

**TÀI LIỆU ÔN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG
TRONG XÉT TUYỂN VIÊN CHỨC BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TỈNH TRÀ VINH NĂM 2023
(CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG VÀ CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG)**

BÀI 1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

1. Định nghĩa:

Theo qui ước của Tổ chức y tế Thế giới, ở người trưởng thành gọi là tăng huyết áp khi HA (huyết áp) tâm thu ≥ 140 mmHg và / hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg. Với ít nhất 2 lần khám khác nhau, mỗi lần khám đo HA ít nhất 2 thời điểm khác nhau.

- Huyết áp động mạch thường không cố định mà có thể thay đổi:
- + Trong ngày: thường ban đêm thấp hơn ban ngày.
- + Theo tuổi: tuổi già thường cao hơn tuổi trẻ.
- + Theo giới: nữ thường thấp hơn nam.
- Về mặt chỉ số huyết áp, người ta có thể phân chia như sau (JNC/VII)

	HA tâm thu	HA tâm trương
+ Bình thường cao:	130-139	85- 89
+ Tăng huyết áp giai đoạn I:	140-159	90-99
+ Tăng huyết áp giai đoạn II:	160	100

2. Phân loại tăng huyết áp

Trong tăng huyết áp người ta có thể chia ra các loại sau:

- Tăng huyết áp thường xuyên.

Trong loại này còn chia thành:

- + Tăng huyết áp lành tính.
- + Tăng huyết áp ác tính.

- Tăng huyết áp cơn: trên cơ sở huyết áp bình thường hoặc gần bình thường,

có những cơn huyết áp cao vọt những lúc có cơn này thường hay xảy ra tai biến.

- Tăng huyết áp dao động.
- Tăng huyết áp thứ phát.
- Tăng huyết áp nguyên phát.

3. Nguyên nhân THA (tăng huyết áp) thứ phát:

Chiếm khoảng 10% các trường hợp THA, thường gặp ở người trẻ tuổi. Các nguyên nhân thường gặp có thể là:



** Bệnh thận:*

- Viêm cầu thận (cấp, mạn)
- Viêm thận, bể thận, sỏi thận.
- Thận đa nang.
- Ứ nước bể thận.
- U tăng tiết renin.
- Hẹp động mạch thận.
- Suy thận.

** Bệnh nội tiết:*

- Cường aldosteron tiên phát (hội chứng Conn)
- Hội chứng Cushing.
- Phi đại tuyến thượng thận bẩm sinh.
- U tủy thượng thận.
- Tăng calci máu.
- Cường tuyến giáp.
- Bệnh to đầu chi

** Bệnh tim mạch:*

- Hẹp eo động mạch chủ (Tăng HA chi trên, giảm HA chi dưới).
- Hở van động mạch chủ (Tăng HA tâm thu, giảm HA tâm trương).
- Rò động tĩnh mạch.

* Một số nguyên nhân khác: Nhiễm độc thai nghén, bệnh tăng hồng cầu, nhiễm toan hô hấp...

4. Nguyên nhân THA nguyên phát:

Chiếm trên 90 % các trường hợp THA, thường gặp ở người trung niên và tuổi già. Tuy không tìm thấy nguyên nhân, nhưng các yếu tố sau được coi là các yếu tố nguy cơ của THA:

- Hút thuốc lá.
- Rối loạn chuyển hóa lipid.
- Bệnh tiểu đường.
- Tuổi trên 60.
- Thường gặp ở nam giới và phụ nữ mãn kinh.
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm:
 - + Nam dưới 65 tuổi.
 - + Nữ dưới 55 tuổi.

- Ngoài ra còn kể đến một số yếu tố nguy cơ khác như: béo phì, ít hoạt động thể lực, sang chấn tinh thần, nghiện rượu...

5. Triệu chứng:

- THA thường không có triệu chứng cho tới khi xảy ra các biến chứng (đây chính là khó khăn cho việc phát hiện bệnh).

- Triệu chứng quan trọng nhất là đo huyết áp thấy tăng (phải đo đúng kỹ thuật).

- Các triệu chứng thực thể phụ thuộc vào giai đoạn bệnh (thực ra đây chính là các biến chứng hay do tăng huyết áp gây ra).

- Tăng huyết áp ác tính:

+ Chỉ số huyết áp rất cao.

+ Đau đầu dữ dội, tổn thương đáy mắt nặng.

+ Khát nước, sụt cân, rối loạn tiêu hóa.

+ Tiến triển nhanh, nặng nề.

+ Hay gây biến chứng ở não và tim

6. Biến chứng:

Gây tổn thương các cơ quan đích:

- Biến chứng tại tim: Suy tim trái, hen tim, phù phổi cấp, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim. Cần làm các xét nghiệm như: Ghi điện tim, X quang, Siêu âm tim để đánh giá.

- Biến chứng tại não: Gây tai biến mạch não như xuất huyết não. Thường biểu hiện bằng liệt nửa thân và các dấu hiệu tổn thương thần kinh khác.

- Biến chứng tại mắt: Gây xuất tiết, xuất huyết võng mạc, phù gai thị. Biểu hiện bằng nhìn mờ có khi mù đột ngột. Soi đáy mắt sẽ phát hiện và đánh giá được tổn thương.

- Biến chứng tại thận: Gây suy thận, cần làm các xét nghiệm protein niệu, urê máu, creatinin máu để đánh giá.

- Biến chứng tại mạch máu: phình tách thành động mạch lớn, tắc động mạch ngoại vi.

7. Nhận định chăm sóc:

- Nhận định chi tiết về thực thể, tinh thần, kinh tế, văn hoá, xã hội, môi trường sống và văn hoá tín ngưỡng ...

- Trọng tâm của nhận định thực thể là đo HA đúng kỹ thuật (đo nhiều lần ở những thời điểm khác nhau, đo ở nhiều tư thế, đo ở cả 4 chi).

- Việc nhận định phải chỉ ra được:
- + Người bệnh là THA nguyên phát hay thứ phát?
- + Có các yếu tố nguy cơ nào nhất là đối với THA nguyên phát?
- + Nguyên nhân THA là gì đối với THA thứ phát?
- + Đã có những biến chứng gì: Suy tim, TBMMN ...?
- + Các bệnh phối hợp như tiểu đường, bệnh thận mạn tính, bệnh tim mạch
- + Nhận thức của người bệnh về tăng huyết áp?

8. Chẩn đoán chăm sóc:

Dựa vào các dữ liệu thu thập được qua nhận định người bệnh tăng huyết áp có thể đưa ra các chẩn đoán chăm sóc sau:

- Nguy cơ bị biến chứng do chưa kiểm soát được huyết áp tăng.
- Khó chịu hoặc thiếu hụt một số chức năng do hậu quả hoặc biến chứng tăng huyết áp.
- Người bệnh khó chịu do tác dụng phụ của thuốc điều trị THA đã được sử dụng (đau đầu, chóng mặt, tụt huyết áp tư thế, rối loạn tiêu hoá...)
- Nguy cơ người bệnh không tuân thủ chế độ điều trị và kiểm soát tăng huyết áp do thiếu kiến thức về bệnh.

9. Kế hoạch chăm sóc:

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Người bệnh sẽ không bị hoặc hạn chế tối đa các biến chứng.
- Người bệnh sẽ cải thiện được những thiếu hụt chức năng do hậu quả của tăng huyết áp gây ra.
- Người bệnh sẽ bớt khó chịu do tác dụng phụ của thuốc và biết cách hạn chế được các tác dụng phụ đó.
- Người bệnh sẽ hiểu về bệnh, loại bỏ được các yếu tố nguy cơ, tuân thủ chế độ điều trị THA lâu dài theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

12. Đánh giá chăm sóc:

Người bệnh đạt được các kết quả:

- Không bị hoặc hạn chế đến mức tối đa các biến chứng.
- Biết cách hạn chế và bớt được các khó chịu do tác dụng phụ của thuốc.
- Hiểu về bệnh THA.
- Tôn trọng chế độ điều trị và biết cách tự chăm sóc sau khi ra viện.

BÀI 2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐAU THẮT NGỰC

1. Định nghĩa:

Đau thắt ngực là một hội chứng đau ngực với đặc tính co thắt, lo âu, cảm giác khó chịu trong ngực do giảm thiếu oxy cung cấp cho cơ tim trong chốc lát một cách tuyệt đối hoặc tương đối.

2. Nguyên nhân bệnh động mạch vành:

- Vừa xơ động mạch vành gây hẹp lòng mạch là nguyên nhân hay gặp nhất.
- Các bệnh khác của động mạch vành ít gặp hơn như : Viêm động mạch vành do giang mai, dị dạng bẩm sinh động mạch vành, co thắt động mạch vành.

3. Nguyên nhân một số bệnh khác

- Bệnh van động mạch chủ: Hở van động mạch chủ, hẹp van động mạch chủ, bít tắc lỗ vào của động mạch vành.
- Bệnh van hai lá: Hẹp van hai lá, sa van hai lá.
- Bệnh cơ tim phì đại.
- Thiếu máu gây giảm lượng oxy trong máu động mạch
- Các tình trạng giảm lưu lượng tim và lưu lượng vành trong sốc, nhịp tim nhanh, quá chậm.
- Tăng nhu cầu oxy cơ tim trong cường giáp trạng

4. Triệu chứng cơn đau điển hình:

- Thường xuất hiện sau một gắng sức.
- Đau một vùng trước ngực trái hoặc sau xương ức.
- Đau lan ra vai, cánh tay, mặt trong cẳng tay và ngón 4 – 5 của bàn tay bên trái, đôi khi lan lên cổ và hàm trái.
- Thời gian một cơn đau chỉ kéo dài vài giây đến vài phút (thường dưới 3 phút). Nếu cơn đau kéo dài (> 15 phút) phải nghĩ đến nhồi máu cơ tim.
- Cơn đau giảm hoặc mất trong vòng vài phút sau khi ngậm 1 viên Nitroglycerin dưới lưỡi.

5. Triệu chứng cơn đau không điển hình:

- Đau xảy ra cả khi nghỉ ngơi thậm chí cả lúc ngủ.
- Có khi xảy ra vào ban đêm, vào một giờ nào đó.
- Vị trí đau khác thường có thể ở vùng thượng vị hoặc ở vùng mũi ức.
- Đau lan lên vai tay bên phải; vùng giữa 2 bả vai hoặc lan xuống bụng.
- Chỉ có cảm giác nặng tức ở vùng tim, tê tay trái, cảm thấy nghẹt thở.

- Có thể đau bất cứ lúc nào, nhưng không xảy ra khi gắng sức kể cả gắng sức mạnh.

- Con đau thắt như đã bị trước đây nhưng đột nhiên thay đổi tính chất.

- Cường độ đau tăng, cơn xuất hiện dày hơn, thời gian một cơn kéo dài hơn, không giảm khi dùng nitroglycerin, xuất hiện cả khi nghỉ ngơi.

6. Cận lâm sàng:

- Ghi điện tâm đồ:

+ Trong lúc đang đau nếu ghi được sẽ thấy đoạn ST chênh xuống với cơn đau điển hình hoặc chênh lên với cơn đau kiểu Prinzmetal.

+ Ngoài cơn đau, điện tâm đồ có thể bình thường hoặc có hình ảnh nhồi máu cơ tim cũ hoặc biểu hiện dày tâm thất.

- Đôi khi phải ghi điện tâm đồ lúc gắng sức.

- Nếu hình ảnh điện tâm đồ cả lúc nghỉ cũng như lúc gắng sức không cho phép khẳng định chắc chắn thì tùy thuộc điều kiện có thể chụp lắp lánh khi gắng sức với thallium hoặc chụp động mạch vành.

- Ngoài ra cần tiến hành một số xét nghiệm để đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ sau:

+ Xét nghiệm sinh hóa máu: đường máu, lipid máu...

+ Siêu âm tim, X quang tim phổi....

7. Điều trị trong cơn đau:

Cho người bệnh ngậm dưới lưỡi một trong các loại thuốc sau sẽ có tác dụng cắt cơn nhanh chóng:

+ Nitroglycerin viên 0,6 mg

+ Isosorbit Dinitrat viên 2,5 mg; 5 mg

8. Điều trị ngoài cơn đau:

+ Loại bỏ yếu tố khởi phát cơn đau như: Gắng sức, xúc cảm, lạnh đột ngột, bữa ăn thịnh soạn...

+ Điều trị căn nguyên như: Điều trị vữa xơ động mạch...

+ Điều chỉnh lối sống (loại bỏ yếu tố nguy cơ): Luyện tập hợp lý, không hút thuốc, không uống rượu, kiểm chế trọng lượng....

+ Dùng một trong các thuốc ngừa cơn:

. Isosorbid Dinitrat (chậm) viên 20 - 40 mg uống.

. Chẹn Beta giao cảm: Propranolon viên 40 mg uống.

. Chẹn canxi: Nifedipin Retard 20 mg viên uống.

9. Điều trị ngoại khoa:

Được chỉ định khi điều trị nội khoa không kết quả bằng:

- Nong động mạch vành.
- Phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành.

10. Chẩn đoán chăm sóc:

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám người bệnh, các chẩn đoán điều dưỡng chính của bệnh nhân đau thắt ngực có thể gồm:

- Đau ngực do mất cân bằng cung - cầu oxy cơ tim.
- Lo lắng do thay đổi tình trạng sức khoẻ.
- Người bệnh không biết cách ngăn ngừa cơn đau và đối phó với cơn đau do thiếu kiến thức về bệnh.
- Nguy cơ không tôn trọng triệt để chế độ điều trị do không biết thay đổi lối sống cho phù hợp với bệnh.

11. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Làm mất cơn đau ngực.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giúp người bệnh biết cách ngăn ngừa cơn đau.
- Hướng dẫn người bệnh cách đối phó với cơn đau khi nó xảy ra.
- Người bệnh biết thay đổi lối sống phù hợp với bệnh.

12. Thực hiện chăm sóc:

** Nhanh chóng làm mất cơn đau ngực:*

- Ngay lập tức có mặt bên người bệnh để người bệnh yên lòng góp phần làm giảm cơn đau.

- Để người bệnh nằm nghỉ nhằm làm giảm tiêu thụ oxy cơ tim góp phần làm giảm cơn đau.

- Yêu cầu người bệnh há miệng, đặt ngay một viên Nitroglycerin hay Adalat theo y lệnh vào dưới lưỡi người bệnh và dặn người bệnh không được nuốt nước bọt cho đến khi tan hết viên thuốc.

- Ngồi lại với người bệnh để:

+ Theo dõi HA vì các thuốc cắt cơn đau có thể gây hạ HA.

+ Nói cho người bệnh biết tác dụng phụ của thuốc có thể xuất hiện sau khi ngậm thuốc để người bệnh yên tâm.

+ Theo dõi cơn đau xem sau khi ngậm thuốc bao lâu thì cơn đau mất. Nếu cơn đau không mất hoặc mất rồi lại xuất hiện thì phải báo ngay cho thầy thuốc.

13. Làm giảm lo lắng cho người bệnh:

- Có mặt bên người bệnh càng nhiều càng tốt đặc biệt trong lúc có cơn đau.
- Cung cấp một số thông tin về bệnh, giải thích cho người bệnh an tâm.
- Nếu thầy thuốc cho thuốc an thần thì thực hiện cho người bệnh.
- Thực hiện đầy đủ và nhanh chóng các xét nghiệm hoặc thăm dò cận lâm sàng theo y lệnh.

14. Hướng dẫn người bệnh cách ngừa cơn đau:

- Phát hiện các yếu tố làm khởi phát cơn đau để loại bỏ.
- Loại bỏ hoặc hạn chế tất cả các yếu tố nguy cơ như:
 - + Kiểm chế trọng lượng không để thừa cân.
 - + Bỏ thuốc lá.
 - + Điều trị tăng HA nếu có.
 - + Tránh các sang chấn tâm lý.
- Thường xuyên uống thuốc ngừa cơn theo đơn của thầy thuốc.

15. Hướng dẫn người bệnh đối phó với cơn đau khi nó xảy ra:

- Dạy người bệnh luôn mang theo Nitroglycerin và ngậm ngay 1 viên dưới lưỡi khi có cơn đau (chú ý hướng dẫn cách bảo quản thuốc).
- Dạy người bệnh nếu sau ngậm thuốc 5 phút mà cơn đau không mất hoặc mất nhưng lại xuất hiện ngay thì phải đến gặp thầy thuốc.

16. Thuyết phục người bệnh thay đổi lối sống cho phù hợp:

- Tránh mọi hoạt động gắng sức hoặc những hoạt động gây đau ngực.
(có thể tham gia các hoạt động thể dục thể thao nhưng không được gắng sức và đột ngột)
- Ngủ đầy đủ. Tránh lạnh đột ngột. Tránh các sang chấn tâm lý.
- Không ăn quá no, không ăn bữa lớn, ăn nhạt vừa phải, ăn bữa nhỏ, chậm rãi.
- Tránh các thức ăn có nhiều Cholesterol. Không uống quá nhiều các loại đồ uống có cafein.
- Bỏ thuốc lá và loại bỏ tất cả các yếu tố nguy cơ khác nếu có.

17. Đánh giá chăm sóc:

Những kết quả mong muốn ở người bệnh là:

- Hết đau ngực, hết lo lắng.
- Biết cách ngăn ngừa cơn đau.
- Biết cách đối phó với cơn đau khi nó xảy ra.
- Biết thay đổi lối sống cho phù hợp với bệnh.

BÀI 3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. Đại cương:

- Chảy máu tiêu hoá bao gồm chảy máu từ thực quản đến hậu môn.
- + Chảy máu tiêu hoá cao: Là chảy máu từ đoạn 4 tá tràng trở lên.
- + Chảy máu tiêu hoá thấp: Là chảy máu từ dưới đoạn 4 tá tràng trở xuống.
- Hai loại chảy máu này khác nhau về nguyên nhân và cách xử trí.
- Chảy máu tiêu hoá cao hay gặp hơn chảy máu tiêu hoá thấp, nguy hiểm hơn, nếu không xử trí kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.

2. Nguyên nhân tại ống tiêu hoá:

- Loét dạ dày tá tràng: Hay gặp
- Ung thư dạ dày: Hay gặp.
- Khối u lành tính ở dạ dày tá tràng (políp).
- Viêm dạ dày, nhất là viêm dạ dày do dùng một số thuốc chống viêm giảm đau như: Indomethaxin, Aspirin, Corticoit.
- U thực quản.

3. Nguyên nhân ở ngoài ống tiêu hoá:

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan. Tĩnh mạch ở thực quản dạ dày bị giãn ra và vỡ, nguyên nhân này hay gặp, dễ gây tử vong.
- Chảy máu đường mật: Sỏi mật, ung thư gan, dị dạng mạch máu trong gan có thể gây chảy máu ở gan, qua đường mật đổ vào tá tràng.
- Một số bệnh của hệ tạo máu: Bệnh bạch cầu cấp, bệnh ưa chảy máu, bệnh máu không đông.
- Dùng thuốc chống đông quá liều, hoặc có tổn thương sẵn ở ống tiêu hoá nhân dịp dùng thuốc chống đông gây chảy máu.

4. Triệu chứng lâm sàng:

- + Nôn ra máu: Máu đỏ tươi, máu đen, không có bọt, có lẫn thức ăn, bệnh nhân có thể nôn ra máu đột ngột, không có dấu hiệu báo trước (đau vùng thượng vị, cồn cào dưới mũi ức).
- + Đi ỉa phân đen: Phân màu đen như bã cà phê, nhựa đường, có mùi khắm.
- Ngoài 2 triệu chứng trên tùy theo mức độ chảy máu mà bệnh nhân có thêm một số triệu chứng khác như:
 - + Chảy máu nhẹ: Số lượng mất máu < 200 ml. HC > 3,5 triệu/ml máu.
 Bệnh nhân thấy mệt mỏi, choáng váng nhẹ, thoáng qua, lao động bình thường.

+ Chảy máu vừa: Số lượng mất máu từ 200 - 500 ml. HC còn 2,5 triệu – 3,5 triệu/ ml máu.

Bệnh nhân mệt mỏi, chóng mặt, hoa mắt, khát nước, đi tiểu ít. Da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp dao động ở mức thấp.

+ Chảy máu nặng: Số lượng mất máu > 500 ml. HC < 2,5 triệu / ml máu.

Mạch nhanh > 100 lần/phút, huyết áp tụt dưới mức bình thường, bệnh nhân trong tình trạng sốc, vã mồ hôi, thở nhanh, vật vã, hốt hoảng, khát nước. Đi tiểu ít hoặc vô niệu. Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt.

5. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- XN để đánh giá tình trạng mất máu:

+ Công thức máu.

+ Tỷ lệ huyết sắc tố.

+ Tỷ lệ Hematocrit.

- XN để xác định nguyên nhân chảy máu:

+ Soi thực quản, dạ dày, tá tràng cấp cứu.

+ Chụp X quang thực quản dạ dày, tá tràng.

+ Làm các xét nghiệm chức năng gan nếu nghi ngờ xơ gan.

6. Nguyên tắc xử trí:

- Hồi sức và hồi phục lại thể tích máu đã mất bằng cách truyền máu theo khối lượng máu đã mất.

- Xử trí nguyên nhân để tránh xuất huyết tái phát.

- Cầm máu tại chỗ qua nội soi.

- Nếu điều trị nội khoa tích cực không có kết quả phải chuyển sang ngoại khoa để phẫu thuật cầm máu.

7. Nhận định chăm sóc:

- Hỏi:

+ Xuất huyết từ bao giờ ?

+ Nôn ra máu hay đi ngoài phân đen ? khối lượng nhiều hay ít ?

+ Trước khi nôn ra máu có dùng thuốc gì không ?

+ Trước khi nôn ra máu có lao động nặng nhọc gì không?

+ Có lo lắng gì không ?

+ Có đau bụng khi nôn, có sốt không ?

- Khám: Cần khám toàn diện, chú ý mức độ mất máu, tình trạng choáng sốc.

- Xem xét các kết quả xét nghiệm (chú ý các XN đánh giá mức độ xuất huyết).

8. Chẩn đoán chăm sóc:

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám bệnh nhân. Các chẩn đoán chăm sóc chính của bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá cao có thể bao gồm:

- Nguy cơ sóc do giảm thể tích máu đột ngột (thường gặp sau khi nôn ra máu nhiều hoặc ỉa phân đen nhiều).
- Bệnh nhân đau vùng thượng vị do tăng tiết dịch vị.
- Dinh dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu cho cơ thể do không thực hiện được chế độ ăn đúng.
- Bệnh nhân lo lắng do thấy nôn ra máu nhiều và ỉa phân đen.
- Bệnh nhân không biết cách phòng bệnh do thiếu hiểu biết về bệnh.

9. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm nguy cơ sóc.
- Giảm đau vùng thượng vị.
- Xây dựng chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân.
- Giảm lo lắng cho bệnh nhân.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách phòng bệnh và chăm sóc sức khoẻ.

10. Thực hiện kế hoạch chăm sóc: Xây dựng chế độ ăn uống phù hợp với bệnh:

- + Khi còn chảy máu:
 - Tạm thời ngừng ăn, truyền dịch, điện giải
 - Thực hiện y lệnh thuốc băng se niêm mạc
- + Khi có biểu hiện cầm máu:
 - Ăn lỏng, cháo sữa, súp nghiền, nước trái cây.
 - Thức ăn phải để lạnh.
 - Không nên ăn quá nhiều, không nên để bệnh nhân nhịn đói.
 - Nên cho ăn làm nhiều bữa nhỏ.
- + Khi có biểu hiện cầm chảy máu hoàn toàn thì cho ăn nát hoặc đặc dần.
- + Trong thức ăn, đồ uống không được có rượu, cà phê, thuốc lá.

11. Giảm lo lắng cho bệnh nhân:

- Giải thích để bệnh nhân tin tưởng vào chuyên môn và yên tâm điều trị.
- Mất ngủ dùng thuốc an thần: Seduxen, tranxen ...

- Khi chảy máu đã ngừng và ổn định, hướng dẫn bệnh nhân những phương pháp thư giãn nghỉ ngơi để giảm lo lắng.

12. Giáo dục sức khỏe:

- Phòng và tránh bị bệnh bằng cách lao động và nghỉ ngơi hợp lý.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách phát hiện sớm tình trạng xuất huyết tiêu hóa để điều trị kịp thời.
- Khuyến bệnh nhân không uống rượu, cà phê đen, không uống thuốc gây kích thích dạ dày như: Aspirin, các loại corticoit.

13. Đánh giá:

- Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao được đánh giá là chăm sóc tốt nếu:
 - + Bệnh nhân được nghỉ ngơi tại giường.
 - + Theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - + Bệnh nhân không lo lắng.
 - + Chế độ ăn uống phù hợp với bệnh.
 - + Thực hiện y lệnh của bác sĩ khẩn trương, đầy đủ và chính xác.
 - + Khi ra viện bệnh nhân biết cách phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe.

BÀI 4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

1. Định nghĩa

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

2. Nguyên nhân gãy xương chấn thương

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

3. Nguyên nhân gãy xương bệnh lý

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

4. Gãy xương do mỏi

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

5. Phân loại gãy xương kín

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

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

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

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

6. Phân loại gãy xương hở

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

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

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

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

7. Ảnh hưởng của gãy xương đến toàn thân và tại chỗ: Choáng chấn thương sau gãy xương

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

8. Ảnh hưởng của gãy xương đến toàn thân và tại chỗ: Chảy máu

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

BÀI 5**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau: *(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)*

1. Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

2. Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3. Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ**I. Nguyên tắc chung**

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
2. Tiêm hoặc truyền adrenalin.
3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
4. Thở ô xy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ hở.
5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
 - a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
 - b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.
7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

BÀI 6**CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN****1. Triệu chứng và xác định người bệnh ngừng tuần hoàn**

Dựa vào 3 triệu chứng cơ bản sau:

- Mất ý thức đột ngột: được xác định khi bệnh nhân gọi hỏi không có đáp ứng trả lời, không có phản xạ thức tỉnh.
- Ngừng thở hoặc thở ngáp: xác định khi lồng ngực và bụng bệnh nhân hoàn toàn không có cử động thở.
- Mất mạch cảnh: Động mạch cảnh không có (cần bắt mạch cảnh cả 2 bên).

Ngoài ra bệnh nhân còn có các triệu chứng khác như: da nhợt nhạt hoặc tím tái, giãn đồng tử và mất phản xạ đồng tử với ánh sáng, nếu bệnh nhân đang được phẫu thuật sẽ thấy máu ở vết mổ tím đen và ngừng chảy.

Nếu bệnh nhân đang thở máy, hôn mê thì thấy monitoring tim báo động ngừng tim, SpO2 giảm đột ngột.

2. Nguyên tắc chung khi xử trí cấp cứu nạn nhân bị ngừng tim, ngừng thở

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm trên nền cứng, bằng phẳng, thoáng khí.
- Nới rộng quần áo và các dây đai nịt như: thắt lưng, caravat, áo lót (đối với nữ).
- Làm thông đường hô hấp bằng cách:
 - + Đặt cổ nạn nhân ngửa tối đa.
 - + Lau sạch đất, cát quanh mũi, miệng.
 - + Mở miệng: móc, hút sạch đất, cát, đờm dãi...
- Tiến hành hồi sinh tim phổi được tiến hành càng sớm càng tốt xong phải kiên trì và làm liên tục.
- Trong quá trình tiến hành hồi sinh tim phổi phải theo dõi và đánh giá được tiến triển của nạn nhân:
 - + Tiến triển tốt: Hô hấp phục hồi, da đầu chi, môi nạn nhân hồng dần, tim đập trở lại. Tiếp tục sơ cứu đến khi nạn nhân thở đều và sâu.
 - + Tiến triển xấu: Hô hấp và tuần hoàn không phục hồi, da xanh nhợt, đồng tử giãn sau 30 phút không cứu nữa.

3. Cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản

Các bước tiến hành hồi sinh tim phổi cơ bản ở người lớn: Quy trình: C, A, B

C - Ép tim (Chest compressions)

- Ngay lập tức khi xác định bệnh nhân ngừng hô hấp tuần hoàn với nguyên tắc “ép mạnh và nhanh”, ép 30 lần sau đó mới thổi ngạt 2 lần.
- Vị trí: 1/3 dưới xương ức. Dùng cườm bàn tay trái áp vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, bàn tay kia đặt lên trên và lồng các ngón vào nhau. Hai cánh tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực.
- Tần số: Ít nhất 100 lần/phút, hạn chế tối thiểu gián đoạn ép tim.
- Biên độ: # 5 cm ở người lớn;
- Phối hợp 30 lần ép tim, 2 lần thông khí.
- Nên thay đổi người ép tim mỗi 2 phút để đảm bảo nhất bốp hiệu quả.

A - Kiểm soát đường thở (Airway)

- Trong khi một người ép tim thì người thứ hai kiểm soát đường thở và chuẩn bị cung cấp 2 lần thông khí ngay lập tức sau khi người ép tim hoàn tất 30 lần ép tim.
- Nhanh chóng móc họng lấy hết dị vật, lau sạch miệng, mũi, để người bệnh nằm ngửa, uốn cổ, hàm dưới đẩy ra trước.
- Đặt đường thở nhân tạo: canule, mask, nội khí quản.

B - Thổi ngạt (Breathing)

- Miệng - miệng, miệng - mũi: Quỳ chân, ngửa đầu lên hít hơi dài rồi cúi xuống áp chặt vào miệng nạn nhân, một tay bịt hai lỗ mũi nạn nhân (hoặc bịt miệng bằng hai ngón tay nếu thổi ngạt qua miệng - mũi), một tay đẩy hàm ra trước. Thổi hết hơi ra, đồng thời ngược nhìn lồng ngực xem có phồng lên không.
- Bóp bóng bằng mask: Áp sát mặt nạ vào miệng, mũi bệnh nhân bóp bóng với oxy 100%.
- Kết hợp thổi hoặc bóp bóng qua mặt nạ với ép tim theo chu kỳ 30 : 2 (30 lần ép tim và 2 lần thổi ngạt).
- Khi đặt được nội khí quản thì không còn chu kỳ 30 : 2 mà ép tim liên tục ít nhất 100 lần/phút và bóp bóng 8 - 10 lần/phút qua nội khí quản.

BÀI 7
THÔNG TƯ SỐ 31/2021/TT-BYT
QUY ĐỊNH HOẠT ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 3. Nguyên tắc thực hiện chăm sóc điều dưỡng

1. Việc nhận định lâm sàng, phân cấp chăm sóc và thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh phải đúng chuyên môn, toàn diện, liên tục, an toàn, chất lượng, công bằng giữa các người bệnh và phù hợp với nhu cầu của mỗi người bệnh.
2. Việc thực hiện hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện phải bảo đảm có sự tham gia, phối hợp của các đơn vị và các chức danh chuyên môn khác trong bệnh viện.

Điều 4. Phân cấp chăm sóc người bệnh

1. Chăm sóc cấp I: người bệnh trong tình trạng nặng, nguy kịch không tự thực hiện các hoạt động cá nhân hằng ngày hoặc do yêu cầu chuyên môn không được vận động phải phụ thuộc hoàn toàn vào sự theo dõi, chăm sóc toàn diện và liên tục của điều dưỡng.
2. Chăm sóc cấp II: người bệnh trong tình trạng nặng, có hạn chế vận động một phần vì tình trạng sức khỏe hoặc do yêu cầu chuyên môn phải hạn chế vận động, phụ thuộc phần nhiều vào sự theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng khi thực hiện các hoạt động cá nhân hằng ngày.
3. Chăm sóc cấp III: người bệnh có thể vận động, đi lại không hạn chế và tự thực hiện được tất cả hoặc hầu hết các hoạt động cá nhân hằng ngày dưới sự hướng dẫn của điều dưỡng.

Điều 5. Tiếp nhận và nhận định người bệnh

1. Tiếp nhận, phân loại, sàng lọc và cấp cứu ban đầu:
 - a) Tiếp nhận, phối hợp với bác sỹ trong phân loại, sàng lọc và cấp cứu người bệnh ban đầu; sắp xếp người bệnh khám bệnh theo thứ tự ưu tiên của tình trạng bệnh lý, của đối tượng (người cao tuổi, thương binh, phụ nữ có thai, trẻ em và các đối tượng chính sách khác) và theo thứ tự đến khám; hướng dẫn hoặc hỗ trợ người bệnh thực hiện khám bệnh và các kỹ thuật cận lâm sàng theo chỉ định của bác sỹ cho người bệnh đến khám bệnh;
 - b) Tiếp nhận, hỗ trợ các thủ tục và sắp xếp người bệnh vào điều trị nội trú.
2. Nhận định lâm sàng:
 - a) Khám, nhận định tình trạng sức khỏe hiện tại và nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh;
 - b) Xác định các nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh;

- c) Xác định chẩn đoán điều dưỡng, ưu tiên các chẩn đoán điều dưỡng tác động trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng người bệnh;
- d) Phân cấp chăm sóc người bệnh trên cơ sở nhận định tình trạng sức khỏe người bệnh của điều dưỡng và đánh giá về mức độ nguy kịch, tiên lượng bệnh của bác sỹ để phối hợp với bác sỹ phân cấp chăm sóc người bệnh;
- đ) Dự báo các yếu tố ảnh hưởng và sự cố y khoa có thể xảy ra trong quá trình chăm sóc người bệnh.

Điều 6. Xác định và thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng

1. Các can thiệp chăm sóc điều dưỡng bao gồm:

- a) Chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt: theo dõi, can thiệp nhằm đáp ứng nhu cầu về hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt theo chẩn đoán điều dưỡng và chỉ định của bác sỹ; kịp thời báo bác sỹ và phối hợp xử trí tình trạng hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt bất thường của người bệnh;
- b) Chăm sóc dinh dưỡng: thực hiện hoặc hỗ trợ người bệnh thực hiện chế độ dinh dưỡng phù hợp theo chỉ định của bác sỹ; theo dõi dung nạp, hài lòng về chế độ dinh dưỡng của người bệnh để báo cáo bác sỹ và người làm dinh dưỡng kịp thời điều chỉnh chế độ dinh dưỡng;
- c) Chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi: thiết lập môi trường bệnh phòng yên tĩnh, ánh sáng phù hợp vào khung giờ ngủ, nghỉ của người bệnh theo quy định; hướng dẫn người bệnh thực hiện các biện pháp để tăng cường chất lượng giấc ngủ như thư giãn, tập thể chất nhẹ nhàng phù hợp tình trạng sức khỏe, tránh các chất kích thích, tránh căng thẳng, ngủ đúng giờ; theo dõi, thông báo kịp thời cho bác sỹ khi có những rối loạn giấc ngủ của người bệnh để hỗ trợ và phối hợp hỗ trợ người bệnh kịp thời;
- d) Chăm sóc vệ sinh cá nhân: thực hiện hoặc hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể, kiểm soát chất tiết, mặc và thay đồ vải cho người bệnh theo phân cấp chăm sóc;
- đ) Chăm sóc tinh thần: thiết lập môi trường an toàn, thân thiện, gần gũi, chia sẻ, động viên người bệnh yên tâm phối hợp với các chức danh chuyên môn trong chăm sóc; theo dõi, phát hiện các nguy cơ không an toàn, các biểu hiện tâm lý tiêu cực, phòng ngừa các hành vi có thể gây tổn hại sức khỏe cho người bệnh để kịp thời thông báo cho bác sỹ; tôn trọng niềm tin, tín ngưỡng và tạo điều kiện để người bệnh thực hiện tín ngưỡng trong điều kiện cho phép và phù hợp với quy định;
- e) Thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật: thực hiện thuốc và các can thiệp chăm sóc điều dưỡng theo chỉ định của bác sỹ và trong phạm vi chuyên môn của điều dưỡng trên nguyên tắc tuân thủ đúng các quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng;

g) Phục hồi chức năng cho người bệnh: phối hợp với bác sỹ, kỹ thuật viên phục hồi chức năng và các chức danh chuyên môn khác đề lượng giá, chỉ định, hướng dẫn, thực hiện kỹ thuật phục hồi chức năng cho người bệnh phù hợp với tình trạng bệnh lý. Thực hiện một số kỹ thuật phục hồi chức năng theo quy định để giúp người bệnh phát triển, đạt được, duy trì tối đa hoạt động chức năng và giảm khuyết tật;

h) Quản lý người bệnh: lập hồ sơ quản lý bằng bản giấy hoặc bản điện tử và cập nhật hằng ngày cho tất cả người bệnh nội trú, ngoại trú tại bệnh viện; thực hiện bàn giao đầy đủ số lượng, các vấn đề cần theo dõi và chăm sóc người bệnh, đặc biệt giữa các ca trực;

i) Truyền thông, giáo dục sức khỏe: phối hợp với bác sỹ và các chức danh chuyên môn khác tư vấn, hướng dẫn các kiến thức về bệnh, cách tự chăm sóc, theo dõi, hợp tác với nhân viên y tế trong chăm sóc, phòng bệnh; các quy định về an toàn người bệnh, kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng, phục hồi chức năng; hướng dẫn hoặc hỗ trợ người bệnh thực hiện đầy đủ các quy định, nội quy trong điều trị nội trú, chuyên khoa, chuyển viện và ra viện.

Điều 7. Đánh giá kết quả thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng

1. Đánh giá các đáp ứng của người bệnh và hiệu quả của các can thiệp chăm sóc điều dưỡng theo mục tiêu, kết quả chăm sóc theo nguyên tắc liên tục, chính xác và toàn diện về tình trạng đáp ứng của mỗi người bệnh.
2. Điều chỉnh kịp thời các can thiệp chăm sóc điều dưỡng dựa trên kết quả đánh giá và nhận định lại tình trạng người bệnh trong phạm vi chuyên môn của điều dưỡng.
3. Trao đổi với các thành viên liên quan về các vấn đề ưu tiên, mục tiêu chăm sóc mong đợi và điều chỉnh các can thiệp chăm sóc điều dưỡng theo khả năng đáp ứng của người bệnh.
4. Tham gia vào quá trình cải thiện nâng cao chất lượng can thiệp chăm sóc điều dưỡng dựa trên kết quả đánh giá.

Người biên soạn



ĐD.CKI Hà Thị Thanh Hà

PHÊ DUYỆT



TS.BS Trần Kiên Vũ