu tiêu hoá cũng ảnh hưởng đến viêm phổi hít

Mất cảm giác do sau chấn thương: Điều dưỡng cần bù lại sự thiếu vắng cảm giác → mất cảm giác. Giao tiếp, nhạc, mùi thơm nồng, mùi vị ưa thích, cho người bệnh đọc, xem tivi. Tránh cho người bệnh tự thu mình

Phản xạ mất do 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, cứng cứng khi kích thích, bổi rổi, mất thoải mái.
- Người bệnh được cung cấp thông tin rõ ràng về huấn luyện các phản xạ, ruột, bàng quang, tình dục. Dùng phương pháp tắm ấm, tắm nước xoáy điều trị, thuốc trị co thắt, thuốc giãn cơ.

Mất phản xạ tự động

- 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 của đáp ứng đau từ receptor có lẽ do mất phản xạ tự động.
- Biểu hiện: Huyết áp tối đa giảm, nhìn mờ, đau đầu toát mồ hôi trên mức của tổn thương, thở nhanh (30-40lần /phút), da lông dựng đứng, mũi sung huyết, nôn ói
- Can thiệp: điều dưỡng nâng đầu người bệnh lên 45⁰
- Nhận định để xác định nguyên nhân: Nguyên nhân phổ biến là bàng quang kích thích: xử trí đặt ngay sonde tiểu lấy nước tiểu giúp giảm căng bàng quang. Đặt nhẹ nhàng, chậm, nên thoa dầu có thuốc tê vào sonde 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.

Giáo dục người bệnh khi về nhà

- Người điều trị và chuyên gia tâm lý nên kết hợp chăm sóc người bệnh.
- Có những triệu chứng sẽ trở thành mãn tính và kéo dài suốt đời với người bệnh. Tập trung trong việc hồi phục người bệnh: xe lăn, điện, dụng cụ cơ học. Tập thở giúp người bệnh không lệ thuộc máy thở, phục hồi thần kinh thì phải hoàn tất ít nhất sau 1 năm chấn thương.

- Bàn quang thần kinh: Liệt vĩnh viễn nên hướng dẫn người bệnh cách đặt thông tiểu tại nhà, đánh giá bàn quang, thuốc, dinh dưỡng hạn chế calci (1g/ngày), nước (1800-2000ml/ngày) ngăn cản tạo sỏi, đặt sonde tập tiểu.
- Đại tiện: do mất phản xạ tự động nên người bệnh dễ bị bón nên cho người bệnh ăn thức ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước.
- Sinh dục: nên mời chuyên khoa tâm lý tình dục giúp người bệnh
- Vận động, đi lại: vật lý trị liệu kết hợp cùng người bệnh và gia đình kiên trì tập luyện.
- Trả người bệnh về xã hội: giáo dục hướng nghiệp

Tóm lại chấn thương cột sống thường để lại nhiều di chứng ảnh hưởng đến cuộc sống của chính người bệnh mà còn là vấn đề quan tâm của gia đình và xã hội. Đòi hỏi sự kiên trì tập luyện mới có kết quả.

LƯỢNG GIÁ

1. Kể các biến chứng của chấn thương cột sống

- A. B.
 C. D.
 E. F.

2. Mục đích của việc đặt sonde dạ dày trong chấn thương cột sống là:

- A. Cho ăn B. Giảm đau C. Giải áp D. Câu A, B, C đúng

3. Bệnh nhân được mổ về các bệnh lý thần kinh, thông thường cần theo dõi vấn đề nào sau đây?

- A. Tình trạng bụng B. Tình trạng hô hấp C. Tình trạng tri giác D. Tình trạng tiết niệu

4. Cách sơ cứu bệnh nhân chấn thương cột sống ở y tế cơ sở là:

- A. Bất động đúng kỹ thuật sau đó chuyển lên tuyến trên
 B. Tiêm thuốc kháng sinh sau đó chuyển lên tuyến trên
 C. Chuyển ngay lập tức lên tuyến trên
 D. Câu A, B, C đúng

Bài 21: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG Ở CHI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa gãy xương.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại gãy xương.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng gãy xương.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí gãy xương.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh gãy xương.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

KHÁI NIỆM: Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học, do đó gây ra sự gián đoạn về truyền lực qua xương.

I. NGUYÊN NHÂN

1. Do chấn thương: Hầu hết các xương bị gãy là do lực bên ngoài tác động lên xương lành mạnh bình thường ngay chỗ gãy (chấn thương trực tiếp) hay xa chỗ gãy (chấn thương gián tiếp).

2. Do bệnh lý: gọi là gãy xương bệnh lý các trường hợp xương đã có bệnh từ trước (viêm xương, u xương, v.v...), chỉ cần một chấn thương bên ngoài không đáng kể cũng đủ gây ra gãy xương.

3. Do xương bị mỏi: gãy xương do giằng kéo, chịu lực nặng lâu dài.....

II. CƠ THỂ BỆNH VÀ SINH LÝ BỆNH

1. Phân loại gãy xương dựa trên tổn thương phần mềm

- **Gãy xương kín:** Ổ gãy không thông với môi trường bên ngoài, được phân làm 4 độ từ 0 đến 3

Độ	Chấn thương phần mềm (đụng dập)	Tổn thương xương	Triệu chứng chèn ép khoang
0	Tổn thương phần mềm (TTPM) không đáng kể.	+	0
1	TTPM do đầu xương gãy gây nên, da bị xây sát.	++	0
2	TTPM do chấn thương từ bên ngoài, dập nát cơ đáng kể.	+++	Đe dọa
3	TTPM dập nát nặng, có tổn thương mạch máu hay thần kinh	+ → +++	Có

- **Gãy xương hở:** Ô gãy thông với môi trường bên ngoài, được phân thành 4 độ từ 1 đến 4

Độ	Vết thương phần mềm (có rách da)	Tổn thương xương	Dự đoán nhiễm khuẩn
1	VTPM do đầu xương gãy chọc thủng da	+	+
2	VTPM do chấn thương từ bên ngoài, dập nát đáng kể	++	++
3	VTPM dập nát nặng, có tổn thương mạch máu hay thần kinh	+++	+++
4	Gãy hở gần đứt lìa chi hoặc cụt chi	+ → +++	+ → +++

2. Phân loại gãy xương dựa trên tổn thương xương

- **Gãy hoàn toàn:** Hai đầu xương gãy rời nhau. Nếu các đoạn xương gãy nằm đúng vị trí, ta gọi là gãy xương không di lệch. Trong trường hợp các đoạn gãy bị di chuyển, ta gọi là gãy xương có di lệch. Nếu lấy trục dọc của đoạn gãy gần làm mốc để mô tả di lệch của đoạn gãy xa, thì một xương gãy có nhiều nhất là 4 di lệch.

- **Di lệch xa trục:** Trục của 2 đoạn gãy gần và xa không đồng trục mà song song với nhau. Loại di lệch này gồm di lệch sang bên, trên dưới và trước sau

- **Di lệch dọc trục:** Đoạn gãy di lệch theo trục dọc của xương. Di lệch chồng ngấn thường gặp hơn di lệch xa nhau

- **Di lệch gập góc:** Trục hai đoạn gãy tạo nên một góc (thường là một góc nhọn).

- **Di lệch xoay:** Đoạn gãy xa di lệch xoay 1 góc quanh trục dọc của xương.

- **Gãy không hoàn toàn:** thân xương bị gãy 1 phần, 2 đầu gãy còn dính vào nhau (gãy cành tươi).

- **Gãy phức tạp:** Xương gãy nhiều đoạn hoặc dập nát

3. Quá trình lành xương:

Xương gãy tạo nên 1 ổ gãy và lành theo 4 giai đoạn:

- Xuất hiện quá trình viêm, thực bào khối máu tụ và các mảnh xương rời trong ổ gãy.

- Mọc mô hạt và mạch máu mới để nối các đầu xương gãy bằng mô sợi.

- Tạo xương mới bằng cách vôi hóa chất xương do tạo cốt bào tiết ra, thường kéo dài khoảng 3 tuần.

- Sửa lại xương mới: loại bỏ bớt xương thừa, tạo lại ống tủy. Quá trình này kéo dài nhiều tháng.

III. CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA GÃY XƯƠNG

1. Sau một chấn thương, tại nơi chấn thương thường có các **triệu chứng gợi ý** gãy xương như:

- Đau tại nơi chấn thương.
- Giảm hoặc mất cử động cơ năng.
- Sung nề, bầm tím hoặc có vết thương phần mềm.

2. Nhưng để xác định có gãy xương, cần tìm một trong các **dấu hiệu chắc chắn** sau đây.

Gãy xương hở:

- Thấy đầu xương gãy ở vết thương.
- Vết thương chảy máu có lẫn những giọt mỡ óng ánh.

Gãy xương kín

* Nhìn và so sánh 2 bên cơ thể, thấy có biến dạng:

- Ngắn chi, gấp góc, tư thế bất thường.
- Có cử động bất thường ngoài nơi có khớp.

* Sờ nắn dọc theo xương:

- Phát hiện nơi đau chói
- Nghe được hoặc cảm giác được tiếng lạo xạo xương.

3. **X quang:** Chụp ít nhất theo hai mặt phẳng khác nhau, phim X quang có thể cho biết chi tiết của gãy xương (nguyên nhân, tổn thương xương và di lệch, tổn thương phần mềm...)

IV. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng sớm

- Choáng chấn thương: do đau và mất máu.
- Đầu xương gãy gây đứt hoặc chèn ép mạch máu và thần kinh đi bên cạnh.
- Tổn thương các cơ quan khác: vỡ xương chậu làm tổn thương niệu đạo hoặc bàng quang, gãy cột sống làm liệt tủy...

2. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hay gặp trong gãy xương hở (gây viêm xương - tủy xương).
- Chèn ép khoang.
- Tắc mạch máu do mỡ.
- Rối loạn dinh dưỡng của chi: phù nề, đau buốt chi, teo cơ, cứng khớp, chậm liền xương.

3. **Di chứng:** Can lệch, khớp giả, bàn tay khoèo, bàn chân ngựa.

V. SƠ CỨU

1. Phòng chống choáng

- Giảm đau bằng cách cố định tốt các xương gãy, không nên cố tìm các cử động bất thường và tiếng lạo xạo xương, có thể phong bế novocaine tại ổ gãy hoặc tiêm morphine.
- Truyền dịch, tiêm thuốc trợ sức, trợ tim.

2. Xử trí xương gãy

- Gãy kín chỉ cần bất động tốt ổ gãy.
- Gãy hở phải cầm máu, lau sạch và sát khuẩn quanh vết thương và băng kín. Bất động chi ở tư thế sẵn có, không cố gắng đưa đầu xương gãy trở vào trong vết thương. Có thể cho 1 liều kháng sinh uống hoặc tiêm.

3. **Chuyển về tuyến điều trị khi tình trạng choáng của bệnh nhân ổn định**

VI. ĐIỀU TRỊ XƯƠNG GÃY: Có ba nguyên tắc trong điều trị xương gãy:

1. **Nắn hết các di lệch:** có thể nắn ngoài hay mổ để nắn.

2. **Bất động vững chắc vùng xương bị gãy,** có nhiều phương pháp như: Cố định phần bị gãy với cơ thể, dùng nẹp tre hay nẹp chỉnh hình, bó bột, kéo tạ treo, bất động với khung kim loại cố định ngoài hoặc bất động bằng phẫu thuật kết hợp xương.

3. **Tập vận động chủ động sớm:** Tập gồng cơ ở những nơi bị bất động, cử động nhẹ nhàng, hết biên độ, tăng dần ở những nơi ngoài ổ gãy, hạn chế xoa bóp thụ động và quá mức với đầu nóng ở ổ gãy

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC MỤC ĐÍCH

- Nắn, bất động xương gãy
- Giúp lành xương sớm

CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI

- Gãy xương khó nắn kéo
- Gãy xương kèm theo đứt dây chằng, sai khớp
- Gãy nơi đầu xương
- Gãy nhiều vị trí

CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI: Các bệnh lý về xương: viêm xương, ung thư xương **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Xương đang nhiễm trùng
- Nơi xương gãy mô xấu, thiếu da, sẹo xấu
- Xương không vững được sau khi mổ
- Gãy lỏng (trừ gãy cổ xương đùi)

THUẬN LỢI VÀ BẤT LỢI CỦA MỔ XƯƠNG

Thuận lợi:

- Xương gãy sau giải phẫu được nắn sửa gần như toàn diện theo ý muốn.
- Không kéo dài thời gian nằm điều trị.
- Vận động được sớm tránh được nhiều biến chứng do nằm lâu.

Bất lợi:

- Biến gãy xương kín thành gãy xương hở.
- Nguy cơ nhiễm trùng, bị mất máu nhiều khi mổ xương lớn.
- Rối loạn quá trình lành xương → do cắt đứt cơ, mạch máu, thần kinh.
- Đặt vật lạ vào đôi khi phải mổ lại để lấy ra.
- Đòi hỏi phải có kỹ thuật chuyên khoa.

TAI BIẾN

- Đối với mô: cơ 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: viêm xương, xương khó lành.
- Mạch máu thần kinh: có thể tổn thương tùy theo mức độ khác nhau.
- Tại chỗ toàn thân: nhiễm trùng, viêm tĩnh mạch, thuyên tắc, choáng...

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG

Trước mổ người bệnh cần đạt các yêu cầu

- Người bệnh không sốt
- Dinh dưỡng: protide >60g/ dl
- Hồng cầu đủ, Hct bình thường
- Không có nhiễm trùng da chung quanh xương gãy

Trước mổ:

- Công tác tư tưởng: giúp bệnh nhân biết phương pháp giải phẫu
- Vệ sinh vùng da trước mổ 12-24 giờ: rửa da, cạo lông không được trầy rách da, cạo rộng theo qui định của giải phẫu chỉnh hình
- Thụt tháo buổi tối trước mổ nếu mổ chi dưới

- Chụp XQ ngực, xét nghiệm máu nhất là đánh giá hồng cầu, calci, phosphate
- Tháo bột để chăm sóc da nếu có, nên đặt chi trong nẹp
- Tháo hệ thống kéo tạ(nếu có) và bất động chi bằng nẹp
- Thay băng vết thương nếu cần, tránh sử dụng dung dịch sát trùng có màu
- Không ăn uống sáng ngày mổ
- Thực hiện kháng sinh dự phòng
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tập vận động sau khi giải phẫu

Sau mổ

- Theo dõi dấu sinh hiệu đến khi ổn định: chú ý huyết áp, mạch, nhiệt độ
- Phát hiện sớm các dấu hiệu chảy máu qua dẫn lưu, nơi bó bột, vết mổ
- Chăm sóc bệnh nhân đau sau mổ: thuốc giảm đau, công tác tư tưởng ...
- Câu hỏi hệ thống dẫn lưu kín vô trùng và theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra, chú ý chảy máu
- Không thay băng vết mổ vô trùng, Điều dưỡng không tháo băng trước 24 giờ sau mổ tránh nguy cơ chảy máu. Khi băng thấm nhiều máu chỉ thay băng lớp ngoài chú ý khi thay băng cần chú ý nhẹ nhàng, khi tháo băng tránh tình trạng chảy máu Nên băng ép nếu có dấu hiệu chảy máu
- Cần theo dõi dấu hiệu chèn ép do phù nề, do máu tụ chèn ép, do băng ép quá chặt: 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: yếu liệt
 - Paralysis: liệt
 - Pulselessners: mất mạch
- Trong trường hợp mổ viêm xương thì cần cắt lọc mô hoại tử, xương chết, máu tụ Khuyến khích bệnh nhân hít thở sâu,
- Cho bệnh nhân ăn bình thường khi không nôn ói
- Phục hồi chức năng:
 - Tập chủ động: Tập vận động 24 giờ sau mổ các phần không cần bất động: xoay trở, vận động, tập gồng cơ, co duỗi, kéo ròng rọc, tập các khớp, tập cơ dẻo dai
 - Tập thụ động chi bị bệnh: không gây đau, không gây phù nề thêm, gồng cơ
 - Tập trong khi sinh hoạt: nằm ngồi, đứng, đi
- Cho bệnh nhân 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 phục hồi cho bệnh nhân: 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”
- Nếu có cắt lọc vết thương: giảm đau, chăm sóc vết thương, thực hiện kháng sinh,

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ ĐOẠN CHI

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Rửa sạch da bằng dung dịch sát khuẩn không màu
- Xác định có mạch ngoại biên
- So sánh phù nề, màu sắc, nhiệt độ da, đau với mô của cơ thể bên đối diện

- Kiểm tra dấu chứng sinh tồn để phát hiện tình trạng nhiễm trùng
- Rửa sạch vết thương

Nhận định điều dưỡng sau mổ

- Dẫn lưu tại mồm cắt - Tình trạng phù nề sau mổ
- Băng kín nhưng không quá chặt - Đánh giá đau
- Tình trạng vận động của các chi còn lại - Tâm lý an tâm
- Mức độ vận động
- Biện chứng: chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, chi ma,...

Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

*** Biến dạng cơ thể do đoạn chi**

- Nhận định tình trạng tâm lý hình dáng cơ thể do mất chi: Cho bệnh nhân nói lên cảm giác của mình

- Bệnh nhân và gia đình cùng hợp tác tham gia cùng thay băng vết thương
- Bệnh nhân tham gia vào việc mặc quần áo, tăng cường sức cơ, tự chăm sóc, giao tiếp trong xã hội, tự tham gia vào việc hồi phục

*** Suy giảm chức năng vận động:**

- Lượng giá khả năng duy trì sự vận động chi
- Tập vận động tăng cường sức cơ chi lành
- Hướng dẫn bệnh nhân đi nạng, lắp chi giả
- Cho bệnh nhân thực tập các vận động trong sinh hoạt hằng ngày như: vệ sinh cá nhân, cách tự phục vụ

*** Đau do cảm giác bàn chân ma do đoạn chi:**

- Thực hiện thuốc giảm đau - Khuyến khích vận động giúp giảm phù nề
- Giải thích với bệnh nhân tình trạng chi ma, an toàn tránh té ngã
- kê chi cao an toàn, tránh va chạm, chèn ép.

*** Nguy cơ nhiễm trùng mồm cắt:**

- Thay băng mỗi ngày, rửa vết thương nhẹ nhàng
 - Chú ý tháo băng nhẹ nhàng, thấm ướt băng trước khi tháo tránh làm đau vì thường ngay đầu xương có mạch máu, thần kinh. Nên che chở vết thương bằng gạc có tẩm dung dịch mù u hay ẩm để lần sau tháo băng không bị tổn thương hay đau thêm
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ KẾT HỢP XƯƠNG

A. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG BỆNH NHÂN

Tại chỗ

- Vết mổ: băng thấm dịch không
- Dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất
- Tình trạng vết thương: sự phù nề, đau, mức độ đau, màu sắc da niêm

Cơ quan liên quan

- Tình trạng tim phổi, tuần hoàn, dấu chứng sinh tồn, tri giác,
- Tình trạng sức cơ
- Tình trạng nước xuất nhập, nước tiểu qua sonde

Tâm lý: Biến dạng cơ thể, Bất động, đau,

Biện chứng: tắc mạch, huyết khối, mất mạch do hoại tử, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ,

B. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Đau sau mổ

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tại giường
- Nhận định tình trạng đau do: vết thương, do chèn ép, do dị vật...
- Xoay trở bệnh nhân thường xuyên và giúp bệnh nhân tư thế dễ chịu
- Giải thích tình trạng bệnh nhân, giáo dục bệnh nhân thích nghi và cách tự chăm sóc vệ sinh cá nhân trong giới hạn cho phép
- Giúp bệnh nhân đi lại

Bệnh nhân bó bột sau mổ: xem bài chăm sóc người bệnh bó bột

Nguy cơ biến chứng do bất động sau mổ: vận động chi lạnh, tập gồng cơ chi mô, kê cao chi, xoa bóp cơ, theo dõi dấu chèn ép

Nguy cơ chảy máu sau mổ

- Theo dõi dấu chứng sinh tồn - Theo dõi dấu chảy máu qua băng, dẫn lưu
- Theo dõi Hct, da niêm,
- Bất động tốt sau mổ, tránh thay băng trước 24 giờ sau mổ, thực hiện băng ép sau mổ, tháo băng nhẹ nhàng an toàn

Nguy cơ biến chứng các cơ quan khác sau mổ xương

- Giúp bệnh nhân hít thở sâu - Theo dõi cơn đau ngực khó thở,
- Theo dõi nhịp thở, chú ý nhiệt độ - Chăm sóc theo dõi vết mổ
- Chăm sóc bộ phận sinh dục phòng ngừa nhiễm trùng tiểu
- Tránh tình trạng tắc mạch chi sau mổ, theo dõi dấu hiệu chèn ép: kê chi cao nên kê toàn bộ chiều dài chi.
- Thực hiện kháng sinh

Phòng ngừa mất máu, chóng do giảm thể tích dịch: bù dịch, theo dõi nước tiểu, Hct, dấu mất nước, truyền máu nếu cần

Dinh dưỡng bệnh nhân sau mổ xương: cho bệnh nhân uống nhiều nước + cung cấp nhiều chất có nhiều vitamine và nhất là protide và calci. Ăn ngay khi bệnh nhân tỉnh

Bệnh nhân lo sợ đi lại sau mổ

- Tập cho bệnh nhân đi lại khi có ý kiến chuyên mô, hướng dẫn cách đi nạng. Cho bệnh nhân đong đưa chân trên giường
- Di chuyển cho bệnh nhân từ giường qua xe.
- Cho bệnh nhân đi lại trong nạng. Chú ý nếu bệnh nhân đau thì ngưng tập
- An toàn trong giai đoạn này tránh gãy xương thứ phát hay biến dạng sau mổ

C. GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Giáo dục bệnh nhân tái khám đúng kỳ hạn, biết thời gian lấy đinh ra
- Bệnh nhân duy trì tập vật lý trị liệu tránh loãng xương sau mổ
- Giáo dục bệnh nhân các dấu hiệu của viêm xương
- Dinh dưỡng: ăn đủ chất, nhất là thành phần calci giúp xương lành tốt

LƯỢNG GIÁ

1. Trọng lượng tạ kéo so với cơ thể đối với gãy xương chi dưới là:

- A. 1/7 B. 1/8 C. 1/9 D. 1/10

2. Thời gian ổ gãy được liền và can xương vĩnh viễn là:

- A. 6 – 8 tháng B. 8 – 10 tháng C. 10 – 12 tháng D. > 15 tháng

Bài 22: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT – KÉO TẠ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích, chỉ định bó bột và kéo tạ.
- 1.2. Trình bày được các biến chứng bó bột và kéo tạ.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh bó bột và kéo tạ.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT

1. KHÁI NIỆM VỀ BỘT

1.1. Công thức

$\text{CaSO}_4 \text{ ngậm } 2 \text{ H}_2\text{O} \rightarrow \text{CaSO}_4 + 2 \text{ H}_2\text{O} + \text{Q}\uparrow$

Q làm người bệnh có cảm giác nóng, đôi khi sinh ra bọt.

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 độn lót bảo vệ da, vùng tê đờ, 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 quấn 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.
- *Nhúng 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 rát bỏng, dị ứng sau bó bột.
- *Quấn bông:* càng mỏng càng tốt, chú ý 2 đầu bột, khớp, mòm 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 gò chi ra ngoài, phần ngoài là nơi cần nhiều thời gian tỉ mỉ 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

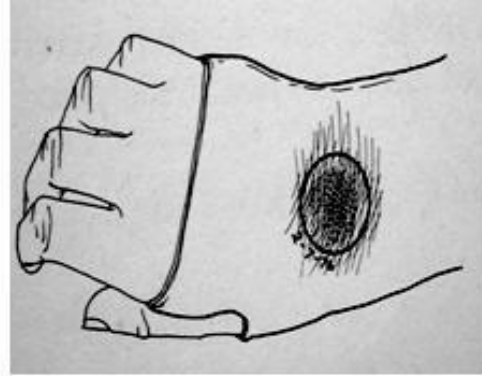
Vừa bó bột vừa sửa xương, quấn quá chặt hay quá lỏng, bông để từng cục, chèn ép khi bó, giữ bột bằng ngón tay, cắt xén bột không tốt gây cử động khó khăn ở các ngón.

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. Chỉ 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 gãy 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.



Vuốt bột bằng lòng bàn tay



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 xê dọc bột, kê chi cao. Nếu dấu hiệu trên không giảm sau xê 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.

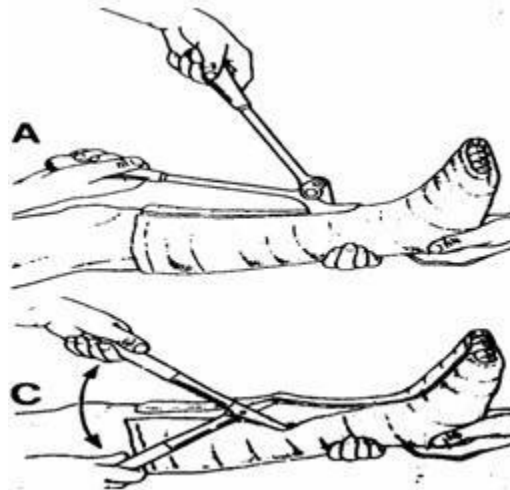
4.5. Kỹ thuật cắt bột

Dụng cụ:

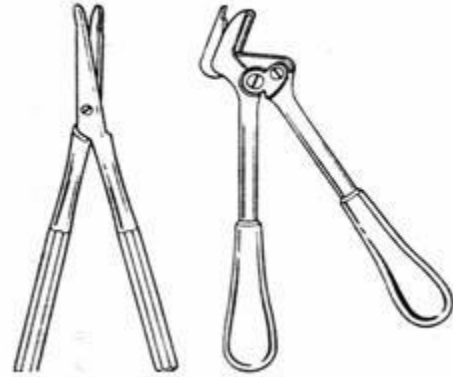
- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Máy cưa run (StrvchoT, Stryker). 2. Kim cắt Stille. 3. Kim banh bột Hennig. 4. Dao cưa tay cắt bột Engel. 5. Dao nhỏ bén có cán to lưỡi hơi cong ngắn. | <ol style="list-style-type: none"> 6. Kéo có mũi đẹp. 7. Mũ – máy cưa lưỡi quay tròn rất nguy 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.



Cắt và băng bột



Dụng cụ băng & cắt bột

Kỹ thuật cắt bột:

- Cách dùng máy cưa bột: tay phải cầm máy và cho máy xoay qua lại, tay trái cầm cán gân lưỡi cưa, giữ trục 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 tì chống phân 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



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.



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 xé 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 thế cần 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 gãy 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 cấy 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 đĩa. 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, vẩy da. Đánh giá tình trạng da suy dinh dưỡng như da khô, da bong tróc vẩy, 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 đong 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, xẻ 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, bắt 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:** xẻ 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.

3.3. Lồng bột



Bó bột chi dưới

- **Nguyên nhân:** do giảm phù nề, do độn 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 lỏng 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.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KÉO TẠ

NỘI DUNG

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 cơ sau chấn thương hay ngăn ngừa cơ 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

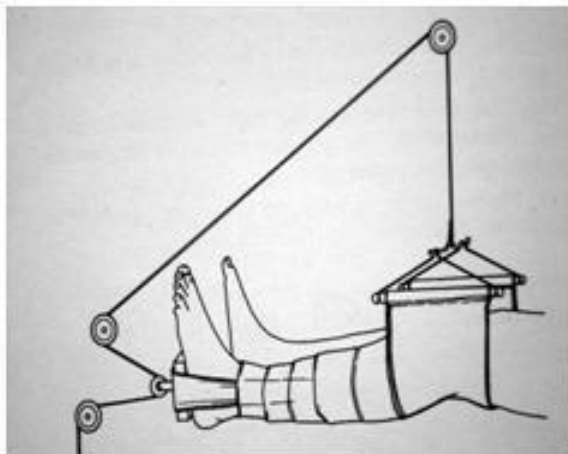
Kéo xương áp dụng gián tiếp qua da. Kéo qua da với băng keo bản rộng, hay băng bản rộng tới da hay qua giày ống. Tạ treo lơ lửng bởi dây và ròng rọc, dây nịt và dây treo có thể sử dụng khi kéo cột sống. Kéo qua da chỉ dùng kéo gãy

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 co cơ 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

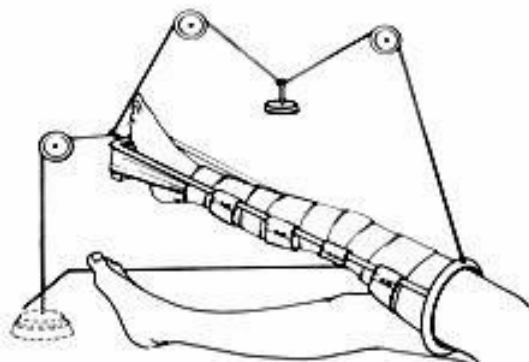
- Biến chứng của kéo da, bao gồm:
 - Da bị dị ứng do băng keo hay cao su.
 - Da bị kích thích từ dây nịt, dây đai, dây đeo.
 - Liệt dây thần kinh ngoại biên do chèn ép đầu xương chày bên.
 - Loét da xung quanh xương quay và xương trụ.
- Nếu dùng băng dính kéo qua da thì da phải khô, sạch, cạo lông ở vùng chi 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.



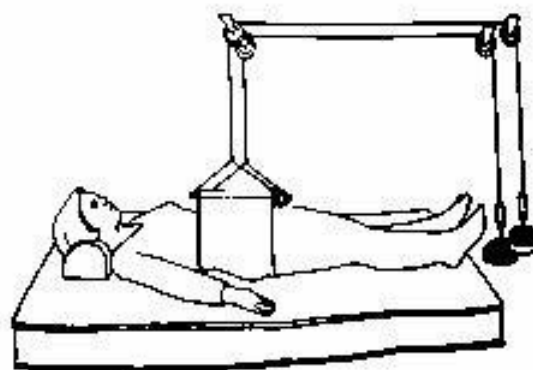
Hình 37.2. Kéo Russell



Hình 37.3. Kéo Bryan

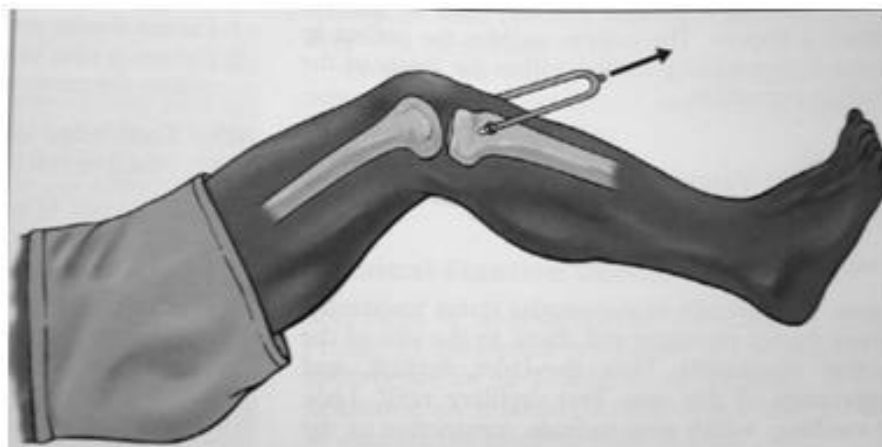


Hình 37.4. Kéo Thomas



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 rạch 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 ĐÌNH

Dụng cụ xuyên đình: kim Steinmann hoặc Kirschner (hay băng keo nếu kéo qua da) khoan tay hay khoan máy vô trùng, khăn lỗ, 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 đình.

4. THỰC HIỆN

- *Xuyên đình*: 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 đình. 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 đình không bị lỏng (xương bám chắc vào đình).
- Khi phẫu thuật viên tỉ 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 đình 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 cán. 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, mũi mồm 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 đình: 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 trực 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, chăn 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.



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 cán 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 nặng. 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 SỨC KHỎE

- 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

1. Bó bột trong trường hợp nào sau đây, Ngoại trừ:

- A. Bong gân độ 2
- B. Tôn thương mô mềm nhiều
- C. Viêm gân
- D. Khâu nối gân – thần kinh

2. Biến chứng của bó bột là:

- A. Chèn ép điểm
- B. Loãng xương
- C. Chèn ép toàn bộ
- D. Tất cả đúng

3. Biến chứng do nằm lâu trong kéo tạ thường gặp là:

- A. Nhiễm trùng đường tiết niệu
- B. Ứ đọng phổi
- C. Táo bón
- D. Chậm liền xương, loãng xương

4. Tạ kéo cách mặt đất khoảng:

- A. 5 – 10 cm
- B. 10 – 20cm
- C. 20 – 25cm
- D. 25 – 30cm

5. Trọn lượng tạ tăng tối đa trong thời gian nào?

- A. Tuần đầu
- B. Tuần thứ hai
- C. Tuần thứ ba
- D. Tuần thứ tư

Bài 23: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG (PHỎNG) – GHÉP DA

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa bỏng và ghép da.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại bỏng và ghép da.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bỏng và ghép da.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí bỏng và ghép da.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh bỏng và ghép da.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA: Bỏng là những thương tổn của da, mô dưới da, niêm mạc gây nên bởi sức nóng, điện, hoá chất ăn mòn hoặc phóng xạ .

II. LÂM SÀNG

Độ nặng của bỏng được tính căn cứ trên tổng diện tích các vùng bỏng độ 2 và 3.

1. Các độ bỏng: được tính theo độ sâu của tổn thương

- **Bỏng độ 1:** bỏng đến lớp sừng của thượng bì. Vết bỏng sưng, đỏ, và đau rát. Trong vòng 24 - 48 h, lớp sừng sẽ tróc ra và không để lại tổn thương hoặc sẹo. Diễn hình của bỏng độ 1 là da bị cháy nắng.
- **Bỏng độ 2:** lớp thượng bì bị tổn thương, có dịch tích tụ giữa lớp thượng bì và lớp tế bào gai tạo nên nốt bỏng nước. Vùng bỏng phù nề, đau rát nhất là khi chạm đến. Trong vòng mười ngày, vết bỏng lành bằng cách tái tạo lại lớp thượng bì khá tốt và không để lại sẹo.
- **Bỏng độ 3:** toàn bộ bì và thượng bì bị huỷ. Nơi bỏng có màu trắng bệch hoặc màu vàng nâu, các huyết quản bị tắc nghẽn, phù nề thường nhiều và mất cảm giác. Khả năng lành bằng cách mọc da rất kém, thường là tổn thương lành bằng mô sợi gây dính và co rút về sau.
- **Bỏng độ 4** (đến cân), **độ 5** (đến cơ), **độ 6** (đến xương): được gọi chung là **hoá than**. Nơi bỏng không có khả năng lành và phải cắt bỏ.

2. Diện tích bỏng: được tính theo tỷ lệ % diện tích cơ thể.

Có thể tính diện tích phỏng bằng diện tích bàn tay hoặc luật số 9

* **Bảng bàn tay** : diện tích bàn tay bằng 1 - 1,25 % diện tích cơ thể.

* **Luật số 9 (Wallace - Berkow):** ở người lớn, diện tích các phần của cơ thể có tỷ lệ như sau:

- Đầu , cổ , mặt	9 %	- Mỗi chi trên	9 %
- Thân trước	18 %	- Mỗi chi dưới	18 %
- Thân sau	18 %	- Cơ quan sinh dục ngoài	1 %

Ở trẻ em, càng nhỏ tuổi thì diện tích đầu càng lớn diện tích chân càng nhỏ

- Đầu: 19 - 11 % (nhỏ dần khi trẻ lớn lên)
- Chi dưới: 21 - 29 % (lớn dần khi trẻ lớn lên)

3. Độ nặng: Không kể bồng độ 1, diện tích chung của bồng độ 2 và 3 được chia như sau:

- Bồng nhẹ: diện tích bồng dưới 10 % ở trẻ em, hoặc dưới 15 % ở người lớn.
- Bồng trung bình (điều trị quyết định kết quả): diện tích bồng từ 15 - 50 %.
- Bồng nặng (ngoài khả năng điều trị thông thường): diện tích bồng trên 50 %.

III. DIỄN TIẾN: Bồng không những gây các thương tổn tại chỗ, mà trong những trường hợp bồng trung bình trở lên, thường kèm theo các rối loạn toàn thân qua các giai đoạn sau.

1. Giai đoạn choáng:

* Trong 24h - 48h đầu, bệnh nhân bị choáng do giảm khối lượng máu tuần hoàn vì huyết tương thoát ra ngoài từ các vết bồng (chảy máu trắng). Choáng cũng còn do đau đớn vì các vết bồng.

* Triệu chứng: khát nước, ói mửa, vật vã, mất định hướng, mạch nhanh và yếu, huyết áp thấp, tỉnh mạch ngoại biên xẹp, tay chân lạnh, nước tiểu ít.

2. Giai đoạn nhiễm độc

* Từ ngày 3 - 4 cơ thể bắt đầu hấp thu các chất thoái biến và dịch từ vết bồng, có thể gây nhiễm độc và làm tổn thương đến gan, thận.

* Triệu chứng: sốt, vàng da, tiểu ít hoặc vô niệu.

3. Giai đoạn nhiễm khuẩn và suy dinh dưỡng

Từ ngày thứ 7 trở đi, trong thời gian vết bồng chưa có da che phủ, tình trạng nhiễm khuẩn và suy dinh dưỡng thường kết hợp gây tử vong cho bệnh nhân.

* **Nhiễm khuẩn:** Vết bồng thường nhiễm các loại vi khuẩn sinh mủ, đôi khi cả vi khuẩn uốn ván. Vi khuẩn từ vết bồng có thể vào máu gây nhiễm khuẩn huyết. Triệu chứng: sốt 38 – 39⁰C, thỉnh thoảng có cơn rét run, vết phỏng đau, có dịch mủ hôi.

* **Suy dinh dưỡng:** Do mất huyết tương từ vết bồng, do gia tăng biến dưỡng để làm lạnh vết bồng và chống nhiễm khuẩn, do các rối loạn làm giảm sự hấp thu chất dinh dưỡng của cơ thể (ói mửa, tiêu chảy). Triệu chứng: gầy ốm nhanh, mệt mỏi suy nhược, phù, thiếu máu, vết bồng lâu lành.

4. Di chứng: Sau khi vết bồng lành, bệnh nhân vẫn có thể còn các di chứng do sẹo bồng co rút và dính làm cơ thể bị biến dạng và mất chức năng hoạt động; tâm lý bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng nặng nề và nhiều năm sau sẹo bồng có thể hóa ung thư da.

IV. CẬN LÂM SÀNG: Giúp theo dõi diễn biến của bệnh.

*** Máu:**

- Hct tăng cao dần trong giai đoạn đầu, giảm dần đến thiếu máu khi điều trị.
- Bạch cầu tăng cao, nhất là khi nhiễm khuẩn.
- Đường huyết trong giai đoạn đầu tăng do phản ứng (2 - 4 g /l),
- Protide máu giảm trong giai đoạn suy dinh dưỡng.

* **Nước tiểu:** ít và đậm đặc (> 1.020)

V. CẤP CỨU

1. Chấm dứt nguyên nhân gây bỏng: (dập tắt lửa, cắt điện, rửa hoá chất gây phỏng, gỡ chất cháy napalm, phosphore trong nước)

2. Phòng choáng: bỏng từ mức trung bình trở lên cần truyền dịch ngay

- Dung dịch cao phân tử 15 ml / kg trong giờ đầu.

- Dung dịch điện giải: 30 ml / kg trong 5 giờ tiếp theo.

Truyền dịch như trên có thể tranh thủ 6 giờ để chuyển nạn nhân đến nơi điều trị.

3. Chống đau: Tốt nhất là cho Barbiturate (Pentobarbital), có thể phối hợp thuốc an thần với Antihistamine, nếu cần có thể cho Morphine 10 mg IM.

4. Trợ tim mạch với Camphre, Cafeine, có thể cho uống trà đường nóng.

5. Xử trí vết bỏng: nhúng ngay vùng bị bỏng vào nước lạnh khoảng 20 phút, dùng khăn sạch che kín lại trước khi chuyển bệnh nhân đến nơi điều trị. Không nên để phí thì giờ cởi bỏ quần áo hoặc bôi lên vết phỏng bất cứ thứ gì.

VI. ĐIỀU TRỊ: Khi bệnh nhân đến nơi điều trị, cần thực hiện các điểm sau:

1. Thống kê chi tiết tình trạng bệnh: diện tích bỏng, độ bỏng, mức độ choáng, các tổn thương phối hợp.

2. Điều trị toàn thân: phòng và chống choáng

* Đặt bệnh nhân nằm ở nơi âm áp nhưng không quá nóng.

* Bồi hoàn thể tích máu tuần hoàn, chủ yếu bằng truyền dịch tĩnh mạch.

Cách tính thể tích dịch truyền bồi hoàn theo công thức sau:

- Dung dịch cao phân tử: $0,7 - 1 \text{ ml} \times \text{kg} \times S$ (S là % diện tích bỏng, tối đa là 50%)

- Dung dịch điện giải: $1 - 1,3 \text{ ml} \times \text{kg} \times S$ (S là % diện tích bỏng, tối đa là 50%)

- Lượng nước mất do hơi thở: 1000 - 2000 ml (bù bằng Glucose 5 %)

* Ngày đầu tiên truyền 1/2 lượng trong 8 giờ đầu, mỗi 8 giờ tiếp theo truyền 1/4 lượng dịch. Ngày thứ 2 giảm lượng dịch truyền còn 1/2. Ngày thứ 3 cho uống dung dịch ORS, có thể cho ăn lỏng và bột dịch truyền.

* Chống đau: tốt nhất là dùng Barbiturate. Mỗi lần thay băng có thể cho thuốc chống đau như Morphine nếu cần.

3. Điều trị vết bỏng

* **Làm sạch vết bỏng:** cần dụng cụ và kỹ thuật vô khuẩn.

- Bộc lộ nơi bỏng nhẹ nhàng, không làm tuột da, chảy máu, quần áo nên cắt hơn là cởi, nhẫn vòng cần tháo hết.

- Rửa sạch vết bỏng với xà bông và nước ấm vô khuẩn, nếu có dính dầu mỡ thì rửa với Ether hay Benzene.

- Cắt lọc mô hoại tử, lấy dị vật. Các nốt bỏng nước có thể để nguyên hoặc nếu chọc vỡ phải vô khuẩn và không được gỡ lớp da đi.

* **Sau đó tùy vị trí vết bỏng, có thể băng kín hoặc để hở**

- Phương pháp băng kín: vết phỏng được đắp 1 lớp gạc có tẩm vaseline, dầu nghệ, dầu mù u, kem hoặc mỡ có kháng sinh...sau đó băng ép nhẹ. Trong những ngày tiếp theo, nếu vết bỏng sạch thì chỉ cần thay băng sau 3-5 ngày. Nếu vết bỏng nhiễm khuẩn cần rửa với nước muối hay dung dịch Dakin và băng ướt với nước muối sinh lý mỗi ngày cho đến khi vết bỏng sạch

thì tiếp tục băng như lúc đầu.

- Phương pháp để hở: chỉ cần để vết bỏng tự đóng vảy và lành dần, đôi khi dùng các dung dịch sát khuẩn cho nhỏ giọt lên vết bỏng (AgNO_3 5%). Nếu vết bỏng nhiễm khuẩn và có mủ dưới lớp vảy thì gỡ vảy cho mủ thoát ra. Dùng phương pháp này cần có phòng nằm điều trị bỏng vô khuẩn để cách ly bệnh nhân với các nguồn lây nhiễm.

* **Ghép da:** Các trường hợp bỏng độ 3 rộng, cần nghĩ tới việc ghép da sớm cho bệnh nhân để giảm bớt các biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị.

4. Chống nhiễm khuẩn: chăm sóc vết bỏng theo các nguyên tắc vô khuẩn là điểm quan trọng nhất. Các vết bỏng bị nhiễm khuẩn rất khó lành dù có dùng thêm kháng sinh. Cần tiêm ngừa uốn ván.

5. Chống suy dinh dưỡng: bệnh nhân cần được ăn uống đầy đủ, thức ăn nhiều đạm, sinh tố, chất khoáng (Ca, Fe...). Các bệnh nhân suy dinh dưỡng cần phải nuôi bằng cách truyền tĩnh mạch các dung dịch giàu năng lượng và chất dinh dưỡng. Thông thường phải truyền máu từng đợt cho các bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng

6. Giải quyết các dư chứng: sau khi vết bỏng lành, vẫn có thể còn các dư chứng như sẹo co rút, biến dạng cơ thể, dính và hạn chế cử động... cần phải phục hồi chức năng hoặc thẩm mỹ.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Vết thương: mức độ và nguyên nhân bỏng (nhiệt, hoá chất, điện..)
- Sự thay đổi dịch và choáng: mạch tăng, huyết áp giảm tiêu ít theo dõi CVP, potassium ↑
- Đường thở: phù nề đường thở, cháy xém lông mũi, miệng hay mũi đầy bụi khói, đàm sẫm màu, ho, tím tái, khó thở.
- Ngộ độc CO: nôn ói, đau ngực, thở nhanh, bối rối, kích động, phản xạ ↓
- Thần kinh: thay đổi tri giác, chấn thương sọ não, cột sống cổ.
- Tim mạch: rối loạn nhịp, thay đổi thể tích dịch, tưới máu mô kém.
- Hô hấp: thở nhanh nông, thiếu oxy.
- Xương khớp: gãy xương, giảm vận động, biến dạng, nhô xương, cơ.
- Tăng chuyển hóa và mất nhiệt: cơ thể người bệnh dễ bị lạnh, giảm cân
- Máu: Hct giảm, tiểu hemoglobine.
- Tiêu hoá: tổn thương miệng, nôn ói, chảy máu dạ dày, loét dạ dày, liệt ruột
- Thận: biến chứng của choáng dẫn đến thiếu niệu, tiểu huyết sắt tố, tiểu myoglobin.
- Đau: đánh giá mức độ đau
- Tâm lý: mức độ lo lắng về hình dạng cơ thể
- Nhiễm trùng: vết bỏng tiết dịch, mủ, sốt.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

Tổn thương da do vết bỏng

- Lượng giá mức độ và độ sâu vết thương.
- Rửa vết thương nhẹ nhàng, tránh đau đớn khi thay băng.
- Tắm bỏng.

- Thực hiện cách ly vết thương tránh nhiễm trùng.
- Áp dụng kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc vết thương.
- Băng hở hay băng kín vết thương.

Mất nước và điện giải do thoát dịch qua vết thương

- Theo dõi nước xuất nhập, dấu mất nước và điện giải trên lâm sàng.
- Dấu chứng sinh tồn, CVP, tổng nước tiểu trong ngày.
- Thực hiện bù đủ dịch và điện giải, căn cứ lượng nước tiểu (bình thường 50ml/ giờ)
- Theo dõi Ion đồ

Suy giảm khả năng vận động

- Tập vận động chủ động và thụ động ngăn ngừa co rút cơ và teo cơ.
- Tập vật lý trị liệu, người bệnh tập là chính
- Cố định chi đúng tư thế khi băng vết thương, hướng dẫn người bệnh tự xoay trở, vận động.

Người bệnh kém dinh dưỡng

- Theo dõi và nghe nhu động ruột.
- Lượng giá cân nặng và tình trạng dinh dưỡng người bệnh.
- Cung cấp thức ăn qua đường miệng, sonde dạ dày, lỗ mở dạ dày.
- Cung cấp protein 2-4g/kg/ngày, vitamine Các, A, D,...
- Năng lượng: 3500-5000 Kcalorie /ngày.

Táo bón

- Người bệnh không ăn cho đến khi có nhu động ruột lại.
- Cung cấp thức ăn nhiều xơ, nước trái cây để cải thiện liệt ruột.
- Cho người bệnh vận động.
- Thực hiện thuốc nhuận trường.

Mất nhiệt

- Kiểm soát nhiệt độ môi trường, và giữ ấm người bệnh.
- Duy trì đủ calorie trong ngày.

Đau

- Lượng giá cơn đau. Thực hiện thuốc giảm đau.
- Tư thế thoải mái, tắm bệnh, kỹ thuật thư giãn.

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

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

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

4. LƯỢNG GIÁ: Vết bóng lành, dinh dưỡng đầy đủ. Người bệnh vận động trở lại. Người bệnh không biến chứng nhiễm trùng, mất cân, co rút, sẹo xấu.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GHÉP DA

1. ĐỊNH NGHĨA

- Ghép da rời: Lấy 1 mảnh da ở nơi nào rời ghép lên chỗ thiếu da. Mảnh da ghép sống được là nhờ sự thẩm thấu chất dinh dưỡng từ nơi nhận.
- Vạt da: là 1 mảnh da hay 1 phần mô được bóc tách ra thành khối để ghép. Vạt da có khối lượng lớn nên cần phải khâu nối mạch máu của vạt vào mạch máu nơi nhận để tái lập tuần hoàn nuôi sống vạt da
- Chuyển ghép: là di chuyển chất liệu từ nơi này sang nơi khác để ghép và sau đó dùng các kỹ thuật vi phẫu để tái lập tuần hoàn cho vạt da.

2. PHẪU THUẬT GHÉP DA CÓ NHIỀU LOẠI

- Da tự thân: da cùng 1 người, loại da này sẽ sống vĩnh viễn trên nền ghép
- Da đồng loại: lấy ở người khác, chỉ che phủ tạm thời, không được để quá 5 ngày mà không thay băng.
- Da dị loại: ở loài vật, phải thay băng mỗi ngày, nguy cơ nhiễm trùng cao.
- Da nhân tạo: silicone, Polyvinyl Chlorid derivate, cũng chỉ mang tính chất tạm thời.

3. CÁC DẠNG GHÉP DA RỜI

- Che phủ toàn phần
- Che phủ một phần
 - o Ghép da xen kẽ
 - o Ghép da ngược vằn
 - o Ghép da tem thư
 - o Ghép da lưới

4. Tính chất của da ghép khi chọn lựa

- Da ghép càng mỏng càng dễ dính, dễ sống, nhưng seọ dễ co rút
- Da ghép càng dày càng khó dính, dễ chết

5. Chuẩn bị người bệnh ghép da

- Toàn thân: thể trạng khá, tốt hơn, lên cân, người bệnh không có dấu hiệu nhiễm trùng, không sốt, protid máu > 60g/l và hồng cầu, Hct, Bạch cầu, VS bình thường.
- Vùng da cho: Tắm rửa sạch trước 3 ngày và nên tắm sạch nhất vùng da sắp cho để giúp mảnh da ghép không nhiễm trùng do những vi khuẩn bám vào chân lông vì thể phần da cho cần cạo lông ngay trước mổ, nhưng tránh không để có vết thương trên da nên sử dụng dao cạo râu là tốt nhất. Sáng ngày mổ rửa sạch da, sát trùng da nhưng tránh sử dụng dung dịch có màu sau đó băng kín vô khuẩn trên vùng da đó.
- Vùng da được ghép: Mô hạt mọc tốt bằng với nền da, không tụ dịch, không mũ, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Điều dưỡng rửa sạch vết thương, lấy hết dị vật, máu tụ, dịch ứ đọng, mô hoại tử. Băng kín vết thương bằng gạc vô khuẩn

6. Chăm sóc sau mổ ghép da rời

6.1. Chăm sóc mảnh da ghép

- Tất cả các mảnh ghép đều được băng ép và bất động để khỏi bị bóc ra hay máu tụ dưới mảnh ghép. Nếu ở chi thì nên theo dõi dấu hiệu chèn ép thiếu máu nuôi do băng ép. Không thay băng, nếu mở băng quá sớm sẽ làm mảnh ghép bong ra. Nếu băng qua đờ chỉ thay lớp

A. Do hóa chất B. Do nhiệt độ cao C. Do điện D. Do yếu tố vật lý

5. Biểu chứng muộn của bồng, ngoại trừ:

A. Nhiễm trùng vết bồng B. Sẹo co C. Sẹo dính D. Ung thư da

6. Diện tích bồng toàn bộ vùng sinh dục, theo quy luật số 9 là:

A. 1% B. 3% C. 6% D. 9%

7. Diện tích bồng toàn bộ 2 chi dưới, theo quy luật số 9 là:

A. 30% B. 36% C. 40% D. 46%

TÀI LIỆU HỌC TẬP VÀ THAM KHẢO

TÀI LIỆU HỌC TẬP:

GIÁO TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE BỆNH NGOẠI KHOA – BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG – TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ BẠC LIÊU

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

[2]. ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA (2007), Bộ Y tế, NXB Y học.

[3]. BÀI GIẢNG TRIỆU CHỨNG HỌC NGOẠI KHOA (2006) Đại học Y Hà Nội, NXB Y học.

[4]. BỆNH HỌC NGOẠI KHOA (2005), Bộ Y tế, NXB Y học

[5]. NGOẠI CƠ SỞ tập 1, 2 (2002), Đại học Y Hà Nội, NXB Y học.

[6]. ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 1 (2009), NXB Giáo Dục Việt Nam.

[7]. ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI 2 (2009), NXB Giáo Dục Việt Nam.

[8]. 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.

[9]. Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chính hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, 1987.

[10]. ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA, Nhà xuất bản Y học, Bộ Y tế – Vụ Khoa học và Đào tạo, Hà Nội, 1996.

[11]. Nguyễn Văn Quang, Kỹ thuật Bột, Trung tâm chấn thương chính hình thành phố Hồ Chí Minh, 1997.

[12]. Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương. Bài giảng bệnh học chấn thương chính hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 9.

[13]. Chính hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, đề án đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1993.

[14]. Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chính hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, 1987.

[15]. 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.

[16]. Susan Ruda, Nursing role in Management Musculoskeletal Problem, in Medical Surgical Nursing, 4th ed., Lewis Collier Heitkemper/MOSBY, 1992, 1839 – 1892.

Catherine V. Smith. Musculoskeletal system, in Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, Mosby Company, 1986, 375 – 474.