

TÀI LIỆU ÔN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG
TRONG XÉT TUYỂN VIÊN CHỨC NĂM 2021
(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.
- Ú 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.
- Phì 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 đ/m chủ (Tăng HA chi trên, giảm HA chi dưới).
- Hở van đ/m 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, sứt 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 XN 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 XN 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 cơ thắt, lo âu, cảm giác khó chịu trong ngực do giảm thiểu 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.

- Cơn đau thất 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 lấp 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:

- Dẫn 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).
- Dẫn 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 HOÁ

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.
- Khô 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, thờ 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 sốc 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 sốc.
- 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 khỏe.

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 hoá 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 BỆNH NHI TIÊU CHẢY CẤP

1. Đại cương

Tiêu chảy là tiêu phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong 24 giờ

Tiêu chảy là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong cho trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 2 tuổi. Nguyên nhân chính gây nên tử vong là do mất nước và điện giải. Tiêu chảy còn là nguyên nhân chính gây nên bệnh suy dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ. Bệnh tiêu chảy là một vấn đề y tế toàn cầu, là gánh nặng kinh tế đối với các nước đang phát triển.

2. Định nghĩa

1. Tiêu chảy : là đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong 24 giờ
2. Tiêu chảy cấp: là đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong 24 giờ
3. Tiêu chảy kéo dài: là đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong ngày và kéo dài trên 14 ngày

3. Triệu chứng tiêu chảy

Tiêu chảy là triệu chứng không thể thiếu được trong bệnh tiêu chảy, xuất hiện đột ngột tiêu nhiều lần phân nhiều nước có thể lẫn nhày máu.

4. Triệu chứng nôn

Nôn thường xuất hiện sớm trước khi có triệu chứng tiêu chảy, nôn có thể liên tục hoặc 1 vài lần làm trẻ mất nước

5. Triệu chứng biếng ăn

Biếng ăn thường xuất hiện sớm ngay khi trẻ bị tiêu chảy, trẻ chỉ thích uống nước

6. Triệu chứng mất nước

Khi trẻ bị tiêu chảy cần phải tiến hành ngay việc đánh giá tình trạng mất nước bằng cách nhận định trên bệnh nhân

7. Chẩn đoán điều dưỡng:

- Trẻ có nguy cơ hoặc mất nước và điện giải do tiêu chảy
- Sốt do nhiễm khuẩn
- Chướng bụng do thiếu hụt Kali
- Nôn nhiều do tăng co bóp dạ dày
- Thiếu hụt dinh dưỡng do kiêng khem quá mức.
- Nguy cơ hăm loét da vùng xung quanh hậu môn do tiêu chảy nhiều
- Người nhà thiếu hiểu biết về chăm sóc trẻ bệnh.
- Nguy cơ lây lan cho cộng đồng do thiếu hiểu biết về cách đề phòng

8. Cho trẻ uống dung dịch ORS tại nhà đặc biệt quan trọng khi:

- + Trẻ đã được điều trị theo phát đồ B và C
- + Trẻ có dấu hiệu tiêu chảy nặng hơn mà chưa đến khám lại được

9. Hướng dẫn bà mẹ cách pha các dung dịch cho trẻ uống:

*** Dung dịch ORS:**

- + Rửa sạch tay và dụng cụ trước khi pha
- + Cho 1 lít nước đun sôi để nguội vào ca
- + Cắt gói ORS và hòa cả gói vào trong 1 lít nước đun chín (có những ORS dạng viên nén... tùy từng loại có thể pha 200ml, hoặc 250ml). Dùng trong 24 giờ, không hết đổ bỏ

* Nước muối đường: hòa tan 1 thìa café gạt bằng muối + 8 thìa café gạt bằng đường + 1 lít nước đun sôi để nguội, uống trong 24 giờ.

* Nước dừa non: hòa tan 1 thìa café muối vào 1 lít nước dừa non, uống trong 6 giờ, không hết đổ bỏ

* Nước cháo muối: 1 nắm gạo + 6 chén nước (200ml/ chén) + 1 nhúm muối, đun sôi cho đến khi gạo nở ra, chắt lấy 1000ml uống trong 6 giờ, không hết đổ bỏ, nấu nôi khác.

10. Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ uống thêm dịch so bình thường:

- + Trẻ dưới 2 tuổi: uống 50 - 100ml sau mỗi lần đi tiêu phân lỏng
- + Trẻ 2 - 10 tuổi: uống 100 - 200ml sau mỗi lần đi tiêu phân lỏng
- + Trẻ lớn uống theo nhu cầu

Dẫn bà mẹ: Cho trẻ uống thêm thường xuyên từng ngụm bằng chén hoặc muỗng

Nếu trẻ nôn đợi 10 phút sau hãy cho uống nhưng chậm hơn

Tiếp tục cho trẻ uống thêm các dung dịch cho đến khi tiêu chảy ngưng hẳn

11. Tiếp tục cho trẻ ăn:

- + Trẻ bú sữa mẹ vẫn tiếp tục cho bú và tăng số lần bú lên
- + Trẻ bú sữa bình: vẫn pha sữa và cho bú bình thường, tăng số lần bú, ngoài cử bú cho uống thêm 100 - 200ml nước chín
- + Trẻ ăn dặm: thức ăn nấu kỹ, nhuyễn dễ tiêu.
- + Trẻ lớn ăn được thì khuyến khích trẻ ăn nhiều lần, mỗi ngày ăn ít nhất 6 lần
- + Sau khi hết tiêu chảy vẫn tiếp tục duy trì bữa ăn thêm cho đến khi cân nặng trở về bình thường.

12. Hướng dẫn bà mẹ theo dõi tại nhà: đưa trẻ đến khám ngay khi trẻ có 1 trong 6 dấu hiệu sau:

- + Khát nước nhiều
- + Trong phân có máu

- + Phân nhiều nước, tiêu nhiều lần
- + Ói liên tục
- + Ăn bú kém
- + Sốt cao

Phải đưa trẻ đến khám lại nếu sau 5 ngày điều trị tại nhà mà không tiến triển tốt

13. Nguy cơ hăm loét da vùng xung quanh hậu môn do tiêu chảy nhiều: trẻ đi tiêu nhiều lần dễ làm hậu môn hăm, loét, trợt và đỏ vùng da quanh hậu môn, vì vậy cần phải:

- + Thay tã lót thường xuyên giữ vệ sinh và da vùng hậu môn khô ráo
- + Rửa sạch hậu môn, dùng bông xả phòng hay nước ấm để tránh phân trẻ dính vào là tác nhân gây kích thích da
- + Thoa phấn chống hăm để giữ da luôn khô thoáng.
- + Nếu da bị đỏ hoặc loét trợt thì nên để thoáng khí bất cứ lúc nào có thể được, để kích thích lên da non làm chỗ loét trợt mau lành hơn.
- + Quan sát theo dõi vùng da quanh hậu môn để phát hiện các biểu hiện bất thường báo bác sĩ xử lý kịp thời.

BÀI 5. 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 xát 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 xát 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.