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

GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC TÍCH CỰC NỘI KHOA

NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG ĐA KHOA

TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

Ban hành kèm theo Quyết định số: 63B/QĐ-CĐYT, Ban hành giáo trình đào tạo ngành Điều dưỡng trình độ cao đẳng hệ vừa làm vừa học, ngày 26 tháng 3 năm 2020

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 người bệnh hồi sức tích cực nội khoa* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Điều dưỡng liên thông 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 liên thông 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 người bệnh hồi sức tích cực nội khoa* cho học viên Cao đẳng điều dưỡng liên thông; 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 liên thông 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/ học viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Điều dưỡng nói chung và *Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực nội khoa* nói riêng.

Giáo trình *Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực nội 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 người bệnh hồi sức tích cực nội khoa*, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên/ học viên trình độ cao đẳng liên thông.

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/ học 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……tháng……năm …

BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Võ Minh Đời

Tổ biên soạn:

1. Trịnh Thị Kiều Diễm
2. Giang Nhân Trí Nghĩa
3. Dương Hồng Oanh

Mục lục

LỜI GIỚI THIỆU.....2
Mục lục.....4
Bài 1: ĐÁNH GIÁ NHẬN ĐỊNH VÀ PHÂN LOẠI CẤP CỨU.....6
BÀI 2: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỒI SỨC HỆ TIM MẠCH.....27
Bài 3: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỒI SỨC HỆ HÔ HẤP.....51
Phần 2: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HO RA MÁU.....55
Bài 4: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN CẤP.....62
BÀI 5: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP.....71
BÀI 6: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẶT TĨNH MẠCH.....79
TRUNG TÂM.....79
BÀI 7: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LỌC MÁU.....87
BÀI 8: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN.....92
Bài 9: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THỞ MÁY.....99

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

Tên môn học: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC TÍCH CỰC NỘI KHOA
Mã số môn học : DD.LT.14
Thời gian thực hiện môn học: 120 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; TTBV: 88 giờ; Kiểm tra: 04 giờ)

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- Vị trí: môn học Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực nội khoa được bố trí sau khi học viên học xong môn học Điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Tính chất: Môn học này giới thiệu cho người học những kiến thức cơ bản trong chẩn đoán và xử trí bệnh nhân hồi sức nội khoa tích cực thường gặp. Học xong môn học này, người học có thể vận dụng để nhận định được một số dấu hiệu, triệu chứng bệnh nặng để thực hiện được kế hoạch chăm sóc cho người bệnh hồi sức tích cực nội khoa.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức

1.1. Giải thích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của bệnh hồi sức tích cực nội khoa.

1.2. Trình bày được hướng điều trị và cách dự phòng các bệnh hồi sức tích nội khoa.

2. Kỹ năng

2.1. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực nội khoa.

2.2. Thực hiện được các kỹ năng chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực nội khoa.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

Có khả năng chăm sóc bệnh nhân độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên lâm sàng. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, nhẹ nhàng và chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

NỘI DUNG MÔN HỌC

Bài 1: ĐÁNH GIÁ NHẬN ĐỊNH VÀ PHÂN LOẠI CẤP CỨU

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày được các nguyên tắc chính khi tiếp cận và xử trí bệnh nhân cấp cứu.

1.2. Trình bày được nguyên tắc cần tuân thủ để tránh các sai lầm.

1.3. Trình bày được các phương pháp kiểm soát đau đối với bệnh nhân cấp cứu.

1.4. Trình bày được phân loại bệnh nhân tại phòng cấp cứu, bệnh nhân cấp cứu theo thang điểm và cách phân loại bệnh nhân cấp cứu khác.

2. Kỹ năng:

2.1. Thực hiện được kỹ năng thăm khám và cấp cứu bệnh nhân 2 thì.

2.2. Sử dụng được thang điểm đau để đánh giá đau trong cấp cứu

2.3. Thực hiện được quy trình phân loại bệnh nhân tại phòng cấp cứu, bệnh nhân cấp cứu theo thang điểm và cách phân loại bệnh nhân cấp cứu khác.

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ khẩn trương, an toàn và phản ứng theo trình tự khi tiến hành các bước hồi sinh tim phổi cơ bản.

3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

NỘI DUNG

Phần I: Đánh giá xử trí ban đầu bệnh nhân cấp cứu

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhìn từ góc độ bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, cấp cứu là bất cứ tình trạng gì mà họ cho là nặng, cần cấp cứu. Tuy nhiên, nhìn từ góc độ y tế, hồi sức cấp cứu nghĩa là hồi phục và hỗ trợ các chức năng sống của một bệnh nhân đột nhiên bị mắc một bệnh nặng.

1.1. Hỏi bệnh

Ngắn gọn, tập trung vào:

- Chào hỏi bệnh nhân và khai thác lý do vào viện.
- Hoàn cảnh bị chấn thương hoặc bệnh tật, vị trí cơ quan bị tổn thương?
- Thời gian xuất hiện triệu chứng?
- Tình trạng ý thức trước và sau khi bị chấn thương hoặc bệnh tật. Nếu hôn mê cần hỏi rõ hôn mê từ bao giờ? Đột ngột hay từ từ?
- Tình trạng sức khỏe trước khi nhập viện cấp cứu?
- Bệnh nhân có tiền sử gì đặc biệt không? Đái tháo đường? Tăng huyết áp? Dùng thuốc dị ứng?
- Bệnh nhân có đang bị đau không? Nếu có đau thì ở mức độ nào?

1.2. Tâm lý bệnh nhân và gia đình người bệnh đến cấp cứu

Tổn thương hoặc bệnh tật không những gây ra các thay đổi sinh lý mà còn gây ra các thay đổi tâm lý cho bệnh nhân và gia đình họ. Không nắm được các biến động tâm lý của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân thì người cán bộ y tế dễ gặp phải khó khăn lớn trong quá trình cấp cứu cũng như xử trí cho bệnh nhân.

1.2.1. Về phía bệnh nhân

- Hiểu những lo lắng của bệnh nhân về bệnh tật, khả năng tử vong cũng như gánh nặng kinh tế, người cán bộ y tế phải tôn trọng quyền của bệnh nhân cũng như những nhu cầu chính đáng của họ, lắng nghe, giải thích và thông cảm chia sẻ với bệnh nhân và người nhà họ bằng cử chỉ, thái độ ân cần và dùng ngôn ngữ thông dụng mà họ có khả năng hiểu được.

- Ngay cả khi bệnh nhân hôn mê, cần tôn trọng họ như những người thức tỉnh, tránh bàn luận về tình trạng của người bệnh trước mặt họ, nếu có thể được thì động viên gia đình cùng tham gia chăm sóc.

1.2.2. Về phía gia đình bệnh nhân

- Nên gặp gỡ, thông báo cho gia đình bệnh nhân biết người nhà họ đang ở đâu? Có nặng hay không? Bệnh viện đang cố gắng làm những gì để cứu bệnh nhân.

- Lắng nghe những tâm tư, nguyện vọng từ phía gia đình cũng như khả năng tài chính của họ.

- Ghi nhận những thông tin, cảm nhận của họ về quá trình của bệnh nhân trước khi vào khoa cấp cứu.

- Nên chủ động thông báo cho gia đình tình trạng diễn biến của người bệnh, đặc biệt trong tình huống có diễn biến đột ngột xấu đi hoặc nguy cơ tử vong để gia đình cũng theo dõi sát diễn biến của người bệnh, hợp tác cứu chữa người bệnh.

2. TRIỆU CHỨNG VÀ DIỄN BIẾN

2.1. Đánh giá chức năng hô hấp

Là chức năng phải kiểm tra trước tiên trong mọi tình huống, ở bất kỳ bệnh nhân nào cũng phải khai thông đường dẫn khí, cho dù có hay không có suy hô hấp.

2.1.1. Khai thông đường dẫn khí

Quan trọng là phát hiện bệnh nhân có dị vật đường thở với biểu hiện: đột ngột khó thở, hội chứng xâm nhập, không nói được, ho, tím, suy hô hấp.

Thực hiện ngay các biện pháp khai thông đường thở.

**** Nghiệm pháp Heimlich***

- Ép bụng, đấm lưng để làm dị vật ra khỏi đường thở.
- Bệnh nhân có thể ngồi, đứng hoặc nằm.

**** Kiểm tra khoang đường miệng bằng ngón tay***

- Đưa ngón tay vào khoang miệng, kiểm tra và móc dị vật.

- Nếu bệnh nhân hôn mê, tiến hành hô hấp nhân tạo miệng - miệng hoặc mặt nạ-miệng, đấm lưng - ép bụng và móc dị vật.

**** Tư thế bệnh nhân***

- Tư thế nằm nghiêng an toàn cho bệnh nhân hôn mê chưa được can thiệp.

- Tư thế nằm ngửa ưỡn cổ, nâng cằm cho bệnh nhân đang cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Tư thế fowler cho bệnh nhân suy hô hấp, phù não, tai biến mạch máu não.

- Tư thế ngồi thõng chân (có đỡ bàn chân) cho bệnh nhân phù phổi cấp.

2.1.2. Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản

Chỉ định đặt nội khí quản cho bệnh nhân hôn mê sâu, mất phản xạ nuốt, ho, hoặc có khả năng hôn mê kéo dài, liệt cơ hô hấp. Mở khí quản cho bệnh nhân suy hô hấp kéo dài, hôn mê kéo dài, thông khí bằng ống nội khí quản không có kết quả.

2.1.3. Hút đàm khí quản, rửa phế quản

Chỉ định cho bệnh nhân có ứ động đàm dãi. Khi nghe phổi có ran ứ động thì phải giải quyết bằng các biện pháp chăm sóc hô hấp như hút đàm làm sạch, thông thoáng đường thở tích cực, không thể chỉ giải quyết bằng kháng sinh liều cao.

2.1.4. Thông khí nhân tạo

- Hô hấp miệng - miệng, miệng - mũi trong cấp cứu ban đầu khi có ngừng thở, ngừng tim kết hợp ép tim tỷ lệ 5/1 hoặc 30/2 (30 lần ép tim 2 lần thổi ngạt liên tiếp).

- Bóp bóng Ambu qua mặt nạ.

- Hô hấp nhân tạo bằng máy (xâm nhập và không xâm nhập).

- Cần làm sớm trước khi bệnh nhân ngừng thở.

- Cần làm ngay khi bệnh nhân có dấu hiệu suy hô hấp: xanh tím, vã mồ hôi và rối loạn ý thức.

- Bắt buộc phải thực hiện ngay khi có hôn mê do ngộ độc Barbiturat và ôpi

2.1.5. Các cận lâm sàng cần làm

- Công thức máu.

- Khí máu động mạch.

- Sinh hóa: đường máu, ure.

- Chụp x quang phổi tại giường.

- Siêu âm tại giường.

2.2. Chức năng tuần hoàn

Sau khi đã kiểm tra và đảm bảo chức năng hô hấp, phải đảm bảo duy trì một tình trạng tuần hoàn ổn định.

Cần phải theo dõi nhiều lần, nếu tình trang nặng phải theo dõi và đánh giá liên tục

Cho đến khi bệnh nhân thoát khỏi tình trạng cấp cứu.

- Thiết lập đường truyền ngoại vi để bù thể tích bằng các dung dịch Natriclorua 0,9%.

- Phát hiện các chảy máu đang diễn ra ở các vùng cơ thể khó thăm khám như phía lưng, tầng sinh môn, da đầu,...

- Theo dõi mạch, huyết áp, điện tim, đo nước tiểu 1 giờ, 3 giờ, 24 giờ.

- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALTMTT).

+ Tĩnh mạch cảnh xẹp: ALTMTT thấp, thường kèm theo huyết áp thấp.

+ Tĩnh mạch cảnh nổi: ALTMTT tăng, nâng dần dần lưng-đầu bệnh nhân lên cho đến khi tĩnh mạch cảnh xẹp, khoảng cách giữa hai tư thế là ALTMTT (tính từ điểm 0 ở đường nách giữa ngang với liên sườn II). Đây là biện pháp thực hiện trong hoàn cảnh không đo được ALTMTT bằng catheter tĩnh mạch trung tâm.

Ngoài ra còn có thể xác định lượng máu và dịch truyền có đủ hay không bằng cách nâng bệnh nhân ngồi dậy, theo dõi trong 10 phút nếu huyết áp lại tụt xuống thì đó là lượng dịch và máu truyền chưa đủ để phục hồi thể tích máu.

Trong việc hồi phục thể tích máu, nâng huyết áp cũng như khi điều trị cơn tăng huyết áp cần chú ý đến thời gian để huyết động trở lại bình thường. Khi bệnh nhân đã có rối loạn ý thức thì ngay lập tức trong vòng 15 phút phải đảm bảo cho tình trạng huyết động trở lại gần mức bình thường.

2.3. Chức năng thần kinh và tâm thần

Khi ngừng tim, sau 3 - 5 phút là tế bào não đã tổn thương không hồi phục vì thiếu oxy và glucose. Mọi biện pháp hồi sức về hô hấp và tuần hoàn chính là để hồi sức não.

Có sự liên quan nhân quả giữa hồi sức não, tuần hoàn và hô hấp: tổn thương não có thể gây ra trụy tim mạch, ngừng thở, nhịp tim chậm. Ngược lại, suy hô hấp, trụy tim mạch có thể gây phù não hoặc nhũn não.

Các biện pháp để bảo vệ não:

- Cung cấp oxy đầy đủ cho cơ thể (hồi sức hô hấp).

- Cung cấp glucose.

- Chống phù não và tăng áp lực nội sọ.

Hồi sức tuần hoàn, bồi phụ nước và điện giải.

2.4. Chức năng thận

Tổn thương trực tiếp ở thận có thể gây suy thận cấp như viêm ống thận cấp. Sỏi niệu quản gây viêm mủ bể thận.

Trong hồi sức cấp cứu, thường gặp hơn lại là các tổn thương gián tiếp do các trạng thái cấp cứu khác gây ra như sốc, rối loạn nước và điện giải.

Việc theo dõi lượng nước tiểu vẫn là cơ bản nhất tùy theo tình hình phải theo dõi nước tiểu.

- 1 giờ/lần khi có rối loạn nước và điện giải.
- 24 giờ cho tất cả các bệnh nhân cấp cứu.

Các thông số huyết áp, ALTMTT, nước tiểu vẫn là các thông số cần thiết nhất để theo dõi bệnh nhân về mặt tuần hoàn và tiết niệu.

Thận nhân tạo là biện pháp tích cực nhất để điều trị suy thận cấp và một số nhiễm độc cấp như ngộ độc Barbiturat.

3. CÁC BIỆN PHÁP CHĂM SÓC VÀ HỒI SỨC CẤP CỨU

3.1. Thăng bằng nước điện giải, toan kiềm

Việc kiểm soát bằng nước điện giải, kiềm toan là rất cần thiết đối với các bệnh nhân có rối loạn hô hấp, tuần hoàn và não.

Công việc này cũng đòi hỏi thăm khám bệnh nhân một cách toàn diện, đặc biệt phải lưu ý đến các chức năng kể trên.

3.2. Chăm sóc dinh dưỡng và chống loét do tỳ đè

- Sau khi duy trì các chức năng sống cho bệnh nhân thì việc chăm sóc dinh dưỡng, chống loét đảm bảo cho công tác hồi sức thành công một nửa.

+ Vận động trị liệu đặc biệt là dẫn lưu tư thế, vận động trị liệu hô hấp phải là thường quy cho mỗi bệnh nhân.

+ Đảm bảo đủ lượng nước, calo, muối khoáng, vitamin. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mổ lên tới 60% nếu như bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng (gầy đi quá 30% trọng lượng cơ thể). Vì vậy, khi một bệnh nhân cấp cứu vào viện, sau khi được hồi sức, phải đánh giá ngay tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân bằng cách xem xét:

+ Cân nặng: bệnh nhân mất 10% hoặc mới mất 6% phải được điều trị bằng nuôi dưỡng.

+ Đánh giá lớp mỡ dưới da vùng cơ tam đầu và vòng cánh tay.

+ Phân tích máu: đo huyết cầu tố, đếm hồng cầu, định lượng Albumin huyết thanh xuống tới 2,8g/100ml là biểu hiện một tình trạng suy dinh dưỡng nặng.

- Khi bệnh nhân cấp cứu bị để đói thì trong 24 giờ đầu bệnh nhân sử dụng glycogen để cung cấp năng lượng cho cơ thể. Dự trữ glycogen chỉ đủ để đáp ứng trong 12 giờ đầu, sau đó glycogen tự lấy protein.

- Từ ngày thứ 17 trở đi, nếu bệnh nhân tiếp tục không được ăn thì dự trữ mỡ sẽ bắt đầu cung cấp năng lượng đến 90%, ở bệnh nhân nhiễm khuẩn, protein dự trữ mất đi nhanh hơn 6 lần so với bệnh nhân không nhiễm khuẩn.

3.3. Nhu cầu về nước và dịch

Mỗi ngày cơ thể cần 30 - 45ml/kg thể trọng. Tùy theo lứa tuổi, có thể áp dụng công thức sau:

- 1 - 10kg x 100ml
- 10 - 20kg x 50ml

(20 + cân nặng bệnh nhân bằng kg) x 20ml

Thí dụ:

- Mỗi ngày 1 em bé 5kg cần 500ml.
- Một em bé 15kg cần 750ml nước.
- Một người lớn 50kg cần (20+50) x 20 = 1400ml nước.

Thời tiết nóng, bệnh nhân sốt, lượng nước cần nhiều hơn.

Số lượng nước tiểu nếu tính 50 - 60ml/giờ thì một ngày bệnh nhân tiểu chừng 1.500ml. Số lượng dịch cần dùng cho bệnh nhân gấp 1,5 lần thể tích nước tiểu. Một bệnh nhân bỏng nặng (có tiêu cơ) cần tiểu trên 100ml/giờ.

3.4. Nhu cầu về calo

Mỗi ngày nhu cầu cơ bản của cơ thể cần trung bình 35 kcalo/kg. Bệnh nhân nhiễm khuẩn cần 50 kcalo/kg. Bệnh nhân bỏng cần 70 kcalo/kg.

- Nhu cầu về protein: 0,7 - 1 g/kg/ngày.
- Nhu cầu về điện giải mỗi ngày:
  + Natri: 2 mEq/kg + số lượng Natri mất đi (ở người bệnh tim: 0,5 mEq/kg).
  + Kali: 1,25 mEq/kg + số lượng Kali mất đi.
  + Magiê: 1,15, mEq/kg.

Ngoài ra còn có các nhu cầu về vitamin và các chất vi lượng.

3.5. Đường nuôi dưỡng

Cố gắng cho ăn qua ống sonde dạ dày hoặc bệnh nhân tự ăn. Nếu có chống chỉ định nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa (nôn, tổn thương đường tiêu hóa nặng, phẫu thuật ổ bụng) cho nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch bằng catheter tĩnh mạch lớn, không truyền vào tĩnh mạch ngoại biên.

Trong mọi tình huống, kể cả tiêu chảy cấp, cố gắng nuôi dưỡng bệnh nhân bằng cả 2 đường trên. Vấn đề là lựa chọn thức ăn thích hợp./.

Phần II: Đánh giá và kiểm soát đau trong cấp cứu

1. ĐỊNH NGHĨA

Đau cấp là đau mới xuất hiện và có thể tự hết khi không còn tổn thương. Đau có liên quan về thời gian và nguyên nhân với chấn thương hoặc bệnh tật (Ready và Edwards 1992).

Như vậy, đau là một tín hiệu bệnh đưa người bệnh đến bệnh viện. Hệ thống cảm nhận đau có chức năng phát hiện, nhận dạng mức độ, vị trí đau. Hệ thống cảm nhận đau của cơ thể gồm phần ngoại vi và phần trung ương.

2. SINH LÝ ĐAU VÀ ĐÁP ỨNG CỦA CƠ THỂ VỚI ĐAU

2.1. Các receptor nhận cảm đau ngoại vi sơ cấp

Hầu hết các cơ quan của cơ thể có các tận cùng thần kinh đáp ứng với các kích thích như hóa chất, nhiệt độ, cơ học. Tùy thuộc vào tính chất đáp ứng của tế bào thần kinh nhận cảm giác đau, các kích thích này sẽ dẫn tới dẫn truyền xung động theo các sợi cảm giác về tủy sống.

Các receptor được chia thành hai nhóm chính:

- A δ là các sợi đáp ứng với kích thích nhiệt và cơ học.
- C là receptor nhận cảm đau nhiều trạng thái, đa dạng.

**** Trong điều kiện bình thường***: một kích thích có cường độ thấp, không nguy hại sẽ kích thích vào các tận cùng của tế bào thần kinh nhận cảm đau để tạo ra cảm giác không có hại, không đau.

Các kích thích có cường độ mạnh hơn sẽ kích thích vào các receptor nhận cảm đau có ngưỡng kích thích cao và tạo ra cảm giác đau.

**** Trong điều kiện bệnh lý***: do hệ thần kinh trung ương và ngoại vi bị kích thích bất thường từ mô bị chấn thương và viêm dẫn đến một kích thích có cường độ nhỏ cũng gây đau.

2.2. Nhạy cảm hóa ngoại vi

Trong phản ứng viêm, tế bào giải phóng các thành phần nội bào. Các receptor nhận cảm đau và đầu tận cùng TK cảm giác bị kích thích bởi các thành phần này và giải phóng ra chất P, neurokinin A, các peptide gene-related canxitonin (CGRP), các chất này làm thay đổi tính kích thích của thần kinh cảm giác và sợi thần kinh giao cảm, làm giãn mạch, thoát protein huyết tương cũng như kích thích tế bào viêm giải phóng các chất trung gian hoá học. Các phản ứng qua lại này dẫn tới giải phóng nồi súp các chất trung gian hóa học như potassium, serotonin, bradykinin, chất P, histamin, cytokines, nitric oxyde, và các sản phẩm của con đường chuyển hóa acid arachidonic.

Sau khi nhạy cảm hóa, các kích thích ngưỡng thấp không gây đau thì lại có thể gây đau.

2.3. Phần trung ương của hệ thống cảm nhận đau

Nhánh của các thần kinh cảm giác đi vào sừng sau tủy sống và tiếp hợp với nơron tủy sống nằm ở đây, các nơron nhận cảm đau này đi qua bên đối diện, và đi lên não đến vùng đồi thị tạo thành bó tủy sống - đồi thị, bó này có vai trò quan trọng trong nhận cảm đau, nếu cắt đứt bó này, sẽ gây mất vĩnh viễn cảm giác đau và cảm giác nhiệt độ.

Từ vùng đồi thị có nhiều con đường đến vỏ não, vùng trán và vùng thể xác cảm giác. Con đường từ tủy sống đến vùng thể xác cảm giác có vai trò quan trọng trong tiếp nhận cảm giác đau về mặt cường độ, vị trí, kiểu đau.

Từ vỏ não có các nhánh đi xuống tủy sống, điều biến cảm giác đau.

2.4. Phân loại đau: ngoài đau cấp và đau mãn tính, người ta phân loại đau theo nguồn gốc của tín hiệu đau: đau do tổn thương hệ thống cảm nhận đau gọi là đau thần kinh và đau do kích thích vào hệ thống cảm nhận đau lành lặn.

- Đau do kích thích hệ thống cảm nhận đau gồm:

+ Đau nông, là đau do tổn thương da, niêm mạc, tổ chức dưới da,… đau rất khu trú, dễ dàng xác định vị trí đau, đau không lan, không có tác dụng phụ đi kèm của hệ thần kinh tự động.

+ Đau sâu, đau của xương, khớp, cân cơ, các màng bọc các tạng, hạch bạch huyết,… đau khu trú, cảm giác tức nặng, nhấm nhói, đau tăng khi vận động và bệnh nhân có xu hướng hạn chế vận động để giảm đau.

+ Đau tạng, đau do tổn thương tạng trong ổ bụng hoặc lồng ngực ví dụ khối u trong lồng ngực hoặc ổ bụng, sỏi hoặc u đường mật, sỏi thận, đau bụng kinh,…đặc điểm là đau lan, khó khu trú vị trí đau, và thường kèm theo các triệu chứng thần kinh tự động như vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, thay đổi huyết áp và nhịp tim..

- Đau thần kinh: ví dụ điển hình là hội chứng Phantom, đau ở bệnh nhân đái tháo đường và đau sau nhiễm herpes da, đặc điểm là đau theo khúc bì chi phối bởi khoanh tủy tương ứng, lan, và hiện tượng giảm ngưỡng đau (kích thích không đau cũng gây ra cảm giác đau)

3. ĐÁNH GIÁ ĐAU

Đánh giá đau là rất quan trọng tại khoa Cấp cứu. Nên thực hiện ngay khi bệnh nhân vào khoa Cấp cứu vì đau và nên lưu tâm đặc biệt đến nhóm bệnh nhân còn giao tiếp được hoặc vì lý do đau đớn nặng thôi thúc đến bệnh viện, họ chính là những khách hàng đang có nhu cầu lớn về giảm đau.

Trong số các công cụ giảm đau được áp dụng rộng rãi tại các khoa cấp cứu, hệ thống đánh giá đau bằng thị giác (VAS) tỏ ra dễ dàng áp dụng và mang lại lợi ích lớn cho bệnh nhân và nhân viên y tế vì tính chất đơn giản, dễ hiểu, dễ áp dụng.

Thước VAS

- Thước dài 100mm, cố định ở 2 đầu.
- Một đầu trái có hình người cười là không đau.
- Đầu phải có hình người khóc là đau chưa từng có.
- Bệnh nhân được hỏi và yêu cầu nhìn thước, nhân viên giải thích.
- Yêu cầu bệnh nhân tập trung.
- Quay mặt có màu đỏ về phía bệnh nhân.
- Bệnh nhân tự đánh giá mức đau của mình bằng cách tự kéo thước.

Nhân viên Y tế đọc mức đau của bệnh nhân ở mặt xanh đối diện bằng cm.

Kết quả:

- 0 - 0,5 cm là không đau
- 0,6 - 4,4 cm là đau nhẹ
- 4,5 - 7,4 cm là đau vừa
- > 7,5 cm là đau nặng

4. NGUYÊN TẮC KIỂM SOÁT ĐAU BẰNG THUỐC

Mục tiêu của kiểm soát đau làm cho bệnh nhân thoải mái, hợp tác, tin tưởng nhân viên y tế trong quá trình thăm khám và điều trị, làm dễ dàng quá trình thăm khám tiếp theo và hạn chế các tác dụng bất lợi do đau gây ra.

Kiểm soát đau bằng thuốc nhấn mạnh đến vai trò của các chất chống viêm không steroid và Morphine.

4.1. Các chất chống viêm không steroid: các thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) tác dụng vào các dây thần kinh nhận cảm đau ngoại biên bằng cánh làm giảm hoặc hạn chế tiết Prostaglandin ở vị trí tổn thương, ức chế tổng hợp Arachidonic bằng cánh giảm tổng hợp Cyclooxygenase, chất chuyển hóa của Prostaglandin.

- Các thuốc giảm đau NSAIDs giảm tốt cho các đau nhẹ đến vừa.
- NSAIDs được coi là có tác dụng tương đương Opioid trong giảm đau cấp đặc biệt trong các trường hợp đau do ngoại vi như chấn thương, viêm nhiễm, đau xương do gãy xương, di căn, đau do ống thông, cơn đau quặn thận, cơn đau quặn gan, đau bụng kinh hoặc dẫn lưu như thông tiểu hoặc ống dẫn lưu ngực.
- Thuốc phổ biến dùng ngoài đường tiêu hóa là Ketorolac TM hoặc TB với liều khuyến cáo là 30mg khởi đầu, sau đó 15mg mỗi 6 giờ. Không sử dụng quá 5 ngày.
- Các thuốc khác có tác dụng tốt là Piroxicam (Fenden) TB hoặc Ibuprofene uống.
- Tác dụng phụ:

+ Kích thích và chảy máu đường tiêu hóa. Cho thuốc khi bệnh nhân ăn no, nên cho kết hợp thuốc bọc niêm mạc dạ dày hoặc thuốc chống tiết axít. Không cho thuốc ở bệnh nhân đang có loét dạ dày tá tràng tiến triển.

+ Thuốc gây giảm kết dính tiểu cầu và chảy máu.

+ Thuốc làm giảm tưới máu thận và có thể làm nặng thêm bệnh thận có từ trước đó.

Khi mức độ đau của bệnh nhân giảm quá 3 điểm hoặc đau < 4/10 là thành công.

4.2. Morphin và các dẫn xuất của morphin

Là thuốc có tác dụng cả ngoại biên lẫn trung ương do gắn vào các receptor opioid ở não, tủy sống và ngoại vi.

Các opioid có thể mang lại tác dụng giảm đau tương đương nhau nhưng khác biệt về liều dùng.

Hai thuốc hay sử dụng ở khoa Cấp Cứu là Morphin và Fentanyl.

Tuy mang lại khả năng giảm đau tuyệt vời, Morphin vẫn hay bị né tránh ở khoa Cấp Cứu vì quan điểm chưa thay đổi của các nhân viên y tế là thuốc làm mất triệu chứng bệnh và nhiều tác dụng phụ.

**** Chú ý dùng thuốc:***

- Dùng cho người lớn >12 tuổi.
- Không nên tiêm bắp Morphine.
- Nên thông báo cho nhân viên y tế càng sớm càng tốt về bệnh nhân dùng Morphine.
- Nhân viên y tế nên xem bệnh nhân trong khoảng thời gian Triage qui định theo mức độ nặng của cấp độ phân loại.

**** Tiêm Tĩnh Mạch:***

- Liều khởi đầu: Morphine 2,5 - 5 mg (xem xét giảm liều cho bệnh nhân > 69 tuổi)
- Liều bổ sung: mỗi 2,5 mg IV Morphine sau 6 phút đến tổng liều 15 mg

Chỉ định

1. Kiểm soát đau cấp mức độ vừa đến nặng.
2. Đau ngực do nguyên nhân tim mạch.
3. Phù phổi cấp.

Lưu ý điều dưỡng chăm sóc:

4. Hết sức thận trọng ở người già, bệnh nhân bệnh mạn tính: COPD, Suy thận, Suy gan, Shock…
5. Cần theo dõi dấu hiệu lâm sàng (huyết áp, mạch, nhịp thở, SpO_2, mức độ an thần, điểm đau) trước và sau khi cho thuốc mỗi 15phút một lần cho đến khi kiểm soát được đau và các dấu hiệu lâm sàng ổn định. Ghi vào hồ sơ bệnh án các dấu hiệu này.
6. Pha loãng Morphine cứ mỗi 1mg với 1ml nước muối sinh lý để tiêm mạch.
7. Bệnh nhân phải được theo dõi SpO_2, ECG, huyết áp, có máy hút tại giường và thở oxy.

Nên đặt bệnh nhân gần vị trí phân loại của điều dưỡng để dễ theo dõi, sau khi tiêm thuốc cho bệnh nhân vì lý do đột xuất bắt buột phải rời khỏi vị trí theo dõi bệnh nhân, phải bàn giao bệnh nhân cho điều dưỡng khác theo dõi ý thức, nhịp thở.

Các tác dụng phụ gồm:

- Buồn nôn và nôn.

+ Là tác dụng phụ hay gặp nhất do Morphine tác dụng vào vùng kích hoạt thụ thể nhận cảm hóa học ở não và làm giảm nhu động ruột.

+ Điều trị bằng thuốc chống nôn Metoclopramide. Liều dùng 10mg tiêm mạch mỗi 4 - 6 giờ.

+ Các thuốc khác như Phenothiazine 2,5-10mg tiêm mạch và Butyrophenones (Droperidol) 0,625mg TM cũng có tác dụng chống buồn nôn và nôn.

- Ngứa.

+ Mức độ nặng và tần xuất của ngứa liên quan đến liều và có xu hướng giảm ở những người dùng Opioid lâu dài.

+ Cơ chế gây ngứa của Opioid chưa rõ.

+ Kháng Histamine có tác dụng.

- Táo bón.

Do thuốc làm giảm nhu động ruột nên gây. Điều trị bằng chế độ ăn nhiều nước, cung cấp các thuốc nhuận tràng và làm mềm phân.

- Cầu bàng quang

Không phải là vấn đề nghiêm trọng với các bệnh nhân hồi sức vì đa số bệnh nhân này đã có sondee tiểu. Tuy nhiên cầu bàng quang là vấn đề với các bệnh nhân cấp cứu hoặc bệnh nhân làm thủ thuật cấp cứu vì cầu bàng quang làm bệnh nhân kích thích liên tục và đáp ứng rất kém với các thuốc an thần giảm đau. Cần phải lưu ý cầu bàng quang ở các bệnh nhân dùng Oipoid nhất là bệnh nhân lớn tuổi, u xơ tuyến tiền liệt...

- Ức chế hô hấp

+ Thuốc tác dụng lên thần kinh trung ương, làm bệnh nhân thở nông và giảm tần số thở.

+ Yếu tố nguy cơ ngừng thở gồm: tuổi cao, bệnh hô hấp tuần hoàn có sẵn, dùng thuốc liều cao.

+ Dấu hiệu suy hô hấp sớm nhất của bệnh nhân sau dùng Opioid là ý thức suy đồi.

+ Điều trị biến chứng ức chế hô hấp bằng Naloxon tiêm mạch và cần tuân theo các bước sau:

- Khai thông đường thở và hỗ trợ hô hấp;
- Pha loãng 0,4mg Naloxon với Nacl 0,9% để được 10 ml dung dịch;

• Tiêm TM mỗi 1 ml mỗi 2 - 5 phút đến khi đạt tác dụng mong muốn. Thuốc thường có tác dụng sau 2 phút;

• Theo dõi bệnh nhân trong 45 phút sau dùng thuốc;

• Bệnh nhân cần truyền thuốc liên tục, xem xét truyền tiêm mạch liều 50 - 250 mcg/giờ. Chỉnh liều theo đáp ứng của bệnh nhân.

Phần III: Nhận định và phân loại bệnh cấp cứu

1. ĐẠI CƯƠNG

Phân loại bệnh nhân (triage) đến cấp cứu là một đánh giá lâm sàng nhanh để đưa ra hướng giải quyết. Có thể hiểu việc phân loại này là để đánh giá sơ bộ, ở mức chính xác cho phép mức độ ưu tiên cấp cứu cho các bệnh nhân đến khám cấp cứu và thường do các điều dưỡng có kinh nghiệm tại khoa cấp cứu thực hiện.

Khái niệm phân loại bệnh nhân đến cấp cứu theo mức độ ưu tiên cấp cứu được áp dụng rộng rãi cho các bệnh nhân đến khám cấp cứu tại khoa cấp cứu ở Mỹ và Châu âu từ những năm 50 do có một thực tế được thấy tại các đơn vị cấp cứu tại thành phố lớn là: các phòng Cấp cứu luôn phải xử lý một số lượng lớn bệnh nhân đến cấp cứu hàng ngày với các mức độ cấp cứu khác nhau. Việc áp dụng phân loại bệnh nhân cấp cứu tại các đơn vị Cấp cứu chuyên khoa hiện đã được chấp nhận rộng rãi tại các Khoa Cấp cứu ở nhiều nước trên Thế giới, nhất là khi các khoa Cấp cứu được tổ chức tốt với các bác sỹ và y tá chuyên khoa cấp cứu tham gia trực trở thành tiêu chuẩn Quốc gia.

2. NHẬN ĐỊNH VÀ PHÂN LOẠI BỆNH CẤP CỨU

2.1. Phân loại bệnh cấp cứu: phân loại cấp cứu được hiểu là một đánh giá lâm sàng nhanh để quyết định thời gian và trình tự mà bệnh nhân cần được khám và xử lý tại khoa cấp cứu hay trong cấp cứu hàng loạt, đó là một đánh giá nhanh tại hiện trường để quyết định tốc độ cần vận chuyển nạn nhân và việc lựa chọn bệnh viện cần gửi. Như vậy phân loại cấp cứu chính là quy trình xếp loại bệnh nhân theo mức độ ưu tiên cấp cứu mà không phải là quy trình nỗ lực chẩn đoán xác định bệnh cấp cứu.

Đích cần đạt của quá trình phân loại cấp cứu là để nhanh chóng quyết định hướng xử trí cấp cứu cho bệnh nhân theo ưu tiên cấp cứu. Có thể nói là mục tiêu của phân loại cấp cứu là phân loại nhanh chóng bệnh nhân theo mức độ ưu tiên cấp cứu với nguyên tắc***: "đặt bệnh nhân vào đúng chỗ, đúng thời điểm, đúng lý do" do " đúng các bác sỹ chuyên khoa thực hiện".***

2.2. Phân loại bệnh nhân chấn thương

Dù sử dụng các tiêu chuẩn khác nhau, song hầu hết các phác đồ phân loại bệnh nhân chấn thương đều sử dụng kết hợp các tiêu chuẩn sau:

- Cơ chế chấn thương.
- Tổn thương giải phẫu.
- Rối loại chức năng sinh lý và bệnh lý nội khoa.

Cần nhấn mạnh là

Không phải là tất cả các bệnh nhân bị chấn thương đều cần can thiệp ngoại khoa chỉnh hình và cần phải chuyển ngay vào các trung tâm điều trị chấn thương.

Tiêu chuẩn phân loại sơ bộ, đơn giản và nhanh cho các nạn nhân và quyết định xử trí sau khi phân loại thường dựa trên các thông số:

- Khả năng còn đi lại được của nạn nhân.
- Tình trạng hô hấp và oxy hóa máu: còn thở/hay không thở.
- Tình trạng tuần hoàn: dấu hiệu tưới máu tốt hay không tốt.

Nói chung các nạn nhân trong phân loại cấp cứu thảm họa phải được dán biển phân loại. Các bảng phân loại có màu được mã hóa như sau:

- Đỏ: cần ưu tiên cấp cứu (Emergency).
- Vàng: có thể nặng lên (Urgent).
- Xanh lá cây: có thể theo dõi và ít nguy cơ diễn biến bất thường (Non Urgent).
- Đen: chết hay bị thương rất nặng và không còn hy vọng sống sót.

3. PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG CẤP CỨU

3.1. Quy trình phân loại nên dựa trên các thông số nào?

Dựa vào nhận định nhanh tình trạng lâm sàng của bệnh nhân đến cấp cứu, trong đó các thông số sau cần được thu thập và chuẩn hóa:

- ***Lý do đến khám cấp cứu***: nếu có thể được, các nhân viên khoa phải thống nhất và chuẩn hoá các lý do thường gặp khiến bệnh nhân đến khám cấp cứu và phân theo cấp độ các lý do khám cấp cứu thành: lý do cấp cứu thực sự (High acuity); có nguy cơ cao (high risk), và lý do cần coi là cấp cứu (true emergency)
- ***Thu thập các chức năng sống*** (Vital signs): mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2
- ***Đánh giá tình trạng ý thức*** (Theo bảng điểm glasgow)
- ***Dáng vẻ chung*** (General appearance): bệnh nhân trông có vẻ ốm yếu, da bệnh nhân trông có vẻ kém tưới máu; bệnh nhân có các dấu hiệu kiệt nước,....
- ***Khả năng đi lại***: bệnh nhân không thể tự đi có nguy cơ cao bị tình trạng cấp cứu nội khoa thực sự.

3.2. Ai tiến hành phân loại cấp cứu

Các nghiên cứu ban đầu cho thấy ít có khác biệt trong dự đoán tiên lượng các bệnh nhân đến khám cấp cứu được Bác sỹ chuyên khoa cấp cứu hay bác sỹ đa khoa và thậm chí là y tá có kinh nghiệm tiến hành phân loại. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây hơn gợi ý là các Bác sỹ chuyên khoa cấp cứu có kinh nghiệm thực hiện việc phân loại bệnh nhân cấp cứu tốt nhất. Việc thử hồi cứu lại các quyết định phân loại bệnh nhân cấp cứu do các nhóm nhân viên y tế khác nhau tiến hành rất khó cho kết quả tương tự trong các nhóm hay thậm chí trong một nhóm cho trước các nhân viên y tế. Một số nghiên cứu đã kiểm tra tính chính xác dự kiến về khả năng cần nhập viện sau

khi tiến hành phân loại cấp cứu ban đầu cũng cho các kết quả rất khác nhau. Nói chung. các kết quả nghiên cứu cho thấy khi người tiến hành phân loại bệnh nhân cấp cứu là người có nhiều kinh nghiệm cũng như người có kiến thức tốt về cấp cứu sẽ là nhóm đối tượng cho các quyết định tốt nhất khi phân loại bệnh nhân cấp cứu. Nhóm này bao gồm các thầy thuốc đã được cấp chứng chỉ cấp cứu và các y tá cấp cứu có kinh nghiệm

3.3. Bố trí nhân sự

Tại các nước phát triển, việc phân loại bệnh nhân cấp cứu thường do y tá chuyên khoa có kinh nghiệm, được huấn luyện tốt thực hiện tại các phòng tiếp đón cấp cứu. Tại các bệnh viện ở các thành phố lớn của Mỹ, 2 - 3 y tá chuyên khoa làm việc đồng thời và liên tục đánh giá hàng xếp dài các bệnh nhân chờ khám tại Khoa khám bệnh và Phòng tiếp đón cấp cứu.

Tại các bệnh viện huyện thị nhỏ hơn, việc phân loại có thể được các y tá trực chung tiến hành, song các y tá này sẽ trở thành người tiến hành phân loại cấp cứu chuyên trách ngay khi có 2 - 3 bệnh nhân đến yêu cầu khám cấp cứu mỗi giờ.

3.4. Các thang điểm đánh giá bệnh nhân theo mức độ cấp cứu

Bảng: Thang điểm 3 bậc

Bậc	Tên gọi	Thời gian đợi điều trị/ đánh giá lại	Ví dụ
1	Khẩn cấp (đỏ)	Ngay lập tức/liên tục	Cơn đau ngực do tim
2	Cấp cứu (vàng)	< 2 giờ	Đau bụng; Gãy xương hở
3	Không cấp cứu	< 2 giờ	Ban đỏ

Bảng: Thang điểm 4 bậc

Bậc	Tên gọi	Thời gian đợi điều trị	Ví dụ
1	Khẩn cấp	Ngay lập tức	Đau ngực
2	Cấp cứu không trì hoãn	Càng sớm càng tốt: 15-30 ph	Viêm phổi thở nông
3	Cấp cứu có trì hoãn	30 - 60 phút	Gãy cổ xương đùi
4	Không cấp cứu	60 phút	Cảm lạnh, ho, nhiễm khuẩn tiết niệu

Bảng: Thang điểm 5 bậc Canada

Bậc	Thời gian chờ khám	Ví dụ
1	Ngay lập tức	Bất tỉnh
2	Ngay lập tức (y tá) = < 15 phút (bác sỹ)	Quá liều thuốc
3	= < 30 phút	Nôn/ỉa chảy < 2 tuổi Loạn thần cấp
4	= < 1 giờ	Chấn thương nhẹ Đau vừa (4 - 7 với thang điểm 1 - 10) Đau tai
5	= < 2 giờ	Chảy máu âm đạo Đau nhẹ (< 4) Nôn/tiêu chảy đơn thuần, không mất nước, > 2 tuổi

3.5. Phân loại theo chỉ số cấp cứu nặng (ESI)

Một số phòng cấp cứu tai Mỹ lại áp dụng phân loại theo chỉ số cấp cứu nặng như được tóm tắt trong bảng sau:

Bảng: Phân loại theo chỉ số cấp cứu nặng

Mức độ cấp cứu	Chức năng sống ABC	Đe dọa sống còn - cơ quan	Thời gian chờ bác sỹ khám	Mức độ tập trung Cấp cứu	Ví dụ
1	Không ổn định	Rõ ràng	Ngay lập tức	- Cao - Cần có mặt liên tục tại giường bệnh	Ngừng tim; Chấn thương đã đặt NKQ Quá liều thuốc nặng
2	Đe doạ	Có nhưng không thật rõ	Trong vài phút	- Cao - Cần khám thường xuyên, tập trung phương tiện chẩn đoán	Đau ngực do TMCB Đa chấn thương TE sốt cao đờ đẫn; Loạn thần kịch phát

				Theo dõi liên tục	
3	Ổn định	ít khả năng nhưng có thể	Tới 1 giờ	- Trung bình/Cao - Cần khám nhiều lần, tập trung phương tiện chẩn đoán	Đau bụng hoặc các rối loạn sản khoa (trừ khi có rối loạn nặng); Gãy cổ xương đùi ở người già
4	Ổn định	Không	Có thể chờ	- Phương tiện chẩn đoán đơn giản	Chấn thương chi kín; vết thương rách đơn giản; viêm bàng quang; cơn đau đầu migraine
5	Ổn định	Không	Có thể chờ	- Thấp - Chỉ cần thăm khám đơn thuần	Cảm lạnh; bỏng nhẹ; khám theo hẹn

3.6. Phân loại theo nhóm bệnh cấp cứu

Cách phân loại này cũng thường được nhiều phòng cấp cứu tại Châu Âu và Mỹ áp dụng. Đây cũng được coi như một hình thái phân loại bệnh nhân cấp cứu kinh điển với nhiều điểm chung giữa phân loại cấp cứu và phân loại bệnh nhân trong cấp cứu hàng loạt. Do dễ có nhầm lẫn về nghĩa từ sử dụng trong phân loại bệnh nhân, một số cơ sở cấp cứu kết hợp thêm phân loại và quy định màu cho từng nhóm

Nhóm 1: Cấp cứu rõ ràng (Obviuos emergency)

Thầy thuốc phải khám bệnh nhân càng nhanh càng tốt. Các ví dụ về loại này là: ngừng tuần hoàn, đau ngực nặng cấp, nôn ra máu ồ ạt, mất ý thức đột ngột và chấn thương nặng với tụt huyết áp.

Nhóm 2: Nguy cơ cấp cứu cao (Strong potential for emergency)

Các bệnh nhân cần được đánh giá đày đủ bởi một thày thuốc chuyên khoa Cấp cứu. Các ví dụ về loại này là: khó thở cấp, đau bụng cấp, đau ngực cấp, tình trạng loạn thần cấp và tình trạng đau.

Nhóm 3: Có nguy cơ cấp cứu (Potential emergency)

Cần xem xét khả năng có một tình trạng cấp cứu sắp xảy ra hay che dấu. Người thầy thuốc cần phải khám bệnh nhân mỗi khi đi buồng do tình trạng cấp cứu không thể loại trừ qua lần khám sàng lọc ban đầu. Hầu hết các tranh luận giữa bác sỹ cấp cứu và bác sỹ nội khoa xảy ra đối với các bệnh nhân trong nhóm III và các sai lầm cũng thường gặp ở nhóm bệnh nhân này.

Mặc dù một số các bệnh nhân thoạt đầu có thể đến khám cấp cứu vì một lý do có vẻ không nghiêm trọng, các nghiên cứu hồi cứu cho thấy rằng 25% các bệnh nhân

trong nhóm 3 có tình trạng nguy cơ cao và nhiều bệnh nhân cần được nhập viện cấp cứu. Nhận diện được phân nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao xảy ra sau này thường rất khó. Cần thăm khám tỷ mỉ cho bệnh nhân và cần được thực hiện tại khoa cấp cứu và lưu theo dõi tại khoa Cấp cứu nếu không thật chắc chắn.

Nhóm 4: Không cấp cứu (Nonemergent)

Các bệnh nhân nhóm này không cho thấy có bất kỳ lý do nào để nghĩ là họ có tình trạng bệnh lý nội khoa cấp cứu hay có nguy cơ bị một bệnh lý cấp cứu. Quan niệm về nhóm bệnh nhân này thay đổi theo chất lượng chăm sóc y tế của từng khu vực. Tại Mỹ chỉ các rối loạn là mãn tính, các bệnh lý nhẹ hay tự khỏi mới được coi là thuộc nhóm bệnh không cấp cứu. Các ví dụ về trường hợp này bao gồm xin giấy chứng nhận sức khỏe, cảm lạnh với các triệu chứng nhẹ đường hô hấp trên ở người lớn, đau họng nhẹ, kiểm tra huyết áp,... Cần nhớ rằng dù là rất nhẹ, song các bệnh nhân này vẫn có thể cần gửi khám chuyên khoa sau đó nếu họ yêu cầu

Các nhóm nói trên có thể được phối hợp thêm các phiếu nhận dạng nhanh nhóm bệnh bằng cách sử dụng các số: 1-2-3-4-5; dùng phiếu màu: Đỏ - Da cam - Vàng - Xanh sẫm - Xanh nhạt...

4. TẦM QUAN TRỌNG CỦA TÁI PHÂN LOẠI CẤP CỨU

Ngoài đánh giá ban đầu, đánh giá lại bệnh nhân trong vòng 2giờ sau khi được phân loại lần đầu và tiếp tục đánh giá lại một cách định kỳ đều đặn sau đó có tầm quan trọng đặc biệt và tránh các sai lầm đáng tiếc. Một số bệnh nhân có thể biểu hiện khi thăm khám ở lần phân loại lần đầu hoàn toàn không có bất kỳ dấu hiệu nào của tình trạng bệnh nặng song có thể xuất hiện các dấu hiệu này trong thời gian chờ hay cho bệnh nhân về nhà. Vấn đề này thường bị phức tạp hơn trên các bệnh nhân đến cấp cứu với tình trạng liên quan đến ngộ độc, không rõ tiền sử chấn thương và người nghiện rượu hay ma tuý.

Sau đây là một số ví dụ về tiên lượng xấu ở các bệnh nhân đã được phân loại cấp cứu và được chỉ định cho lưu tại phòng đón tiếp khoa khám bệnh hay cho về nhà.

Trường hợp 1

Một bệnh nhân nam 36 tuổi đến khám tại khoa khám bệnh vì tình trạng đau ngực nặng. Các dấu hiệu chức năng sống của bệnh nhân: Huyết áp là 140/90mmHg, mạch 120 lần/phút; tần số thở 20 lần/phút và thân nhiệt 37,3^{0}C. Bác sỹ và y tá tại phòng tiếp đón cho là bệnh nhân còn quá trẻ để có thể bị bệnh tim nặng và do khoa cấp cứu quá đông, nên đã cho bệnh nhân vào phòng chờ.

Một giờ sau đó, người nhà bệnh nhân phản ánh là bệnh nhân tiếp tục có tình trạng đau nặng và yêu cầu khám bệnh nhân ngay. Y tá trực nói với người nhà là cô rất bận và giải thích là khi đỡ bận, bệnh nhân sẽ được gọi khám. Ba giờ sau, người nhà đẩy bệnh nhân tới phòng cấp cứu trong tình trạng rối loạn nhịp thở. Bệnh nhân bị truỵ

mạch ngay tại phòng tiếp đón cấp cứu và sau đó ngừng tim. Hồi sinh tim phổi có kết quả song bệnh nhân bị tổn thương thần kinh không phục hồi.

Trường hợp 2

Bệnh nhân nữ 43 tuổi đến phòng khám cấp cứu vào cuối giờ hành chính với lý do đau đầu. Bệnh nhân có các dấu hiệu sống bình thường ngoại trừ nhiệt độ là 39^0C. Phòng cấp cứu lúc đó rất bận rộn và đông bệnh nhân. Do các bác sỹ nội trú và y tá tại phòng cấp cứu đã khám nhiều bệnh nhân trong ngày cũng có cùng triệu chứng là đau đầu và do bệnh nhân trông có vẻ không nặng hơn các bệnh nhân khác, y tá trực đã gửi bệnh nhân vào phòng chờ của khoa truyền nhiễm. Bốn giờ sau đó, người nhà bệnh nhân quay trở lại phòng khám cấp cứu thông báo là bệnh nhân vẫn còn đang ngồi chờ tại phòng tiếp đón khoa truyền nhiễm và đang bị các cơn co giật. Đo lại nhiệt độ 5 giờ sau lần khám đầu tiên là $40,5^0$C và bệnh nhân được nhập lại khoa cấp cứu với chẩn đoán viêm màng não.

Trường hợp 3

Bệnh nhân nam 55 tuổi đến phòng khám cấp cứu vì lý do đau bụng. Bệnh nhân khai là ông ta cho rằng tình trạng bệnh của mình thứ phát sau ăn quá nhiều và quá nhanh thức ăn nhanh có nhiều mỡ. Các dấu hiệu sống của bệnh nhân bao gồm: hueets áp 150/100mmHg; mạch 100lần/phút, hô hấp 22lần/phút và thân nhiệt $37,8^0$C. Do khoa cấp cứu lúc đó quá bận, bệnh nhân được gửi sang phòng chờ. Hai giờ sau đó, vợ bệnh nhân than phiền là bệnh nhân trông xanh và tình trạng mệt tăng lên. Bệnh nhân được nhân viên y tế trả lời: “Chúng tôi còn bận xử trí cấp cứu bệnh nhân nặng khác !!! Hãy chờ đấy !!!”. Ba giờ sau, bệnh nhân quỵ tại phòng chờ. Bệnh nhân được mang vào khoa trong tình trạng tụt huyết áp và được tiến hành phẫu thuật, tại phòng mổ bệnh nhân đã chết do phình động mạch chủ vỡ.

Trong khi tiên lượng của một số trường hợp nêu trên, có thể không thay đổi nếu bệnh nhân được khám và theo dõi trực tiếp tại khoa cấp cứu và được thầy thuốc chuyên khoa đánh giá ngay, các trường hợp này đã minh họa rằng tình trạng bệnh của bệnh nhân đang diễn biến, phân loại bệnh nhân là một quá trình tích cực và năng động. Ngay cả khi có một hàng dài các bệnh nhân chờ được thầy thuốc cấp cứu khám, vẫn cần liên tục tái đánh giá và phân loại bệnh nhân cấp cứu.

5. MỘT SỐ TÌNH HUỐNG DỄ GÂY SAI SÓT CẦN TĂNG MỨC ƯU TIÊN CẤP CỨU

- Đang có thai.
- Người bị ngược đãi/bỏ rơi.
- Bệnh nhân tâm thần.
- Người già/trẻ nhỏ.
- Nhiều bệnh lý kèm.

- Người suy giảm miễn dịch.
- Người say rượu/nghiện rượu.
- Bệnh nhân quay lại khám cấp cứu trong vòng 24 giờ.
- Bệnh nhân "bí ẩn" (không rõ chẩn đoán).
- Bệnh nhân được coi là giả vờ, hysteria.
- Bệnh nhân "người quen".

6. CÁC SAI LẦM THƯỜNG GẶP KHI TIẾN HÀNH PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN TẠI KHOA CẤP CỨU

- Sai lầm trong phát hiện và chú ý tới than phiền của bệnh nhân vì tình trạng đau nặng. Các bệnh nhân có tình trạng đau nặng cần được phân loại vào mức nặng nhất và phải được một thày thuốc có kinh nghiệm khám ngay lập tức. Nhiều tình huống đau ngực hay đau bụng gây biến chứng tử vong do bệnh nhân lúc đầu được đánh giá sai và sau đó được gửi tới phòng chờ. Người tiến hành phân loại đã không dự kiến được là bệnh nhân có thể bị tăng nặng thêm tình trạng đau của họ sau đó.

- Sai lầm trong phát hiện hay nhận biết các than phiền chính của bệnh nhân đến khám cấp cứu nhóm nguy cơ cao: bệnh nhân bị đau ngực, đau bụng hay đau đầu nặng cần được khám ngay để đề phòng các hậu quả nặng tiềm tàng hay rõ ràng.

- Sai lầm trong thu nhận các dấu hiệu sống: nhiệt độ của từng bệnh nhân cần được lấy và lấy lại nếu thấy dấu hiệu này không tương ứng với tình trạng lâm sàng. Ví dụ, trường hợp một bệnh nhân cảm thấy sốt song lại có thân nhiệt bình thường. Tần số thở cũng cần được đếm cẩn thận. Tần số thở quá nhanh là một trong các chỉ dẫn nhậy cảm nhất của các bệnh nhân nặng hay chấn thương.

- Sai lầm trong khai thác bệnh sử và tiền sử thoả đáng: khai thác chi tiết bệnh sử và tiền sử là một phần quan trọng của bệnh án Cấp cứu nội khoa. Các thông tin này phải luôn sàng để được các bác sỹ khám bệnh nhân bổ xung.

- Sai lầm trong phân loại lại bệnh nhân lúc đầu được đánh giá không nặng và được chỉ định chuyển sang phòng chờ. Ngay các bệnh nhân được chỉ định chuyển sang phòng chờ cũng cần được lấy lại các dấu hiệu sống mỗi 2giờ. Khi không tuân thủ điều này có thể gây hậu qủa là bệnh tiến triển sang tình trạng bệnh nguy kich trong khi đang ngồi chờ tại phòng khám khoa cấp cứu./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Với người Điều dưỡng, khi hỏi bệnh nhân ngay lúc vào viện quan trọng nhất là:

A. Lý do vào viện

B. Thời gian mắc bệnh

C. Lý do chuyển viện

D. Tiền sử dị ứng thuốc

2. Khi kiểm soát đường thở cho bệnh nhân, việc quan trọng nhất cần làm:

A. Phải được đặt nội khí quản

B. Phải phát hiện và giải phóng dị vật gây tắc nghẽn đường thở

C. Tư thế bệnh nhân

D. Phải chuẩn bị dụng cụ để bác sỹ mở khí quản ngay

3. Khi bệnh nhân suy hô hấp, xanh tím, Điều dưỡng cần xử trí, ngoại trừ:

A. Bóp bóng hỗ trợ

B. Tư thế đầu cao

C. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch để chuẩn bị truyền thuốc khi cần

D. Hút sạch hầu họng và/hoặc móc dị vật

4. Kiểm soát chảy máu đang diễn ra ở cơ thể, vùng dễ bị bỏ sót là:

A. Bụng

B. Ngực

C. Chi

D. Sau lưng và tầng sinh môn

5. Đánh giá lượng nước cần cho một người lớn là:

A. (20 + cân nặng bệnh nhân bằng kg) x 20ml

B. 20 + cân nặng bệnh nhân bằng kg x 20ml

C. Cân nặng bệnh nhân bằng kg x 50ml

D. Cân nặng bệnh nhân bằng kg x 100ml

6. Phân loại bệnh nhân chấn thương đều sử dụng kết hợp các tiêu chuẩn nào?

A. Cơ chế chấn thương

B. Tổn thương giải phẫu

C. Rối loại chức năng sinh lý và bệnh lý nội khoa

D. Câu A, B, C đều đúng

7. Phân loại bệnh nhân chấn thương, quyết định xử trí sau khi phân loại thường dựa trên các thông số, ngoại trừ:

A. Khả năng còn đi lại được của nạn nhân

B. Dấu hiệu tưới máu tốt hay không tốt

C. Dấu hiệu tưới máu tốt hay không tốt

D. Còn thở/hay không thở

8. "Cần ưu tiên cấp cứu" trong bảng phân loại được mã hóa màu gì?

A. Đỏ B. Vàng C. Xanh lá cây D. Đen

9. Tên gọi của thang điểm 3 bậc, ngoại trừ:

A. Khẩn cấp B. Cấp cứu C. Cấp cứu có trì hoãn D. Không cấp cứu

10. Các triệu chứng của bậc 5 trong bảng thang điểm 5 bậc Canada

A. Chảy máu âm đạo

B. Đau nhẹ (< 4)

C. Nôn/tiêu chảy đơn thuần, không mất nước, > 2 tuổi

D. Câu A, B, C đều đúng

11. Đọc mức độ đau của bệnh nhân theo thước VAS được tính bằng đơn vị:

A. Centimet

B. Milimet

C. Decimet

D. Mét

12. Các tác dụng phụ của thuốc NSAID, ngoại trừ:

A. Chảy máu đường tiêu hóa

B. Giảm kết dính tiểu cầu

C. Giảm tưới máu thận

D. Ngứa

13. Thuốc giải độc Nereistoxin là:

A. Sodium Dimercaptopropanesulphonate

B. Sodium Dimecarptosuccina

C. Câu A, B đều đúng

D. Câu A, B đều sai

14. Khi sử dụng thuốc morphin cho bệnh nhân cần chú ý:

A. Dùng cho người lớn và người bệnh trên 12 tuổi

B. Nên dùng đường tiêm bắp

C. Xem xét tăng liều khởi đầu cho bệnh nhân trên 69 tuổi

D. Câu A, B, C đều đúng

15. Đánh giá đau bằng thước VAS với kết quả là 4,5 – 7,4. Vậy mức độ đau là?

A. Không đau

B. Đau nhẹ

C. Đau vừa

D. Đau nặng

BÀI 2: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỒI SỨC HỆ TIM MẠCH

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của các bệnh hồi sức hệ tim mạch.

1.2. Trình bày được triệu chứng, hướng điều trị các bệnh hồi sức hệ tim mạch.

2. Kỹ năng

2.1. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim.

2.2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy tim cấp

2.3. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm nội tâm mạc

2.4. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm màng ngoài tim

3. Thái độ

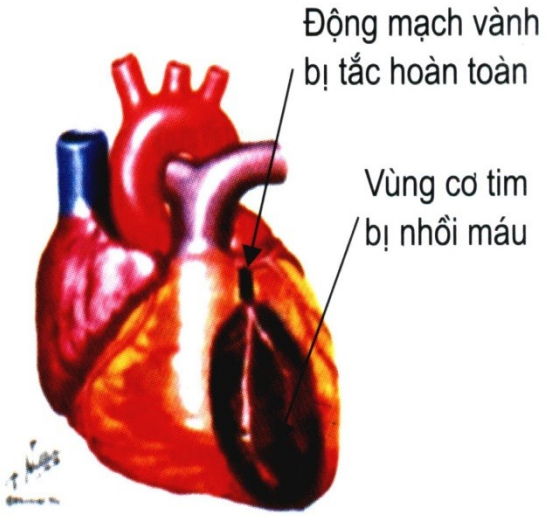
- Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

Phần 1: Chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhồi máu cơ tim là tình trạng 1 vùng cơ tim bị hoại tử do 1 hoặc nhiều nhánh động mạch vành bị tắc, dẫn đến không có máu cung cấp cho vùng cơ tim đó.



Nhồi máu cơ tim

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân

- Chủ yếu là do xơ vữa động mạch vành (chiếm 90 %): tại vùng bị xơ vữa có tổn thương tạo huyết khối hoặc do nứt vỡ mảng vữa xơ gây xuất huyết dưới nội mạc động mạch làm tắc hoặc hẹp lòng động mạch vành.
- Ngoài ra còn có 1 số nguyên nhân khác (khoảng 10%) do: co thắt động mạch vành, viêm nội tâm mạc, viêm quanh động mạch vành, do thủ thuật nong động mạch vành tạo nên.
- Hiếm gặp tắc động mạch vành do cục tắc từ xa tới: hẹp van hai lá có cục máu đông.

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Các yếu tố nguy cơ không thay đổi được:
  + Tuổi cao.
  + Nam giới.
  + Tiền sử gia đình.
- Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được:
  + Tăng huyết áp.
  + Tiểu đường.
  + Béo phì.
  + Rối loạn mỡ máu.
  + Uống nhiều rượu bia.
  + Hút thuốc lá.
  + Stress tinh thần.

+ Lối sống ít vận động.

3. TRIỆU CHỨNG.

Có 3 triệu chứng chính:

- Cơn đau ngực: là triệu chứng lâm sàng sớm nhất và rất quan trọng cho việc chẩn đoán nhồi máu cơ tim.

+ Cơn đau ngực trong nhồi máu cơ tim chính là cơn đau thắt ngực điển hình nhưng có cường độ đau dữ dội hơn, thời gian đau kéo dài hơn, nằm nghỉ và ngậm thuốc giãn vành cũng không hết đau.

- Cường độ đau: đau dữ dội làm bệnh nhân hoảng hốt, có cảm giác chết đến nơi.
- Thời gian đau kéo dài hàng giờ hoặc hàng ngày, có khi đau vài ngày.
- Thuốc giãn vành không có tác dụng giảm đau.

+ Đa số các trường hợp xảy ra ở bệnh nhân trước đó đã có nhiều lần bị đau thắt ngực nhưng cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân mà trong tiền sử chưa hề bị đau bao giờ.

- Triệu chứng điện tim: có hình ảnh nhồi máu cơ tim.

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

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

+ Điện tim trong giai đoạn cấp thay đổi hàng giờ, hàng ngày nên phải ghi điện tim nhiều lần trong ngày, ghi hàng ngày.

- Triệu chứng thay đổi enzym huyết thanh: Đây là triệu chứng rất có giá trị chẩn đoán nhồi máu cơ tim nhưng phải làm xét nghiệm đúng thời điểm.

+ Men có giá trị nhất là Troponin I.

+ Creatin kinase (CK) và isoenzym của nó là CK-MB: men này tăng ngay trong ngày đầu của nhồi máu cơ tim và trở về bình thường sau 2 -3 ngày.

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

* Các triệu chứng kèm theo:

Tùy tình trạng và mức độ tổn thương mà bệnh nhân có thể có thêm các triệu chứng sau:

+ Sốt: thường sốt sau 24 giờ.

+ Sốc tim: vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt, rối loạn ý thức...

+ Tim đập nhanh, có thể có tiếng ngựa phi hoặc tiếng cọ màng ngoài tim.

+ Ran ẩm ở phổi: khi nhồi máu cơ tim có ran ẩm phổi là tiên lượng nặng.

4. BIẾN CHỨNG.

Nhồi máu cơ tim gây nhiều biến chứng và đều là các biến chứng rất nặng có thể gây tử vong nhanh chóng.

+ Rối loạn nhịp tim.
+ Suy tim cấp.
+ Sốc tim: rất nặng, tử vong 80%.
+ Hen tim và phù phổi cấp
+ Vỡ tim, đột tử.
+ Hở van tim.

5. ĐIỀU TRỊ.

Các biện pháp điều trị chủ yếu là:

- Bất động: bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, có tác dụng làm giảm tần số tim, qua đó làm giảm nhu cầu tiêu thụ oxy cơ tim.
- Giảm đau bằng:
  + Morphin hoặc dolacgan.
  + Thuốc giãn mạch: nitrat, chẹn calci, ức chế men chuyển.
  + Thở oxy: có tác dụng làm giảm đau và giảm khó thở.
  + Thuốc an thần: seduxen.
- Thuốc tiêu huyết khối: streptokinase.
- Can thiệp cấp cứu nhằm tái tưới máu động mạch vành như: nong động mạch vành..
- Điều trị biến chứng nếu có.

6. CHĂM SÓC.

6.1. Nhận định.

- Khai thác bệnh nhân hoặc người nhà thật kỹ về các triệu chứng cơ năng:
  + Cơn đau ngực và các đặc điểm của cơn đau.
  + Các triệu chứng kèm theo với đau ngực.
- Khai thác tiền sử: có bị tăng huyết áp, cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim cũ?...
- Tham khảo bệnh án và nhận định các dấu hiệu thực thể:
  + Mạch: đều? Có loạn nhịp?
  + Nghe tim có bất thường? nhịp tim có đều?
  + Đo huyết áp: chú ý dấu hiệu giảm huyết áp (sốc tim).
  + Hô hấp: đếm tần số thở, nhận định kiểu thở, nghe phổi.
  + Các dấu hiệu của suy tim: phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi...

- Theo dõi cơn đau, điện tim liên tục, chú ý phát hiện các biến chứng của nhồi máu cơ tim.

6.2. Lập kế hoạch chăm sóc.

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Nhanh chóng làm mất cơn đau ngực cho người bệnh.
- Người bệnh sẽ cải thiện được tưới máu tổ chức.
- Người bệnh sẽ đỡ khó thở.
- Người bệnh sẽ tăng dần được hoạt động thể lực mà không bị đau ngực.
- Người bệnh hết lo lắng.
- Người bệnh hiểu biết về bệnh và tuân thủ chế độ chăm sóc, điều trị.

6.3. Thực hiện chăm sóc.

6.3.1. Làm mất cơn đau ngực

- Để người bệnh nằm bất động: làm giảm nhu cầu tiêu thu oxy của cơ tim. Trong trường hợp có khó thở thì tốt nhất là cho người bệnh nằm ở tư thế nửa ngồi.
- Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau:

+ Morphin tiêm tĩnh mạch: không tiêm bắp vì ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm men, chú ý theo dõi sát tần số thở vì thuốc gây ức chế trung tâm hô hấp.

- Thực hiện y lệnh thuốc giãn mạch vành để tăng cấp oxy cho cơ tim:

+ Hướng dẫn người bệnh cáh dùng thuốc đúng để đạt hiệu quả.

+ Phải theo dõi huyết áp vì những thuốc này có thể gây hạ huyết áp.

- Thực hiện y lệnh thở oxy: làm giàu oxy cho máu động mạch góp phần làm giảm đau ngực.
- Theo dõi cơn đau, theo dõi điện tim liên tục. Nếu cơn đau không được cải thiện hoặc nghi ngờ có bất thường trên điện tim phải báo cáo thầy thuốc ngay.

6.3.2. ***Cải thiện tưới máu tổ chức***

- Nghỉ ngơi tuyệt đối: nhằm làm giảm tần số tim và gián tiếp cải thiện lưu lượng tim.
- Thực hiện y lệnh thuốc giãn mạch để làm giảm sức cản ngoại biên như: thuốc nitrit, ức chế men chuyển.
- Theo dõi các dấu hiệu của cải thiện lượng máu từ tim tới các tổ chức:

+ Tần số tim về bình thường.

+ Hết hoặc không có loạn nhịp.

+ Huyết áp tâm thu ở mức bình thường.

+ Lượng nước tiểu tăng (hết sức cảnh giác với sốc tim nếu lượng nước tiểu < 30 ml/giờ).

+ Hết đau ngực.

+ Đỡ mệt.

6.3.3. Cải thiện trao đổi khí ở phổi

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

6.3.4. Tăng dần được các hoạt động thể lực

- Lúc đầu khi còn đau ngực, khuyên người bệnh nằm bất động.
- Khi người bệnh hết đau ngực, cho người bệnh hoạt động từ từ tăng dần.
  + Cử động tay chân khi nằm.
  + Sau đó cho tập ngồi dậy trên giường: ngày 2 -3 lần, mỗi lần 10 - 20 phút.
  + Sau đó cho người bệnh tham gia các hoạt động tự chăm sóc hàng ngày, mức độ tăng dần.
- Khi cho người bệnh hoạt động phải theo dõi đáp ứng của người bệnh với các hoạt động đó, cụ thể là:
  + Mạch có tăng nhanh quá không?
  + Có xuất hiện loạn nhịp không?
  + Có khó thở không?
  + Có đau ngực không?
  + Có vã mồ hôi không?

6.3.5. Giảm lo lắng cho người bệnh

- Giữ cho phòng bệnh thật yên tĩnh, thoáng về mùa hè, ấm về mùa đông.
- Tránh mọi sang chấn tinh thần, tránh căng thẳng thần kinh.
- Điều dưỡng cần có mặt bên người bệnh càng nhiều càng tốt.
- Khuyến khích người bệnh giãi bày những lo lắng, giải thích động viên họ.
- Thực hiện y lệnh thuốc an thần.

6.3.6. Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

- Hướng dẫn người bệnh cách luyện tập để phục hồi sau nhồi máu cơ tim:
  + Luyện tập sớm ngay khi còn nằm trong bệnh viện và luyện tập kéo dài với mục đích cải thiện tuần hoàn vành.
  + Luyện tập tăng dần về thời gian và mức độ: ví dụ tập đi bộ, đi xe đạp...
  + Tránh luyện tập sau bữa ăn.

+ Phải tự theo dõi mạch trong khi luyện tập: nếu thấy mạch tăng quá nhiều thì phải ngừng luyện tập.

- Hướng dẫn người bệnh thay đổi lối sống cho phù hợp với bệnh:

+ Loại bỏ tất cả các yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim: (xem phần yếu tố nguy cơ), ví dụ: bỏ thuốc lá, kiểm soát huyết áp, tránh stress...

+ Khuyên người bệnh ăn chậm rãi, ăn bữa nhỏ, nghỉ ngơi thỏa đáng sau ăn, tránh chất kích thích.

- Hướng dẫn người bệnh cách đối phó với cơn đau ngực:

+ Luôn mang theo nitroglycerin và ngậm ngay 1 viên dưới lưỡi khi có cơn đau ngực.

+ Đến khám thầy thuốc ngay nếu có 1 trong các biểu hiện như: cơn đau không hết khi ngậm thuốc, xuất hiện khó thở, mạch quá nhanh hoặc quá chậm...

6.4. Đánh giá chăm sóc

Người bệnh được đánh giá là tốt khi:

- Hết đau ngực.
- Cải thiện được tưới máu tổ chức.
- Hết khó thở.
- Tăng dần được hoạt động mà không mệt và không đau ngực.
- Hết lo lắng.
- Biết tự chăm sóc khi ra viện.

Phần 2: Chăm sóc bệnh nhân suy tim cấp

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy tim cấp được định nghĩa là tình trạng khởi phát nhanh chóng các triệu chứng và dấu hiệu do chức năng tim bất thường. Suy tim cấp có thể xảy ra bởi biểu hiện suy tim lần đầu tiên hoặc trên nền suy tim mạn, thường được gọi là suy tim cấp mất bù. Rối loạn chức năng tim có thể do rối loạn chức năng tâm thu hoặc tâm trương, rối loạn nhịp, hoặc sự thay đổi bù trừ không đầy đủ của giai đoạn tiền tải hoặc hậu tải. Suy tim cấp thường đe dọa tính mạng bệnh nhân và đòi hỏi điều trị khẩn cấp.

2. SINH BỆNH HỌC

Cơ chế sinh bệnh học của suy tim cấp là không đồng nhất, có nhiều cơ chế chồng chéo nhau. Sinh bệnh học của suy tim cấp là kết quả của sự tương tác giữa bệnh lý nền, cơ chế ban đầu và cơ chế khuếch đại. Bệnh lý nền dựa vào cấu trúc và chức năng tim, có thể là chức năng thất bình thường nhưng thay đổi đột ngột chức năng tim cấp tính như nhồi máu cơ tim hoặc viêm cơ tim cấp. Một số trường hợp khác không có tiền sử suy tim nhưng bệnh lý nền bất thường (rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng). Cuối cùng, hầu hết bệnh nhân suy tim cấp có nền tảng suy tim mạn còn bù và sau đó tiến triển mất bù. Phần lớn nguyên nhân bệnh lý nền là không thể hồi phục. Cơ

chế ban đầu thay đổi và tương tác với bệnh lý nền, có thể do tim hoặc ngoài tim. Tổn thương cơ tim (viêm cơ tim) ở bệnh nhân có cơ tim bình thường. Những yếu tố rối loạn trên bệnh nhân bệnh lý nền bất thường (rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng) như tăng huyết áp, rung nhĩ, thiếu máu cơ tim. Ở bệnh nhân suy tim mạn còn bù hoặc ổn định, những yếu tố như không tuân thủ điều trị hoặc chế độ ăn, sử dụng thuốc kháng viêm không steroid và nhiễm trùng sẽ gây ra suy tim mất bù. Cơ chế khuếch đại bao gồm hoạt hóa thần kinh - hormon, hóa chất trung gian viêm, tổn thương cơ tim tiến triển và suy giảm chức năng thận, góp phần thúc đẩy và làm xấu hơn bệnh cảnh suy tim cấp

3. NGUYÊN NHÂN

- Thiếu máu cơ tim:
    + HC vành cấp
    + Biến chứng cơ học sau NMCT
    + Nhồi máu thất phải
- Suy tuần hoàn
    + Nhiễm trùng huyết
    + Nhiễm độc giáp
    + Thiếu máu
    + Chèn ép tim
    + Thuyên tắc mạch phổi
- Bệnh cơ tim
    + Bệnh cơ tim hậu sản
    + Viêm cơ tim
- Suy tim mạn mất bù
    + Không tuân thủ điều trị
    + Quá tải dịch
    + Nhiễm trùng
    + Rối loạn chức năng thận
    + Hen phế quản, COPD
    + Ngộ độc: thuốc, rượu
- THA/RL nhịp
    + Tăng huyết áp
    + RL nhịp cấp tính

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Lâm sàng

Lâm sàng suy tim cấp thường biểu hiện dưới 1 trong 6 dạng sau:

- **Suy tim mạn nặng hơn hoặc mất bù**: (66%) ở bệnh nhân suy tim mạn đang điều trị diễn tiến nặng hơn và có bằng chứng sung huyết hệ thống và phổi.
- **Phù phổi cấp**: (17%) biểu hiện suy hô hấp nặng, thở nhanh và khó thở về đêm, kèm theo rales ở phổi và độ bão hòa oxy máu động mạch (SaO2) giảm.
- **Choáng tim:** (4%) có bằng chứng giảm tưới máu mô (HATT < 90 mmHg hoặc HATB giảm >30 mmHg và thiểu niệu hoặc vô niệu.
- **Suy tim phải đơn độc:** (3%) đặc trưng bởi hội chứng cung lượng tim thấp ở bệnh nhân không có sung huyết phổi với tăng áp lực tĩnh mạch cổ, gan to và áp lực đổ đầy thất trái giảm.
- **Hội chứng vành cấp và suy tim:** khoảng 15% bệnh nhân hội chứng vành cấp có triệu chứng và dấu hiệu suy tim. Bệnh cảnh suy tim cấp thường liên quan với tình trạng rối loạn nhịp (nhịp chậm, rung nhĩ, nhịp nhanh thất). Suy tim cấp được phân loại dựa trên triệu chứng và dấu hiệu của giảm tưới máu mô gồm mạch yếu, chi lạnh và tụt huyết áp và sung huyết phổi gồm khó thở khi nằm, tĩnh mạch cổ nổi, rale ở phổi, và phù.
- **Dấu hiệu và triệu chứng sung huyết phổi:** tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, tiếng rale ở phổi, gan to, báng bụng, phù.

4.2. Cận lâm sàng

- **Điện tâm đồ:** cung cấp thông tin quan trọng về tần số tim, nhịp tim, dẫn truyền và nguyên nhân thường gặp. Điện tâm đồ có thể cho thấy sự thay đổi đoạn ST gợi ý NMCT.
- **X- quang tim phổi:** chụp sớm (nếu có thể) ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện để đánh giá mức độ sung huyết phổi.
- **Khí máu động mạch:** giúp đánh giá tình trạng oxy, CO2 và pH, và nên xét nghiệm ở tất cả bệnh nhân suy hô hấp cấp nguy kịch.
- **Siêu âm tim:** là công cụ rất giá trị nhằm đánh giá những thay đổi về cấu trúc và chức năng của bệnh lý nền hoặc liên quan suy tim cấp.
- **Xét nghiệm khác:** gồm công thức máu, điện giải đồ, chức năng thận, glucose, albumin máu, men gan . . .

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Thở oxy và thông khí

- Chỉ định thở oxy càng sớm ở bệnh nhân giảm oxy máu nhằm đạt SaO2 ≥95% (>90% ở bệnh nhân COPD).
- Thông khí không xâm lấn với áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) nên được xem xét sớm ở bệnh nhân phù phổi cấp do tim và suy tim cấp do tăng huyết áp. Khởi đầu

PEEP từ 5-7,5 cmH2O, tăng lên đến 10 cmH2O và FiO2 ≥ 40 %. Thường chỉ định 30 phút/giờ cho đến khi cải thiện khó thở và độ bão hòa oxy máu. Thông khí không xâm lấn nên thận trọng ở bệnh nhân choáng tim và suy thất phải.

- Chỉ định đặt nội khí quản và thông khí cơ học phải hạn chế, cụ thể ở bệnh nhân không đảm bảo oxy với thở mask và thông khí không xâm lấn, và trường hợp tăng CO2 kèm theo suy hô hấp tăng lên hoặc kiệt sức.

5.2. Lợi tiểu quai

Chỉ định ở bệnh nhân sung huyết phổi và quá tải dịch. Quá liều lợi tiểu có thể gây giảm thể tích và hạ natri máu, và tăng nguy cơ tụt huyết áp.

5.3. Morphine

Chỉ định ở những bệnh nhân suy tim cấp nặng có kích động, khó thở, lo âu hoặc đau ngực. Liều 2,5 - 5 mg TM. Cần theo dõi tình trạng suy hô hấp. Morphin nên tránh ở bệnh nhân có tụt huyết áp, xuất huyết nội sọ, rối loạn ý thức, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giảm thông khí.

5.4. Thuốc dãn mạch

- Nitrate. Nitroglycerin và isosorbide dinitrate tác dụng chủ yếu dãn tĩnh mạch và dãn mạch vành và có tác dụng rất nhanh. Nitroglycerin truyền tĩnh mạch thường được dùng kết hợp với lợi tiểu nhằm cải thiện nhanh triệu chứng sung huyết phổi. Liều khởi đầu Nitroglycerin là 10- 20 µg/phút và tăng 5-10 µg/phút mỗi 3-5 phút, tối đa 200 µg/phút. Isosorbide dinitrate là 1mg/giờ, tăng lên 10 mg/giờ. Mục tiêu huyết áp tâm thu không thấp hơn 95 mmHg.

Tác dụng phụ: tụt huyết áp và nhức đầu.

- Nitroprusside Tác dụng dãn động mạch và tĩnh mạch, giảm hậu tải nên hiệu quả ở bệnh nhân suy tim cấp kèm tăng huyết áp. Liều khởi đầu 0,1-0,3 µg/kg/phút và tăng đến 5 µg/kg/phút. Tác dụng phụ gây tụt huyết áp.
- Nesiritide Tác dụng dãn động và tĩnh mạch. Thời gian bán hủy kéo dài hơn nitrate nên ít được sử dụng thường xuyên.

5.5. Thuốc tăng co bóp cơ tim

Chỉ định ở những bệnh nhân có tình trạng giảm cung lượng tim.

Dopamine: kích thích thụ thể β1 nên làm tăng co bóp cơ tim và có tác dụng gây co mạch.

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định chăm sóc

- Tình trạng khó thở của người bệnh, múc độ khó thở nhiều hay ít, thời gian kéo dài cơn khó thở?
- Khai thác các yếu tố thúc đẩy dẫn đến suy tim nặng thêm: ăn mặn, ngưng thuốc, căng thẳng thần kinh, lao lực...).

- Màu sắc da niêm: tím tái đâu móng tay, chân?
- Trạng thái tinh thần, tri giác: tỉnh, lơ mơ, hôn mê (đánh giá dựa vào thang điểm glasgow).
- Thể trạng mập hay gầy?
- Tình trạng phù: vị trí, mí mắt, mắt cá hay toàn thân? mức độ?
- Đánh giá lượng nước xuất nhập, chú ý lượng nước tiểu 24 giờ?
- Đo dấu hiệu sinh tồn chú ý mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.
- Thực hiện và tham khảo kết quả các xét nghiệm, cận lâm sàng: xét nghiệm máu, nước tiểu, x-quang, siêu âm tim, điện tâm đồ.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Giảm tưới máu tổ chức do giảm sức co bóp của tim.
- Giảm trao đổi khí do ứ huyết phổi.
- Thiếu hụt dinh dưỡng liên quan ăn ít/ mệt khó thở.
- Tăng tích tụ dịch trong cơ thể do ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Người bệnh thiếu kiến thức quản lý bệnh.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cải thiện được tưới máu tổ chức.
- Cải thiện được trao đổi khí ở phổi.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.
- Giảm được ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Giáo dục sức khỏe.

6.4. Thực hiện chăm sóc

6.4.1. Cải thiện tưới máu tổ chức

- Để người bệnh nằm nghỉ, tránh các hoạt động.
- Thực hiện y lệnh thuốc trợ tim, giãn mạch…
- Đánh giá đáp ứng của người bệnh với thuốc điều trị.
- Theo dõi huyết áp, tần số tim và tác dụng phụ của thuốc.

6.4.2. Cải thiện trao đổi khí ở phổi

- Để người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi.
- Đánh giá mức độ khó thở của người bệnh: thở nhanh, tím tái, co kéo cơ hô hấp phụ, SpO_2.
- Cho người bệnh nằm đầu cao, tư thế fowler hoặc ngồi dậy để thở.
- Cho người bệnh thở oxy ẩm, thở máy tùy tình trạng của bệnh nhân.
- Nếu người bệnh có cơn khó thở kịch phát về đêm thì ngay từ đầu tối khuyên người bệnh nằm ngủ ở tư thế nửa ngồi.
- Theo dõi nhịp thở, da niêm, tình trạng mệt, SpO_2, khí máu động mạch.

6.4.3. Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh

- Giai đoạn nặng bệnh nhân lơ mơ hoặc hôn mê không tự ăn uống được thì nuôi qua sond dạ dày theo chế độ ăn bệnh lý.

- Khi người bệnh phục hồi ăn được thì cung cấp cho người bệnh chế độ dinh dưỡng phù hợp đảm bảo nhu cầu của cơ thể nhưng không làm tăng gánh nặng cho tim: giảm calo, ăn ít một, thức ăn dễ hấp thu, giảm muối, nước.

- Cho người bệnh uống vào buổi sáng để tránh mất ngủ do tiểu đêm, theo dõi các biểu hiện của thiếu kali máu và khuyến khích người bệnh ăn các loại rau quả tươi chứa nhiều kali.

- Chế độ ăn hạn chế muối:

  + 1-2g NaCl/ngày khi có phù nhẹ.

  + Dưới 1g NaCl/ngày khi có phù nhiều hoặc tổn thương thận kết hợp.

  + Chỉ 0,3g NaCl/ngày khi suy tim cấp nặng.

6.4.4. Giảm ứ trệ tuần hoàn ngoại biên

- Hạn chế dịch và nước uống vào (lượng nước tiểu trong ngày+300ml).
- Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu, chú ý bù đủ kali.
- Theo dõi lượng nước xuất nhập hàng ngày, chú ý lượng nước tiểu / 24 giờ.
- Theo dõi tình trạng phù, cân nặng của bệnh nhân.

6.4.5. Giáo dục sức khoẻ

- Giáo dục cho người bệnh hiểu về suy tim cấp như các nguyên nhân, biểu hiện của suy tim cấp, các yếu tố làm tăng tình trạng bệnh.

- Loại bỏ tất cả các hoạt động gắng sức; tránh hoặc hạn chế đến mức tối đa các sang chấn.

- Thuyết phục người bệnh điều trị theo hướng dẫn của thầy thuốc, tái khám đúng hẹn.

- Thuyết phục người bệnh duy trì chế độ ăn hạn chế muối suốt đời; tránh các thức ăn như dưa, cà, hành muối và thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối như thịt hun khói, xúc xích...

- Nên chia làm nhiều bữa ăn nhỏ trong ngày, thức ăn dễ tiêu hóa và hấp thu. Không dùng các chất kích thích như thuốc lá, bia, rượu...

- Cần đến thầy thuốc khám ngay khi thấy xuất hiện một trong các dấu hiệu sau: khó thở nhiều, tăng cân đột ngột, ho kéo dài, đau ngực, thay đổi tần số tim từ 20lần/phút trở lên.

6.5. Đánh giá chăm sóc

Người bệnh được đánh giá là tốt khi:

- Các y lệnh về điều trị và chăm sóc được thực hiện đầy đủ, chính xác.

- Cải thiện tình trạng tưới máu: người bệnh đỡ mệt, tần số và nhịp tim về bình thường, lượng nước tiểu tăng...

- Cải thiện được trao đổi khí: hết khó thở, hết tím.
- Dấu hiệu sinh tồn ổn định dần dần trở về giới hạn bình thường.
- Đạt được cân bằng dịch, giảm ứ trệ tuần hoàn ngoại biên.
- Người bệnh tuân thủ điều trị, hiểu và thực hiện tốt lời khuyên về giáo dục sức khỏe.

Phần 3: Chăm sóc bệnh nhân viêm nội tâm mạc

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (hay viêm màng trong tim nhiễm khuẩn) là tình trạng viêm màng trong tim có loét và sùi với sự có mặt của vi khuẩn ở tổn thương, thường xảy ra (nhưng không bắt buộc) trên 1 màng trong tim đã có tổn thương bẩm sinh hoặc mắc phải từ trước.

Trước thời đại kháng sinh, đây là 1 bệnh thường dẫn đến tử vong. Ngày nay có kháng sinh, tỷ lệ tử vong có giảm nhưng vẫn là 1 bệnh nặng khó chữa.

2. NGUYÊN NHÂN.

2.1. Vi khuẩn gây bệnh.

- Đa số là do liên cầu khuẩn tan huyết nhóm A, B, C, G (nhạy cảm với penicillin), nhóm H, K, N (cần penicillin liều cao), riêng nhóm D ít nhạy cảm với penicillin ở liều thông thường.
- Các nguyên nhân khác:

+ Tụ cầu: hay gặp trong nhiễm khuẩn huyết sau nạo phá thai, các thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn, tiêm chích ma túy.
+ Não mô cầu, phế cầu, lậu cầu.
+ Các loại nấm: thường xảy ra trên cơ thể suy giảm miễn dịch.

2.2. Đường vào của vi khuẩn: thường là các đường sau

- Nhiễm khuẩn răng miệng: đặc biệt là nhiễm khuẩn huyết sau nhổ răng, lấy cao răng, có khi do xỉa răng bằng tăm.
- Nhiễm khuẩn ngoài da.
- Nhiễm khuẩn do 1 số thủ thuật không vô khuẩn: do nạo phá thai, đặt catheter, chạy thận nhân tạo, truyền máu... không đảm bảo vô khuẩn.
- Các nhiễm khuẩn khác ở đường tiêu hóa, tiết niệu đặc biệt là nhiễm khuẩn sau phẫu thuật hệ tiết niệu.
- Thời gian gần đây tỷ lệ viêm màng trong tim nhiễm khuẩn do tiêm chích ma túy tăng rõ rệt.
- Tuy nhiên cũng có trường hợp không tìm thấy đường vào của vi khuẩn.

2.3. Vai trò của bệnh tim có trước.

Nói chung bệnh thường xảy ra ở 1 bệnh nhân có tổn thương tim từ trước nhưng không phải là bắt buộc.

+ Sau thấp tim: chiếm 50 - 80% các trường hợp.
+ Sau 1 số bệnh tim bẩm sinh.
+ Sau phẫu thuật tim mạch.

3. TRIỆU CHỨNG.

3.1. Triệu chứng lâm sàng.

- Khởi phát:

+ Các triệu chứng khởi đầu thường đa dạng và không điển hình như: mệt mỏi, khó chịu, ăn không ngon, sút cân, sốt nhẹ.
+ Cũng có khi những biến chứng lại là biểu hiện đầu tiên của bệnh.

- Sốt:

+ Sốt là 1 triệu chứng quan trọng của bệnh. Triệu chứng này hay gặp nhưng hình thái và mức độ rất thay đổi.
+ Thường là sốt vừa, dao động, dai dẳng, cũng có khi sốt cao, rét run, vã mồ hôi.
+ Phải cấy máu khi đang sốt, rét run thì tỷ lệ dương tính mới cao.

- Kèm theo sốt là toàn trạng sa sút: xanh xao, kém ăn, nhức đầu, suy nhược, đau cơ khớp.

- Biểu hiện ở tim:

+ Thường thấy các bệnh van tim có sẵn từ trước như: hở van động mạch chủ, hẹp hai lá...
+ Các nốt sùi do viêm có thể bong ra gây thủng van tim, đứt dây chằng cột cơ gây tiếng thổi thực thể mới như: thổi tâm thu do hở hai lá, thổi tâm trương do hở van động mạch chủ...
+ thường có các biểu hiện của suy tim.

- Những biểu hiện ở da, niêm mạc, móng tay:

+ Giả chín mé: là những nốt màu đỏ tím, ở giữa có chấm trắng, thường có ở đầu ngón tay hay đầu ngón chân, đau nhiều, tự mất đi sau vài ngày không để lại dấu vết.
+ Xuất huyết dưới da và niêm mạc: các đốm xuất huyết ở da vùng chân, dưới đòn, dưới móng tay, niêm mạc miệng, thường xuất hiện từng đợt, mỗi đợt vài ngày.
+ Móng tay khum, ngón tay dùi trống: là dấu hiệu xuất hiện muộn.

- Lách to, đau khi sờ nắn.

- Có thể tìm thấy đường vào của tác nhân gây bệnh: ví dụ nhiễm khuẩn răng miệng, nhễm khuẩn da...

3.2. Cận lâm sàng.

- Xét nghiệm máu:

+ Cấy máu: nếu cấy máu dương tính cho phép khẳng định chẩn đoán và có giá trị hướng dẫn điều trị qua kháng sinh đồ. Tuy nhiên nếu cấy máu âm tính cũng không loại trừ bệnh.
+ Các xét nghiệm máu khác: tốc độ lắng máu tăng cao, thiếu máu: hồng cầu giảm, bạch cầu tăng.

- Siêu âm tim: có thể phát hiện được các cục sùi trên bề mặt van tim hoặc các tổn thương đứt dây chằng, cột cơ.

- XN nước tiểu:

+ Protein niệu thường dương tính do có viêm cầu thận bán cấp.
+ Thường có đái máu vi thể (phát hiện bằng xét nghiệm cặn Addis): vì đái máu không thường xuyên nên phải làm xét nghiệm nhiều lần.

4. BIẾN CHỨNG.

- Tắc mạch: do cục sùi rời khỏi vị trí lọt vào vòng đại tuần hoàn gây tắc mạch (nhồi máu) ở các tạng như gan, lách, thận, mạc treo ruột, não (áp xe não)...

- Suy tim không hồi phục: do bệnh tim sẵn có và do tổn thương thêm các van tim, dây chằng, cột cơ.

- Suy mòn: do bệnh nặng kéo dài, dùng nhiều kháng sinh, không ăn được.

5. ĐIỀU TRỊ.

5.1. Kháng sinh là thuốc điều trị cơ bản.

- Dùng kháng sinh sớm, dùng kháng sinh diệt khuẩn, dùng kiều cao kéo dài (4-6 tuần), phối hợp kháng sinh, chia đều liều trong ngày, nên dùng đường tiêm tĩnh mạch.

- Tốt nhất là dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

5.2. Điều trị khác.

- Điều trị suy tim.

- Chống loạn nhịp tim nếu có.

- Thay van tim trong trường hợp có chỉ định.

6. CHĂM SÓC.

6.1. Nhận định.

- Hỏi bệnh: chú ý:

+ Tiền sử bệnh tim mạch.
+ Chú ý tìm đường vào của vi khuẩn.

- Nhận định thực thể 1 cách đầy đủ và hệ thống để phát hiện triệu chứng và biến chứng của bệnh:

+ Toàn thân:
  - Sốt: chú ý đặc điểm của sốt, lập biểu đồ thân nhiệt.
  - Các biểu hiện của nhiễm trùng, nhiễm độc: môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi, mệt, chán ăn, sút cân.
+ Da và niêm mạc: nốt xuất huyết, giả chín mé...
+ Tim: các dấu hiệu của suy tim, các tổn thương van tim.
+ Hô hấp: có ho, khó thở? Nghe phổi.
+ Tiết niệu: đái máu?
+ Tiêu hóa: đau bụng đột ngột, lách to đau, mất nhu động ruột...?
+ Cơ xương khớp: sưng đau (bệnh có thể gây biến chứng viêm khớp).

- Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng và tham khảo kết quả:

+ Công thức máu: chú ý số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính.
+ Tốc độ lắng máu.
+ Cấy máu: phải cấy máu nhiều lần, lấy máu đúng thời điểm và bảo quản đúng kỹ thuật mới hy vọng cho kết quả dương tính.
+ Siêu âm tim.
+ Chụp X quang phổi.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc.

Từ các thông tin thu được trong phần nhận định có thể đưa ra các chẩn đoán chăm sóc sau:

- Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc do vi khuẩn gây bệnh: dựa vào:

+ Sốt, số lượng bạch cầu tăng, máu lắng tăng, cấy máu dương tính.
+ Môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi, mệt.

- Giảm tưới máu tổ chức do suy tim: Dựa vào các biểu hiện: mệt, tim nhanh hoặc loạn nhịp, HA tâm thu giảm, nước tiểu ít...

- Nguy cơ tắc mạch do cục sùi: tùy thuộc vị trí tắc mạch mà có biểu hiện khác nhau, thường xảy ra đột ngột.

- Không đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc:

- Dựa vào các biểu hiện: chán ăn, ăn không đủ số lượng và chất lượng, mệt, sút cân...

- Thiếu kiến thức phòng bệnh và phòng tái phát do chưa được tư vấn.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc.

Các mục tiêu cần đạt được là:

+ Người bệnh giảm tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.
+ Người bệnh sẽ cải thiện được tưới máu tổ chức.
+ Đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng cho người bệnh.
+ Người bệnh hiểu về bệnh và biết cách phòng bệnh.

6.4. Thực hiện chăm sóc.

- Cải thiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc:

+ Sử dụng kháng sinh theo y lệnh.
+ Dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh, giữ ấm cho người bệnh khi có rét run bằng cách đắp 1 chăn mỏng.
+ Bù nước điện giải theo y lệnh.
+ Theo dõi thân nhiệt 3 giờ/lần.
+ Thực hiện đầy đủ xét nghiệm công thức máu, cấy máu.

- Cải thiện tưới máu tổ chức: (xem thêm ở bài suy tim)

+ Cho người bệnh nằm nghỉ, tránh gắng sức.
+ Thực hiện y lệnh thuốc: trợ tim, lợi tiểu, giãn mạch. Chú ý theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

- Đề phòng biến chứng tắc mạch:

+ Theo dõi thường xuyên những biểu hiện bất thường ở các cơ quan như:
    - Hô hấp: nhịp thở, nghe phổi...
    - Bụng: có đau bụng không? khám gan, lách...
    - Tiết niệu: theo dõi nước tiểu.
    - Thần kinh: theo dõi ý thức, các dấu hiệu tổn thương thần kinh khu trú...
+ Khi thấy có biểu hiện bất thường phải báo cáo thầy thuốc ngay.

- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh:

+ Cho người bệnh ăn tăng đạm, vitamin, đủ calo.
+ Cho ăn thức ăn dễ tiêu, chia nhiều bữa nhỏ.
+ Thay đổi cách chế biến thức ăn tạo cho người bệnh ăn ngon miệng.
+ Cho người bệnh uống đủ nước, theo dõi lượng dịch vào ra và cân nặng hàng ngày của người bệnh.

- Giáo dục cho người bệnh cách phòng bệnh:

Khuyên người bệnh khi ra viện:

+ Cần đến khám ngay khi có dấu hiệu nhiễm trùng như: mệt, sốt, rét run...
+ Nếu có ổ nhiễm trùng dù là nhỏ như mụn nhọt trên da, viêm lợi, sâu răng... cần điều trị sớm.

+ Phải dùng thuốc kháng sinh dự phòng theo đơn thầy thuốc trước khi làm các thủ thuật xâm nhập ở vùng răng hàm mặt, tai mũi họng, chấn thương, sản khoa, ngoại khoa...
+ Thường xuyên vệ sinh răng miệng thật tốt.
+ Tránh tiếp xúc với người bệnh khác đang bị nhiễm trùng.

6.5. Đánh giá chăm sóc.

- Người bệnh đạt được kết quả:

+ Hết sốt.
+ Cải thiện được tưới máu tổ chức.
+ Không bị biến chứng tắc mạch.
+ Ăn được, tăng cân.
+ Hiểu về bệnh và biết phòng tái phát.

Phần IV: Chăm sóc bệnh nhân viêm màng ngoài tim

1. ĐẠI CƯƠNG

- Màng ngoài tim bình thường có 2 lớp:

+ Lớp trong: gồm 2 lá: lá thành dính liền với cơ tim, lá tạng dính liền với lớp ngoài. Giữa lá thành và lá tạng là khoang màng ngoài tim, trong chứa 1 ít dịch nhờn đủ để 2 lá trượt lên nhau 1 cách dễ dàng.
+ Lớp ngoài: là 1 bao xơ dày, dính liền với các cơ quan khác của trung thất nhờ các dây chằng.

- Khi màng ngoài tim bị viêm có thể có 3 hình thái:

+ Viêm khô: màng ngoài tim mất tính trơn nhẵn trở nên sần sùi, thô ráp.
+ Viêm tiết dịch: số lượng dịch màng ngoài tim có thể từ vài trăm đến hàng nghìn ml. Dịch có thể màu vàng chanh, dịch máu hoặc dịch mủ tùy nguyên nhân.
+ Viêm dày dính: màng ngoài tim trở nên rất dày, xơ hóa, dính chặt vào cơ tim, có khi vôi hóa bóp nghẹt cơ tim.

- Khi viêm màng ngoài tim tiết dịch nhiều hay dày dính màng ngoài tim sẽ làm hạn chế khả năng giãn ra của các buồng tim gây tình trạng thiểu năng tâm trương, máu tĩnh mạch từ ngoại vi trở về tim sẽ khó khăn làm áp lực tĩnh mạch ngoại biên tăng cao. Khi tim không giãn ra được thì khả năng co cũng giảm, làm lưu lượng tim giảm.

Do vậy, viêm tiết dịch và dày dính màng ngoài tim gây 2 hậu quả giống hệt trong suy tim: tăng áp lực tĩnh mạch ngoại biên và giảm lưu lượng tim. Do đó biểu hiện lâm sàng của viêm tiết dịch và dày dính màng ngoài tim rất giống suy tim mặc dù cơ tim có thể hoàn toàn bình thường.

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm màng ngoài tim có thể do các nguyên nhân sau:

- Viêm màng ngoài tim do nhiễm trùng: vi khuẩn, vi rút.
- Viêm màng ngoài tim do nguyên nhân khác:

+ Nhồi máu cơ tim cấp.
+ Tăng urê máu.
+ Ung thư: có thể tiên phát hoặc di căn từ nơi khác đến màng ngoài tim.
+ Áp xe vùng lân cận vỡ vào màng ngoài tim như: áp xe gan, áp xe phổi, áp xe thực quản...
+ Viêm màng ngoài tim do các bệnh miễn dịch: thấp tim, bệnh hệ thống.
+ Sau tổn thương tim: phẫu thuật màng ngoài tim, chấn thương tim...

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng.

Mô tả triệu chứng của viêm màng ngoài tim có tràn dịch:

- Triệu chứng toàn thân: thường không đặc hiệu, phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Có thể gặp các triệu chứng: sốt, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút cân...
- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau ngực: là triệu chứng thường gặp nhưng không phải lúc nào cũng có
    - Thường đau vùng trước tim hoặc sau xương ức, có thể lan ra sau lưng hoặc lên cổ.
    - Đau tăng khi thay đổi tư thế, khi hít sâu, khi ho.
    - Mức độ đau: có thể nhiều hoặc ít, đôi khi chỉ có cảm giác bị đè ép ở ngực trái.
+ Khó thở:
    - Thường khó thở nhanh nông, mức độ khó thở phụ thuộc vào mức độ tràn dịch.
    - Khi khối lượng dịch nhiều gây (hội chứng ép tim) thì bệnh nhân khó thở dữ dội.

- Triệu chứng thực thể:

+ Nhìn và sờ: không thấy mỏm tim đập hoặc đập rất yếu.
+ Gõ: diện đục của tim thường to ra.
+ Nghe tim: nhịp tim thường nhanh nhỏ, tiếng tim mờ hoặc rất khó nghe, có thể nghe được tiếng cọ màng ngoài tim.
+ Thay đổi huyết áp: huyết áp tâm thu thường thấp, huyết áp tâm trương bình thường hoặc tăng nhẹ, huyết áp hiệu số giảm (huyết áp kẹt).

+ Các dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại biên: phù 2 chi dưới, gan to, tĩnh mạch cổ nổi

3.2. Cận lâm sàng.

- X quang tim phổi: tim to.
- Siêu âm tim: thấy có hình ảnh tràn dịch màng ngoài tim.
- XN máu: tùy từng nguyên nhân mà kết quả XN máu khác nhau.
- Điện tim: có thể gặp rối loạn nhưng không đặc hiệu.
- Chọc dò màng ngoài tim: vừa để chẩn đoán xác định vừa để tìm nguyên nhân (lấy dịch xét nghiệm).

4. BIẾN CHỨNG.

Có 2 biến chứng đặc biệt cần chú ý vì có ý nghĩa quan trọng về phương pháp điều trị:

4.1. Hội chứng ép tim cấp.

- Là tình trạng thiểu năng tâm trương cấp do tràn dịch màng ngoài tim quá nhanh và nhiều gây giảm nhanh cung lượng tim và tăng cao áp lực tĩnh mạch ngoại biên.
- Biểu hiện:

+ Khó thở dữ dội, không nằm được.
+ Vẻ mặt hốt hoảng, da tái nhợt, vã mồ hôi.
+ Mạch quay rất nhanh, nhỏ khó bắt.
+ Huyết áp kẹt, nhỏ thậm chí không đo được.
+ Dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại biên: gan to, tĩnh mạch cổ nổi, áp lực tĩnh mạch tăng cao.

- Đây là tình trạng rất nặng đòi hỏi phải được cấp cứu kịp thời: chọc tháo dịch màng tim là 1 chỉ định tuyệt đối, là cách duy nhất để cứu sống bệnh nhân.

4.2. Viêm màng ngoài tim co thắt.

- Là tình trạng màng ngoài tim viêm dày, có khi nhiễm vôi, bóp nghẹt cơ tim làm giảm khả năng giãn ra của tim.
- Triệu chứng lâm sàng giống triệu chứng của suy tim phải: tĩnh mạch cổ nổi to, gan to, phù, huyết áp thấp do giảm cung lượng tim, môi tím.
- X quang: tim to, bờ rõ nét, có thể thấy hình ảnh vôi hóa.
- Siêu âm thấy màng ngoài tim dày.
- Điều trị: phẫu thuật bóc tách màng ngoài tim.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị triệu chứng.

- Giảm đau ngực: có thể dùng thuốc giảm đau như diclofenac, aspirin, thuốc an thần.
- Giảm ứ trệ tuần hoàn bằng cách chọc tháo dịch màng ngoài tim.
- Một số trường hợp cụ thể có thể dùng thuốc lợi tiểu.

5.2. Điều trị nguyên nhân.

Tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà có biện pháp điều trị khác nhau. Ví dụ viêm màng ngoài tim do vi khuẩn thì dùng kháng sinh.

5.3. Điều trị phẫu thuật.

Đối với viêm màng ngoài tim mạn tính co thắt: phẫu thuật bóc tách màng ngoài tim.

6. CHĂM SÓC.

6.1. Nhận định.

Việc nhận định nhằm phát hiện triệu chứng và phát hiện hội chứng ép tim cấp.

- Đau ngực: hỏi và quan sát xem đau có liên quan đến thay đổi tư thế và cử động lồng ngực không?
- Khó thở: quan sát mức độ, kiểu khó thở, đếm tần số thở.
- Tim mạch:

+ Bộc lộ lồng ngực quan sát xem mỏm tim có đập không? nghe tiếng tim có mờ không? có tiếng cọ không?
+ Bắt mạch, đếm tần số mạch và nhận xét.
+ Các dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại biên: quan sát tĩnh mạch cổ, khám gan.

- Chú ý phát hiện hội chứng ép tim cấp: nếu bệnh nhân viêm màng ngoài tim có khó thở dữ dội và có triệu chứng sốc phải nghĩ ngay đến hội chứng ép tim và kịp thời báo cáo thầy thuốc.
- Tham khảo bệnh án và kết quả các xét nghiệm.

6.2. Chẩn đoán chăm sóc.

- Từ các thông tin thu được qua nhận định có thể đưa ra 1 số chẩn đoán chăm sóc sau:

+ Đau ngực.
+ Khó thở.
+ Lo lắng về bệnh.
+ Không đảm bảo dinh dưỡng.
+ Không đảm bảo vệ sinh.
+ Chưa hiểu biết về bệnh, chưa biết cách tự chăm sóc.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc.

- Các mục tiêu cần đạt được là:

+ Giảm đau ngực.
+ Giảm khó thở.
+ Giảm lo lắng.
+ Đảm bảo dinh dưỡng.
+ Đảm bảo vệ sinh.
+ Bệnh nhân hiểu biết về bệnh

6.4. Thực hiện chăm sóc.

- Giảm đau ngực:

+ Cho bệnh nhân nằm đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi: ở tư thế này bệnh nhân sẽ dễ dàng thay đổi tư thế, dễ chịu và đỡ đau.
+ Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau.

- Giảm khó thở:

+ Khi cho bệnh nhân nằm đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi như đã nói trên thì cơ hoành không bị đẩy lên cao, phổi không bị đè ép sẽ làm cho bệnh nhân đỡ khó thở.
+ Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu nếu có.
+ Nếu bệnh nhân khó thở dữ dội do hội chứng ép tim thì biện pháp hiệu quả nhất mà người điều dưỡng có thể làm để giúp bệnh nhân bớt khó thở là: chuẩn bị dụng cụ phụ giúp bác sĩ chọc tháo dịch màng tim cho bệnh nhân.

- Giảm lo lắng: động viên bệnh nhân.
- Đảm bảo dinh dưỡng.

+ Cho ăn thức ăn dễ tiêu, đủ chất, nên ăn nhạt.
+ Khuyên bệnh nhân nên hạn chế nước uống: dựa vào khối lượng nước tiểu để bù nước cho bệnh nhân.

- Đảm bảo vệ sinh:

Viêm màng ngoài tim là bệnh phải điều trị lâu trong bệnh viện, bệnh nhân lại đau, mệt... nên cần chú ý đảm bảo vệ sinh cho bệnh nhân hàng ngày.

- Làm cho bệnh nhân hiểu biết về bệnh tật: giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và người nhà.

6.5. Đánh giá.

- Người bệnh cần đạt được:

+ Hết đau ngực.
+ Hết khó thở.
+ Hết lo lắng.
+ Đảm bảo dinh dưỡng và đảm bảo vệ sinh.
+ Bênh nhân và người nhà hiểu biết về bệnh, biết cách chăm sóc.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên nhân thường gặp viêm màng ngoài tim:

A. Nhiễm khuẩn lao

B. Hút đờm không vô khuẩn

C. Chấn thương lồng ngực

D. Suy tim mạn

Câu 2. Bệnh nhân viêm màng ngoài tim co thắt có biểu hiện sau:

A. Tĩnh mạch cổ nổi to, gan to chắc, phù, cổ trướng

B. Bệnh nhân khó thở dữ dội, không nằm được

C. Vẻ mặt hốt hoảng, da tái nhợt, vã mồ hôi lạnh

D. Huyết áp kẹp, tụt, thậm chí không đo được

Câu 3: Các biểu hiện của hội chứng chèn ép tim cấp ở bệnh nhân viêm màng ngoài tim là:

A. Mạch quay rất nhanh, nhỏ, khó bắt

B. Xquang: Tim to ít hoặc không, có bờ rõ nét

C. Điện tâm đồ: Có hình ảnh viêm màng ngoài tim mạn tính

D. Tĩnh mạch cổ nổi to, gan to chắc, phù, cổ trướng

Câu 4: Viêm màng ngoài tim do các nguyên nhân không nhiễm khuẩn sau, ngoại trừ:

A. Viêm khớp dạng thấp

B. Hội chứng tăng u rê máu

C. Ung thư

D. Áp xe gan vỡ

Câu 5. Bệnh nhân khó thở dữ dội do hội chứng chèn ép tim cấp, biện pháp hiệu quả nhất để giúp bệnh nhân bớt khó thở là:

A. Cho bệnh nhân thở oxy

B. Cho bệnh nhân nằm đầu cao

C. Dùng thuốc trợ tim cho bệnh nhân

D. Chọc tháo dịch màng tim cho bệnh nhân

Câu 6. Vi khuẩn gây viêm nội tâm mạc thường gặp là:

A. Tụ cầu khuẩn

B. Lin cầu khuẩn β tan mu nhĩm A

C. Phế cầu khuẩn

D. No mơ cầu

Câu 7. Viêm nội tâm mạc có thể đưa đến biến chứng nào sau đây, ngoại trừ?

A. Tắc mạch

B. Đau thắt ngực

C. Suy tim cấp

D. Hội chứng chn p tim cấp

Câu 8. Cấu trúc nào của tim dễ tổn thương nhất ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn ?

A. Van 2 l

B. Van 3 l

C. Van động mạch phổi

D. Van động mạch chủ

Câu 9: Chẩn đoán điều dưỡng có thể ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc, ngoại trừ:

A. Chán ăn do nhiễm trùng

B. Nguy cơ bội nhiễm phổi do nằm lâu

C. Đau ngực do xuất huyết phổi

D. Tăng thân nhiệt do nhiễm trùng

Câu 10: Lượng nước cần cung cấp cho bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn hằng ngày:

A. Lượng nước tiểu 24h của bệnh nhn – 500ml

B. Lượng nước tiểu 24h của bệnh nhân + 300 ml

C. Lượng nước tiểu 24h của bệnh nhân – 300 ml

D. Lượng nước tiểu 24h của bệnh nhân + 500ml

Câu 11. Nguyên nhân thường gặp trong nhồi máu cơ tim là?

A. Viêm động mạch vành. B. Xơ vữa động mạch vành

C. Hẹp động mạch vành D. Tăng huyết áp

Câu 12. Yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim, ngoại trừ:

A. Suy thận cấp B. Béo phì C. Stress tinh thần D. Hút thuốc lá

Câu 13. Yếu tố nào là nguy cơ trong bệnh nhồi máu cơ tim:

A. Suy thận mạn B. COPD C. Đái tháo đường D. Xơ gan

Câu 14. Xét nghiệm nào có giá trị nhất để theo di bệnh nhồi máu cơ tim:

A. Công thức bạch cầu B. HbA1C C. Troponin I D. Creatinin

Câu 15. Thuốc nào có tác dụng làm giảm cơn đau ngực do nhồi máu cơ tim?

A. Morphin B. Propranolon C. Nitroglycerin D. Enalapril

Câu 16. Nguyên nhân nào xảy ra cấp tính của suy tim cấp ?

A. Thiếu máu B. Cường giáp

C. Nhồi máu cơ tim D. Thuyên tắc mạch phổi

Câu 17. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán suy tim cấp là:

A. Mạch nhanh, huyết áp tụt. suy hô hấp B. Tiểu ít, vô niệu

C. Ho và khạc đàm D. Co giật, hôn mê

Câu 18. Xét nghiệm nào có giá trị trong chẩn đoán suy tim cấp?

A. Ion đồ
B. Chụp CT - Scanner
C. Siêu âm tim
D. Chụp X quang ngực

Câu 19. Nội dung chăm sóc nào đây cải thiện tưới máu tổ chức cho người bệnh suy tim cấp?

A. Thực hiện y lệnh thuốc trợ tim, giãn mạch
B. Để người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi
C. Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu
D. Nuôi qua sond dạ dày đối với người bệnh lơ mơ hoặc hôn mê

Câu 20. Nội dung chăm sóc nào đây cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh suy tim cấp?

A. Thực hiện y lệnh thuốc trợ tim, giãn mạch
B. Để người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi
C. Thực hiện y lệnh thuốc lợi tiểu
D. Nuôi qua sond dạ dày đối với người bệnh lơ mơ hoặc hôn mê

Bài 3: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HỒI SỨC HỆ HÔ HẤP

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của các bệnh hồi sức hệ hô hấp.

1.2. Trình bày được triệu chứng, hướng điều trị các bệnh hồi sức hệ hô hấp.

2. Kỹ năng

2.1. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy hô hấp cấp

2.2. Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân ho ra máu

3. Thái độ

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

NỘI DUNG

Phần I : SUY HÔ HẤP CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG SUY HÔ HẤP CẤP

Suy hô hấp cấp được định nghĩa là một tình trạng suy giảm đáng kể khả năng trao đổi khí của hệ hô hấp xuất hiện cấp tính, biểu hiện bằng sự giảm oxy máu và hoặc tăng CO_2 máu.

- **Suy hô hấp tăng thán** xảy ra khi ứ đọng cấp tính CO_2 **($PaCO_2$ > 45-55 mmHg)** và gây toan hô hấp **(pH< 7,35).**

- **Suy hô hấp giảm oxy mô** xảy ra khi suy giảm trầm trọng sự trao đổi khí bình thường gây giảm oxy máu: PaO_2 < 60mmHg hoặc SaO_2 < 90%.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Suy hô hấp giảm oxy mô: Do một trong những nguyên nhân sau:

- Có hiện tượng nối tắt (shunt). Nối tắt: khi lưu lượng máu mao mạch phế nang tương đối lớn hơn thông khí phế nang (tỷ số V/Q <1) thì lưu lượng máu vượt quá mức đó không tham gia vào quá trình trao đổi khí gọi là nối tắt trong phổi
- Bất tương hợp thông khí- tưới máu
- Oxy trong khí hít vào thấp
- Giảm thông khí phế nang
- Suy giảm khuếch tán
- Oxy trong máu tĩnh mạch trộn thấp

2.2. Suy hô hấp tăng thán

Thường do một trong ba quá trình sau:

- Tăng sản xuất CO_2 (toan hô hấp): do tăng chuyển hóa: sốt, nhiễm khuẩn, động kinh hoặc tăng cung cấp quá mức carbohydrate cho bệnh nhân có sẵn bệnh phổi.
- Tăng khoảng chết không khí: do hen, COPD, xơ phổi...

- Giảm thông khí phổi: do tổn thương cột sống, bệnh lý thần kinh ngoại biên, viêm đa cơ, quá liều thuốc...

2.3. Suy hô hấp hỗn hợp: vừa suy hô hấp máu vừa suy thông khí. Bệnh lý hô hấp, bệnh lý thành ngực: teo cơ, viêm da/cơ, vết thương thành ngực.

Bảng 1. Phân loại suy hô hấp dựa vào khí máu

Loại	**PaO_2**	**$PaCO_2$**	**$P(A\text{-}a)O_2$**
Suy hô hấp máu	↓	↓ hoặc ↑	↑
Suy thông khí	↓	↑	Bình thường
Kết hợp	↓	↑	↑

Bảng 2. Tóm tắt phân loại suy hô hấp

Đặc điểm	**Suy hô hấp máu**	**Suy thông khí**	**Kết hợp**
Nguyên nhân	(1). Có hiện tượng nối tắt. (2). Bất tương hợp thông khí- tưới máu (3). Oxy khí hít vào thấp (4) ↓ thông khí phế nang (5) Suy ↓ khuếch tán (6) Oxy trong máu tĩnh mạch trộn ↓	(1) Tăng sản xuất CO_2 (2) ↑ khoảng chết ko khí (3) Giảm thông khí phút	Bệnh lý hô hấp, bệnh lý thành ngực: (1) Teo cơ, viêm da/cơ (2) Vết thương thành ngực
PaO_2	↓	↓	↓
$PaCO_2$	↓ hoặc ↑	↑	↑
$P(A\text{-}a)O_2$	↑	Bình thường	↑

3. KHÁM, ĐÁNH GIÁ SUY HÔ HẤP CẤP

Phụ thuộc nguyên nhân và diễn biến lâm sàng

Hỏi tiền sử và khám

- ABG có vai trò quan trọng
    + Đánh giá thay đổi của CO_2 và acid base
    + Co-oximetry
- X-Quang ngực
- Siêu âm
- CT có hoặc không tiêm thuốc cản quang

4. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

4.1. Giảm oxy

- Cung cấp oxy

• Kính mũi, hệ thống dòng cao, không xâm nhập, thở máy

4.2. Tăng thán

- Tăng không khí phổi (tidal volume và/hoặc tần số thở)

• Giảm an thần, không xâm nhập, thở máy

4.3. Chỉ định đặt nội khí quản

- Tăng thán tiến triển mặc dù đã được xử trí

+ Giảm an thần

+ Thông khí hai mức áp lực

- Giảm oxy mặc dù đã được xử trí

+ Lợi tiểu

+ Kháng sinh

+ Long đờm

+ Thông khí CPAP/bilevel

- Tăng công thở

4.4. Thông khí không xâm nhập

- Đợt cấp COPD
- Phù phổi do tim
- Suy hô hấp cấp giam oxy máu (PNA vv)
- Cai máy/rút ống thất bại trong: COPD, đợt cấp hen phế quản, bệnh thần kinh cơ

5. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP

5.1. Nhận định

- Tri giác thay đổi
- Dấu hiệu của thiếu oxy và tăng thán khí: tím, thay đổi tri giác…
- Dùng cơ hô hấp phụ và mức độ tăng công thở
- Định hướng nguyên nhân, các XN cần thiết và khả năng can thiệp cấp cứu: co thắt phế quản, nghẹt đàm, tổn thương phổi, TKMP…
- Bệnh nhân lo lắng.

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Tắc nghẽn đường thở liên quan đến co thắt khí phế quản, liên quan đến đàm nhớt.
- Trao đổi khí kém liên quan đến tổn thương phổi hoặc xẹp phế nang.
- Rối loạn tri giác liên quan đến giảm oxy máu.
- Lo lắng liên quan đến thiếu hiểu biết về bệnh
- Nguy cơ xảy ra biến chứng liên quan các can thiệp và lây lan môi trường bệnh viện

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm tắc nghẽn đường thở
- Cải thiện oxy và thông khí
- Giảm lo lắng
- Phòng và phát hiện kịp thời biến chứng

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5. 4.1. Giảm tắc nghẽn đường thở

- Đặt BN ở tư thế thích hợp cho dễ chịu và đỡ khó thở: nằm đầu cao hay ngồi để thở
- Thở oxy: tùy theo mức độ và tình trạng lâm sàng cho BN thở oxy qua canula mũi, mask.
- Hỗ trợ hô hấp trong trường hợp SHH nặng hay nguy kịch: bóp bóng, đặt NKQ, thở máy...
- Điều trị nguyên nhân: thuốc giãn phế quản, lợi tiểu, dẫn lưu màng phổi…

5.4.2. Cải thiện oxy và thông khí

- Đường thở thông thoáng: nằm ưỡn cổ, đặt mayor nếu BN tụt lưỡi, ho khạc kém
- Hút hầu họng nếu có dịch, đàm
- Lấy dị vật trong họng, làm nghiệm pháp Heimlich
- Thở oxy để kiểm soát $PaO_2 > 60$ mmHg; SpO_2 và $SaO_2 > 92 – 95\%$
- Thông khí nhân tạo nếu tình trạng thiếu oxy không cải thiện:
- Cải thiện thông khí: dùng thuốc giãn phế quản: vỗ rung hút đàm, hướng dẫn BN hít sâu, thở chậm…
- Điều trị nguyên nhân gây SHH càng sớm càng tốt giúp BN thoát khỏi tình trạng SHH nhanh chóng và tăng cơ hội sống. Điều trị đặc hiệu và triệt để khác nhau tùy vào nguyên nhân:

  + Khó thở thanh quản do viêm phù nề: kháng sinh, corticoid, adrenalin xịt họng…

  + Phù phổi huyết động: lợi tiểu, morphin, nitrat ngậm dưới lưỡi hoặc truyền TM…

  + Cơn hen phế quản: thuốc dãn phế quản phun khi dung hoặc truyền TM, corticoid…

5.4.3. Giảm lo lắng

- Môi trường yên tĩnh, thái độ quan tâm giúp BN bình tĩnh và tránh lo lắng
- Thường xuyên có mặt của nhân viên y tế với những lời động viên, giải thích ngắn gọn, rõ ràng giúp BN đỡ hoảng sợ
- Sử dụng thuốc an thần liều thấp giúp giảm lo lắng

- Hạ sốt và giảm đau cũng giúp BN đỡ lo lắng, kích thích, vật vã.

5.4.4. Phòng và xử trí các biến chứng

- Hít sặc: cho BN nằm đầu cao, nghiêng, hút dịch dạ dày, kiểm tra và bơm bóng chèn NKQ

- Biến chứng liên quan thuốc an thần: sử dụng liều thấp, vừa đủ tránh tụt HA, truyền đủ dịch, bóp bóng hỗ trợ nếu BN thở chậm, nông

- Biến chứng liên quan thở máy: tránh tụt HA do thở máy bằng cách thông khí vừa phải, truyền dịch, thuốc vận mạch để kiểm soát HA

- Dự phòng: duy trì nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa và dùng thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày.

5. 5. Đánh giá

- Hô hấp hiệu quả
- Không xuất hiện biên chứng
- Giảm lo lắng

Phần 2: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HO RA MÁU

1. ĐỊNH NGHĨA

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

Tình trạng ho ra máu xuất phát từ phổi hoặc cây khí - phế quản gây nên hiện tượng ho đàm ra máu. Ho máu không phải là những trường hợp nôn ra máu từ đường tiêu hóa hay khạc ra máu do bệnh lý về mũi xoang hay hầu họng. Ho ra máu không phải là một căn bệnh mà nó là triệu chứng có thể gặp ở nhiều bệnh khác.

2. CƠ CHẾ HO RA MÁU

Do dập vỡ động mạch hệ thống quá phát triển, đây là nguyên nhân hay gặp nhất của ho ra máu, có thể dẫn đến ho ra máu mức độ nặng nhẹ khác nhau. Cơ chế này gặp trong u phế quản, do tuần hoàn tăng tưới máu, tổn thương phá hủy, viêm và xơ, trong mưng mủ phổi mãn tính, đặc biệt trong giãn phế quản. Sự tăng tưới máu này phát triển từ động mạch phế quản.

Dập vỡ các động mạch phổi lớn ở trong phế quản, dẫn đến chảy máu ồ ạt, kịch phát (chẳng hạn một động mạch phổi bị ung thư, hoặc dập vỡ do chấn thương hay do thương tích phổi, vỡ phình động mạch).

Ho ra máu nguồn gốc từ tuần hoàn phổi , do áp lực tăng ở chỗ nối tĩnh mạch phổi với mạch máu phế quản ở đoạn dừng lại Vonhayeck. Cơ chế này gặp trong phù phổi huyết động, nhồi huyết phổi. Nguồn gốc từ tuần hoàn phổi càng nặng khi có cao áp tĩnh mạch phổi.

Còn do chảy máu trong phế nang do tổn thương màng phế nang, mao mạch. Trường hợp này gặp trong Lupud ban đỏ rải rác.

Do rối loạn đông máu ở các bệnh nội khoa như bệnh bạch cầu, suy tủy, thiếu máu, do sử dụng thuốc chống đông kéo dài,...

3. NGUYÊN NHÂN

Ho ra máu là triệu chứng của nhiều nguyên nhân thường gặp trên lâm sàng là:

3.1. Tổn thương phổi phế quản

- Lao phổi: ho ra máu trong lao phổi có phá hủy hang hoặc lao xơ hang, hoặc di chứng của lao phổi. Ho ra máu do lao thường có đuôi khái huyết.
- Ung thư phế quản: ho ra máu là triệu chứng thường gặp. Bệnh nhân ho ra máu thường với số lượng ít, thường có màu mận chín hoặc máu lẫn đàm.
- Giãn phế quản: trong giãn phế quản thể khô, bệnh nhân ho ra máu tái diễn kéo dài nhiều năm, những lần sau thường kéo dài nhiều hơn lần trước.
- Do nhiễm khuẩn phổi, phế quản: abces phổi hay gặp ho ra máu nặng, ngoài ra còn gặp ho ra máu trong viêm phổi hoại tử, viêm phế quản xuất huyết.

3.2. Nguyên nhân tim mạch

Ho ra máu thường gặp trong bệnh hẹp khít van 2 lá, suy tim trái, cao áp động mạch phổi, nhồi máu phổi.

3.3. Các nguyên nhân khác

Ho ra máu ở bệnh máu, chấn thương ngực do sức ép, sóng nổ; sốt xuất huyết. Ngoài ra còn có tỉ lệ ho ra máu không rõ căn nguyên.

4. PHÂN LOẠI HO RA MÁU

- Ho ra máu nhẹ: tổng lượng máu ho ra dưới 50ml/24 giờ.
- Ho ra máu vừa: tổng lượng máu ho ra từ 50ml đến dưới 200ml/24 giờ.
- Ho ra máu nặng: tổng lượng máu ho ra từ 200ml trở lên/24 giờ.

5. LÂM SÀNG

5.1. Triệu chứng lâm sàng

Ho ra máu là một trong những triệu chứng của nhiều nguyên nhân gây ho ra máu, nhưng trên lâm sàng của ho ra máu có nhiều điểm giống nhau trong mọi trường hợp.

Ho ra máu thường xảy ra đột ngột, ho ra máu tươi khi gắng sức ho, thường có bọt màu hồng hoặc đỏ tươi.

Trước khi ho có thể xuất hiện các triệu chứng báo trước như cảm giác đau ngực, nóng rát sau xương ức, vùng ngực như có vật gì đè lên, ngứa cổ họng, có vị tanh của máu ở họng và miệng,...

- Khi cơn ho bắt đầu xuất hiện khiến cho người bệnh khạc và trào ộc máu từ đường hô hấp dưới ra bên ngoài.

- Ho ra máu tươi, ho ra đàm có máu.

- Có thể ho đàm ra máu nếu từ thực quản, máu có thể ra trong khi ho hoặc sau cơn ho. Trong máu có các bọt, bóng khí, không kèm lẫn với thức ăn.

- Dễ thấy nhất là triệu chứng ho khạc ra máu, ho ra máu vào buổi sáng.

5.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, nhóm máu

- Sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin, Ion đồ

- Chụp x quang lồng ngực, CT scanner ngực có cản quang,...

5.3. Chẩn đoán phân biệt

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

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

6. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

6.1. An thần: thuốc ngủ và an thần tác dụng trấn tĩnh và giảm phản xạ ho, rất cần trong cấp cứu khái huyết.

- Thuốc nhóm Bacbituric (Gardenal 0,1g 2viên), hoặc dùng Diazepam 10 mg 1ống tiêm bắp thịt (hoặc uống viên 5 mg 1 - 2 viên/24giờ).

Nếu ho ra máu nặng, cho dùng Cocktailytic (Gardenal + Aminazin + Pipolphen) liều nhỏ, 4 giờ tiêm 1 lần trong ngày.

Chú ý: không nên dùng quá nhiều và kéo dài các thuốc ngủ và an thần, nhất là thuốc gây ức chế phản xạ ho và ức chế trung tâm hô hấp, có thể gây xẹp phổi và suy hô hấp do bít cục máu đông trong lòng phế quản.

6.2. Cầm máu

- Thuốc tác động đến quá trình đông máu: Homocaprol, transamin, vitamin K

- Thuốc đông y: cỏ nhọ nồi, huyết dư thán, hoa hòe, Trắc bách diệp, tam thất nam sao đen...có tác dụng cầm máu nhẹ.

6.3. Giảm ho

Sinecod hoặc Paxeladine 3 viên mỗi ngày. Hoặc uống Tecpin - Codein 4viên/ngày

6.4. Chống suy hô hấp và trụy tim mạch

Hút đàm và máu cục qua ống soi phế quản khi cần thiết. Thở Oxy, trợ tim mạch (Spartein, Coramin, hoặc Uabain) khi cần có thể dặt nội khí quản thở máy.

6.5. Phòng chống bội nhiễm

Dùng kháng sinh tiêm hoặc uống.

6.6. Điều trị nguyên nhân

Ho ra máu do lao dùng phác đồ chống lao. Còn các nguyên khác tùy theo bệnh mà điều trị.

6.7. Truyền máu

Chỉ định khi:

- Hồng cầu 2.000.000/mm^3 máu.
- Huyết sác tố < 60g/l.
- Hematocrit < 30% hoặc khi ho ra máu nặng mà điều trị thông thường không hiệu quả.

6.8. Các biện pháp khác

- Phẫu thuật cấp cứu khi chảy máu ồ ạt, điều trị nội khoa không kết quả. Thường cắt phân thùy hoặc thùy phổi có hang gây chảy máu.

7. CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

7.1.1. Hỏi

- Lý do vào viện?
- Tiền sử bệnh lý (lao phổi, giãn phế quản, ung thư phổi,…)?
- Tiền sử có ho ra máu không?
- Số lần? Số lượng? Màu sắc? Tính chất của máu ho ra?
- Có các dấu hiệu báo trước khi ho ra máu như: đau ngực không? Cảm giác khó chịu, bứt rứt, cảm thấy nóng ra sau xương ức, cổ họng bị ngứa rát,…?

7.1.2. Khám

- Quan sát toàn trạng: thể trạng chung, tình trạng tinh thần?
- Dấu hiệu sinh tồn?
- Quan sát da, niêm mạc, móng tay, móng chân?
- Mức độ ho?
- Tình trạng hiện tại còn ho ra máu không?
- Số lượng? Màu sắc? Tính chất máu ho ra?
- Xem bệnh án để biết chẩn đoán, chỉ định thuốc, yêu cầu xét nghiệm và các chỉ định khác để lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.

7.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm ho ra máu.
- Bồi hoàn lượng máu mất.
- Lưu thông đường thở, tăng cường trao đổ khí.
- Giảm lo lắng.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan - nuôi dưỡng.
- Cung cấp kiến thức cho bệnh nhân, thân nhân biết cách chăm sóc và phòng bệnh

7.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Giảm ho ra máu

- Đặt bệnh nhân nằm bất động ở tư thế Fowler. Nếu ho ra máu nặng cần đặt bệnh nhân nằm đầu thấp và nghiêng về phía nghi có tổn thương.
- Giảm kích thích gây ho.
- Lập ngay đường truyền tĩnh mạch.
- Thực hiện y lệnh:
  + Thuốc cầm máu: tùy theo mức độ ho ra máu.
  + Thuốc ho
  + Thuốc an thần
  + Lấy máu xét nghiệm: Hematocrit, hồng cầu, Hemoglobin nhóm máu, nhóm Rh^+, Ure, Creatinin, chụp x quang lồng ngực tại giường,…
- Theo dõi sát quá trình ho ra máu, báo bác sỹ để xử trí kịp thời.
- Chuẩn bị ống nhổ có vạch đo số lượng, đặt tại giường cho bệnh nhân.
- Tổng số lượng máu ho trong 24 giờ.
- Cần xác định nguyên nhân gây ra ho ra máu để trị triệt để.

7.3.2. Bồi hoàn lượng máu mất

- Kiểm tra trước khi truyền máu: làm phản ứng hòa hợp, phản ứng sinh vật tại giường.
- Truyền máu theo lượng máu mất, trung bình 250 - 750ml. Tùy trường hợp. Nên ưu tiên truyền hồng cầu lắng.
- Đảm bảo truyền máu đúng tốc độ theo y lệnh.
- Theo dõi tình trạng da niêm
- Theo dõi mạch, huyết áp, thời gian tùy vào mức độ mất máu.
- Xét nghiệm hồng cầu, Hematocrit sau khi truyền máu.

7.3.3. Lưu thông đường thở, tăng cường trao đổ khí

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên. Đề phòng hít phải máu ho ra.
- Hút đàm máu trong trường hợp có tắc nghẽn cục máu đông.
- Cho bệnh nhân thở oxy, nếu có suy hô hấp.
- Theo dõi tần số thở, kiểu thở, tình trạng khạc ra máu, ho ra máu.

7.3.4. Giảm lo lắng cho người bệnh và thân thân người bệnh

- Điều dưỡng thường xuyên bên cạnh người bệnh, động viên bệnh nhân an tâm, tránh hỏi và thăm khám nhiều.
- Phòng bệnh phải thoáng và yên tĩnh.
- Thực hiện thuốc an thần nếu có y lệnh.

7.3.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan - nuôi dưỡng

- Chế độ dinh dưỡng:

+ Tăng đạm, vitamin.

+ Cho ăn lỏng (sữa, súp), nữa lỏng (cháo).

+ Uống các đồ uống mát, lạnh.

+ Tuyệt đối không ăn các thức ăn khó tiêu, không uống nước có cồn hoặc chất kích thích.

- Chế độ nghỉ ngơi: nằm nghỉ ngơi nơi yên tĩnh, tránh vận động, đi lại trong khi bệnh đang tiến triển. Cần tạo điều kiện cho giấc ngủ (đêm ngủ 7 - 8 giờ, trưa ngủ 1 - 2 giờ).

- Đảm bảo vệ sinh:

+ Vệ sinh răng miệng nhẹ nhàng sau khi ho ra máu.

+ Drap giường phải sạch sẽ, khô thoáng, nếu có dính máu phải thay ngay.

+ Thay quần áo, dùng khăn lau sạch cho bệnh nhân.

7.3.6. Cung cấp kiến thức cho bệnh nhân và thân nhân biết cách chăm sóc và phòng bệnh

- Bệnh nhân nên mang khẩu trang hoặc dùng khăn che miệng khi ho cho đến khi xét nghiệm đàm không có vi khuẩn lây nhiễm (lao phổi).

- Khạc nhổ đàm vào ống nhổ và có nắp đậy.

- Uống thuốc đúng theo y lệnh của bác sỹ.

- Tái khám định kỳ, hoặc phải khám ngay khi có những biểu hiện cảm giác khó chịu, bứt rứt, cảm thấy nóng ra sau xương ức, khò khè, cổ họng bị ngứa rát,…

- Tăng cường dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi và lao động hợp lý.

- Môi trường sống phải thông thoáng, không khói thuốc lá,…

7. 4. Lượng giá

- Bệnh nhân hết ho ra máu.

- Mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

- Hematocrit, hồng cầu, hemoglobin trong giới hạn bình thường.

- Da, niêm hồng hào.

- Bệnh nhân ăn được, ngủ được, không sụt cân./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Định nghĩa ho ra máu là:

A. Ho ra máu là tình trạng khạc ra máu
B. Ho ra máu tươi khi gắng sức ho
C. Thường có bọt màu hồng hoặc đỏ tươi
D. Câu A, B, C đều đúng

2. Nguyên nhân ho ra máu ở phổi thường gặp nhất là:

A. Lao phổi
B. Giãn phế quản
C. Ung thư phổi
D. Abces phổi

3. Đặc điểm của ho ra máu thường xảy ra:

A. Đột ngột
B. Từ từ
C. Từng cơn
D. Câu A, B, C đều sai

4. Các nguyên nhân ho ra máu do tim mạch, ngoại trừ:

A. Suy tim trái
B. Suy tim phải
C. Cao áp động mạch phổi
D. Nhồi máu phổi

5. Triệu chứng báo trước, trước khi ho ra máu là:

A. Cảm giác khó chịu, bứt rứt
B. Cảm thấy nóng ra sau xương ức
C. Cổ họng bị ngứa rát
D. Câu A, B, C đều đúng

6. Định nghĩa suy hô hấp do tăng thán khí:

A. $PaCO_2$ > 45-55 mmHg
B. $PaCO_2$ > 45-55 mmHg và pH < 7, 35
C. $PaCO_2$ > 45-55 mmHg và pH < 7, 25
D. $PaCO_2$ > 45-55 mmHg và PaO_2 < 60mmHg

7. Nguyên nhân thường gặp gây suy giảm hô hấp giảm oxy mô, Ngoại trừ:

A. Shunt trong phổi
B. Giảm thông khí phế nang
C. Giảm oxy trong máu tĩnh mạch
D. Bất tương hợp thông khí tưới máu

8. Tổn thương phổi cấp gây giảm oxy máu do:

A. Có hiện tượng nối tắt
B. Bất tương hợp thông khí tưới máu
C. Giảm thông khí phế nang
D. Suy giảm khuếch tán

9. Khi cho bệnh nhân thở oxy 10L/phút qua mặt nạ FiO_2 dự tính là:

A. 30 %
B. 40 %
C. 60 %
D. 80 %

Bài 4: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN CẤP

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

1.1 Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, phân loại, bệnh suy thận.

1.2 Trình bày được triệu chứng, biến chứng, hướng điều trị của bệnh suy thận.

2. Kỹ năng

- Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy thận.

3. Thái độ

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

NỘI DUNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Suy thận cấp là một hội chứng xuất hiện khi chức năng thận bị suy sụp nhanh chóng do nhiều nguyên nhân. Mức lọc của cầu thận có thể bị giảm sút hoàn toàn. Bệnh nhân bị vô niệu, ure máu tăng dần, tỉ lệ tử vong rất cao. Nhưng nếu điều trị kịp thời và chính xác chức năng thận có thể phục hồi hòan toàn, bệnh nhân khỏi hẳn.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH:

2.1. Nguyên nhân trước thận (suy thận cấp chức năng).

- Là nguyên nhân thường gặp nhất (55 - 60 %).
- Cơ chế: do giảm tưới máu thận.
- Hồi phục khi cải thiện tưới máu thận.
- *Nguyên nhân do:*
    + Giảm thể tích lưu thông.
    + Giảm cung lượng tim.
    + Dãn mạch toàn thân.
    + Co ĐM trong thận.
    + Giảm thể tích trong lòng mạch: Xuất huyết, mất qua đường tiêu hóa, mất qua thận, mất qua da.
    + Giảm cung lượng tim: các bệnh van tim, màng ngoài tim, loạn nhịp tim.
    + Giãn ĐM toàn thân: thuốc hạ áp, nhiễm trùng huyết, suy thượng thận cấp, tăng calci máu.
    + Bất thường cơ chế tự điều chỉnh tại mao mạch cầu thận: thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin II, kháng viêm non-steroid, ức chế calcineurin

2.2. Nguyên nhân tại thận (suy thận cấp thực thể).

- Viêm ống thận cấp (80%).

+ Sốt rét, ngộ độc.

+ Truyền nhầm nhóm máu, thuốc.

- Viêm thận kẻ cấp:

+ Do vi trùng (viêm thận-bể thận cấp).

+ Ngộ độc thuốc.

- Viêm cầu thận cấp.

- Viêm mạch máu thận.

2.3. Nguyên nhân sau thận (suy thận cấp tắc nghẽn).

- Tắc nghẽn tại NQ:

+ Sỏi NQ, cục máu đông.

+ Phù nề NQ sau PT, u-bướu sau phúc mạc…

- Tắc nghẽn tại BQ:

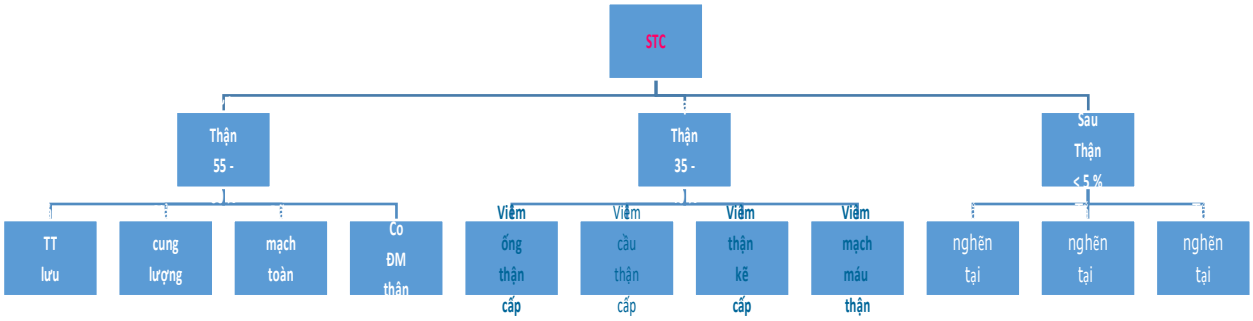
+ Sỏi, cục máu đông.

+ K BQ, K TLT, Viêm BQ…

- Tắc nghẽn tại NĐ:

+ Viêm NĐ sau, hẹp NĐ.

+ Bướu NĐ…



3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA SUY THẬN CẤP:

Triệu chứng lâm sàng của suy thận cấp gồm có 4 giai đoạn:

3.1. Giai đoạn khởi đầu:

Là giai đoạn tấn công của tác nhân gây bệnh, diễn biến tùy theo từng loại. Ở bệnh nhân bị ngộ độc tì diễn biến nhanh có thể dẫn tới vô niệu ngay, ở bệnh nhân bị sốc thì có thể diễn biến nhanh – chậm tùy theo nguyên nhân gây sốc và phương pháp xử trí ban đầu.

3.2. Giai đoạn thiểu niệu, vô niệu:

- Thiểu niệu (lượng nước tiểu < 500 ml/24 giờ) hoặc < 20 ml/giờ. Vô niệu (lượng nước tiểu < 100 ml/24 giờ). Kéo dài 1-2 tuần đến nhiều tuần (< 4 tuần).

- **Đặc trưng là hội chứng tăng urê máu cấp**.

+ Tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn-nôn, tiêu chảy, táo bón.

+ Tim mạch: ↑ HA, rối loạn nhịp…

+ Dấu thần kinh: kích thích, vật vả, co giật, hôn mê, có khi rối loạn tâm thần.

+ Hô hấp: nhịp thở toan kiểu kussmaul hoặc cheyne-stokes, phù phổi, viêm phổi.

+ Thiếu máu: thường nhẹ, nếu nặng nghi do xuất huyết, suy thận mãn.

+ Phù: do truyền dịch hoặc uống nhiều nước.

+ Nếu vàng da, mắt → tổn thương gan, mật.

+Rối loạn điện giải: tăng kali.

+ Nhiễm khuẩn: hô hấp, tiết niệu, da.

- Tim mạch: nhịp tim nhanh hoặc chậm, HA tăng vừa, điện tim có thể phát hiện sớm Kali máu tăng. Viêm màng ngoài tim nếu có là biểu hiện xấu ở giai đoạn cuối, hậu quả của ure máu tăng.

- Thần kinh: kích thích, vật vã, hôn mê, co giật, có khi rối loạn tâm thần.

- Hô hấp: rối loạn nhịp thở, thở nhanh, sâu do toan huyết, nặng hơn có rối loạn kiểu thở Cheynestokes và Kussmaul.

- Thiếu máu: xuất hiện sớm nhưng không nặng lắm.

- Phù: Do uống nhiều nước hoặc truyền dịch nhiều quá, có khi dẫn tới phù phổi cấp.

- Vàng da vàng mắt: nếu có là biểu hiện của tổn thương gan mật.

- Xét nghiệm nước tiểu có protein.

- Ure, creatimin, Kali máu tăng, dự trữ kiềm giảm, hồng cầu giảm, số lượng bạch cầu tăng.

3.3. Giai đoạn tiểu trở lại:

- Thường bắt đầu từ 300-500ml nước tiểu/24h, sau đó lượng nước tiểu tăng dần kéo dài từ 5-7 ngày, mỗi ngày từ 4-5 lít. Bệnh nhân tiểu nhiều hay không tùy theo lượng dịch đưa vào cơ thể trước đó.

- Các rối loạn về sinh hóa máu được hồi phục dần sau vài ngày tiểu trở lại, song trong những ngày đầu ở giai đoạn này bệnh nhân vẫn có thể chết do ure máu và creatimin máu tăng cao. Tai biến quan trọng có thể có ở giai đoạn này là mất nước, rối loạn điện giải do tiểu nhiều. Sau 3-5 ngày tiểu nhiều, ure niệu tăng dần, ure máu bắt đầu giảm xuống, bệnh nhân chuyển dần sang giai đoạn hồi phục.

3.4. Giai đoạn hồi phục:

Các rối loạn về hóa sinh dần trở về bình thường, ure và creatimin niệu máu giảm dần, ure và creatimin niệu tăng dần, lâm sàng tốt lên. Chức năng thận hồi phục dần xong rất chậm có khi phải đến hàng năm sau. Tất nhiên sự hồi phục nhanh – chậm cũng tùy thuộc tình trạng ban đầu, chế độ điều trị và công tác chăm sóc đối với bệnh nhân.

4. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu
- Sinh hóa:
    + Urê, creatinin tăng.
    + RL nước + điện giải.
    + Kali máu tăng.
- X-quang thận.
- Siêu âm thận

5. BIẾN CHỨNG

- BC chuyển hóa riêng của thận.
- Nhiễm trùng bệnh viện.
- Xuất huyết tiêu hóa do loét cấp.
- Biến chứng tim mạch.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Để chẩn đoán phân biệt suy thận cấp với đợt cấp của suy thận mãn cần dựa vào:

- Tiền sử bệnh nhân: Không có biểu hiện bệnh thận tiết niệu.
- Bệnh sử diễn biến cấp tính và có nguyên nhân cấp tính dẫn đến.

Ngoài ra cần dựa thêm vào:

- Thiếu máu không nặng trong suy thận cấp.
- HA tăng nhưng không nặng lắm và không có biểu hiện về điện tim như dầy thất trái.

- X-quang: chụp thận không chuẩn bị có thể phát hiện sỏi niệu quản gây vô niệu cấp tính cơ giới.

- Hóa sinh: thấy ure và creatimin máu tăng dần kể từ khi vô niệu ở bệnh nhân suy thận cấp.

5.2. Phân biệt suy thận cấp chức năng hay đã có tổn thương thực thể cần dựa vào:

- Lâm sàng: có tụt HA, mất nước, mất muối thì nghĩ đến suy thận cấp chức năng.

- Thời gian vô niệu càng kéo dài là chắc chắn có hoại tử ống thận, thường sau 72 giờ là bắt đầu có tổn thương thực thể.

5.3. Xác định dựa vào: Tiểu ít, vô niệu, ure máu cao, creatimin máu tăng nhanh.

6. XỬ TRÍ:

6.1. Giai đoạn khởi đầu: quan trọng vì có thể ngăn cản suy thận cấp chức năng sang suy thận cấp thực thể.

- Truyền dịch hoặc truyền máu tùy theo, không để HA tối đa (80 mmHg), để hạn chế truyền dịch quá nhiều nên đo áp lực tĩnh mạch trung tâm và theo dõi lượng nước tiểu.

- Điều trị đặc hiệu: ví dụ dùng B.A.L trong trong điều trị ngộ độc kim loại nặng, mổ lấy sỏi niệu quản.

- Chế độ ăn: Khoảng 1 lạng cá hoặc thịt nạc/ ngày.

6.2. Giai đoạn tiểu ít vô niệu:

- Ở bệnh nhân vô niệu cần đảm bảo cân bằng âm nghĩa là lượng nước vào ít hơn ra thường cho 500ml / 24h kể cả ăn uống, mùa hè 1000ml / 24h, nếu vô niệu do mất nước, mất muối thì phải truyền nhiều dịch đẳng trương.

- Không cho những thức ăn có Kali.

- Lọc máu ngoài thận.

- Truyền Natribicacbonat 14 ‰.

- Dùng lợi tiểu lasix 16 ống cách 4 giờ tiêm 4 ống trong 4 lần liền, nếu không đáp ứng có thể tăng liều gấp đôi.

- Chống nhiễm khuẩn.

- Ăn nhiều Gluxit, lipit và vitamin, hạn chế protit và không ăn thức ăn có Kali.

6.3. Giai đoạn tiểu trở lại:

- Tiếp tục hạn chế protit và Kali trong thức ăn, chỉ ăn tăng protit khi ure máu về bình thường.

- Truyền dịch: dựa vào lượng nước tiểu.

- Bệnh nhân tiểu nhiều được 2-3 ngày thì ure niệu và creatimin niệu tăng dần, ure và creatimin máu giảm dần bệnh nhân chuyển sang giai đoạn hồi phục.

6.4. Giai đoạn hồi phục:

Điều quan trọng là phải chăm sóc bệnh nhân ngay từ đầu để chống loét và chống bội nhiễm do nằm lâu (phải điều trị trên 4 tuần bệnh nhân mới có thể xuất viện được).

7. CHĂM SÓC:

7.1. Nhận định chăm sóc:

- Hỏi để xác định nguyên nhân gây suy thận cấp.
- Phát hiện các triệu chứng:
  + Tiểu ít, vô niệu, số lượng nước tiểu cụ thể /24h.
  + Có đau đầu, buồn nôn, nôn không.
  + Tinh thần tỉnh táo, lơ mơ.
  + Mạch nhanh, HA có tụt không.
  + Có khó thở không.
  + Có do uống nhiều nước hoặc truyền dịch quá nhiều.
- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm:
  + Ure và creatimin máu.
  + Điện giải đồ.
  + Proteon niệu.
  + Điện tim, siêu âm thận.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc:

- Rối loạn dịch và điện giải do suy giảm chức năng thận.
- Rối loạn dinh dưỡng do nôn – buồn nôn, rối loạn chức năng dạ dày, ruột do chế độ ăn hạn chế.
- Thay đổi trạng thái tâm lí: lo lắng, bi quan về bệnh tật.
- Bệnh nhân thiếu hụt kiến thức về bệnh.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Duy trì cân bằng dịch và điện giải cho bệnh nhân.
- Duy trì dinh dưỡng thỏa đáng cho bệnh nhân.
- Cải thiện trạng thái tâm lí cho bệnh nhân.
- Tăng thêm sự hiểu biết của bệnh nhân về bệnh và chế độ điều trị.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

** Duy trì cân bằng điện giải:*

- Thường xuyên đánh giá tình trạng dịch và điện giải dựa vào:
  + Xét nghiệm điện giải trong máu và theo dõi kết quả.
  + Cân nặng của bệnh nhân hàng ngày.
  + Theo dõi, kiểm tra chế độ ăn, lượng dịch, điện giải vào cơ thể bằng đường ăn uống.

+ Theo dõi mạch, HA, nhịp thở.

- Kiểm soát chặt chẽ các nguồn cung cấp dịch và điện giải:

+ Hạn chế các loại thuốc có chất điện giải đặc biệt là Kali.

+ Hạn chế thức ăn có nhiều protein và đặc biệt là Kali.

+ Kiểm soát chặt chẽ lượng dịch truyền vào cơ thể tùy theo nguyên nhân gây suy thận cấp.

** Duy trì dinh dưỡng thỏa đáng cho bệnh nhân:*

- Giải thích cho bệnh nhân biết tầm quan trọng của chế độ ăn trong điều trị suy thận cấp.

- Hạn chế thức ăn có nhiều protein và Kali tùy theo giai đoạn suy thận. Cụ thể như sau:

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

+ Ure máu từ 0,5 g/l chế độ ăn chỉ là glucid và một số acid amin cần thiết.

+ Ure máu trên 1 g/l nên dùng đạm thực vật, không dùng đạm động vật và lượng đạm đưa vào trung bình trong một ngày ít hơn 0,25 g/kg trọng lượng.

- Làm chậm sự tiến triển của quá trình suy thận.

- Hướng dẫn bệnh nhân ăn thức ăn giàu năng lượng đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng.

- Ăn nhạt, lượng muối từ 2-4 g/24h, đặc biệt khi có phù, tăng HA, suy tim, cần giảm lượng muối nhiều hơn.

- Lượng nước uống tương đương với lượng nước tiểu trên 24 giờ, uống ít nước hơn nếu bệnh nhân có phù, uống nhiều nước hơn nếu có mất nước.

- Hạn chế trái cây, rau củ có nhiều Kali như: hồng xiêm, chuối tiêu, củ cải, xu hào.

** Cải thiện trạng thái tâm lí cho bệnh nhân:*

- Điều dưỡng viên phải thông cảm, chia sẻ với nỗi buồn của bệnh nhân.

- Động viên, khuyến khích họ tham gia chế độ điều trị và nuôi dưỡng trong quá trình điều trị.

** Tăng cường sự hiểu biết của bệnh nhân về bệnh và chế độ điều trị*:

- Cung cấp những thông tin tối thiểu bằng lời nói đơn giản, dễ hiểu cho bệnh nhân về vai trò của thận đối với cơ thể.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu thế nào là suy thận cấp, nguyên nhân gây suy thận cấp, nguyên nhân gây suy thận cấp, tại sao phải điều trị kịp thời suy thận cấp.

- Khi bệnh nhân phải lọc máu, chạy thận nhân tạo phải giải thích cho bệnh nhân hiểu và yên tâm thực hiện.

7.5. Đánh giá kết quả chăm sóc:

* Tình trạng bệnh nhân tốt lên khi bệnh nhân:

- Hết phù.
- Lượng nước tiểu tăng lên.
- Ure và creatimin máu giảm dần, ure và creatimin niệu tăng dần.
- Mạch, HA dần trở về bình thường.
- Bệnh nhân tinh thần tỉnh táo, yên tâm, tin tưởng vào phương pháp điều trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

*** Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống**

1. Suy thận cấp là (A) ……. xuất hiện khi chức năng thận bị (B) ……..... do nhiều nguyên nhân. Mức lọc của cầu thận bị (C) ……..... Bệnh nhân bị vô niệu, ure máu tăng dần, tỉ lệ tử vong rất cao.
2. Kể đủ 4 nguyên nhân dẫn đến suy thận cấp:
   A. Do mất nước, mất muối.
   B. ……....
   C. ……....
   D. ……....
3. Kể đủ 7 nguyên nhân do sốc dẫn đến suy thận cấp:
   A. Sốc do chấn thương.
   B. ……....
   C. Sốc do bỏng nặng.
   D. ……....
   E. Sốc do suy tim.
   F. ……....
   G. Sốc sau xảy thai, nạo phá thai.
4. Kể đủ 3 nguyên nhân do bệnh thận và tiết niệu dẫn đến suy thận cấp:
   A. ……....
   B. Viêm thận bể thận cấp.
   C. ……....
5. Triệu chứng lâm sàng của suy thận cấp gồm có 4 giai đoạn là:
   A. Giai đoạn khởi đầu.
   B. ……....
   C. ……....
   D. ……....
6. Kể đủ 3 thể lâm sàng của suy thận cấp:
   A. ……....
   B. ……....
   C. ……....
7. Bốn việc phải làm trong lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy thận cấp gồm:
   A. Duy trì cân bằng điện giải cho bệnh nhân.

B. ……....

C. ……....

D. ……...

BÀI 5: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

1.1 Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, phân loại, bệnh viêm tụy cấp.

1.2 Trình bày được triệu chứng, biến chứng, hướng điều trị của bệnh viêm tụy cấp.

2. Kỹ năng

- Lập được kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp.

3. Thái độ

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

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tụy cấp là một bệnh lý thường gặp ở khoa cấp cứu các bệnh viện, bệnh nhân thường nhập viện với bệnh cảnh đau bụng cấp. Khoảng 10 - 15% trường hợp viêm tụy cấp diễn tiến nặng có thể tử vong.

Viêm tụy cấp là quá trình viêm cấp tính của tụy với các sang thương thay đổi ở mô tụy. Quá trình viêm của tụy hoặc mô chung quanh tụy là do hoạt hóa men tụy ngay trong mô tụy.

2. NGUYÊN NHÂN

- Lạm dụng rượu: là nguyên nhân phổ biến ở Việt Nam.
- Nguyên nhân cơ học: sỏi mật, sỏi tụy, là nguyên nhân đứng hàng thứ 2.
  + Tăng Tryglyceride máu là nguyên nhân ngày càng hay gặp ở Việt Nam.
  + Tăng Calci máu: như u tuyến giáp, cường cận giáp,...
- Sau phẫu thuật: nhất là phẫu thuật bụng gần tụy, quanh tụy.
- Sau nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).
- Do chấn thương, bầm dập vùng bụng.
- Do nhiễm trùng: quai bị, viêm gan virus, giun đũa.
- Do thuốc: nhất là Corticoid.
- Không rõ nguyên nhân: 10% các trường hợp.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Thuyết ống dẫn: do sự trào ngược dịch mật, dịch tá tràng vào tuyến tụy, có thể do sỏi kẹt ở bóng Vater, co thắt cơ vòng Oddi hoặc có thể do sự tăng áp lực ở đường mật do giun đũa. Thuyết này không được chấp nhận vì hiện tượng trào ngược có thể xảy ra ở người bình thường hoặc khi chụp đường mật có cản quang.

Thuyết mạch máu: nhồi máu tụy do tắc tĩnh mạch và do sự phóng thích các Kinase tổ chức vào máu làm hoạt hóa tại chỗ men này.

Thuyết quá mẫn: hay còn gọi là thuyết thần kinh X vì có sự giống nhau về triệu chứng trong cường phó giao cảm và viêm tuỵ cấp.

Thuyết dị ứng: giải thích hiện tượng tắc mạch rải rác.

Thuyết tự tiêu: giải thích trên cơ sở hoạt hóa Trypsin bởi trào ngược Kinase ruột như Enterokinase, Kinase bạch cầu vi khuẩn, tiểu thể do các thương tổn tuyến tụy phóng thích.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng lâm sàng của VTC xảy ra hết sức cấp tính, đột ngột, diễn biến phức tạp, có thể có các dấu hiệu ngoại khoa xen lẫn, đặc biệt trong VTC hoại tử.

3.1. Triệu chứng cơ năng: bao gồm các dấu hiệu sau

- ***Đau bụng:*** là dấu hiệu nổi bật nhất, thường xuất hiện một cách đột ngột ở vùng thượng vị, có thể lan lên ngực, ra hai bên mạng sườn, xiên ra sau lưng. Đau bụng liên tục, dữ dội kéo dài nhiều giờ, có thể đau khởi phát sau khi ăn. Cũng có khi khởi phát tự nhiên.

- Nôn: đa số người bệnh có nôn hoặc buồn nôn, lúc đầu nôn ra thức ăn, sau đó nôn ra dịch, nôn xong có thể đỡ đau hoặc không.

- Bí trung đại tiện: do tình trạng liệt ruột cơ năng, người bệnh không trung tiện, không đi ngoài, bụng chướng và đầy tức khó chịu.

- Khó thở: do đau, do tràn dịch màng bụng, màng phổi.

3.2. Triệu chứng toàn thân

- Sốt: thường có sốt nhẹ, có thể sốt cao vì viêm nhiễm đường mật do sỏi, giun hoặc do hoại tử tụy rộng.

- Mạch, huyết áp:

+ Viêm tụy cấp thể nhẹ: tình trạng toàn thân thường không trầm trọng, người bệnh mệt mỏi nhưng tỉnh, mạch, huyết áp ổn định, không khó thở.

+ Viêm tụy cấp thể nặng: có thể có tình trạng sốc, vã mồ hôi, chân tay lạnh, nhợt nhạt, tinh thần chậm chạp, mạch nhanh, huyết áp tụt, người bệnh hốt hoảng, kích động hoặc ngược lại nằm lờ đờ, mệt mỏi, có những mảng bầm tím ở chân tay, thân thể, thở nhanh nông.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Bụng chướng: bụng chướng đều, có khi chướng ở vùng trên rốn nhiều hơn, gõ vang do liệt ruột cơ năng, không có quai ruột nổi, rắn bò như trong tắc ruột cơ học. Khi ổ bụng có nhiều dịch có thể gõ đục ở vùng thấp.

- Phản ứng thành bụng: có thể phản ứng cục bộ hay toàn bộ vùng trên rốn, xuất hiện ở hạ sườn bên phải khi nguyên nhân gây VTC là sỏi mật.

- Mảng cứng trên rốn: có thể sờ thấy mảng cứng vùng thượng vị, có khi lan sang hai vùng dưới sườn, ranh giới không rõ, không di động, ấn đau, cảm giác ngay dưới tuỵ do hiện tượng hoại tử mỡ.

- Điểm sườn lưng một hay hai bên đau: có ở hầu hết các người bệnh VTC, điểm đau này được Mayo-Robson và Korte mô tả từ năm 1906, được Tôn Thất Tùng cho là một triệu chứng quan trọng của VTC.

- Có triệu chứng vàng da kèm gan to khi nguyên nhân liên quan với túi mật to do sỏi, giun hoặc sỏi đường mật gây tình trạng ứ mật hoặc do viêm gan.

- Trường hợp nặng (nhất là trong VTC thể hoại tử) có thể gặp các mảng bầm tím dưới da ở hai bên mạng sườn (dấu hiệu Grey Turner) hay quanh rốn (dấu hiệu Cullen), đây là dấu hiệu rất đặc hiệu, biểu hiện sự chảy máu ở vùng tụy và quanh tụy.

4. CẬN LÂM SÀNG

- Amylase máu: thường tăng sau khi đau khoảng 4 - 12 giờ. Với viêm tụy cấp thể phù nề sau khoảng 3 - 4 ngày sẽ trở về bình thường.

- Lipase máu: thường tăng song song với Amylase máu và đặc hiệu hơn. Tồn tại lâu trong máu.

- Amylase niệu: tăng chậm sau 2 - 3 ngày.

- Men LDH và SGOT có thể tăng trong các thể nặng. đây là những men giúp đánh giá tiên lượng.

- Calci máu thường giảm trong những thể nặng.

- PaO_2 thường giảm

- Công thức máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, khi bạch cầu tăng trên 16.000/mm^3 là có ý nghĩa tiên lượng nặng.

- Siêu âm: tụy lớn, cấu trúc nghèo hơn bình thường.

- X quang bụng không chuẩn bị: hình ảnh quai ruột gác.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định cần dựa vào

- Cơn đau bụng cấp vùng thượng vị, hạ sườn trái.

- Nôn mửa/Bụng chướng.

- Hội chứng nhiễm trùng.

- Các điểm tụy đau.

- Siêu âm.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thủng tạng rỗng.

- Viêm đường mật, túi mật cấp.

- Tắc ruột, lồng ruột cấp.

- Nhồi máu cơ tim: thường gặp ở người già có tiền sử đau thắt ngực, khám các điểm tụy không đau. Dựa vào Amylase máu.

6. BIẾN CHỨNG

- Tại chỗ:

  + Abces tụy

  + Nang giả tụy

  + Báng: do thủng hay vỡ ống tụy, nang tụy vỡ vào ổ bụng,...

- Toàn thân:

  + Phổi: tràn dịch màng phổi, xẹp phổi, viêm đáy phổi trái.

  + Tim mạch; tiêu hóa; thận; chuyển hóa.

7. ĐIỀU TRỊ (tham khảo)

- Giúp tuỵ nghỉ ngơi

- Bù nước điện giải: trong viêm tụy cấp thể phù nề, truyền khoảng 2 - 3 lít/ngày dung dịch Ringer lactat và glucose đẳng trương.

- Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa.

- Các thuốc giảm đau: Atropin, Dolargan hoặc Visceralgin

  + Atropin 1/4 mg tiêm dưới da 1 - 2 mg chia 3 - 4 lần/ngày.

  + Visceralgin viên nén, ống 5ml.

  Uống 2 - 6 viên/ngày; tiêm bắp, tĩnh mạch ½ - 2 ống /ngày.

- Kháng sinh:

  + Trong viêm tụy cấp do rượu chỉ dùng kháng sinh để chống bội nhiễm nên thường dùng chậm.

+ Trong viêm tụy cấp do giun, nhiễm trùng rất sớm nên cần sử dụng kháng sinh ngay từ đầu, thường dùng kháng sinh kháng vi khuẩn gram âm như Ampicilin, Gentamycin: Ampicillin 500mg ống tiêm bắp; Gentamycin 80mg ống tiêm bắp.

+ Trong trường hợp nhiễm trùng nặng cần phối hợp Cephlosporin thế hệ 3 và Quinolon thế thế hệ 2, nếu nhiễm trùng nặng kéo dài cần dùng kháng sinh chống kỵ khí: Imidazol, Betalactamin, Macrolid (Clindamycin, Dalacin).

- Điều trị viêm tụy cấp do giun đũa: cần sử dụng thuốc diệt giun sớm:

Mebendazol (Fugacar) viên 100mg.

- Điều trị viêm tụy cấp do sỏi: xẻ cơ vòng oddi hoặc tán sỏi.

8. DỰ PHÒNG

- Tẩy giun đũa định kỳ, nhất là những người có tiền sử giun chui đường mật.
- Điều trị tốt sỏi mật.
- Hạn chế bia rượu.
- Có chế độ ăn hợp lý.

9. CHĂM SÓC

9.1. Nhận định

9.1.1. Nhận định qua hỏi bệnh

- Đau bụng: vị trí, cường độ, tính chất đau như thế nào? Liên hệ triệu chứng đau với bữa ăn và uống rượu, các yếu tố làm giảm đau?
- Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân?
- Bệnh nhân có buồn nôn hoặc nôn không? Nôn ra có đỡ đau không?
- Thói quen uống rượu không?
- Có tiền sử viêm tuỵ cấp do giun hay sỏi đường mật không?
- Xem có biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng không?

9.1.2. Thăm khám

- Lấy dấu hiệu sinh tồn: chú ý tình trạng hô hấp của bệnh nhân.
- Dấu hiệu thiếu nước.
- Dấu hiệu vàng da.
- Khám bụng tìm vị trí đau, phản ứng thành bụng.
- Dấu hiệu xuất huyết: các vết bầm ở vùng quanh rốn hay vùng sườn lưng hoặc hông trái.
- Chuẩn bị bệnh nhân làm các xét nghiệm:
  + Công thức máu: bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng.
  + Sinh hóa máu: Amylase
  + Amylase niệu.
  + Siêu âm bụng và CT scan có hình ảnh của viêm tuỵ.

9.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Đau bụng dữ dội do viêm tuỵ.
- Dinh dưỡng không đảm bảo do ăn uống không đầy đủ, giảm tiết dịch tụy.
- Thiếu dịch do nôn (giảm ăn uống, sốt)
- Hô hấp kém do tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.
- Nguy cơ xảy ra các biến chứng do viêm tụy.
- Giáo dục kiến thức cho bệnh nhân

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm đau bụng
- Cải thiện dinh dưỡng
- Cân bằng nước và điện giải
- Cải thiện hô hấp.
- Các biến chứng không xảy ra.
- Giáo dục kiến thức cho bệnh nhân.

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

9.4.1. Giảm đau bụng

- Cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau, giảm co thắt theo y lệnh.
- Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường.
- Việc ăn uống phải ngừng để giảm sự hình thành và bài tiết men tụy.
- Bù nước và nuôi dưỡng bằng đường truyền tĩnh mạch để phục hồi sự cân bằng thể dịch.
- Hút mũi - dạ dày để loại bỏ dịch dạ dày và làm giảm căng chướng bụng. Tăng cường chăm sóc răng miệng để làm giảm sự khó chịu do đặt ống và giảm khô miệng.
- Điều dưỡng nên giải thích rõ mục đích của việc nhịn ăn uống và hút dịch dạ dày để bệnh nhân hiểu rõ và tuân theo điều trị.
- Theo dõi diễn tiến của cơn đau bụng, dấu xuất huyết tiêu hóa ở thành bụng.

9.4.2. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng

- Không cho bệnh nhân ăn trong giai đoạn cấp.
- Luôn đánh giá tình trạng dinh dưỡng và theo dõi cân nặng bệnh nhân.
- Bù nước, điện giải, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch theo y lệnh.
- Khi triệu chứng cấp tính của bệnh giảm đi (hết đau bụng, hết nôn), việc nuôi dưỡng bằng đường miệng phục hồi dần dần từ lỏng đến đặc. Bệnh nhân được cung cấp chế độ ăn nhiều Carbohydrat, ít Protein.
- Tránh các bữa ăn khó tiêu cũng như các thức uống có rượu.

9.4.3. Cân bằng nước và điện giải

- Thiết lập đường truyền.

- Đánh giá tình trạng tình trạng nước và điện giải của bệnh nhân: độ đàn hồi của da, độ ẩm của niêm mạc.

- Theo dõi lượng nước xuất nhập/24 giờ, chú ý lượng nước mất qua ống sonde mũi - dạ dày.

- Theo dõi bệnh nhân có bụng chướng không.

9.4.4. Cải thiện chức năng hô hấp

- Đánh giá tình trạng hô hấp của bệnh nhân (tần số thở, kiểu thở).

- Duy trì tư thế Fowler.

- Hướng dẫn, khuyết khích bệnh nhân thở sâu.

- Cho bệnh nhân thở oxy theo y lệnh.

- Giúp bệnh nhân thay đổi tư thế 2 giờ/lần.

9.4.5. Nguy cơ xảy ra các biến chứng do viêm tụy

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn 3 giờ/lần.

- Theo dõi tình trạng bụng của người bệnh: chướng, đau, gõ đục.

- Treo bảng theo dõi chăm sóc cấp I tại giường cho những người bệnh nặng.

- Đề phòng và theo dõi các biến chứng:

+ Abces tuỵ: nhiễm trùng nặng, sốt cao 39 - 40^{0}C kéo dài hơn một tuần, vùng tuỵ rất đau, khám có một mãng gồ lên, xác định bằng siêu âm hoặc chụp CT – scan.

+ Nang giả tuỵ: bệnh nhân giảm đau, giảm sốt nhưng không trở lại bình thường. Vào tuần lễ thứ 2 - 3 khám vùng tuỵ có một khối, ấn căng tức, Amylase máu còn cao gấp 2 - 3 lần, siêu âm có khối Echo trống.

+ Cổ trướng: do thủng hoặc vỡ các ống tuỵ hoặc nang giả tuỵ vào ổ bụng.

- Ghi rõ ngày giờ, tên điều dưỡng chăm sóc và tình trạng người bệnh vào phiếu theo dõi và săn sóc toàn diện.

- Báo cáo với bác sỹ điều trị tình trạng bệnh nhân và việc thực hiện theo y lệnh hằng ngày.

9.4.6. Giáo dục kiến thức cho bệnh nhân

- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các chỉ định của thầy thuốc, dặn nhịn ăn, giữ nước tiểu,... và các quy định hành chính của khoa phòng điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh có chế độ ăn phù hợp khi đã được phép ăn (tránh mỡ, rượu, bia) và hẹn khám lại sau mổ nhằm phát hiện các biến chứng xa.

- Tẩy giun đũa định kỳ, đặc biệt khi đã có tiền sử giun chui đường mật.

- Điều trị tốt sỏi mật.

- Hạn chế uống rượu.

9.5. Lượng giá

Một bệnh nhân viêm tuỵ cấp được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Bệnh nhân có thể ăn uống bằng đường miệng như bình thường.

- Tình trạng nhiễm trùng giảm.

- Các xét nghiệm trở về bình thường.

- Các y lệnh được thực hiện đầy đủ và chính xác.

- Không xảy ra các biến chứng.

- Bệnh nhân được theo dõi để phát hiện sớm các biến chứng.

- Bệnh nhân hiểu biết về tình trạng bệnh và thực hiện được các y lệnh về ăn uống và nghỉ ngơi./.

BÀI 6: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẶT TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được các chỉ định và chống chỉ định.

1.2. Trình bày được các vị trí đặt tĩnh mạch trung tâm.

2. Kỹ năng

- Thực hiện được quy trình chăm sóc bệnh nhân đặt tĩnh mạch trung tâm.

3. Thái độ

- Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt Catheter tĩnh mạch dưới đòn là thủ thuật đưa một ống Polyten vào tĩnh mạch dưới đòn nhằm đưa vào cơ thể người bệnh các dung dịch để bù lại sự thiếu hụt tuần hoàn, thuốc và các chất dinh dưỡng nhanh nhất, hiệu quả nhất.

Áp lực tĩnh mạch trung tâm (Central Vennous Pressure) viết tắt là CVP. Chỉ số CVP thể hiện khối lượng tuần hoàn (thể tích trong lòng mạch máu, và khả năng làm việc của tim).

Chỉ số bình thường của CVP 5 – 10cm H_20. Khi CVP lên cao trên 10cm H_20 có thể do giảm co bóp của tim hoặc do truyền dịch quá nhiều. Khi CVP thấp hơn 5cm H_20 chứng tỏ thiếu khối lượng tuần hoàn.

1.1. Mục đích

- Biết được thể tích tuần hoàn trong:
  + Hồi sức sốc, sốc kéo dài.
  + Suy thận cấp: chẩn đoán phân biệt suy thận trước thận, tại thận.
- Truyền các dung dịch nuôi ăn, thuốc vận mạch

1.2. Chỉ định đặt Catheter tĩnh mạch dưới đòn cho người bệnh.

- Cần đưa nhanh một khối lượng dịch, máu để hồi phục khối lượng tuần hoàn trong:
  + Sốc mất máu: Chấn thương vỡ tạng, phẫu thuật, chảy máu trong.
  + Sốc nhiễm khuẩn, sốc do ngộ độc cấp.
  + Mất nước, mất muối cấp tính: Ỉa chảy cấp, bỏng rộng...
- Nuôi dưỡng người bệnh:
  + Khi nuôi dưỡng người bệnh bằng con đường tiêm truyền hoặc khi cần đưa nhanh dung dịch ưu trương vào tĩnh mạch thì cần dùng tĩnh mạch lớn. Vì tĩnh mạch lớn có lượng máu qua nhiều, ở tĩnh mạch lớn như tĩnh mạch dưới đòn dòng chảy

lớn nên dung dịch ưu trương được pha loãng nhanh tránh kích thích nội mạc tĩnh mạch và hạn chế được viêm tắc.

+ Đặt Catheter tĩnh mạch có thể lưu ống Polyten trong khoảng 10 ngày tránh phải đâm kim nhiều lần.

- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, định lượng được lượng dịch đưa vào cơ thể người bệnh, thông tim, đo áp lực buồng tim.

- Luồn dây điện cực vào buồng tim qua ống Polyten để kích thích tim đập khi cần thiết (tạo nhịp tim).

- Trong trường hợp lọc máu, lọc huyết tương.

1. 3. Chống chỉ định: Đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn có chống chỉ định trong trường hợp người bệnh:

- Có số lượng tiểu cầu thấp dưới 60.000/mm^3.
- Bị mắc các bệnh về rối loạn đông máu.
- Huyết khối tĩnh mạch trung tâm.
- Tràn khí màng phổi toàn thể.
- Giãn phế nang quá mức.

1.4. Vị trí đặt catheter:

- Tĩnh mạch cảnh ngoài, cảnh trong
- Tĩnh mạch dưới đòn
- Tĩnh mạch rốn (bệnh nhân sơ sinh)
- Tĩnh mạch đùi
- Tĩnh mạch nền

3. PHỤ GIÚP THẦY THUỐC ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH DƯỚI ĐÒN

3.1 Chuẩn bị người bệnh:

- Đối với người bệnh tỉnh: Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm, động viên an ủi để người bệnh yên tâm tin tưởng vào phương pháp điều trị của thầy thuốc, giảm sự lo lắng, sợ hãi ảnh hưởng tới thủ thuật.

- Đối người bệnh hôn mê: Giải thích để người nhà người bệnh hiểu, đồng ý, yên tâm với phương pháp điều trị của thầy thuốc và thủ thuật sắp được tiến hành cho người bệnh.

- Kiểm tra mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ cho người bệnh.

- Chuyển người bệnh sang phòng thủ thuật hoặc che bình phong tại giường bệnh để khỏi ảnh hưởng tới người bệnh khác.

3.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

3.3. Chuẩn bị dụng cụ:

*** Dụng cụ vô khuẩn**: Dụng cụ vô khuẩn được đặt trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn hoặc gói đựng dụng cụ vô khuẩn bao gồm:

- Kim chọc Troca:

+ Loại có đầu vát dài 5cm - 7cm cho người lớn, 4cm - 5cm cho trẻ em, 3cm - 4cm cho trẻ sơ sinh.

+ Loại Troca có đường kính nhỏ (2R = 0,6mm - 0,8mm) phải dùng ống thông dài 35cm.

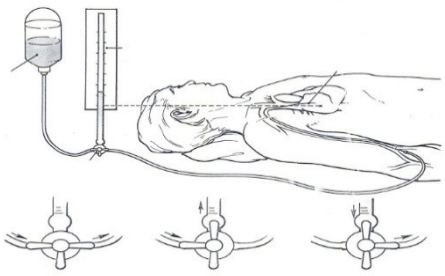
+ Loại Troca có đường kính trong lớn (2R = 1,4mm - 2mm) thường có ống Polyten đi kèm để trong 1 túi nilon vô khuẩn: loại này được sử dụng rộng rãi trong cấp cứu hồi sức.

- Ống thông (Polyten): Dài khoảng 20cm - 40cm, được làm bằng nhựa, ống dẫn mềm, đầu ống tù để khi đưa vào tĩnh mạch tránh tổn thương thành mạch.
- 1 săng có lỗ và 2 kìm kẹp săng, 1 bơm, kim tiêm 5ml hoặc 10ml.
- 1 kéo, kìm mang kim, chỉ, kim khâu da, 1 kẹp Kocher hoặc phẫu tích.
- 2 đôi găng tay, vài miếng gạc, 1 bộ dây truyền dịch.
- 1 khoá 3 chạc để đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALTMTT).

*** Dụng cụ để trong khay sạch:**

- Khay chữ nhật, 2 cốc đựng bông cồn.
- Cồn Iod, cồn 70^{o} để sát khuẩn vùng đặt Catheter
- Thuốc gây tê (Novocain hoặc Xylocain 1 % - 2 %).
- Thuốc chống đông Heparin.
- Dung dịch tiêm truyền, thuốc theo chỉ định của thầy thuốc: Dd Natri clorua đẳng trương, Ringer lactac...
- Hộp chống sốc, huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây...
- Kéo, băng dính,
- 1 khay hạt đậu, 1 hộp đựng dụng cụ nhọn sắc, túi đựng đô bẩn.
- Máy ghi điện tim (nếu cần).

Hình 1: Hệ thống đo áp lực tĩnh mạch trung tâm



3.4. Tiến hành.

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

- Kiểm tra chai dịch, bật, sát khuẩn nút chai dịch bằng cồn 70^0, cắm dây truyền treo lên cọc truyền, lắp dây truyền vào bộ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm và đuổi khí.

- Chuẩn bị tư thế người bệnh: Đặt người bệnh nằm ngửa đầu nghiêng về phía đối diện với bên làm thủ thuật, kê cao vai bên làm thủ thuật.

- Bộc lộ vùng chọc, xác định vị trí chọc (có 2 vị trí chọc):

+ Vị trí 1: giao điểm giữa 1/3 trong và 2/3 ngoài của xương đòn chọc sát ngay bờ dưới xương đòn.

+ Vị trí 2: giao điểm giữa 2/3 trong và 1/3 ngoài của xương đòn chọc sát ngay bờ dưới xương đòn cách bờ dưới xương đòn 1-1,5cm.

Trong 2 vị trí trên dùng để đặt Catheter vào tĩnh mạch dưới đòn thì vị trí 1 là hay sử dụng nhất vì đường vào ngắn, dễ đặt được vào tĩnh mạch và ít tai biến nhất. Quá trình tiến hành đặt Catheter do thầy thuốc thực hiện có thể được mô tả như sau: Chọc Troca sát bờ dưới xương đòn ở vị trí 1/3 trong, Troca có lắp sẵn bơm tiêm, sau đó đẩy Troca vào từ từ theo đường chếch lên trên và sang bên đối diện tạo 1 góc 45^o với trục nằm ngang qua điểm giữa xương đòn. Vừa đẩy Troca vào vừa kéo piston bơm tiêm ra từ từ cho tới khi thấy máu tĩnh mạch phụt vào bơm tiêm thì rút bơm tiêm ra, luồn dây Polyten vào Troca, đưa Troca lên vị trí 20^o với trục nằm ngang so với xương đòn đẩy ống thông sâu vào trong tĩnh mạch chủ trên (độ dài từ 10cm - 15cm) sau đó giữ nguyên ống thông từ từ rút Troca ra ngoài. Đầu ngoài của thông Polyten được lắp ngay vào dây truyền của chai dịch.

- Sát khuẩn vùng chọc: Sát khuẩn bằng cồn Iôt trước sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 70^o.

- Giúp thầy thuốc sát khuẩn tay, đưa săng có lỗ trải lên vùng chọc để lộ vị trí chọc.

- Đưa kìm cặp săng, đưa găng cho thầy thuốc.

- Phụ giúp thầy thuốc lấy thuốc gây tê.

- Điều dưỡng trải săng và sắp xếp dụng cụ cho thuận tiện, dễ lấy và hợp lý cho các bước làm thủ thuật (kim khâu, chỉ khâu, Catheter…).

- Điều dưỡng đi găng, đưa kim Troca và bơm tiêm cho thầy thuốc.

- Khi thầy thuốc chọc kim thường xuyên theo dõi sắc mặt người bệnh để phát hiện dấu hiệu bất thường, sốc và các tai biến khác.

- Khi đã có máu ra bơm tiêm, thầy thuốc tháo bơm tiêm ra điều dưỡng nhanh chóng đưa Catheter Polyten cho thầy thuốc, khi đã luồn Catheter vào trong lòng mạch thầy thuốc 1 tay giữ đầu thông 1 tay kéo Troca ra ngoài điều dưỡng lắp đầu ambu của bộ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm vào đầu ống thông Polyten.

- Mở khoá cho dịch chảy rồi hạ thấp chai dịch để kiểm tra xem có máu ra Catheter không nếu có máu ra dây Catheter là được.

- Điều chỉnh tốc độ chảy của dịch theo y lệnh.

- Đưa kim và chỉ để thầy thuốc khâu cố định Catheter vào thành ngực.

- Sát khuẩn lại nơi chọc và dùng miếng gạc vô khuẩn phủ lên vị trí chọc và lấy băng dính băng lại.

- Bỏ gối, để người bệnh nằm ở tư thế thoải mái.

- Phụ giúp thầy thuốc đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

3.5. Thu dọn dụng cụ.

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, để đúng nơi qui định, tháo găng tay.

- Ghi vào phiếu chăm sóc:

+ Ngày giờ đặt Catheter.

+ Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi đặt Catheter.

+ Điều dưỡng ký tên.

4. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1- Tai biến do kỹ thuật.

*** Nhiễm khuẩn:**

- Do công tác vô khuẩn không đảm bảo: Dụng cụ, dây truyền, nơi chọc, nơi tiếp nối giữa ống polyten và dây truyền dịch.

- Bội nhiễm do ống thông lưu quá lâu (không nên lưu ống thông quá 15 ngày).

*** Chảy máu:**

- Khi rút kim, rút ống thông ra ngoài dễ gây chảy máu.

- Đề phòng:

+ Dùng gạc vô khuẩn ấn chặt nơi chọc 10 - 15 phút.

+ Sau khi đặt ống thông xong theo dõi nơi chọc trong 1 giờ đầu: Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở phát hiện máu chảy vào trung thất hay màng phổi.

*** Đứt ống catheter:**

Do để nguyên Troca trong lòng mạch rồi rút ống Polyten trở ra đầu vát cưa đứt ống, đoạn đứt trôi vào trong lòng mạch.

*** Chọc vào đỉnh phổi:** Gây tràn dịch, tràn khí màng phổi, trung thất hoặc dưới da.

*** Chọc vào động mạch dưới đòn.**

*** Tắc mạch phổi, mạch vành do khí lọt vào trong lòng mạch.**

4.2. Tai biến trong khi truyền dịch.

- Tuột ống thông ra ngoài: Do người bệnh giãy dụa dứt ra.

+ Cố định người bệnh tốt.

+ Cố định dây Polyten vào thành ngực chắc chắn.

5. XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG LIÊN QUAN SAU ĐẶT CATHETER.

5.1. Chảy máu.

- Chảy máu dưới da ngay tại nơi chọc tạo nên khối máu tụ xung quanh ống thông.

- Hay gặp ở người bệnh bị bệnh về máu, người già mạch máu xơ cứng dễ vỡ tĩnh mạch...

- Xử trí: Băng ép tại chỗ theo dõi liên tục người bệnh trong giờ đầu.

5.2. Tắc ống thông.

- Phát hiện: Không thấy dịch chảy.

- Xử trí:

+ Dùng bơm tiêm vô khuẩn hút mạnh ra.

+ Dùng dây thông Inox có đầu xoắn đưa vào ống thông vừa xoáy vừa kéo cục máu đông ra.

5.3. Tụt ống Polyten ra ngoài tĩnh mạch.

- Phát hiện: Hạ thấp chai dịch truyền không thấy máu chảy ra.

- Xử trí rút ống thông ra đặt lại.

5.4. Sốt.

- Do phản ứng với ống thông (thời gian lưu ống thông 10 - 15 ngày).

- Nhiễm khuẩn.

*** Lưu ý:**

- Catheter tĩnh mạch trung ương phải được tiến hành bởi những người đã được huấn luyện

- Khi đo áp lực tĩnh mạch trung ương, bệnh nhân phải được theo dõi qua monitor

- Đảm bảo vô trùng khi thực hiện thủ thuật

- Dịch truyền qua catheter TW phải được đảm bảo liên tục tránh nghẹt catheter.

- Sau khi thực hiện thủ thuật đặt catheter luôn xác định vị trí đầu catheter bằng phim X-Quang

- Nếu sử dụng catheter để nuôi ăn tĩnh mạch:

- Hạn chế truyền Lipofundine, truyền máu vì thao tác làm tăng nguy cơ nghẹt catheter

- Hạn chế sử dụng 3 chia nếu không cần thiết vì tăng nguy cơ nhiễm trùng

6. CHĂM SÓC

6.1. Nhận định

- Dấu sinh hiệu: mạch, HA, nhiệt độ, SpO_2

- Quan sát vị trí đặt, thời gian lưu catheter?

- Quan sát vùng da xung quanh chân catheter

- Người bệnh có sốt không, đau không?

- Quan sát dịch truyền liên tục?

6.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Theo dõi chảy máu chân catheter trong quá trình đặt
- Người bệnh đau chỗ đặt catheter.
- Nguy cơ nhiễm trùng do quá trình đặt catheter quy trình đặt và thay băng không đảm bảo vô khuẩn

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Hạn chế chảy máu chân catheter
- Phòng nguy cơ tụt catheter.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng huyết cho người bệnh.
- Ngăn ngừa nguy cơ nhiễm trùng catheter.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

6.4.1. Theo dõi chảy máu chân catheter trong quá trình đặt.

- Theo dõi thao tác trong quá trình đặt catheter
- Thực hiện XQ kiểm tra vị trí catheter sau đặt
- Theo dõi sinh hiệu: mạch, HA, nhiệt độ, SpO2

6.4.2. Phòng nguy cơ tụt catheter.

- Băng ép cầm máu, thay băng catheter
- Khâu tại chỗ, băng cố định catheter
- Hướng dẫn người bệnh
- Tránh vận động mạnh
- Biết cách chăm sóc và theo dõi catheter.
- Xử lý khi tụt catheter đè ép tại chỗ, báo ngay nhân viên y tế

6.4.3. Nguy cơ nhiễm trùng catheter, nhiễm trùng huyết do quá trình đặt catheter quy trình đặt và thay băng không đảm bảo vô khuẩn

- Đảm bảo vô khuẩn khi thay băng
- Người bệnh giữ gìn vệ sinh cá nhân tốt
- Catheter không bị tắc, không bị huyết khối
- Vị trí chọc kim không sưng, không đỏ, không làm mủ.
- Theo dõi
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Ý thức bệnh nhân.

6.4.4. Giáo dục sức khỏe

- Cung cấp kiến thức về bệnh cho người nhà bệnh nhân.
- Hướng dẫn người nhà bệnh nhân cách chăm sóc về chế độ dinh dưỡng, vận động, nghĩ ngơi cho hợp lý.

- Hướng dẫn người nhà bệnh nhân có dấu hiệu bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.

6.5. Đánh giá

- Ý thức bệnh nhân tốt.
- Sinh hiệu ổn định sau đặt, chân catheter không chảy máu.
- Không bị nhiễm trùng catheter.
- Người bệnh không nhiễm trùng huyết
- Dinh dưỡng cho người bệnh hợp lý, đầy đủ

BÀI 7: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LỌC MÁU

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được các chỉ định và chống chỉ định.

1.2. Trình bày các nguyên tắc xử trí cấp cứu bệnh nhân lọc máu

1.3. Trình bày được các biến chứng lọc máu.

2. Kỹ năng

2.1. Nhận định và viết các chẩn đoán điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân lọc máu

2.2. Thực hiện được quy trình chăm sóc bệnh nhân lọc máu.

3. Thái độ

- Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Lọc máu là một biện pháp điều trị dùng màng lọc bán thấm để thay thế thận suy, nhằm: Lọc sạch các sản phẩm giáng hóa nội sinh bị tích tụ trong máu gây độc hại cho cơ thể khi suy thận. Quan trọng nhất là các nitơ, protein: ure, creatinin, acid uric... Điều chỉnh toan máu. Điều chỉnh rối loạn các chất điện giải, rút dịch phù. Loại bỏ các độc chất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Suy thận cấp

+ Nồng độ urê máu vượt quá 30 mmol/l, tăng kali máu.
+ Thiểu niệu, vô niệu
+ Toan máu nặng
+ Rối loạn Natri máu nặng
+ Quá tải muối, nước nặng
+ Phù phổi cấp, phù não
+ Rối loạn chuyển hóa acid-bazơ nặng
+ Hội chứng gan thận
+ Ngộ độc, quá liều thuốc.

- Suy thận mạn

+ Đợt cấp của suy thận mạn

+ Suy thận mạn giai đoạn cuối diễn biến đột ngột chưa kịp chỉ định nối thông động-tĩnh mạch. Các buổi lọc máu đầu tiên phải sử dụng đường vào mạch máu tạm thời.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, cần cân nhắc thận trọng trong các trường hợp sau:

- Xuất huyết não
- Rối loạn huyết động, nhất là khi huyết áp quá thấp

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật: Bác sĩ, điều dưỡng được đào tạo về kĩ thuật lọc máu

4.2. Phương tiện

- Máy thận nhân tạo: Kiểm tra máy thận, không còn chất sát trùng, kiểm tra độ dẫn điện dịch lọc, kiểm tra các báo động an toàn của máy thận.
- Hệ thống xử lí nước: Mở hệ thống nước, quan sát hoạt động toàn hệ thống, kiểm tra lưu lượng, độ dẫn điện của hệ thống.
- Các vật tư tiêu hao: Quả lọc, dịch lọc. kim AVF, catheter 2 nòng dùng cho lọc máu, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền, bông băng cồn y tế.
- Các thuốc chống đông

4.3. Bác sĩ kiểm tra tình trạng bệnh trước khi lọc máu: Tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng của Người bệnh, các thuốc và điều trị gần đây nhất. Chỉ định cho buổi lọc, các thay đổi liều lượng thuốc, chỉ định theo dõi điều trị. Người bệnh và người nhà người bệnh được giải thích về bệnh và kĩ thuật lọc máu.

4.4. Điều dưỡng chuẩn bị: Cân Người bệnh, đo mạch, huyết áp và ghi chép đầy đủ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Đường vào mạch máu

5.1.1. Đường tĩnh mạch đùi: đặt catheter theo kĩ thuật Seldinger

Ưu điểm: Dễ thực hiện, phù hợp với lọc máu cấp cứu, đảm bảo lưu lượng máu tốt

Tai biến thường gặp, nhược điểm: Tụ máu do chọc nhầm vào tĩnh mạch đùi. Gây thông động - tĩnh mạch đùi, không lưu catheter được lâu ngày vì dễ tắc mạch và dễ nhiễm khuẩn.

5.1.2. Đường tĩnh mạch dưới đòn

Ưu điểm: Cố định catheter tốt, chăm sóc, theo dõi tại chố đặt catheter dễ dàng.

Tai biến thường gặp: Có thể gây các tai biến nặng như tràn khí, tràn máu màng phổi, tắc mạch và chít hẹp tĩnh mạch dưới đòn gây nên hội chứng cánh tay to làm ảnh hưởng tới chức năng vận động và thẩm mỹ, nhiễm khuẩn.

5.1.3. Đường tĩnh mạch cảnh trong: Hay được sử dụng thay đường tĩnh mạch dưới đòn vì hạn chế được tốc độ huyết khối tĩnh mạch so với đường tĩnh mạch dưới đòn nhưng đối với các Người bệnh phải mở khí quản thì rất dễ gây biến chứng nhiễm trùng.

5.2. Thiết lập vòng tuần hoàn ngoài cơ thể

- Bước 1: Lắp bộ lọc thận
- Bước 2: Đuổi hơi kĩ đảm bảo không còn khí trong quả lọc, quay vòng heparin.
- Bước 3: kiểm tra hoạt động và an toàn của vòng tuần hoàn ngoài cơ thể
- Bước 4: Lắp người bệnh với vòng tuần hoàn ngoài cơ thể theo thứ tự: Bơm heparin liều tấn công, đặt heparin liều duy trì, đặt tốc độ bơm máu. Khi máu đến bầu tĩnh mạch thì nối dây tĩnh mạch với đầu tĩnh mạch của catheter. Kiểm tra và điều chỉnh các thông số: tốc độ bơm máu, hệ số siêu lọc, thời gian lọc máu, bấm nút lọc, kiểm tra các chức năng an toàn.

5.3. Theo dõi trong buổi lọc

- Theo dõi huyết áp, mạch Người bệnh. Kiểm tra áp lực động mạch, tĩnh mạch.áp lực xuyên màng.
- Theo dõi nồng độ dịch lọc.
- Theo dõi toàn trạng Người bệnh, đường huyết ở các Người bệnh tiểu đường.
- Ghi chép đầy đủ các dấu hiệu

5.4. Kết thúc lọc máu: Trả máu lại cho Người bệnh là đưa toàn bộ máu ở vòng tuần hoàn ngoài cơ thẻ về cho Người bệnh theo thứ tự:

- Dừng bơm máu, kẹp đường động mạch của catheter và dây động mạch.
- Tháo dây động mạch, nối dây động mạch với chai dịch truyền.
- Mở kẹp dây động mạch, cho bơm máu chạy tốc độ thấp để dịch truyền đẩy máu từ từ vào cơ thể người bệnh đến khi quả lọc sạch, đường dây máu sạch. Trong thời gian trả máu, vỗ nhẹ vào quả lọc và kẹp nhẹ vào đường dây để tránh máu tồn đọng lại trong quả lọc và dây máu.
- Dừng bơm máu, kẹp đường tĩnh mạch của catheter và kẹp dây tĩnh mạch.
- Rút catheter hay bơm chất bảo quản catheter tùy theo chỉ định.

5.5. Hoàn thành ghi chép hồ sơ bệnh án, theo dõi sau lọc máu

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6.1. Tai biến xảy ra trong buổi lọc máu

- Giảm huyết áp: Xử trí bằng cách ngừng siêu lọc, giảm tốc độ máu, cho người bệnh nằm tư thế đầu thấp, phục hồi lại thể tích tuần hoàn bằng truyền dung dịch đẳng trương, ưu trương hay albumin.

- Cơn tăng huyết áp: sử dụng các thuốc hạ huyết áp đường uống, trường hợp cấp cứu sử dụng đường tiêm hoặc truyền tĩnh mạch.

- Rối loạn nhịp

+ Ngoại tâm thu thất: Xylocain 1% 5 - 10ml tiêm tĩnh mạch

+ Nhịp chậm: Atropin 1 - 2mg tiêm tĩnh mạch, nếu không đỡ truyền tĩnh mạch Isuprel (1-2mg trong 500ml).

Lấy máu làm xét nghiệm điện giải đồ và theo dõi monitor, kiểm tra xem có hạ kali máu.

- Cơn chuột rút: Giảm siêu lọc, dùng Nacl 10%, 20% tiêm tĩnh mạch

- Đau đầu: Xử trí tùy nguyên nhân đau đầu

- Mất máu: nếu do đông vòng tuần hoàn ngoài cơ thể, chỉ định truyền máu cấp cứu.

- Sốt và rét run: thuốc hạ sốt, chống dị ứng và tìm nguyên nhân

- Cơn đau ngực: Nếu do giảm thể tích máu: truyền máu, nếu do căn nguyên mạch vành: thuốc giãn vành

- Ngừng tim: xoa bóp tim ngoài lồng ngực, thở ôxy, dùng các thuốc nâng huyết áp.

- Nôn và buồn nôn: tìm nguyên nhân để điều trị

- Các tai biến khác: đông vòng tuần hoàn ngoài cơ thể, dị ứng, co giật, tắc mạch do hơi, phù phổi cấp...

6.2. Ngoài ra cần lưu ý các tai biến sau:

- Hội chứng mất cân bằng: điều chỉnh nước điện giải

- Các tai biến của đường vào mạch máu: băng ép

- Mỗi buổi lọc mất khoảng 10-13g acid amin và mất khoảng 30g glucose. Chỉ định truyền các dung dịch acid amin và các dung dịch glucose ưu trương.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu đúng nhất

Câu 1. Vị trí nào thường gây tắc mạch do huyết khối khi lọc máu liên tục?

A. Tại vị trí kết nối giữa vòng tuần hoàn máy với Catheter

B. Tại vị trí đặt Catheter

C. Tại vị trí mạch máu phổi

D. Tại màng lọc

Câu 2: Nguyên nhân nào gây hạ huyết áp khi bệnh nhân đang lọc máu?

A. Cản trở kênh Natri của tế bào

B. Tăng áp lực thẩm thấu

C. Đẩy dịch từ ngoại bào vào nội bào

D. Giảm thể tích nội mạch

Câu 3. Vị trí nào thường được phẫu thuật làm cầu nối thông động - tĩnh mạch ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ?

A. Động mạch cánh tay -tĩnh mạch cảnh trong

B. Động mạch chậu -tĩnh mạch thận

C. Động mạch thận -tĩnh mạch thận

D. Động mạch quay – tĩnh mạch nền cổ tay

Câu 4. Nguyên lý của màng lọc bán thấm sử dụng để thay thế thận suy trong lọc máu, ngoại trừ:

A. Thẩm thấu

B. Siêu lọc

C. Cơ học

D. Hấp thu

Câu 5. Nguyên nhân gây thiếu hụt dinh dưỡng khi bệnh nhân có lọc máu liên tục, ngoại trừ:

A. Nhu cầu chuyển hóa tăng

B. Mất các acid amin qua màng lọc

C. Các dịch lọc chứa đầy đủ các khoáng chất và các yếu tố vi lượng (kẽm, selen, đồng, magie, chrom, phospho …)

D. Người bệnh thường mệt mỏi

Câu 6. Nguyên nhân nào gây tắc mạch khi lọc máu liên tục, ngoại trừ?

A. Khí từ bên ngoài xâm nhập vào trong vòng tuần hoàn máy lọc máu.

B. Bộ phận cảm nhận của máy lọc hoạt động không tốt khí

C. Nhu cầu chuyển hóa tăng

D. Tắc mạch phổi

BÀI 8: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, biến chứng khi đặt nội khí quản, mở khí quản.

1.2. Trình bày được chị định đặt nội khí quản, mở khí quản.

1.3. Kể được các lỗi hay gặp trong quá trình chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản, mở khí quản.

2. Kỹ năng

- Thực hiện được quy trình chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản, mở khí quản.

3. Thái độ

- Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

1. MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN.

- Đảm bảo thông khí cho người bệnh.
- Hút đờm dãi cho người bệnh được dễ dàng và có hiệu quả.
- Đặt ống nội khí quản cho người bệnh tạo cơ sở cho việc hô hấp hỗ trợ bằng bóp bóng, thở máy có hiệu quả và được liên tục.

2. CHỈ ĐỊNH CỦA ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN.

Đặt ống nội khí quản cho người bệnh được chỉ định trong các trường hợp:

- Giải phóng đường hô hấp khi bị tắc nghẽn: Hút sạch đờm dãi hoặc dịch có trong khí quản.
- Bóp bóng Ambu và thông khí nhân tạo: khi có chỉ định bóp bóng Ambu hoặc thở máy cho người bệnh, thì việc đặt ống NKQ được đặt ra để giúp cho bóp bóng hoặc thở máy có hiệu quả.
- Rửa dạ dày ở người bệnh hôn mê: trong trường hợp người bệnh bị hôn mê lại có chỉ định rửa dạ dày việc đặt ống NKQ sẽ giúp bảo vệ đường thở cho người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.
- Sau khi rút ống nội khí quản vài phút đến vài giờ, người bệnh đột nhiên bị co thắt thanh môn, tím, thở rít, khó thở vào (đặt lại NKQ).
- Bảo vệ đường thở ở người bệnh hôn mê sâu hoặc liệt hô hấp: Trong trường hợp người bệnh bị hôn mê sâu hoặc liệt cơ hô hấp, thì việc đặt ống NKQ cho người bệnh phải được đặt ra để bảo vệ đường thở và sẵn sàng thực hiện hô hấp hỗ trợ khi cần thiết.
- Bơm rửa phế quản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Tuỳ theo đặt ống nội khí quản đường mũi hay đường miệng mà có chống chỉ định riêng.

3.1. Chống chỉ định đặt ống nội khí quản qua đường mũi ở những người bệnh.

- Đang có viêm mũi, phì đại cuống mũi, viêm xoang.
- Rối loạn đông máu hay giảm tiểu cầu.
- Sốt xuất huyết.
- Chảy nước não tuỷ qua xương sàng.
- Chấn thương mũi hàm.

3.2. Chống chỉ định đặt ống nội khí quản bằng đường miệng ở người bệnh.

- Sai khớp hàm.
- U vòm họng.
- Vỡ xương hàm.
- Phẫu thuật vùng hàm họng.

4. TRỢ GIÚP THẦY THUỐC ĐẶT ỐNG NKQ CHO NGƯỜI BỆNH.

4.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Đối với người bệnh tỉnh: Giải thích để người bệnh yên tâm, an ủi động viên người bệnh.
- Đối với người bệnh hôn mê: Giải thích để người nhà người bệnh biết được mục đích của việc đặt nội khí quản cũng như các tai biến có thể xảy ra trong khi làm thủ thuật.
- Hút đờm dãi cho người bệnh.
- Cho người bệnh thở oxy 100% qua mũi 3 - 5 phút trước khi làm thủ thuật.
- Nếu người bệnh ngừng thở hoặc có nguy cơ ngừng thở nên bóp bóng Ambu qua mũi miệng trước 10 - 15 phút để tình trạng người bệnh khá hơn, bớt tím tái mới tiến hành đặt.

4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Một khay men hình chữ nhật.
- Ống nội khí quản: Làm bằng chất dẻo có các cỡ khác nhau, tuỳ theo tuổi, thể trạng người bệnh mà lựa chọn loại ống nội khí quản cho phù hợp:

+ Đối với người lớn nên chuẩn bị 3 cỡ 8mm, 7,5mm, 7mm.

+ Đối với trẻ em có các cỡ 5,5mm, 4,5mm, 3mm.

Trên thực tế lâm sàng có thể lựa chọn ống nội khí quản cho người bệnh theo kinh nghiệm: Trẻ em chọn ống có đường kính bằng đầu ngón tay út của người bệnh, người lớn bằng ngón tay đeo nhẫn.

- Đèn soi thanh quản, kẹp để kẹp ống nội khí quản (kẹp Magill).
- Thuốc gây tê Xylocain 1%, bơm phun (bóng xịt) thuốc vào thanh, khí quản.
- Thuốc Atropine sunphat, Valium, bơm kim tiêm 5ml, dầu Parafin.
- Máy hút và ống hút.
- Băng cuộn để chèn 2 hàm răng (nếu đặt ở miệng).
- Băng để cố định ống (băng dính hoặc 1 đoạn băng cuộn).
- Hộp chống sốc, huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.
- Bóng Ambu, bình oxy và dụng cụ thở oxy, gối kê vai, găng tay.

4.4. Tiến hành.

- Kỹ thuật đặt ống nội khí quản có thể được tiến hành theo các cách: Đặt qua đường mũi (có đèn soi hoặc không có đèn soi) và qua đường miệng. Trong thực tế đặt ống nội khí quản qua đường mũi hay được áp dụng vì đặt qua mũi tiện lợi hơn người đặt có thể đặt mò không cần đến đèn soi thanh quản, sau khi đặt người bệnh vẫn có thể ăn, uống được và tránh được hiện tượng người bệnh cắn vào ống nội khí quản.

- Khi trợ giúp thầy thuốc đặt ống nội khí quản, người điều dưỡng cần làm tốt những công việc dưới đây.

4.4.1. Chuẩn bị tư thế cho người bệnh.

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để đường thở thẳng dễ đưa ống nội khí quản vào hơn, tránh đưa nhầm ống nội khí quản vào thực quản (nhất là trong trường hợp không có đèn soi thanh quản).

4.4.2. Trợ giúp thầy thuốc trong khi tiến hành thủ thuật.

*** Đặt ống nội khí quản đường mũi**:

- Điều dưỡng đưa dụng cụ tới nơi làm thủ thuật và phụ giúp thầy thuốc.
- Kiểm tra lại tư thế của người bệnh.
- Hút đờm dãi và cho người bệnh thở oxy (nếu người bệnh có tím tái).
- Giúp thầy thuốc đi găng tay, điều dưỡng mang găng.
- Điều dưỡng lắp đèn soi thanh quản, kiểm tra ánh sáng của đèn và đưa cho thầy thuốc (nếu đặt ống nội khí quản có đèn soi).
- Bôi dầu Parafin vào ống nội khí quản và đưa cho thầy thuốc.
- Khi thầy thuốc tiến hành đưa ống vào khí quản, điều dưỡng thường xuyên theo dõi nhịp thở, sắc mặt người bệnh để phát hiện ngừng thở.
- Khi ống đã vào khí quản thì người bệnh có phản xạ ho và hơi phụt mạnh ra đầu ống nội khí quản. Trường hợp có tăng tiết đờm dãi thì hút đờm dãi cho người bệnh.
- Kiểm tra ống nội khí quản đã vào đúng vị trí:

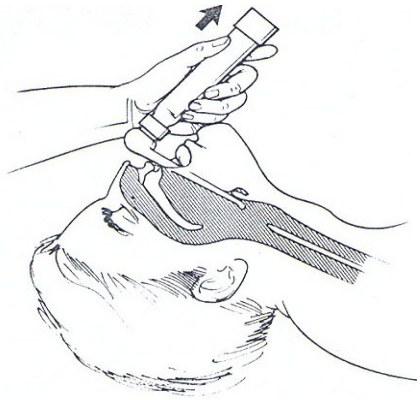
  + Bóp bóng Ambu qua ống nội khí quản thấy không khí vào đều 2 phổi là được.

+ Chụp X-quang phổi thấy đầu ống ở giữa hai đầu xương đòn hoặc ở 1/3 giữa khí quản.

- Dùng bơm tiêm bơm hơi vào bóng chèn (Cuff).
- Cố định ống nội khí quản.

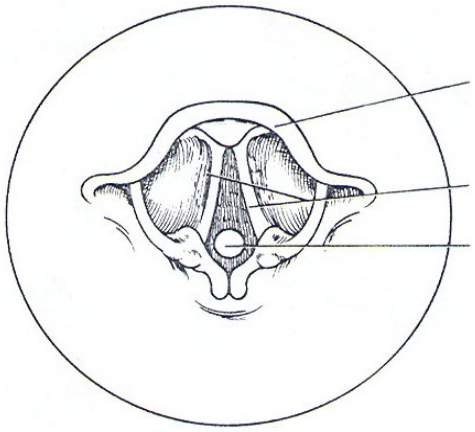
*** Đặt ống nội khí quản đường miệng.**

- Điều dưỡng đưa dụng cụ tới nơi làm thủ thuật và phụ giúp thầy thuốc.
- Kiểm tra lại tư thế của người bệnh.
- Hút đờm dãi và cho người bệnh thở oxy (nếu người bệnh có tím tái).
- Giúp thầy thuốc đi găng tay, điều dưỡng mang găng.
- Điều dưỡng lắp đèn soi thanh quản, kiểm tra ánh sáng của đèn và đưa đèn soi cho thầy thuốc.
- Hút đờm dãi cho người bệnh.

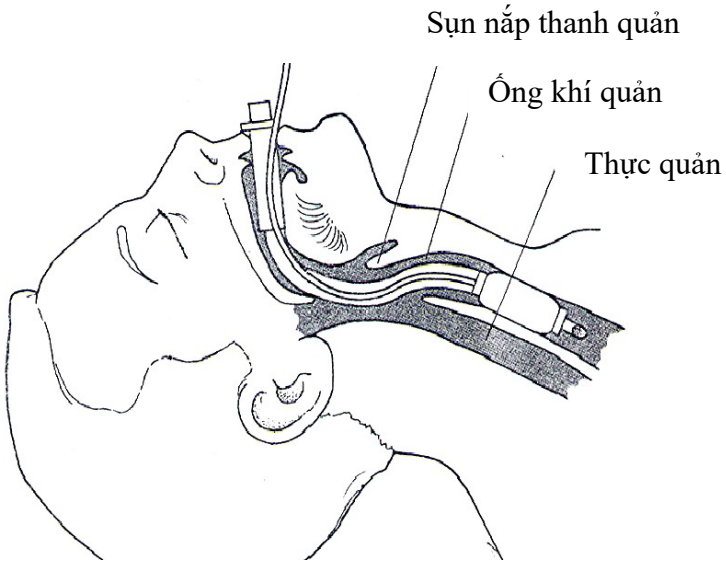


Hình 1: *Kỹ thuật đặt ống NKQ có đèn soi*

- Đưa thuốc gây tê cho thầy thuốc: Trong trường hợp co thắt thanh quản nhiều thì bơm phun dung dịch Xylocain để gây tê vùng thanh khí quản cho người bệnh.
- Đưa kẹp Magill để thầy thuốc kẹp đầu ống đưa vào khí quản.
- Khi ống đặt được vào khí quản nếu người bệnh có tăng tiết đờm dãi thì cần khẩn trương hút đờm dãi cho người bệnh.



Hình 2: *Vị trí khí quản nhìn từ ngoài*



Hình 3: *Kỹ thuật đặt ống NKQ*

- Bóp bóng Ambu để kiểm tra vị trí ống nội khí quản, thông khí 2 phổi.
- Dùng bơm tiêm bơm hơi vào bóng chèn (Cuff).
- Chèn gạc hoặc băng cuộn để cố định ống nội khí quản.
- Lắp hệ thống oxy vào bóng Ambu và bóp bóng Ambu.

4.5. Thu dọn dụng cụ.

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, tháo găng.
- Ghi hồ sơ:
  + Ngày giờ làm thủ thuật.
  + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi đặt ống nội khí quản.
  + Điều dưỡng ký tên.

5. CÁC TAI BIẾN VÀ CÁCH THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN.

5.1. Các tai biến hay gặp trong khi đặt ống NKQ và cách xử trí.

- Chảy máu do chấn thương họng, nắp thanh môn.

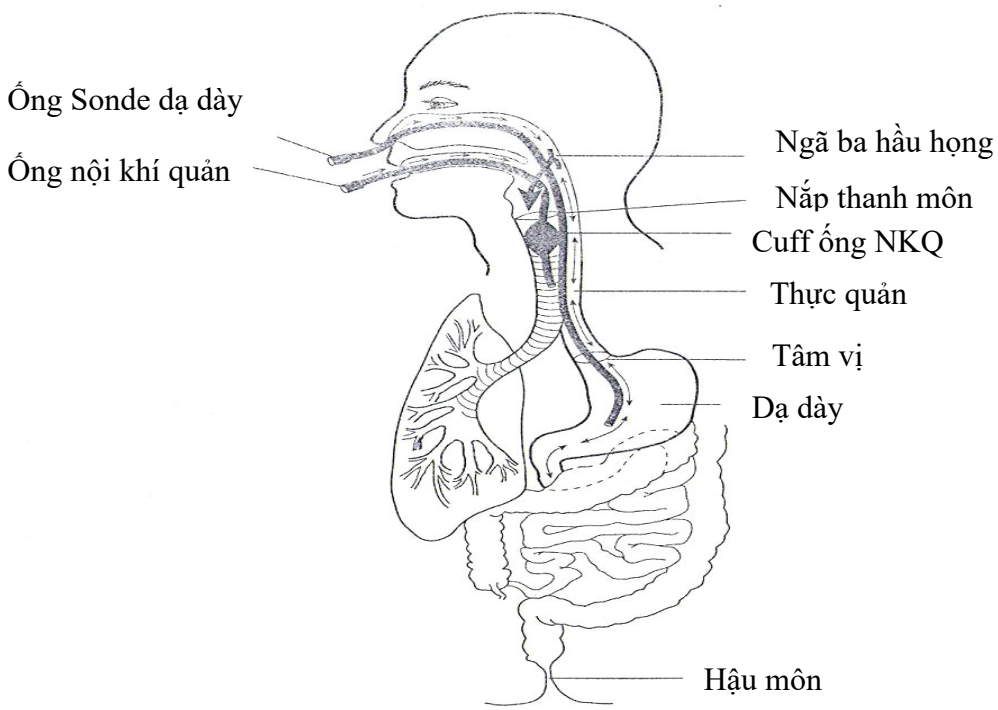
+ Nguyên nhân thường hay gặp do người làm thủ thuật không đúng kỹ thuật hoặc làm thủ thuật thô bạo.

+ Xử trí: Hút sạch máu, vệ sinh miệng họng cho người bệnh hàng ngày, kết hợp dùng kháng sinh theo chỉ định của thầy thuốc.

- Đặt nhầm ống NKQ vào thực quản.

- Đặt ống nội khí quản vào một nhánh khí quản:

+ Phát hiện: Bóp bóng Ambu nghe thấy thông khí chỉ xuất hiện ở một bên phổi hoặc chụp X-quang thấy ống nội khí quản nằm ở một bên nhánh khí quản.



Hình 4: *Vị trí ống NKQ và Sonde dạ dày đặt đúng kỹ thuật.*

+ Xử trí: Đặt lại ống nội khí quản cho người bệnh.

- Nhiễm khuẩn phổi, phế quản sau 24 giờ. Xử trí bằng kháng sinh, đặc biệt là kháng sinh chống vi khuẩn Gram âm.

- Phù nề nắp thanh môn và dây thanh đới, cần kiểm tra các biến chứng này trước khi rút ống nội khí quản cho người bệnh.

- Ngừng tim đột ngột do phản xạ, do co thắt thanh môn quá mạnh. Xử trí: Đấm mạnh vào vùng trước tim người bệnh nhiều lần, tiếp tục bóp bóng Ambu qua ống nội khí quản với oxy 100%. Cấp cứu ngừng tim bằng ép tim ngoài lồng ngực.

5.2. Theo dõi người bệnh sau đặt ống nội khí quản.

- Theo dõi sát người bệnh: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Theo dõi điện tim.
- Đo các chất khí trong máu: độ bão hoà oxy...
- Trường hợp người bệnh tỉnh cố định chân, tay đề phòng họ rút ống nội khí quản ra.
- Theo dõi, đánh giá mức độ suy hô hấp để xử trí kịp thời.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất.

1. Đặt ống nội khí quản cho người bệnh được chỉ định trong trường hợp.

A. Hút đờm dãi.
B. Viêm phổi.
C. Viêm phế quản.
D. Bơm rửa phế quản

2. Chống chỉ định đặt ống nội khí quản đường mũi đối với người bệnh bị mắc bệnh.

A. Phì đại cuống mũi.
B. Viêm mũi.
C. Viêm xoang.
D. Cả 3 ý trên.

Bài 9: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THỞ MÁY

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được Khái niệm, Các thông số máy thở.

1.2. Trình bày được một số chế độ thở chính và bảo quan máy thở.

2. Kỹ năng

- Thực hiện được quy trình chăm sóc bệnh nhân thở máy.

3. Thái độ

- Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Nhắc lại sinh lý hô hấp.

1.1.1. Các thông số hô hấp:

* *Thể tích khí lưu thông* (V_t): Là lượng không khí một lần hít vào hoặc thở ra bình thường. Phần thực sự tham gia trao đổi chỉ khoảng 350ml.

* *Thể tích dự trữ hít vào* (IRV: Inspiratory reserved volume): Là thể tích không khí ta có thể cố gắng hít vào thêm nữa sau khi đã hít vào bình thường, còn được gọi là thể tích khí bổ sung.

* *Thể tích dự trữ thở ra* (ERV: Expiratory reserved volume): Là thể tích không khí ta có thể cố gắng thở ra thêm nữa sau khi đã thở ra bình thường, còn gọi là thể tích dự trữ của phổi. Bình thường khoảng 800 – 1200 ml.

* *Thể tích khí cặn* (RV: Residual volume): Là thể tích không khí còn lại trong phổi sau khi đã thở ra hết sức, đây là lượng không khí mà ta không thể nào thở ra hết được. Bình thường khoảng 1000 – 1200 ml.

Thể tích cặn càng lớn, càng bất lợi cho sự trao đổi khí.

* *Dung tích sống* (VC: Vital capacity), dung tích hô hấp gồm tổng của hai hay nhiều thể tích hô hấp.

VC = IRV + TV + ERV

Dung tích sống là lượng khí huy động được tức là thở ra ngoài được nên có thể đo bằng máy Spirometer. Dung tích sống là một chỉ số đánh giá thể lực.

* *Dung tích cặn chức năng* (FRC: Functional residual capacity): Là số lít khí có trong phổi cuối thì thở ra bình thường, tức là ở vị trí nghỉ thở, các cơ hô hấp thư giãn hoàn toàn, bao gồm tổng của 2 thể tích:

FRC = ERV + RV

Dung tích cặn chức năng có ý nghĩa lớn trong sự trao đổi khí.

* *Dung tích toàn phổi* (TLC: Total Lung capacity)

Là tổng số lít khí tối đa có trong phổi, gồm tổng các thể tích:

TLC = IRV + TV + ERV + RV

LC = VC + RV

Bình thường khoảng 5 lít.

**Dung tích hít vào* (IC: Inspiratory capacity): Là số lít khí hít vào được tối đa kể từ vị trí nghỉ thở thư giãn

IC = TV + IR

1.1.2. Vai trò của thông khí trong hô hấp*:* có vai trò rất quan trọng, thông khí làm tiền đề cho sự cung cấp oxy và thải trừ khí CO_2 ra ngoài. Trong nhiều trường hợp, các rối loạn hô hấp có thể giải quyết bằng cách thở oxy để tăng nồng độ oxy ở khí thở vào nhưng biện pháp này không đảm bảo trong các trường hợp có:

- Rối loạn nhịp thở trầm trọng: Thở nhanh quá hoặc chậm quá.
- Ngừng thở.
- Lực cản và độ đàn hồi của phổi quá lớn.
- Độ giãn nở của phổi quá thấp.

Khi đó sự cung cấp oxy và thải trừ CO_2 không thể thực hiện được lúc này vai trò của hô hấp nhân tạo có tính chất quyết định để đảm bảo sự sống cho người bệnh.

1.1.3. Cơ sở sinh lý của hô hấp tự nhiên và hô hấp nhân tạo:

- Hô hấp tự nhiên:

+ Thì thở vào bắt đầu từ sự chênh lệch áp lực giữa khí quyển và phế nang do các cơ hô hấp làm giãn lồng ngực gây ra áp lực phế nang thấp hơn áp lực khí quyển, áp lực phế nang giảm do áp lực màng phổi trở thành âm tính.

+ Thì thở ra là một quá trình thụ động. Cơ hoành đẩy lên cao, cơ liên sườn giãn ra làm cho lồng ngực hạ xuống và áp lực màng phổi trở về bình thường, áp lực phế nang tăng lên và lớn hơn áp lực khí quyển, khí từ phế nang ra ngoài.

+ Trong hô hấp tự nhiên, áp lực trong màng phổi (trong lồng ngực) luôn luôn âm tính (từ -5cm đến -10cm H_2O), áp lực trong phế nang thay đổi từ –3cm đến + 2cm H_2O.

- Hô hấp nhân tạo.

+ Cũng như nguyên lý của hô hấp tự nhiên, hô hấp nhân tạo cũng được thực hiện theo độ chênh lệch áp lực. Để đưa được khí vào trong phổi, máy phải sử dụng một áp lực dương lớn hơn áp lực khí quyển và ở thì thở vào chỉ chấm dứt khi độ chênh lệch không còn nữa. Đến lúc này phổi đã nhận được một thể tích khí nhất định và thì thở ra bắt đầu.

+ Khi hô hấp nhân tạo điều khiển thì dưới áp lực dương tính ở thì thở vào:

(Ví dụ: 15 cm H_2O), áp lực trong màng phổi thay đổi từ 0 đến +12 cm H_2O.

1.2. Thở máy, thôi thở máy và cai thở máy.

- Thở máy (thông khí nhân tạo) thông khí áp lực dương, dùng máy đẩy vào phổi làm tăng áp lực đường thở trung tâm.

- Cai thở máy: Là sự tách bỏ dần sự phụ thuộc của người bệnh vào máy thở, khi những người bệnh này đã quen và phụ thuộc vào máy, quá trình tập luyện để bỏ máy gọi

là cai thở máy. Cai thở máy thường ở những người bệnh đã thở máy trên 1 lần. Cai thở máy cần thực hiện ngay sau khi người bệnh thở máy đã ổn định về hô hấp, tuần hoàn. Cai thở máy quá sớm làm cho người bệnh trở lại thiếu oxy, mệt cơ và ảnh hưởng tới tâm lý người bệnh. Cai thở máy càng chậm, càng nhiều yếu tố nguy cơ và biến chứng do máy thở, ống nội khí quản, mở khí quản gây ra.

- Thôi thở máy: Là bỏ máy để người bệnh tự thở, không còn sự phụ thuộc vào máy, nhưng có thể vẫn cần thở oxy và để ống nội khí quản để hút đờm thêm một thời gian nữa.

Ví dụ: Người bệnh phẫu thuật cần thở máy cho tới khi hết tác dụng của thuốc giãn cơ, hay các thuốc mê khác. Thôi thở máy dễ thực hiện ở những người bệnh mới thở máy lần đầu.

2. MỤC TIÊU THỞ MÁY

2.1. Mục tiêu sinh lý

- Hỗ trợ trao đổi khí qua phổi nhờ thay đổi thông khí phế nang và oxy hóa máu động mạch.
- Giảm gánh nặng chuyển hóa nhờ giải phóng cơ hô hấp
- Giảm tổn thương phổi do máy thở

2.2. Mục tiêu lâm sàng

- Giải quyết được tình trạng giảm oxy hóa máu.
- Giải quyết được tình trạng toan hô hấp cấp.
- Giải quyết vấn đề suy hô hấp cấp - phòng và điều trị xẹp phổi
- Giải quyết vấn đề mệt cơ hô hấp
- Cố định thành ngực
- Giảm mức tiêu thụ oxy của tổ chức hoặc mức tiêu thụ oxy của cơ tim.

3. CHỈ ĐỊNH THỞ MÁY.

3.1. Giảm thông khí phế nang.

- Tổn thương thần kinh trung ương như tai biến mạch máu não.
- Liệt thần kinh ngoại biên, gây liệt hô hấp như:
    + Rắn độc cắn.
    + Hội chứng Guillainbare' (viêm đa rễ thần kinh).
- Bệnh phổi và phế quản mãn tính có:
    + Phân áp PaO2 < 60 mmHg (Bình thường 95 mmHg).
    + $PaCO_2$ > 45 mmHg (Bình thường 40 mmHg).
- Các tình trạng co giật toàn thân kéo dài như: Cơn động kinh liên tục, uốn ván toàn thể, ngộ độc Stricnin…

3.2. Giảm oxy máu nặng.

- Các bệnh phổi có tổn thương phổi rộng lớn.
- Phù phổi cấp có tổn thương phổi.

- Suy hô hấp cấp.

- Các trường hợp hôn mê sâu, có suy hô hấp, có ứ đọng đờm dãi.

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH THỞ MÁY.

- Tràn khí màng phổi.

- Tăng thông khí do tăng chuyển hoá hoặc do tổn thương não không phải là suy hô hấp cấp.

- Người suy hô hấp cấp có tràn dịch màng phổi cần phải được dẫn lưu dịch trước khi thông khí nhân tạo (thở máy).

5. BIẾN CHỨNG CỦA THỞ MÁY.

5.1. Tim mạch.

- Thì thở vào áp lực khí ở phế nang tăng cao, làm cho tuần hoàn mao mạch chậm lại, máu về tim giảm làm giảm cung lượng tim, ảnh hưởng đến lưu lượng máu ở phổi: Áp lực mao mạch phổi bình thường = 11 cm nước.

- Khi áp lực khí trong phổi = 6,5 cm nước sẽ làm áp lực mao mạch phổi giảm máu ở tim phải không đẩy đi được làm tăng gánh nặng cho tim phải gây suy tim.

- Khi cho thở máy $PaCO_2$ giảm mạnh gây co mạch não làm giảm tuần hoàn ở não.

5.2. Nhu mô phổi và phế quản.

- Trong một số bệnh phổi: Ở phế quản có tắc nghẽn phải dùng hô hấp nhân tạo với áp lực để đẩy khí vào phổi cao từ 80 cm – 100 cm nước mới đảm bảo khí vào tới phế nang, áp lực này dễ gây vỡ phế nang gây tràn khí màng phổi.

- Ở những người bệnh giãn phế nang có bóng hơi khi thở máy ở áp lực cao gây chảy máu phổi và tắc mạch phổi do hơi.

- Sự phân bố khí không đều trong phổi do một số bệnh phổi mãn tính hoặc do ứ đọng đờm dãi.

5.3. Chuyển hoá.

- Nếu thông khí phút quá thấp thì $PaCO_2$ tăng và PaO_2 giảm gây nên xung huyết mạch não có thể gây: Co giật, rối loạn nhịp tim, rung thất làm cho người bệnh hôn mê sâu hơn.

- Trường hợp ngộ độc thuốc ngủ giảm thông khí phút gây nên toan hô hấp tiên lượng tồi đi.

- Nếu thông khí phút quá cao thì $PaCO_2$ giảm quá nhanh làm cho người bệnh nhiễm kiềm hô hấp gây nên trụy mạch.

5.4. Các rối loạn khác: Người bệnh thở máy kéo dài sẽ có những ảnh hưởng về.

- Trạng thái tâm thần.

- Rối loạn tiết niệu do giảm bớt tưới máu thận, ức chế yếu tố bài tiết Natri làm giảm bớt độ thanh lọc nước gây ứ đọng toàn thể.

- Rối loạn tiêu hoá: Bụng chướng, liệt ruột, táo bón do nằm lâu.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY.

6.1. Nhận định

6.1.1. Người bệnh: mỗi ít nhất 2 giờ

- Tri giác: AVPU
- Sắc môi: hồng, tím (giảm oxy máu - suy hô hấp)
- Dấu hiệu sống: M, HA, T^0, NT, SpO_2
- Nhìn di động lồng ngực, nghe phế âm, ran phổi
- Ví dụ: Thông khí có hiệu quả: Di động lồng ngực: đều, phế âm đều 2 bên, Co kéo (-), môi hồng, $SaO_2 > 92\%$, mạch, HA ổn, chi ấm, nằm yên, tỉnh táo

6.1.2. Xem NKQ: chiều dài, cố định, đàm

6.1.3. Hoạt động máy thở:

- Hệ thống ống máy thở: rò rỉ, cố định?
- Nước bình làm ấm và ẩm: nước cất vô trùng
- Nhiệt độ khí thở: 37 ± 0,5 ºC
- Bẫy nước: vị trí thấp nhất, đổ nước đọng khi > ½ bẫy nước. Theo dõi lượng nước ở bình làm ẩm khí: Thường xuyên thay nước trong bình làm ẩm bằng nước sạch cứ sau mỗi 8 đến 12 giờ chạy máy.
- Có nước trong dây dẫn không?
- Có đủ nước ở bình làm ẩm khí không?
- Thể tích thông khí/ phút?
- Áp lực bơm khí (nén khí)?

6.1.4. Các thông số thở máy phù hợp y lệnh: Các giới hạn báo động:

- High Pressure = peak + 10 (< 40cm H2O)
- Low Pressure = PEEP + 5cm H2O
- High Minute volume = 120 % VE
- Low Minute volume = 80 % VE
- High Tidal volume = 120 % VT
- Low Tidal volume = 80 % VT
- FiO_2 = ± 5 % FiO2 cài đặt

6.1.5. Cận lâm sàng:

- Khí máu:
  + Đầu tiên sau thở máy 30 phút – 1 giờ
  + Ngày 1 – 2 lần hoặc hơn, tùy y lệnh

-XQ phổi:

  + Ngay sau đặt NKQ: vị trí NKQ, tổn thương phổi
  + Sau 24 – 48 giờ

+ Hoặc khi cần xác định TKMP, VP

-Theo dõi tình trạng rối loạn nước điện giải.

6.1.5. Theo dõi, phát hiện hiện tượng chống máy: Khi người bệnh đã thở được thì nhịp thở máy phải trùng với nhịp thở của người bệnh.

6.2. Chăm sóc.

6.2.1. Thông đường thở

- Tư thế: đầu cao 30^0, ngữa đầu
- Giảm trào ngược gây VP hít, càng sớm càng tốt
- Cố định ống NKQ: Cách dán băng keo, ghi ID, chiều dài trên băng keo.

*** Hút đàm qua NKQ:**

- Nguyên tắc:
  + Đảm bảo kỹ thuật vô trùng
  + Tránh gây thiếu oxy khi hút
- Chỉ định:
  + Chỉ hút đàm khi có đàm
  + Tiếng thở rồ rồ
  + Đàm trong ống NKQ
  + Báo động áp lực cao Phổi ran ứ đọng BN tím tái, $SpO_2 \Downarrow$
- Các điểm lưu ý:
  + 2 điều dưỡng: 1 chính – 1 phụ
  + Dụng cụ vô trùng: ống hút, găng, chén chun, nước muối sinh lý, găng, ống tiêm
  + Ống hút: < ½ đường kính trong NKQ
- Áp lực hút:
  + Trẻ nhỏ - 80 đến -100 mmHg
  + Người lớn: -100 đến -120 mmHg

- Các điểm lưu ý:

+ Bóp bóng/máy thở FiO_2 100% (↑ 20%) trước, trong và sau hút + SpO_2 theo dõi liên tục

+ Chiều sâu khi hút: không quá đầu ống NKQ 1cm

+ Thời gian 1 lần hút: 10 giây (= nhịp thở ĐD)

+ Không nhỏ NaCl vào NKQ. Vì bơm nước muối 0,9% làm loãng đàm có thể tăng nguy cơ nhiễm trùng và thiếu oxy máu khi hút đàm qua NKQ. Khuyến cáo hiện tại: Không dùng nước muối khi hút đàm. Nếu đàm đặc: thay ống hút đàm khác. Nhỏ nước muối chỉ khi đàm quá đặc

+ Chiều dài ống hút đưa vào? Thông thường người lớn nữ hay đặt số 7.5, 8.0 (chiều dài ống NKQ: *19, 20cm*), và nam là *8.0, 8.5* (chiều dài ống NKQ: *20, 22cm*) Không quá đầu dưới ống NKQ. Dán thước đo hút đàm lên giường bệnh. Đánh dấu mức cần đo bằng viết aceton. Mỗi lần hút phải đo chiều dài ống cần đưa vào

+ Nồng độ oxy bóp bóng giữa 2 lần hút: 100 %?

- Không oxy nồng độ cao: thiếu oxy máu khi hút
- Dùng oxy 100 % cho sơ sinh (sinh non): ROP. Khuyến cáo: dùng oxy giữa 2 lần hút cao hơn để oxy máu $SpO_2 > 90\%$, $PaO_2 > 60$ mmHg). FiO_2 cao hơn FiO_2 cài đặt 20 %.
- Chỉ dùng FiO_2 100% khi: Trước hút BN bị thiếu oxy máu nặng, $FiO_2 > 60$ %, BN cao áp phổi
- Giữa 2 đợt hút: bóp bóng bằng tay hay thở máy:

+ Thở máy: giảm nguy cơ TKMP khi hút đàm. Áp dụng khi:

- BN nằm yên, không chống máy
- BN có các thông số thở máy cao (FiO_2, PEEP)

+ Bóp bóng bằng tay:

- Phối hợp vật lý trị liệu
- BN chống máy nhiều
- BN cao áp phổi cần tăng thông khí

6.2.2. Vật lý trị liệu

- Thực hiện: do nhân viên vật lý trị liệu và ĐD chăm sóc
- Kỹ thuật vật lý trị liệu hô hấp:

+ Kỹ thuật rung

+ Kỹ thuật giảm thông khí

+ Hút đàm: lấy chất tiết ra ngoài

+ Vật lý trị liệu vận động ngừa biến chứng do bất động

- Xoay trở mỗi 2 giờ: ngừa loét**.** Vệ sinh vùng sinh dục cho người bệnh sau mỗi lần đi đại tiểu tiện đảm bảo luôn luôn khô sạch. Xoa bóp những vùng tỳ đè và thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ /lần.

6.2.3. Dinh dưỡng

- Kiểm tra sonde DD: vị trí, lượng thức ăn dư
- Nằm đầu cao 15-30^{0}C trong & sau ăn 1-2 giờ
- Tráng ống = nước chín
- Theo dõi tình trạng dung nạp: ói ọc, bụng chướng, tiêu chảy …
- Thay sonde DD mỗi 5 ngày. Nuôi dưỡng người bệnh: Cho người bệnh ăn qua sonde. Đảm bảo đủ dinh dưỡng (calo/ngày). Cụ thể

+ Liệt hô hấp không có nhiễm khuẩn: 30 calo/kg/24 giờ.

+ Suy hô hấp cấp có nhiễm khuẩn: 35 calo/kg/24h tăng dần 50 calo/kg/24h.

+ Đảm bảo người bệnh đi tiểu 1,5 lít/24giờ.

+ Đảm bảo lượng dịch truyền 2 - 2.5 lít/24giờ (Dung dịch Ringer lactac hoặc NaCl 0,9 %) không dùng Dung dịch Glucose 5 %.

6.2.4. Phòng ngừa nhiễm khuẩn BV

- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn để tránh gây nhiễm khuẩn chéo: Chú ý đến các hiện tượng tắc đờm, tụt ống vào thực quản hoặc ống vào phế quản phải, tuột ống ra ngoài.
- Vệ sinh răng miệng: Tăng cường chải răng 2 lần/ngày

+ Hút dịch trong miệng

+ Lau miệng bằng nước chín

- Vệ sinh khoa phòng
- Bộ dây máy thở: thay mỗi tuần 2 lần, hoặc khi dơ (chất nôn, máu), khử trùng bộ dây máy thở mỗi 72h
- Vận động thể lực*:* Vận động 3 giờ một lần phòng ngừa teo cơ cứng khớp, ứ trệ tuần hoàn, viêm tắc tĩnh mạch.

6.2.5. Tăng cường giao tiếp, thông tin, giáo dục sức khoẻ cho người bệnh.

- Thường xuyên giải thích động viên người bệnh chịu thở máy.
- Hướng dẫn người bệnh thở máy có hiệu quả: Không giãy dụa, không rút ống NKQ, không chống máy.
- Giúp người bệnh có nhiều nỗ lực cai thở máy: Tự thở từng đoạn, tăng dần thời gian tự thở.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên nhân gây chống thở máy ở chính người bệnh, ngoại trừ:

A. Người bệnh mới thở máy
B. Tràn khí màng phổi
C. Co thắt tiểu phế quản
D. Tăng tiết đàm gây tắc lòng nội khí quản

Câu 2. Bệnh nhân có biểu hiện chống máy thở, việc cần làm đầu tiên của điều dưỡng là:

A. Ngưng cho bệnh nhân thở máy và bóp bóng bằng tay với oxy 100%
B. Cho phun khí dung để giảm co thắt
C. Ngưng cho bệnh nhân thở máy và cho thở oxy dòng 10 lít/phút
D. Báo bác sĩ

Câu 3. Nguyên nhân của chống máy thở đe dọa tính mạng của bệnh nhân nhanh chóng, ngoại trừ:

A. Tắc nghẽn đường thở
B. Tràn khí màng phổi
C. Sút ống nội khí quản
D. Bóng chèn quá căng

Câu 4. Các vấn đề cần chăm sóc ở người bệnh có nội khí quản, ngoại trừ:

A. Kiểm tra áp lực bóng chèn
B. Hút đàm
C. Cố định ống nội khí quản bằng dây
D. Sát khuẩn ống nội khí quản

Câu 5: Biến chứng nào thường gặp của nuôi ăn qua đường tiêu hóa ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu?

A. Hội chứng tái nuôi dưỡng
B. Tiêu chảy
C. Hít sặc
D. Tắc mật