

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG)

Chủ biên : PGS. TS. CAO MINH CHÂU



**THƯ VIỆN
HUBT**

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chủ biên:

PGS.TS. CAO MINH CHÂU

Những người biên soạn:

PGS.TS CAO MINH CHÂU

PGS.TS. VŨ THỊ BÍCH HẠNH

TS. PHẠM VĂN MINH

TS. ĐD LÊ THỊ BÌNH

ThS. NGUYỄN THỊ THANH HUYỀN

ThS. NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

Thư ký biên soạn:

PGS. TS. VŨ THỊ BÍCH HẠNH

ThS. NGUYỄN THỊ THANH HUYỀN

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Bác sĩ đa khoa. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn cơ sở và chuyên môn theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách đạt chuẩn chuyên môn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách **PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các tác giả PGS.TS. Cao Minh Châu, PGS.TS. Vũ Thị Bích Hạnh, TS. Phạm Văn Minh, TS. DD. Lê Thị Bình, ThS. Nguyễn Thị Thanh Huyền, ThS. Nguyễn Thị Kim Liên biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách **PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học chuyên ngành bác sĩ đa khoa của Bộ Y tế thẩm định năm 2008. Bộ Y tế quyết định ban hành là tài liệu dạy – học đạt chuẩn chuyên môn của ngành trong giai đoạn hiện nay. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách; Cảm ơn TS. Nguyễn Thế Luyến, ThS. BSCK II Nguyễn Thị Thanh đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI NÓI ĐẦU

Phòng bệnh, điều trị, phục hồi chức năng và giáo dục sức khỏe là các thành phần cơ bản trong chiến lược chăm sóc sức khỏe nhân dân của Đảng và Nhà nước. Từ chiến lược đó người tàn tật Việt Nam được chăm sóc và phục hồi toàn diện hơn, nhu cầu đào tạo cán bộ Phục hồi chức năng trở thành thiết thực và cấp bách. trong đó có điều dưỡng PHCN.

Bộ môn Phục hồi chức năng Trường đại học Y Hà Nội được thành lập ngày 28/11/1988 theo quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Sau 20 năm thành lập. Bộ môn đã đào tạo được hàng ngàn cán bộ PHCN. Các trường Đại học và cao đẳng Y trong cả nước thành lập các bộ môn PHCN, đưa chương trình giảng dạy PHCN cho sinh viên y khoa. Các bộ môn PHCN của các trường Y ngày càng phát huy tác dụng trong sự nghiệp đào tạo cán bộ chuyên ngành. Tuy nhiên chưa có tài liệu cho cử nhân điều dưỡng về PHCN.

Để có tài liệu cơ bản giảng dạy cho cử nhân điều dưỡng phục hồi chức năng ở các trường đại học Y, chúng tôi biên soạn cuốn ***"Phục hồi chức năng"*** cho cử nhân điều dưỡng. Cuốn sách được chia làm hai phần theo chương trình: Phần lý thuyết và phần thực hành.

Cuốn sách này dùng cho các thầy cô giáo để chuẩn bị các khóa đào tạo cử nhân điều dưỡng, giảng dạy môn học ***"điều dưỡng phục hồi chức năng"*** và cho cả các điều dưỡng viên mới chuyển qua làm việc với chuyên ngành Phục hồi chức năng tham khảo. Do thời gian và chương trình đào tạo ở mỗi trường đại học Y có khác nhau, nên chúng tôi đề xuất những nguyên tắc chung về điều dưỡng trong một số chủ đề cơ bản nhất thường gặp trong chuyên ngành PHCN, các thầy cô giáo có thể bổ sung cho phù hợp với chương trình, nội dung, thời gian đào tạo và hoàn cảnh của trường mình.

Tham gia biên soạn cuốn sách này là các phó giáo sư, tiến sĩ y khoa, tiến sĩ điều dưỡng, các thầy cô giáo đã có kinh nghiệm giảng dạy nhiều năm và đã từng trải với nhiều chương trình phục hồi chức năng cho người tàn tật Việt Nam. Trong cuốn sách có nhiều kiến thức mới của thế giới được bổ sung và cập nhật. Tuy nhiên, không thể tránh được các thiếu sót và làm vừa lòng quý bạn đọc. Chúng tôi mong nhận được sự đóng góp ý kiến, bổ sung của các thầy cô giáo và bạn đọc để lần tái bản sau cuốn sách được hoàn chỉnh hơn.

Nhân dịp này chúng tôi trân trọng cảm ơn sự đóng góp ý kiến quý báu của các cán bộ điều dưỡng ở Bệnh viện Bạch Mai, của các nhà khoa học trong hội đồng thẩm định sách.

Chủ biên

PGS.TS. CAO MINH CHÂU



CHƯƠNG TRÌNH CHO CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG

(Hệ chính quy)

MÔN HỌC: ĐIỀU DƯỠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Số tiết : 2 ĐVHT: 1 LT / 1TH (15 tiết LT, 32 tiết TH)

STT	TÊN BÀI	SỐ TIẾT	
		LT	TH
1	Tổng quan về quá trình tàn tật và PHCN. Vai trò của điều dưỡng trong PHCN.	2	0
2	Lượng giá của điều dưỡng đối với một người tàn tật.	2	4
3	Các thương tật thứ phát thường gặp và cách phòng ngừa.	2	4
4	Vận động trị liệu.	2	4
5	Chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não.	2	4
6	Chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng cho bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	2	4
7	Chăm sóc đường tiết niệu cho bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	1	4
8	Chăm sóc đường ruột cho bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	1	4
9	Chăm sóc loét ở bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	1	4
Tổng		15	32

MỤC LỤC

	Trang
Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
PHẦN LÝ THUYẾT	Tác giả
Bài 1. Tổng quan về tàn tật và phục hồi chức năng.	Cao Minh Châu 9
Bài 2. Lượng giá của điều dưỡng đối với một người tàn tật.	Cao Minh Châu 21
Bài 3. Các thương tật thứ phát thường gặp và cách phòng ngừa.	Nguyễn Thị Thanh Huyền 32
Bài 4. Vận động trị liệu.	Phạm Văn Minh 43
Bài 5. Điều dưỡng phục hồi chức năng cho bệnh nhân bị liệt nửa người sau tai biến mạch máu não.	Vũ Thị Bích Hạnh 50
Bài 6. Chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng cho bệnh nhân bị tổn thương tuỷ sống.	Nguyễn Thị Kim Liên 65
Bài 7. Điều dưỡng phục hồi chức năng đường tiết niệu cho bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	Vũ Thị Bích Hạnh 80
Bài 8. Chăm sóc đường ruột ở bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	Vũ Thị Bích Hạnh 90
Bài 9. Chăm sóc loét ở bệnh nhân tổn thương tuỷ sống.	Phạm Văn Minh 100
PHẦN THỰC HÀNH	
CÁC QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỰC HÀNH	106
1. Thực hành lượng giá chung của điều dưỡng đối với một người tàn tật (2h).	Cao Minh Châu 106
2. Thực hành lập kế hoạch can thiệp điều dưỡng đối với một người tàn tật (2h).	Cao Minh Châu 111
3. Phát hiện cứng khớp (2h).	Vũ Thị Bích Hạnh 113
4. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa (2h).	Vũ Thị Bích Hạnh 116
5. Tập vận động thụ động theo tầm vận động khớp (4h).	Phạm Văn Minh 121
6. Hướng dẫn bệnh nhân liệt nửa người di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại (2h).	Vũ Thị Bích Hạnh 143
7. Đỡ bệnh nhân liệt nửa người ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng (2h)	Vũ Thị Bích Hạnh 146
8. Hướng dẫn bệnh nhân bị liệt nửa người mặc và cởi quần áo (1h).	Vũ Thị Bích Hạnh 149

9. Hướng dẫn bệnh nhân đi trong thanh song song (1h).	Cao Minh Châu	153
10. Chăm sóc bệnh nhân tổn thương tủy sống (1h).	Vũ Thị Bích Hạnh	156
11. Chuyển bệnh nhân từ giường sang xe lăn và ngược lại (1h).	Vũ Thị Bích Hạnh	158
12. Trợ giúp ho có hiệu quả cho bệnh nhân bị ứ đọng đờm dãi (1h).	Cao Minh Châu	161
13. Thực hiện vỗ, rung lồng ngực cho người bệnh ứ đọng đờm dãi (1h).	Cao Minh Châu	164
14. Băng ép chống hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân liệt tủy (1h).	Nguyễn Thị Thanh Huyền	167
15. Hướng dẫn BN tổn thương tủy sống đặt thông tiểu ngắt quãng (2h).	Nguyễn Thị Thanh Huyền	170
16. Hướng dẫn BN tổn thương tủy sống đặt thông tiểu lưu (2h).	Nguyễn Thị Kim Liên	177
17. Hướng dẫn BN thực hiện chương trình đường ruột ở người có dạng đường ruột phản xạ (2h).	Vũ Thị Bích Hạnh	183
18. Hướng dẫn BN tổn thương tủy sống thiết lập chương trình đường ruột ở dạng ruột liệt nhẽo (2h).	Vũ Thị Bích Hạnh	186
19. Hướng dẫn bệnh nhân (gia đình) các phòng ngừa loét (2h).	Nguyễn Thị Thanh Huyền	189
20. Thay băng vết loét (2h).	Nguyễn Thị Thanh Huyền	192
Đáp án môn học		196
Tài liệu tham khảo		199

Bài 1

TỔNG QUAN VỀ TÀN TẬT VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được quá trình tàn tật: sức khỏe, khiếm khuyết, tàn tật và tàn phế.
2. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa khiếm khuyết, tàn tật và tàn phế.
3. Mô tả được các khái niệm Phục hồi chức năng và các hình thức Phục hồi chức năng.

1. SỨC KHOẺ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU

1.1. Định nghĩa về sức khỏe

Định nghĩa sức khỏe là tình trạng hoàn chỉnh về thể chất, tinh thần, môi trường xã hội, đồng thời không có bệnh và tàn tật.

Năm 1978, Hội nghị quốc tế ở Alma-Ata đã ra tuyên ngôn về “chăm sóc sức khỏe ban đầu” với khẩu hiệu sức khỏe cho tất cả mọi người. Hội nghị cũng đã xác nhận sức khỏe là yếu tố quan trọng để đẩy mạnh sản xuất, xây dựng kinh tế, xoá đói giảm nghèo, xây dựng cuộc sống ấm no hạnh phúc cho mọi người.

Chăm sóc sức khỏe ban đầu có ý nghĩa quan trọng trong quá trình chăm sóc sức khỏe, bao gồm chăm sóc các mặt thiết yếu của sức khỏe dựa vào dự phòng, sử dụng các biện pháp kỹ thuật khoa học cơ bản có hiệu quả với giá thành thấp để mọi người có thể thực hiện được dễ dàng ngay tại cộng đồng đang sinh sống.

1.2. Các yếu tố chăm sóc sức khỏe ban đầu

- Giáo dục sức khỏe, nâng cao sức khỏe cho mọi người.
- Phòng ngừa bệnh, tai nạn, tàn tật, hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ và các thương tật thứ phát.
- Điều trị sớm, đúng bệnh, đặc biệt phát triển y học gia đình, tổ chức mạng lưới y tế cơ sở thích hợp, cung cấp thuốc thiết yếu, kiểm soát giá hợp lý, phát triển y học cổ truyền.
- Phục hồi chức năng cho người tàn tật và phòng ngừa tàn tật.

1.3. Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu

- Giáo dục sức khỏe.
- An toàn thực phẩm, lương thực.
- Cung cấp đủ nước sạch.
- Thanh khiết môi trường cơ bản.
- Tiêm chủng đầy đủ và đúng các bệnh nhiễm khuẩn chủ yếu.
- Phòng ngừa và khống chế các bệnh lây nhiễm tại mỗi địa phương.
- Chữa các bệnh và chấn thương thông thường.
- Cung cấp đầy đủ các thuốc thiết yếu.
- Lập hồ sơ quản lý sức khỏe.
- Thống kê, báo cáo định kỳ.

2. BỆNH VÀ QUÁ TRÌNH TÀN TẬT

2.1. Bệnh

Khi có một bệnh nguyên: vật lý, hoá học, sinh học, di truyền làm thay đổi sinh lý, sinh hoá của cơ thể gọi là quá trình bệnh lý và thường dẫn đến bệnh. Bệnh là quá trình của bệnh nguyên, bệnh sinh tác động vào tế bào, cơ quan bộ phận của cơ thể gây ảnh hưởng đến quá trình sinh lý của con người. Sau khi bị bệnh, bị tai nạn, người bệnh có thể tự khỏi, được điều trị khỏi hoặc có thể bị khiếm khuyết, bị giảm khả năng hoặc tàn tật được gọi là quá trình tàn tật.

2.2. Quá trình tàn tật

Tàn tật là một quá trình từ khiếm khuyết, tàn tật và tàn phế.



2.2.1. Khiếm khuyết (impairment)

2.2.1.1. Định nghĩa:

Là tình trạng thiếu hụt, bất thường về tâm lý, sinh lý, giải phẫu hoặc chức năng nào đó của cơ thể. Khiếm khuyết chủ yếu đề cập đến mức độ của cơ thể.

2.2.1.2. Ví dụ:

- Cụt chi.
- Đục nhân mắt.
- Các tật tim bẩm sinh.

2.2.1.3. Các biện pháp phòng ngừa cơ bản

Để một người không bị khiếm khuyết gọi là phòng ngừa tàn tật cấp 1 bao gồm :

- Tiêm chủng đủ, đúng.
- Phát triển tốt y học cộng đồng.
- Bảo đảm 5 yếu tố bảo vệ sức khoẻ.
- Chống bạo lực.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho cộng đồng.
- Phát triển ngành phục hồi chức năng, phát hiện tàn tật sớm, tìm nhu cầu phục hồi chức năng, cung cấp tốt, kịp thời mắt kính, máy trợ thính, dụng cụ chỉnh hình, xe lăn để giảm tác động của khiếm khuyết.

2.2.2. Tàn tật (Disability)

2.2.2.1. Định nghĩa:

Tàn tật là tình trạng hạn chế hoặc thiếu khả năng (thường do tình trạng khiếm khuyết gây nên) để thực hiện một hoạt động chức năng nào đó so với người bình thường. Tàn tật đề cập đến tổn thương mức độ hoạt động chức năng con người.

2.2.2.2. Ví dụ:

- Cụt chân gây đi lại khó khăn.
- Đục nhân mắt gây khó khăn nhìn.
- Khiếm khuyết về trí tuệ gây khó khăn về học hành.

2.2.2.3. Phòng ngừa tàn tật

Các biện pháp để ngăn ngừa người bị khiếm khuyết không bị tàn tật gọi là phòng ngừa tàn tật cấp 2, bao gồm:

– Các biện pháp phòng ngừa khiếm khuyết.

– Giáo dục hoà nhập hoặc giáo dục chuyên biệt cho trẻ bị khiếm khuyết là cần thiết. Giáo dục đặc biệt là phương pháp giáo dục bao gồm lượng giá khả năng của học sinh trước khi đề xuất mục tiêu và phương pháp đào tạo phù hợp với dạng tàn tật.

– Dạy nghề, tạo việc làm cho người bị khiếm khuyết.

– Phát triển ngành phục hồi chức năng đặc biệt các chuyên khoa Ngôn ngữ trị liệu, dụng cụ chỉnh hình chi giả, Hoạt động trị liệu, Vật lý trị liệu.

2.2.3. Tàn phế (Handicap)

2.2.3.1. Định nghĩa:

Tàn phế là tình trạng bất lợi của một cá thể do khiếm khuyết, tàn tật không được phục hồi tạo nên, cản trở người đó tham gia, thực hiện vai trò của mình để tồn tại trong xã hội trong lúc những người khác cùng tuổi, cùng giới, cùng hoàn cảnh xã hội, văn hóa có thể thực hiện được.

Tàn phế được đề cập đến vai trò của một cá thể tham gia vào các hoạt động có liên quan trong xã hội, bị hạn chế hoặc mất.

Các biện pháp phòng ngừa một người tàn tật không trở nên tàn phế gọi là phòng ngừa tàn tật cấp 3.

2.2.3.2. Ví dụ:

– Người cụt chân không đi học được, không có việc làm...

– Đục nhân mắt không nhìn được, không đọc được, không có việc làm...

– Tim bẩm sinh không lao động được do suy tim...

2.2.3.3. Nguyên nhân của tàn tật:

– Do khiếm khuyết.

– Do giảm chức năng.

– Do thái độ thành kiến xã hội, do môi trường, do ngành y học quá lạc hậu hoặc phát triển cứu sống nhiều người bệnh nặng, tuổi thọ tăng.

2.2.3.4. Phân loại tàn tật:

– Tàn tật về thể chất: tổn thương các cơ quan vận động như não, tủy sống, thần kinh ngoại biên, các tổn thương xương cơ khớp, tổn thương do các cơ quan cảm giác nội tạng.

– Tàn tật do tổn thương tâm thần tâm lý, các dạng rối loạn tâm thần rất phổ biến như chậm phát triển tinh thần, tâm thần phân liệt, tự kỷ...

– Đa tàn tật: người có hai tàn tật trở lên, thường do tổn thương não như sau đột quỵ, sau chấn thương sọ não, sau viêm não, bại não.

2.2.3.5. Phòng ngừa tàn tật:

Là các biện pháp phòng ngừa khiếm khuyết, giảm chức năng. Cần chú ý đến cải thiện môi trường và thái độ của xã hội, phát hiện tàn tật sớm ngay tại cộng đồng và can thiệp thoả đáng.

2.2.3.6. Hậu quả của tàn tật:

– Với xã hội và gia đình: người tàn tật không có hoặc giảm khả năng sản xuất và là gánh nặng chăm sóc phục hồi chức năng.

– Với người tàn tật:

+ Tuổi thọ thấp.

+ Tỷ lệ mắc bệnh cao.

+ Ít có cơ hội vui chơi, học tập, đào tạo.

+ Tỷ lệ thất nghiệp cao, thu nhập thấp, ít có cơ hội xây dựng gia đình.

+ Thường bị xã hội lãng quên nhu cầu.

Tàn tật là một thử thách lớn với người tàn tật mà họ phải chịu đựng, phấn đấu vượt qua suốt cả một đời.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

3.1. Định nghĩa

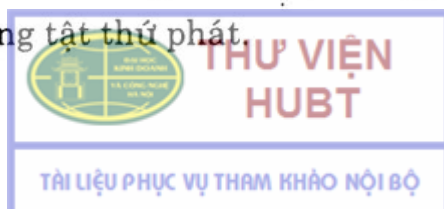
Phục hồi chức năng là các biện pháp y học, xã hội, hướng nghiệp, giáo dục làm hạn chế tối đa giảm chức năng, tạo cho người tàn tật có cơ hội tham gia các hoạt động để hội nhập, tái hội nhập xã hội, có cơ hội bình đẳng trong cộng đồng xã hội.

3.2. Mục đích của phục hồi chức năng

– Giúp cho người tàn tật khả năng tự chăm sóc, giao tiếp, vận động, hành vi ứng xử, nghề nghiệp, thu nhập.

– Phục hồi tối đa giảm khả năng thể chất, tâm lý, nghề nghiệp, xã hội.

– Ngăn ngừa các thương tật thứ phát.



- Tăng cường các khả năng còn lại để hạn chế hậu quả tàn tật.
- Thay đổi thái độ, hành vi ứng xử của xã hội, chấp nhận người tàn tật là thành viên bình đẳng của xã hội.
- Cải thiện môi trường, rào cản để người tàn tật hội nhập xã hội như đường đi, công sở, nhà ở, nơi sinh hoạt văn hóa, du lịch, thể thao.
- Tạo thuận lợi để người tàn tật được hội nhập, tái hội nhập xã hội để họ có chất lượng cuộc sống tốt hơn như tự chăm sóc, tạo việc làm, vui chơi giải trí.

3.3. Các kỹ thuật phục hồi chức năng

Kỹ thuật phục hồi chức năng rất phong phú và đa dạng:

3.3.1. Các kỹ thuật y học can thiệp vào cơ thể người tàn tật

- Y học: phẫu thuật chỉnh hình, y học nội khoa, các kỹ thuật chẩn đoán y khoa.
- Sản xuất cung cấp các dụng cụ chỉnh hình, thay thế như mắt kính, tai nghe, xe lăn, máy phát âm (thường để khắc phục tình trạng tàn tật)...
- Ngôn ngữ trị liệu.
- Hoạt động trị liệu.
- Vận động trị liệu.
- Tâm lý trị liệu.

3.3.2. Các kỹ thuật giúp đỡ người tàn tật tham gia hội nhập xã hội

- Cán bộ xã hội: nghiên cứu các khía cạnh của xã hội có liên quan đến người tàn tật và khắc phục có hiệu quả.
- Giáo dục đặc biệt: giáo dục hòa nhập, giáo dục chuyên biệt.
- Dạy nghề: tạo việc làm cho người tàn tật.
- Cải thiện môi trường như đường đi, nhà ở, phương tiện đi lại để người tàn tật có thể đến những nơi họ cần đến, làm các việc có ích cho cuộc sống của họ mà họ muốn.

3.4. Các hình thức phục hồi chức năng

Để phục hồi chức năng cho người tàn tật có 3 hình thức đã được áp dụng:



3.4.1. Phục hồi chức năng tại trung tâm

Là hình thức phục hồi chức năng đã có trên 150 năm nay. Người tàn tật đến các trung tâm có cán bộ chuyên khoa và trang thiết bị phục hồi chức năng đầy đủ.

Ưu điểm: kỹ thuật phục hồi chức năng tốt, cán bộ được đào tạo chuyên khoa sâu.

Nhược điểm: người tàn tật phải đi xa, giá thành cao, số lượng người tàn tật được ít, không đạt được mục tiêu hòa nhập xã hội.

Vì vậy, ở các trung tâm chỉ phục hồi chức năng với người tàn tật nặng, nơi đào tạo nghiên cứu khoa học và chỉ đạo ngành, là cơ sở có trang bị kỹ thuật cao để chẩn đoán và phục hồi chức năng tuyến dưới chưa có điều kiện.

3.4.2. Phục hồi chức năng ngoài trung tâm (PHCN ngoại viện)

Là hình thức phục hồi chức năng mà cán bộ chuyên khoa cùng phương tiện đến phục hồi chức năng ở địa phương người tàn tật sinh sống.

Ưu điểm: người tàn tật không phải đi xa, số lượng người tàn tật được phục hồi có tăng lên, giá thành chấp nhận được. Người tàn tật được phục hồi chức năng tại môi trường mà họ sinh sống.

Nhược điểm: không đủ cán bộ chuyên khoa để đáp ứng nhu cầu cho người tàn tật, không có khả năng để triển khai các kỹ thuật lượng giá và phục hồi chức năng ở mức độ hiện đại.

3.4.3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Là chiến lược phát triển cộng đồng về lĩnh vực phục hồi chức năng, bình đẳng phúc lợi và hội nhập xã hội của mọi người tàn tật. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được triển khai qua cố gắng hợp tác của người tàn tật, gia đình họ cũng như cộng đồng với dịch vụ xã hội, nghề nghiệp, giáo dục và sức khỏe một cách thích ứng. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thể hiện quyền của người tàn tật được bảo đảm; những ưu điểm của hình thức này:

– Xã hội hóa cao: người tàn tật, cộng đồng, chính quyền, các tổ chức đoàn thể cần phải tham gia.

– Kinh phí chấp nhận được, kỹ thuật thích nghi.

– Chất lượng phục hồi chức năng cao vì đáp ứng nhu cầu hội nhập xã hội giữa phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng và phục hồi chức năng tại Viện có mối liên quan mật thiết.

– Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một thành tố của chiến lược chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

– Với phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, 85% người tàn tật được phục hồi.

– Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có ý nghĩa khoa học, kinh tế, nhân văn.

3.5. Nguyên tắc của phục hồi chức năng

– Đánh giá cao vai trò của người tàn tật, gia đình họ và cộng đồng.

– Phục hồi tối đa các khả năng bị giảm để người tàn tật có khả năng tham gia hoạt động trong các lĩnh vực tự chăm sóc, tạo ra của cải và vui chơi giải trí, có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

– Phục hồi chức năng dự phòng là nguyên tắc chiến lược trong phát triển ngành phục hồi chức năng.

3.6. Hội nhập xã hội

Người tàn tật được sống bình đẳng và được tham gia các hoạt động theo nguyện vọng, điều kiện khả năng của họ trong gia đình và xã hội.

Hội nhập xã hội với người tàn tật là mục tiêu cơ bản của chuyên ngành phục hồi chức năng. Đó cũng là nguyện vọng và quyền con người của người tàn tật.

3.6.1. Quá trình, ý tưởng hoà nhập xã hội trở thành hiện thực

– Về kinh tế: sau chiến tranh thế giới II, những người tàn tật được chăm sóc tại nhà hoặc tại trung tâm phục hồi chức năng lớn. Số người tàn tật được chăm sóc ở các trung tâm quá tốn kém. Vì vậy, có khuynh hướng đưa người tàn tật hoà nhập cộng đồng để giảm gánh nặng về chi phí.

– Đòi hỏi sự chăm sóc có hiệu quả: người tàn tật được chăm sóc ở gia đình, ở cộng đồng. Họ muốn được chăm sóc với sự cải tiến môi trường thích hợp, kỹ thuật phục hồi chức năng thích nghi được phổ biến, người tàn tật được phục hồi chức năng tại nhà có cơ hội hoà nhập.

– Nhờ khoa học y học phát triển: như thuốc hướng thần điều trị bệnh nhân tâm thần, tạo nên hệ thống chăm sóc không còn khép kín, thuốc điều trị lao... Người tàn tật sống được lâu hơn. Vì vậy, người bệnh mạn tính, người tàn tật nếu được hoà nhập sẽ có chất lượng cuộc sống độc lập hơn hoặc tự lập hoàn toàn.

– Hoà nhập xã hội: phục hồi chức năng dựa vào gia đình và tự chăm sóc có hiệu quả, được thừa nhận. Các bệnh mạn tính như viêm khớp, tai biến mạch máu não, đau lưng, so với chăm sóc tại viện, đặc biệt về mặt nhân văn.

Quá trình hình thành ý tưởng hoà nhập xã hội của người tàn tật tạo tiền đề cho chiến lược Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ngày nay đã được cả thế giới biết đến.

3.6.2. Bước đầu đề xuất một số nội dung của quá trình hoà nhập xã hội

Về chất lượng cuộc sống của người tàn tật, nội dung cơ bản trong quá trình hoà nhập xã hội với người tàn tật hiển nhiên là rất quan trọng và là mục tiêu chiến lược của hoạt động chuyên ngành Phục hồi chức năng. Tuy vậy, chúng ta chưa có những nghiên cứu đầy đủ những vấn đề này. Cùng với người tàn tật, chúng ta phải tiến hành nay mai. Với hoà nhập xã hội có 3 vấn đề lớn cần quan tâm.

3.6.2.1. Người tàn tật khẳng định sự tồn tại bình đẳng và được chăm sóc cơ thể:

– Trẻ em bú sữa mẹ, có người chăm sóc nuôi dưỡng, được ăn uống học tập, vui chơi, không bị lạm dụng, không bị bỏ rơi, được chăm sóc sức khoẻ, được phát triển nhân cách của mình.

– Với người lớn, được chăm sóc và phục hồi chức năng do giảm các khả năng, có cuộc sống gia đình, được phát triển nhân cách.

– Với người lớn tuổi được chăm sóc và tự chăm sóc cơ thể, tinh thần được tôn trọng.

3.6.2.2. Người tàn tật có việc làm, có thu nhập:

– Trẻ em được đi học, hướng nghiệp.

– Người lớn được đào tạo, học nghề, có việc làm, có thu nhập, có kinh tế để tồn tại độc lập.

– Với người tàn tật cao tuổi có nguồn sống ổn định.

3.6.2.3. Phúc lợi xã hội, giải trí

Mọi người tàn tật hội nhập xã hội được hưởng các dịch vụ y tế, xã hội, bảo hiểm, được tham gia thể dục thể thao, hoạt động xã hội, tổ chức Hội người tàn tật...

Ngày nay, chăm sóc người tàn tật là một hoạt động với ý nghĩa đầu tư cho cuộc sống chứ không phải đơn thuần là cứu trợ xã hội với lòng nhân ái như trước đây.

Phát triển chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là chiến lược quan trọng để tạo thuận lợi phòng ngừa tàn tật, phục hồi chức năng cho người tàn tật, tạo cơ hội tốt cho quá trình hoà nhập xã hội của người tàn tật.

Khi nào Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng chưa được coi là một thành tố phát triển cộng đồng về lĩnh vực phục hồi chức năng, người tàn tật, gia đình và cộng đồng (đặc biệt người tàn tật) chưa tham gia vào chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thì Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng khó đạt được thắng lợi bền vững.

TỰ LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI MỞ

1. Trình bày khái niệm khiếm khuyết, giảm khả năng và tàn tật.
2. Liệt kê các giải pháp phòng ngừa khiếm khuyết, giảm khả năng và tàn tật.
3. Trình bày các khái niệm Phục hồi chức năng.
4. Trình bày ưu nhược điểm của các hình thức Phục hồi chức năng.

CÂU HỎI LỰA CHỌN

Hãy khoanh tròn câu trả lời đúng nhất

5. Sức khoẻ là tình trạng
 - A. Khoẻ mạnh về thể chất
 - B. Khoẻ mạnh về tinh thần
 - C. Khoẻ mạnh về xã hội
 - D. Không có bệnh, tật
 - E. Tất cả các yếu tố trên.
6. Khiếm khuyết (tàn tật) là tình trạng
 - A. Không bình thường về cấu trúc cơ thể người như thiếu hụt một bộ phận của cơ thể.
 - B. Giảm chức năng một bộ phận của cơ thể.

- C. Không tham gia các hoạt động hằng ngày.
- D. Tàn tật nặng, không có khả năng hoà nhập xã hội.

7. Tàn tật là tình trạng

- A. Không bình thường về cấu trúc cơ thể.
- B. Do tàn tật tạo nên hạn chế hoặc thiếu khả năng thực hiện các hoạt động chức năng.
- C. Không tham gia được các hoạt động hằng ngày.
- D. Tàn tật nặng không có khả năng hoà nhập xã hội.

8. Tàn phế là tình trạng

- A. Do khuyết tật, tàn tật, người đó không thực hiện được vai trò của mình để tồn tại trong xã hội.
- B. Không tham gia các hoạt động của gia đình và xã hội.
- C. Không tham gia các hoạt động hằng ngày.
- D. Hạn chế sự tham gia của người tàn tật.

CÂU HỎI ĐÚNG SAI

Hãy đánh dấu (✓) vào ô thích hợp: Đ cho câu trả lời "đúng", S cho câu trả lời "sai"

Câu	Nội dung	Đ	S
9.	Do tình trạng khuyết tật, tàn tật nặng, do thái độ của gia đình, xã hội dẫn đến tàn phế.		
10.	Người tàn tật có tuổi thọ thấp hơn và tỷ lệ mắc bệnh cao hơn người bình thường.		
11.	Phục hồi chức năng cho người tàn tật là chỉ can thiệp về y học.		
12.	Phòng ngừa tàn tật là nguyên tắc chiến lược trong phát triển ngành Phục hồi chức năng.		

CÂU HỎI NGỎ NGẮN

Hãy điền cho đầy đủ các ý trả lời của các câu hỏi sau

13. Nguyên nhân của tàn tật là do

- A. Khiếm khuyết
- B. Giảm chức năng



C. Thái độ xã hội

D.

E.

14. Hậu quả của người tàn tật là những ảnh hưởng đến

A. Bản thân người tàn tật

B. Gia đình họ

C.

15. Phục hồi chức năng là dùng các biện pháp

A. Y học

B. Xã hội học

C. Giáo dục học

D.

E.

16. Các hình thức phục hồi chức năng đang tồn tại hiện nay trên thế giới bao gồm

A. Phục hồi chức năng tại viện, tại trung tâm.

B. Phục hồi chức năng ngoại viện.

C.

Bài 2

LƯỢNG GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI TÀN TẬT

MỤC TIÊU

1. *Lượng giá được một người tàn tật.*
2. *Liệt kê được các vấn đề của người tàn tật cần can thiệp điều dưỡng.*
3. *Đưa ra các chẩn đoán điều dưỡng, lập kế hoạch điều dưỡng và nêu lên các kết quả mong đợi.*

1. ĐẠI CƯƠNG

– Định nghĩa: lượng giá điều dưỡng là đánh giá tình trạng người bệnh, người tàn tật thông qua một loạt thao tác, thủ thuật để tìm ra các vấn đề cần can thiệp điều dưỡng.

– Lượng giá điều dưỡng là công việc đầu tiên của người điều dưỡng viên khi tiếp xúc lần đầu với người tàn tật. Quy trình lượng giá vẫn tiếp tục trong quá trình chăm sóc điều dưỡng cho đến khi xuất viện, thậm chí tiếp diễn tại gia đình.

– Lượng giá điều dưỡng để:

+ Tìm ra các dấu hiệu và phát hiện ra các vấn đề, đưa ra chẩn đoán điều dưỡng.

+ Đánh giá diễn biến

+ Phân loại bệnh lý và vấn đề

+ Tìm các nhu cầu chăm sóc điều dưỡng

+ Lập kế hoạch can thiệp điều dưỡng

+ Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào



Các chẩn đoán điều dưỡng	Can thiệp điều dưỡng	Kết quả mong đợi
...		

2. NỘI DUNG LƯỢNG GIÁ

2.1. Phần chung

Cử nhân điều dưỡng :

Chẩn đoán khi vào viện:

Diễn biến của bệnh:.....

.....

.....

.....

Tiền sử của bệnh:

.....

.....

Mức độ chức năng trước đó:

Mức độ chức năng hiện tại:

.....

Khiếm khuyết:

Giảm chức năng:

Tàn tật:.....

Các dấu hiệu sinh tồn:

Trạng thái

Nhịp tim/phút

Huyết áp (mm Hg)

Tần số thở/phút

+ Lúc nghỉ ngơi

.....

.....

.....

+ Lúc vận động

.....

.....

.....

Những điều thận trọng cần lưu ý:

Các thuốc đã sử dụng:

Tình trạng người bệnh:

Tỉnh táo	Có, không	Ngủ lịm	Có, không
Có phương hướng	Có, không	Lẫn lộn	Có, không
Làm theo yêu cầu	Có, không	Lãnh đạm	Có, không
Kích động	Có, không	Biểu hiện khác	Có, không

Có đau:

Môi trường gia đình:

Sống độc thân:

Có gia đình nhưng hằng ngày ở nhà một mình:

Nghề nghiệp

Có cầu thang trong gia đình:

Có người giúp đỡ: cần dụng cụ trợ giúp, PHCN:

2.2. Phần đánh giá chi tiết

2.2.1. Các cơ quan hệ thống duy trì sự sống

– Đường thở:

- + Có thở máy không?
- + Có mở khí quản không?
- + Tình trạng lồng ngực hô hấp?

– Nuôi dưỡng:

- + Ăn qua ống thông dạ dày
- + Truyền tĩnh mạch
- + Ăn uống bình thường
- + Khác

– Hệ tuần hoàn:

- + Mạch, huyết áp
- + Tình trạng tim
- + Tình trạng mạch

– Tình trạng da:

- + Loét da
- + Không loét

2.2.2. Các cơ quan, hệ thống cần phục hồi chức năng

-- Hệ tiêu hoá:

- + Ruột
- + Táo bón
- + Tiêu chảy
- + Khác

– Hệ tiết niệu:

- + Rối loạn cơ tròn
- + Tình trạng nhiễm trùng
- + Khác

– Hệ thần kinh:

- + Hôn mê, mức độ bất tỉnh
- + Chỉ số hôn mê Glasgow
- + Trí nhớ
- + Định hướng không gian, thời gian
- + Trí tuệ
- + Vận động

– Chức năng hành não:

- + Nuốt
- + Kiểm soát vùng mặt
- + Kiểm soát khoang miệng
- + Ho

– Cảm giác:

- + Đau sâu
- + Đau rát
- + Cảm thụ bản thể
- + Nhận biết đồ vật
- + Khả năng phân biệt

- **Thính giác**
- **Thị giác, nhận thức, hình ảnh cơ thể**
- **Các hành vi có liên quan với những rối loạn nhận thức:**
 - + Dễ cau gắt, dễ kích động
 - + Khó tiếp thu
 - + Mất định hướng
 - + Không kiểm chế
 - + Lặp đi lặp lại
 - + Bốc đồng
 - + Hay ba hoa
 - + Giảm sự làm quen với cái mới
 - + Giảm sự thích nghi, giảm sự sáng tạo
 - + Trầm cảm
- **Hệ vận động:**
 - + Vận động thụ động các khớp

Nhận xét tầm vận động và đưa ra nhận xét

 - + Vận động khớp chủ động

Nhận xét tầm vận động và đưa ra nhận xét

 - + Độc lập các động tác
 - + Phối hợp vận động bình thường
 - + Chức năng ngồi
 - + Chức năng đứng
 - + Chức năng thăng bằng
 - + Chức năng bàn tay
- **Phối hợp:**
 - + Chi trên: – Bên trái
 - Bên phải
 - + Chi dưới: – Bên trái
 - Bên phải

Sau khi lượng giá xong điều dưỡng viên liệt kê các vấn đề mà người tàn tật cần can thiệp điều dưỡng:

- Các dấu hiệu sinh tồn
- Các vấn đề của hệ tuần hoàn
- Các vấn đề của hệ hô hấp
- Các vấn đề của hệ tiêu hoá
- Các vấn đề của hệ tiết niệu
- Các vấn đề của hệ thần kinh
- Các vấn đề của hệ da, bì
- Các vấn đề tâm lý
- Các vấn đề của hệ vận động : cơ, xương, khớp

Điều dưỡng viên đưa ra chẩn đoán điều dưỡng, biện pháp can thiệp và kết quả mong đợi sau can thiệp. Sau đây là ví dụ một bảng tóm tắt liên quan đến điều dưỡng một người tai biến mạch máu não :

Chẩn đoán về điều dưỡng	Can thiệp điều dưỡng	Kết quả mong đợi
Đường dẫn khí kém liên quan đến mất ý thức hoặc rối loạn phản xạ ho.	1. Đặt tư thế bệnh nhân để tạo thuận dẫn lưu dịch khí phế quản, thay đổi tư thế 2 giờ/ lần. 2. Nâng đầu lên khỏi giường 30° 3. Sử dụng máy hút dịch làm sạch đường dẫn khí là cần thiết, đảm bảo vệ sinh đường hô hấp. 4. Vật lý trị liệu lồng ngực. 5. Đảm bảo ho và các bài tập thở sâu. 6. Nếu bệnh nhân đang tiếp nhận liệu pháp oxy, đảm bảo đầy đủ độ ẩm.	1. Đường dẫn khí sẽ mở thông, cho phép tăng trao đổi khí. 2. Nguy cơ hít phải chất bẩn sẽ giảm. 3. Giảm nguy cơ tăng khí cacbonic góp phần tăng oxy và tình trạng phù não sẽ được giảm xuống.
Thiếu máu não, phù não, tăng áp lực nội sọ.	1. Theo dõi các dấu hiệu sống và dấu hiệu thần kinh. 2. Duy trì dòng chảy tĩnh mạch từ não bằng cách nâng đầu lên khỏi mặt giường 30 độ. 3. Giữ đầu bệnh nhân ở tư thế trung gian. 4. Tránh các tư thế làm tăng áp lực khoang bụng hoặc khoang lồng ngực (như gấp háng, nằm sấp). 5. Duy trì nhiệt độ bình thường.	1. Các dấu hiệu sống được duy trì trong giới hạn bình thường. 2. Áp lực tưới máu não sẽ được duy trì.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

	6. Tránh các hoạt động làm tăng áp lực nội sọ (các hoạt động thay đổi tư thế đột ngột...) 7. Duy trì huyết áp của bệnh nhân trong giới hạn thích hợp đối với áp lực tưới máu não.	
Tắc một phần đường dẫn khí dẫn đến trao đổi khí bị suy giảm.	1. Đảm bảo vệ sinh đường hô hấp theo định kỳ. 2. Giữ vững mức độ hoạt động của bệnh nhân để làm tăng trao đổi khí. 3. Chỉ định liệu pháp oxy bổ sung. 4. Kiểm soát sự tăng áp lực nội sọ để trợ giúp phân phối oxy tới não.	Chức năng hô hấp được bảo tồn.
Nguy cơ tổn thương do các cơn động kinh (xảy ra thứ phát do kiểm soát kém hoặc thiếu hụt chức năng thần kinh).	1. Đề phòng các cơn động kinh. 2. Đánh giá bệnh nhân đối với một cơn động kinh xảy ra (các dấu hiệu tiên tri). 3. Hướng bệnh nhân chú ý đến môi trường xung quanh. 4. Nếu có thể được cho bệnh nhân đeo kính thích hợp hoặc máy trợ thính. 5. Đảm bảo đủ ánh sáng. 6. Giúp đỡ bệnh nhân đi lại khi cần thiết. 7. Loại bỏ các vật nguy hiểm ra xa bệnh nhân.	1. Sự an toàn được duy trì. 2. Các biện pháp an toàn sẽ được áp dụng để đề phòng chấn thương. 3. Các yếu tố gây nên hoặc góp phần làm tăng thêm chấn thương sẽ được giảm và hạn chế.
Thay đổi cảm giác, cảm thụ bản thể thụ: + Vận động. + Sờ mó. + Nhìn có liên quan đến thay đổi ý thức, suy giảm cảm giác hoặc suy giảm thị giác.	1. Đưa ra kích thích hợp lý đối với vùng bị tổn thương hoặc cảm giác bị tổn thương. 2. Đặt các vật liệu trên bệnh nhân hoặc gần bệnh nhân nếu có hemianopia đồng âm. 3. Đưa các kích thích xúc giác tới bàn tay, các chi bị tổn thương bằng cách giảm cảm giác. 4. Bảo vệ bệnh nhân khỏi bị tổn thương. 5. Xem xét khả năng bù trừ để tìm các nhu cầu của bệnh nhân. 6. Theo dõi mức độ cảm giác. 7. Che mắt bệnh nhân và thay đổi đối với trường hợp song thị.	1. Nhận thấy các cảm giác tối ưu và chính xác. 2. Sẽ duy trì được sự an toàn
Lãng quên một phía liên quan đến bệnh hoặc các thiếu sót về	1. Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp để bệnh nhân nhìn thấy bên bị tổn thương. 2. Khuyến khích kích thích phía bên liệt.	1. Bệnh nhân sẽ nhận biết bên bị liệt. 2. Sẽ duy trì được sự an toàn.

thần kinh (đặc biệt nếu nửa bán cầu không ưu thế bị tổn thương)	3. Kết hợp hoạt động bên liệt càng nhiều càng tốt. 4. Hướng dẫn cho bệnh nhân nhìn bao quát môi trường xung quanh để bệnh nhân thức tỉnh bên bị lãng quên. 5. Giảm đến tối thiểu các giải trí. 6. Nếu thuận tiện, dùng gương để giúp bệnh nhân kiểm tra sự chú ý của họ trong không gian.	
Tiểu tiện không tự chủ liên quan đến tổn thương não / mức độ thay đổi của ý thức / khiếm khuyết về vận động.	1. Đánh giá bệnh nhân cho bất kỳ một yếu tố liên quan nào. 2. Đo lượng nước tiểu hằng ngày duy trì lượng nước đưa vào cơ thể và thải ra. 3. Theo dõi xét nghiệm nước tiểu và cấy nước tiểu để nhận biết các nhiễm trùng đường tiết niệu. 4. Đưa ra một chương trình tái rèn luyện bàng quang càng sớm càng tốt. 5. Chăm sóc vùng hậu môn 4 lần/ngày.	1. Thiết lập kiểu bài tiết nước tiểu đúng . 2. Loại trừ hoặc làm giảm khả năng không tự chủ .
Táo bón liên quan đến chấn thương não/ mức thay đổi của ý thức / khiếm khuyết vận động.	1. Đánh giá kiểu bài tiết phân trước đây của bệnh nhân. 2. Đánh giá nhu động ruột. 3. Đánh giá lượng nước nhập vào của bệnh nhân và độ lỏng của phân. 4. Bắt đầu chương trình tập đường ruột. 5. Để phòng quá sức khi rặn cho phân ra.	1. Kiểu bài tiết phân đúng sẽ được xác định. 2. Loại trừ được táo bón, tránh được tình trạng tăng áp lực nội sọ do rặn quá mức hoặc do táo bón.
Rối loạn nước và điện giải liên quan đến mức thay đổi ý thức/vận động.	1. Đánh giá bệnh nhân xem thiếu nước hoặc quá nhiều nước và mất cân bằng điện giải nhờ khám xét và theo dõi hằng ngày làm xét nghiệm labo. 2. Duy trì chế độ truyền dịch nghiêm ngặt khi chỉ định truyền để kiểm soát tăng áp lực sọ não. 3. Theo dõi nước đưa vào thải ra.	Cân bằng mức nước và điện giải sẽ được duy trì.
Dinh dưỡng ít hơn nhu cầu của cơ thể liên quan đến mất khả năng thu nhận đủ số lượng thức ăn.	Đánh giá số calo bệnh nhân thu vào. Theo dõi trọng lượng của bệnh nhân theo định kỳ (ví dụ cứ 2 tuần/ lần).	Dinh dưỡng đúng sẽ được duy trì.

Khiếm khuyết vận động liên quan đến thiếu hụt thần kinh.	1. Đánh giá loại và mức độ khiếm khuyết 2. Cung cấp nẹp, máng, giấy chỉnh hình là cần thiết. 3. Dạy cho bệnh nhân các phương pháp vận động khác. 4. Bảo đảm các bài tập theo tầm vận động cứ 4 lần/ngày.	Các phương pháp vận động thay thế sẽ được sử dụng.
Khiếm khuyết da do bất động dẫn đến cung cấp máu vùng đó giảm.	1. Khám da của bệnh nhân xem có vùng đỏ hoặc nứt nẻ không? 2. Giữ các vùng da đỏ. 3. Trăn trở và thay đổi tư thế của bệnh nhân 2 giờ/lần. 4. Chăm sóc da 4 giờ/lần.	Sự bảo toàn da sẽ được duy trì.
Rối loạn giấc ngủ liên quan đến tổn thương não.	1. Đánh giá kiểu ngủ và thức giấc của bệnh nhân. 2. Đánh giá nhu cầu ngủ của bệnh nhân. 3. Tạo môi trường dẫn đến ngủ tốt hơn. 4. Đưa ra những biện pháp thuận lợi để giúp gây buồn ngủ.	Kiểu ngủ và thức giấc đúng sẽ được xác định phù hợp với nhu cầu ngủ của bệnh nhân.
Thiếu tự chăm sóc bản thân liên quan đến mức độ ý thức và các thiếu hụt về thần kinh.	1. Đánh giá khả năng của bệnh nhân để đưa ra những nhu cầu tự chăm sóc. 2. Phát triển các phương pháp khác nhau để thực hiện các hoạt động hằng ngày. 3. Tìm những nhu cầu mà bệnh nhân không thể tự thực hiện được (như vệ sinh, ăn uống...)	Các nhu cầu tự chăm sóc sẽ được đưa ra, hoặc phương pháp tạo nên các hoạt động sẽ được thiết lập.
Giao tiếp bằng lời bị khiếm khuyết liên quan đến tổn thương não/ mức độ thay đổi của ý thức.	1. Đánh giá loại thiếu hụt về giao tiếp hiện có. 2. Phát triển các phương pháp giao tiếp thích hợp.	1. Một phương pháp giao tiếp lựa chọn sẽ được thiết lập. 2. Những cố gắng của bệnh nhân để giao tiếp sẽ được trợ giúp.
Rối loạn tình dục liên quan đến sự thay đổi của tình dục hoặc thiếu hụt thần kinh.	1. Đánh giá các nhu cầu về tình dục của bệnh nhân. 2. Thảo luận các thay đổi về tình dục của bệnh nhân. 3. Giúp đỡ tình dục của bệnh nhân.	Tình dục của bệnh nhân sẽ được trợ giúp.

Quá trình suy nghĩ thay đổi liên quan đến mức độ ý thức thay đổi.	1. Đánh giá loại và mức độ các thay đổi của quá trình suy nghĩ. 2. Bảo vệ bệnh nhân khỏi bị chấn thương, bị xúc phạm hoặc bối rối. 3. Kiểm soát môi trường xung quanh khi cần thiết.	Bệnh nhân sẽ có khả năng để: + Phân biệt sự thật với bịa đặt. + Hiểu và giải thích được lý do điều trị.
Thiếu hụt kiến thức liên quan đến tổn thương não/ mức độ thay đổi của ý thức.	1. Đánh giá mức độ và thể loại thiếu hụt kiến thức. 2. Cung cấp thông tin khi cần thiết. 3. Sửa chữa lại thông tin sai. 4. Thấy trước nhu cầu có nhiều thông tin.	Cung cấp thông tin khi cần thiết theo kiểu mà bệnh nhân có thể hiểu.
Rối loạn tâm sinh lý (bao gồm: sợ hãi, bất chước, không hiệu quả, lo âu, đau buồn, tách biệt xã hội, quan niệm bản thân thay đổi và mất năng lực liên quan đến các thiếu hụt thần kinh).	1. Đánh giá bệnh nhân đối với sự hiện diện của các đáp ứng đó. 2. Nhận biết nguyên nhân trên. 3. Phát triển các chiến lược điều dưỡng để giải quyết vấn đề.	Các vấn đề tâm sinh lý sẽ được giải quyết thích hợp.

3. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH, KẾ HOẠCH CHĂM SÓC VÀ PHÒNG NGỪA

Điều dưỡng viên cần hướng dẫn gia đình hoặc người bệnh tiếp tục chăm sóc tại nhà và các biện pháp để phòng các biến chứng. Các vấn đề bao gồm:

- Các dấu hiệu sinh tồn
- Các vấn đề của hệ tuần hoàn
- Các vấn đề của hệ hô hấp
- Các vấn đề của hệ tiêu hoá
- Các vấn đề của hệ tiết niệu
- Các vấn đề của hệ thần kinh
- Các vấn đề của hệ da, bì
- Các vấn đề tâm lý
- Các vấn đề của hệ vận động : cơ, xương, khớp

4. KẾT LUẬN

Lượng giá điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong kế hoạch chăm sóc điều dưỡng một người tàn tật. Mục tiêu của người tàn tật là hoà nhập xã hội và cộng đồng do vậy nếu chăm sóc điều dưỡng tốt thì quá trình Phục hồi chức năng được nhanh hơn và thuận tiện hơn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu định nghĩa lượng giá điều dưỡng
2. Nêu quy trình điều dưỡng cho một người tàn tật.
3. Các vấn đề cần lượng giá một người tàn tật.

Bài 3

CÁC THƯƠNG TẬT THỨ PHÁT THƯỜNG GẶP VÀ CÁCH PHÒNG NGỪA

MỤC TIÊU

1. Trình bày định nghĩa, các hậu quả của thương tật thứ phát đối với sức khỏe bệnh nhân.
2. Trình bày cách nhận biết và phòng ngừa các thương tật thứ phát của cơ quan vận động.
3. Trình bày cách nhận biết và phòng ngừa các thương tật thứ phát của cơ quan tuần hoàn, hô hấp.
4. Trình bày cách nhận biết và phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
5. Trình bày cách nhận biết và cách phòng ngừa loét do đè ép.

Thương tật thứ phát (TTTP) là các biến chứng xảy ra sau quá trình bệnh lý, do bệnh nhân nằm bất động lâu hoặc không được chăm sóc đúng.

TTTP có thể xảy ra ở nhiều cơ quan bộ phận khác nhau của cơ thể như cơ quan vận động, hô hấp, tuần hoàn, tiết niệu... và thực sự đó là những hậu quả nặng nề, làm chậm lại quá trình phục hồi của bệnh nhân, thậm chí có thể gây tử vong.

Để giải quyết các vấn đề về TTTP của bệnh nhân, tốt nhất là áp dụng các biện pháp phòng ngừa không để xảy ra TTTP, vì khi đã xảy ra thì bản thân những tai biến này còn nặng hơn tình trạng bệnh lý ban đầu. Đây cũng chính là một trong các mục tiêu chính của bất cứ chương trình PHCN nào.

1. MỘT SỐ TTTP THƯỜNG GẶP Ở CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

Để đảm bảo chức năng vận động tốt thì các thành phần tham gia là cơ, xương, khớp, thần kinh phải luôn được duy trì trong tình trạng hoàn hảo. Các

TTTP của hệ vận động xảy ra với một tỷ lệ lớn, thường gặp là teo cơ, cứng khớp, loãng xương.

1.1. Teo cơ

1.1.1. Đại cương

Teo cơ là TTTP thường gặp do nguyên nhân bất động lâu. Bệnh nhân sau một thời gian không vận động chủ động thì cơ bắp sẽ yếu và teo nhỏ dần, cụ thể cơ sẽ giảm sức mạnh, kích thước và sự đàn hồi. Bất động hoàn toàn lực cơ sẽ giảm khoảng 1 – 3% mỗi ngày, 10 – 15% mỗi tuần và sau 3 – 5 tuần có thể mất 50% sức mạnh cơ. Đồng thời với suy giảm sức mạnh cơ thì kích thước, trọng lượng của cơ cũng giảm đi khoảng 30% sau 4 tuần. Hậu quả là khả năng thực hiện và điều hợp các hoạt động vận động của bệnh nhân sẽ giảm đi.

Các loại cơ khác nhau thì tốc độ teo và yếu cơ cũng khác nhau. Cơ tứ đầu đùi, cơ khớp háng và nhóm cơ đuôi lưng teo nhanh hơn các nhóm cơ khác, ảnh hưởng trực tiếp đến sự di chuyển và là nguyên nhân gây nên đau lưng. Trong trường hợp có tổn thương thần kinh kèm theo (tai biến mạch não, chấn thương tuỷ sống, liệt thần kinh ngoại biên...) thì tốc độ và mức độ teo cơ còn nhanh hơn nữa.

1.1.2. Cách nhận biết

– Nhìn : cơ nhỏ hơn (có thể so sánh với bên đối diện hoặc so sánh với thời gian trước). Thậm chí bệnh nhân cũng có thể tự phát hiện ra. Các mốc xương thấy rõ hơn.

– Sờ trực tiếp vào cơ : độ săn chắc giảm, cơ mềm nhẽo hơn. Dùng thước dây đo chu vi quanh bắp cơ sẽ thấy giảm .

1.1.3. Cách phòng và điều trị

Để phòng ngừa teo cơ, bệnh nhân cần phải co cơ chủ động, các bài tập vận động chủ động, có kháng trở, các hoạt động sinh hoạt hằng ngày nên được khuyến khích càng độc lập càng tốt. Trong trường hợp bệnh nhân cần phải bất động chi thể (sau gãy xương, sau phẫu thuật...) cần thực hiện các bài tập gồng cơ tĩnh trong giai đoạn đầu. Với những bệnh nhân bị liệt cơ hoàn toàn (cơ bậc 0–1), các bài tập thụ động chỉ có tác dụng duy trì sự đàn hồi của cơ, chứ không phòng được teo cơ, khi đó có thể dùng dòng điện kích thích (30 phút / ngày).



1.2. Cứng khớp (co rút cơ, mô mềm)

1.2.1. Đại cương

Cứng khớp là tình trạng hạn chế tầm vận động thụ động của khớp, do nguyên nhân tại khớp, cơ, hoặc phần mềm quanh khớp. Bất động khớp trong một thời gian dài ở bất cứ tư thế nào, do bất cứ nguyên nhân nào sẽ làm giảm chiều dài của sợi cơ trong tư thế nghỉ ngơi, các sợi collagen trong bao khớp và các phần mềm khác của khớp co ngắn lại, dẫn đến tầm vận động của khớp sẽ dần bị hạn chế. Có rất nhiều các yếu tố như tư thế của chi, thời gian bất động, các bệnh lý khác kèm theo (ví dụ đái tháo đường...), tình trạng bệnh lý tại khớp (như viêm nhiễm...) ảnh hưởng đến tốc độ cứng khớp. Các nghiên cứu thực nghiệm trên động vật thấy rằng bất động 6 tuần sẽ có 70% trường hợp gây cứng khớp. Chảy máu, phù nề, viêm nhiễm bên trong cơ khớp, có thể làm tăng hình thành các sợi xơ. Ngoài ra, còn có yếu tố tuổi tác: người già sợi cơ teo nhỏ và thoái hoá, đồng thời tổ chức xơ liên kết tăng nhiều hơn người trẻ.

Một trong các nguyên nhân gây co rút cơ khớp là sự mất cân bằng giữa cơ chủ vận và cơ đối kháng. Cơ khoẻ co mạnh và ngắn lại, trong khi cơ yếu bị kéo giãn dài ra. Ví dụ do tổn thương thần kinh quay làm liệt cơ duỗi cổ tay, trong khi cơ gấp cổ tay bình thường. Tư thế cổ tay luôn trong tình trạng rủ, lâu ngày dẫn đến co rút khớp cổ tay ở tư thế này.

Hậu quả của co rút cơ khớp là gây biến dạng khớp ở tư thế gấp hoặc duỗi hoặc xoay, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng vận động đi lại cũng như thực hiện các sinh hoạt tự chăm sóc hằng ngày của bệnh nhân. Khi khớp háng co rút gấp làm cho đi lại khó hơn, phải tiêu hao năng lượng hơn 60% so với bình thường. Ngoài ra, do cứng khớp làm ảnh hưởng đến sự chăm sóc da xung quanh, có thể gây ra loét.

1.2.2. Cách nhận biết

Thực hiện cử động khớp theo tầm vận động thụ động thấy có sự kháng lại cử động hoặc không hết tầm, loại trừ các nguyên nhân do đau.

1.2.3. Phòng và điều trị

– Thực hiện các bài tập duy trì tầm vận động khớp thụ động và chủ động có trợ giúp hoặc chủ động, ít nhất 2 lần / ngày.

– Đặt tư thế đúng : tránh co rút khớp, tùy thuộc vào lượng giá sự cân bằng giữa các nhóm cơ chủ vận hay đối kháng. Có thể sử dụng các loại đệm, gối kê lót. Lăn trở thường xuyên.

– Có thể sử dụng các dụng cụ chỉnh hình, nẹp nghỉ để phòng ngừa cứng khớp.

– Khuyến khích bệnh nhân thực hiện các vận động chức năng hằng ngày càng sớm càng tốt ngay khi có thể, tránh tình trạng bất động tại giường để duy trì chức năng các thành phần cơ xương khớp và phần mềm quanh khớp.

– Đối với các trường hợp đã có co rút cơ khớp : tập kéo giãn cơ khỏe bị co ngắn, đồng thời tập mạnh cơ bị yếu bị giãn dài, tái lập lại sự cân bằng cơ chủ vận và đối kháng.

– Xét phẫu thuật trong trường hợp co rút lâu ngày, gây biến dạng khớp nặng nề và sau tập kéo giãn không có kết quả.

1.3. Loãng xương

1.3.1. Đại cương

Khối lượng xương được duy trì phụ thuộc một phần vào hoạt động của cơ. Khối xương sẽ tăng khi có các hoạt động cơ cơ đặc biệt các vận động chịu trọng lực. Khi bệnh nhân bị liệt hoặc người già ít vận động, quá trình huỷ xương sẽ tăng trong khi tạo xương giảm, dẫn đến bệnh nhân bị loãng xương.

Bất động dẫn đến giảm mật độ xương, biểu hiện bởi mất các chất khoáng (calci và hydroxypoline). Thử nghiệm trên động vật thấy rằng loãng xương xảy ra sau 2 tháng bất động. Điều này cũng đúng cho người. Bất động bàn cổ tay trong 5 tuần sẽ giảm độ tập trung chất khoáng ở cả nam và nữ .

Hậu quả của loãng xương là gây đau xương, nguy cơ gãy xương đặc biệt ở người già và phụ nữ sau mãn kinh, calci/ niệu tăng dẫn đến nguy cơ sỏi tiết niệu.

1.3.2. Phòng ngừa

– Tất cả các bài tập vận động đều có tác dụng phòng tránh loãng xương, tuy nhiên có hiệu quả nhất là các bài tập kháng trở và tập chịu trọng lực lên xương. Tùy từng tình trạng bệnh lý cần hướng dẫn bệnh nhân vận động càng sớm càng tốt, tăng dần từ tập gồng cơ đến các bài tập kháng trở. Sự di chuyển hoặc ít nhất là đứng trên bàn nghiêng, có thể làm chậm lại sự mất calci .

– Chế độ dinh dưỡng : cân đối, tăng cường calci và vitamin D.

– Ngoài ra cần chú trọng đến các biện pháp phòng ngừa té ngã nhằm giảm thiểu nguy cơ gãy xương ở những bệnh nhân này (dụng cụ trợ giúp như khung tập đi, nạng, gậy, hướng dẫn tập thăng bằng, điều hợp...).

1.4. Cốt hoá lạc chỗ

1.4.1. Đại cương

Cốt hoá lạc chỗ là tình trạng hình thành xương ở những vị trí phần mềm như cơ và thường gặp quanh các khớp. Loại TTTP này hay gặp trong các trường hợp tổn thương thần kinh trung ương như liệt tuỷ, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não... đặc biệt bệnh nhân có liệt cứng, chiếm tỷ lệ từ 11 – 75% các trường hợp trên. Tại Việt Nam chủ yếu gặp ở bệnh nhân sau liệt tuỷ, chấn thương sọ não, ít gặp hơn ở tai biến mạch máu não, Hậu quả gây hạn chế tầm vận động khớp, khoảng 30% các trường hợp được chẩn đoán cốt hoá lạc chỗ có hạn chế vận động khớp, 10 – 16% tiến tới cứng khớp hoàn toàn.

Vị trí : các khớp lớn và nhỏ như vai, háng, gối, khuỷu tay. Hiếm gặp tại các khớp nhỏ của tay và chân.

Nguyên nhân : chưa rõ ràng. Tuy nhiên nhận thấy có mối liên quan đến tình trạng mô mềm tại chỗ như viêm nhiễm, phù nề, chấn thương chảy máu trong cơ khớp, thiếu máu nuôi dưỡng, bệnh lý tĩnh mạch với sự hình thành cốt hoá này.

1.4.2. Cách nhận biết

Sưng, đau, nóng đỏ tại chỗ, dễ rất nhầm với các trường hợp huyết khối tĩnh mạch hoặc viêm cơ khớp. Các triệu chứng này có thể xuất hiện và kéo dài từ 2 tuần – 12 tháng. Sau đó các khớp sẽ hạn chế dần tầm vận động.

1.4.3. Cách phòng và điều trị

- Tập duy trì tầm vận động khớp hằng ngày
- Thuốc chống viêm, chống tạo xương
- Chiếu xạ

– Tránh gây các tổn thương thêm cho cơ khớp như chấn thương hoặc tập quá mạnh, quá mức có thể gây chảy máu trong cơ khớp, đặc biệt ở những bệnh nhân có co cứng.

– Phẫu thuật trong trường hợp hạn chế vận động khớp gây ảnh hưởng đến các chức năng di chuyển cũng như chăm sóc sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân. Tuy nhiên, cần cân nhắc do có nguy cơ cốt hoá lại.

2. THƯƠNG TẬT THỨ PHÁT THUỘC CƠ QUAN HÔ HẤP VÀ TUẦN HOÀN

2.1. Nhiễm trùng phổi

2.1.1. Đại cương

Bệnh nhân nằm bất động lâu thì nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp rất cao do các nguyên nhân:

- Có sự tăng tiết đờm dãi
- Giảm vận động, thay đổi tư thế nên có sự ứ đọng đờm dãi trong phổi.
- Ở tư thế nằm, các cơ hô hấp hoạt động kém, dẫn đến sự giảm thông khí phổi.
- Các phản xạ ho khạc đờm giảm.
- Kèm theo sức đề kháng của bệnh nhân giảm.

2.1.2. Biểu hiện

- Tình trạng nhiễm trùng : sốt cao, người mệt mỏi, ho nhiều
- Nghe phổi có ran ứ đọng.
- Đo chức năng hô hấp : dung tích sống giảm.
- XQ : hình ảnh viêm phổi.

2.1.3. Cách phòng ngừa

- Lăn trở, thay đổi tư thế thường xuyên.
- Vỗ rung, dẫn lưu tư thế, hút đờm dãi
- Các bài tập chủ động, thụ động duy trì tầm vận động các khớp vùng đai vai, hai tay và làm khoẻ cơ.
- Các bài tập thở.
- Các kỹ thuật hỗ trợ phản xạ ho khạc đờm.
- Chế độ dinh dưỡng : cung cấp đủ nước để làm loãng đờm.
- Vệ sinh răng miệng và đường hô hấp trên sạch sẽ

2.2. Tụt huyết áp tư thế

2.2.1. Đại cương

Một trong các ảnh hưởng của bất động là sự suy giảm khả năng đáp ứng của hệ tim mạch với tư thế đứng thẳng. Người bình thường từ tư thế nằm ngửa chuyển đứng lên sau nhiều ngày nằm bất động, 500ml máu từ ngực sẽ dồn xuống chân, áp lực tại tĩnh mạch cổ chân sẽ tăng từ 15 cm H₂O đến 120 cm H₂O, làm hạ huyết áp. Đáp ứng với tình trạng này ở người bình thường là sự tăng hoạt động của hệ thống giao cảm adrenergic, gây tăng nhịp tim, tăng cung lượng tim để duy trì huyết áp. Các thay đổi chức năng tim mạch có liên quan đến các rối loạn sinh lý xảy ra do việc bất động lâu trên giường, hoặc do thay đổi về vị trọng lượng (như xảy ra khi du hành vũ trụ). Trong giai đoạn cấp của bệnh, việc phải bất động trên giường trong một thời gian dài là không tránh khỏi, do vậy, thường gây ra sự thay đổi chức năng hệ tim mạch. Biểu hiện của thay đổi chức năng tim mạch là kém chịu đựng áp lực tư thế đứng một cách rõ rệt và được cho là do giảm lượng máu gián tiếp, giảm áp lực cơ hoặc áp lực mô chi dưới (thứ phát sau giảm khối lượng cơ). Trương lực tĩnh mạch giảm làm giảm lượng máu trở về tim dẫn đến cung lượng tim giảm hậu quả là giảm huyết áp.

2.2.2. Biểu hiện

Khi bệnh nhân thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi dậy hoặc đứng lên thấy hoa mắt chóng mặt, đau đầu, xây xẩm mặt mày, có thể ngất, nhịp tim tăng lên > 20 nhịp / phút, HA tâm thu giảm > 20 mmHg.

Tình trạng này xảy ra chỉ sau 3 tuần bất động ở người bình thường, nếu kèm theo các bệnh lý khác như liệt tủy, chấn thương, người già... có thể xảy ra trong tuần đầu. Thời gian để hồi phục lại có thể từ 20 – 72 ngày hoặc thậm chí lâu hơn, gây cản trở đối với việc tham gia vào chương trình phục hồi chức năng.

2.2.3. Cách phòng ngừa

– Vận động sớm là cách hiệu quả nhất: các bài tập theo tầm vận động khớp, tập mạnh cơ ở cả tư thế nằm và ngồi, đứng. Tập mạnh cơ bụng, tập gồng cơ hai chân. Các hoạt động di chuyển ngay khi có thể.

– Thay đổi tư thế phải từ từ giúp bệnh nhân thích nghi dần.

– Nâng đầu giường cao dần khi nằm.

- Kê cao chân khi nằm.
- Đứng bàn nghiêng dần với mục tiêu là 75 độ / 20 phút.
- Tắt chân hoặc băng chun hai chân và mang đai bụng.
- Một số thuốc gây co mạch hoặc beta – blocker, corticoid.
- Chế độ dinh dưỡng tăng cường muối và đủ dịch.
- Khi hạ huyết áp xảy ra, cho bệnh nhân nằm ngay xuống và kê cao chân.

2.3. Huyết khối tĩnh mạch

2.3.1. Đại cương

Huyết khối tĩnh mạch là một trong các TTTP nguy hiểm nhất, thường xảy ra ở những người bất động lâu. Ở bệnh nhân liệt nửa người do TBMN, huyết khối tĩnh mạch (HKTM) xuất hiện ở chi liệt cao gấp 10 lần chi không liệt, bệnh nhân không đi lại được thì tỷ lệ bị HKTM cao gấp 5 lần người có thể đi bộ được 15m.

Nguyên nhân : có 3 nguyên nhân chính

– Ứ trệ tuần hoàn ngoại biên do nằm bất động. Vận động cơ cơ có tác dụng như lực bơm hút máu, trợ giúp cho tuần hoàn tĩnh mạch trở về tim tốt hơn. Do đó khi bệnh nhân bị liệt, máu sẽ ứ lại ở hệ thống tĩnh mạch.

– Kèm theo đó là tình trạng tăng đông máu ở các bệnh nhân bất động lâu ngày. Cơ chế sinh lý chưa được rõ ràng.

– Các tổn thương thành tĩnh mạch tại chỗ : do va đập, ngã...

Trên đây là ba nguyên nhân chính hình thành cục máu đông ở các tĩnh mạch. Các nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan thuận chiều giữa tỷ lệ xuất hiện HKTM và thời gian nằm bất động. Tuy nhiên, cục máu đông có thể xuất hiện ngay trong tuần đầu sau bất động.

Vị trí hay gặp ở tĩnh mạch bắp chân, 20% trong số này sẽ phát triển lên tĩnh mạch khoeo và đùi, và 50% trong số này sẽ gây tắc mạch phổi, gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Một số yếu tố liên quan làm tăng nguy cơ HKTM : đái tháo đường, bệnh lý tim mạch kèm theo như bệnh tim bẩm sinh, có phẫu thuật vùng tiểu khung, mổ khớp háng...

2.3.2. Cách nhận biết

- Chân phù nề, xung huyết, căng tức ở bắp chân hoặc đùi, sờ nhiệt độ tăng.
- Dấu hiệu Hoffman dương tính.
- Nguy cơ tắc mạch phổi khi : đột ngột đau ngực, khó thở, mạch nhanh hoặc loạn nhịp.

2.3.3. Cách phòng ngừa

Loại bỏ các yếu tố nguy cơ như tình trạng ứ trệ tuần hoàn ngoại biên, dùng thuốc chống đông máu.

- Vận động sớm.
- Tắt chân hoặc băng chun chân từ các ngón chân lên đùi.
- Kê cao chân khi nghỉ ngơi.
- Chống đông dự phòng heparin liều thấp.

3. THƯƠNG TẬT THỨ PHÁT CƠ QUAN TIẾT NIỆU

3.1. Đại cương

Bệnh nhân ở tư thế nằm thì quá trình dẫn lưu nước tiểu từ đài bể thận xuống niệu quản khó khăn hơn, đồng thời áp lực trong ổ bụng giảm nên quá trình đi tiểu sẽ khó khăn hơn ở tư thế đứng. Chính vì vậy ở bệnh nhân bất động lâu sẽ có tồn dư nước tiểu trong bàng quang, đây là môi trường rất thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Tình trạng này sẽ nặng thêm ở những bệnh nhân có tổn thương thần kinh kèm theo như liệt tủy, đái tháo đường, tai biến mạch máu não...hoặc phải đặt ống thông bàng quang.

Do loãng xương calci/ niệu tăng làm tăng nguy cơ tạo sỏi tiết niệu. Kèm theo nhiễm trùng làm thay đổi độ PH nước tiểu, càng làm tăng lắng đọng calci, magiê tạo sỏi. Đây là vòng xoắn bệnh lý thường xảy ra làm cản trở đến quá trình PHCN.

3.2. Cách nhận biết

- Bệnh nhân sốt cao, rét run, tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc.
- Tiểu đau, buốt, tiểu dắt.

3.3. Cách phòng ngừa

- Theo dõi sát.
- Các thủ thuật vô trùng.
- Làm trống bàng quang bằng tư thế đi tiểu hoặc các biện pháp kích thích bên ngoài như xoa bóp, vỗ vùng bàng quang, hoặc thủ thuật đặt ống thông dẫn lưu.
- Uống nhiều nước ít nhất 2000 ml/ngày, tăng cường vitamin C để làm acid hoá nước tiểu.

4. LOÉT DO ĐÈ ÉP

Xem bài Chăm sóc loét cho bệnh nhân tổn thương tuỷ sống

Kết luận

Thương tật thứ phát là những biến chứng rất dễ xảy ra, phần lớn là do bệnh nhân không được hướng dẫn để tự phòng tránh cũng như chưa được chăm sóc một cách đầy đủ và đúng. Hậu quả là làm nặng thêm quá trình bệnh lý và kéo dài thời gian phục hồi sức khỏe của bệnh nhân, thậm chí có thể gây tử vong. Các biện pháp phòng ngừa tuy đơn giản nhưng rất có hiệu quả, cần được quán triệt và thực hiện sớm để giảm thiểu những nguy cơ, phục hồi tối đa sức khỏe cho bệnh nhân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI MỞ

1. Trình bày định nghĩa, các hậu quả của thương tật thứ phát ở người bị tổn thương tuỷ sống.
2. Trình bày cách nhận biết và phòng ngừa teo cơ do bất động.
3. Trình bày các cách phòng ngừa co rút khớp do bất động.

CÂU HỎI LỰA CHỌN

Hãy khoanh tròn trả lời đúng nhất các câu hỏi sau

4. Khi phát hiện vết da đỏ sau khi bị tỳ đè nên
 - A. Xoa bóp da tại chỗ bị đỏ.
 - B. Vệ sinh sạch sẽ và băng kín chỗ đỏ.

- C. Tránh tỳ đè lên vùng da bị đỏ.
- D. Ăn uống đủ chất đạm, vitamin.
- 5. Đề phòng huyết khối tĩnh mạch cần
 - A. Thực hiện các bài tập vận động sớm
 - B. Băng thun
 - C. Kê cao chân khi nghỉ ngơi
 - D. Thay đổi tư thế từ từ
 - E. Tất cả các biện pháp trên

CÂU HỎI ĐÚNG SAI

Hãy đánh dấu (✓) vào ô thích hợp: Đ cho câu trả lời đúng, S cho câu trả lời sai.

Câu	Nội dung	Đ	S
6.	Đề phòng teo cơ, bệnh nhân cần phải tập co cơ chủ động		
7.	Để tránh loãng xương chỉ cần tập thụ động theo tầm vận động khớp		
8.	Để tránh tụt huyết áp tư thế, cần bất động tại giường một tháng		
9.	Huyết khối tĩnh mạch chỉ xảy ra ở tĩnh mạch bắp chân		
10.	Huyết khối tĩnh mạch sâu là biến chứng nguy hiểm có thể gây tắc mạch phổi		

CÂU HỎI NGỎ NGẮN

Hãy điền vào ô trống cho trả lời đầy đủ

11. Các biện pháp đề phòng nhiễm trùng tiết niệu bao gồm:
- A. Theo dõi các dấu hiệu toàn thân để phát hiện hội chứng nhiễm trùng.
 - B. Quan sát nước tiểu : số lượng, màu sắc
 - C. Đảm bảo vô trùng khi làm các thủ thuật.
 - D. Thông tiểu làm trống bàng quang khi đầy.
 - E.

Bài 4

VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, mục đích của vận động trị liệu.
2. Trình bày được các loại cơ cơ, các loại cơ tham gia vào cử động, tác dụng sinh học của vận động cơ cơ và các nguyên tắc của vận động trị liệu.
3. Mô tả được các hình thức vận động thường áp dụng trong PHCN.
4. Mô tả được các bài tập vận động trị liệu chức năng.

1. ĐỊNH NGHĨA – MỤC ĐÍCH

1.1 Định nghĩa

Vận động học là môn học nghiên cứu về các mẫu vận động của cơ thể. Vận động trị liệu là môn học áp dụng các kiến thức vận động vào trong công tác điều trị, phòng bệnh và phục hồi chức năng.

1.2. Mục đích

Mục đích của vận động trị liệu là phục hồi tầm hoạt động của khớp, làm mạnh cơ, điều hợp các động tác, tái rèn luyện cơ bị liệt, bị mất chức năng, tạo thuận lợi cho cảm thụ bản thể thần kinh cơ, đề phòng các thương tật thứ cấp, tạo thuận lợi cho khả năng thăng bằng.

2. CÁC LOẠI CƠ CƠ

2.1. Cơ cơ tĩnh

Là loại cơ cơ mà lực cơ chỉ vừa bằng sức đề kháng đối với cử động, lực cơ chưa đủ mạnh để kéo hai đầu nguyên ủy và bám tận của cơ gần nhau, chưa tạo ra cử động khớp, ta còn gọi là cơ cơ đẳng trường.



2.2. Co cơ đồng tâm

Là loại co cơ mà lực cơ lớn hơn sức đề kháng của cử động, lực cơ đủ mạnh để kéo hai đầu nguyên ủy và bám tận gần nhau.

2.3. Co cơ tâm sai

Là loại co cơ làm cho khoảng cách giữa hai đầu nguyên ủy và bám tận xa nhau.

Ví dụ: ta phân tích một chuỗi các mẫu co cơ của cơ gấp khuỷu để cầm một ly nước từ bàn tới miệng và trở lại bàn.

– Trước hết là co cơ tĩnh (co cơ đẳng trường) cho tới khi sức căng của các cơ gấp khuỷu bằng lực đề kháng của sức nặng cẳng tay và ly nước.

– Tiếp theo đó là co cơ đồng tâm do sức căng của các cơ gấp tăng lớn hơn sức đề kháng, cơ co ngắn lại và ly nước được đưa tới miệng.

– Cuối cùng để hoàn tất động tác đặt ly xuống bàn là mẫu co cơ tâm sai, các cơ gấp khuỷu sẽ điều hợp nhịp độ vận tốc khi ly nước được đặt trở lại xuống mặt bàn.

3. CÁC CƠ THAM GIA VÀO CỬ ĐỘNG

3.1. Cơ chủ vận: các cơ đóng vai trò thiết yếu tạo cử động các phần cơ thể.

3.2. Cơ đối kháng: là những cơ đối lại cơ chủ vận do hiện tượng phân bố thần kinh thuận nghịch.

3.3. Cơ đồng vận: là những cơ giúp cho cơ chủ vận giảm thiểu các cử động không cần thiết.

3.4. Cơ cố định: là những cơ giữ vững vị trí của các phần cơ thể kế cận để cơ chủ vận thực hiện động tác.

4. TÁC DỤNG SINH HỌC CỦA VẬN ĐỘNG CƠ CƠ

– Tăng cung lượng tim.

– Tăng cung cấp máu cho các hệ thống mao mạch.

– Phòng chống teo cơ, cứng khớp.

– Bảo đảm độ vững chắc và hình thể các xương, duy trì tầm hoạt động của khớp.

- Phòng chống thoái hoá khớp
- Tăng cường đào thải chất cặn bã và chuyển hoá vật chất, đốt cháy hoàn toàn các chất hữu cơ thành nước và CO_2 .

5. CÁC NGUYÊN TẮC VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU

- Người bệnh cần được thư giãn, thoải mái.
- Người bệnh cần được giải thích và hợp tác với thầy thuốc.
- Các động tác cần được thực hiện nhẹ nhàng, tuần tự.
- Cần phải loại bỏ các động tác thay thế trong khi tập.
- Tập với thời gian ngắn nhưng được lặp lại nhiều lần trong ngày thường tốt hơn là chỉ tập một lần với thời gian dài.
- Phải theo dõi và lượng giá lại sau mỗi lần tập.
- Tập được coi là quá mức khi có các dấu hiệu đau hoặc khó chịu sau khi tập 3 giờ.

6. CÁC HÌNH THỨC VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU

6.1. Vận động thụ động

6.1.1. Định nghĩa : là động tác thực hiện bởi người thầy thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động của người bệnh.

(Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách sử dụng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt).

6.1.2. Chỉ định : khi người bệnh có yếu cơ bậc 0 hoặc 1.

6.1.3. Nguyên tắc

- Giữ vững khớp gần và nâng đỡ các phần chi thể ở xa.
- Thực hiện cử động trong giới hạn không gây đau.
- Thực hiện các cử động chậm và nhẹ nhàng suốt tầm hoạt động.

6.1.4. Mục đích

- Ngăn ngừa co rút, ngăn ngừa tạo kết dính khớp.
- Tăng cảm giác cảm thụ bản thể.
- Duy trì độ dài bình thường của cơ.

- Kích thích các phản xạ gấp duỗi.
- Chuẩn bị cho giai đoạn tập chủ động.

6.2. Vận động chủ động có trợ giúp

6.2.1. Định nghĩa : là động tác tập do người bệnh tự cơ chủ động nhưng có sự trợ giúp của người điều trị hay dụng cụ cơ học.

6.2.2. Chỉ định : khi người bệnh có yếu cơ bậc 2

6.2.3. Nguyên tắc

- Giải thích cho bệnh nhân rõ động tác mà mình muốn người bệnh sẽ thực hiện.
- Chỉ trợ giúp vừa đủ.
- Tránh sự thay thế của các cơ khác.
- Bệnh nhân cần được nghỉ một khoảng ngắn sau mỗi cử động.
- Giảm dần sự trợ giúp khi lực cơ tăng tiến.

6.2.4. Mục đích

- Tăng sức mạnh cơ.
- Thiết lập các mẫu cử động điều hợp.

6.3. Vận động chủ động

6.3.1. Định nghĩa: là động tác tập do chính người bệnh thực hiện không cần có sự trợ giúp.

6.3.2. Chỉ định: khi cơ đạt bậc 2 hoặc bậc 3

6.3.3. Nguyên tắc

- Giải thích cho bệnh nhân rõ suốt tầm hoạt động.
- Các động tác tập không quá dễ nhưng cũng không quá khó.
- Phải kiểm soát khi bệnh nhân tập để tránh các cử động thay thế.

6.3.4. Mục đích

- Tăng cường sức mạnh cơ.
- Cải thiện các chức năng toàn thân : tuần hoàn, hô hấp, chuyển hoá, tâm lý.

6.4. Vận động có kháng trở

6.4.1. Định nghĩa: là động tác tập do người bệnh thực hiện nhưng có thêm sức kháng trở của người điều trị hoặc dụng cụ.

6.4.2. Chỉ định: khi cơ đã đạt bậc 4 hoặc bậc 5.

6.4.3. Nguyên tắc

– Lực kháng trở được sử dụng nhiều nhất ở khoảng giữa của tầm vận động và ít nhất ở đầu và cuối của tầm vận động.

– Khi có cử động giật có nghĩa là sức đề kháng quá lớn, cần phải giảm bớt.

– Lực đề kháng được đặt ở một điểm xa của khớp khi thực hiện cử động.

6.4.4. Mục đích

Tăng cường sức mạnh của chi thể.

Ngoài ra người ta còn áp dụng bài tập kháng trở tăng tiến là phương pháp tập tăng dần sức kháng cơ học của một nhóm cơ.

6.5. Tập kéo giãn

6.5.1. Định nghĩa: là động tác tập dùng cử động cường bức do kỹ thuật viên hay do dụng cụ cơ học, cũng có thể do bệnh nhân tự kéo giãn (kéo giãn chủ động bằng cách sử dụng các cơ đối kháng).

6.5.2. Chỉ định: tầm vận động của khớp bị hạn chế do mất đàn hồi của mô mềm

6.5.3. Nguyên tắc

– Không thực hiện kéo giãn khi đang có tình trạng đau cấp.

– Khi tình trạng đau kéo dài hay giảm tầm vận động là dấu hiệu của tập quá mức cần phải giảm lực kéo giãn hoặc thời gian điều trị.

6.5.4. Mục đích : gia tăng tầm vận động của khớp.

7. CÁC BÀI TẬP VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU CHỨC NĂNG

Là các bài tập được gắn liền với các sinh hoạt chức năng.

7.1. Tập trên đệm

– Thay đổi tư thế từ nằm sấp qua nằm ngửa và từ nằm ngửa tới ngồi.

- Tập thăng bằng khi ngồi, di chuyển.
- Tập mạnh các cơ lưng, bụng, tập kéo giãn chủ động và bị động.
- Tập điều hợp và sự khéo léo.
- Tập với bóng để chuẩn bị cho các động tác tập luyện sau này.

7.2. Tập trong thanh song song (với nẹp hoặc không nẹp)

- Tập tăng sức chịu đựng khi đứng và sức nặng cơ thể
- Tập thăng bằng
- Tập mạnh chi trên
- Tập kiểm soát khung chậu
- Tập sử dụng chân giả
- Tập dáng đi cơ bản

7.3. Tập thăng bằng với nạng (có hay không có nẹp)

- Tập thăng bằng bên, trước, sau
- Tập kiểm soát khung chậu, cơ lưng
- Tập đặt nạng theo các hướng
- Tập sử dụng nẹp, chân giả
- Tập leo
- Tập ngã để chuẩn bị cho các động tác tập tiếp theo.

7.4. Tập di chuyển

- Tập dáng đi, dáng đi cơ bản.
- Tập các kỹ thuật di chuyển khi bệnh nhân sử dụng xe lăn, nạng, nẹp.
- Tập đi nhanh, chậm, dáng đi bốn điểm, hai điểm, các mặt nền khác nhau, các loại chướng ngại khác nhau trong và ngoài nhà.
- Tập leo trèo thang gác.

8. KẾT LUẬN

Vận động trị liệu đóng vai trò quan trọng trong chuyên ngành Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng và y học cổ truyền.



Vận động trị liệu là một phương pháp đòi hỏi sự tuân thủ chặt chẽ các quy trình điều trị, chính vì vậy nó đòi hỏi người thầy thuốc phải nắm vững các chỉ định, chống chỉ định và kỹ thuật tiến hành để đảm bảo an toàn và hiệu quả cho người bệnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được định nghĩa, mục đích của vận động trị liệu.
2. Trình bày được các loại cơ cơ, các loại cơ tham gia vào cử động, tác dụng sinh học của vận động cơ cơ và các nguyên tắc của vận động trị liệu.
3. Mô tả được các hình thức vận động thường áp dụng trong PHCN: tập vận động thụ động, tập chủ động có trợ giúp, tập chủ động, tập có kháng trở và tập kéo giãn.
4. Mô tả được các bài tập vận động trị liệu chức năng: tập trên đệm, tập trong thanh song song, tập thăng bằng với nạng và tập di chuyển.

Bài 5

ĐIỀU DƯỠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN BỊ LIỆT NỬA NGƯỜI SAU TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, yếu tố nguy cơ, mẫu cơ cứng của bệnh nhân bị liệt nửa người sau tai biến mạch máu não.
2. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng, tình trạng giảm khả năng và nguyên tắc chăm sóc, phục hồi chức năng theo các giai đoạn.
3. Áp dụng được các kỹ thuật chăm sóc và PHCN cho bệnh nhân liệt nửa người theo các giai đoạn.
4. Hướng dẫn tư vấn người bệnh cách thức chăm sóc, tập luyện để hạn chế các thương tật thứ cấp ở bệnh nhân liệt nửa người.

1. ĐẠI CƯƠNG VÀ ĐỊNH NGHĨA

Liệt nửa người (LNN), liệt bán thân hay đột quy là thuật ngữ dùng để mô tả những khiếm khuyết chức năng đột ngột của não kéo dài trên 24 giờ; do tổn thương của động mạch não. Chấn thương sọ não cũng có thể gây LNN nhưng do bệnh cảnh khác nhau nên người ta không xếp vào nhóm bệnh này.

Ở các nước phát triển, tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong thứ 3 sau bệnh ung thư và tim mạch. Tỷ lệ hiện mắc ở Hoa kỳ (1991) là 794/100.000 dân. Ở Pháp, tỷ lệ này (1976) là 60/1000 dân, gây tàn tật ở 50% người bệnh. Còn ở Việt nam, theo số liệu của Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Hà Nội (1994), tỷ lệ hiện mắc là 115,92/100.000, trong đó 92,62% có di chứng vận động, di chứng nhẹ và vừa chiếm 62,41%. Do vậy, nhu cầu phục hồi chức năng cho những đối tượng này là rất lớn. Theo số liệu thống kê của Khoa

PHCN, BV Bạch Mai (1999), 22,41% BN điều trị nội trú tại khoa là BN LNN. Có thể nói, TBMN luôn là vấn đề thời sự của công tác phục hồi chức năng.

Theo định nghĩa của TCYTTG, *tai biến mạch não là những thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột, có thể hồi phục hoàn toàn hoặc dẫn đến tử vong trong 24h do tổn thương mạch máu não, loại trừ các nguyên nhân sang chấn*. Nguyên nhân là do các bệnh lý khác nhau của mạch máu não.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MẪU CƠ CỨNG TRONG TBMN

2.1. Các yếu tố nguy cơ tai biến mạch não

TCYTTG năm 1989 – 1990 đã tổng kết các yếu tố nguy cơ của TBMN, chúng làm tăng tỷ lệ tai biến 7 – 10 lần. Có thể xếp loại như sau:

+ *Các bệnh tim – mạch*: tăng huyết áp, vữa xơ động mạch, các bệnh tim (loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn), bệnh van tim...

+ *Các nguyên nhân dinh dưỡng, chuyển hoá*: bệnh béo phì, uống rượu, hút thuốc lá, ăn mặn, đái tháo đường, tăng lipid huyết thanh, tăng A. uric máu...

+ *Các yếu tố khác*:

Dùng thuốc như thuốc tránh thai có oestrogen, các yếu tố gia đình, bệnh tăng tiểu cầu, tăng hematocrit, bệnh thận và một số trường hợp khác.

2.2. Mẫu cơ cứng ở bệnh nhân liệt nửa người

*** Các triệu chứng của tai biến mạch máu não**

Sau khi xảy ra tai biến mạch não, nửa người đối diện với bên não tổn thương bị liệt. Liệt có thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn; đi kèm với liệt nửa mặt trung ương cùng bên thân liệt. Ngoài ra, có thể gặp các dấu hiệu như rối loạn cảm giác nửa thân bên liệt, bán manh hoặc nói khó, nói ngọng hoặc thất ngôn. Có thể có rối loạn tri giác như hôn mê, bán mê hoặc lú lẫn; hoặc rối loạn nhận thức như mất định hướng về bản thân, không gian thời gian; rối loạn trí nhớ hoặc cảm xúc... Tóm lại, tùy vào vị trí và phạm vi vùng não bị tổn thương mà triệu chứng có thể khác nhau. Ngay sau tai biến, liệt nửa thân thường là liệt mềm: liệt kèm với giảm hoặc mất phản xạ gân xương và giảm trương lực cơ.

Mẫu co cứng ở bệnh nhân liệt nửa người là hiện tượng co cứng các cơ ở nửa thân bên liệt theo một kiểu nhất định, xảy ra ở tất cả bệnh nhân bị tai biến mạch máu não. Mẫu co cứng bắt đầu xuất hiện ở giai đoạn hồi phục, đi kèm với trương lực cơ tăng và phản xạ gân xương tăng. **Mẫu co cứng** xuất hiện gây hiện tượng tăng trương lực các cơ gấp ở tay và các cơ duỗi ở chân. Các khớp chi trên ở tư thế gấp, khép và xoay trong, còn các khớp ở chân ở tư thế duỗi dạng và xoay ngoài. Cơ ở cổ và thân bên liệt co ngắn hơn bên lành. Mẫu co cứng thể hiện rõ hơn khi bệnh nhân cử động (*ảnh trên*). Khi bệnh nhân cử động, các cơ ở một chi hoặc nhiều chi thậm chí ở cả hai phía cơ thể đều co; khi ấy xuất hiện *cử động khối*, khiến tư thế cơ thể co cứng, thiếu tự nhiên và vận động khó khăn.



Ảnh. Mẫu co cứng nửa người bên trái ở bệnh nhân liệt nửa người

Liệt nửa người có thể diễn biến qua các giai đoạn: cấp tính, giai đoạn hồi phục và giai đoạn di chứng.

3. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG PHCN Ở GIAI ĐOẠN CẤP

Khi nào có thể bắt đầu phục hồi chức năng sau khi xảy ra tai biến? Ngày nay nhiều nhà lâm sàng cho rằng nên bắt đầu càng sớm càng tốt, thậm chí ngay từ những ngày thứ nhất, thứ hai, khi tai biến đã ổn định. Vậy, cần xác định các dấu hiệu ổn định của TBMN: một số thầy thuốc cho rằng 48 giờ sau tai biến, nếu các thiếu sót thần kinh không tiến triển tiếp, có thể coi là ổn định. Ở giai đoạn này, bệnh nhân có thể bị rối loạn tri giác (chậm chạp, lú lẫn, bán mê, hôn mê); liệt hoàn toàn hoặc yếu nửa người và mặt bên đối diện với bán cầu tổn thương. Bên cạnh các rối loạn về sức khỏe như: tăng huyết áp, tăng đường máu... người bệnh còn đối diện với các nguy cơ bị thương tật thứ phát. Do vậy, công tác điều dưỡng phải nhằm đạt các mục tiêu dưới đây.

3.1. Mục tiêu

Chăm sóc, nuôi dưỡng đúng.

Theo dõi và kiểm soát chức năng sống.

Đề phòng thương tật thứ cấp.

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

Đưa người bệnh ra khỏi trạng thái bất động tại giường càng sớm càng tốt.

Khuyến khích người bệnh và gia đình họ tích cực tham gia chương trình tập luyện, chăm sóc và phục hồi chức năng.

3.2. Biểu hiện lâm sàng của giai đoạn cấp, phát hiện và chăm sóc

3.2.1. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Can thiệp điều dưỡng	Kết quả mong đợi
a) Tim mạch – Tăng huyết áp. Huyết áp tăng nhẹ hoặc vừa phải: 170–180 tới 220–230 mmHg. – Đái tháo đường – Các bệnh lý tim mạch khác như hẹp hai lá, vữa xơ động mạch, suy tim...	Theo dõi mạch, HA Ăn nhạt Uống thuốc hạ áp theo y lệnh Chế độ ăn và thuốc hạ đường huyết. Nghỉ ngơi vận động hợp lý theo chỉ dẫn của thầy thuốc	Huyết áp ổn định Đường máu ổn định Sức khỏe và bệnh tim mạch được kiểm soát, không khó thở
b) Rối loạn về tri giác Bán mê, hôn mê, lú lẫn (Đáp ứng chậm, không phù hợp hoặc không đáp ứng)	Theo dõi tri giác Chăm sóc toàn diện BN hôn mê	Cải thiện về tri giác Hạn chế được các thương tật thứ phát
c) Rối loạn nhận thức – Mất định hướng về không gian, thời gian, bản thân	Dạy và nhắc lại cho BN về địa điểm, thời gian và mọi thông tin liên quan đến họ và gia đình họ	BN kể lại đúng về địa điểm, thời điểm và về nhân thân, gia đình họ.

3.2.2. Khiếm khuyết vận động

Yếu hoặc liệt nửa người đối diện với bên não tổn thương	Đặt tư thế đúng, bên liệt hướng ra ngoài. Thay đổi tư thế 2 giờ/ lần, dùng gối kê. Tập thụ động theo tầm vận động khớp Khuyến khích, hỗ trợ bệnh nhân lăn trở sang hai bên và ngồi dậy Khuyến khích bệnh nhân tự làm các hoạt động chăm sóc cá nhân, hoặc có trợ giúp tối thiểu Hướng dẫn BN một số bài tập tập: cài hai tay gấp vai lên 180 độ, tập làm cầu...	Bệnh nhân tích cực vận động tại giường trong những ngày đầu tiên sau tai biến.
Khiếm khuyết vận động (tiếp)		

Kém thăng bằng (ngồi / đứng/ đi)	Cho BN ngồi có tựa, tăng thời gian ngồi, rồi giảm gối kê. Khuyến khích BN tập di chuyển quanh giường sớm.	Sớm ngồi dậy được và ngồi vững, không bị tụt huyết áp tư thế.
Nuốt, nhai khó Nói khó, ngọng	Thử phản xạ hầu họng trước khi cho BN ăn. Nâng và quay đầu bệnh nhân về bên lành. Đưa thức ăn vào miệng phía bên lành. Nhắc BN dùng lưỡi đẩy thức ăn khỏi má bên liệt. Vệ sinh răng miệng. Giúp BN nói chậm, rõ ràng. Nhắc lại nhiều lần các âm chưa rõ.	Không sặc Tự nhai nuốt thức ăn, không rơi vãi BN nói to và rõ ràng

Một số hình ảnh minh họa các kỹ thuật PHCN ở giai đoạn cấp



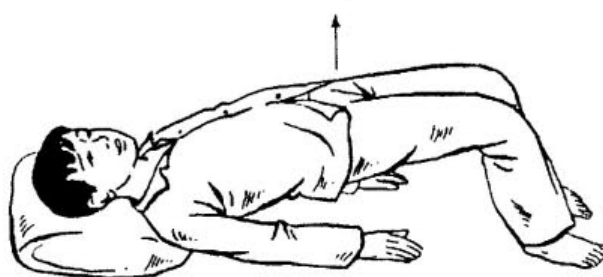
Tư thế nằm ngửa bên liệt ra phía ngoài



Tự lăn sang bên lành



Tập cài hai tay đưa lên đầu



Tư thế bắc cầu

Trong giai đoạn này có thể xảy ra các thương tật thứ cấp như teo cơ, cứng khớp, cốt hoá lạc chỗ, huyết khối tĩnh mạch, bội nhiễm phổi hoặc nhiễm trùng tiết niệu...

3.2.3. Thương tật thứ phát

Bội nhiễm phổi (sốt, ho, khạc đờm, khó thở)	Can thiệp Theo dõi nhiệt độ, ho, khó thở. Dùng thuốc theo y lệnh, tư thế đầu cao. Hướng dẫn người nhà vỗ rung, dẫn lưu tư thế.	Kết quả Hạn chế nguy cơ bội nhiễm phổi
Nhiễm trùng tiết niệu (sốt rét run, tiểu đục, nước tiểu có nhiều bạch cầu)	Theo dõi tình trạng nhiễm trùng, số lượng và chất lượng nước tiểu. Thuốc theo y lệnh. Cho BN uống nhiều nước (trên 2l/ngày) Thay ống thông thường xuyên hoặc đặt ống thông cách quãng. Rửa bàng quang khi nước tiểu quá đục, nhiều cặn mủ.	Tránh và kiểm soát được nhiễm trùng tiết niệu
Loét do đè ép (để phòng loét)	Đệm chống loét. Thay đổi tư thế 2 h/ lần. Vỗ, xoa bóp vùng bị tỳ đè, giữ da khô ráo. Theo dõi phát hiện vùng da đỏ do bị tỳ đè. Hướng dẫn gia đình vệ sinh da hằng ngày và chế độ dinh dưỡng.	Không bị loét do tỳ đè
Teo cơ Co cứng và co rút cơ Cứng khớp / Cốt hoá lạc chỗ	Xoa bóp, tập thụ động hoặc chủ động theo tầm vận động khớp. Đặt tư thế đúng. Dùng dụng cụ chỉnh hình để duy trì tư thế. Tập theo tầm vận động khớp/ hoặc tập kéo giãn. Khuyến khích BN vận động sớm.	Hạn chế teo cơ, cứng khớp, không bị cốt hoá lạc chỗ
Huyết khối tĩnh mạch (Để phòng huyết khối)	Kê chân cao, xoa bóp chân theo hướng từ ngón chi về gốc chi. Tập theo tầm vận động khớp Nếu bị huyết khối phải ngừng các biện pháp đó và dùng thuốc chống đông theo y lệnh.	Không bị huyết khối tĩnh mạch

4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

Tình trạng bệnh nhân dần được cải thiện và ổn định, BN phối hợp được với việc thăm khám và điều trị. Cũng nhờ đó, các hoạt động ăn uống, hô hấp, bài tiết được kiểm soát, giảm bớt nguy cơ các thương tật thứ cấp. Tuy nhiên, ở BN

bắt đầu xuất hiện tình trạng co cứng cơ ở bên liệt và dần đưa đến dính, hạn chế vận động các khớp vai, cổ chân... bên đó. Ngoài ra, khi tình trạng ổn định việc phục hồi chức năng cần chú ý tới các khiếm khuyết ngôn ngữ, các rối loạn nhận thức và khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày. Vì vậy, mục tiêu của công tác điều dưỡng trong giai đoạn này là:

4.1. Mục tiêu

- Duy trì tình trạng sức khỏe ổn định, tạo điều kiện cho việc tập luyện, vận động.
- Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt.
- Tạo thuận và khuyến khích tối đa các hoạt động tự chăm sóc và di chuyển quanh giường và trong nhà.
- Kiểm soát các rối loạn tri giác, nhận thức, giác quan, ngôn ngữ.
- Hạn chế và kiểm soát các thương tật thứ cấp.
- Giáo dục và hướng dẫn gia đình cùng tham gia phục hồi chức năng.

4.2. Các biện pháp chăm sóc và phục hồi chức năng

Ở giai đoạn này, việc phục hồi chức năng mang tính toàn diện, nhằm tác động lên toàn bộ những khiếm khuyết, giảm khả năng của người bệnh, sớm cho họ độc lập. Nhóm phục hồi gồm các thành viên như: bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên VLTL, kỹ thuật viên NNTL, dụng cụ chỉnh hình và một số thành viên khác... Những thành viên này phải phối hợp các biện pháp để PHCN cho người bệnh có hiệu quả.

Chẩn đoán điều dưỡng	Can thiệp điều dưỡng	Kết quả
a) Khiếm khuyết vận động: Liệt mềm, rồi chuyển sang liệt cứng với mẫu co cứng điển hình và "cử động khối".	+ Theo dõi, tư vấn về dinh dưỡng và sức khỏe. Thuốc theo y lệnh + Đặt tư thế đúng, chống lại mẫu co cứng. + Khuyến khích BN đeo nẹp chỉnh hình dưới gối, nẹp cổ tay. + Hướng dẫn BN tự tập chủ động hoặc thụ động theo tầm vận động khớp đặc biệt khớp vai, cẳng tay, cổ chân bên liệt + Khuyến khích BN tự chăm sóc: ăn	Kiểm soát được mẫu co cứng: các khớp bên liệt vẫn duy trì được tầm vận động bình thường Tự chăm sóc cá



Tập thụ động theo tầm vận động khớp vai bên liệt



b) Rối loạn thăng bằng và điều hợp: ngồi, đứng đi không vững.

c) Đau khớp vai và tay bên liệt (phản xạ loạn dưỡng giao cảm): vai và cánh tay sưng, đỏ, đau, co rút, hạn chế vận động, đau lan xuống mu tay, bàn tay.

uống, thay quần áo, chải đầu, đánh răng, tắm giặt...

+ Khuyến khích BN và gia đình giúp BN tập lăn trở, ngồi dậy, đứng dậy và đi lại quanh giường và trong nhà.

+ Động viên BN tập theo chương trình tập mạnh cơ, tập theo tầm vận động khớp (kỹ thuật viên vật lý trị liệu xây dựng).

Bài tập thăng bằng ngồi, đứng, đi.

Đi với nạng, gậy, hoặc thanh song song, khung đi.

Cho BN tập đi trên ghế băng, tập bàn nhún hoặc đi theo hình vẽ trên mặt đất...

Đeo băng treo cánh tay

Tập theo tầm vận động vai, tay bên liệt

Nẹp cổ tay

Vật lý trị liệu: hồng ngoại, xoa bóp, điện xung, siêu âm...

nhân và tự di chuyển được

Di chuyển độc lập và an toàn.

Giảm đau và cử động hết tầm ở khớp vai bên liệt



Tập vận động tinh trong hoạt động trị liệu



Tập thăng bằng tư thế ngồi



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

d) Rối loạn giác quan – Giảm hoặc mất cảm giác bề mặt (đau, nóng lạnh) – Giảm cảm giác cảm thụ bản thể (không nhận biết được vị trí các bộ phận cơ thể)	– Theo dõi vị trí, kiểu đau, thời gian đau. – Bảo vệ vùng da khỏi tổn thương và bỏng. – Tăng cường sờ vào BN khi chăm sóc họ. – Tạo cơ hội cho BN cầm nắm các vật có trọng lượng, hình khối, bề mặt khác nhau. – Dạy BN cách kiểm tra vị trí các bộ phận cơ thể bằng mắt. Khi đi phải nhìn xuống chân và mặt đất bên liệt.	Phòng ngừa thương tổn ở da và loét. – Cải thiện được cảm giác nhận biết đồ vật BN có thể mô tả đúng vị trí các bộ phận cơ thể khi nhắm mắt.
e) Rối loạn ngôn ngữ – Hiểu kém những điều người khác nói. – Khó diễn đạt suy nghĩ của mình do thiếu hoặc quên từ. – Nói không rõ ràng, lú lút, lặp bập. – Mất đọc (không đọc được). – Mất viết (không viết được).	– Dùng điệu bộ, dùng các hình vẽ, bức tranh hoặc đồ vật để giúp BN tốt hơn – BN chỉ vào hình vẽ, dùng cử chỉ để biểu đạt ý nghĩ của họ. – Dạy BN tên của đồ vật, người, hành động... xảy ra xung quanh họ. – Nói chậm, rõ và yêu cầu BN nhắc lại. Dạy BN đọc tên các đồ vật hằng ngày Dạy BN viết tên các đồ vật	Hiểu tốt hơn. Nói hoặc ra hiệu tốt hơn, vốn từ phong phú hơn Nói rõ hơn Đọc được tên một số đồ vật Viết được tên bản thân, người thân, đồ vật hằng ngày.

5. PHCN TẠI CỘNG ĐỒNG VÀ HƯỚNG NGHIỆP SAU XUẤT VIỆN

5.1. Các di chứng sau tai biến

Quá trình hồi phục diễn ra chậm dần, sau 6 tháng bị tai biến, khả năng hồi phục rất hạn chế. Nói đến các di chứng sau tai biến là nói tới giai đoạn này. Tuy nhiên, những rối loạn nhận thức và ngôn ngữ vẫn tiếp tục được cải thiện hằng năm sau khi bị bệnh. Phần lớn khả năng hồi phục ở BN là về vận động, đặc biệt ở chi dưới. Theo thống kê của Trung tâm PHCN – Bệnh viện Bạch Mai, thời gian trung bình từ khi bị tai biến đến lúc BN đi được là 30 ngày. Còn theo dõi sau 1 năm, tỷ lệ BN độc lập về chức năng (di chuyển và tự chăm sóc) chỉ đạt 33,5%. Những vấn đề chính của BN là:

** Co cứng và co rút các khớp bên liệt:*

Xảy ra đặc biệt rõ ở cổ chân bên liệt, khiến khi di chuyển, bàn chân tiếp đất bằng mũi hoặc cạnh ngoài, các ngón chân quắp. Khớp hông bên liệt gập và thân co ngắn. Khớp vai khép, xoay trong, cử động thụ động rất hạn chế do đau. Khuỷu và cổ tay gập, cẳng tay quay sấp. Rất ít cử động chức năng ở tay bên liệt.

Nếu BN khi xuất viện có nếp chỉnh hình, những biến dạng này có thể kiểm soát được.

** Rối loạn thăng bằng điều hợp:*

Ngoài yếu cơ, các rối loạn thăng bằng, điều hợp cũng tham gia gây hạn chế các hoạt động chức năng. BN di chuyển hoặc thực hiện một hoạt động theo mẫu cử động khối.

** Hạn chế về giao tiếp:*

Đối với ngay cả những BN không bị thất ngôn. Bị hạn chế trong môi trường gia đình, các mối liên hệ xã hội giảm. Còn BN bị thất ngôn, khả năng hiểu và diễn đạt kém lại là trở ngại trong quan hệ với người thân và xã hội, là nguyên nhân quan trọng dẫn đến hội chứng trầm cảm sau tai biến.

** Trầm cảm:*

Bản thân tổn thương não gây trầm cảm, ngoài ra sự cách biệt khỏi môi trường kéo dài cũng gây những thay đổi về trí tuệ và hoạt động tư duy. BN dễ xúc động, dễ khóc, khó kiểm soát những biểu hiện cảm xúc. Thông thường hiện tượng trầm cảm ở BN tai biến mạch não là tạm thời, không kéo dài trên 1 năm. Khuyến khích, khen ngợi những cố gắng của BN khi tập luyện là biện pháp tốt để giảm bớt trầm cảm.

5.2. Mục tiêu phục hồi chức năng

Những mục tiêu chính ở giai đoạn này:

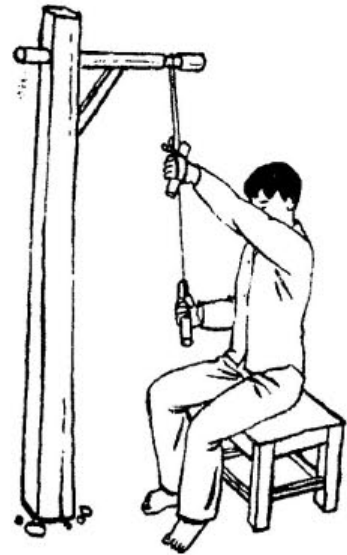
- Duy trì tình trạng sức khỏe về thể chất và tinh thần ổn định.
- Tăng cường độc lập tối đa trong các hoạt động chăm sóc bản thân.
- Hạn chế các di chứng.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động của gia đình và xã hội.
- Thay đổi kiến trúc cho phù hợp với tình trạng chức năng của người bệnh.
- Hướng nghiệp.
- Giáo dục và lôi kéo gia đình tham gia vào quá trình tập luyện và tái hội nhập.

5.3. Điều dưỡng phục hồi chức năng

** Theo dõi sức khỏe định kỳ:* sau xuất viện cho bệnh nhân là cần thiết để đề phòng tai biến tái phát. Việc theo dõi có thể chuyển về tuyến cơ sở nơi BN sinh sống. Ngoài ra, mối liên hệ thường kỳ với cơ quan y tế còn nhằm mục đích giáo dục truyền thông về phòng ngừa, chăm sóc người tàn tật. Từ phía người bệnh, việc này tạo cho họ tâm lý an tâm, được chăm sóc.

Thuốc men có thể cần là các thuốc giãn cơ: nếu các thuốc giãn cơ thông thường kém hiệu quả, có thể sử dụng Baclofen (Lioresal) hoặc Dantrolen (Dantrium) để kiểm soát co cứng. Dùng thuốc sau cùng cần kiểm tra chức năng gan trước và sau điều trị, vì nó có thể gây viêm gan nhiễm độc.

* *Các bài tự tập và hướng dẫn tập tại nhà:* để giúp được người bệnh tăng thời gian tập ở bệnh viện hoặc tại nhà, cần hướng dẫn họ các bài tự tập với dụng cụ, đặc biệt ở giai đoạn đã có cơ cơ chủ động. Các dụng cụ loại như: ròng rọc tập tay, xe đạp, bao cát, tạ hoặc chày, gậy, gỗ, bàn tập khớp gối, cầu thang... BN cần được hướng dẫn những bài tập này trước khi xuất viện. Tốt nhất bài tập được thiết kế dưới hình thức các hoạt động. Có thể kể ra đây một số bài tập ví dụ: tập khớp vai bằng ròng rọc, gấp vai thụ động nhờ tay lành, dồn trọng lượng lên tay liệt khi ngồi, tập với theo các mốc đánh dấu trên tường bằng tay liệt ... Đối với chân, BN có thể đạp xe đạp, đi bộ lên xuống cầu thang, tập đi trên mặt đất không phẳng, đi ra khỏi môi trường quen thuộc...



Tập với ròng rọc khớp vai

* *Hoạt động tự chăm sóc*

Môi trường gia đình là nơi BN có thể tập các hoạt động tự chăm sóc tốt nhất. Khuyến khích người bệnh tự thực hiện các hoạt động ăn uống, tắm rửa, thay quần áo, đi vệ sinh theo nền nếp... giống như trước khi bị bệnh. Một số hoạt động có thể trợ giúp một phần; ví dụ di chuyển trong nhà vệ sinh, buộc dây giày... Tuy nhiên, cần thay đổi các vật dụng của người bệnh một cách thích ứng để họ có thể độc lập tối đa. Chẳng hạn: làm tay cầm để BN tự cầm lược chải đầu, xúc ăn, dùng băng dán thay cho cúc áo...

* *Nội trợ và các hoạt động khác trong gia đình*

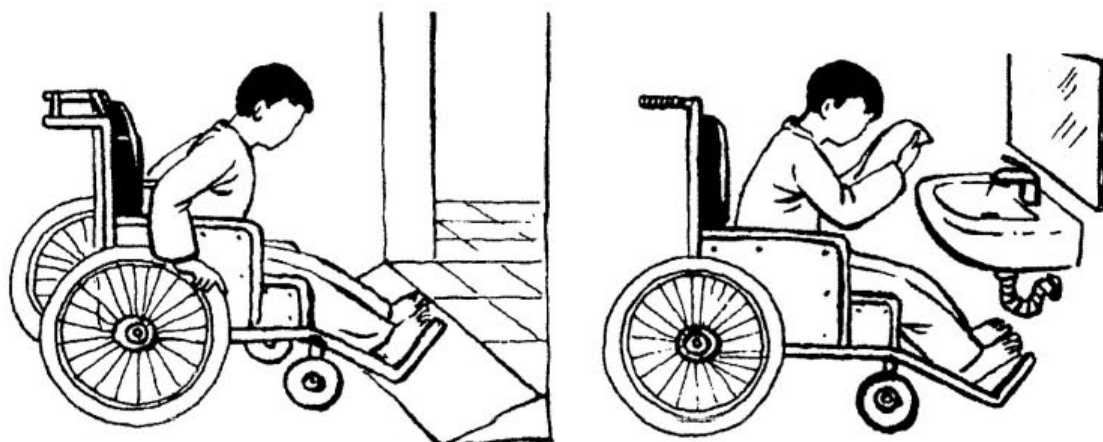
BN là phụ nữ thì nhu cầu làm nội trợ rất cần thiết. Nên động viên BN tham gia nấu nướng, giặt giũ, dọn dẹp nhà cửa và chăm sóc con cái. BN có thể thực hiện một phần những hoạt động này, cố gắng thay đổi vị trí, kích thước, chiều cao bếp, dây phơi... để BN có thể làm những việc đó khi ngồi xe lăn hoặc trên ghế tựa.

** Các hoạt động khác và hướng nghiệp:*

Giao tiếp xã hội, và tham gia các hoạt động của cộng đồng là nhu cầu thiết yếu của mỗi người. Nên dần đưa người bệnh đi ra ngoài, thăm hàng xóm, đi mua bán, họp hành ở phường xóm. Việc đó tạo cho họ một tâm lý vui vẻ, tự tin và động lực tập luyện, ham muốn tái hội nhập. Đồng thời, những cuộc thăm viếng đó cũng làm thắt chặt mối quan hệ với mọi người xung quanh, là tiền đề cho việc tìm kiếm cơ hội làm việc.

** Thay đổi kiến trúc nơi người bệnh sinh sống*

Kiến trúc kiểu căn hộ, nghĩa là toàn bộ diện tích gia đình đều trên một mặt sàn, hiện nay ở các đô thị Việt Nam chưa phổ biến. Ở nông thôn, việc này tương đối thuận tiện, nhưng lối bố trí các công trình vệ sinh, nhà bếp, gây khó khăn cho người bệnh. Do vậy, thầy thuốc PHCN nên tư vấn cho BN và gia đình họ để có những lựa chọn hợp lý khi xuất viện.



Nhà ở cao tầng, kích thước cửa ra vào, nhà vệ sinh, bếp, bàn ghế, bậc lên xuống và xe lăn đặc biệt cho BN liệt nửa người là những vấn đề cần điều chỉnh khi BN xuất viện.

** Vai trò của gia đình trong quá trình hội nhập xã hội*

Thời gian phục hồi sau tai biến, có thể kéo dài hàng năm, trong khi người bệnh chỉ có thể ở lại trong bệnh viện 1-2 tháng. Do vậy, việc hướng dẫn, giáo dục gia đình họ tham gia vào chăm sóc, tập luyện rất cần thiết. Nên để gia đình họ quan sát các bài tập, cách đặt tư thế, cách đỡ BN khi lăn trở, di chuyển, hạn chế giúp BN khi BN đã tự làm được trong sinh hoạt hằng ngày. Khi xuất viện, gia đình cũng cần được biết về mục tiêu và chương trình tập tại nhà để động viên, tham gia cùng tập với BN, cần được hướng dẫn về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi thích hợp cho người bệnh.

Chẩn đoán điều dưỡng	Can thiệp	Kết quả mong đợi
Các vấn đề sức khoẻ: huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường...	Theo dõi và tư vấn sức khoẻ, dinh dưỡng. Kiểm tra sức khoẻ định kỳ.	Sức khoẻ ổn định.
Rối loạn tâm lý cảm xúc kiểu trầm cảm, thiếu động cơ, hoặc cáu gắt, thịnh nộ...	Tư vấn hỗ trợ BN và gia đình họ về những thay đổi tâm lý sau tai biến mạch máu não. Khuyến khích BN tham gia các hoạt động chung của gia đình và cộng đồng.	Thái độ chấp nhận của gia đình. Sự tham gia của người bệnh vào mọi hoạt động trong gia đình.
Di chứng co cứng, co rút, cứng khớp ở bên liệt	Tiếp tục áp dụng các biện pháp đã nêu ở giai đoạn hồi phục.	Hạn chế tiến triển của co rút và cứng khớp.
Tự chăm sóc cá nhân và di chuyển còn hạn chế	Để người bệnh tự thực hiện chăm sóc cá nhân và di chuyển, có giám sát và trợ giúp tối thiểu.	Sinh hoạt cá nhân và di chuyển độc lập.
Tham gia các hoạt động trong gia đình và cộng đồng	Dẫn dắt làm các việc nội trợ. Khuyến khích tham gia hoạt động chung của cộng đồng.	Tham gia ngày càng nhiều các hoạt động của gia đình và cộng đồng.
Hướng nghiệp Chọn công việc phù hợp với khiếm khuyết vận động, ngôn ngữ...	Tư vấn cho người bệnh và gia đình họ.	Có việc làm tạo thu nhập (nếu ở độ tuổi lao động)
Môi trường chưa phù hợp Lối đi cho xe lăn, vệ sinh, cửa ra vào...	Tư vấn, hướng dẫn để thay đổi kiến trúc và bố trí nội thất tại gia đình bệnh nhân.	Thay đổi kiến trúc ở gia đình bệnh nhân.
Sự hỗ trợ của người thân trong chương trình tập tại nhà	Tư vấn, hướng dẫn BN và gia đình họ.	Gia đình động viên, hỗ trợ và cùng giúp bệnh nhân tập luyện.

Kết luận: chương trình phục hồi chức năng cho BN liệt nửa người mang tính toàn diện, tác động vào nhiều mặt giảm khả năng của người bệnh. Nhiều chuyên gia tham gia ở những giai đoạn khác nhau của bệnh, thời gian phục hồi kéo dài, di chứng nặng nề, chi phí xã hội lớn, khiến cho vấn đề này trở thành mối quan tâm chung mang tính xã hội. Cần thiết phải có những biện pháp phòng ngừa TBMN và phòng ngừa tái phát.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời đúng nhất trong các câu sau

1. Tai biến mạch não là
 - A. Bị các thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột do tổn thương mạch máu não.
 - B. Bị liệt nửa người và nửa mặt cùng bên.
 - C. Bị liệt nửa người và rối loạn tri giác.
 - D. Tất cả các câu trên.
2. Yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não không có yếu tố này:
 - A. Hút thuốc lá.
 - B. Vữa xơ động mạch.
 - C. Béo phì và/ hoặc không tăng huyết áp.
 - D. Lao động gắng sức.
3. Mục tiêu điều dưỡng ở giai đoạn cấp không có nội dung này:
 - A. Theo dõi và kiểm soát chức năng sống.
 - B. Thay đổi kiến trúc nhà ở của bệnh nhân.
 - C. Phòng ngừa và hạn chế thương tật thứ phát.
 - D. Sớm cho bệnh nhân vận động, tập luyện.
4. Công tác điều dưỡng ở giai đoạn hồi phục không gồm mục tiêu này:
 - A. Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt.
 - B. Hạn chế di chứng.
 - C. Kiểm soát các rối loạn tri giác, nhận thức, giác quan, ngôn ngữ.
 - D. Tạo thuận và khuyến khích tối đa các hoạt động tự chăm sóc và di chuyển.
5. Ở giai đoạn di chứng, mục tiêu điều dưỡng không bao gồm nội dung này:
 - A. Đưa bệnh nhân khỏi tình trạng bất động càng sớm càng tốt.
 - B. Hạn chế di chứng.
 - C. Thay đổi kiến trúc cho phù hợp với tình trạng chức năng của người bệnh.
 - D. Hướng nghiệp.

Hãy đánh dấu (✓) vào ô thích hợp: Đ cho câu trả lời đúng, S cho câu trả lời sai.

Câu	Nội dung	Đ	S
6.	Dấu hiệu bàn chân thủng là một trong các thương tật thứ phát		
7.	Đai treo cánh tay nhằm hạn chế tình trạng bán trật khớp vai ở bệnh nhân liệt nửa người		
8.	Gia đình người bệnh là một trong các thành viên tích cực giúp họ tập luyện và hoà nhập xã hội		

Hãy kết thúc phần trả lời dưới đây

9. Mục tiêu điều dưỡng trong giai đoạn cấp sau tai biến mạch máu não:

- A. Chăm sóc, nuôi dưỡng đúng.
- B. Theo dõi và kiểm soát chức năng sống.
- C. Đề phòng thương tật thứ cấp.
- D.
- E. Đưa người bệnh ra khỏi trạng thái bất động tại giường càng sớm càng tốt.
- F. Khuyến khích người bệnh và gia đình tham gia tập luyện, chăm sóc và phục hồi chức năng.

10. Các biện pháp can thiệp của điều dưỡng nhằm giải quyết tình trạng cử động khối và mấu co cứng ở bệnh nhân liệt nửa người:

- A. Theo dõi, tư vấn về dinh dưỡng và sức khỏe. Thuốc theo y lệnh
- B. Đặt tư thế đúng, chống lại mấu co cứng.
- C. Khuyến khích BN đeo nẹp chỉnh hình dưới gối, nẹp cổ tay.
- D. Hướng dẫn BN tự tập chủ động hoặc thụ động theo tầm vận động khớp
- E.
- F. Khuyến khích BN và gia đình giúp BN lăn trở, ngồi dậy và đi lại.
- H. Động viên BN tập theo chương trình tập mạch cơ và các bài tập khác do KTV vật lý trị liệu xây dựng.

Bài 6

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN BỊ TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân của tổn thương tủy sống.
2. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng của tổn thương tủy sống.
3. Trình bày được các biến chứng của bệnh nhân tổn thương tủy sống.
4. Trình bày được cách chăm sóc và điều trị bệnh nhân tổn thương tủy sống các giai đoạn.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

– Liệt hai chi dưới: là tình trạng mất hoặc giảm vận động và cảm giác ở hai chi dưới do tổn thương tủy sống từ lưng (từ D_1 trở xuống).

– Liệt tứ chi: là tình trạng mất hoặc giảm vận động và cảm giác ở tứ chi do tổn thương cột sống cổ (từ $C_1 - C_7$).

1.2. Tình hình tổn thương tủy sống

– Tổn thương tủy sống là tình trạng bệnh lý do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên và ngày càng gia tăng ở các nước phát triển cũng như ở Việt Nam.

– Năm 2004, tại Mỹ tỷ lệ mới mắc là 11.000 người, tỷ lệ hiện mắc là 250.000 người, trong đó nam chiếm 80%, nữ chiếm 20%, độ tuổi trung bình là 31,2, nạn nhân trong độ tuổi 16 – 59 chiếm 60%.

– Ở Việt Nam, theo thông báo của Bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng thành phố Hồ Chí Minh năm 1996 có 150 bệnh nhân chấn thương tủy sống điều trị tại viện, trong đó lứa tuổi từ 21 – 40 chiếm 50%.

– Tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/1996 – 9/1997 thống kê được 63 trường hợp chấn thương tủy, nhưng trong một năm (2002 – 2003) chỉ riêng số trường hợp chấn thương tủy lưng – thắt lưng đã lên đến 106 người.

– Tổn thương tủy sống gây rối loạn trầm trọng chức năng của nhiều cơ quan khác nhau: liệt hoặc giảm vận động hai chi dưới hoặc tứ chi kèm theo hoặc không các rối loạn khác như: giảm hoặc mất cảm giác, rối loạn hô hấp, tiểu tiện, rối loạn hoạt động ruột, dinh dưỡng...

– Chăm sóc và phục hồi chức năng cho bệnh nhân bị chấn thương tủy sống là phòng ngừa các biến chứng sớm, giảm tâm lý bi quan về bệnh tật, tăng cường khả năng vận động và độc lập trong sinh hoạt hằng ngày, tham gia vào đời sống của gia đình, cộng đồng.

1.3. Nguyên nhân gây tổn thương tủy sống

1.3.1. Do chấn thương: chiếm 65% trường hợp

1.3.1.1. Tai nạn giao thông: là nguyên nhân hàng đầu gây tổn thương tủy sống. Ở Mỹ chiếm gần 50% tỷ lệ mắc mỗi năm.

1.3.1.2. Tai nạn lao động.

1.3.1.3. Tai nạn thể thao.

1.3.1.4. Tai nạn sinh hoạt: hầu hết bệnh nhân tổn thương tủy sống sau 65 tuổi thường do bị ngã.

1.3.1.5. Chiến tranh

1.3.1.6. Hành hung, tự tử

1.3.2. Các bệnh tủy sống: ung thư, viêm tủy, xơ tủy rải rác, nhiễm trùng.

1.3.3. Các biến dạng cột sống: gù, vẹo, thoát vị đĩa đệm, gai đôi cột sống...

1.3.4. Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

1.3.5. Bệnh do thầy thuốc gây nên

- Các phẫu thuật tim mạch.
- Chụp X quang có cản quang.
- Do sơ cứu ban đầu thiếu kinh nghiệm.

2. BỆNH HỌC

2.1. Các dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng phụ thuộc vào hai yếu tố sau:

- Vị trí tổn thương.
- Mức độ tổn thương.

Khi tủy sống bị tổn thương gây lên hội chứng liệt tủy biểu hiện:

- Liệt vận động: mất hoặc giảm vận động dưới mức thương tổn.
- Liệt tứ chi: có thể kèm liệt cơ hô hấp và cơ hoành. Khó khăn khi thở, ho và khạc đờm.

- Liệt hai chân: kèm liệt cơ thân mình.

Rối loạn cảm giác gồm:

- Rối loạn cảm giác nông: đau, sờ mó, cảm giác nóng lạnh.
- Rối loạn cảm giác sâu: vị trí, tư thế, rung âm thoa.
- Rối loạn dị cảm: tê bì, kiến bò.
- Rối loạn cơ tròn: đại tiểu tiện không tự chủ.
- Mất khả năng kiểm soát bàng quang và đường ruột.
- Tăng phản xạ hoặc co cứng.
- Giảm khả năng tình dục.

2.2. Diễn biến lâm sàng: chia hai giai đoạn

2.2.1. Giai đoạn choáng tủy

Choáng tủy là hậu quả của việc cắt đứt về mặt sinh lý và giải phẫu của tủy sống, là hiện tượng mất hoàn toàn tạm thời tất cả hoặc hầu hết các hoạt động phản xạ tủy tại mức tổn thương và dưới mức thương tổn. Giai đoạn này thường xảy ra ngay sau tai nạn, biểu hiện lâm sàng như sau:

Liệt mềm nhẽo hoàn toàn dưới mức thương tổn.

Mất hoàn toàn cảm giác nông và cảm giác sâu dưới mức thương tổn.

Mất các phản xạ gân xương, dấu hiệu Babinski (phản xạ da bàn chân) không đáp ứng hai bên.

Đại tiểu tiện không tự chủ.

Trong giai đoạn này khó xác định vị trí, mức độ tổn thương. Thời gian từ khi bị thương đến khi xuất hiện hồi phục đầu tiên càng ngắn thì kết quả phục hồi chức năng càng tốt.

2.2.2. Giai đoạn hồi phục

Bắt đầu khi có sự xuất hiện trở lại của bất kỳ dấu hiệu thần kinh nào bao gồm: phản xạ, vận động, cảm giác ở dưới mức thương tổn. Lúc này bệnh cảnh lâm sàng sẽ rõ rệt tùy theo vị trí và mức độ tổn thương, với các hội chứng rối loạn vận động, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn, rối loạn dinh dưỡng, rối loạn thần kinh thực vật.

3. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG THẦN KINH

3.1. Phân loại theo tổn thương thần kinh

3.1.1. Tổn thương tủy hoàn toàn: thuật ngữ này được dùng khi không có chức năng vận động và cảm giác ở đoạn tủy cùng thấp nhất.

3.1.2. Tổn thương tủy không hoàn toàn: nếu còn bảo tồn một phần chức năng cảm giác và/hoặc vận động bên dưới mức thần kinh và bao gồm đoạn tủy cùng thấp nhất, tổn thương được định nghĩa là không hoàn toàn.

Một số hội chứng tổn thương tủy không hoàn toàn theo giải phẫu

- Hội chứng tủy trung tâm: một thương tổn xảy ra chủ yếu ở vùng cổ, vẫn còn cảm giác tủy cùng và yếu chi trên hơn chi dưới.
- Hội chứng tủy bên: hay còn gọi là hội chứng tủy cắt ngang, liệt và mất cảm giác cảm thụ bản thể (cảm giác sâu) cùng bên, mất cảm giác đau và nhiệt bên đối diện.
- Hội chứng tủy trước: một thương tổn tạo ra sự mất chức năng vận động và mất nhạy cảm đau và nhiệt trong khi vẫn giữ được thụ cảm bản thân.
- Hội chứng tủy sau: liệt vận động kèm theo mất chức năng cảm giác của sừng sau tủy sống (rất hiếm gặp).

3.2. Phân loại theo ASIA (Hiệp hội chấn thương tuỷ sống Mỹ)

Có nhiều cách phân loại liệt tủy, nhưng hiện nay thế giới hay sử dụng cách phân loại của hiệp hội chấn thương tuỷ sống Hoa Kỳ ASIA (American Spinal Injury Association). Phân loại này dựa vào sự chi phối thần kinh của tứ chi để

kiểm tra đánh giá tổn thương tủy sống theo tổng điểm vận động và cảm giác chia làm năm loại:

A = Hoàn toàn: không có chức năng vận động hoặc cảm giác được bảo tồn ở các khoang tủy cùng $S_4 - S_5$.

B = Không hoàn toàn: chức năng cảm giác còn nhưng chức năng vận động không còn bên dưới mức thần kinh và bao gồm các khoang tủy cùng $S_4 - S_5$.

C = Không hoàn toàn: chức năng vận động được bảo tồn bên dưới mức thần kinh, và hơn phân nửa số cơ chính bên dưới mức thần kinh có điểm cơ dưới 3 (0 – 2 điểm)

D = Không hoàn toàn: chức năng vận động được bảo tồn bên dưới mức thần kinh, và ít nhất phân nửa số cơ chính bên dưới mức thần kinh có điểm cơ ≥ 3

E = Bình thường: chức năng vận động và cảm giác bình thường.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Vấn đề về hệ tiết niệu: do tổn thương tủy sống ảnh hưởng đến thần kinh chi phối bàng quang gây tiểu tiện không tự chủ. Chính tình trạng này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu, sỏi thận, sỏi bàng quang, viêm đài bể thận.

4.2. Vấn đề về đường ruột: sau khi tổn thương tủy sống, bệnh nhân không có khả năng kiểm soát đường ruột tự chủ làm khó khăn đi ngoài hoặc đại tiện không tự chủ.

4.3. Loét do đè ép: do ngồi hoặc nằm một tư thế quá lâu có thể gây ra loét do đè ép. Vì vậy, bệnh nhân thường dễ bị loét do đè ép vì bị mất cảm giác gây khó khăn nhận biết được vết loét đang hình thành.

4.4. Vấn đề hô hấp

– Biến chứng về hô hấp là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong sau chấn thương tủy sống.

– Do yếu cơ thành bụng và ngực làm cho hô hấp khó khăn, vì vậy những bệnh nhân tổn thương tủy sống cổ thể bị viêm phổi do suy hô hấp.

4.5. Vấn đề tim mạch

4.5.1. Huyết áp hạ và mạch chậm

4.5.2. Rối loạn giao cảm phản xạ (Autonomic dysreflexia)

– Tổn thương tủy sống từ D6 trở lên có thể gây nên tình trạng này. Tình trạng này xảy ra khi có một kích thích hoặc đau dưới mức tổn thương sẽ truyền thông tin lên não, tạo ra phản xạ làm co mạch máu.

– Triệu chứng: tăng huyết áp, đau đầu dữ dội, đỏ mặt, toát mồ hôi, buồn nôn, nổi gai ốc và chậm nhịp tim.

– Thường xảy ra lần đầu tiên sau 3 tháng bị tổn thương. Thường xuất hiện ở bệnh nhân liệt tứ chi.

4.5.3. Viêm tắc tĩnh mạch sâu và tắc động mạch phổi

– Ngồi lâu làm giảm dòng chảy của máu qua tĩnh mạch và gây hình thành cục máu đông. Cục máu đông này sẽ phát triển trong tĩnh mạch sâu trong cơ (tắc tĩnh mạch sâu), và có thể làm tắc động mạch phổi.

– Phòng ngừa tắc mạch bằng dùng băng chun hoặc thuốc chống đông.

4.5.4. Phù chi dưới

4.6. Co cứng

Một số bệnh nhân bị co cứng chân hoặc tay. Điều này cũng không nói lên là những bệnh nhân này đã hồi phục.

4.7. Vấn đề về cân nặng

Sau khi bị tổn thương tủy sống, bệnh nhân thường bị giảm cân và teo cơ.

4.8. Vấn đề về tình dục

Rất nhiều bệnh nhân tổn thương tủy sống vẫn còn khả năng cương, thậm chí đàn ông vẫn còn một số cảm giác ở vùng sinh dục. Nhưng sự cương dương vật không đủ, không kéo dài trong khi sinh hoạt tình dục. Khả năng sinh sản cũng có thể bị ảnh hưởng, 90% bệnh nhân tổn thương tủy sống không có khả năng xuất tinh trong quá trình giao hợp. Tuy nhiên, những bệnh nhân này vẫn có thể sinh hoạt tình dục hoặc làm cha.

Nói chung, những phụ nữ bị tổn thương tủy sống thường không có sự thay đổi về sinh lý trong sinh hoạt tình dục cũng như trong sinh sản. Nhưng họ có thể mất khả năng tạo chất bôi trơn âm đạo hoặc khoái cảm, và sự thay đổi của cơ thể cũng ảnh hưởng đến sinh hoạt tình dục.

4.9. Đau

Bệnh nhân có thể bị đau là do tổn thương tủy sống hoặc các phần khác của cơ thể trong khi bị tai nạn. Bệnh nhân có thể đau ở những vùng mà ở đó có rất ít hoặc không có cảm giác. Bệnh nhân cũng có thể đau ở những cơ sử dụng quá nhiều ở một bộ phận cơ thể.

4.10. Tổn thương mới

Bệnh nhân bị tổn thương tủy sống thường dễ bị tổn thương như bị bỏng hoặc cắt phải ở những vùng cơ thể bị mất hoặc giảm cảm giác mà không biết..

5. ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Điều trị tổn thương tủy sống tập trung vào việc ngăn ngừa tổn thương và khả năng bệnh nhân có thể trở về với các sinh hoạt hằng ngày, hạn chế tối đa tàn tật. Chính vì vậy, cần quan tâm chăm sóc bệnh nhân ngay từ khi cấp cứu ban đầu và chăm sóc liên tục.

Sau khi được điều trị tại phòng cấp cứu, bệnh nhân được chuyển đến đơn vị tổn thương tủy, ở đó có các nhân viên y tế làm việc theo đội: bác sĩ phẫu thuật thần kinh, bác sĩ chỉnh hình, bác sĩ chuyên về tủy sống, bác sĩ tâm lý, y tá, kỹ thuật viên, và nhân viên xã hội học có kinh nghiệm về tổn thương tủy.

5.1. Chăm sóc bệnh nhân bị tổn thương tủy sống giai đoạn đầu

5.1.1. Mục tiêu

- Tìm nguyên nhân và giải quyết nguyên nhân.
- Phòng ngừa các thương tật thứ cấp: loét do đè ép, nhiễm trùng phổi, nhiễm trùng tiết niệu, co rút, cứng khớp.
- Chăm sóc đường tiết niệu.
- Chăm sóc đường tiêu hóa.

5.1.2. Các biện pháp cụ thể

5.1.2.1. Tìm và giải quyết nguyên nhân:

- Nguyên nhân nội khoa: giải quyết theo nguyên nhân.
- Nguyên nhân ngoại khoa: có thể phẫu thuật hoặc không phẫu thuật tùy vào quan điểm của phẫu thuật viên (Hiện nay chưa có một nghiên cứu nào chứng minh được là phẫu thuật tốt hơn không phẫu thuật).

5.1.2.2. Phòng ngừa các thương tật thứ cấp: loét do đè ép, nhiễm trùng phổi, nhiễm trùng tiết niệu, co rút, cứng khớp...

* Chăm sóc để phòng loét đè ép

- Giữ da bệnh nhân khô ráo, sạch sẽ.
- Kê đệm nước ở các vùng tỳ đè như: chẩm, bả vai, khuỷu, móm cụt, gót chân.
- Lăn trở thường xuyên 2–3h/lần.
- Cung cấp cho bệnh nhân chế độ ăn giàu đạm như trứng, thịt, sữa, các vitamin và khoáng chất.
- Khi đã có vết loét thì phải tránh tỳ đè, không băng kín vùng loét. Thay rửa hằng ngày, chiếu tia tử ngoại hoặc tắm nắng.

* Chăm sóc đường ruột

- Trong 1–2 ngày đầu cho ăn bằng đường tĩnh mạch hoặc qua ống thông dạ dày.
- Những ngày sau đó, cho bệnh nhân ăn bằng đường miệng. Chế độ ăn giàu đạm, dễ hấp thu, ít chất bã, cung cấp đủ nước.
- Tập thói quen đại tiện đúng giờ. Nếu bệnh nhân không đi đại tiện được thì phải áp dụng nhiều cách từ đơn giản đến phức tạp để tổng phân ra khỏi ruột bệnh nhân: dùng tay xoa theo khung đại tràng từ phải sang ngang rồi qua trái.

- Dùng tay móc phân ra ngoài.
- Thụt tháo phân.
- Sử dụng thuốc nhuận tràng.

* Chăm sóc đường tiết niệu

- Hằng ngày vệ sinh vùng bộ phận sinh dục ngoài.
 - Nếu bệnh nhân bí tiểu tiện thì đặt ống thông ngắt quãng 4 – 6h/lần.
- Chăm sóc ống thông hằng ngày.

– Theo dõi đánh giá số lượng, màu sắc nước tiểu. Lấy nước tiểu làm xét nghiệm.

– Cho bệnh nhân uống nhiều nước, ăn nhiều hoa quả có vitamin C tăng cường sức đề kháng.

** Đặt tư thế đúng cho bệnh nhân và tập thụ động*

– Tư thế đầu và cột sống phải thuận lợi tránh gây tổn thương thêm.

– Những vùng tỳ đè có đệm lót.

– Tập thụ động cho bệnh nhân theo nguyên tắc càng sớm càng tốt, thường xuyên cố định cột sống trước mỗi lần tập, tập từ đơn giản đến phức tạp, khối lượng luyện tập tăng dần. Mục đích của bài tập là tăng cường tuần hoàn chống teo cơ, cứng khớp.

– Khi tình trạng bệnh nhân khá hơn bắt đầu tập chủ động.

** Chăm sóc đường hô hấp*

Các bước chăm sóc phải được thực hiện cùng với vệ sinh vùng mũi họng sạch sẽ, dẫn lưu thể, vỗ rung, dạy bệnh nhân tập thở, tập ho khạc, chú ý các thì thở ra.

** Đề phòng nghẽn mạch huyết khối*

Theo dõi màu sắc, tình trạng nuôi dưỡng ở vùng nguy cơ tắc mạch, kết hợp dùng thuốc và các hoạt động xoa bóp toàn thân đặc biệt là hai chi dưới, kê cao chân lúc nghỉ ngơi.

5.2. Chăm sóc phục hồi chức năng bệnh nhân giai đoạn hồi phục

Giai đoạn này, bệnh nhân bắt đầu có thể hoạt động tự chăm sóc bản thân, học cách thích nghi với cơ thể bệnh tật của mình. Mục tiêu cần đạt được là hướng dẫn bệnh nhân tự độc lập sinh hoạt.

5.2.1. Hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc da

Lau chùi sạch sẽ và kiểm tra phát hiện nguy cơ loét hằng ngày.

5.2.2. Phục hồi chức năng đường tiết niệu

• Hướng dẫn bệnh nhân phát hiện cầu bàng quang và cách xử trí để nước tiểu ra ngoài.

• Hướng dẫn bệnh nhân tự đặt ống thông tiểu đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

• Bổ sung hoa quả giàu vitamin C, cung cấp thêm nước vào chế độ ăn cho bệnh nhân phòng nhiễm khuẩn tiết niệu.

5.2.3. Phục hồi chức năng đường ruột

- Tập cho bệnh nhân có thói quen đi đại tiện vào một giờ nhất định.
- Ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước.
- Nếu bệnh nhân không tự đi đại tiện được thì hướng dẫn bệnh nhân móc phân ra khỏi đường ruột để tránh táo bón.

5.2.4. Tập tăng cường sức mạnh của cơ và tập di chuyển

Tập chủ động với nhóm cơ không liệt:

- Đối với chi trên: tập các cơ hạ và khép cánh tay (cơ lưng rộng, cơ tròn lớn, cơ ngực lớn và cơ răng cưa). Tập co duỗi cánh tay (cơ tam đầu cánh tay), tập các cơ bàn tay và cẳng tay vì cần thiết cho cầm nắm (các cơ gập ngón, đối ngón).
- Đối với thân mình: cơ lưng rộng, cơ vuông thắt lưng, cơ bụng.
- Đối với chi dưới: trong trường hợp liệt một phần cần tập mạnh cơ nếu có thể được, các cơ gập đùi và cơ tứ đầu đùi.

Tập chủ động các cơ không bị ảnh hưởng do tổn thương tủy để bù trừ cho các cơ liệt. Đặc biệt là các cơ ở xung quanh vai, cánh tay và cơ thành bụng. Quá trình luyện tập tốt sẽ giúp bệnh nhân sớm phát huy khả năng còn lại của mình

- Tập di chuyển tại giường và quanh giường:
 - + Tập lăn từ vị thế nằm ngửa sang bên hoặc nằm sấp

Người bệnh nắm tay vào mép giường và kéo thân mình qua (Hình 6.1).



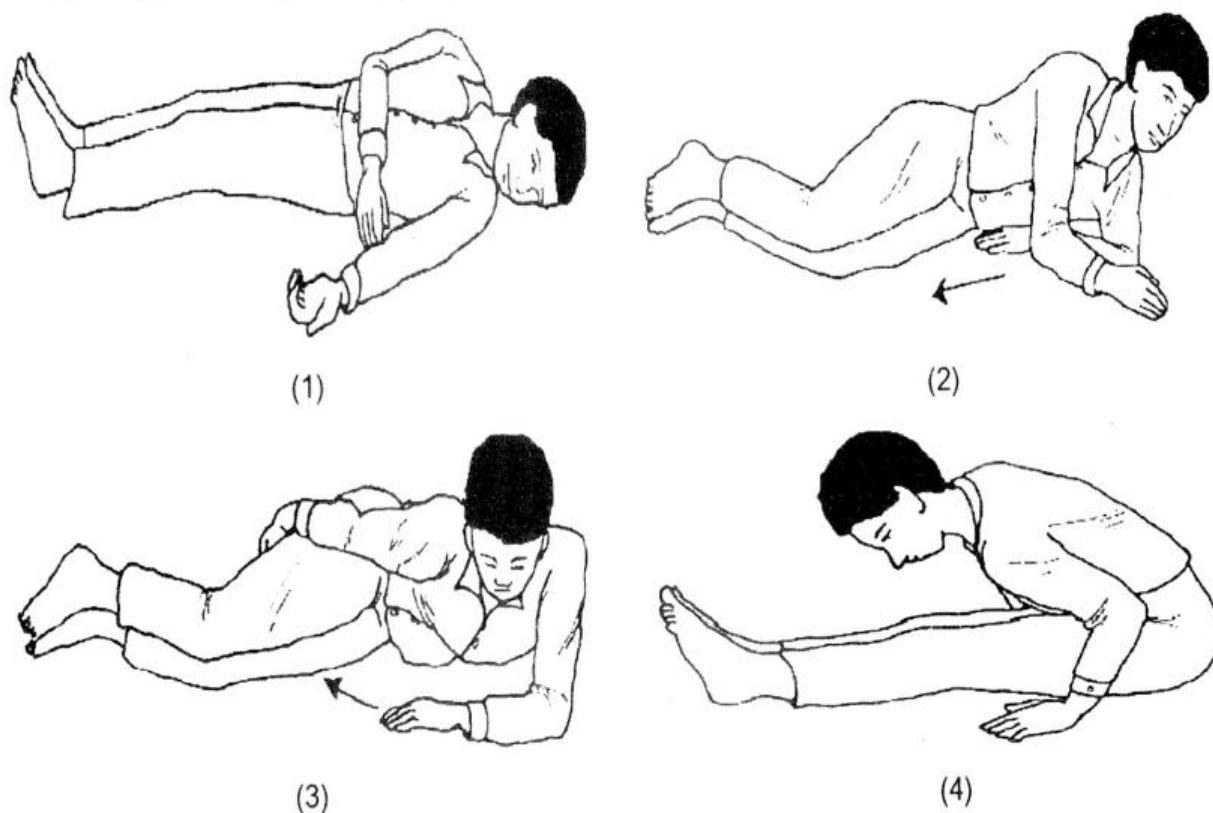
- + Tập ngồi dậy

Ngồi dậy có trợ giúp (Hình 6.2).



Hình 6.2. Ngồi có trợ giúp

Ngồi dậy không có trợ giúp (Hình 6.3)



Hình 6.3. Ngồi không có trợ giúp

5.2.5. Tập luyện với xe lăn

Xe lăn là một phương tiện cần thiết cho bệnh nhân chấn thương tủy sống. Xe lăn có thể tự chế hoặc mua xe lăn chế sẵn. Các bài tập với xe lăn gồm:

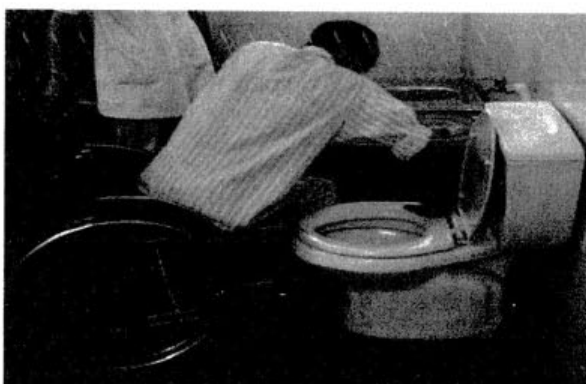
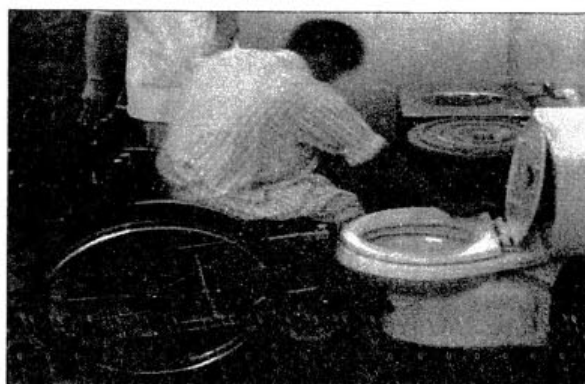
Tập nâng mình, thăng bằng trên xe lăn.

Tập chuyển từ xe lăn sang giường và ngược lại.

Di chuyển từ xe lăn xuống bồn vệ sinh và ngược lại (Hình 6.4).

Di chuyển từ xe lăn xuống nền nhà và ngược lại.

Di chuyển từ xe lăn sang xe hơi và ngược lại.



(3)

(4)

Hình 6.4. Di chuyển từ xe lăn sang bồn vệ sinh

5.2.6. Tập luyện với các dụng cụ trợ giúp

Các dụng cụ trợ giúp: nẹp, giày, nạng.

Chương trình tập luyện và các bài tập:

- Người bệnh ngồi trên giường tập mang và tháo nẹp.
- Ngồi trên xe lăn, tập khóa và mở khóa khớp gối.
- Tập mặc quần áo với nẹp.
- Tập xuống giường và lên giường khi mang nẹp.
- Tập đứng lên và ngồi xuống xe lăn khi mang nẹp.
- Tập ngồi xuống ghế khi mang nẹp.
- Tập đi với thanh song song.
- Tập đi với nạng.

6. GIAI ĐOẠN TÁI HÒA NHẬP XÃ HỘI

Đây là giai đoạn bệnh nhân quay trở lại với cộng đồng. Cho nên, mục tiêu của giai đoạn này là bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.

Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều các giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.

Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

Kết luận

Như vậy, phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt tủy là một quá trình lâu dài và được chia làm nhiều giai đoạn. Sự chuyển tiếp từ giai đoạn trước sang giai đoạn sau phụ thuộc vào tiến triển tốt lên của bệnh. Quá trình này cần phải được tiến hành ngay từ những ngày đầu sau chấn thương.

TỰ LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI LỰA CHỌN

Hãy khoanh tròn trả lời đúng nhất các câu hỏi sau

1. Liệt hai chi dưới là tình trạng

- A. Mất hoặc giảm vận động 2 chân do tổn thương tuỷ sống vùng lưng (từ D₁) trở xuống.
- B. Mất hoặc giảm cảm giác 2 chân do tổn thương tuỷ sống vùng lưng (từ D₁) trở xuống.
- C. Mất hoặc giảm vận động và cảm giác vùng thân tương ứng vị trí tổn thương tuỷ sống.
- D. Tất cả các tình trạng trên.

2. Liệt tứ chi dưới là tình trạng

- A. Mất hoặc giảm vận động tứ chi do tổn thương tuỷ sống cổ (từ C₁ đến C₇).
- B. Mất hoặc giảm cảm giác tứ chi do tổn thương tuỷ sống cổ (từ C₁ đến C₇).

- C. Mất hoặc giảm vận động và cảm giác các vùng ở thân.
D. Bao gồm tất cả các tình trạng trên.
3. Mục tiêu chăm sóc người bệnh bị tổn thương tủy sống giai đoạn đầu là
A. Tìm nguyên nhân và giải quyết nguyên nhân.
B. Chăm sóc đường tiêu hoá, đường tiết niệu.
C. Chăm sóc da.
D. Đề phòng các thương tật thứ phát.
E. Tất cả các công việc trên.
4. Nguyên nhân loét do đè ép là do
A. Da người bệnh bị ẩm ướt.
B. Tỳ đè các vùng da gần xương như cằm, bả vai, khuỷu, mắt cá, gót chân, ụ gối...
C. Lăn trở 4 giờ/lần.
D. Không ăn đủ chất đạm, vitamin...
5. Để phục hồi chức năng đường ruột ở người bị tổn thương tủy sống cần
A. Tập thói quen đại tiện như trước đây.
B. Xoa bóp theo khung đại tràng.
C. Ăn uống nhiều rau quả, nhiều vitamin.
D. Dùng biện pháp thụt tháo phân hoặc dùng tay móc phân ra.

CÂU HỎI ĐÚNG SAI

Hãy đánh dấu (V) vào ô thích hợp: Đ cho câu trả lời đúng, S cho câu trả lời sai.

Câu	Nội dung	Đ	S
6.	Nguyên nhân chấn thương là ít gặp nhất ở tổn thương tủy sống		
7.	Nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân tổn thương tủy sống		
8.	Tổn thương tủy sống vùng lưng gây mất vận động tứ chi		
9.	Tổn thương tủy sống luôn gây mất khả năng tình dục		
10.	Tổn thương tủy sống có thể gây rối loạn cơ tròn		

CÂU HỎI NGỎ NGẮN

Hãy điền vào ô trống để câu trả lời được đầy đủ ý.

11. Khả năng phục hồi của người bị tổn thương tuỷ sống phụ thuộc vào:

A. Mức độ tổn thương ở tuỷ sống.

B. Khả năng sơ cứu ban đầu đúng.

C.

D.

12. Các biến chứng tim mạch có thể gặp ở người bệnh tổn thương tuỷ sống

A. Tắc mạch sâu.

B. Phù nề chi dưới do ứ trệ tuần hoàn.

C.

D.

Bài 7

ĐIỀU DƯỠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU CHO BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TUYẾN SỐNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được hoạt động bàng quang bình thường và các dạng bàng quang bệnh lý ở bệnh nhân liệt tủy sống.
2. Nguyên tắc chăm sóc, các biện pháp đề phòng và điều trị nhiễm trùng tiết niệu ở bệnh nhân liệt tủy sống.
2. Chăm sóc đường tiết niệu trong trường hợp bàng quang tự động.
3. Chăm sóc đường tiết niệu trong trường hợp bàng quang liệt nhẽo.

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ GIẢI PHẪU CHỨC NĂNG VÀ SINH LÝ BỆNH

1.1. Giải phẫu chức năng của bàng quang

Bàng quang là một túi rỗng, nằm ở tiểu khung, có chức năng chứa và tổng nước tiểu. Dẫn nước tiểu vào bàng quang có hai niệu quản, nước tiểu được đào thải khỏi bàng quang qua niệu đạo.

Các cơ bóp của bàng quang là cơ trơn, đan chéo nhau, có khả năng co giãn và chứa được khoảng 500ml nước tiểu. Cổ bàng quang dẫn vào niệu đạo có nhiều sợi cơ trơn tạo thành cơ thắt trong, và đầu trong của niệu đạo có cơ thắt ngoài (là cơ vân).

Thần kinh chi phối:

*** Chi phối vận động:**

Cơ bóp bàng quang nhận chi phối từ các dây thần kinh phó giao cảm, xuất phát từ trung tâm tủy cùng (S2 – S3 – S4).

Các cơ trơn ở cổ bàng quang, tam giác niệu đạo, cơ thắt trong được các sợi thần kinh giao cảm (trung tâm ở thắt lưng D10– L1) chi phối. Cơ thắt ngoài niệu đạo (cơ vân), cơ đáy chậu được chi phối bởi thần kinh thân thể (từ trung tâm ở tuỷ cùng S3 – S5)

** Chi phối cảm giác:*

Ở bàng quang có các bộ phận cảm nhận sức căng, đau, cảm giác về nhiệt; giúp người bệnh có cảm giác mót tiểu.

1.2. Hoạt động chức năng của bàng quang bình thường và bệnh lý

Bình thường hoạt động của bàng quang gồm hai thì :

+ **Thì chứa nước tiểu:** cơ bóp của bàng quang giãn ra, chứa nước tiểu từ thận xuống. Các cơ thắt co để giữ nước tiểu. Lúc đầu, áp lực bàng quang không thay đổi; khi lượng nước tiểu được khoảng 200ml, bắt đầu có cảm giác mót tiểu. Khi ấy phản xạ ức chế tiểu tiện được chỉ huy từ não bị kích thích, khiến cơ bàng quang giãn ra, cảm giác mót tiểu sẽ hết.

+ **Thì tống nước tiểu:** khi mót tiểu một cách bức xúc, phản xạ từ não sẽ xoá ức chế, làm các cơ thắt mở ra, cơ bóp của bàng quang co, cùng lúc với các cơ thành bụng và đáy chậu để tống sạch nước tiểu ra ngoài.

1.3. Hoạt động của bàng quang trong chấn thương tuỷ sống

Khi chấn thương tuỷ sống bàng quang sẽ trải qua các giai đoạn:

a) **Bàng quang "shock":** sau chấn thương, cơ bàng quang không co bóp, bàng quang tự đầy, co thắt cơ vân khiến bệnh nhân không tự đi tiểu được. Giai đoạn này có thể kéo dài 4–8 tuần hoặc lâu hơn.

Khi tuỷ bắt đầu hồi phục, tuỳ vào mức khoanh tuỷ tổn thương mà hoạt động của bàng quang có một số dạng sau:

b) **Bàng quang trung tâm:** còn gọi bàng quang tự động hay phản xạ; khi tuỷ bị tổn thương trên L2 (trung tâm điều khiển ở tuỷ cùng còn nguyên vẹn) nhưng mất sự kiểm soát của vỏ não.

Khi ấy bàng quang chứa không được nhiều nước tiểu vì thường xuyên bị kích thích gây phản xạ co bóp, tống nước tiểu. Cùng lúc, cơ thắt không mở hết nên nước tiểu đi được mỗi lần ít hơn bình thường. Hiện tượng này gọi là loạn đồng vận của bàng quang. Lâm sàng thấy bệnh nhân thường xuyên đi tiểu, mỗi

lần đi khoảng 100ml; hay rỉ nước tiểu. Nước tiểu tồn dư (còn lại sau khi tiểu tiện) khoảng trên dưới 100ml.

c) *Bàng quang ngoại biên*: tổn thương trung tâm điều khiển, nón tuỷ hoặc đuôi ngựa. Bàng quang như một cái túi chứa nước tiểu, không bóp được, cơ thắt đóng mở kém nên nước tiểu bị chứa căng trong bàng quang, đôi khi có rỉ ra. Nước tiểu tồn trong bàng quang rất nhiều, thường trên 500ml.

d) *Bàng quang hỗn hợp*:

Tổn thương có thể ảnh hưởng đến trung tâm điều khiển; khiến mỗi lần đi tiểu 100–200ml, nước tiểu tồn vài trăm ml, xen lẫn với rỉ nước tiểu nhiều.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Phục hồi chức năng bàng quang ở bệnh nhân bị tổn thương tuỷ sống nhằm các mục tiêu sau:

2.1. Mục tiêu

- Giữ mạch chậm trong suốt quá trình làm đầy bàng quang và khi tiểu tiện.
- Làm rỗng bàng quang thường xuyên và hoàn toàn.
- Giúp bệnh nhân kiểm soát được tiểu tiện.
- Tránh các biến chứng nhiễm trùng tiết niệu.
- Tránh gây trào ngược từ bàng quang lên thận.

2.2. Các biện pháp có thể bao gồm

- Thuốc.
- Bài tập cơ đáy chậu, cơ thành bụng.
- Thông tiểu.
- Các dụng cụ đặt ở đường tiết niệu.
- Phẫu thuật.

2.3. Các biện pháp can thiệp trong giai đoạn choáng tuỷ

Cần nhanh chóng làm rỗng bàng quang khi bệnh nhân không có cảm giác mót tiểu, bàng quang không có phản xạ co bóp, cơ thắt hoạt động kém. Nước tiểu ứ lại trong bàng quang. Giai đoạn này có thể kéo dài từ 4 tuần tới vài tháng.

Các hình thức đặt ống thông có thể là:

- + Ống thông tiểu cố định.
- + Ống thông tiểu cách quăng.
- + Ống thông tiểu ngoài da.

2.4. Giai đoạn hồi phục

Dựa vào kết quả thăm dò niệu động học (về hoạt động và diễn biến áp lực của bàng quang) việc chẩn đoán dạng bàng quang nào sẽ giúp chọn lựa các biện pháp can thiệp phù hợp. Có thể áp dụng một trong các cách làm rỗng bàng quang dưới đây.

a) Thông tiểu cách quăng

Là phương pháp được ưa chuộng nhất hiện nay. Tại viện, kỹ thuật này được thực hiện vô trùng nhờ các điều dưỡng viên. Bệnh nhân cần được hướng dẫn để tự làm sau khi xuất viện. Lợi ích của thông tiểu cách quăng:

Tránh hiện tượng giãn bàng quang quá mức.

Tránh sỏi bàng quang.

Khuyến khích hoạt động phản xạ cơ thắt bàng quang.

Tránh nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu.

Tái lập lại hoạt động sinh lý của bàng quang (chứa và thải nước tiểu hoàn toàn).

Bệnh nhân thoải mái tự tin hoà nhập cộng đồng.

Sự tế nhị khi sinh hoạt vợ chồng.

Chỉ định thông tiểu cách quăng:

+ Giai đoạn choáng tuỷ ở người liệt hoàn toàn.

+ Trường hợp hồi phục tuỷ nhưng tiểu tiện chưa tự chủ hoàn toàn, còn nhiều nước tiểu tồn dư. Số lần đặt ống thông tùy thuộc vào lượng nước tiểu tồn:

Trên	400ml	từ 5–6 lần
------	-------	------------

	300ml	4 lần
--	-------	-------

	200 ml	3 lần
--	--------	-------

	100ml	2 lần
--	-------	-------

Dưới	100ml	1 lần
------	-------	-------

Dưới	50 ml	
------	-------	--

Không cần đặt, hoạt động bàng quang đã đạt mục tiêu.



Bệnh nhân quyết tâm thực hiện, chức năng của tay tốt, toàn trạng tương đối, không phải là bệnh nhân cần chăm sóc tích cực.

*** Kỹ thuật đặt thông tiểu cách quăng:**

Bước 1: Hướng dẫn bệnh nhân

- Hướng dẫn cho BN giải phẫu của bộ phận sinh dục.
- Hướng dẫn BN đặt thông tiểu trên mô hình hoặc điều dưỡng hướng dẫn đặt ống thông tiểu cho BN.
- Vừa thực hiện thông tiểu cho BN vừa hướng dẫn họ từng bước của kỹ thuật.

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ:

- Khay vuông 1 cái
- Bô đặt thông tiểu gồm 1 ống thông (Nelaton), bông, 1 typ gel bôi trơn, cốc.
- Gạc có vaselin
- Gạc vô trùng
- Găng vớ trùng
- Gương (đối với nữ)
- Povidin 10%
- Túi đựng rác
- Bô đựng nước tiểu
- Khăn lót
- Kéo

Bước 3: BN tự đặt thông tiểu theo quy trình sau:

1. BN rửa sạch bộ phận sinh dục
2. BN rửa tay sạch bằng xà phòng
3. Sắp xếp dụng cụ trên trong tầm tay BN
4. BN chọn tư thế thích hợp (trên xe lăn, mép giường, trên giường) giăng hai chân, lót khăn, kê giữ chân liệt...
5. Để bộ thông tiểu vào khay, mở túi thông tiểu, không chạm vào mép trong của gói vô trùng.
6. Cắt bao gạc vô trùng, gấp gạc bỏ vào khay, đổ povidin vào cốc

Đặt thông tiểu nam:

7. Một tay nâng đầu dương vật lên, kéo da quy đầu xuống để lộ lỗ tiểu, dùng kẹp kẹp bông tẩm povidin sát khuẩn rộng xung quanh lỗ tiểu theo hình xoắn ốc ra ngoài.

8. Đặt dương vật lên gạc vô trùng

9. Gấp gạc vaselin, tay trái bôi trơn ống thông bằng gạc vaselin từ 20 cm đến đầu ống.

10. Tay trái cầm dương vật dựng đứng, tay phải từ từ đưa ống thông vào

11. Khi nước tiểu bắt đầu chảy ra, bóp ống thông lại và hứng nước tiểu vào bô.

12. Khi nước tiểu chảy hết, bóp ống thông lại, từ từ kéo ống thông ra

13. Lau vùng sinh dục bằng gạc, đo lượng nước tiểu, quan sát màu sắc, tính chất.

14. Thu dọn dụng cụ và rửa tay

15. BN ghi phiếu theo dõi nước tiểu (ngày giờ đặt, lượng nước tiểu, màu sắc tính chất)

Đặt thông tiểu nữ:

7. Sát khuẩn bộ phận sinh dục nữ từ ngoài vào trong (môi lớn, môi bé, lỗ tiểu). Gấp để lại miếng gạc ở lỗ tiểu.

8. Tay phải cầm phanh kẹp đuôi ống, tay trái bôi trơn ống thông bằng gạc vaseline 4–5cm xuống đầu ống.

9. Chuyển tay phải cầm đầu ống thông, tay trái cầm phanh kẹp ở đuôi ống, đặt ống thông vào niệu đạo từ từ.

10. Đưa ống thông vào tới khi nước tiểu chảy ra, bóp ống thông lại lấy bô hứng nước tiểu.

11. Khi nước tiểu chảy ra hết, bóp ống lại, rút ống thông ra.

12. Lau khô vùng sinh dục bằng gạc, đo lượng nước tiểu, xem màu sắc tính chất.

13. Thu dọn dụng cụ, rửa tay

14. Bệnh nhân ghi phiếu theo dõi nước tiểu(số lượng, màu sắc, tính chất).

Bước 4: Thu dọn và rửa hấp dụng cụ.

b) Kỹ thuật tháo nước tiểu bằng phản xạ bàng quang:

Thường được áp dụng với bàng quang trung ương, người bệnh gõ vùng hạ vị gây phản xạ giãn cơ thắt bàng quang. Hình thức tiểu tiện này có thể gây tăng áp lực bàng quang nên cần đo áp lực bàng quang, nếu cần áp dụng thông tiểu cách quãng.

c) Phương pháp ép bụng: chủ yếu áp dụng với những bệnh nhân có bàng quang ngoại biên. Bệnh nhân dùng hai tay ép chặt vào vùng hạ vị, hướng xuống dưới. Phương pháp này có nguy cơ gây trào ngược bàng quang niệu quản.

d) Phương pháp tiểu tiện tự nhiên kết hợp với túi thu: bệnh nhân có thể tự chủ phần lớn được khả năng tiểu tiện, nhưng vẫn có rỉ nước tiểu (thường gặp trong bàng quang trung ương đang hồi phục hoặc bàng quang hỗn hợp). Túi thu giúp họ kiểm soát được rỉ nước tiểu khi đi ra ngoài hoặc ban đêm.

e) Đặt thông tiểu cố định: áp dụng trong một vài trường hợp có những yếu tố tâm lý, xã hội. Phương pháp này có nguy cơ cao gây nhiễm trùng, cơn cường giao cảm, sỏi bàng quang...

g) Phẫu thuật bàng quang – ruột thừa – da:

Dùng ruột thừa tạo đường thông giữa bàng quang và da vùng bụng. Bệnh nhân có thể đặt ống thông vào đường thông đó. Thường được áp dụng với bệnh nhân nữ do khó khăn thực hiện thông tiểu cách quãng.

h) Thông tiểu qua da:

Đôi khi gặp trường hợp bàng quang co thắt: đau bụng dưới, rò rỉ nước tiểu quanh ống thông, đôi khi gây tuột ống thông, trầy rách niệu đạo. Khi ấy cần đặt thông tiểu qua da (ở phía trước hạ vị).

2.5. Các vấn đề thường gặp ở bệnh nhân có đặt thông tiểu

** Nhiễm trùng tiết niệu:*

Ống thông lưu ở bàng quang là yếu tố nguy cơ cao gây nhiễm trùng tiết niệu, chiếm 80% trường hợp. Triệu chứng: sốt cao, rét run, đau bụng dưới, nước tiểu đục, có mùi hôi. Vi khuẩn vào đường tiết niệu theo ống thông hoặc theo thành niệu đạo. Môi trường nước tiểu thuận lợi để vi khuẩn tăng theo cấp số nhân. Nên hạn chế áp dụng hình thức thông tiểu này.

Để phòng biến chứng nhiễm trùng cần:

- + Rửa tay sạch trước khi cầm ống thông.
- + Rửa da và xung quanh bộ phận sinh dục.
- + Đổ túi đựng nước tiểu và rửa sạch hằng ngày.
- + Để túi đựng nước tiểu thấp hơn nước bàng quang để để phòng nước tiểu trào ngược lại bàng quang. Khi thay đổi tư thế không làm tuột catheter hoặc túi nước tiểu không cao hơn bàng quang.
- + Kiểm tra thường xuyên để đảm bảo ống thông không bị tắc, không bị tuột ra.
- + Tránh bị đâm thủng catheter.
- + Uống nhiều nước hằng ngày (trên 2l/ ngày)
- + Toan hoá nước tiểu trong trường hợp đặt thông tiểu cố định. Cho bệnh nhân uống 1g vitamin C/ ngày.

*** Tắc ống thông:**

Có thể do ống thông quá cũ, do cặn bẩn hoặc cục máu ở bàng quang gây tắc. Đôi khi ruột căng phồng chèn vào ống thông, ngăn lưu thông của nước tiểu. Nên thay ống thông thường xuyên hơn. Chẩn hạn nếu đang thực hiện 2 tuần/ lần nếu ống thông tắc thì thay 1 tuần/ lần.

*** Cơ cường giao cảm:**

Là những cơn vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tăng xảy ra ở bệnh nhân liệt tuỷ. Thường có thể do yếu tố kích thích ở tiểu khung như: nhiễm trùng bàng quang hoặc loét tỳ đè, tắc ống thông... Cần báo cho thầy thuốc để xử trí cơn, đồng thời tìm hiểu nguyên nhân gây nên cơn cường giao cảm đó.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lý thuyết:

CÂU HỎI CHỌN LỰA

Hãy chọn một trong các câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:

1. Bàng quang “tuỷ sóc”, gây bí tiểu tiện trong tổn thương tuỷ đặc trưng bởi triệu chứng:

A. Cơ bàng quang liệt, cơ vân liệt

C. Cơ bàng quang liệt, cơ vân co thắt

CÂU HỎI NGỎ NGẮN

Hãy điền tiếp các câu trả lời vào phần để trống dưới đây

9. Đề phòng biến chứng nhiễm trùng đường tiết niệu cần:

- A. Rửa tay sạch trước khi cầm ống thông.
- B. Rửa da và xung quanh bộ phận sinh dục.
- C. Đổ túi nước tiểu và rửa sạch hằng ngày.
- D. Để túi nước tiểu thấp hơn mực nước trong bàng quang.
- E. Kiểm tra thường xuyên để đảm bảo ống thông không bị tắc, bị tuột.
- F. Tránh đâm thủng catheter, toan hoá nước tiểu.

H.....

10. Lợi ích của thông tiểu cách quãng ở BN bị chấn thương tuỷ sống, gồm

- A. Tránh hiện tượng giãn bàng quang quá mức
- B. Tránh sỏi bàng quang
- C. Khuyến khích hoạt động phản xạ co thắt bàng quang.
- D. Tập lại hoạt động sinh lý của bàng quang (chứa và thải nước tiểu).
- E.
- F. Bệnh nhân thoải mái, tự tin hoà nhập cộng đồng.
- H. Sự tế nhị khi sinh hoạt vợ chồng.

Bài 8

CHĂM SÓC ĐƯỜNG RUỘT Ở BỆNH NHÂN TỖN THƯƠNG TUYỆT SỐNG

MỤC TIÊU

1. Mô tả được hoạt động chức năng của đường ruột bình thường và sau chấn thương tủy sống.
2. Nguyên tắc PHCN cho các trường hợp rối loạn chức năng đường ruột
3. Các kỹ thuật chăm sóc và PHCN trong các dạng rối loạn chức năng đường ruột.

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ HOẠT ĐỘNG CỦA ĐƯỜNG RUỘT

Đường ruột là đoạn ống tiêu hóa từ dạ dày tới hậu môn, gồm tá tràng, ruột kết, đại tràng và trực tràng. Nhưng việc chăm sóc đường ruột sau chấn thương tủy sống chủ yếu nói tới đoạn thấp: đại tràng và hậu môn. Ruột nhận, hấp thu chất dinh dưỡng và đẩy chất thải ra ngoài. Tham gia vào nhu động ruột có cơ trơn thành ruột, cơ thắt hậu môn trong, ngoài và cơ thắt đáy chậu. Nhu động của ruột phụ thuộc vào các cơ chế sau:

- Khả năng tự điều tiết cơ trơn của ruột
- Hệ thần kinh nội tại
- Hệ thần kinh tự trị
- Thần kinh thân thể

1.1. Khả năng tự điều tiết cơ trơn

Cơ trơn của ruột tự bóp nhẹ nhàng không cần tín hiệu thần kinh. Điện thế hoạt động ở màng sợi cơ lan truyền từ sợi này sang sợi khác tạo ra nhu động.

Tốc độ lan truyền chậm nên hoạt động của đường ruột cần có sự điều khiển của hệ thần kinh.

1.2. Hệ thần kinh nội tại

Gồm đám rối thần kinh nằm dưới niêm mạc và trong lớp cơ (đám rối Auebach). Chúng nhận cảm giác và điều hoà nhu động ruột. Một đoạn ruột đầy bị căng lên, tạo phản xạ co bóp đẩy thức ăn đi. Đoạn tiếp theo lại bị kích thích, làm giãn ra.

1.3. Hệ thần kinh tự trị

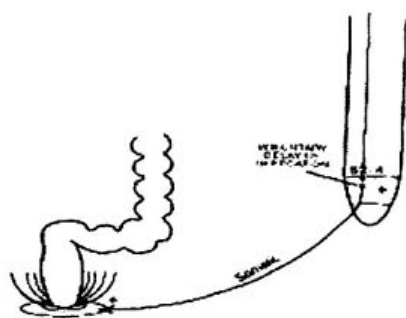
Gồm các *sợi giao cảm* xuất phát từ tuỷ lưng T8 đến L2. Tín hiệu giao cảm làm giảm nhu động ruột, tăng trương lực cơ thắt, giảm tiết dịch tiêu hoá và gây co mạch.

Các *sợi phó giao cảm* từ hai nguồn: đầu trên (đoạn thực quản đến đại tràng ngang) nhận chi phối từ thần kinh phế vị. Đoạn dưới từ đại tràng ngang xuống tới hậu môn nhận các sợi phó giao cảm từ đoạn tuỷ cùng S2 – S4. Tín hiệu phó giao cảm có tác dụng kích thích ruột, gây tăng nhu động, tăng tiết dịch vị và giãn cơ thắt.

1.4. Thần kinh thân thể

Cơ thắt ngoài của hậu môn và các cơ vùng đáy chậu là cơ vân, nhận chi phối thần kinh từ tuỷ cùng S2-S5.

* Phản xạ bài tiết phân:



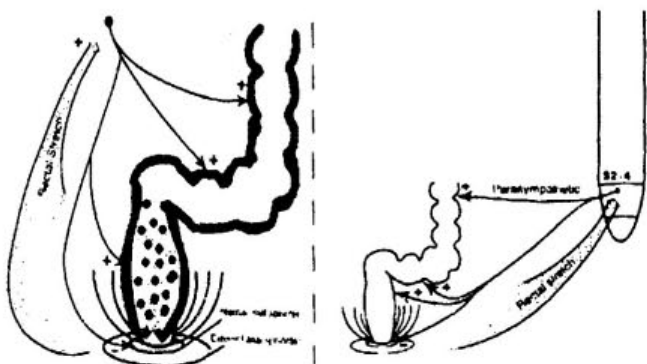
Sơ đồ phản xạ bài tiết phân.

Theo tài liệu Handicap International

Khi phân đầy trong trực tràng, phản xạ nội tại làm tổng phân ra ngoài: gây giãn cơ thắt trong và tạo nhu động từ đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng. Thải phân được thực hiện nhờ phản xạ phó giao cảm thuộc thần kinh cùng; nó làm tăng nhu động ruột, giãn cơ thắt trong và đẩy phân ra.

* Kiểm chế bài tiết phân:

Cơ thắt ngoài và cơ đáy chậu giữ vai trò chính trong kiểm chế bài tiết phân. Mặt khác trực tràng tạo với hậu môn một góc gấp, ngăn trở đường tháo phân ra ngoài.



Sơ đồ phản xạ kiểm chế bài tiết phân.
Theo tài liệu *Handicap International*

Khi phân đi vào trực tràng, người ta có cảm giác mót đại tiện. Tùy vào hoàn cảnh lúc đó có muốn đi hay không, từ não có tín hiệu xuống đoạn tuỷ cùng S2–S5 gây co thắt cơ thắt ngoài, và cơ vùng đáy chậu. Nhờ đó, phản xạ bài tiết phân sẽ bị ngưng lại trong ít phút. Một phản xạ khác lại lặp lại khi một lượng phân khác tiếp tục đi xuống trực tràng.

Khi có quyết định đại tiện, các tín hiệu ức chế ở não sẽ giảm đi, cơ thắt ngoài và các cơ đáy chậu giãn ra. Góc gấp trực tràng – hậu môn thẳng, các cơ bụng co làm áp lực ổ bụng tăng lên, đẩy phân ra ngoài.

2. HOẠT ĐỘNG CỦA ĐƯỜNG RUỘT KHI BỊ TỔN THƯƠNG TUỖ SỐNG

Sau chấn thương tuỷ sống, ruột rơi vào tình trạng liệt ruột và mất trương lực. Tình trạng này xuất hiện 24 giờ sau chấn thương và kéo dài khoảng 1 tuần. Lúc đó, thần kinh nội tạng của ruột bình thường nhưng tuỷ sống bị tổn thương khiến các tín hiệu từ não, từ thần kinh tự trị, thần kinh thân thể không đến ruột được. Do vậy, cảm giác đầy, mót đại tiện, kiểm soát tự chủ hoặc phản xạ bài tiết phân cũng bị mất. Khi bắt đầu hồi phục, hoạt động của đường ruột có thể diễn ra theo những cách sau:

2.1. Ruột phản xạ

Khi đoạn tuỷ cùng nguyên vẹn, tổn thương ở trên đốt sống ngực 12 (T12), cảm giác đầy, mót đại tiện mất; nhưng cơ thắt hậu môn vẫn đóng kín. Khi trực tràng đầy, phản xạ bài tiết được kích thích và phân sẽ bị đẩy ra. Thuận lợi nhất cho hoạt động này là sau bữa ăn.

2.2. Ruột liệt nhẽo

Khi tuỷ cùng hoặc các dây thần kinh bị tổn thương. Phản xạ nội tạng vẫn còn, nhưng phản xạ phó giao cảm mất. Cơ thắt trong vẫn hoạt động tuy trương lực giảm, mất phản xạ bài tiết phân phó giao cảm. Do vậy, khi trực tràng đầy, phân bị đẩy ra ngoài nhưng không hết. Cơ thắt hậu môn ngoài, cơ đáy chậu bị liệt gây đại tiện không tự chủ.

Khi tổn thương dưới đốt sống T12, sẽ gây mất phản xạ bài tiết phân và làm giãn cơ thắt ngoài của hậu môn. Khi ấy, đại tiện được thực hiện bằng cách móc phân bằng tay hoặc đi đại tiện ở tư thế ngồi.

3. CHĂM SÓC ĐƯỜNG RUỘT SAU CHẤN THƯƠNG TUYẾN SỐNG

Mục tiêu: tạo được thói quen hoạt động (chương trình định kỳ) của đường ruột có thể dự báo được.

Hạn chế tối thiểu các sự cố của đường ruột.

Biện pháp tháo phân định kỳ nhằm những tác dụng sau:

- Giúp ngăn ngừa táo bón, hạn chế rối loạn phản xạ tự trị.
 - Giảm thiểu được hoạt động của ruột tại những thời điểm không chấp nhận được về mặt xã hội.
 - Tạo điều kiện cho bệnh nhân tái hoà nhập vào sinh hoạt xã hội và lao động bình thường.
 - Giúp giữ sạch da, giảm nguy cơ loét.
- Để kiểm soát đại tiện cần ăn kiêng theo chế độ và hoạt động bài tiết điều độ.
- *Điều độ:* tập cho ruột hoạt động điều độ ở một thời điểm nhất định trong ngày hoặc cách ngày.
 - *Ăn kiêng:* chọn thức ăn phù hợp với bệnh nhân để phân mềm, có thể dịch chuyển dễ dàng.

3.1. Kiểm soát đường ruột ở giai đoạn sớm

Sau tổn thương cấp tính của tủy, cần theo dõi và phát hiện chứng *tắc ruột non*. Triệu chứng: bụng chướng, nếu nặng có thể gây nôn mửa, mất nước, mất cân bằng điện giải. Nó có thể gây hạn chế hô hấp do giảm di động cơ hoành và rối loạn khả năng hấp thu của ruột sau này.

Xử trí: tháo phân khỏi ruột, không cho ăn chất lỏng, chất rắn qua đường miệng tới khi có âm thanh nhu động của ruột xuất hiện trở lại.

Sau điều trị xong chứng tắc ruột, mới bắt đầu chương trình tập đường ruột.

3.2. Chương trình tập trong ruột phản xạ

- Thảo luận với BN về thời gian thích hợp để tập chuyển động đường ruột: do BN tự chọn để phù hợp với sinh hoạt của họ nhất. Khuyến khích họ tự thực hiện.

- Xoa bóp bụng theo chiều từ phải sang trái.
- Kích thích bằng thuốc đạn, hoặc cho ngón tay có đeo găng vào ngoáy hậu môn 1 phút cho đến khi hậu môn thư giãn và phân ra. Người lớn tuổi hoặc mới bị thương giai đoạn cấp, thời gian ngoáy phải 2 phút.
- Đợi 5 – 10 phút cho bệnh nhân ngồi bô hoặc toilet. Nếu bệnh nhân không thể ngồi dậy => cho nằm nghiêng sang trái.
- Nhắc lại động tác 3 – 4 lần nếu phân không ra; móc chỗ phân cứng và khô ở trực tràng đi.
- Có thể co cơ thành bụng để tăng di chuyển của phân trong đại tràng.
- Rửa sạch tay và hậu môn.

3.3. Chương trình cho ruột bị liệt nhẹ

Khi tổn thương tủy cùng, mất phản xạ phó giao cảm sẽ khó tạo phản xạ bài tiết phân. Do vậy phải lấy phân khỏi trực tràng bằng ngón tay:

- Dùng ngón tay móc phân ra ngày/lần.
- Cho ngồi bô hoặc toilet, nếu không ngồi được cho nằm nghiêng trái.
- Cho thức ăn làm phân đặc lại.

3.4. Các yếu tố hỗ trợ cho chương trình tập đường ruột

– Buổi tập thực hiện sau bữa ăn chính, nhu động ruột đạt cường độ lớn do phản xạ dạ dày – đại tràng và kích thích nhu động ruột.

– Tư thế ngồi thẳng sẽ tạo trọng lực lên trực tràng và đại tràng giúp phân di chuyển dễ hơn.

– Nếu tập trên giường nên để bệnh nhân nằm nghiêng trái.

– Tập luyện sẽ có hiệu quả hơn nếu phân định hình thành khuôn nhưng không cứng. Do vậy, cần cho bệnh nhân uống đủ nước và ăn nhiều chất xơ.

Nếu luyện tập có hiệu quả, ruột sẽ tháo phân vào đúng những giờ đã định sẵn, không vào những khoảng thời gian khác.

4. QUY TRÌNH ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ LÝ ĐƯỜNG RUỘT

1. *Xác định kiểu hoạt động của đường ruột: co thắt hay liệt nhẹ? Dựa vào kết quả khám của thầy thuốc.*

Cách xác định: khám phản xạ hành hang:



– Để BN nhân nằm nghiêng một bên. Tay đi găng, bôi gel và đặt một ngón tay sâu vào trong trực tràng.

– Tay kia bóp nhẹ vào âm vật (nữ) hoặc quy đầu (nam). Nếu cơ thắt hậu môn co và xiết nhẹ vào ngón tay, đó là đường ruột co thắt; nếu không có cảm giác đó là đường ruột nhẽo.

– Ở giai đoạn mới bị thương, thường là liệt nhẽo. Tổn thương cao ở cổ, ngực hay gặp đường ruột co thắt; tổn thương vùng thắt lưng thường là dạng liệt nhẽo.

2. Nếu đại tràng co thắt, tiếp tục kích thích phản xạ đường ruột bằng cách kích thích:

- Phản xạ dạ dày – ruột
- Phản xạ trực tràng – Sigma
- Phản xạ mạc treo tràng

3. Khám đoạn ruột thấp và trực tràng

- Có búi trĩ?
- Phản xạ hậu môn
- Tiếng nhu động ruột.

4. Tạo thuận tháo phân trước tập luyện đường ruột:

- Dùng thuốc nhuận tràng, thụt tháo...

5. Uống nước đủ: khoảng 2 lít / ngày để làm mềm phân.

6. Khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều chất xơ.

7. Khuyến khích vận động và tập luyện cơ thể.

8. Lựa chọn thời gian thích hợp để tháo phân.

- Xem thói quen đi đại tiện của bệnh nhân.
- Sử dụng phản xạ nhu động ruột: được kích thích mạnh nhất trong ngày sau bữa ăn sáng.

9. Tôn trọng yên tĩnh và sự riêng tư của người bệnh.

10. Tư thế: nằm nghiêng trái; hoặc ngồi.

11. Kỹ thuật: áp dụng quy trình đường ruột phản xạ đã nêu trên.

12. Ghi phiếu theo dõi:

- Thời gian
- Số lượng

- Chất lượng
- Phương pháp tháo phân.

5. KỸ THUẬT KÍCH THÍCH HOẠT ĐỘNG RUỘT

5.1. Thuốc mỡ (đạn hậu môn)

- Gây phản xạ tháo phân.
- Làm mềm phân trong ruột bị chùng, nhão.
- Nhét hậu môn 10–30 phút trước khi cho BN đi đại tiện.

5.2. Các cách kích thích khác

- Thụt nước ấm.
- Thuốc nhuận tràng.
- Xoa bóp bụng.
- Gập người.

5.3. Kích thích ruột bằng một ngón tay

– Dùng một ngón tay đã đi găng, bôi trơn cho vào hậu môn để kích thích nhu động ruột.

5.4. Móc phân bằng ngón tay

Phương pháp này chỉ áp dụng khi táo bón. Bệnh nhân nằm nghiêng trái, hai gối hơi gập về phía ngực. Đẩy nhẹ một ngón tay đã bôi trơn vào trực tràng, móc phân ra. Nghỉ một quãng ngắn chờ cho ruột co bóp. Tiếp tục làm cho đến khi lấy hết phân ra. Vệ sinh ngoài cho bệnh nhân.

5.5. Thuốc dùng trong luyện tập đường ruột

Thuốc nhuận tràng: gây kích thích tạo co bóp, sinh chất lỏng và đẩy chất thải nhanh chóng hơn. Cần có đơn của thầy thuốc. Nhưng không nên lạm dụng thuốc nhuận tràng, nó khiến hoạt động ruột phụ thuộc vào thuốc.

6. MỘT SỐ VẤN ĐỀ HAY GẶP TRONG CHĂM SÓC ĐƯỜNG RUỘT

** Phân cứng hoặc táo bón:*

Tăng lượng nước uống, tăng vận động, cho ăn thêm chất xơ. Giảm thức ăn tinh, dễ hấp thu như nước cháo, bột dinh dưỡng.

*** Phân lỏng hoặc tiêu chảy:**

Ngừng những thứ làm cho phân mềm.

Tiếp tục chương trình tập luyện đường ruột.

Ăn kiêng trong 24h (tránh sữa). Nếu tiêu chảy kéo dài trên 24, có sốt hoặc có máu trong phân, nên báo bác sĩ.

Nguyên nhân thường gây tiêu chảy: do phân bị tắc hoặc vón khiến chất lỏng chảy qua cục vón ra ngoài. Cần theo dõi bài tiết của bệnh nhân và khám bụng để phát hiện.

*** Sự cố đại tiện không tự chủ:**

Cần tháo phân và làm rỗng ruột thường xuyên. Đối với dạng ruột liệt nhẽo có thể phải tháo 2 lần/ ngày. Xem xét thức ăn có chất kích thích không: cay, chua hoặc cà phê...

*** Chảy máu trực tràng:**

Giữ phân luôn mềm, bệnh nhân cần cắt móng tay. Nếu nhiều hơn vài giọt cần báo bác sĩ.

*** Sinh hơi quá nhiều:**

Tránh ăn thức ăn sinh hơi như đậu tằm, hạt tiêu, dưa leo, bắp cải, các loại dưa chua...

Kết luận: việc chăm sóc và tập luyện đường ruột sau cho bệnh nhân tổn thương tủy sống cần được thiết lập với sự tham gia tích cực của người bệnh. Điều dưỡng viên cần có hiểu biết tốt về các dạng đường ruột và cách thức can thiệp để chủ động hướng dẫn người bệnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI CHỌN LỰA

Hãy chọn một câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:

1. Cử động ruột nhờ lan truyền điện thế màng sợi cơ ở thành ruột dựa vào một trong 4 cơ chế hoạt động sau của ruột?
 - A. Khả năng tự điều tiết cơ trơn của ruột
 - B. Hệ thần kinh nội tạng
 - C. Hệ thần kinh tự trị
 - D. Thần kinh thân thể



2. Tín hiệu thần kinh nào có tác dụng kích thích ruột, gây tăng nhu động, tăng tiết dịch vị và giãn cơ thắt?
- A. Giao cảm
B. Phó giao cảm
C. Thần kinh nội tại
D. Thần kinh thân thể
3. Kiểm chế bài tiết phân được thực hiện nhờ cơ chế nào?
- A. Cơ chế phản xạ phó giao cảm
B. Phản xạ giao cảm
C. Vỏ não giải toả ức chế tối tuỷ cùng
D. Phản xạ nội tại
4. Dạng hoạt động của ruột theo phản xạ thường gặp trong tổn thương tuỷ ở mức sau:
- A. Dưới đốt sống ngực 12
B. Trên đốt sống ngực 12
C. Tổn thương ở tuỷ cùng S_2-S_5
D. Tổn thương dưới tuỷ cùng.

CÂU HỎI ĐÚNG SAI

Hãy đánh dấu (✓) vào ô thích hợp: Đ cho câu trả lời đúng, S cho câu trả lời sai.

Câu	Nội dung	Đ	S
5.	Tắc ruột non là một trong những sự cố hay gặp trong giai đoạn cấp sau chấn thương tuỷ sống		
6.	Tháo phân định kỳ là một biện pháp hữu hiệu trong việc thiết lập thói quen đại tiện theo giờ ở bệnh nhân bị chấn thương tuỷ sống		
7.	"Tăng lượng nước uống, tăng vận động, cho ăn thêm chất xơ..." là những biện pháp áp dụng cho bệnh nhân tổn thương tuỷ sống bị đi ngoài phân lỏng		
8.	Chương trình tập cho BN ruột bị liệt nhẽo gồm làm cho phân đặc lại và móc phân hằng ngày?		

CÂU HỎI NGỎ NGẮN

Hãy điền tiếp ý còn thiếu vào ô trống dưới đây:

9. Biện pháp tháo phân định kỳ nhằm những tác dụng:

- A. Giúp ngăn ngừa táo bón, hạn chế rối loạn phản xạ tự trị.
- B. Giảm thiểu hoạt động ruột tại thời điểm không chấp nhận được về mặt xã hội.
- C. Giúp giữ sạch da, giảm nguy cơ loét.
- D.

10. Các kỹ thuật kích thích hoạt động ruột bao gồm:

- A. Thuốc nhuận tràng (thuốc đặt hậu môn)
- B. Kích thích hậu môn bằng ngón tay (đeo găng tay)
- C. Xoa bóp theo khung đại tràng
- D.

Bài 9

CHĂM SÓC LOÉT Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TUỖ SỐNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, cơ chế gây loét.
2. Mô tả được những vùng hay bị loét, các yếu tố thuận lợi gây loét, các mức độ loét.
3. Thực hiện được các bước phòng ngừa loét do đè ép.
4. Thực hiện được các biện pháp điều trị loét do đè ép.

1. ĐẠI CƯƠNG

– Loét do đè ép (hay còn gọi là loét giường) là loét hình thành trên phần tổ chức gần xương của cơ thể, khi người bệnh nằm hoặc ngồi lâu ép lên vùng đó.

– Cơ chế gây loét: khi da còn sống, da sẽ thu nhận những chất dinh dưỡng cần thiết và oxy từ máu. Nếu da bị đè ép trong một thời gian dài, máu không thể đến, da sẽ không nhận được chất dinh dưỡng và sẽ bị hoại tử, nhiễm trùng.

– Những vùng hay bị loét : những chỗ hay bị loét là những chỗ bị tỳ đè nhiều như: ụ chằm, hai gờ xương bả vai, khuỷu tay, xương cùi chỏ, ụ ngồi, mấu chuyển lớn xương đùi, gai chậu, đầu gối, hai gót chân, mắt cá ngoài.

– Các yếu tố thuận lợi gây loét: da ướt, phần cơ thể bị liệt, mất cảm giác, các bệnh về tim mạch gây nên rối loạn tuần hoàn, rối loạn cung cấp năng lượng, chất dinh dưỡng, các rối loạn chuyển hoá như đái tháo đường.

Các mức độ loét

Mức độ 0: những trường hợp có nguy cơ.

Mức độ 1 (Đỏ da): xuất hiện vùng đỏ da mà khi ấn xuống không biến mất.

Mức độ 2 (Sự phồng nước và hư da): da bị mỏng dần và lõm xuống, chỉ bị hư ở bề mặt hoặc bị phồng nước.

Mức độ 3 (Hoại tử): da bị hư hoàn toàn, tiếp đến là hiện tượng huỷ hoại hoặc hoại tử ở lớp biểu bì hay các lớp sâu hơn. Vết loét mang hình dáng của một vết thương sâu.

Mức độ 4 (Vết thương lan rộng, hoại tử sâu): da bị phá huỷ, vết thương lan rộng, sau đó là hiện tượng hoại tử các tế bào cơ, xương.

2. PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ LOÉT DO ĐÈ ÉP

2.1. Phòng ngừa loét do đè ép

Phòng loét là công việc quan trọng nhất trong chăm sóc điều dưỡng.

Những vấn đề chính trong công tác chăm sóc loét là: làm giảm hoặc loại bỏ lực đè ép, kích thích tuần hoàn, giữ cho da luôn sạch sẽ, tập vận động, dinh dưỡng tốt.

2.1.1. Làm giảm hoặc loại bỏ lực đè ép

- Giường cho bệnh nhân nằm luôn chắc chắn.
- Ga giường luôn giữ phẳng.
- Đặt bệnh nhân trên đệm hơi, đệm nước, đệm cao su nếu không có thì cho nằm đệm cỏ, hoặc lót chăn bông để nằm.
- Đặt gối mềm kê lót những vùng da sát xương bị tỳ đè.
- Tư thế nằm ngửa: kê gối mềm giữa hai khoeo, dưới hai gót chân, dưới đầu và hai vai. Giữ bàn chân vuông góc 90°.
- Tư thế nằm sấp: đặt gối mềm dưới mào chậu, vùng trên ngực, vùng hai cẳng chân. Kê gối mềm dưới hai cổ chân, để bàn chân gấp. Kê đệm gối mềm giữa hai đầu gối (trong liệt cứng).
- Tư thế nằm nghiêng: chân bên trên gấp nhẹ, chân bên dưới duỗi thẳng. Đặt gối to ở vùng lưng, thắt lưng, đầu gối và khớp háng của chân bên trên. Đặt gối to giữa hai cẳng chân, để tách hai đầu gối và hai mắt cá chân (trong liệt tuỷ). Đặt tay và chân liệt trên gối mềm to, dày (trong liệt nửa người do tai biến mạch máu não).

- Bệnh nhân phải được lăn trở thường xuyên 2 – 3 giờ/ lần để tránh đè ép quá lâu làm cản trở sự lưu thông máu nuôi dưỡng da.

– Nếu vùng da bị đỏ trên 2 giờ không hết thì đó là dấu hiệu sắp bị loét, cần không tiếp tục nằm đè lên vùng da này.

– Loại bỏ trọng lực giúp tái lập tuần hoàn cho các mô phục hồi tốt hơn, bệnh nhân nên được đặt nằm ở cả 4 tư thế (nghiêng hai bên, sấp, ngửa) trừ khi có chống chỉ định, phải kiểm tra vùng bị đè ép sau mỗi lần thay đổi tư thế.

– Khi bệnh nhân ngồi lâu trên xe lăn hướng dẫn bệnh nhân ngồi dồn trọng lực lên toàn bộ mông và hai đùi, không nên để hai chân cao khi ngồi vì trọng lực của toàn bộ cơ thể dồn lên hai ụ ngồi và bệnh nhân sẽ dễ bị loét. Nhắc nhở bệnh nhân tự mình nâng người lên cứ sau 20 – 30 phút một lần. Sử dụng đệm khi ngồi trên xe lăn hoặc trên ghế.

– Không để các vật sắc nhọn gần nơi ở của bệnh nhân vì nó có thể đâm vào người mà bệnh nhân không biết, bệnh nhân cũng cần cảnh giác với các vật nóng vì có thể gây bỏng cho da.

2.1.2. Kích thích tuần hoàn

– Xoa bóp da thường xuyên với dung dịch thuốc rửa có tác dụng rất tốt vì vừa làm sạch da vừa có tác dụng kích thích tuần hoàn da, có thể xoa bóp các vùng có xương nhô lên và những vùng dễ bị tổn thương khác.

– Nếu có vùng da bị trầy xước thì xoa bóp xung quanh, tránh xoa bóp vào vùng tổn thương.

2.1.3. Chăm sóc và vệ sinh da

– Luôn luôn giữ cho da sạch và khô, thường xuyên vệ sinh da cẩn thận, nên rửa da bằng xà phòng trung tính và lau khô bằng khăn mềm, sau đó làm dịu da bằng thuốc làm mềm da hoặc bôi lên một lớp silicon mỏng để giữ cho da mềm và đàn hồi tốt.

– Hướng dẫn cho bệnh nhân tự kiểm tra da, tự làm vệ sinh (có thể dùng gương để soi), tự lăn trở không để ở một tư thế lâu.

2.1.4. Tập vận động

Tập vận động chủ động hoặc thụ động ngoài tác dụng tăng cường thể lực, tăng tầm hoạt động khớp còn có tác dụng làm tăng lưu thông tuần hoàn chống loét và chóng lành vết loét.

2.1.5. Dinh dưỡng tốt

Dinh dưỡng tốt cũng có tác dụng phòng loét: cho bệnh nhân ăn uống đầy đủ chất đạm. Các thức ăn như trứng, sữa, thịt, cá.... Các rau quả nhiều vitamin như rau, cam, chanh, nho, táo....

2.2. Điều trị loét do đè ép

2.2.1. Bản chất của điều trị loét là phòng ngừa loét

- Loại trừ các nguy cơ gây đè ép ở vùng loét : kê đệm gối, lăn trở thường xuyên
- Giữ vùng loét hoàn toàn sạch sẽ.
- Ăn các thức ăn giàu chất dinh dưỡng.

2.2.2. Làm sạch vết loét mỗi lần thay băng

- Lau chùi nhẹ nhàng bằng gạc hoặc vải mềm, chấm nhẹ để làm sạch mà không gây tổn thương vết loét.
- Sử dụng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già để rửa vết loét, không sử dụng các thuốc khử trùng.

2.2.3. Loại bỏ tổ chức hoại tử

- Cắt lọc loại bỏ các tổ chức bị hoại tử nhiễm khuẩn, tùy mức độ thủ thuật mà có thể thực hiện tại giường hay tại phòng mổ.
- Cắt lọc là làm rộng vết loét một khoảng cho phép, làm giảm độ tập trung vi khuẩn ở vết loét kết hợp loại bỏ mô hoại tử, làm tăng quá trình liền thương và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng.

2.2.4. Cách thức băng vết loét

- Mục tiêu của sử dụng băng là giữ cho vết loét luôn ẩm và các tổ chức da lành xung quanh khô ráo sạch sẽ, kiểm soát dịch xuất tiết nhưng không làm khô vết loét hoặc không làm ẩm các mô xung quanh.
- Cách băng: băng thoáng lên miệng vết loét vừa phủ kín miệng vết loét, tránh đắp quá nhiều băng lên vết loét, thay băng định kỳ dựa trên việc đánh giá tình trạng của từng bệnh nhân, vết loét và băng.

2.2.5. Tập vận động

- Tập vận động thụ động các khớp theo tầm vận động.
- Tập vận động chủ động.

2.2.6. Nâng cao thể trạng

– Bù các chất dinh dưỡng: protein, vitamin C, vitamin B₁₂, vitamin B₆, kẽm.
Vì các chất này tham gia tạo máu và liền vết thương.

– Điều trị thiếu máu do sắt, thiếu folate.

Quy trình hướng dẫn BN thay băng vết loét (xem phần Quy trình kỹ thuật)

TỰ LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI CHỌN LỰA

Hãy chọn một câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:

- Vị trí thường hay bị loét khi nằm ngửa ở bệnh nhân tổn thương tuỷ sống
 - Đầu gối
 - Mắt cá ngoài
 - Xương cùng cụt
 - Mấu chuyển lớn xương đùi
- Các phòng ngừa loét do đè ép
 - Làm giảm hoặc loại bỏ lực đè ép
 - Kích thích tuần hoàn, chăm sóc và vệ sinh da
 - Tập vận động và dinh dưỡng tốt
 - Bao gồm tất cả các biện pháp trên

CÂU HỎI ĐÚNG SAI

Hãy đánh dấu (✓) vào ô thích hợp: Đ cho câu trả lời đúng, S cho câu trả lời sai.

Câu	Nội dung	Đ	S
3.	Để phòng ngừa loét do đè ép, bệnh nhân cần phải được lăn trở thường xuyên 2 - 3 giờ/lần.		
4.	Khi điều trị loét do đè ép không cần phải làm sạch vết loét mỗi lần khi thay băng.		

CÂU HỎI NGỎ NGẮN

Hãy điền tiếp ý còn thiếu vào ô trống dưới đây:

5. Những vùng hay bị loét do đè ép là những chỗ tỳ đè nhiều như:

A. Ụ chằm.

B. Hai gờ xương bả vai.

C. Khuỷu tay.

D. Xương cùng cụt.

E. Ụ ngồi.

G.

H.

I.

K.

L.

6. Các yếu tố thuận lợi gây loét bao gồm

A. Da ướt.

B. Phần cơ thể bị liệt.

C. Mất cảm giác.

D.

E.

G.

Phần thực hành

CÁC QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỰC HÀNH

Quy trình

THỰC HÀNH LƯỢNG GIÁ CHUNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI TÀN TẬT

MỤC TIÊU

*Sau khi học xong cử nhân điều dưỡng có khả năng
Lượng giá được một người tàn tật.*

1. ĐẠI CƯƠNG

– Định nghĩa: lượng giá điều dưỡng là đánh giá tình trạng người bệnh, người tàn tật thông qua một loạt thao tác, thủ thuật để tìm ra các vấn đề cần can thiệp điều dưỡng.

– Lượng giá điều dưỡng là công việc đầu tiên của điều dưỡng viên khi tiếp xúc lần đầu với người tàn tật.

2. NỘI DUNG THỰC HÀNH LƯỢNG GIÁ ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Phần chung

- Chẩn đoán khi vào viện: (chẩn đoán của bác sĩ)
- Diễn biến của bệnh
- Tiền sử của bệnh
- Chức năng trước đó

- Mức độ chức năng hiện tại
 - + Khiếm khuyết:
 - + Giảm chức năng:
 - + Tàn tật:
- Các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, nhịp thở
- Những điều thận trọng cần lưu ý:
- Các thuốc đã sử dụng:

Tình trạng người bệnh:

Tỉnh táo	Ngủ lịm
Có phương hướng	Lẫn lộn
Làm theo yêu cầu	Lãnh đạm
Kích động	Biểu hiện khác

- Có đau:
- Môi trường gia đình:
 - + Sống độc thân:
 - + Có gia đình nhưng hằng ngày ở nhà một mình:
 - + Nghề nghiệp:
 - + Có cầu thang trong gia đình:
 - + Có người giúp đỡ:
 - + Cần dụng cụ trợ giúp, PHCN:

2.2. Phần đánh giá chi tiết

2.2.1. Các cơ quan hệ thống duy trì sự sống

- Đường thở:
- Nuôi dưỡng: bằng đường nào?
- Hệ tuần hoàn:
 - + Mạch, huyết áp:
 - + Tình trạng tim:
 - + Tình trạng mạch:
- Tình trạng da:
 - + Loét da:
 - + Không loét

2.2.2. Các cơ quan, hệ thống cần chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng

- Hệ tiêu hoá:**
 - + Ruột
 - + Táo bón
 - + Tiêu chảy
 - + Khác
- Hệ tiết niệu:**
 - + Rối loạn cơ tròn
 - + Tình trạng nhiễm trùng
 - + Khác
- Hệ thần kinh:**
 - + Hôn mê, mức độ bất tỉnh
 - + Chỉ số hôn mê Glasgow
 - + Trí nhớ
 - + Định hướng không gian, thời gian
 - + Trí tuệ
 - + Vận động
- Chức năng hành não:**
 - + Nuốt
 - + Kiểm soát vùng mặt
 - + Kiểm soát khoang miệng
 - + Ho
- Cảm giác:**
 - + Đau sâu
 - + Đau rát
 - + Cảm thụ bản thể
 - + Nhận biết đồ vật
 - + Khả năng phân biệt
- Thính giác:**

- **Thị giác, nhận thức, hình ảnh cơ thể:**
- **Các hành vi có liên quan với những rối loạn nhận thức:**
 - + Dễ cáu gắt, dễ kích động
 - + Khó tiếp thu
 - + Mất định hướng
 - + Không kiểm chế
 - + Lặp đi lặp lại
 - + Bốc đồng
 - + Hay ba hoa
 - + Giảm sự làm quen với cái mới
 - + Giảm sự thích nghi, giảm sự sáng tạo.
 - + Trầm cảm.
- **Hệ vận động:**
 - + Vận động thụ động các khớp

Nhận xét tầm vận động và đưa ra nhận xét

 - + Vận động khớp chủ động

Nhận xét tầm vận động và đưa ra nhận xét

 - + Độc lập các động tác
 - + Phối hợp vận động bình thường
 - + Chức năng ngồi
 - + Chức năng đứng
 - + Chức năng thăng bằng
 - + Chức năng bàn tay:
- **Phối hợp:**
 - + Chi trên: – Bên trái
 - Bên phải
 - + Chi dưới: – Bên trái
 - Bên phải

Bảng kiểm thực hành lượng giá chung một người tàn tật

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Chào hỏi tiếp xúc với gia đình và NKT, giải thích việc ĐDV làm.	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1
1	Lượng giá ĐD các cơ quan hệ thống duy trì sự sống: đường thở, nuôi dưỡng bằng đường nào, hệ tuần hoàn: mạch, huyết áp, tình trạng tim, tình trạng mạch, tình trạng da: loét da, không loét.	Đúng động tác, đầy đủ	1
2	Lượng giá hệ tiêu hoá: loại ruột, táo bón, tiêu chảy, khác..	Đúng động tác, đầy đủ	1
3	Hệ tiết niệu: rối loạn cơ tròn, tình trạng nhiễm trùng, khác...	Đúng động tác, đầy đủ	1
4	Hệ thần kinh: hôn mê, mức độ bất tỉnh: chỉ số hôn mê Glasgow, trí nhớ, định hướng không gian, thời gian, trí tuệ, vận động.	Đúng động tác, đầy đủ	1
5	Chức năng hành não: nuốt, kiểm soát vùng mặt, kiểm soát khoang miệng, ho.	Đúng động tác, đầy đủ	1
6	Cảm giác: + Nông : đau... + Sâu : cảm thụ bản thể, nhận biết đồ vật, khả năng phân biệt.	Đúng động tác, đầy đủ	1
7	Thính giác. Thị giác: nhận thức, hình ảnh cơ thể.	Đúng động tác, đầy đủ	1
8	Các hành vi có liên quan với những rối loạn nhận thức: dễ cáu gắt, dễ kích động, khó tiếp thu, mất định hướng, không kiểm chế, lặp đi lặp lại, bốc đồng, hay ba hoa, giảm sự làm quen với cái mới, giảm sự thích nghi, giảm sự sáng tạo, trầm cảm.	Đúng động tác, đầy đủ	1
9	Hệ vận động: vận động thụ động các khớp, tầm vận động, vận động khớp chủ động, độc lập các động tác, phối hợp vận động, chức năng ngồi, chức năng đứng, chức năng thăng bằng, chức năng bàn tay, phối hợp : chi trên, chi dưới.	Đúng động tác, đầy đủ	1
10	Ghi chép phiếu lượng giá, hồ sơ	Đúng, đầy đủ	1
		Tổng số	10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện đúng quy trình thực hành theo bảng kiểm.

Quy trình

THỰC HÀNH LẬP KẾ HOẠCH CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI TÀN TẬT

MỤC TIÊU

Sau khi học xong các ĐDV có thể

- 1. Liệt kê được các vấn đề của người tàn tật cần can thiệp điều dưỡng, đưa ra các chẩn đoán điều dưỡng.*
- 2. Làm được kế hoạch can thiệp điều dưỡng và nêu lên các kết quả mong đợi.*

1. NỘI DUNG

1.1. Liệt kê các vấn đề: sau khi lượng giá xong, điều dưỡng viên liệt kê các vấn đề mà người tàn tật cần can thiệp điều dưỡng:

- Các dấu hiệu sinh tồn
- Các vấn đề của hệ tuần hoàn
- Các vấn đề của hệ hô hấp
- Các vấn đề của hệ tiêu hoá
- Các vấn đề của hệ tiết niệu
- Các vấn đề của hệ thần kinh
- Các vấn đề của hệ da, bì
- Các vấn đề tâm lý
- Các vấn đề của hệ vận động : cơ, xương, khớp

1.2. Đưa ra chẩn đoán điều dưỡng

– **Định nghĩa chẩn đoán điều dưỡng:** là vấn đề của người tàn tật liên quan đến can thiệp điều dưỡng do ĐDV xác định.

– Chẩn đoán điều dưỡng khác với chẩn đoán y học của bác sĩ, khác với chẩn đoán vật lý trị liệu của kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

– Một người tàn tật có thể có nhiều chẩn đoán điều dưỡng do cần can thiệp điều dưỡng nhiều vấn đề. Người ĐDV cần xác định thứ tự ưu tiên và đưa ra chẩn đoán điều dưỡng nào có thể can thiệp điều dưỡng được.

1.3. Can thiệp điều dưỡng và kết quả mong đợi

– Can thiệp điều dưỡng là các kỹ thuật, biện pháp thuộc phạm vi điều dưỡng mà người ĐDV sử dụng để can thiệp, giải quyết một vấn đề của người tàn tật. Can thiệp điều dưỡng một người tàn tật bao gồm: chăm sóc thể chất, chăm sóc tâm lý, phục hồi chức năng, phòng ngừa thương tật thứ phát, tư vấn cho gia đình và tư vấn cho người tàn tật...

– Kết quả mong đợi : là kết quả dự đoán có thể đạt được sau một thời gian can thiệp điều dưỡng. ĐDV dự đoán trong thời gian bao lâu, các can thiệp cần thiết và khả năng thực tế có thể đạt được kết quả trong chăm sóc điều dưỡng một người tàn tật.

2. BẢNG KIỂM THỰC HÀNH ĐƯA RA QUYẾT ĐỊNH CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG ĐỐI VỚI MỘT NGƯỜI TÀN TẬT

Bảng kiểm thực hành

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn đạt	Điểm	
1	Liệt kê các vấn đề của người tàn tật	Đầy đủ và đúng	2	
2	Đưa ra các chẩn đoán điều dưỡng có thể can thiệp (nhận định)	Đầy đủ và đúng	2	
3	Xác định các kỹ thuật có thể can thiệp điều dưỡng, tương ứng với các chẩn đoán điều dưỡng	Đầy đủ và đúng	2	
4	Xác định thời gian cần can thiệp, thời điểm có thể đạt kết quả	Đúng	2	
5	Lập bảng tóm tắt chẩn đoán Đ D (nhận định), can thiệp và dự đoán kết quả.		Đầy đủ và đúng	
	Chẩn đoán ĐD	Can thiệp ĐD		Kết quả mong đợi
	...			
Tổng số			10	

TỰ LƯỢNG GIÁ : lập kế hoạch can thiệp điều dưỡng theo bảng kiểm.

Quy trình

PHÁT HIỆN CỨNG KHỚP (2H)

MỤC TIÊU

Sau khi học xong các CNDD có thể

- 1. Liệt kê được các chỉ định phát hiện cứng khớp cần can thiệp điều dưỡng, đưa ra các chẩn đoán điều dưỡng.*
- 2. Thực hiện được phát hiện cứng khớp cần can thiệp điều dưỡng.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Cứng khớp là tình trạng hạn chế tầm vận động thụ động của khớp, do nguyên nhân tại khớp, cơ, hoặc phần mềm quanh khớp. Bất động khớp trong một thời gian dài ở bất cứ tư thế nào, do bất cứ nguyên nhân nào, sẽ làm giảm chiều dài của sợi cơ trong tư thế nghỉ ngơi, các sợi collagen trong bao khớp và các phần mềm khác của khớp co ngắn lại, dẫn đến tầm vận động của khớp sẽ dần bị hạn chế. Có rất nhiều các yếu tố như tư thế của chi, thời gian bất động, các bệnh lý khác kèm theo (ví dụ đái tháo đường...), tình trạng bệnh lý tại khớp (như viêm nhiễm...) gây cứng khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân phải bất động thời gian vài tuần trở lên
- Bệnh nhân bị bệnh nặng, nằm lâu do các bệnh nội khoa
- Bệnh nhân bị rối loạn tri giác.
- Bệnh nhân bị các bệnh cơ xương khớp gây đau phải hạn chế vận động
- Bệnh nhân bị tai biến mạch não, chấn thương sọ não, chấn thương tuỷ sống...
- Bệnh nhân gãy xương sau bó bột hoặc cố định xương....

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, bác sĩ phục hồi chức năng: giải thích tác dụng của việc phát hiện cứng khớp trong phòng ngừa thương tật thứ phát.

4.2. Phương tiện: (Thuốc đo tầm vận động khớp nếu muốn đo tầm vận động khớp một cách chính xác)

4.3. Bệnh nhân: nằm ngửa, nghiêng bên hoặc nằm sấp tùy theo vị trí của khớp cần thăm khám.

4.4. Hồ sơ bệnh án: tìm hiểu bệnh lý, thời gian phải bất động, các vấn đề sức khoẻ và dấu hiệu sinh tồn.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Ví dụ: phát hiện cứng khớp khuỷu tay.

- Giải thích cho bệnh nhân nội dung và ý nghĩa của thao tác
- Để bệnh nhân nằm thoải mái hai tay để dọc theo thân mình. Cánh tay thả lỏng.
- Điều dưỡng viên ngồi phía bên khớp định thử.
- Tay trái điều dưỡng viên cầm cánh tay người bệnh, ngay trên khuỷu tay, cố định cánh tay người bệnh.
- Tay phải điều dưỡng viên cầm cẳng tay người bệnh, ngay trên cổ tay họ.
- Từ từ gấp cẳng tay về phía cánh tay, tới khi gặp kháng trở của tổ chức (đến cuối tầm vận động của khuỷu).
- Khuỷu tay bình thường gấp được một tầm vận động khoảng 120 – 130 độ (đó là góc ngoài mà khớp đã cử động được). Nếu dưới 110 độ có nghĩa là hạn chế gấp khuỷu tay.
- Khi duỗi ra hết mức, khuỷu tay phải thẳng (duỗi 0 độ, theo quy ước tư thế Zero). Nếu khuỷu tay không duỗi hết tầm; có nghĩa là bị hạn chế duỗi khuỷu tay.

– Ghi chép vào hồ sơ tầm vận động gấp và duỗi của khớp khuỷu. (bình thường: gấp 120 độ/ duỗi 0 độ). Nếu không đo một cách chính xác thì ghi vào hồ sơ là khớp khuỷu bị hạn chế gấp hoặc duỗi).

6. THEO DÕI

Không cần theo dõi đặc biệt gì sau khi đánh giá tầm vận động thụ động của khớp.

7. TAI BIẾN, XỬ LÝ

Nếu thực hiện đúng kỹ thuật sẽ không có tai biến gì. Đôi khi, do bệnh nhân bị cứng khớp, điều dưỡng viên cố gắng gấp hoặc duỗi khớp quá mức có thể gây sang chấn như: bong gân, trật khớp, nặng hơn nữa là gãy xương. Cần lưu ý thực hiện các thao tác một cách nhẹ nhàng.

Bảng kiểm tra phát hiện cứng khớp

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Giải thích cho bệnh nhân nội dung và ý nghĩa của thao tác		1
2	Đề bệnh nhân nằm thoải mái hai tay thả lỏng dọc theo thân mình.		1
3	Điều dưỡng viên ngồi phía bên khớp định thử.	Dễ thao tác	1
4	Tay trái điều dưỡng viên cầm trên khuỷu tay, cố định cánh tay người bệnh.	gốc chi được cố định tốt	1
5	Tay phải điều dưỡng viên cầm cẳng tay, trên cổ tay người bệnh.	Đúng vị trí	1
6	Từ từ gấp cẳng tay về phía cánh tay hết tầm vận động khớp	Nhẹ nhàng, không đau	1
7	Quan sát (hoặc đo) tầm vận động mà khớp vừa thực hiện được	Phát hiện được cứng khớp (hoặc đo chính xác)	1
8	Duỗi ra hết mức		1
9	Quan sát (hoặc đo) tầm vận động duỗi của khớp	Đo đúng tầm duỗi của khớp	1
10	Ghi chép vào hồ sơ tầm vận động gấp và duỗi của khớp khuỷu.	Chính xác, kịp thời	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện đúng quy trình phát hiện cứng khớp theo bảng kiểm.

Quy trình

ĐẶT TƯ THẾ NGƯỜI BỆNH NẪM NGỬA

MỤC TIÊU

Sau khi học xong các CNĐD có thể

- 1. Liệt kê được các chỉ định đặt tư thế BN nằm ngửa.*
- 2. Thực hiện được quy trình đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong điều trị, có một số bệnh đòi hỏi người bệnh có một tư thế nằm đặc biệt. Mỗi tư thế này có những chỉ định rõ ràng nhằm tạo điều kiện thoái mái cho người bệnh, tránh được các biến chứng, mặt khác còn góp phần cho công tác chẩn đoán và điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tư thế nghỉ ngơi
- Tư thế trị liệu
- Sau ngất, choáng, xuất huyết nhẹ...
- Trong chỉnh hình như: lao xương, bại liệt, liệt hai chân (do gãy cột sống, tổn thương tủy)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân hôn mê hoặc sau gây mê, nôn.
- Trường hợp người già sợ ứ máu phổi.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Cán bộ chuyên khoa: kỹ thuật viên vật lý trị liệu, y tá điều dưỡng.

4.2. Phương tiện: giường người bệnh, ván cứng, đệm.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh ở tư thế thoải mái
- Người bệnh được giải thích mục đích đặt tư thế đúng

4.4. Hồ sơ bệnh án: chuẩn bị hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm liên quan.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh để họ hợp tác, an tâm.
- Chuẩn bị giường người bệnh có ván cứng kê lên trên mặt giường, đệm được phủ lên phía trên.
- Lấy hết gối ra khỏi giường
- Đặt bệnh nhân nằm thẳng lưng, chân duỗi thẳng.

6. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh như mạch, nhiệt độ, huyết áp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

Không có tai biến.

Quy trình

ĐẶT TƯ THẾ ĐÚNG CHO BỆNH NHÂN BỊ LIỆT NỬA NGƯỜI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong các CNDD có thể

Thực hiện được quy trình đặt tư thế đúng cho người bệnh liệt nửa người.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tư thế đúng là những tư thế giúp phòng ngừa cứng hoặc biến dạng khớp do nằm lâu bất động hoặc do mấu co cứng và một số bệnh lý khác gây nên. Đối với bệnh nhân bị liệt nửa người sau tai biến mạch máu não, cần đặt đúng ở các tư thế nằm ngửa, nghiêng bên lành và nghiêng bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân bị liệt nửa người sau tai biến mạch máu não hoặc do một số nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định đặc biệt.

4. CHUẨN BỊ

* Điều dưỡng:

– Hướng dẫn người bệnh hoặc thân nhân họ cách đặt tư thế đúng và chuẩn bị dụng cụ.

– Làm mẫu cho họ các tư thế đúng: nằm ngửa, nghiêng bên lành, nghiêng bên liệt.

** Phương tiện:*

– Gối kê vai và kê hông bên liệt: 2 chiếc, kích thước khoảng 45cm x 45cm

– Gối kê chân: 1 chiếc gối ôm dài khoảng 1m

– Gối hoặc nệm kê cổ chân.

** Người bệnh:*

Được hướng dẫn để phối hợp đúng.

** Ghi chép hồ sơ:*

– Giờ giấc đặt tư thế đó để lăn trở.

– Các vết bầm tại điểm tỳ đè.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nằm ngửa:

Vai, hông bên liệt được kê gối; cánh tay liệt duỗi dọc thân hoặc dạng nhẹ.

Gối bên liệt kê sao cho gập nhẹ.

Cổ chân bên liệt: bàn chân được kê vuông góc với cẳng chân, bàn chân ở tư thế trung gian (háng ở tư thế trung gian).

Nằm nghiêng bên lành:

Tay và chân lành để tự nhiên

Gối kê cánh tay.

Chân liệt gập ở háng, gối. Gối kê ở dưới gối liệt.

Nằm nghiêng bên liệt:

Tay liệt gập 90 độ ở vai và khuỷu tay duỗi.

Chân liệt duỗi

Tay và chân lành ở trên để tự nhiên.

6. THEO DÕI

Cẩn nhận của bệnh nhân về tư thế và bị tỳ đè; mạch, huyết áp và các dấu hiệu sinh tồn khác

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

Không có tai biến.

**Bảng kiểm quy trình đặt tư thế đúng
cho bệnh nhân bị liệt nửa người sau tai biến mạch máu não.**

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Mô tả cho bệnh nhân tư thế đúng khi nằm ngửa	Rõ ràng và BN hiểu nhiệm vụ để phối hợp đúng	1
2	Kê vai liệt cho họ bằng gối kê	Đúng vị trí dưới vai liệt	1
3	Đặt tay liệt duỗi hoặc dạng nhẹ	Tay liệt duỗi, dạng nhẹ và quay ngửa	1
4	Kê hông liệt bằng gối kê	Đúng vị trí dưới hông liệt	1
5	Dùng gối nhỏ kê cho gối bên liệt gập nhẹ	Đỡ gối liệt gập nhẹ	1
6	Dùng nẹp hoặc gối kê bàn chân vuông góc với cẳng chân, bàn chân ở tư thế trung gian	Khớp cổ chân đúng tư thế	1
7	Kê gót chân bên liệt bằng gối tròn nhỏ.		1
8	Hướng dẫn bệnh nhân về vị trí bị tê bì	BN biết các vị trí tê bì	1
9	Ghi hồ sơ về thời gian đặt tư thế đó.	Đúng, chính xác	1
10	Kết thúc, chào hỏi	Tự tin	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện đúng quy trình đặt tư thế đúng theo bảng kiểm.

Quy trình

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG THEO TÂM VẬN ĐỘNG KHỚP

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, CNDD có khả năng

- 1. Liệt kê các chỉ định và chống chỉ định tập vận động thụ động.*
- 2. Thực hiện được các bài tập thụ động cho người bệnh.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động thụ động là động tác thực hiện bởi người thầy thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động của người bệnh.
- Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách sử dụng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh có yếu cơ bậc 0 hoặc 1. Người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động như:

- Người bị bệnh hoặc chấn thương gây tổn thương não hoặc tuỷ sống.
- Người bị tổn thương thần kinh ngoại biên, các bệnh về cơ.
- Người bệnh quá ốm yếu hay bị thương nặng phải nằm tại giường.
- Trẻ em bị bại não, bại liệt, bàn chân khoèo hoặc các nguyên nhân khác có thể dẫn đến biến dạng khớp, chi, cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp chưa được xử lý.
- Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng, thần kinh, hoặc vá da ngang qua khớp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Phương tiện: bàn tập, các dụng cụ hỗ trợ cho tập luyện như gậy, ròng rọc....

4.2. Người bệnh: được giải thích rõ về mục đích, phạm vi, mức độ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh thoải mái phù hợp với khớp cần tập.
- Các động tác vận động cần được thực hiện chậm, nhẹ nhàng và đều đặn.
- Không dùng lực bắt khớp đó phải vận động vì dễ gây tổn thương khớp.
- Khi tập cần giữ chi đó ở vị trí chắc chắn, một tay ở ngay phía trên khớp, tay kia ở phía dưới khớp để vận động khớp đó hết tầm vận động.
- Tần suất 1 – 2 lần/ngày tùy theo tình trạng thực tế của người bệnh..

Bảng kiểm tập thụ động gấp khớp khuỷu

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Giải thích cho BN ý nghĩa của bài tập để BN phối hợp	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1
2	Đặt BN nằm ở mép giường, khuỷu tay cần tập đưa ra phía ngoài	Đúng động tác	1
3	Tư thế ĐDV ngồi ghế bên cạnh phía khớp khuỷu cần tập	Đúng động tác	1
4	Một tay ĐDV đỡ trên khuỷu tay, tay kia đỡ dưới khuỷu tay của bệnh nhân.	Đúng động tác	2
5	ĐDV từ từ đưa cẳng tay của BN gấp hết tầm vận động vào cánh tay	Đúng động tác	2
6	Từ từ đưa cẳng tay duỗi hết tầm vận động trở lại vị trí ban đầu, lặp lại 10 lần	Đúng động tác	3
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. ĐDV thực hiện đúng quy trình thao tác tập thụ động cho NB.
2. ĐDV hướng dẫn được cho NB dùng bên lành tập cho bên liệt một số bài tập đơn giản.

Quy trình

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG KHỚP KHUYỬ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong CNDV có khả năng

- 1. Thực hiện được bài tập thụ động khớp khuỷu.*
- 2. Hướng dẫn được cho người bệnh dùng tay lành tập thụ động cho khớp khuỷu tay liệt.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động thụ động khớp khuỷu là động tác thực hiện bởi người lành, thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động khớp khuỷu của người bệnh.
- Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách dùng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh có yếu cơ khớp khuỷu, lực cơ được đánh giá bậc 0 hoặc 1.

Người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động khớp khuỷu trong các trường hợp như:

- Người bị bệnh hoặc chấn thương gây tổn thương não hoặc tuỷ sống.
- Người bị tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc các bệnh về cơ.
- Người bệnh bị hôn mê, quá ốm yếu hay bị thương nặng phải nằm tại giường.
- Trẻ em bị bại não, bại liệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp khuỷu chưa được xử lý.



– Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng, thần kinh, hoặc vá da ngang qua khớp khuỷu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng viên, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện: bàn tập.

4.3. Người bệnh

- Được kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Được giải thích rõ về mục đích, phạm vi, mức độ tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh
- Phiếu thử cơ bằng tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.

5.2. Kỹ thuật

a) Gấp và duỗi khớp khuỷu

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp khuỷu bên cần tập đặt ra phía ngoài
- Người điều dưỡng đứng sát mép giường.
- Tay bệnh nhân duỗi sát thân, lòng bàn tay ở phía trên.
- Người điều dưỡng dùng ngón trỏ và ngón giữa tay phải giữ ngón cái của bệnh nhân và đặt ngón cái của mình phía mu bàn tay bệnh nhân, còn các ngón khác ở phía trước cổ tay để giữ cổ tay ở tư thế duỗi thẳng.
- Sau đó gấp khớp khuỷu lại, đưa khớp cổ tay bệnh nhân về phía khớp vai rồi duỗi khớp khuỷu về vị trí ban đầu.

b) Xoay ngửa và sắp căng tay

- Tay bệnh nhân ở tư thế hơi gấp khớp khuỷu.
- Người điều dưỡng dùng tay phải nắm bàn tay phải của bệnh nhân và duỗi thẳng ngón trỏ qua mặt trước khớp cổ tay để giữ khớp cổ tay thẳng.

- Sau đó xoay ngửa lòng bàn tay bệnh nhân lên.
- Rồi quay sấp lòng bàn tay bệnh nhân tức là quay sấp cẳng tay.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Phản ứng của người bệnh như khó chịu, đau

6.2. Sau khi tập

- Mạch, huyết áp, nhịp thở và các biểu hiện bất thường khác.
- Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập coi như tập quá mức.

7. TAI BIẾN XỬ LÝ

7.1. Trong khi tập

- Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp.
- Gãy xương, trật khớp: cần ngừng tập, xử lý gãy xương, trật khớp.
- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: cần ngừng tập, xử lý hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

7.2. Sau khi tập

Đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập do tập quá mức, cần tạm thời ngừng tập đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

Quy trình tập

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn	Điểm
<i>Tập gấp, duỗi khớp khuỷu</i>			
1	Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1
2	Người điều dưỡng đứng sát mép giường. Tay bệnh nhân duỗi sát thân, lòng bàn tay ở phía trên.	Đúng động tác	1
3	Người điều dưỡng giữ cổ tay người bệnh ở tư thế duỗi thẳng.	Đúng động tác	1
4	Người điều dưỡng sau đó gấp khớp khuỷu lại, đưa khớp cổ tay bệnh nhân về phía khớp vai rồi duỗi khớp khuỷu về vị trí ban đầu.	Đúng động tác	1

Tập sắp ngửa khớp khuỷu

5	Đặt tay bệnh nhân ở tư thế hơi gấp khớp khuỷu.	Đúng động tác	1
6	Người điều dưỡng dùng tay phải nắm bàn tay phải của bệnh nhân và duỗi thẳng ngón trỏ qua mặt trước khớp cổ tay để giữ khớp cổ tay thẳng.	Đúng động tác	1
7	Sau đó xoay ngửa lòng bàn tay bệnh nhân lên.	Đúng động tác	1
8	Rồi quay sắp lòng bàn tay bệnh nhân tức là quay sắp cẳng tay.	Đúng động tác	1
9	Theo dõi tình trạng người bệnh: mạch, huyết áp, nhiệt độ, sắc mặt...	Đúng động tác	1
10	Ghi chép hồ sơ.	Đúng	1
Tổng số			10

QUY LƯỢNG GIÁ: ĐDDV thực hiện đúng quy trình

Quy trình

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG KHỚP CỔ TAY

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

- 1. Thực hiện được bài tập thụ động khớp cổ tay.*
- 2. Hướng dẫn được cho người bệnh dùng tay lành tập thụ động cho khớp cổ tay bên liệt.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động thụ động khớp cổ tay là động tác thực hiện bởi người thầy thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động khớp cổ tay của người bệnh.
- Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách sử dụng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh có yếu cơ khớp cổ tay, lực cơ được đánh giá bậc 0 hoặc 1.

Người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động khớp cổ tay trong các trường hợp như:

- Người bị bệnh hoặc chấn thương gây tổn thương não hoặc tuỷ sống.
- Người bị tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc các bệnh về cơ.
- Người bệnh bị hôn mê, quá ốm yếu hay bị thương nặng phải nằm tại giường.
- Trẻ em bị bại não, bại liệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp vùng xương cổ tay chưa được xử lý

– Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng, thần kinh, hoặc vá da ngang qua khớp cổ tay.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng viên, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện: bàn tập

4.3. Người bệnh

- Được kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Được giải thích rõ về mục đích, phạm vi, mức độ tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh
- Phiếu thủ cơ bằng tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.

5.2. Kỹ thuật

a) Gấp và duỗi khớp cổ tay

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp cổ tay bên cần tập đặt ra phía ngoài
- Người điều dưỡng đứng sát mép giường.
- Tay bệnh nhân ở tư thế gấp khớp khuỷu đến 90° .
- Người điều dưỡng giữ ngón cái của bệnh nhân giữa ngón trỏ và ngón giữa tay phải mình, ngón tay cái đặt phía mu bàn tay bệnh nhân đồng thời dùng bàn tay trái nắm giữ cẳng tay người bệnh.
- Sau đó người điều dưỡng gấp khớp cổ tay bệnh nhân về phía lòng bàn tay.
- Rồi vận động duỗi khớp cổ tay theo hướng ngược lại tức là gấp khớp cổ tay về phía mu.

b) Nghiêng khớp cổ tay về phía xương trụ và xương quay

- Tay bệnh nhân ở tư thế gấp khớp khuỷu đến 90° .

– Người điều dưỡng giữ ngón cái của bệnh nhân giữa ngón trỏ và ngón giữa tay phải mình, ngón tay cái đặt phía mu bàn tay bệnh nhân đồng thời dùng bàn tay trái nắm giữ cẳng tay người bệnh.

– Giữ cổ tay bệnh nhân thẳng bằng bàn tay trái, dùng tay phải nghiêng bàn tay bệnh nhân về phía ngón út (phía xương trụ).

– Sau đó nghiêng bàn tay bệnh nhân về phía ngón cái (phía xương quay).

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Phản ứng của người bệnh như khó chịu, đau

6.2. Sau khi tập

– Mạch, huyết áp, nhịp thở và các biểu hiện bất thường khác.

– Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập coi như tập quá mức.

7. TAI BIẾN XỬ LÝ

7.1. Trong khi tập

– Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp.

– Gãy xương, trật khớp: cần ngừng tập, xử lý gãy xương, trật khớp.

– Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: cần ngừng tập, xử lý hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

7.2. Sau khi tập

Đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập do tập quá mức, cần tạm thời ngừng tập đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

Quy trình tập

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn	Điểm
<i>Tập gấp, duỗi khớp cổ tay</i>			
1	Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1
2	Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp cổ tay bên cần tập đặt ra phía ngoài Người điều dưỡng đứng sát mép giường.	Đúng động tác	1

3	Người điều dưỡng để tay người bệnh ở tư thế gấp khớp khuỷu đến 90°.	Đúng động tác	1
4	Người điều dưỡng gấp khớp cổ tay người bệnh về phía lòng sau đó đưa khớp cổ tay về phía mu bàn tay, cuối cùng đưa cổ tay về vị trí ban đầu. Thực hiện mỗi động tác 10 lần	Đúng động tác	1
<i>Tập nghiêng sang xương trụ, sang quay</i>			
5	Đặt tay bệnh nhân ở tư thế hơi gấp khớp khuỷu 90	Đúng động tác	1
6	Người điều dưỡng dùng dùng tay phải nắm bàn tay phải của bệnh nhân và duỗi thẳng ngón trỏ qua mặt trước khớp cổ tay để giữ khớp cổ tay thẳng.	Đúng động tác	1
7	Sau đó nghiêng khớp cổ tay người bệnh sang phía trụ 10 lần.	Đúng động tác	1
8	Rồi sau đó nghiêng khớp cổ tay người bệnh sang phía xương quay 10 lần.	Đúng động tác	1
9	Theo dõi tình trạng người bệnh: mạch, huyết áp, nhiệt độ, sắc mặt...	Đúng động tác	1
10	Ghi chép hồ sơ.	Đúng	1
	Tổng số		10

TỰ LƯỢNG GIÁ: ĐDV thực hiện đúng quy trình

Quy trình

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG KHỚP HÁNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

- 1. Thực hiện được bài tập thụ động khớp háng.*
- 2. Hướng dẫn được cho thân nhân người bệnh tập thụ động khớp háng bên liệt.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động thụ động khớp háng là động tác thực hiện bởi người thầy thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động khớp háng của người bệnh.
- Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách sử dụng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh có yếu cơ khớp háng, lực cơ được đánh giá bậc 0 hoặc 1.

Người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động khớp háng trong các trường hợp như:

- Người bị bệnh hoặc chấn thương gây tổn thương não hoặc tuỷ sống.
- Người bị tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc các bệnh về cơ.
- Người bệnh bị hôn mê, quá ốm yếu hay bị thương nặng phải nằm tại giường.
- Trẻ em bị bại não, bại liệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp háng chưa được xử lý
- Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng, thần kinh, hoặc vá da ngang qua khớp háng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng viên, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện: bàn tập

4.3. Người bệnh

- Được kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Được giải thích rõ về mục đích, phạm vi, mức độ tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh
- Phiếu thủ cơ bằng tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.

5.2. Kỹ thuật

a) Gấp và duỗi khớp háng

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp háng bên cần tập đặt ra phía ngoài.
- Người điều dưỡng đứng sát mép giường.
- Tay trái người điều dưỡng đặt dưới khoeo, bàn tay phải đỡ gót chân bệnh nhân.
- Sau đó nâng cẳng chân bệnh nhân lên gấp gối lại giữ không để chân bệnh nhân giạng hoặc xoay.
- Di chuyển từ từ gối bệnh nhân về phía ngực, chuyển bàn tay từ khoeo lên gối và tiếp tục gấp chân cho tới mức tối đa rồi trở lại tư thế duỗi ban đầu.
- Khi duỗi chân bệnh nhân người điều dưỡng cần chuyển tay trái đỡ từ phía trước gối xuống dưới khoeo như lúc bắt đầu gấp.

b) Dạng và khớp khớp háng

– Tay trái người điều dưỡng đặt dưới khoeo, bàn tay phải đỡ gót chân bệnh nhân.

– Sau đó giạng chân ra, giữ chân ở mức ngang phẳng với mặt giường rồi khép chân trở về tư thế ban đầu.

c) Tập xoay khớp háng vào trong và ra ngoài

– Tay trái người điều dưỡng đặt trên gối, bàn tay phải đặt trên khớp cổ chân.

– Sau đó xoay chân bệnh nhân vào trong.

– Rồi tiếp tục xoay chân bệnh nhân ra ngoài.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Phản ứng của người bệnh như khó chịu, đau.

6.2. Sau khi tập

– Mạch, huyết áp, nhịp thở và các biểu hiện bất thường khác.

– Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập coi như tập quá mức.

7. TAI BIẾN XỬ LÝ

7.1. Trong khi tập

– Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp.

– Gãy xương, trật khớp: cần ngừng tập, xử lý gãy xương, trật khớp.

– Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: cần ngừng tập, xử lý hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

7.2. Sau khi tập

Đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập do tập quá mức, cần tạm thời ngừng tập đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

Quy trình

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn	Điểm
Gấp và duỗi khớp háng			
1	Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1



2	Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp háng bên cần tập đặt ra phía ngoài Người điều trị đứng sát mép giường.	Đúng động tác	1
3	Sau đó nâng cẳng chân bệnh nhân lên gấp gối lại giữ không để chân bệnh nhân giạng hoặc xoay.	Đúng động tác	1
4	Di chuyển từ từ gối bệnh nhân về phía ngực, chuyển bàn tay từ khoeo lên gối và tiếp tục gấp chân cho tới mức tối đa rồi trở lại tư thế duỗi ban đầu, tập 10 lần.	Đúng động tác	1
<i>Giạng và khép khớp háng</i>			
5	Tay trái người điều dưỡng đặt dưới khoeo, bàn tay phải đỡ gót chân bệnh nhân.	Đúng động tác	1
6	Sau đó giạng chân ra, giữ chân ở mức ngang phẳng với mặt giường rồi khép chân trở về tư thế ban đầu, tập 10 lần mỗi động tác.	Đúng động tác	1
<i>Tập xoay khớp háng vào trong và ra ngoài</i>			
7	Tay trái người điều dưỡng đặt trên gối, bàn tay phải đặt trên khớp cổ chân.	Đúng động tác	1
8	Sau đó xoay chân bệnh nhân vào trong 10 lần. Rồi tiếp tục xoay chân bệnh nhân ra ngoài 10 lần.	Đúng động tác	1
9	Theo dõi tình trạng người bệnh: mạch, huyết áp, nhiệt độ, sắc mặt...	Đúng	1
10	Ghi chép hồ sơ.	Đúng động tác	1
Tổng số			10 đ

TỰ LƯỢNG GIÁ: ĐDV thực hiện đúng quy trình

Quy trình

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG KHỚP GỐI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

- 1. Thực hiện được bài tập thụ động khớp gối.*
- 2. Hướng dẫn được cho thân nhân người bệnh tập thụ động khớp gối bên liệt.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động thụ động khớp gối là động tác thực hiện bởi người thấy thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động khớp gối của người bệnh.
- Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách sử dụng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh có yếu cơ khớp gối, lực cơ được đánh giá bậc 0 hoặc 1.

Người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động khớp gối trong các trường hợp như:

- Người bị bệnh hoặc chấn thương gây tổn thương não hoặc tuỷ sống.
- Người bị tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc các bệnh về cơ.
- Người bệnh bị hôn mê, quá ốm yếu hay bị thương nặng phải nằm tại giường.
- Trẻ em bị bại não, bại liệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp gối chưa được xử lý
- Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng, thần kinh, hoặc vá da ngang qua khớp gối.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng viên, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện: bàn tập

4.3. Người bệnh

- Được kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Được giải thích rõ về mục đích, phạm vi, mức độ tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh
- Phiếu thủ cơ bằng tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.

5.2. Kỹ thuật

Gấp và duỗi khớp gối

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp gối bên cần tập đặt ra phía ngoài.
- Người điều dưỡng đứng sát mép giường.
- Tay trái người điều dưỡng đặt dưới khoeo, bàn tay phải đỡ gót chân bệnh nhân.
- Nâng cẳng chân bệnh nhân lên gấp gối lại giữ không để chân bệnh nhân dạng hoặc xoay.
- Sau đó người điều dưỡng nâng bàn chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường và từ từ duỗi thẳng khớp gối ra.
- Đưa bàn chân trở lại mặt giường ở vị trí ban đầu.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Phản ứng của người bệnh như khó chịu, đau

6.2. Sau khi tập

- Mạch, huyết áp, nhịp thở và các biểu hiện bất thường khác.
- Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập coi như tập quá mức.

7. TAI BIẾN XỬ LÝ

7.1. Trong khi tập

- Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp.
- Gãy xương, trật khớp: cần ngừng tập, xử lý gãy xương, trật khớp.
- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: cần ngừng tập, xử lý hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

7.2. Sau khi tập

Đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập do tập quá mức, cần tạm thời ngừng tập đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

Quy trình

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn	Điểm
1	Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1
2	Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp gối bên cần tập đặt ra phía ngoài Người điều dưỡng đứng sát mép giường	Đúng động tác	1
3	Tay trái người điều dưỡng đặt dưới khoeo, bàn tay phải đỡ gót chân bệnh nhân.	Đúng động tác	1
4	Nâng cẳng chân bệnh nhân lên gấp khớp gối lại, giữ không để chân bệnh nhân dạng hoặc xoay, tập 10 lần.	Đúng động tác	2
5	Sau đó người điều dưỡng nâng bàn chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường và từ từ duỗi thẳng khớp gối ra.	Đúng động tác	2
6	Đưa bàn chân trở lại mặt giường ở vị trí ban đầu.	Đúng động tác	1



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7	Theo dõi tình trạng người bệnh: mạch, huyết áp, nhiệt độ, sắc mặt...	Đúng	1
8	Ghi chép hồ sơ.	Đúng động tác	1
Tổng số			10 đ

TỰ LƯỢNG GIÁ: ĐDV thực hiện đúng quy trình

Quy trình

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG KHỚP CỔ CHÂN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

- 1. Thực hiện được bài tập thụ động khớp cổ chân.*
- 2. Hướng dẫn được cho người bệnh dùng tay lành tập thụ động cho khớp cổ chân bên liệt.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động thụ động khớp cổ chân là động tác thực hiện bởi người thầy thuốc hoặc dụng cụ, không có sự co cơ chủ động khớp cổ chân của người bệnh.
- Trong trường hợp liệt nửa người, người bệnh có thể tự tập bằng cách sử dụng chi bên lành trợ giúp cho chi bên liệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh có yếu cơ khớp cổ chân, lực cơ được đánh giá bậc 0 hoặc 1.

Người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động cổ chân trong các trường hợp như:

- Người bị bệnh hoặc chấn thương gây tổn thương não hoặc tuỷ sống.
- Người bị tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc các bệnh về cơ.
- Người bệnh bị hôn mê, quá ốm yếu hay bị thương nặng phải nằm tại giường.
- Trẻ em bị bại não, bại liệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp cổ chân chưa được xử lý



– Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng, thần kinh, hoặc vá da ngang qua khớp cổ chân.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng viên, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện: bàn tập

4.3. Người bệnh

- Được kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Được giải thích rõ về mục đích, phạm vi, mức độ tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh
- Phiếu thử cơ bằng tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp.

5.2. Kỹ thuật

a) Gấp và duỗi khớp cổ chân

– Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp cổ chân bên cần tập đặt ra phía ngoài

– Người điều dưỡng đứng sát mép giường.

– Tay phải người điều dưỡng nắm giữ gót chân và cẳng tay đỡ bàn chân. Bàn tay trái đặt trên khớp gối để giữ cho chân bệnh nhân thẳng

– Sau đó gấp cổ chân lại bằng cách kéo gót chân bệnh nhân xuống và mũi bàn chân gấp về phía mu.

– Rồi tiếp tục vận động duỗi khớp cổ chân.

b) Xoay khớp cổ chân vào trong, ra ngoài

– Tay phải nắm giữ phần trước bàn chân, ngón tay cái trên mu, các ngón khác ở dưới.

– Bàn tay trái của người điều dưỡng đặt trên gối bệnh nhân để giữ cho chân không bị xoay.

- Sau đó quay bàn chân vào trong
- Rồi quay bàn chân ra ngoài.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Phản ứng của người bệnh như khó chịu, đau

6.2. Sau khi tập

- Mạch, huyết áp, nhịp thở và các biểu hiện bất thường khác.
- Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập coi như tập quá mức.

7. TAI BIẾN XỬ LÝ

7.1. Trong khi tập

- Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp.
- Gãy xương, trật khớp: cần ngừng tập, xử lý gãy xương, trật khớp.
- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: cần ngừng tập, xử lý hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

7.2. Sau khi tập

Đau kéo dài quá 3 giờ sau khi tập do tập quá mức, cần tạm thời ngừng tập đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

Quy trình tập

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn	Điểm
<i>Tập gấp, duỗi khớp cổ chân</i>			
1	Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa của bài tập để bệnh nhân phối hợp	BN hiểu rõ, phối hợp đúng	1
2	Đặt bệnh nhân nằm ngửa ở mép giường, khớp cổ chân bên cần tập đặt ra phía ngoài Người điều dưỡng đứng sát mép giường.	Đúng động tác	1
3	Tay phải người điều dưỡng nắm giữ gót chân và cẳng tay đỡ bàn chân. Bàn tay trái đặt trên khớp gối để giữ cho chân bệnh nhân thẳng.	Đúng động tác	1
4	Sau đó gấp cổ chân lại bằng cách kéo gót chân bệnh	Đúng động tác	1

	nhân xuống và mũi bàn chân gấp về phía mu. Thực hiện động tác 10 lần		
5	Rồi tiếp tục vận động duỗi khớp cổ chân.		
	<i>Tập xoay khớp cổ chân vào trong, ra ngoài</i>		
6	Tay phải nắm giữ phần trước bàn chân, ngón tay cái trên mu, các ngón khác ở dưới. Bàn tay trái của người điều dưỡng đặt trên gối bệnh nhân để giữ cho chân không bị xoay.	Đúng động tác	1
7	Sau đó xoay bàn chân vào trong 10 lần	Đúng động tác	1
8	Rồi xoay bàn chân ra ngoài, thực hiện động tác 10 lần	Đúng động tác	
9	Theo dõi tình trạng người bệnh: mạch, huyết áp, nhiệt độ, sắc mặt, đau...	Đúng động tác	1
10	Ghi chép hồ sơ.	Đúng	1
	Tổng số		10

TỰ LƯỢNG GIÁ: ĐDV thực hiện đúng quy trình theo bảng kiểm.

Quy trình

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DI CHUYỂN TỪ GIƯỜNG SANG XE LĂN VÀ NGƯỢC LẠI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

- 1. Thực hiện được di chuyển BN liệt nửa người từ giường sang xe lăn và ngược lại.*
- 2. Hướng dẫn được cho người bệnh tự di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhân liệt nửa người khi chưa tự đi lại vẫn cần được di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại, hoặc từ xe lăn sang bồn cầu vệ sinh, ghế tắm... Điều dưỡng cần hướng dẫn hoặc hỗ trợ họ di chuyển giường – xe lăn và ngược lại.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân liệt nửa người chưa tự đi lại được

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các dấu hiệu sinh tồn chưa ổn định
- Rối loạn tri giác, hôn mê
- Có nguy cơ bị tụt kẹt não ở bệnh nhân bị chảy máu não.

4. CHUẨN BỊ

Cán bộ chuyên khoa: điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, thầy thuốc PHCN và gia đình bệnh nhân.

** Phương tiện:*

- Xe lăn tay
- Giường của bệnh có cùng chiều cao với xe lăn, hoặc một ghế tựa.
- 1 ghế cho điều dưỡng viên

** Người bệnh:*

Lắng nghe và thực hiện chỉ dẫn, phối hợp đúng với điều dưỡng

** Ghi chép hồ sơ:*

Cảm giác hoặc bất ổn các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hướng dẫn rõ ràng để bệnh nhân phối hợp đúng.
- Để BN ngồi ngay ngắn ở mép giường, hai chân đặt áp chặt trên mặt đất.
- Điều dưỡng ngồi đối diện với bệnh nhân trên 1 chiếc ghế khác, hai mũi chân mình đối diện với mũi chân BN.
- Để hai tay BN lên vai điều dưỡng, hai tay điều dưỡng giữ ngang thắt lưng bệnh nhân.
- Đưa vai và người BN ngả ra trước, rồi đỡ họ đứng dậy.
- Xoay người BN về phía xe lăn, chỉnh vị trí đối diện với xe lăn.
- Từ từ để BN cúi người và ngồi xuống xe lăn.

6. THEO DÕI

- Đáp ứng của BN và sự thay đổi các dấu hiệu sinh tồn nếu có.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

- Nếu thực hiện không đúng kỹ thuật có thể làm bệnh nhân ngã.

Bảng kiểm quy trình chuyển bệnh nhân từ giường sang xe lăn và ngược lại

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Giải thích để BN phối hợp	BN hiểu và phối hợp đúng	1
2	BN ngồi ở mép giường, bàn chân giẫm mặt đất, các khớp cổ chân, gối, háng, vuông góc (chiều cao giường ngang tầm xe lăn)	Tư thế BN đúng	1
3	Giúp BN đặt hai tay lên vai ĐDV	Hai tay BN bám chắc	1
4	Hai tay ĐDV đỡ ngang thắt lưng BN	Đúng vị trí	1
5	ĐDV hai gối gấp, hai mũi bàn chân để đối diện giữ hai mũi bàn chân BN	Chân để đúng vị trí	1
6	ĐDV kéo hai vai BN ngả ra trước và đứng dậy	Chắc chắn, an toàn	1
7	ĐDV xoay người và xoay BN về phía xe lăn, khoảng 45 độ.	Nhẹ nhàng, an toàn	1
8	Để BN đứng đúng tầm phía trước xe lăn (hai bánh xe đã khoá)	BN đứng vững	1
9	ĐDV kéo 2 vai BN ngả ra trước và từ từ gấp nhẹ hai gối mình	Tư thế đúng	1
10	Từ từ đặt BN ngồi xuống xe lăn.	BN ngồi xuống nhẹ nhàng	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: ĐDV thực hiện đúng quy trình theo bảng kiểm.

Quy trình

ĐỖ BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI NGỒI DẬY TỪ TƯ THẾ NÀM NGHIÊNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

Thực hiện được hoạt động giúp bệnh nhân ngồi dậy

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhân liệt nửa người cần được khuyến khích vận động tích cực và sớm. Ngồi dậy sớm giúp người bệnh tránh được tụt huyết áp tư thế, bội nhiễm phổi, tập thăng bằng ngồi, chống táo bón... Tốt nhất là khuyến khích để họ tự ngồi dậy đúng kỹ thuật, điều dưỡng hoặc thân nhân họ chỉ nên trợ giúp tối thiểu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân bị liệt nửa người có tình trạng ổn định về mạch, huyết áp.
- Được phép của thầy thuốc cho ngồi dậy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các dấu hiệu sinh tồn chưa ổn định.
- Rối loạn tri giác, hôn mê.
- Có nguy cơ bị tụt kẹt não ở bệnh nhân bị chảy máu não.

4. CHUẨN BỊ

* Điều dưỡng:

- Hướng dẫn cho bệnh nhân hoặc thân nhân họ cách ngồi dậy.
- Làm mẫu cho họ một vài lần.



* *Phương tiện:*

Giường nằm của người bệnh

* *Người bệnh:*

Lắng nghe và thực hiện đúng kỹ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

-- Để bệnh nhân nằm sát mép giường

– Lăn nghiêng sang bên, mặt hướng ra ngoài.

– Dùng bàn chân lành móc dưới cổ chân liệt đưa chân liệt xuống cạnh giường.

– Chống khuỷu tay lành xuống giường, đẩy người ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng.

– Khi bệnh nhân đang ngồi dậy, điều dưỡng hoặc thân nhân đỡ họ dưới vai và nâng bệnh nhân dậy.

6. THEO DÕI

Theo dõi sắc mặt bệnh nhân xem có khó chịu không.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

Nếu có tụt huyết áp tư thế (vã mồ hôi, da tái xanh, mạch nhanh hoặc khó thở, ngất...) cần để bệnh nhân nằm ngay xuống giường. Ngừng thực hiện kỹ thuật và báo cho thầy thuốc để xử trí.

Bảng kiểm quy trình đỡ bệnh nhân ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Chuẩn bị, giải thích để BN phối hợp	BN biết phối hợp	1
2	Để BN nằm nghiêng sang một bên, gần mép giường	Khoảng cách vừa đủ để ngồi dậy	1
3	BN dùng cổ chân lành luồn dưới đỡ cổ chân liệt, đưa ra mép giường	Hai bàn chân chia ra khỏi mép giường	1
4	Điều dưỡng viên (ĐDV) dùng 2 tay đỡ vai dưới BN, nâng lên.	Vai BN được nâng lên khỏi mặt giường	1
5	Tay kia của ĐDV đẩy hai gối BN xuống mép giường	Hai gối của BN được đưa ra khỏi mép giường	1

6	ĐDV cùng lúc nâng vai BN lên và xoay hai chân BN ra mép giường	BN được tạo thuận ngồi dậy	1
7	BN tự chống tay, đẩy người ngồi dậy	BN chủ động ngồi dậy	1
8	Chỉnh lại tư thế cho BN để họ ngồi vững.	BN ngồi ngay ngắn	1
9	Dùng gối kê đỡ lưng hoặc để cho BN dùng hai bàn tay bám mép giường	BN ngồi chắc chắn	1
10	Quan sát lại tư thế ngồi và sắc mặt BN của BN xem có an toàn không?	BN ngồi an toàn và thoải mái	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện đúng quy trình theo bảng kiểm.

Quy trình

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI MẶC VÀ Cởi QUẦN ÁO

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

Thực hiện được hoạt động giúp bệnh nhân liệt nửa người mặc và cởi quần áo.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhân liệt nửa người, do khiếm khuyết về vận động và sự điều hợp các động tác nên sẽ gặp khó khăn hoặc không tự mình thực hiện được các hoạt động sinh hoạt hằng ngày như vệ sinh cá nhân, ăn uống, thay quần áo...

– Người điều dưỡng hằng ngày phải hướng dẫn bệnh nhân tự thực hiện các hoạt động này với sự trợ giúp giảm dần.

– Độc lập trong các chức năng sinh hoạt hằng ngày sẽ giúp bệnh nhân tự tin hơn, nhanh chóng trở lại cuộc sống hoà nhập.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân liệt nửa người, qua giai đoạn cấp, khi các dấu hiệu sinh tồn ổn định, tỉnh táo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa : điều dưỡng, Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, người nhà bệnh nhân.

4.2. Phương tiện : quần áo mặc hằng ngày. Tùy vào chức năng của bàn tay liệt, có thể thay cúc, khoá quần (áo) bằng các khoá dính hoặc cúc bấm để dễ sử dụng.

4.3. Người bệnh

Giải thích cho bệnh nhân rõ về ý nghĩa, mục đích, các bước tiến hành, làm mẫu cho bệnh nhân xem về quy trình mặc và cởi quần.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi rõ khả năng thực hiện thao tác của bệnh nhân

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Hướng dẫn bệnh nhân cách cởi quần

- Để bệnh nhân nằm ngửa trên giường.
- Hướng dẫn bệnh nhân co gấp chân bên liệt lại, có thể dùng chân lành để hỗ trợ. Sau đó co tiếp chân lành lại. Hai bàn chân đặt sát mặt giường.
- Cởi thắt lưng, khoá quần, kéo quần xuống đến bẹn, lần lượt từng bên. Nếu tay liệt quá yếu có thể dùng tay lành.
- Chống hai chân, nâng mông lên khỏi mặt giường (tư thế làm cầu), kéo quần xuống qua hông lần lượt từng bên.
- Lăn nghiêng sang bên liệt, cởi 1 ống quần ra khỏi chân lành.
- Lăn nghiêng trở lại sang bên lành, cởi nốt ống quần bên chân liệt.
- Nằm trở lại tư thế ngửa.

5.2. Hướng dẫn bệnh nhân cách mặc quần

- Bệnh nhân ở tư thế ngồi.
- Xỏ ống quần bên liệt trước. Có thể dùng tay lành hỗ trợ tay liệt.
- Xỏ tiếp ống quần bên lành.
- Kéo quần lên đùi, sau đó chuyển từ thế nằm ngửa.
- Chống hai chân lên, hai bàn chân áp sát mặt giường.

– Nâng mông lên khỏi mặt giường (tư thế làm cầu), kéo lần lượt từng bên quần qua hông.

– Nằm thẳng trở lại. Cài khoá quần, thắt lưng.

5.3. Hướng dẫn bệnh nhân cách mặc áo

– Bệnh nhân ở tư thế ngồi (trên ghế hoặc trên giường).

– Tay lành cầm lấy cổ áo.

– Tay liệt xỏ vào ống tay áo.

– Dùng tay lành kéo áo qua vai, lưng sang bên đối diện.

– Xỏ tay lành vào ống tay áo còn lại.

– Chỉnh sửa cổ áo và kéo hai vạt áo cho thẳng.

– Lần lượt cài từng nút áo (có trợ giúp của tay lành hoặc dùng đai dính).

5.4. Hướng dẫn bệnh nhân cách cởi áo

Quy trình cởi áo ngược lại với quy trình mặc áo

– Tháo cúc áo trước.

– Cởi áo khỏi tay liệt .

– Tiếp theo cởi áo khỏi tay lành.

6. THEO DÕI

– Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở trước và sau khi bệnh nhân thực hiện thao tác nhằm đảm bảo chức năng tuần hoàn hô hấp thích ứng với các vận động gắng sức.

Trong suốt quá trình hướng dẫn bệnh nhân thực hiện thao tác, có thể trợ giúp trong những lần đầu bệnh nhân làm, sau đó giảm dần sự trợ giúp để bệnh nhân tự làm.

– Quan sát bệnh nhân thực hiện thao tác và phát hiện các khó khăn bệnh nhân gặp phải như cơ lực quá yếu, cơ cứng hoặc đau... báo với bác sĩ để có biện pháp can thiệp thích hợp.

– Ghi chép lại các tiến bộ của bệnh nhân trong những lần tiếp theo.

Bảng kiểm thực hành hướng dẫn bệnh nhân cách cởi quần

TT	Nội dung	Yêu cầu kỹ thuật	Điểm
1	Đặt bệnh nhân tư thế nằm ngửa trên giường	Bệnh nhân nằm thẳng, thoải mái	1
2	Làm mẫu và giải thích cho bệnh nhân về các thao tác thực hiện	Rõ ràng, dễ hiểu	1
3	Hướng dẫn bệnh nhân co hai chân lại	Đúng kỹ thuật, hai bàn chân áp sát mặt giường, khoảng cách đủ rộng	1
4	Cởi thắt lưng và khoá quần, kéo xuống tới bẹn		1
5	Chống hai chân, nâng mông lên khỏi mặt giường, kéo quần xuống qua hông lần lượt từng bên.	Đúng kỹ thuật	1
6	Bệnh nhân lăn nghiêng sang bên liệt	Đúng kỹ thuật	1
7	Cởi một ống quần ra khỏi chân lành.	Đúng kỹ thuật	1
8	Bệnh nhân lăn trở lại, nằm nghiêng bên lành	Đúng kỹ thuật	1
9	Cởi ống quần bên chân liệt / Cho BN nằm ngửa trở lại	Đúng kỹ thuật	1
10	Nhận xét hoạt động của bệnh nhân/ Ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, rõ ràng	1
Tổng số			10

Bảng kiểm thực hành hướng dẫn bệnh nhân cách tự mặc áo

TT	Nội dung	Yêu cầu kỹ thuật	Điểm
1	Đề bệnh nhân ở tư thế ngồi trên ghế, giường	Ngồi vững, hai bàn chân đặt vuông góc sát mặt đất	1
2	Làm mẫu và giải thích cho bệnh nhân về các thao tác thực hiện	Rõ ràng, dễ hiểu	1
3	Hướng dẫn bệnh nhân tay lành cầm cổ áo	Đúng kỹ thuật	1
4	Xỏ ống tay áo vào tay liệt	Đúng kỹ thuật	1
5	Dùng tay lành kéo áo qua vai, lưng sang bên đối diện	Đúng kỹ thuật	1
6	Xỏ tay lành vào ống tay áo	Đúng kỹ thuật	1
7	Kéo lại hai vạt áo cho ngay ngắn	Đúng kỹ thuật	1
8	Lần lượt cài nút áo		1
9	Quan sát bệnh nhân, trợ giúp họ thực hiện thao tác cho đúng	Trợ giúp đúng kỹ thuật khi cần thiết	1
10	Nhận xét, đánh giá/ Ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, rõ ràng	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện đúng quy trình theo bảng kiểm.

Quy trình

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN LIỆT ĐI TRONG THANH SONG SONG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong cử nhân điều dưỡng có khả năng hướng dẫn người bệnh đi trong thanh song song.

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: thanh song song là một dụng cụ có hai thanh đặt song song với nhau để cho người tàn tật hoặc người bệnh dựa vào đó để tập đi.

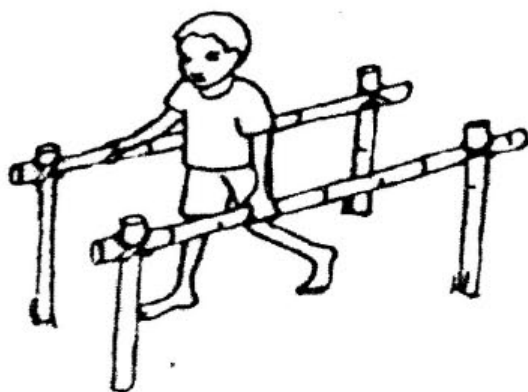
1.2. Mô tả thanh song song

Thanh song song có thể làm bằng kim loại, gỗ, tre, vầu, tầm vông.... Mỗi thanh được gắn trên hai cột đứng (hình vẽ)

– Kích thước: chiều dài từ 2 – 3 m, rộng bằng khoảng cách phía ngoài hai mép vai thêm 2 – 3 cm, chiều cao tùy theo tình trạng người bệnh hoặc người tàn tật mà điều chỉnh cho phù hợp :

- + Người bệnh, NTT đang yếu nâng hai thanh song song cao đến nách,
- + NB, NTT khá hơn nâng hai thanh song song đến khuỷu tay,
- + NB, NTT có tình trạng tốt hơn hạ hai thanh song song đến cổ tay,

– Thanh song song có thể cố định ở trong nhà, ngoài sân, buộc vào gốc cây, tường nhà...; có thể làm theo kiểu di động để có thể đặt ở vị trí thích hợp.



1.3. Sinh cơ học và chỉ định sử dụng

– Sinh cơ học của thanh song song: thanh song song có tác dụng giữ cho người bệnh, người tàn tật đứng thẳng tạo dáng đi, giữ vững thăng bằng tạo ổn định cơ thể. Thanh song song vừa có tác dụng chống đỡ cơ thể, vừa giúp người bệnh tập đi.

– Chỉ định sử dụng: người bệnh nằm lâu, người bị liệt bán thân, liệt hai chi dưới, sau phẫu thuật chi dưới, sau cắt cụt mang chi giả, người đeo nẹp, trẻ bại não, bại liệt...

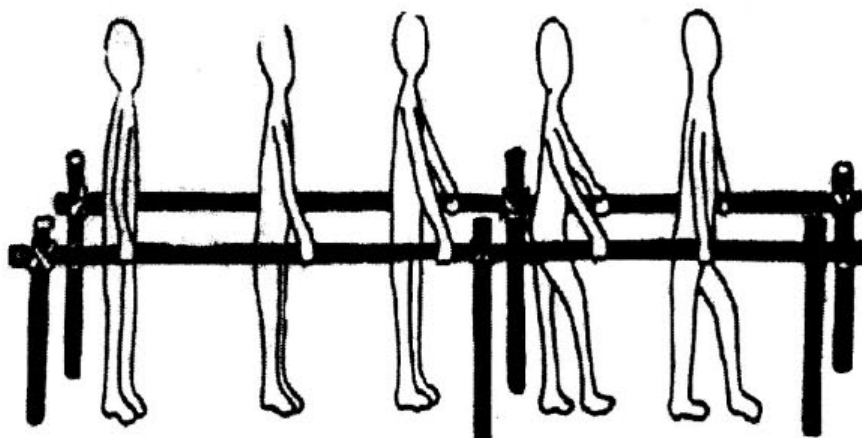
– Thận trọng với những bệnh nhân hoặc người tàn tật có tình trạng bệnh hoặc tình trạng tàn tật nặng. Khi người bệnh tập, luôn có một người khác bên cạnh để theo dõi, trợ giúp và để cho NB, NTT an tâm.

1.4. Hướng dẫn cho NTT đi trong thanh song song

Các bước:

1. NKT nắm hai tay trên hai thanh song song
2. Di chuyển một tay lên phía trước trên một thanh.
3. Sau đó di chuyển tay kia lên phía trước bên thanh kia
4. Tiếp theo là di chuyển một chân lên phía trước.
5. Sau đó di chuyển tiếp chân kia.

Cứ lặp đi lặp lại động tác này cho đến khi NTT thực hiện được.



Hình vẽ

II. QUY TRÌNH HƯỚNG DẪN NGƯỜI TÀN TẬT ĐI TRONG THANH SONG SONG

TT	Các bước thực hiện	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Tiếp xúc, chào hỏi, giải thích kỹ thuật	Đúng, NB hiểu	2
2	Kiểm tra hai thanh song song, độ chắc chắn, kích thước có phù hợp với người tàn tật không	Đúng	2
3	Hướng dẫn động tác mẫu	Đúng	2
4	Trợ giúp NKT thực hiện đi trong thanh song song	NKT hiểu và đi được	2
5	Đánh giá kết quả NKT thực hiện, theo dõi, ghi chép vào phiếu hoặc bệnh án.	Đúng	2
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ

– Điều dưỡng viên tự đánh giá thực hiện quy trình hướng dẫn kỹ thuật đi trong thanh song song cho NTT theo các bước, mỗi bước đạt tối đa 2 điểm nếu thực hiện đúng.

– Đánh giá kết quả cũng dựa theo kết quả NB thực hiện đi được trong thanh song song một cách dễ dàng.

Tài liệu tự đọc thêm:

1/ Bộ Y Tế, vụ khoa học đào tạo, Bài giảng Phục hồi chức năng 2001

2/ Nguyễn Xuân Nghiên và CS Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, nhà XBYH năm 2002

Thực hành

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG

1. QUY TRÌNH THAO TÁC CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong cử nhân điều dưỡng có khả năng chăm sóc người bệnh bị tổn thương tủy sống.

1.1. Đại cương

Tổn thương tủy sống để lại nhiều di chứng nặng nề đặc biệt là di chứng về vận động, dẫn đến khả năng di chuyển của bệnh nhân bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Chính vì vậy, việc huấn luyện kỹ thuật di chuyển đặc biệt là kỹ thuật hỗ trợ di chuyển cho bệnh nhân liệt tủy từ giường sang xe lăn và ngược lại. Cuộc sống là rất cần thiết để giúp họ nhanh chóng hòa nhập được với gia đình và xã hội.

1.2. Chỉ định

Bệnh nhân liệt hai chân hoặc liệt tứ chi do tổn thương tủy sống giai đoạn hồi phục.

1.3. Chống chỉ định

Tổn thương tủy sống giai đoạn cấp.

1.4. Chuẩn bị

1. Điều dưỡng viên giải thích cho bệnh nhân về các bước tiến hành kỹ thuật hỗ trợ di chuyển cho bệnh nhân liệt tủy từ giường sang xe lăn và ngược lại.

2. Phương tiện

- Giường
- Xe lăn
- Tấm ván trượt (dùng khi chiều cao của giường và xe lăn không bằng nhau).

3. Bệnh nhân

- Sẵn sàng thực hiện các kỹ thuật di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.

1.5. Các bước tiến hành

1. Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện đúng.
2. Cố định xe lăn nghiêng một góc 45 độ với mép giường.
3. Bệnh nhân ngồi ở mép giường, hai bàn chân đặt ngay ngắn trên sàn nhà, các khớp cổ chân, gối, háng, vuông góc.
4. Giúp bệnh nhân gập thân và với một tay đến xe lăn.
5. Giúp bệnh nhân dùng tay kia chống tay xuống giường.
6. Hai tay điều dưỡng viên đỡ ngang thắt lưng bệnh nhân.
7. Điều dưỡng viên gập hai gối, hai mũi bàn chân để đối diện giữ hai mũi bàn chân bệnh nhân.
8. Điều dưỡng viên xoay người và chuyển bệnh nhân về phía xe lăn.
9. Điều dưỡng viên kéo hai vai bệnh nhân ngã ra trước và từ từ gập nhẹ hai gối mình.
10. Từ từ đặt bệnh nhân ngồi xuống xe lăn.

1.6. Theo dõi

Mạch, huyết áp và các dấu hiệu sinh tồn.

1.7. Tai biến và xử trí

Không gặp tai biến gì đặc biệt, trừ khi thực hiện không đúng kỹ thuật làm bệnh nhân ngã.

Bảng kiểm thực hành

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa thao tác	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Chào hỏi, tiếp xúc.	Để bệnh nhân an tâm tin tưởng và phối hợp tốt.	Nhẹ nhàng, tin tưởng, đúng.	1,0
2	Lượng giá bệnh nhân	Phát hiện được các dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân	Các thao tác lượng giá thành thạo	2,0
3	Phát hiện các thương tật thứ cấp	Phát hiện được các thương tật thứ cấp	Không được bỏ sót các thương tật thứ cấp	1,0
4	Lập kế hoạch chăm sóc	Để người bệnh được chăm sóc theo kế hoạch.	Chính xác, rõ ràng, dễ hiểu.	1,0
5	Tiến hành chăm sóc bệnh cho bệnh nhân theo kế hoạch	Giúp bệnh nhân nhanh chóng phục hồi	Đúng thao tác.	2,0
6	Tiến hành chăm sóc các thương tật thứ cấp cho bệnh nhân	Chăm sóc đúng cách các thương tật thứ cấp	Đúng thao tác.	1,0
7	Thực hiện các y lệnh của bác sĩ	Chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân	Đúng thao tác.	1,0
8	Ghi chép hồ sơ.	Để theo dõi, đánh giá.	Ghi đầy đủ chính xác.	1,0
Tổng số				10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm

2. QUY TRÌNH CHUYỂN BỆNH NHÂN TỪ GIƯỜNG SANG XE LĂN VÀ NGƯỢC LẠI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong cử nhân điều dưỡng có khả năng chuyển người bệnh bị tổn thương tủy sống từ giường sang xe lăn và ngược lại.

2.1. Đại cương

Tổn thương tủy sống để lại nhiều di chứng nặng nề đặc biệt là di chứng về vận động dẫn đến khả năng di chuyển của bệnh nhân bị ảnh hưởng nghiêm

trọng. Chính vì vậy, việc huấn luyện kỹ thuật di chuyển đặc biệt là kỹ thuật hỗ trợ di chuyển cho bệnh nhân liệt tủy từ giường sang xe lăn và ngược lại. Cuộc sống là rất cần thiết để giúp họ nhanh chóng hòa nhập được với gia đình và xã hội.

2.2. Chỉ định

Bệnh nhân liệt hai chân hoặc liệt tứ chi do tổn thương tủy sống giai đoạn hồi phục.

2.3. Chống chỉ định

Tổn thương tủy sống giai đoạn cấp.

2.4. Chuẩn bị

1. Điều dưỡng viên giải thích cho bệnh nhân về các bước tiến hành kỹ thuật hỗ trợ di chuyển cho bệnh nhân liệt tủy từ giường sang xe lăn và ngược lại.

2. Phương tiện

- Giường
- Xe lăn
- Tấm ván trượt (dùng khi chiều cao của giường và xe lăn không bằng nhau).

3. Bệnh nhân

– Sẵn sàng thực hiện các kỹ thuật di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.

2.5. Các bước tiến hành

1. Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện đúng.
2. Cố định xe lăn nghiêng một góc 45 độ với mép giường.
3. Bệnh nhân ngồi ở mép giường, hai bàn chân đặt ngay ngắn trên sàn nhà, các khớp cổ chân, gối, háng, vuông góc.
4. Giúp bệnh nhân gập thân và với một tay đến xe lăn.
5. Giúp bệnh nhân dùng tay kia chống tay xuống giường.
6. Hai tay điều dưỡng viên đỡ ngang thắt lưng bệnh nhân.
7. Điều dưỡng viên gập hai gối, hai mũi bàn chân để đối diện giữ hai mũi bàn chân bệnh nhân.

8. Điều dưỡng viên xoay người và chuyển bệnh nhân về phía xe lăn.

9. Điều dưỡng viên kéo hai vai bệnh nhân ngả ra trước và từ từ gập nhẹ hai khớp gối.

10. Từ từ đặt bệnh nhân ngồi xuống xe lăn.

2.6. Theo dõi

Mạch, huyết áp và các dấu hiệu sinh tồn.

2.7. Tai biến và xử trí

Không gặp tai biến gì đặc biệt, trừ khi thực hiện không đúng kỹ thuật làm bệnh nhân ngã.

Bảng kiểm thực hành

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Giải thích để bệnh nhân phối hợp	BN hiểu và phối hợp đúng	1
2	Cố định xe lăn nghiêng một góc 45 độ với mép giường.	Đúng vị trí	1
3	Bệnh nhân ngồi ở mép giường, hai bàn chân đặt ngay ngắn trên sàn nhà, các khớp cổ chân, gối, háng, vuông góc.	Tư thế BN đúng	1
4	Giúp bệnh nhân gập thân và với một tay đến xe lăn.	Tư thế đúng	1
5	Giúp bệnh nhân dùng tay kia chống tay xuống giường.	Tư thế đúng	1
6	Hai tay điều dưỡng viên đỡ ngang thắt lưng bệnh nhân.	Đúng vị trí	1
7	Điều dưỡng viên gập hai gối, hai mũi bàn chân để đối diện giữ hai mũi bàn chân bệnh nhân.	Chân để đúng vị trí	1
8	Điều dưỡng viên xoay người và chuyển bệnh nhân về phía xe lăn.	Chắc chắn, an toàn	1
9	Điều dưỡng viên kéo hai vai bệnh nhân ngả ra trước và từ từ gập nhẹ hai gối.	Tư thế đúng	1
10	Từ từ đặt bệnh nhân ngồi xuống xe lăn.	Bệnh nhân ngồi xuống nhẹ nhàng	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm

Quy trình

TRỢ GIÚP HO CÓ HIỆU QUẢ CHO BỆNH NHÂN BỊ Ứ ĐỘNG ĐỜM DÃI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này SV điều dưỡng có khả năng hướng dẫn người bệnh ho có hiệu quả.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa ho và ho có hiệu quả

– **Ho** là một phản xạ bệnh lý có tác dụng tống ra khỏi đường hô hấp các dị vật, các chất dịch tiết gây cản trở đường hô hấp: đờm, máu...

– **Ho có hiệu quả** là ho giúp loại bỏ đờm rãi từ phế, khí quản ra ngoài xuất phát từ hoạt động chính của cơ hoành. Ho từ cổ họng không có hiệu quả và làm cho người bệnh thêm mệt.

– **Các chất khạc nhổ** là các chất từ phế quản hoặc từ phổi được tống ra ngoài trong cơn ho. Khạc đờm khi số lượng chất khạc nhổ ít, khạc mủ khi ộc đột ngột một số lượng mủ lớn. Quan sát phân tích độ đặc, màu sắc, mùi của đờm có thể sơ bộ biết được nguyên nhân. Có những loại đờm nhầy dính trong cuối cơn hen phế quản, chất nhầy lẫn mủ vàng nhạt trong lao phổi, đờm mủ vàng xanh nhạt trong giãn phế quản hay áp xe phổi, đờm thanh dịch lỏng màu hồng trong phù phổi cấp, đờm thanh tơ màu gỉ sắt đặc dính trong viêm phổi thùy cấp, đờm dính máu trong lao phổi hay u phổi...

– Chỉ định trợ giúp ho có hiệu quả trong các trường hợp bệnh lý bộ máy hô hấp, tim mạch có ứ đọng đờm rãi và người bệnh không biết cách ho để khạc chất tiết đó ra ngoài đường hô hấp.

– Thận trọng: người điều dưỡng cần thận trọng trong một số trường hợp bệnh tim cấp tính hoặc sau phẫu thuật tim, phổi.

1.2. Kỹ thuật trợ giúp ho có hiệu quả: người điều dưỡng viên muốn trợ giúp người bệnh ho có hiệu quả hoặc hướng dẫn người bệnh tự ho cần thực hiện kỹ thuật này thật thành thạo.

– Kỹ thuật trợ giúp ho:

+ Đặt tư thế người bệnh (NB) nằm ngửa, có thể kê thêm gối mỏng dưới chân NB tạo thuận lợi.

+ Người điều trị đặt 2 tay lên vùng xương ức của người bệnh (có thể để 2 bàn tay chồng lên nhau).

+ Người điều trị nói với NB cuối thì thở ra thì ho mạnh.

+ Để cho NB hít vào thở ra đều đặn cho quen, đến cuối thì thở ra thì người điều dưỡng vừa ra lệnh cho NB ho ra mạnh vừa đồng thời ấn nhanh mạnh lên xương ức.

Động tác ho của NB và động tác ấn của người điều trị xảy ra đồng thời cùng một lúc mới đạt được hiệu quả cao.

+ Kết thúc cuộc ho có hiệu quả là NB có thể khạc ra đờm rãi và thở tốt hơn.

– Kỹ thuật hướng dẫn người bệnh chủ động ho có hiệu quả

+ Hướng dẫn NB nằm hoặc ngồi.

+ Người bệnh đặt 2 tay lên vùng dưới xương ức của người bệnh (có thể để 2 bàn tay chồng lên nhau).

+ NB hít vào thở ra đều đặn cho quen.

+ Thực hiện chủ động ho: NB hít vào sâu, đẩy bụng to lên, giữ lại một chút, đầu hơi gập, hắt hơi thổi mạnh ra đồng thời ấn nhanh mạnh lên xương ức.

Động tác chủ động ho của NB và động tác ấn của chính người bệnh xảy ra đồng thời cùng một lúc mới đạt được hiệu quả cao.

+ Kết thúc động tác chủ động ho có hiệu quả là NB ho khạc ra đờm rãi và thở tốt hơn.

2. QUY TRÌNH TRỢ GIÚP HO VÀ HƯỚNG DẪN HO CÓ HIỆU QUẢ

TT	Các bước thực hiện	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
<i>Trợ giúp ho có hiệu quả</i>			
1	Tiếp xúc chào hỏi, giải thích kỹ thuật	Đúng, NB hiểu	1
2	Đặt tư thế người bệnh (NB) nằm ngửa, có thể kê thêm gối mỏng dưới chân NB tạo thuận lợi	Đúng	1
3	Hướng dẫn động tác mẫu	Đúng	1
4	Người điều dưỡng đặt 2 tay lên vùng xương ức của người bệnh (có thể để 2 bàn tay chồng lên nhau)	Đúng	
5	Đến cuối thì thở ra thì người điều dưỡng vừa ra lệnh cho NB ho ra mạnh vừa đồng thời ấn nhanh mạnh lên xương ức	Đúng	1
<i>Hướng dẫn NB ho chủ động có hiệu quả</i>			
6	Hướng dẫn NB nằm ngửa hoặc ngồi	Đúng	1
7	Hướng dẫn người bệnh đặt 2 tay lên vùng dưới xương ức của người bệnh (có thể để 2 bàn tay chồng lên nhau)	Đúng	1
8	Hướng dẫn NB hít vào thở ra đều đặn	Đúng	1
9	Thực hiện chủ động ho: NB hít vào sâu, đẩy bụng to lên, giữ lại một chút, đầu hơi gập, hắt hơi thổi mạnh ra đồng thời ấn nhanh mạnh lên xương ức	Đúng	1
10	Theo dõi, ghi chép kết quả thực hiện	Đúng	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ

– Điều dưỡng viên tự đánh giá thực hiện quy trình kỹ thuật theo các bước, mỗi bước đạt tối đa 1 điểm nếu thực hiện đúng.

– Đánh giá kết quả cũng dựa theo kết quả NB ho có hiệu quả, khạc được đờm rãi một cách dễ dàng.

Tài liệu tự đọc thêm:

1/ Bộ Y tế, vụ khoa học đào tạo, Bài giảng Phục hồi chức năng 2001.

2/ Nguyễn Xuân Nghiên và CS Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, nhà XBYH năm 2002.

Quy trình

THỰC HIỆN VỖ, RUNG LỒNG NGỰC CHO NGƯỜI BỆNH BỊ Ứ ĐỘNG ĐỜM DÃI

MỤC TIÊU

1. Sau khi học xong bài này SV điều dưỡng có khả năng thực hiện được thao tác vỗ lồng ngực cho người bệnh bị ứ đọng đờm dãi.
2. Sau khi học xong bài này SV điều dưỡng có khả năng thực hiện được thao tác rung lồng ngực cho người bệnh bị ứ đọng đờm dãi.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Định nghĩa

– **Vỗ (Percussion)** là thao tác của người điều trị dùng hai bàn tay vỗ lên thành ngực người bệnh với mục đích làm long đờm dãi khỏi thành phế quản, tạo điều kiện cho người bệnh ho khạc nhổ ra ngoài.

– **Rung (Vibration)** là thao tác của người điều trị dùng hai bàn tay đặt lên thành ngực người bệnh và rung với một lực nhỏ nhanh với mục đích làm long đờm dãi khỏi thành phế quản, tạo điều kiện cho người bệnh ho khạc nhổ ra ngoài.

1.2. Chỉ định

Các bệnh lý hô hấp gây ứ đọng đờm dãi, đờm đặc dính như trong bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính, áp xe phổi, giãn phế quản, giãn phế nang...

1.3. Thận trọng và chống chỉ định

– Thận trọng khi thực hiện kỹ thuật với trẻ em và người già, bệnh cao huyết áp, bệnh mạch vành. Không vỗ phía trước lồng ngực, vùng thận hoặc vùng cột sống. Tế nhị, thận trọng và phải được sự đồng ý khi vỗ, rung cho phụ nữ.

– Chống chỉ định: các tình trạng chảy máu, sau phẫu thuật lồng ngực tình trạng chưa ổn định hoặc chưa lành vết mổ, lao phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi đang tiến triển, u phổi hay u lồng ngực.

1.4. Kỹ thuật vỗ, rung lồng ngực

– Kỹ thuật vỗ lồng ngực:

+ Người điều trị khép các ngón tay, hơi chụm khum bàn tay để khi vỗ tạo nên một lớp đệm không khí trên thành lồng ngực người bệnh.

+ Người điều trị gập duỗi cổ tay nhẹ nhàng, đều đặn, luân phiên 2 bàn tay lên vùng sau và vùng bên của thành lồng ngực.

+ Cổ tay của người điều trị không nên quá gồng cứng, cũng không nên quá lỏng lẻo, không nên vỗ mạnh, chỉ vỗ vừa sức.

+ Thời gian mỗi lần điều trị kỹ thuật này tùy theo khả năng chịu đựng của người bệnh. Thông thường mới bắt đầu có thể 5 phút sau đó tăng dần đến 10 – 15 phút. Liệu trình điều trị tùy theo hiệu quả và tiến triển của bệnh. Trung bình 8 – 10 lần.

– Kỹ thuật rung lồng ngực:

+ Người điều trị đặt 2 bàn tay lên thành lồng ngực của người bệnh với khuỷu duỗi thẳng để tạo nên một lực đè vừa đủ, có thể chồng 2 bàn tay lên nhau.

+ Để cho người bệnh hít vào, đẩy xương sườn ra và chống lại sức đè của người điều trị. Khi người bệnh thở ra, người điều trị **rung nhẹ và nhanh** lên thành lồng ngực của người bệnh để “ép” đờm rãi từ phế quản nhỏ ra phế quản lớn.

+ Người điều trị khi rung thành ngực, cảm thấy như đang “truyền lực” từ cánh tay xuống thành ngực người bệnh, không ép mạnh và lâu.

+ Thời gian mỗi lần rung khoảng 20 – 30 giây nghỉ 20 – 30 giây rồi tiếp tục rung lần khác. Trung bình mỗi lần điều trị 5 – 8 phút, tùy theo sức chịu đựng của người bệnh.

2. QUY TRÌNH VỖ, RUNG LỒNG NGỰC

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	T.chuẩn đạt
Quy trình vỗ lồng ngực			
1	Tiếp xúc chào hỏi, giải thích kỹ thuật	Đúng, NB hiểu	1
2	Đặt tư thế người bệnh (NB) nằm nghiêng hoặc nằm sấp, có thể ngồi hơi gập về phía trước (tùy theo vùng cần được vỗ) có thể kê thêm gối mỏng dưới chân NB tạo thuận lợi khi ở tư thế nằm.	Đúng	1
3	Tiến hành khệp các ngón tay và chụm bàn tay, thực hiện một số động tác mẫu với cổ tay gập duỗi nhẹ nhàng trên vùng lựa chọn điều trị.	Đúng	1
4	Người điều trị tiến hành vỗ đều đặn lên xuống vùng đã lựa chọn	Đúng	1
5	Trợ giúp người bệnh ho, khạc đờm	Đúng	1
Kỹ thuật rung lồng ngực			
6	Giải thích kỹ thuật	Đúng	1
7	Đặt tư thế người bệnh (NB) nằm ngửa, nằm nghiêng hoặc nằm sấp (tùy theo vùng cần được rung) có thể kê thêm gối mỏng dưới chân NB tạo thuận lợi khi ở tư thế nằm.	Đúng	1
8	Thực hiện kỹ thuật rung thành lồng ngực.	Đúng	1
9	Trợ giúp người bệnh ho, khạc đờm ra ngoài	Đúng	1
10	Theo dõi, ghi chép kết quả thực hiện kỹ thuật vỗ, rung lồng ngực	Đúng	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ

– Điều dưỡng viên tự đánh giá thực hiện quy trình kỹ thuật theo các bước, mỗi bước đạt tối đa 1 điểm nếu thực hiện đúng.

– Đánh giá kết quả cũng dựa theo kết quả NB ho có hiệu quả, khạc được đờm rãi một cách dễ dàng.

Tài liệu tự đọc thêm:

1/ Bộ Y tế, vụ khoa học đào tạo, Bài giảng Phục hồi chức năng 2001.

2/ Nguyễn Xuân Nghiên và CS Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, nhà XBYH năm 2009.



Quy trình

BĂNG ÉP CHỐNG HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ Ở BỆNH NHÂN LIỆT TỬY

MỤC TIÊU

Sau khi học xong CNDD có khả năng thực hiện băng ép cho BN liệt tửy.

1. ĐẠI CƯƠNG

Các thương tật thứ phát của cơ quan tuần hoàn thường xảy ra ở những bệnh nhân nằm lâu, bất động. Thường gặp là tình trạng tụt huyết áp tư thế và các biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu. Nguyên nhân :

- Do ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch.
- Do mất tác động của bơm cơ.
- Do tăng các yếu tố đông máu.
- Do các chấn thương mắc phải của thành mạch.

Hậu quả làm trì hoãn quá trình tập luyện phục hồi chức năng của bệnh nhân, thậm chí có thể gây tử vong do tắc mạch phổi.

Băng chun ép hai chân là một trong các biện pháp dự phòng có hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp liệt vận động.
- Bệnh nhân hôn mê nằm bất động tại giường.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý động mạch (thiếu năng nuôi dưỡng).
- Các tổn thương da.
- Dị ứng với băng chun.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ chuyên khoa : điều dưỡng, người nhà hoặc bản thân bệnh nhân.

4.2. Phương tiện

-- Cuộn băng chun kích thước rộng 9 x 100 cm, tùy theo kích thước chân của bệnh nhân có thể sử dụng 3 – 5 cuộn cho một chân.

4.3. Người bệnh

-- Phải giải thích trước cho bệnh nhân hiểu về tác dụng và cách thức băng chun, thời gian sử dụng.

-- Cần thiết nói rõ cho người bệnh biết về các dấu hiệu nhận biết khi băng quá chặt, có thể gây thiếu máu nuôi dưỡng chi

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi rõ chỉ định (vị trí, thời gian).
- Các dấu hiệu theo dõi bệnh nhân trong 15 phút đầu.
- Các biến chứng xảy ra trong suốt quá trình trị liệu.
- Kết quả của quá trình trị liệu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Quy trình băng chun ép hai chân

- Bệnh nhân nằm ngửa, tư thế thả lỏng, hai chân duỗi.
- Bắt đầu đặt cuộn băng chun từ phần trước bàn chân, băng ngược dần lên gốc chi, băng theo hình số 8, lăn cuộn băng sát da của bệnh nhân theo hướng ngược chiều kim đồng hồ, áp lực vừa phải. Các lớp băng chồng lên nhau đều đặn.
- Hết cuộn băng, cố định bằng kim gài. Lưu ý tránh cọ sát đầu kim vào da của bệnh nhân.

5.2. Yêu cầu kỹ thuật

- Các lớp băng chồng lên nhau theo hình số 8, đều đặn, lớp sau chồng lên 1/2 chiều rộng của lớp trước.

– Băng phải có tác dụng nén ép vào hai chân, nhưng không làm cản trở máu nuôi dưỡng của động mạch, áp lực ép phải giảm dần từ ngọn chi lên gốc chi. Cụ thể các đầu chi không tím, vận động các khớp cổ chân và gối vẫn thực hiện được hết tầm.

6. THEO DÕI

– Trong 15 phút đầu sau khi băng xong bệnh nhân phải có cảm giác dễ chịu, không đau, không tê chân, vận động các khớp phải hết tầm vận động.

– Nhìn các đầu chi hồng, không sưng nề.

– Nếu bệnh nhân bị rối loạn cảm giác thì theo dõi dựa vào quan sát đầu chi, và đánh giá tầm vận động khớp cổ chân, gối và háng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Thiếu máu nuôi dưỡng

Biểu hiện : tím đầu chi, bệnh nhân đau hoặc tê bì chân.

Xử trí : ngay lập tức tháo băng chun, vận động thụ động các khớp để tái lập tuần hoàn.

Bảng kiểm thực hành băng chun ép hai chân chống hạ huyết áp tư thế

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Chuẩn bị cuộn băng chun	Kiểm tra độ chun giãn tốt, kích thước 9 x 100cm	1
2	Giải thích cho bệnh nhân ý nghĩa, tác dụng, cách băng, cách theo dõi.	Rõ ràng, dễ hiểu	2
3	Kỹ thuật băng từ ngọn chi ngược lên gốc chi, băng theo hình số 8, lăn cuộn băng sát da của bệnh nhân theo hướng ngược chiều kim đồng hồ, áp lực vừa phải.	Các đầu chi không tím, vận động các khớp cổ chân và gối vẫn thực hiện được hết tầm	5
4	Cố định băng bằng kim gài	Băng không tuột, kim gài không chạm vào da của bệnh nhân	1
5	Kiểm tra lại sau khi băng (đầu chi, vận động của khớp)		1
Tổng điểm			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành đúng quy trình theo bảng kiểm



Quy trình

HƯỚNG DẪN BN TỔN THƯƠNG TUỖ SỐNG ĐẶT THÔNG TIỂU NGẮT QUĂNG

1. ĐẶT THÔNG TIỂU NGẮT QUĂNG Ở NỮ GIỚI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

Hướng dẫn được bệnh nhân nữ đặt thông tiểu ngắn quăng.

1.1. Đại cương

Tiểu tiện không tự chủ và nước tiểu tồn dư do bàng quang làm thoát nước tiểu không hoàn toàn nên nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu rất phổ biến. Nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu càng cao hơn ở bệnh nhân đặt thông tiểu cố định. Chính vì vậy, việc hiểu được cũng như thực hiện được kỹ thuật đặt thông tiểu ngắn quăng là rất cần thiết của một điều dưỡng viên.

1.2. Chỉ định

Tiểu tiện không tự chủ (liệt hoàn toàn hoặc đang còn ở giai đoạn chưa hồi phục bàng quang ở người liệt không hoàn toàn).

1.3. Chống chỉ định

- Chấn thương bàng quang và cơ thắt bàng quang.
- Mổ cấp cứu.
- Bệnh nhân đang trong giai đoạn cấp của bệnh.

1.4. Chuẩn bị

1. Điều dưỡng giải thích cho bệnh nhân rõ về kỹ thuật đặt thông tiểu ngắn quăng.



2. Chuẩn bị dụng cụ

- Bộ đặt thông tiểu:
 - + 1 ống thông tiểu (nelaton)
 - + Bông (hoặc gạc)
 - + 1 kẹp
 - +1 chén chum
- Khay: 1 cái
- Gạc vaselin
- Gạc vô trùng
- Găng vô trùng (nếu cần)
- Thuốc sát khuẩn (Povidin 10%)
- Túi đựng rác
- Dụng cụ đựng nước tiểu (túi tiểu, xô tiểu)
- Khăn lót
- Kéo

1.5. Các bước tiến hành

1. Điều dưỡng viên rửa tay sạch bằng xà bông với nước trước khi làm thủ thuật.
2. Bệnh nhân được vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục.
3. Soạn dụng cụ (như trên), để dụng cụ đúng vị trí quy định.
4. Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp, lót khăn, hỗ trợ chân bị liệt bằng gối.
5. Để bộ thông tiểu vào khay, mở bộ thông tiểu (không được đựng vào mép trong của gói vô trùng).
6. Cắt bao gạc vô trùng, dùng kẹp gấp gạc bỏ vào khay.
Đổ povidine vào chén chum (vừa đủ dùng).
7. Tay thuận dùng kẹp gấp gạc thấm ướt povidin sát khuẩn bộ phận sinh dục đi từ ngoài vào trong (môi lớn, môi bé, lỗ tiểu) từ trên xuống, sát khuẩn cho tới khi sạch. Gấp để lại 1 miếng gạc ngay lỗ tiểu.
8. Dùng kẹp gấp gạc vaselin cùng miếng gạc vô trùng đưa qua tay không thuận. Tay thuận dùng kẹp Kocher kẹp đuôi ống để tay không thuận bôi trơn ống thông tiểu bằng gạc vaselin từ 4 – 5 cm xuống đến đầu ống, giữ luôn đầu ống bên tay không thuận trong gạc.

9. Tay thuận dùng kẹp chuyển lên cầm đầu ống thông tiểu. Tay không thuận kẹp đuôi ống vào 2 ngón tay út và áp út đồng thời bộc lộ lỗ niệu đạo và hất miếng gạc đi. Tay thuận dùng kẹp đặt ống thông tiểu vào nhẹ nhàng và từ từ.

10. Đặt ống thông vào cho tới khi nước tiểu bắt đầu chảy ra, bóp ống lại, lấy bỏ hứng nước tiểu.

11. Nước tiểu chảy hết, bóp ống thông tiểu lại, kéo từ từ ống ra.

12. Lau khô vùng sinh dục bằng gạc, đo lượng nước tiểu, xem xét màu sắc, tính chất.

13. Thu dọn dụng cụ và rửa tay.

14. Bệnh nhân ghi vào phiếu theo dõi nước tiểu: ngày giờ đặt thông tiểu, số lượng, màu sắc, tính chất.

1.6. Theo dõi và chăm sóc ống thông tiểu

– Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp hằng ngày. Nếu bệnh nhân có sốt, rét run, đau lưng phải nghĩ đến một nhiễm khuẩn và báo cho bác sĩ điều trị.

– Theo dõi số lượng nước tiểu hằng ngày và ghi vào phiếu theo dõi

– Báo cho bác sĩ những diễn biến bất thường. Trung bình số lượng nước tiểu ở người lớn 1 – 2 ml/kg cân nặng/giờ. Trong 24h, trung bình nữ bài tiết khoảng 1200ml nước tiểu [4].

– Theo dõi màu sắc, tính chất, mùi vị nước tiểu.

1.7. Tai biến và xử trí

1.7.1. Nhiễm trùng tiết niệu: thông tiểu ngắt quãng ở bàng quang ít gây nhiễm trùng tiết niệu hơn thông tiểu lưu tuy nhiên vẫn có thể xảy ra.

Triệu chứng: sốt cao, rét run, đau bụng dưới, nước tiểu đục, có mùi hôi. Vi khuẩn vào đường tiết niệu theo ống thông hoặc theo thành niệu đạo. Môi trường nước tiểu thuận lợi để vi khuẩn tăng theo cấp số nhân...

1.7.2. Để phòng biến chứng nhiễm trùng cần

– Rửa tay sạch trước khi cầm ống thông.

– Rửa da và xung quanh bộ phận sinh dục.

– Uống nhiều nước hằng ngày (trên 2l/ ngày)

– Toan hoá nước tiểu trong trường hợp đặt thông tiểu cố định. Cho bệnh nhân uống 1g vitamin C/ ngày.



Bảng kiểm thực hành
LÀM MẪU ĐỂ BỆNH NHÂN ĐẶT ống THÔNG TIỂU NGẮT QUĂNG (Ở NỮ GIỚI)

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Hướng dẫn bệnh nhân	Đầy đủ, dễ hiểu, rõ ràng	1
2	Chuẩn bị dụng cụ/ vệ sinh BN	Đầy đủ dụng cụ, BN được vệ sinh tay, bộ phận sinh dục sạch sẽ	1
3	Sắp xếp dụng cụ và chuẩn bị tư thế của người bệnh cho thuận tiện	Thao tác thuận tiện	1
4	Sát khuẩn bộ phận sinh dục nữ	Đúng kỹ thuật sát khuẩn	1
5	Bôi trơn đầu ống thông	Từ đầu tới 5cm của ống thông	1
6	Kẹp ống thông, tay kia bộc lộ lỗ niệu đạo		1
7	Đưa ống thông vào lỗ niệu đạo/ hứng nước tiểu chảy ra vào xô	Đưa ống thông vào trong bàng quang, nước tiểu chảy ra.	1
8	Rút ống thông, lau sạch bằng gạc	Nhẹ nhàng	1
9	Thu dọn dụng cụ/ rửa tay		1
10	Ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, chính xác	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện được quy trình theo bảng kiểm

2. ĐẶT THÔNG TIỂU NGẮT QUĂNG Ở NAM GIỚI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong ĐDV có khả năng

Hướng dẫn được bệnh nhân nam đặt thông tiểu ngắt quăng.

2.1. Đại cương

(xem phần thông tiểu ngắt quăng ở nữ giới)

2.2. Chỉ định

Tiểu tiện không tự chủ (liệt hoàn toàn hoặc đang còn ở giai đoạn chưa hồi phục bàng quang ở người liệt không hoàn toàn)

2.3. Chống chỉ định

- Chấn thương bằng quang và cơ thắt bằng quang.
- Mổ cấp cứu.
- Bệnh nhân đang trong giai đoạn cấp của bệnh.

2.4. Chuẩn bị

1. Điều dưỡng giải thích cho bệnh nhân rõ về kỹ thuật đặt thông tiểu ngắt quãng

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Bộ đặt thông tiểu:
 - + 1 ống thông tiểu (nelaton)
 - + Bông (hoặc gạc)
 - + 1 kẹp
 - + 1 chén chum
- Khay: 1 cái
- Gạc vaselin
- Gạc vô trùng
- Găng vô trùng (nếu cần)
- Thuốc sát khuẩn (Povidin 10%)
- Túi đựng rác
- Dụng cụ đựng nước tiểu (túi tiểu, xô tiểu)
- Khăn lót
- Kéo

2.5. Các bước tiến hành

1. Điều dưỡng viên rửa tay sạch bằng xà bông với nước trước khi làm thủ thuật.
2. Bệnh nhân được vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục.
3. Soạn dụng cụ (như trên), để dụng cụ đúng vị trí quy định.
4. Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp, lót khăn, hỗ trợ chân bị liệt bằng gối.

5. Để bộ thông tiểu vào khay, mở bộ thông tiểu (không được đung vào mép trong của gói vô trùng).

6. Cắt bao gạc vô trùng, dùng kẹp gấp gạc bỏ vào khay.

Đổ povidin vào chén chum (vừa đủ dùng)

7. Một tay điều dưỡng viên nâng dương vật lên, kéo da quy đầu xuống để lộ lỗ tiểu, tay kia dùng kẹp:

– Lấy gạc thấm ướt povidin sát khuẩn từ lỗ tiểu rộng ra ngoài theo hình xoắn ốc.

– Sát khuẩn cho tới sạch.

8. Dùng kẹp gấp gạc vô trùng để dưới dương vật, đặt dương vật lên miếng gạc để ngăn cách giữa bìu và đầu dương vật.

9. Dùng kẹp gấp gạc vaselin cùng miếng gạc vô trùng đưa qua tay không thuận. Một tay dùng kẹp kẹp đuôi ống thông tiểu để tay kia bôi trơn ống thông tiểu bằng gạc vaselin từ 16 – 20 cm xuống đến đầu ống, giữ luôn đầu ống bên tay trong gạc.

10. Một tay dùng kẹp chuyển lên cầm đầu ống thông tiểu. Tay kia kẹp đuôi ống vào 2 ngón tay út và áp út đồng thời nâng dương vật lên thẳng đứng. Một tay dùng kẹp đặt ống thông tiểu vào nhẹ nhàng và từ từ.

11. Đặt ống thông tiểu vào cho tới khi nước tiểu bắt đầu chảy ra bóp ống lại, lấy bỏ hứng nước tiểu.

12. Nước tiểu chảy hết, bóp ống thông tiểu lại, kéo từ từ ống ra.

13. Lau khô vùng sinh dục bằng gạc, đo lượng nước tiểu, xem xét màu sắc, tính chất.

14. Thu dọn dụng cụ và rửa tay.

15. Ghi vào phiếu theo dõi nước tiểu: ngày giờ đặt thông tiểu, số lượng, màu sắc, tính chất.

2.6. Theo dõi và chăm sóc ống thông tiểu

– Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp hằng ngày. Nếu bệnh nhân có sốt, rét run, đau lưng phải nghĩ đến một nhiễm khuẩn và báo cho bác sĩ điều trị.

– Theo dõi số lượng nước tiểu hằng ngày và ghi vào phiếu theo dõi.

– Báo cho bác sĩ những diễn biến bất thường. Trung bình số lượng nước tiểu ở người lớn 1 – 2 ml/kg cân nặng/giờ. Trong 24h, trung bình nam bài tiết khoảng 1400ml.

– Theo dõi màu sắc, tính chất, mùi vị nước tiểu.

2.7. Tai biến và xử lý

(Xem phần này bài thông tiểu ngắt quãng ở nữ giới)

Bảng kiểm thực hành

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN NAM ĐẶT ỐNG THÔNG TIỂU NGẮT QUẢNG

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Hướng dẫn bệnh nhân	Đầy đủ, dễ hiểu, rõ ràng	1
2	Chuẩn bị dụng cụ/ vệ sinh BN	Đầy đủ dụng cụ, BN được vệ sinh tay, bộ phận sinh dục sạch sẽ	1
3	Sắp xếp dụng cụ và chuẩn bị tư thế của người bệnh cho thuận tiện	Thao tác thuận tiện	1
4	Sát khuẩn dương vật	Đúng kỹ thuật sát khuẩn	1
5	Bôi trơn đầu ống thông	Từ đầu tới 5cm của ống thông	1
6	Kẹp ống thông, tay kia giữ dương vật đứng thẳng		1
7	Đưa ống thông vào dương vật/ hứng nước tiểu chảy ra vào xô	Đưa ống thông vào trong bàng quang, nước tiểu chảy ra.	1
8	Rút ống thông, lau sạch bằng gạc	Nhẹ nhàng	1
9	Thu dọn dụng cụ/ rửa tay		1
10	Ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, chính xác	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm

Quy trình

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG
TUỶ SỔNG ĐẶT THÔNG TIỂU LƯU

MỤC TIÊU

*Sau khi học xong CNDD có khả năng
Hướng dẫn được bệnh nhân đặt thông tiểu lưu.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiểu tiện không tự chủ và nước tiểu tồn dư do bàng quang làm thoát nước tiểu không hoàn toàn nên nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu rất phổ biến. Nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu càng cao hơn ở bệnh nhân đặt thông tiểu cố định. Chính vì vậy, việc hiểu được cũng như thực hiện được kỹ thuật đặt thông tiểu ngắt quãng là rất cần thiết của một điều dưỡng viên.

2. CHỈ ĐỊNH

Tiểu tiện không tự chủ (liệt hoàn toàn hoặc đang còn ở giai đoạn chưa hồi phục bàng quang ở người liệt không hoàn toàn).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chấn thương bàng quang và cơ thắt bàng quang.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Xem hồ sơ, đối chiếu với bệnh nhân.
- Giải thích, động viên để bệnh nhân yên tâm.

4.2. Điều dưỡng

Rửa tay sạch, mũ, khẩu trang.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

– Dụng cụ vô khuẩn.

+ Ống thông Foley vô khuẩn kích cỡ phù hợp.

+ Găng tay vô khuẩn.

+ Khay chữ nhật trải sẵn vô khuẩn, sẵn có lỗ, gạc miếng, gạc củ ấu.

+ Bơm tiêm 10 – 15ml.

+ Túi dẫn lưu nước tiểu.

– Dụng cụ sạch

+ Khay chữ nhật, khay quả đậu.

+ Ống cầm phanh, 2 kẹp Kocher, kéo, băng dính.

+ Lọc cồn 70°, dầu paraffin, lọ betadin, nước muối sinh lý 0,9%, thuốc tím dung dịch 1% hoặc thuốc đỏ dung dịch 2%.

+ Găng tay sạch

+ Giá và ống nghiệm

+ Bô, nilon.

5. TIẾN HÀNH

– Che bình phong (nếu ở phòng điều trị).

– Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân chống, đùi hơi giăng, dưới mông bệnh nhân trải nilon, trên đặt bô dẹt, quần bệnh nhân tụt dưới đầu gối.

– Đi găng sạch. Dùng gạc tẩm dung dịch rửa bộ phận sinh dục.

– Sát khuẩn tay kỹ thuật viên. Đi găng vô khuẩn. Trải sẵn có lỗ để lộ bộ phận sinh dục. Bôi trơn đầu ống thông bằng dầu paraffin. Một tay lót gạc vành bộ phận sinh dục (nếu là nữ), cầm dương vật lên (nếu là nam), tay còn lại đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang nhẹ nhàng để nước tiểu chảy ra. Đưa ống thông vào khoảng 4 – 5 cm (nữ), nam cần đưa sâu trên 10cm, tới khi có nước tiểu chảy ra, đưa sâu thêm vài cm nữa.

- Bơm bóng nước khoảng 10ml nước muối sinh lý, nối với túi dẫn lưu nước tiểu, cố định dẫn lưu vào đùi và treo túi dẫn lưu.
- Thu dọn dụng cụ.
- Để bệnh nhân về tư thế thoải mái.
- Ghi chép vào hồ sơ: ngày giờ đặt thông tiểu, số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu, người làm thủ thuật.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC ỐNG THÔNG TIỂU

6.1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp hằng ngày. Nếu bệnh nhân có sốt, rét run, đau lưng phải nghĩ đến nhiễm khuẩn tiết niệu và báo cho bác sĩ điều trị.
- Theo dõi số lượng nước tiểu hằng ngày và ghi vào phiếu theo dõi
- Báo cho bác sĩ những diễn biến bất thường. Trung bình số lượng nước tiểu ở người lớn 1 – 2 ml/kg cân nặng/giờ. Trong 24h, trung bình nữ bài tiết khoảng 1200ml nước tiểu.
- Theo dõi màu sắc, tính chất, mùi vị nước tiểu.

6.2. Theo dõi và chăm sóc ống thông tiểu

Chăm sóc 4 điểm dễ gây nhiễm trùng, hằng ngày kiểm tra sự an toàn sạch sẽ của 4 điểm này:

- Điểm tiếp giáp chỗ đặt ống thông tiểu và miệng sáo hay lỗ niệu đạo.
- Điểm nối giữa đầu ống thông với đầu dây túi nước tiểu.
- Đoạn dây dễ gấp làm cho nước tiểu không lưu thông gây ứ đọng và trào ngược lên bàng quang.
- Điểm tháo nước tiểu hằng ngày.

6.3. Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà

- Để túi nước tiểu thường xuyên thấp hơn bàng quang ở mọi tư thế để đề phòng nước tiểu trào ngược lại bàng quang, không để túi nước tiểu chạm đất.
- Tháo nước tiểu khi túi đầy. Khi tháo túi nước tiểu hằng ngày phải rửa tay, không để nước tiểu rơi ra đất.

- Kiểm tra thường xuyên đảm bảo ống thông tiểu không bị tắc, không bị tuột ra.
- Khi vận chuyển bệnh nhân phải xả hết nước tiểu và cặp ống thông.
- Bệnh nhân phải vệ sinh vùng sinh dục 1 lần/ngày bằng xà phòng và nước sạch.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. Nhiễm trùng tiết niệu: thông tiểu ngắt quãng ở bàng quang ít gây nhiễm trùng tiết niệu hơn thông tiểu lưu tuy nhiên vẫn có thể xảy ra.

Triệu chứng: sốt cao, rét run, đau bụng dưới, nước tiểu đục, có mùi hôi. Vi khuẩn vào đường tiết niệu theo ống thông hoặc theo thành niệu đạo. Môi trường nước tiểu thuận lợi để vi khuẩn tăng theo cấp số nhân...

7.2. Đề phòng biến chứng nhiễm trùng cần

- Rửa tay sạch trước khi cầm ống thông.
- Rửa da và xung quanh bộ phận sinh dục.
- Uống nhiều nước hằng ngày (trên 2l/ ngày)
- Toan hoá nước tiểu trong trường hợp đặt thông tiểu cố định. Cho bệnh nhân uống 1g vitamin C/ ngày.
- Tránh tối đa dùng ống thông bàng quang và giảm thời gian lưu ống thông.
- Đặt ống thông đúng quy trình kỹ thuật, đảm bảo vô khuẩn, thao tác nhẹ nhàng tránh thô bạo.
- Đảm bảo dẫn lưu kín, một chiều.
- Theo dõi số lượng nước tiểu hằng ngày, tháo nước tiểu thường xuyên bằng van ở đáy túi, không để nước tiểu ở lâu trong bàng quang.
- Khi chăm sóc vệ sinh hằng ngày phải chú ý 4 điểm dễ gây nhiễm trùng, kiểm tra ống thông có bị tắc không.
- Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn bằng xà phòng và nước sạch.
- Giáo dục cho nhân viên y tế và người nhà biết, tôn trọng phương pháp chăm sóc hệ thống dẫn lưu.

7.3. Tắc ống thông

Có thể do ống thông quá cũ, do cặn bẩn hoặc cục máu ở bàng quang gây tắc. Đôi khi ruột căng phồng chèn vào ống thông, ngăn lưu thông của nước tiểu. Một nguyên nhân thường gặp nữa là bóng nước xẹp và tụt ống thông vào đầu trong niệu đạo. Nên thay ống thông thường xuyên hơn. Chẳng hạn nếu đang thực hiện 2 tuần/ lần nếu ống thông tắc thì thay 1 tuần/ lần.

7.4. Tụt ống thông

Trong quá trình lưu thông tiểu, có thể bị tụt ống thông. Nguyên nhân thường do vỡ bóng nước, hoặc do lượng nước bơm vào bóng ít (không đủ 10ml). Cần thay ống thông mới.

7.5. Cơ cường giao cảm

Là những cơn vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tăng xảy ra ở bệnh nhân liệt tủy. Thường có thể do yếu tố kích thích ở tiểu khung như: nhiễm trùng bàng quang hoặc loét tỳ đè, tắc ống thông. Cần báo cho thầy thuốc để xử trí cơn đồng thời tìm hiểu nguyên nhân gây nên cơn cường giao cảm đó.

Bảng kiểm thực hành

LÀM MẪU ĐỂ BỆNH NHÂN ĐẶT ỐNG THÔNG TIỂU LƯU

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn đạt	Điểm
1	Hướng dẫn bệnh nhân	Đầy đủ, dễ hiểu, rõ ràng	1
2	Chuẩn bị dụng cụ/ vệ sinh BN	Đầy đủ dụng cụ, BN được vệ sinh tay, bộ phận sinh dục sạch sẽ	1
3	Sắp xếp dụng cụ và chuẩn bị tư thế của người bệnh cho thuận tiện	Thao tác thuận tiện	1
4	Sát khuẩn bộ phận sinh dục nữ	Đúng kỹ thuật sát khuẩn	1
5	Bôi trơn đầu ống thông	Từ đầu tới 5cm của ống thông	1
6	Kẹp ống thông, tay kia bộc lộ lỗ niệu đạo		1
7	Đưa ống thông vào lỗ niệu đạo/ hứng nước tiểu chảy ra vào xô	Đưa ống thông vào trong bàng quang, nước tiểu chảy ra.	1
8	Bơm nước vào bóng để cố định ống thông (khoảng 10ml)/ Kiểm tra lại vị trí ống thông		1

9	Thu dọn dụng cụ/ rửa tay	Đúng thao tác	1
10	Ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, chính xác	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm

Quy trình

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH KIỂM SOÁT ĐƯỜNG RUỘT Ở NGƯỜI CÓ DẠNG ĐƯỜNG RUỘT PHẢN XẠ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong CNDD có khả năng

Hướng dẫn được bệnh nhân thực hiện được chương trình kiểm soát đường ruột dạng phản xạ.

1. ĐẠI CƯƠNG

Sau chấn thương tuỷ sống bệnh nhân cần được hướng dẫn thiết lập chương trình kiểm soát đường ruột, thực chất là tạo phản xạ đại tiện tự chủ. Để tạo được phản xạ này, điều dưỡng viên cần hướng dẫn giám sát người bệnh một quy trình từ lúc đưa thức ăn, đồ uống vào tới khi đi đại tiện. Chương trình kiểm soát đường ruột được bắt đầu ngay khi các dấu hiệu sinh tồn ổn định và người bệnh sẵn sàng thực hiện các bước trong quy trình.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân bị tổn thương tuỷ sống gây rối loạn kiểm soát đại tiện kiểu phản xạ (tổn thương tuỷ cao trên T12).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có rối loạn tri giác, hôn mê.
- Bệnh nhân liệt tứ chi, không tự thực hiện được thao tác.
- Bệnh nhân bị rối loạn kiểm soát đường ruột một số dạng khác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Điều dưỡng viên

- Hướng dẫn cho bệnh nhân hoặc thân nhân họ.
- Làm mẫu 1 lần

4.2. Phương tiện

- Khay sạch
- Găng tay sạch
- Dầu bôi trơn
- Bô (nếu người bệnh không tự đi ra nhà vệ sinh được)

4.3. Người bệnh

- Lắng nghe chỉ dẫn, quan sát các bước thực hiện
- Làm theo chỉ dẫn.

4.4. Ghi chép hồ sơ

Ghi lại cách bệnh nhân thực hiện và những điểm cần lưu ý họ lần sau.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thảo luận với BN về thời gian thích hợp để tập chuyển động đường ruột: do BN tự chọn để phù hợp với sinh hoạt của họ nhất. Khuyến khích họ tự thực hiện.
2. Bệnh nhân nằm nghiêng trái nếu không ngồi được.
3. Xoa bóp bụng theo chiều từ phải sang trái.
4. Kích thích bằng thuốc đạn, hoặc cho ngón tay có đeo găng bôi trơn vào ngoáy hậu môn 1 phút cho đến khi hậu môn thư giãn và phân ra. Người lớn tuổi hoặc mới bị thương giai đoạn cấp, thời gian ngoáy phải 2 phút.
5. Đợi 5 – 10 phút cho bệnh nhân ngồi bô hoặc toilet. Nếu bệnh nhân không thể ngồi dậy => cho nằm nghiêng sang trái.
6. Nhắc lại động tác 3 – 4 lần nếu phân không ra; móc chỗ phân cứng và khô ở trực tràng đi.
7. Có thể co cơ thành bụng để tăng di chuyển của phân trong đại tràng.

8. Rửa sạch tay và hậu môn.
9. Thu dọn dụng cụ
10. Ghi chép hồ sơ

6. THEO DÕI

Tình trạng hoạt động của ruột tới khi thiết lập được đại tiện tự chủ theo giờ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

Đôi khi có cơn cường giao cảm gây mạch nhanh, huyết áp cao do tắc phân hoặc táo bón lâu ngày. Dẫn bệnh nhân theo dõi các dấu hiệu sinh tồn nếu có gì khó chịu báo cho nhân viên y tế để xử lý.

Bảng kiểm hướng dẫn

BỆNH NHÂN THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH ĐẠI TIỆN Ở NGƯỜI CÓ DẠNG ĐƯỜNG RUỘT PHẢN XẠ

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Thảo luận với BN chọn giờ đi đại tiện	Rõ ràng dễ hiểu	1
2	Chuẩn bị dụng cụ		1
3	BN nằm nghiêng trái, xoa bóp bụng theo chiều từ phải sang trái.	Tư thế thuận lợi	1
4	Kích thích hậu môn bằng thuốc đạn, hoặc bằng ngón tay trong 1-2 phút	Nhẹ nhàng	1
5	Cho BN ngồi bô hoặc đi toa let, hoặc nằm nghiêng sang trái		1
6	Lặp lại động tác vài lần nếu phân không ra hoặc mót phân	Phân ra	1
7	Co cơ thành bụng để đẩy phân ra	Biết co cơ thành bụng	1
8	Rửa tay, hậu môn		1
9	Thu dọn dụng cụ		1
10	Nhận xét hoạt động của BN, ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, chính xác	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm



Quy trình 15

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TUY SỔNG THIẾT LẬP CHƯƠNG TRÌNH ĐƯỜNG RUỘT Ở DẠNG RUỘT LIỆT NHỄO

MỤC TIÊU

Sau khi học xong CNDD có khả năng

Hướng dẫn được bệnh nhân thực hiện được chương trình kiểm soát đường ruột dạng liệt nhẽo.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi tổn thương dưới đốt sống T12, hoặc tổn thương tủy cùng sẽ gây mất phản xạ bài tiết phân và làm giãn cơ thắt ngoài của hậu môn. Phân sẽ bị đẩy ra ngoài khi đầy trực tràng. Phân được bài tiết không tự chủ và mỗi lần bài tiết không hết. Đây là dạng ruột liệt nhẽo. Điều dưỡng viên cần hướng dẫn bệnh nhân tự kiểm soát chế độ ăn cho phù hợp và kiểm soát việc bài tiết phân.

2. CHỈ ĐỊNH

Liệt ruột ở giai đoạn choáng tủy

Hoạt động ruột theo kiểu liệt nhẽo sau chấn thương tủy sống (thường ở bệnh nhân tổn thương tủy sống hoàn toàn dưới đốt sống ngực 12)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dạng ruột phản xạ do liệt tủy cao; trên đốt sống ngực 12.



4. CHUẨN BỊ

4.1. Điều dưỡng: trao đổi với bệnh nhân về thời gian, cách thức, tư thế thực hiện chương trình kiểm soát đường ruột.

4.2. Phương tiện dụng cụ

- Găng tay sạch
- Gel bôi trơn
- Bô
- Ghế thủng

4.3. Bệnh nhân: nếu ngồi được thì được ngồi ghế, nếu không thì cho nằm nghiêng trái.

4.4. Hồ sơ: xem kết quả khám của thầy thuốc kiểm soát hoạt động ruột

Các vấn đề cần đề phòng nếu có.

4.4.1. Cách thức tiến hành

- Để bệnh nhân nằm nghiêng trái (hoặc ngồi trên ghế thủng); hai tay đi găng sạch, có bôi gel.
- Điều dưỡng viên tay đi găng sạch, bôi trơn.
- Cho một ngón tay vào hậu môn người bệnh, cách mép ngoài khoảng 2 – 3 cm, ngoáy theo chiều kim đồng hồ 1 – 2 vòng và rút ngón tay ra.
- Chờ đợi vài phút xem phân có ra không, tiếp tục ngoáy hậu môn một vài lần nữa.
- Nếu phân không ra được do táo bón hoặc quá cứng, cần móc phân ra.
- Tháo sạch phân khỏi trực tràng.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay
- Làm mẫu cho bệnh nhân một lần, lần kế tiếp để bệnh nhân tự làm.
- Mỗi ngày có thể phải tháo phân hai lần để tránh bài tiết phân không tự chủ.

4.4.2. Theo dõi

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, đáp ứng toàn thân và tại chỗ.

4.4.3. Tai biến và xử trí

*** Sự cố đại tiện không tự chủ:**

Cần tháo phân và làm rỗng ruột thường xuyên. Đối với dạng ruột liệt nhẽo có thể phải tháo 2 lần/ ngày. Xem xét thức ăn có chất kích thích không: cay, chua hoặc cà phê...

*** Chảy máu trực tràng:**

Giữ phân luôn mềm, bệnh nhân cần cắt móng tay. Nếu nhiều hơn vài giọt cần báo bác sĩ.

Bảng kiểm quy trình thực hành

HƯỚNG DẪN VÀ LÀM MẪU CHO BỆNH NHÂN TỰ MÓC PHÂN

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Hướng dẫn BN tư thế, chuẩn bị dụng cụ, cách thực hiện	Rõ ràng, dễ hiểu	1
2	BN nằm nghiêng trái, hai gối gập	Tư thế thuận lợi	1
3	Đi găng tay, bôi trơn		1
4	Cho 1 ngón tay vào trực tràng móc phân ra	Nhẹ nhàng	1
5	Đợi một vài phút rồi móc tiếp		1
6	Thực hiện cho tới khi hết phân trong hậu môn	Đúng động tác	1
7	Vệ sinh tay, hậu môn		1
8	Thu dọn dụng cụ		1
9	Nhận xét hoạt động của BN		1
10	Ghi chép hồ sơ	Rõ ràng đầy đủ	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm

Quy trình

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN (GIA ĐÌNH)

CÁCH PHÒNG NGỪA LOÉT

MỤC TIÊU

Sau khi học xong CNDD có khả năng

Hướng dẫn được bệnh nhân thực hiện được cách phòng ngừa loét.

1. ĐẠI CƯƠNG

(Xem bài chăm sóc loét ở bệnh nhân tuỷ sống)

2. CHỈ ĐỊNH

Các vết loét do tỳ đè hoặc do các nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định trừ khi các dấu hiệu sinh tồn và tri giác không ổn định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Chuẩn bị

4.2. Cán bộ chuyên khoa : điều dưỡng

4.3. Phương tiện

- Các tấm đệm kê lót
- Gối ôm to, nhỏ
- Gương soi nhỏ.

4.4. Bệnh nhân

Phải giải thích rõ cho bệnh nhân về các nguyên tắc chăm sóc phòng chống loét.

5. CÁCH THỰC HIỆN

5.1. Hướng dẫn bệnh nhân (người nhà) cách làm giảm hoặc loại bỏ lực đè ép

- Giường cho bệnh nhân nằm luôn chắc chắn, ga giường luôn giữ phẳng.
- Đặt các tấm đệm kê lót tại các vị trí hay bị tỳ đè.
- Hướng dẫn bệnh nhân (người nhà) lăn trở, thay đổi tư thế thường xuyên 2 – 3 giờ/ lần để tránh đè ép quá lâu làm cản trở sự lưu thông máu nuôi dưỡng da. Dùng các gối ôm to, nhỏ để trợ giúp cho nằm nghiêng
- Khi bệnh nhân ngồi lâu trên xe lăn hướng dẫn bệnh nhân ngồi dồn trọng lực lên toàn bộ mông và hai đùi, không nên để hai chân cao khi ngồi vì trọng lực của toàn bộ cơ thể dồn lên 2 ụ ngồi và bệnh nhân sẽ dễ bị loét. Nhắc nhở bệnh nhân tự mình nâng người lên cứ sau 20 – 30 phút một lần. Sử dụng đệm khi ngồi trên xe lăn hoặc trên ghế.

5.2. Hướng dẫn cách kích thích tuần hoàn nuôi dưỡng

- Xoa bóp toàn bộ bề mặt da thường xuyên với các dung dịch hoặc dầu bôi trơn tránh cọ sát da gây trầy xước da.
- Nếu có vùng da bị trầy xước thì xoa bóp xung quanh tránh xoa bóp vào vùng tổn thương.

5.3. Hướng dẫn cách chăm sóc và vệ sinh da

- Luôn luôn giữ cho da sạch và khô thoáng
- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách tự kiểm tra da thường xuyên bằng cách dùng gương để soi. Nếu phát hiện có vùng da bị đỏ trên 2 giờ không hết thì đó là dấu hiệu sắp bị loét, cần không tiếp tục tỳ đè lên vùng da này nữa.

5.4. Hướng dẫn người nhà các bài tập vận động

Tập vận động chủ động hoặc thụ động ngoài tác dụng tăng cường thể lực, tăng tầm hoạt động khớp còn có tác dụng làm tăng lưu thông tuần hoàn chống loét và chóng lành vết loét.

5.5. Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình chế độ dinh dưỡng hợp lý

Chế độ ăn uống đầy đủ chất đạm, đường, mỡ, vitamin.

5.6. Trong quá trình thực hiện các bước này, cần phải làm mẫu cho bệnh nhân và người nhà một số kỹ thuật như cách kê lót, cách lăn trở hoặc các bài tập vận động. Sau đó cần phải quan sát, kiểm tra luôn cách thực hiện của bệnh nhân và người nhà xem đã chính xác chưa.

Bảng kiểm thực hành

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Chuẩn bị bệnh nhân: giải thích cho bệnh nhân về các nguyên tắc phòng chống loét.	Rõ ràng, dễ hiểu, đầy đủ	1
2	Chuẩn bị dụng cụ, giường nằm hoặc ghế ngồi, xe lăn	Đầy đủ, đúng cách.	1
3	Hướng dẫn bệnh nhân (người nhà) cách làm giảm hoặc loại bỏ lực đè ép	Đầy đủ, đúng động tác	2
4	Hướng dẫn cách kích thích tuần hoàn nuôi dưỡng	Đầy đủ, đúng cách	1
5	Hướng dẫn cách chăm sóc và vệ sinh da	Đầy đủ, đúng cách	1
6	Hướng dẫn người nhà các bài tập vận động. Có làm mẫu cho bệnh nhân	Đúng động tác	1
7	Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình chế độ dinh dưỡng hợp lý	Đúng	1
8	Kiểm tra lại các kỹ năng kiến thức của bệnh nhân và gia đình.	Đầy đủ	1
9	Dặn dò lại bệnh nhân	Đầy đủ, chính xác	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hành theo bảng kiểm

Quy trình THAY BĂNG VẾT LOÉT

MỤC TIÊU

*Sau khi học xong ĐDV có khả năng
Thực hiện được quy trình thay băng vết loét.*

1. ĐẠI CƯƠNG

(Xem bài chăm sóc loét ở bệnh nhân tủy sống)

2. CHUẨN BỊ

2.1. Cán bộ chuyên khoa : điều dưỡng viên

2.2. Phương tiện

Xe dụng cụ có 3 ngăn

– Ngăn trên cùng : bộ dụng cụ : 1 pank, 1 kẹp, bông gạc), 1 lọ betadin đỏ, 1 lọ betadin vàng, 1 chai muối rửa NaCl 0,9%, băng gạc, băng dính, thuốc (theo chỉ định của bác sĩ)...

– Ngăn giữa : đồ dự trữ : bông, băng gạc, băng dán, kéo vô khuẩn, găng tay.

– Ngăn dưới : khay đựng dụng cụ bẩn có dung dịch tiệt khuẩn.

– Hai bên cạnh xe : túi rác thải sinh hoạt và rác thải y tế.

2.3. Bệnh nhân

– Trước khi thực hiện thao tác phải giải thích rõ cho bệnh nhân về quy trình thực hiện, ý nghĩa, tác dụng của kỹ thuật cũng như cách theo dõi tiến triển của vết loét, các việc nên làm và không nên làm để phòng và điều trị loét.

– Bệnh nhân nằm nghiêng, tư thế thoải mái.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.4. Hồ sơ bệnh án

– Xem lại chỉ định của bác sĩ, các thuốc và dung dịch cần dùng theo chỉ định.

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Rửa tay
2. Mở hộp dụng cụ ở ngăn trên : dùng góc của tấm vải gói để lấy pank vô khuẩn. Dùng panh này để các dụng cụ khác như kẹp kocher, kéo, panh... để vào khay vô khuẩn và lấy bông, băng, gạc đặt vào vị trí thuận tiện cho mình sử dụng.
3. Mở cả hai lọ betadin đỏ và vàng.
4. Mở chai muối rửa, hoà 1ml betadin đỏ với muối rửa trong một cốc kén nhỏ.
5. Đeo găng tay.
6. Gỡ băng gạc tại vết loét ra và quan sát : chảy máu, hoại tử, tổ chức hạt...Nếu có tổ chức hoại tử : trước tiên phải rửa sạch bằng nước muối sinh lý, sau đó cắt lọc bằng kéo nhiễm khuẩn. Đặt miếng gạc bên dưới và bỏ tổ chức cắt lọc vào đó. Sau đó bỏ toàn bộ miếng gạc đã dùng và tổ chức loại bỏ vào túi rác thải y tế.
7. Dùng pank để lấy 1 miếng bông gạc nhúng vào dung dịch betadin đỏ đã hoà loãng, rửa vết thương. Nếu vết loét sạch không bẩn thì chỉ dùng dung dịch muối rửa để làm sạch vết loét. Dùng panh lấy băng gạc để thấm khô vết loét.
8. Bỏ panh đã dùng vào khay dụng cụ bẩn ở ngăn cuối..
9. Dùng kẹp phẫu tích lấy 1 miếng gạc để hứng bên dưới, đổ betadin vàng vào vết loét để sát khuẩn 1 chiều.
10. Để vết loét khô tự nhiên.
11. Tuỳ vào tình trạng của vết loét mà dùng các thuốc tại chỗ theo chỉ định của bác sĩ dưới dạng kem, mỡ. Bơm thuốc ra miếng gạc vô khuẩn và đặt vào vết loét hoặc bơm trực tiếp vào vết loét..
12. Dùng kẹp phẫu tích để lấy băng gạc và phủ bên ngoài sau đó dùng băng keo dán lại.

13. Bỏ kẹp phẫu tích đã dùng vào khay bẩn và thu dọn dụng cụ lại.
14. Sát khuẩn khay dụng cụ bằng cồn.
15. Rửa tay.
16. Ghi lại hồ sơ tình trạng vết loét.
17. Dặn dò lại bệnh nhân những việc cần làm và cần tránh.

4. THEO DÕI

- Hằng ngày theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, thể trạng bệnh nhân nhằm phát hiện các biến chứng nhiễm khuẩn.
- Đánh giá tiến triển của loét qua mỗi lần thay băng.

5. TAI BIẾN

5.1. Nhiễm khuẩn mắc phải

Nguyên nhân là không đảm bảo nguyên tắc vô trùng khi thực hiện kỹ thuật.

Xử lý : tiếp tục thay băng hằng ngày, đảm bảo tuyệt đối vô trùng, kháng sinh tại chỗ và toàn thân theo chỉ định của bác sĩ.

5.2. Chảy máu nhiều tại vết loét

Nguyên nhân : do cắt lọc quá sâu.

Xử lý : ngừng cắt lọc, băng ép. Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

Bảng kiểm thực hành

TT	Nội dung	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm
1	Chuẩn bị bệnh nhân : giải thích cho bệnh nhân về tác dụng, quy trình kỹ thuật, các biện pháp chăm sóc loét.	Rõ ràng, dễ hiểu, đầy đủ	1
2	Chuẩn bị dụng cụ	Đầy đủ, gọn gàng, đúng vị trí	1
3	Rửa tay, mang găng tay vô khuẩn	Đúng động tác	1
4	Bộc lộ vết loét, quan sát đánh giá độ tiến triển của vết loét	Nhẹ nhàng	1
5	Rửa sạch vết loét	Đúng động tác	1
6	Làm khô vết loét	Đúng động tác	1
7	Đặt gạc mỡ hoặc thuốc theo chỉ định lên vết loét	Đúng động tác	1

8	Đặt băng gạc che phủ và băng cố định	Đúng động tác	1
9	Rửa tay, thu dọn dụng cụ	Đúng động tác	1
10	Dặn dò bệnh nhân, ghi chép hồ sơ	Đầy đủ, chính xác	1
Tổng số			10

TỰ LƯỢNG GIÁ: thực hiện đúng quy trình thay băng vết loét.

Đáp án môn học

BÀI 1 (LÝ THUYẾT)

Câu 1, 2, 3, 4 tự trình bày viết ra giấy

- | | |
|------|-------|
| 5. E | 9. Đ |
| 6. A | 10. Đ |
| 7. B | 11. S |
| 8. A | 12. Đ |

13. D: do môi trường

E: do ngành y học phát triển kém

14. C: xã hội và cộng đồng

15. D: hướng nghiệp

E: kỹ thuật PHCN

16. C: PHCN dựa vào cộng đồng

BÀI 3 (LÝ THUYẾT)

Câu 1, 2, 3 theo bài học, tự viết lại để kiểm tra

- | | |
|------|-------|
| 4. C | 8. S |
| 5. E | 9. S |
| 6. Đ | 10. Đ |
| 7. S | |

11. E: uống nhiều nước, tăng cường vitamin C

BÀI 5 (LÝ THUYẾT)

- | | |
|------|------|
| 1. D | 5. A |
| 2. D | 6. Đ |
| 3. B | 7. Đ |
| 4. C | 8. Đ |

9. D: Kiểm soát yếu tố nguy cơ

10. E: Khuyến khích người bệnh tự thực hiện các hoạt động chức năng hằng ngày: ăn uống, đánh răng, tắm giặt.

BÀI 6 (LÝ THUYẾT)

- | | |
|------|-------|
| 1. D | 6. S |
| 2. D | 7. Đ |
| 3. E | 8. S |
| 4. B | 9. S |
| 5. A | 10. Đ |
11. C: Thời gian phát hiện sớm và can thiệp PHCN sớm
D: Kỹ thuật chăm sóc và PHCN đúng.
12. C: Hạ huyết áp tư thế.
D: Tăng huyết áp do rối loạn thần kinh giao cảm.

BÀI 7 (LÝ THUYẾT)

- | | |
|------|------|
| 1. C | 5. A |
| 2. A | 6. S |
| 3. C | 7. S |
| 4. B | 8. S |
9. H: Uống nước trên 2 lít/ngày.
10. E: Tránh nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu.

BÀI 8 (LÝ THUYẾT)

- | | |
|------|------|
| 1. A | 5. Đ |
| 2. B | 6. Đ |
| 3. C | 7. S |
| 4. B | 8. Đ |
9. D: Tạo điều kiện cho bệnh nhân tái hoà nhập xã hội và có cuộc sống bình thường.
10. D: gặp người.

BÀI 9 (LÝ THUYẾT)

1. C

2. D

3. Đ

4. S

5. G: Máu chuyển lớn xương đùi

H: Gai chấu

I: Đầu gối

K: Hai gót chân

L: Mắt cá ngoài

6. D: Rối loạn tuần hoàn.

E: Rối loạn cung cấp năng lượng, chất dinh dưỡng.

G: Rối loạn chuyển hoá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân. Bộ máy vận động. Bệnh học nội khoa. Các bộ môn Nội. NXB Y học. 1997.
2. Bộ Y tế, Bài giảng điều dưỡng 2001
3. Cao Minh Châu, Nguyễn Thanh Huyền, Đỗ Thuý Lan, Nguyễn Thị Kim Liên. Phục hồi chức năng trẻ khuyết tật tại gia đình, NXBYH 2007
4. Nguyễn Văn Đăng. Tai biến mạch máu não. NXB Y học 1997.
5. Trần Thu Hà, Trần Trọng Hải, phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ khuyết tật tại cộng đồng, nhà XBYH 2006
6. Vũ Thị Bích Hạnh, Đặng Thái Thu Hương. Hướng dẫn thực hành âm ngữ trị liệu. NXB Y học 2004.
7. Hồ Hữu Lương. Lâm sàng thần kinh. NXB Y học 1998.
8. J.M.H.Moll. Các bệnh về khớp. NXB Y học. 2000.
9. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Vũ Thị Bích Hạnh. Bài giảng Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng. Đại học Y Hà Nội 2003.
10. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh, Trần Trọng Hải. Bài giảng Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. NXB Y học 2003.
11. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Vũ Thị Bích Hạnh. Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng. Đại học Y Hà Nội 2002.
12. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Vũ Thị Bích Hạnh. Các kỹ thuật vật lý trị liệu. NXB Y học. 1997.
13. Danel L. Cheney, Eugnen W. Jacson, Nursing Assessment, Nursing Books Pennsylvania 2003.
14. Kottke/ Lehmann. Physical Medecine and Rehabilitation. W.B Saunders Company. 2006
15. Randel L. Braddom. Physical Medicine and Rehabilitation. Sauders Corp USA 2000.
16. Sharon Dittmar, Rehabilitation Nursing, The C.V. Mosby company, USA 2003