1. **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ OXY**
2. **MỤC ĐÍCH**
* Bảo đảm lượng oxy cần thiết đưa vào phổi người bệnh bằng các đường khác nhau: mũi, mặt nạ, máy thở.
* Duy trì các đường dẫn oxy an toàn không tuột khỏi người bệnh, không hở.
* Theo dõi các thông số cơ bản SpO2 khí trong máu tránh tình trạng thừa hoặc thiếu oxy.
* Hàng ngày thay các ống thông dẫn oxy vào người bệnh.
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh:**
* Giải thích vì sao phải thở oxy cho người bệnh yên tâm và cộng tác với bác sĩ và điều dưỡng.
* Giải thích cho người bệnh chấp nhận một số khó chịu khi luồng oxy vào mũi.
* Tùy theo tình trạng hô hấp đặt người bệnh ở tư thế:
* 45° nếu có suy hô hấp.
* 90° nếu có phù phổi cấp.
* Nằm thẳng nếu có trụy mạch.
1. **Người thực hiện:**
* Y tá – điều dưỡng: đầy đủ trang phục y tế.
1. **Nơi thực hiện:** Tại giường bệnh
2. **Dụng cụ:**
* Ống dẫn oxy mũi. Người điều dưỡng phải biết các loại dụng cụ thở oxy để thay thế cho người bệnh khi cần thiết. Có thể sử dụng một trong hai loại:
* Kiểu đeo kính có 2 ống nhỏ cài vào lỗ mũi trước.
* Ống thông đầu có nhiều lỗ để luồn vào gần thanh môn. Có thể dùng ống thông nelaton thay thế tạm thời nhưng hay bị tắc.
* Mặt nạ oxy: có nhiều kích cỡ, nên phải chọn cỡ phù hợp với người bệnh. Chú ý khe sống mũi thường sâu ở mặt nạ Âu châu, dễ gây hở.
* Có nhiều loại mặt nạ:
* Mặt nạ mũi chỉ úp vào mũi người bệnh và người bệnh hoàn toàn tỉnh.
* Mặt nạ mũi dùng cho người bênh không tỉnh táo, hôn mê hoặc há mồm để thở.
* Bình oxy hoặc oxy trung tâm:
* Nếu là bình oxy phải kiểm tra áp suất của bình bằng áp lực kế (phải đủ lượng oxy cần thiết).
* Nếu dùng cho máy thở với phương thức hỗ trợ áp lực, áp lực oxy trong bình oxy nén phải đảm bảo trên 50psi hoặc 3,5atm.
* Nếu dùng máy tạo oxy cá nhân: không thể thay oxy nén nếu không có bình chứa. Khi dùng oxy nén phải dùng máy tạo oxy trung tâm. Máy tạo oxy cá nhân có bình chứa oxy nén cũng chỉ dùng tạm thời cho máy thở áp lực.
* Các dụng cụ khác: gạc, bình phun xylocain hoặc gel xylocain.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
* Thở oxy mũi: dùng ống thông mũi vô khuẩn lau qua một gạc có thấm dầu parafin. Đẩy ống thông qua lỗ mũi bằng một đoạn từ lỗ mũi đến dái tai. Nếu người bệnh khó chịu có thể xịt trước xylocain 1- 2% vào lỗ mũi. Kiểm tra bình làm ẩm( phải đủ nước đến vạch, mở áp lực kế oxy cho qua bình làm ẩm, điều chỉnh thông số cần thiết). Sau đó mới nối vào ống thông oxy mũi. Dùng băng dính 20cm x 1cm quấn quanh ống thông một vòng vào điểm giữa trước lỗ mũi, rồi cố định bằng 2 đầu dính sang 2 bên má.
* Thở mặt nạ oxy:
* Lựa chọn mặt nạ oxy phù hợp với người bệnh.
* Nối mặt nạ với ống dẫn oxy và bình làm ẩm.

+ Điều chỉnh lượng oxy cần thiết.

* Úp mặt nạ vào mặt người bệnh. Cố định mặt nạ bằng các dây buộc chằng sau gáy, đảm bảo vừa khít không quá chặt quá lỏng.
* Theo dõi:
* Sắc mặt: sắc mặt đỏ hồng có thể là thừa oxy. Sắc mặt tím: có thể là thiếu oxy, cần thêm lượng oxy.
* Kết quả tốt nếu: mạch dưới 100 lần/ phút, huyết áp bình thường SpO2 trên 90%
* Kết quả không tốt nếu: mạch không thay đổi so với trước hoặc nhanh hơn, HA vẫn không thay đổi hoặc giảm hơn, SpO2 giảm hơn trước, dưới 90%.
* Phải báo bác sĩ ngay để thay đổi chiến lược thông khí ( thở máy, tăng lượng oxy...)
* Duy trì kết quả thở oxy:
* Thường xuyên hút đờm nếu thấy người bệnh có cơn ho hoặc muốn khạc.
* Hỗ trợ cho người bệnh ho khạc tốt bằng các biện pháp vỗ rung.
* Thay ống thông mũi ngày 1 lần, tốt nhất là 8 giờ/ lần.
* Luồn ống thông mới vào lỗi mũi bên kia và làm vệ sinh lỗ mũi vừa đặt ống thông, nhỏ mũi bằng thuốc sát trùng.
* Bảo đảm cho người bệnh ăn đầy đủ nhưng chế độ ăn không quá nhiều đường nếu người bệnh đang có suy hô hấp.
1. **ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**
* Tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc mặt, môi. Báo ngay bác sĩ nếu có thay đổi.
* Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.
1. **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRỤY MẠCH (SỐC)**
2. **MỤC ĐÍCH**
* Bảo đảm tình trạng huyết đọng của người bệnh được theo dõi liên tục qua các thông số như: mạch, huyết áp (M-HA), thể tích nước tiểu. Phát hiện và xử lý kịp thời các rối loạn gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.
* Bảo đảm thông khí cho người bệnh.
* Duy trì cân bằng nước và điện giải – kiềm toan.
* Bảo đảm nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ đúng quy cách.
* Chống tắc mạch.
* Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, chống loét.
* Chống nhiểm khuẩn.
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh:**
* Giải thích cho người bệnh.
* Người bệnh hôn mê cần có người phụ giúp.
* Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.
1. **Người thực hiện:**
* Bác sĩ – Y tá – Điều dưỡng đầy đủ trang phục y tế.
1. **Nơi thực hiện:** Tại giường bệnh
2. **Dụng cụ:**
* Ống thở oxy – bình ẩm oxy – bóng Ambu.
* Ống NKQ – canun MKQ các cỡ.
* Đèn soi thanh quản.
* Máy hút và ống thông hút đờm nhiều cỡ.
* Máy thở
* Máy khử rung tim và monitor.
* Ống thông tĩnh mạch trung tâm (TMTT) + cột do áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALTMTT).
* Bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch.
* Thuốc:
* Hộp chống sốc phản vệ.
* Hộp chống phù phổi cấp.
* Một số thuốc khác: dopamin – dobutamin – heparin.
* Dung dịch cao phân tử ( Ví dụ: Haessteril 6% - Ringer lactat.
* Các dung dịch đẳng trương.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Đảm bảo theo dõi tình trạng huyết động:**
* Sơ cứu chảy máu nếu có ( thường cho người bệnh nằm đầu thấp).
* Đặt ngay một đường truyền ngoại vi với dung dịch đẳng trương NaCl 9% khi chưa có ống thông TMTT.
* Tiến hành truyền dịch hoặc truyền máu theo y lệnh bác sĩ nếu nguyên nhân trụy mạch là do giảm thể tích tuần hoàn.
* Chuẩn bị bơm truyền dịch, máy truyền dịch, catheter TMTT và một số thuốc vận mạch ( ví dụ: dopamin, dobutamin, noradrenalin, adrenalin...) sẵn sàng truyền dịch cho người bệnh nếu có chỉ định của bác sĩ.
* Nếu người bệnh trụy mạch do sốc phản vệ thì dùng adrenalin theo chỉ định của bác sĩ.
* HA tối đa < 90mmHg hoặc > 130mmHg phải báo bác sĩ để điều chỉnh các thuốc khác như: thuốc trợ tim, corticoid, dung dịch cao phân tử bicarbonat... luôn chuẩn bị sẵn sàng để dùng cho người bệnh nếu có chỉ định của bác sĩ.
* Theo dõi tình trạng huyết động: mạch, huyết áp, ALTMTT 15 phút/lần.Nếu dùng thuốc vận mạch.
1. **Bảo đảm thông khí cho người bệnh:**

 Đồng thời với việc cải thiện tình trạng huyết động của người bệnh cần:

* Cho người bệnh thở oxy 4-6 lít/phút.
* Chuẩn bị phụ bác sĩ đặt ống nội khí quản, hút đờm, hô hấp nhân tạo, tùy theo từng trường hợp để có cách xử lí thích hợp.
1. **Duy trì cân bằng nước và điện giải, kiềm toan:**
* Theo dõi lượng dịch vào và lượng nước tiểu để báo bác sĩ tính bilan nước – dịch.
* Theo dõi các dấu hiệu thừa thể tích nước (ALTMTT > 15cm H2O):
* Phù kết mạc;
* Phù toàn thân;
* Phù phổi cấp;
* Theo dõi các dấu hiệu thiếu nước (ALTMTT < 5mH2O);
* Da khô, nhăn nheo.
* Môi, miệng khô.
* Lưỡi khô.
* Theo dõi thể tích nước tiểu theo giờ < 50 ml/giờ là thấp phải báo bác sĩ để xử lí kịp thời tránh suy thận chức năng.
* Đảm bảo cân bằng kiểm toan.
* Truyền dung dịch bicarbonat 1,4% hoặc 0,84% nếu có chỉ định của bác sĩ.
1. **Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ:**
* Chế độ ăn đảm bảo đủ calo, tùy thuộc nguyên nhân để có chế độ ăn thích hợp.
1. **Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân chống loét:**
* Tránh cho người bệnh đại, tiểu tiện không tự chủ, đảm bảo cho người bệnh luôn được sạch sẽ, đủ ấm.
* Cho người bệnh nằm đệm hơi hoặc đệm nước nếu có chỉ định.
* Thay đổi tư thế 1 giờ/ lần. Nếu không có suy hô hấp, phù phổi cấp phải cho người bệnh nằm đầu dốc.
1. **Dùng thuốc chống đông theo chỉ định của bác sĩ.**
2. **ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO.**
* Các dấu hiệu màu sắc da.
* Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu.
* Điện tim.
* Nhịp thở tự nhiên.
* SpO2.
* Kết quả xét nghiệm các khí trong máu.
* Kết quả điện giải đồ máu.
* Kịp thời báo bác sĩ nếu xét nghiệm bất thường (ví dụ K+  máu tăng > 5mmol/l hoặc giảm < 3,5mmol/l).
* Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.
1. **HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**
* Giải thích cho người nhà người bệnh biết tình trạng của người bệnh, các tình huống xấu có thể xảy ra. Dặn dò, hướng dẫn họ những điều cần thiết (ví dụ: chấp hành nội quy khoa phòng, giữ vệ sinh chung, chế độ ăn, giúp cho công tác điều trị đạt kết quả khả quan nhất...)
* Thường xuyên an ủi, động viên người bệnh để người bệnh an tâm điều trị ( nếu người bệnh tỉnh).
1. **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP**
2. **CHUẨN BỊ**
3. **Người bệnh:**
* Giải thích cho người bệnh.
* Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.
1. **Người thực hiện:**
* Y tá – điều dưỡng có đầy đủ trang phục y tế.
1. **Nơi thực hiện:** tại giường bệnh
2. **Dụng cụ:**
* Ống nghe, huyết áp, nhiệt kế, sổ sách theo dõi.
* Máy điện tim.
* Máy theo dõi người bệnh tại giường.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Nhận định, đánh giá tình trạng chung của người bệnh:**
* Tuổi, giới tính, tinh thần người bệnh: tỉnh, mê, lo lắng hốt hoảng...
* Thể trạng người bệnh: gầy, béo, suy kiệt.
* Có khó thở không? Có tím tái không ? Hồng không ?
* Hỏi tiền sử người bệnh cao huyết áp, các theo dõi và chăm sóc trước đó.
1. **Đo và theo dõi các chỉ số huyết động:**
* Đo huyết áp 30 phút đén 1 giờ/ lần để theo dõi cơn tăng huyết áp và hiệu quả điều trị. Phải đo huyết áp tứ chi lúc người bệnh mới vào để tránh bỏ sót tăng huyết áp chi trên do hẹp động mạch chủ.
* Lấy mạch cần xem mạch đều hay không đều, so sánh tần số 2 bên. Nếu mạch không đều phải đếm nhịp tim bằng ống nghe.
* Ghi điện tim đồ 12 chuyển đạo để phát hiện các tổn thương tim và loạn nhịp.
* Đặt máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO2 tại giường.
* Đếm nhịp thở.
1. **Thực hiện các y lệnh của bác sĩ:**
* Thuốc hạ áp: trước khi thực hiện thuốc hạ áp theo y lệnh phải đo huyết áp cho người bệnh và báo cho bác sĩ biết kết quả.
* Các thuốc lợi tiểu nên sử dụng buổi sáng.
* Thực hiện các xét nghiệm cần thiết cho người bệnh theo y lệnh như:
* Điện tâm đồ.
* Chụp tim phổi.
* Siêu âm tim, siêu âm Doppler mạch.
* Soi đáy mắt.
* Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học cơ bản; u re, đường máu, điện giải, cholesterol máu, creatinin, tế bào niệu, protein niệu....
1. **Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:**
* Khẩu phần ăn đủ năng lượng, hạn chế muối.
* Nếu béo phì áp dụng chế độ ăn giảm calo.
* Tránh dùng các chất kích thích: rượu, bia, chè, cà phê.
1. **Chế độ nghỉ ngơi:**
* Nghỉ tại giường bệnh, giúp người bệnh vệ sinh.
* Tránh gắng sức.
* Tránh các thay đổi đột ngột như: nóng lạnh.
* Vận động nhẹ tại giường, đảm bảo giấc ngủ cho người bệnh tránh tiếng ồn.
* Giúp người bệnh tránh những xúc động mạnh, lo lắng, sợ hãi.
* Động viên và giải thích cho người bệnh kịp thời.
1. **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO**
2. **CHUẨN BỊ**
3. **Người bệnh**
* Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
* Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.
1. **Người thực hiện:**
* Y tá – Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
* Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
* Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.
1. **Nơi thực hiện: tại giường bệnh.**
2. **Dụng cụ:**
* Máy theo dõi nhịp tim, nhịp thở, khí máu, huyết áp.
* Máy hút, ống thông hút đờm, ống thông cho ăn.
* Bột dinh dưỡng, dung dịch dinh dưỡng.
* Giường có thay đổi tư thế và có đệm chống loét.
* Thuốc: heparin, Aspegic, Fraxiparin...
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:**
3. *Hô hấp:*
* Tình trạng hô hấp thở nhanh hay chậm, có ứ đọng dịch tiết ?
* Có rối loạn nhịp thở.
* Kiểu thở (ngáy to).
* Đặt một canuyn để tránh tụt lưỡi.
* Nếu có hôn mê sâu, rối loạn hô hấp hoặc suy hô hấp báo bác sĩ, để có thể phải đặt ống nội khí quản.
1. *Tim mạch:*
* Huyết áp: theo dõi nếu huyết áp tối đa lên quá 200mmHg, phải báo ngay bác sĩ.
* Nhịp tim: tần số, nhịp tim nếu có rối loạn nhịp tim phải báo ngay bác sĩ.
* Các dấu hiệu xuất huyết ngoài da: tiểu máu, chảy máu lợi khi đang dùng thuốc chống đông.
1. *Tình trạng liệt – thần kinh:*
* Quan sát đánh giá người bệnh tỉnh hay mê thông qua bảng điểm Glasgow.
* Có liệt thần kinh: thông qua vẻ mặt, nhân trung, vận động của chi và cách nói.
* Phản xạ ho, nuốt.
* Chức năng bài tiết, tiêu hóa:
* Tiêu hóa: Cần đặt ống thông da dày để nuôi dưỡng và xem xét có xuất huyết tiêu hóa hay không.
* Bài tiết nước tiểu: đặt túi hoặc ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu 1 giờ hay 24 giờ.
1. **Phòng ngừa các biện chứng:**
* Vệ sinh các hốc tự nhiên ngày 2 – 3 lần.
* Thay ga, quần áo người bệnh ít nhất ngày một lần.
* Nên để người bệnh ở phòng thoáng chống nóng và rét cho người bệnh.
* Người bệnh bị tai biến mạch máu não bị liệt nên ứ đọng đờm dãi gây viêm phổi cần dẫn lưu tư thế nghiêng phải, trái, đầu nằm thấp kết hợp với vỗ rung vùng ngực, lưng làm long đờm sau đó hút gạch vùng hầu hang.
* Vận động thụ động hay chủ động chi liệt để tăng cường tuần hoàn, giúp nuôi dưỡng chống tì đề gây loét.
1. **Phòng chống loét:**
* Cho người bệnh nằm đệm chống loét: đệm khí liên tục hay đệm nước.
* Giữ cho ga luôn khô, sạch, thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/1 lần.
* Có vết trợt: chống tì đề tiếp và gây nhiễm khuẩn.
* Có loét sâu: cần cắt lọc tổ choc hoại tử rửa sạch có thể rắc đường kính khô (saccharose) băng lại. Thay rửa khi băng bị ướt, chăm sóc cho đến khi vết loét đầy lên và kín miệng.
* Chế độ dinh dưỡng: cần cung cấp đủ calo tính bằng 30 – 50 Kcal/1 kg/ 24 giờ nếu nhiễm khuẩn, tăng số calo cao dần lên. Protid cần 2 -1,5g/ kg.
1. **Nuôi dưỡng:**
* Nước: lượng nước đưa vào người bệnh hàng ngày bao gồm:
* Nước uống + thể tích dịch truyền.
* Thể tích nước đưa vào 24 giờ = lượng nước tiểu 24 giờ +(300 \_ 500ml).
* Nếu người bệnh có sốt, ra nhiều mồ hôi hoặc thông khí cần cho thêm 500ml.
* Ăn: Cho ăn nhiều bữa trong ngày, phòng chống nôn. Ăn nhạt nếu có tăng huyết áp.
* Mỗi lần cho ăn qua ống thông không quá 400ml và cách nhau 3 giờ.
* Cần bồi phụ thêm các loại vitamin nhóm A, B, C.
* Chế biến thức ăn đảm bảo vệ sinh cân đối các thành phần theo tỉ lệ protid, lipid, glucid = 1 : 1: 4.
* Tốt nhất là các loại bột dinh dưỡng có sẵn đóng trong hộp như: Ensure, Sandosource.
1. **Phục hồi chức năng, hạn chế di chứng:**
* Phục hồi chức năng phải tiến hành ngay cùng với công tác hồi sức để phòng các di chứng: teo cơ, cứng khớp.
* Nhân viên điều dưỡng cần tập và hướng dẫn cho người bệnh.
1. **Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn chăm sóc và tập luyện:**
* Người bệnh bị tai biến mạch máu não sẽ để lại di chứng nhẹ hoặc nặng, thời gian hồi phục lâu, chăm sóc lâu dài, tốn nhiều công sức cho nên cần:
* Chế độ vệ sinh hàng ngày sạch sẽ.
* Chế độ ăn uống, thuốc uống đầy đủ, ăn đủ lượng, đủ chất, dùng thuốc theo y lệnh bác sĩ.
* Luyện tập hàng ngày: Tăng dần mức độ hoạt động.
* Tránh những yếu tố có thể tạo điều kiện xuất hiện lại tai biến lần sau: Stress tâm lí, gắng sức, nóng lạnh đột ngột, rượu, thuốc lá.
1. **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI**
2. **CHUẨN BỊ**
3. **Người bệnh :** Giải thích để người bệnh hiểu và hợp tác thức hiện.
4. **Người thực hiện:** Y tá – Điều dưỡng
5. **Nơi thực hiện:** Phòng bệnh.
6. **Chuẩn bị dụng cụ :**
* Huyết áp kế, nhiệt kế.
* Bột tan.
* Máy hút đờm, ống thông hút đờm.
* Bơm cho ăn.
* Hộp nghiền thuốc.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. Sắp xếp phòng bệnh và giường bệnh để người bệnh nằm gần tường, tránh ngã, bên liệt quay ra ngoài. Y tá phối hợp cùng kỹ thuật viên phục hồi chức năng tập vận động cho người bệnh để sớm phục hồi chức năng vận động. Phải tập nhẹ nhàng, đều đặng, tăng dần, tránh thô bạo. Các kích thích đều bắt đầu từ bên liệt.
3. Đặt người bệnh nằm thoải mái trên giường, không nên nằm ngửa. Cho người bệnh nằm nghiên, có thể dùng gối, đệm kê đỡ một phần cơ thể cho người bệnh nằm chắc, thoải mái. 2 -3 giờ giúp thay đổi tư thế cho người bệnh 1 lần. Mặt giường cần được giữ phẳng, đệm chắc, không kê đầu người bệnh quá cao.
4. Phòng các biến chứng:
* Viêm đường hô hấp: cho người bệnh thay đổi tư thế, vỗ rung. Nếu người bệnh yếu cần hỗ trợ hút, làm sạch đờm dãi.
* Loét: nằm đệm chống loét, thay đổi tư thế thường xuyên, vệ sinh vùng tỳ đè, xoa bột tan.
* Vệ sinh răng miệng, mắt.
* Tắm rửa.
* Tập cho người bệnh đại tiểu tiện tự chủ.
1. Cho người bệnh ăn:
* Nếu người bệnh phải ăn qua ống thông: cho người bênh ăn súp, sữa 4 lần/ ngày.
* Nếu người bệnh tự ăn: ăn thức ăn mềm, cơm.
* Tính lượng calo đủ, cân đối, đảm bảo đủ nước, vitamin.
* Giúp đỡ, khuyến khích người bệnh tự xúc ăn.
1. Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp: 2 lần/ ngày. Cho người bệnh uống thuốc đúng giờ, đặc biệt là thuốc hạ áp, hạ đường huyết....
* Bao gồm tình trạng đái són (căng ép bàng quang), đái gấp không nhịn được (khả năng giữ nước tiểu của bàng quang bị suy yếu), đái rỉ do tắc nghẽn (u lành tuyến tiền liệt, sa dạ con, táo bón ).
* Tạo điều kiện để việc đi tiểu trở nên dễ dàng hơn: đặt bô tiểu cạnh giường, khuyên người bệnh mặc các loại quần áo dễ cởi.
* Luyện tập sẽ làm tăng trưởng lực cơ của các cơ tham gia vào hoạt động tiểu tiện. Các bài tập phải ít nhất 6 – 8 tuần mới có kết quả và phải tập thường xuyên.
* Các bài tập tăng trưởng lực cơ tham gia tiểu tiện,
* Tập giữ nước tiểu, tập nhịn đi tiểu.
* Tập phản xạ đi tiểu.
* Lưu ý chế độ ăn uống của người bệnh không được sợ uống nước, phải uống đủ nước. Nên ăn nhiều chất xơ để tránh táo bón.

 **6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CO GIẬT**

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh:**
* Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
* Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.
1. **Người thực hiện:**
* Y tá điều dưỡng phải có đủ trang phục y tế.
* Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
* Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh.
1. **Nơi thực hiện:** Tại giường bệnh.
2. **Dụng cụ:**
* Bóng Ambu.
* Canuyn đề lưỡi tránh cho người bệnh cắn vào lưỡi.
* Ống nội khí quản, máy hút.
* Ống thông hút đờm ở hầu hang.
* Theo dõi nhiệt độ, điện não tại giường.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn:**
3. *Tình trạng liệt – thần kinh :*
* Quan sát đánh giá người bệnh trước, trong và sau cơn co giật:
* Tình trạng ý thức ( dựa vào bảng điểm Glasgow ).
* Có kèm theo liệt hay không ?
* Khi có cơn giật cần cho người bệnh nằm ngửa hay nghiêng đầu ngửa ra sau, để dễ thở. Chỉ cần đặt Canuyn Mayo khi đã hết cơn giật.
1. *Hô hấp :*
* Tình trạng hô hấp : ngừng thở ? Tím tái ? Khó thở thanh khí quản có tiếng rít. Khi có tím và khó thở cần :
* Cho người bệnh thở oxy liên tục 5- 10 lít/ phút.
* Hút khai thông đường hô hấp do ứ đọng chất tiết ở đường hô hấp trên.
1. *Nhanh chóng cắt cơn co giật:*
* Thuốc chống co giật: Seduxen, tiêm tĩnh mạch hay truyền.
* Thuốc hạ thân nhiệt: Aspirin hoặc truyền hay tiêm tĩnh mạch, khi nhiệt độ trên 39°C.
* Thuốc chống phù não: Manitol 20% truyền nhanh 100ml/30’ nếu có phù não; Methyn prednisolon 120 – 180 mg tiêm tĩnh mạch nếu có phù não do u não. Sau khi đã cắt cơn giật cần dùng liều duy trì theo y lệnh của bác sĩ nhằm ngăn chặn cơn tái phát.
1. *Tim mạch :*
* Huyết áp : Đo chỉ số huyết áp.
* Nhịp tim : Tần số, có rối loạn nhịp tim kèm theo cơn giật.
1. *Chức năng tiêu hóa và bài tiết :*
* Bài tiết nước tiểu: Cần theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ bằng đặt túi hay ống thông bàng quang nhằm đánh giá chức năng thận.
1. **Phòng ngừa các biến chứng :**
* Thiếu oxy cấp tính trong cơn co giật : Cần cho thở trong và sau cơn giật để đẩm bảo SpO2 > 90%.
* Tránh cắn vào lưỡi trong cơn co giật nên cần có Canuyn Mayo bên cạnh người bệnh hay cố định tốt tránh tuột.
* Cung cấp đủ 2- 3 lít nước chống suy thận chức năng.
* Theo dõi sát lượng nước tiểu giờ và ngày nếu thiểu niệu hay vô niệu cần báo cho bác sĩ ngay.
* Một số co giật do kích thích bằng yếu tố vật lý hay cơ học cần tránh, cho người bệnh nằm ở phòng yên tĩnh sạch sẽ.
* Khi có cơn giật cần tránh để người bệnh hít phải dịch nôn cần đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn. Nếu cần thiết có thể tách riêng đường hô hấp và ăn uống bằng cách đặt nội khí quản và ống thông dạ dày. Khi bị hít phải dịch nôn cần điều trị chống suy hô hấp và soi rửa hút dịch phế quản.
1. **Nuôi dưỡng:**
* Nước: nước uống, truyền dịch đủ đảm bảo nước tiểu 24 giờ > hoặc = 1500 ml
* Calo : Đối với người bệnh co giật cần đủ calo tránh suy kiệt. Nhu cầu cần 50 calo/kg/24 giờ.
* Khi cho ăn đảm bảo tốt nhất là truyền hay bơm cho ăn liên tục nhằm chống trong cơn giật người bệnh nôn và hít phải dịch thức ăn vào phổi.
1. **Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn người bệnh có sự hiểu biết nguyên nhân gây co giật**
* Người bệnh co giật có nhiều nguyên nhân: sốt cao, phù não, động kinh, ngộ độc....
* Tùy theo nguyên nhân mà có cách phòng tránh cho người bệnh.

Ví dụ: trẻ sốt cao co giật thì cần theo dõi nhiệt độ tránh sốt cao, khi có sốt cần dùng thêm thuốc chống co giật.

* Nếu nguyên nhân do động kinh cần dùng thuốc điều trị liên tục không ngừng đột ngột. Tránh những công việc nguy hiểm như: điều khiển ô tô, mô tô, công nhân xây dựng phải leo cao, làm việc nơi sông nước.
* Bảo đảm đủ dịch vào: nước uống, dịch truyền và theo dõi lượng nước ra: nước tiểu, mồ hôi, sốt cao.

7. **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG**

1. **MỤC ĐÍCH**
* Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh tốt.
* Phòng tránh tai biến xảy ra khi cho người bệnh ăn qua ống thông.
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh :**
* Nằm nghiêng bên trái, đầu thấp
* Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh để hợp tác.
1. **Người thực hiện:** Y tá – Điều dưỡng
* Đầy đủ trang phục y tế sạch sẽ
* Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ
1. **Nơi thực hiện :** Tại giường bệnh
2. **Dụng cụ :**
* Thức ăn lỏng theo y lệnh.
* Bơm tiêm 50 – 100ml.
* Nước chín.
* Khăn ăn – khăn bông nhỏ.
* Khay đựng thức ăn.
* Ống nghe (nếu cần).
* Băng dính – kéo (nếu cần).
* Nhiệu kế đo nhiệt độ thức ăn .
* Kẹp ống thông.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
* Giải thích và hướng dẫn người bệnh rõ ràng.
* Đặt người bệnh ở tư thế hơi gập người hoặc nghiêng sang một bên.
* Trải các khăn ăn.
* Kiểm tra việc đặt ống thông ( hút dịch dạ dày để xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa ?).
* Tiến hành cho ăn chậm (ở tốc đọ 1ml/ giây), không để không khí lọt vào ống.
* Quan sát tình trạng người bệnh trong suốt quá trình cho ăn.
* Bơm nước tráng ống sau khi cho ăn.
* Đậy nút ống và cố định chắc chắn (nếu phải lưu ống thông).
* Để người bệnh ở tư thế đầu cao trong khoàng 30 phút – 1 giờ sau khi cho ăn.
* Thu dọn dụng cụ - rửa sạch để vào nơi quy định.
1. **ĐÁNH GIÁ – GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO.**
* Ghi lại giờ cho ăn, số lượng và thời gian đã cho ăn, đáp ứng của người bệnh đối với thức ăn.
* Nôn: tạm ngừng cho ăn, đặt người bệnh nằm nghiêng đầu thấp.
* Sặc: hút dịch và thức ăn còn lại ở họng, hút đờm ( bằng một ống thông khác ) qua ống nội khí quản hay mở khí quản nếu có. Kiểm tra đờm xem có lẫn thức ăn không.
* Báo cáo hoặc ghi lại mọi quan sát khác có liên quan: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nếu có sặc.
* Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.
1. **HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**
* Dặn người bệnh ( nếu người bệnh tỉnh ) hoặc người nhà người bệnh không tự ý rút ống thông, không tự ý bơm thức ăn.
* Tư vấn cho người nhà người bệnh về chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, vitamin phù hợp với tính chất của người bệnh.
* Luôn đảm bảo dụng cụ cho ăn và thức ăn sạch sẽ, đúng chất lượng.

**8.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT ỐNG THÔNG BÀNG QUANG**

1. **MỤC ĐÍCH**
* Theo dõi số lượng nước tiểu 24 giờ.
* So sánh lượng nước tiểu vào và ra sau 24 giờ.
* Phòng chống nhiễm khuẩn đường tiêt niệu.
* Theo dõi màu sắc nước tiểu để phát hiện các trường hợp bất thường.
* Tránh người bệnh đột ngột rút ống thông ra.
* Vệ sinh người bệnh sạch sẽ.
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh:**
* Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
* Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.
1. **Người thực hiện:**
* Y tá, điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang.
1. **Nơi thực hiện:** Tại giường bệnh.
2. **Dụng cụ:**
3. *Dụng cụ vô khuẩn:*
* Ống thông bàng quang vô khuẩn cùng cỡ với ống thông đang đặt hoặc nhỏ hơn một số.
* Găng vô khuẩn.
* Gạc miếng, gạc củ ấu, khăn to phủ đùi người bệnh.
* Dầu paraffin đã hấp diệt khuẩn.
* Panh, kìm kẹp khăn, bát kền, khay vô khuẩn.
* Túi dẫn lưu nước tiểu có vạch chia từ 100ml – 1000ml.
1. *Dụng cụ sạch:*
* Khay chữ nhật, khay quả đậu.

- Tấm nilon lót dưới mông người bệnh.

- Bốc đựng nước sạch để rửa bộ phận sinh dục.

 - Nước xà phòng loãng và nước sôi nguội.

 - Bô dẹt, cọc theo truyền.

 - Chai đựng dung dịch NaCl 9%...

- Ống cắm panh, panh Kocher, kéo, băng dính.

- Ống đong nước tiểu có chia vạch từ 50 – 100ml hoặc túi đựng nước tiểu vô khuẩn.

 *c. Dụng cụ sát khuẩn:*

* Thuốc đỏ 2%, thuốc tím 1%, Betadin.
* Thuốc rửa bàng quang theo chỉ định của bác sĩ.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
* Điều dưỡng viên đeo khẩu trang.
* Đo lượng nước tiểu hàng ngày, so sánh với lượng dịch đầu vào để tính cân bằng, nếu lượng nước tiểu thừa hoặc thiếu hơn lượng dịch đưa vào phải báo bác sĩ.
* Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, rừa bằng nước xà phòng loãng, rừa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài , khi xong đổ nước bẩn đi, lau khô cho người bệnh, sát khuẩn bằng thuốc đỏ hoặc Betadin xung quanh chỗ đặt ống thông.
* Phát hiện nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục tại chỗ đặt.
* Túi đựng nước tiểu phải kín đước thay sau 48 giờ.
* Thay thông bàng quang nếu đặt quá 5 ngày.
* Cặp ống thông bàng quang. Sau 3 – 6 giờ tháo nước tiểu.
* Quan sát màu sắc nước tiểu để phát hiện các trường hợp bất thường:
* Nước tiểu đục: có khả năng đã có nhiễm khuẩn.
* Nước tiểu đỏ có cặn: có máu, báo bác sĩ tìm nguyên nhân. Kiểm tra màu sắc nước tiểu do uống thuốc rifampicin,vitamin B12.
* Nước tiểu màu vàng sẫm: có thể có vàng da hoặc người bệnh đang dùng vitamin B6. Nước tiểu đen ngay khi mới ra: có thể là huyết cầu tố niệu.
* Nếu có nhiễm khuẩn rửa bàng quang theo chỉ định của bác sĩ: có thể rửa bàng quang ngày 1 đến 2 lần.
* Rửa bằng dung dịch NaCl 9% mỗi lần rửa bàng quang không quá 250ml, sau đó kẹp thông lại lưu trong 10 – 15 phút tháo nước ra.
* Theo dõi nhiệt độ hàng ngày, phát hiện các trường hợp sốt.
* Rút thông bàng quang càng sớm càng tốt khi có chỉ định của bác sĩ.
1. **ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO.**
* Ghi số lượng nước tiểu 24 giờ.
* Ghi màu sắc nước tiểu: nước tiểu ra ngoài ánh sáng mới đen dần lại, người bệnh đang có perphyric niệu báo ngay bác sĩ.
* Kẻ bảng theo dõi thân nhiệt.
* Ghi tình trạng tại chỗ đặt thông bàng quang.
* Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.
1. **HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**
* Giải thích cho người bệnh nếu tỉnh, hoặc giải thích cho người nhà sự cần thiết phải đặt ống thông bàng quang. Người bệnh không tự ý rút ống thông.
* Hướng dẫn người nhà hợp tác trong việc theo dõi số lượng nước tiểu, quan sát màu sắc nước tiểu và các bất thường khác.
* Giải thích cho người bệnh và gia đình việc đặt ống thông bàng quang chỉ là tạm thời.
* Nếu người bệnh không tỉnh táo, phải buộc tay để phòng ngừa người bệnh rút ống thông ra.

**9.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT MỤC**

1. **MỤC ĐÍCH**
* Làm cho loét mục mau lành.
* Chống nhiễm khuẩn bệnh viện qua loét mục.
* Hạn chế loét mục phát triển.
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh:**
* Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
* Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp cho công việc chăm sóc.
1. **Người thực hiện:** Y tá – điều dưỡng ( có người phụ giúp nếu người bệnh hôn mê).
* Trang phục y tế đầy đủ.
* Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
1. **Nơi thực hiện:** Tại giường bệnh
2. **Dụng cụ:** Xe thay băng (đầy đủ dụng cụ);
* ***1 bộ dụng cụ thay băng vô trùng gồm có:***
* 2 kẹp phẫu tích.
* 2 kéo (1 cong, 1 thằng).
* 1 pince có mấu.
* 1 bát kền.
* Gạc miếng, gạc củ ấu, bông cầu.
* Găng tay.
* ***Dụng cụ khác gồm:***
* Khay quả đậu.
* Khay chữ nhật.
* 1 kéo, 1 kẹp phẫu tích, băng dính.
* Cồn, bột tale, ête, thuốc và dung dịch sát khuẩn (như oxy già 12 thể tích, Betadin, nước muối đẳng trương 9%), thuốc theo chỉ định bác sĩ.
* Nhiệt độ, huyết áp, ống nghe.
* Ga, quần áo, chăn màn sạch.... 1 tấm lót nilon, chậu nước ấm, 1 khăn mặt bông to, 2 khăn mặt bông nhỏ, 1 tấm vải.
* Đệm hơi luân chuyển, đệm nước, đệm bọt.
* Túi đựng đồ bẩn.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Chăm sóc vết loét:**
* Nhận định mức độ loét mục.
* Tùy theo loét mục có kế hoạch chăm sóc cụ thể như khi nào thay băng và làm lại chăm sóc.
* Đeo găng, trải tấm lót dưới vùng bị loét (chú ý làm nhẹ nhàng).
* Tháo bỏ găng bẩn, kiểm tra lại vết loét, đổ các dung dịch sát trùng ra bát kền. Mở hộp dụng cụ vô khuẩn, đeo găng vô khuẩn vào, lấy bơm tiêm hút mủ (đem đi soi tươi, cấy tìm vi khuẩn), đồng thời cấy máu nếu người bệnh sốt.
* Dùng kẹp phẫu tích rửa sạch vết thương lần lượt bằng các dung dịch oxy già 12 thể tích- nước muối 9% - Betadin (nếu vết loét có hoại tử phải cắt lọc hết tổ chức hoại tử sau đó rửa sạch), phủ gạc vô khuẩn lên trên vết khoét ( băng kín, thoáng tùy theo tình trạng của vết loét).
* Kết hợp lau rửa sạch vùng ẩm ướt, xoa bóp xung quanh vùng tì đè, vùng bị loét bằng bột tale và cồn 70°.
* Thay ga, quần áo cho người bệnh, đặt người bệnh về tư thế phù hợp.
* Nếu người bệnh cần phải nằm đệm chống loét, y tá điều dưỡng đặt người bệnh lên trên cáng, chuẩn bị đệm chống loét xong chuyển người bệnh lên giường (cùng 1 -2 người phụ giúp).
* Thu dọn dụng cụ, khử trùng dụng cụ, rửa tay.
1. **Nuôi dưỡng:** Bảo đảm nuôi dướng tốt người bệnh, đủ calo là điều kiện tiên quyết để loét mục chóng lành (35-50Kcal/kg).
2. **Chăm sóc:** Xoa bóp, nằm đệm nước, thay đổi tư thế luôn (ít nhất 2 giờ/lần) tránh cho người bệnh nằm tì đè vào vết loét.
3. **ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO:**
* Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc, tiến triển của vết loét, màu sắc, kích thước của vết loét.
* Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, chăm sóc đệm chống loét.
* Xem các kết quả xét nghiệm: Vi khuẩn, mủ, máu.
* Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.
1. **HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**
* Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh không được tự động điều trị bằng các phương pháp không theo chỉ định của bác sĩ.
* Nên phòng loét hơn là trị loét (vì loét rồi điều trị rất tốn kém).
* Nếu người bệnh hôn mê nên cho người bệnh nằm đệm chống loét ngay, đặt ống thông bàng quang (bọc cao su đối với người bệnh nam) có ống dẫn lưu.
* Luôn giữu cho người bệnh luôn khô ráo.
* Vận động lí liệu pháp, thay đổi tư thế thường xuyên cho người bệnh.
* Dinh dưỡng: Cho người bệnh ăn đủ calo, nhiều vitamin, động viên người bệnh và người nhà người bệnh nuôi dưỡng tốt.

**10.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ**

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh**
* Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
* Để người bệnh ở tư thế thích hợp khi chăm sóc.
1. **Người thực hiện**
* Y tá – điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.
1. **Nơi thực hiện**
* Tại giường bệnh.
1. **Dụng cụ**
* Ống nước tiểu và bộ dụng cụ đặt thông tiểu.
* Túi đựng nước tiểu.
* Túi cao su.
* Ga, quần áo, chăn màn sạch.
* Bỉm, chậu vịt.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Chăm sóc người bệnh tiểu tiện không tự chủ do liệt tủy.**
* Phương pháp tư thế cò súng:
* Võ nhẹ vùng hạ vị (phía trên bàng quang) khoảng 1 phút dừng lại rồi đợi cho đến khi nước tiểu chảy ra.
* Vỗ lại lần nữa, vỗ đi vỗ lại vài lần cho đến khi nước tiểu không chảy ra nữa.
* Chú ý chỉ làm khi mỗi lần thực hiện số lượng nước tiểu trên 150ml. Nếu không phải làm trống bàng quang bằng phương pháp khác.
* Đặt ống thông có chu kỳ:
* Đặ thông cách quãng 4 -6 giờ/ lần. Giữa các lần đặt có thể dùng túi cao su đối với nam hoặc bỉm hay chậu đối với nữ nếu cần.
* Đặt thông cố định: là phương pháp dễ nhất nhưng gây nhiều biến chứng: nhiễm trùng, sỏi bàng quang, loét niệu đạo.
* Túi cao su: Là phương pháp sử dụng cho người bệnh nam khi không tự điều khiển được tiểu tiện. Có thể sử dụng kết hợp với phương pháp cò súng.
* Chú ý: Rửa da và lau khô bộ phận sinh dục thường xuyên để phòng loét.
1. **Chăm sóc người bệnh bị tiểu tiện không tự chủ do nguyên nhân khác**
* Bao gồm tình trạng đái són (căng ép bàng quang), đái gấp không nhịn được (khả năng giữ nước tiểu của bàng quang bị suy yếu), đái rỉ do tắc nghẽn (u lành tuyến tiền liệt, sa dạ con, táo bón).
* Tạo điều kiện để việc đi tiểu trở nên dễ dàng hơn: đặt bô tiểu cạnh giường, khuyên người bệnh mặc các loại quần áo dễ cởi.
* Luyện tập sẽ làm tăng trưởng lực cơ của các cơ tham gia vào hoạt động tiểu tiện. Các bài tập phải ít nhất 6 – 8 tuần mới có kết quả và phải tập thường xuyên.
* Các bài tập tăng trương lực cơ tham gia tiểu tiện.
* Tập giữ nước tiểu, tập nhìn đi tiểu.
* Tập phản xạ đi tiểu.
* Lưu ý chế độ ăn uống của người bệnh không được sợ uống nước, phải uống đủ nước. Nên ăn nhiều chất xơ để tránh táo bón.

**11.CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÃNG XƯƠNG CỨNG KHỚP**

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh**
* Giải thích và động viên người bệnh
1. **Người thực hiện**
* Y tá – Điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.
1. **Nơi thực hiện:** Tại giường bệnh.
2. **Dụng cụ :**
* Túi chườm nóng, đèn hồng ngoại.
* Xe tiêm: Đầy đủ dụng cụ.
* Nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
* Nẹp cột sống, áo nịt, nạng.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Giúp người bệnh giảm đau trong giai đoạn cấp bằng cách :** để người bệnh nằm nghỉ tại giường hoặc ngồi trên ghế. Hạn chế đi lại để giảm trọng lực lên các khớp viêm đau.
* Chườm nóng hoặc chiếu đèn hang ngoại vào các khớp viêm đau. Xoa bóp các cơ lân cận 2 lần/ ngày.
* Hướng dẫn người bệnh tập vận động các cơ vùng đau khớp: ví dụ người bệnh thoái hóa cột sống cổ nên tập gang cơ cổ, thoái hóa cột sống lưng nên tập gang cơ bong và lưng...
* Cho người bệnh mang áo nịt hoặc nẹp cột sống một thời gian nếu người bệnh có đau dai dẳng.
1. **Để người bệnh nằm ở tư thế đúng:** các khớp ở bàn tay, cẳng tay để ở tư thế gấp, đệm kê đỡ tay, các khớp ở chân để ở tư thế duỗi. Có thể dùng chăn, gối, đệm kê đỡ tay, chân cho người bệnh giảm đau. Phối hợp với kỹ thuật viên phục hồi chức năng hướng dẫn người bệnh thường xuyên tập vận động các khớp, chống dính khớp, cho người bệnh tập các bài thể dục thích hợp để tăng cường chuyển hóa calci, chống loãng xương.
2. **Người bệnh bị loãng xương,** thoái khớp thường rất hay lo lắng cần động viên, an ủi để người bệnh yên tâm điều trị.
3. **Vì đau, cứng khớp** người bệnh thường khó tự làm được các việc trong sinh hoạt hàng ngày, y tá – điều dưỡng cần hướng dẫn giúp đỡ họ như: Tạo bàn ăn tại giường để người bệnh tự xúc ăn, hỗ trợ thay quần áo, làm vệ sinh, đi lại...
4. **Người bệnh nằm lâu** có thể bị các biến chứng như: nhiễm khuẩn hô hấp, loét....
* Cần phát hiện sớm. Đo nhiệt độ: sáng, chiều.
* Phát hiện sớm vết loét.
* Xoa bóp, thay đổi tư thế.
1. **Đảm bảo dinh dưỡng hợp lý**, chế độ ăn giàu calci, đủ nước, chống táo bón, chống ăn ít hay ăn ăn quá nhiều.
2. **Hướng dẫn người bệnh** dùng thuốc theo đơn bác sĩ, tránh quên thuốc hoặc dùng quá liều.

**12. CHĂM SÓC DINH DƯỠNG NGƯỜI CHO NGƯỜI CAO TUỔI**

1. **CHUẨN BỊ**
* Người cao tuổi và người nhà của họ được giải thích về ý nghĩa của chế độ ăn uống hợp lý.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
* Khẩu phần ăn nên được chia nhỏ thành nhiều bữa, tránh ăn quá no.
* Thức ăn phải mềm, dễ nuốt và được chế biến hợp khẩu vị. Đối với những người cao tuổi bị rụng nhiều răng thì nên cho ăn cháo, súp, sữa...
* Cần chú ý cho người cao tuổi ăn từng miếng nhỏ, uống nước từ từ từng ngụm nhỏ để tránh nghẹn hay sặc.
* Đảm bảo cung cấp một lượng nước đầy đủ (khoảng 1,5 lít đến 2 lít mỗi ngày).
* Xây dựng thức đơn đảm bảo được nhu cầu về năng lượng cũng như nhu cầu về các chất dinh dưỡng. Bữa ăn nên có đủ các món sau:
* Cơm: đây là chất bột, là nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu cho cơ thể. Có thể thay cơm bằng bánh mì, ngô, khoai, sắn....
* Món ăn chính: được chế biến từ thịt, cá, đậu, trứng, lạc, vừng....chủ yếu cung cấp chất đạm và chất béo. Nên cân đối giữa đạm động vật và đạm thực vât, nên ăn những thức ăn có chứa đạm dễ tiêu như cá, đậu phụ, lạc vừng...Nên hạn chế sử dụng nhiều loại mỡ động vật do có chứa nhiều acid béo bão hòa, thay thế vào đó nên dùng dầu thực vật và mỡ cá chứa các acid béo không bão hòa – những chất có tác dụng chống xơ vữa động mạch.
* Rau: cung cấp nhiều chất xơ, muối khoáng và vitamin. Người cao tuổi nên ăn nhiều rau.
* Canh: cung cấp nước và các chất dinh dưỡng.
* Hoa quả tráng miệng: cung cấp nhiều vitamin và muối khoáng.
* Thực đơn cần được thường xuyên thay đổi và cần sử dụng nhiều loại thực phẩm đa dạng.
* Nên tăng cường dùng những loại thức ăn có chứa nhiều calci như sữa và các sản phẩm từ sữa để phòng ngừa và hỗ trợ điều trị loãng xương.
* Đối với những người có bệnh lý đi kèm cần điều chỉnh chế độ ăn cho phù hợp với tình trạng bệnh tật của họ ( ví dụ: chế độ ăn nhạt cho người bệnh suy tim hoặc tăng huyết áp, chế độ ăn giảm đạm cho người bệnh suy thận... ).
* Đối với những người không thể ăn qua đường miệng cần đặt ống thông dạ dày, sau đó cho ăn qua ống thông đó. Thông thường cứ 4 tiếng cho ăn 1 bữa. Sau mỗi bữa ăn cần bơm 10 – 20 ml nước lọc để tráng ống. Cần chú ý hơn vấn đề vệ sinh răng miệng và mũi họng trong quá trình đặt ống thông cho ăn.

MỤC LỤC

1 – Chăm sóc NB thở ô xy Trang 1

2 – Chăm sóc NB trụy mạch ( Sốc) 4

3 – Chăm sóc NB có cơn tăng huyết áp 8

4 – Chăm sóc NB Tai biếm mạch máu não 10

5 – Chăm sóc NB tai biến mạch máu não giai đoạn phục hồi 14

6 – Chăm sóc NB co giật 16

7 – Chăm sóc NB ăn qua ống thông 19

8 – Chăm sóc NB đặt ống thông bàng quang 21

9 – Chăm sóc NB loét mục 24

10 – Chăm sóc NB tiểu không tự chủ 27

11 – Chăm sóc NB loãng xương cứng khớp 29

12 – Chăm sóc dinh dưỡng cho người cao tuổi 31