

DANH MỤC
HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

STT	NỘI DUNG	TRANG
01	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN- VIÊM PHỔI	1-3
02	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP	4-5
03	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	6-8
04	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA	9-11
05	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIỂU ĐƯỜNG	12-14
06	CHĂM SÓC NGƯỜI NHIỄM, NGHI NHIỄM SARS-COV-2 THỂ KHÔNG TRIỆU CHỨNG MỨC ĐỘ NHẹ VÀ MỨC ĐỘ VỪA	15-16
07	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE	17-19
08	CHĂM SÓC THEO DÕI SẢN PHỤ TRONG 6 GIỜ ĐẦU SAU ĐẼ	20-21
09	CHĂM SÓC THEO DÕI SƠ SINH NGÀY SAU ĐẼ	22-23
10	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TIM	24-25
11	CHĂM SÓC BỆNH NHI TIÊU CHẢY CẤP	26-27
12	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAY CHÂN MIỆNG	28-30
13	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC THỨC ĂN	31-33
14	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG	34-36
15	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC PHẢN VỆ	37-38
16	CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU	39-40

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN - VIÊM PHỔI

1. Mục đích:

- Đảm bảo sự lưu thông đường thở.
- Phát hiện và làm giảm các biến chứng: Viêm phổi, áp xe phổi.
- Hỗ trợ cho người bệnh giảm bớt khó khăn về bệnh tật: sốt, nhức đầu, đau mình, giảm ho, long đờm.

2. Nhận định chăm sóc

2.1. Hỏi bệnh:

- Hỏi về các đợt ho và khạc đàm, thời gian mỗi đợt.
- Tính chất và màu sắc đờm.
- Khó thở, mức độ và tính chất của khó thở.
- Tìm nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây bệnh như: hút thuốc lá, nghề nghiệp tiếp xúc với khói, bụi, môi trường sống bị ô nhiễm, tình trạng viêm hô hấp tái diễn.

2.2. Khám bệnh:

- Toàn trạng: chú ý các biểu hiện nhiễm khuẩn, tím, phù.
- Hô hấp: Quan sát hình dạng lồng ngực, đếm tần số thở, đặc điểm của khó thở.
- Ho và khạc đờm, số lượng và màu sắc đờm.
- Tuần hoàn: đo huyết áp, bắt mạch, đếm tần số mạch.
- Tham khảo các kết quả xét nghiệm: X quang, CTM.

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản.
- Thực hiện các y lệnh về thuốc cho người bệnh.
- Chăm sóc về dinh dưỡng và tinh thần.
- Phòng và phát hiện sớm các biến chứng.
- Thực hiện giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện chăm sóc:

4.1. Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản

- Cho người bệnh nằm ở tư thế dẫn lưu (đầu thấp nghiêng về một bên).
- Cho người bệnh uống nhiều nước (khi chưa có suy tim và phù) để đờm loãng dễ khạc.
- Thực hiện các động tác vỗ rung lồng ngực để gây long đờm.

- Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu và ho có hiệu quả (thực hiện 4 lần/ngày, mỗi lần 5 - 10 phút).

- Làm ẩm không khí thở làm cho người bệnh dễ khạc đờm (khi trời hanh khô).

4.2. Thực hiện các y lệnh về thuốc

- Thực hiện y lệnh thuốc long đờm (không dùng thuốc kìm ho).

- Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh (chú ý sốc phản vệ).

- Thực hiện y lệnh thuốc giãn phế quản (chú ý tác dụng phụ của thuốc như khó chịu, buồn nôn, mạch nhanh với Theophyllin uống, trụy tim mạch hoặc ngừng thở nếu tiêm tĩnh mạch Diaphylin quá nhanh).

- Thực hiện y lệnh thuốc Corticoid (chú ý nhiều tai biến như giảm sức đề kháng, loãng xương, tăng huyết áp, chảy máu tiêu hoá...).

4.3. Giảm đau chống co thắt:

- Đau ngực: Đắp khăn ấm lên ngực và thay khăn thường xuyên

- Đau họng: Ngậm nước muối ấm

- Dùng thuốc co thắt theo y lệnh

4.4. Chăm sóc về dinh dưỡng, tinh thần và vệ sinh:

- Cho người bệnh ăn chế độ ăn giàu Calo, giàu đạm và Vitamin, không hạn chế Protid: cháo thịt, súp, sữa, đồ, đậu...

- Cho người bệnh uống nhiều nước nóng, nước trà pha với mật ong và chanh hoặc nước khoáng ấm.

- Động viên và khích lệ để người bệnh an tâm điều trị.

- Thời gian đầu cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường cho đến khi nhiệt độ trở lại bình thường.

- Thay đổi tư thế thường xuyên.

- Buồng bệnh đảm bảo yên tĩnh, tránh gió lùa.

- Giúp người bệnh vệ sinh răng miệng cơ thể.

4.5. Đề phòng và phát hiện sớm các biến chứng

Theo dõi sát người bệnh:

- Phát hiện khó thở, mức độ, đếm tần số thở.

- Mức độ tím tái.

- Mạch, huyết áp, thân nhiệt.

- Đờm, số lượng và màu sắc.

- Tình trạng phù chi.

4.6. Giáo dục sức khỏe:

- Khuyên người bệnh tránh tất cả những yếu tố gây kích thích niêm mạc phế quản: Không hút thuốc lá, thuốc lào, điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

- Cải thiện môi trường sống: sạch sẽ, khô ráo, thoáng mát về mùa hè, ẩm về mùa đông. Nếu có điều kiện nên tiêm phòng cúm vào mùa thu, đông.

- Luyện tập phục hồi chức năng hô hấp: Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu để tổng được nhiều khí cặn (hít vào sâu bằng mũi, thở ra hết bằng miệng chúm môi), tập 4 lần/ngày, mỗi lần 5 - 10 phút.

- Hướng dẫn người bệnh cách tự làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản bằng cách: hằng ngày uống đủ nước, tập ho có hiệu quả .

- Khuyên người bệnh có chế độ ăn đủ Calo, đạm và giàu vitamin, luyện tập thể dục hợp lý để tăng cường sức đề kháng.

- Không tiếp xúc với than bụi, nấm mốc

- Tránh nhiễm lạnh đột ngột

- Khi ho khạc cần lấy khăn che miệng

- Thường xuyên vệ sinh răng miệng, thân thể

- Dẫn người bệnh khi thấy có một trong các dấu hiệu bất thường như: khó thở, sốt, khạc đờm mủ, phù... phải đến khám lại.

5. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Mức độ khó thở

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Trạng thái tinh thần

- Chế độ ăn uống

*** Việc chăm sóc được coi là có kết quả khi :**

- Người bệnh ngày một dễ thở hơn.

- Giảm và sạch dịch xuất tiết ở đường hô hấp.

- Không bị các biến chứng.

- Thể trạng tốt hơn.

- Biết cách phòng bệnh.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

1. Mục đích:

- Đảm bảo cho người bệnh được theo dõi và kiểm soát huyết áp chặt chẽ.
- Đảm bảo duy trì huyết áp ở mức an toàn và ổn định.
- Tránh được các biến chứng của cơn tăng huyết áp trong quá trình điều trị.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nước điện giải đúng quy cách.
- Làm cho người bệnh tin tưởng vào điều trị.
- Giải thích cho người bệnh hiểu và biết cách tự theo dõi huyết áp.
- Tuân thủ chế độ điều trị duy trì.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Tuổi, giới tính, tinh thần người bệnh: tỉnh, mê, lo lắng, hốt hoảng...
- Thể trạng người bệnh: gầy, béo, suy kiệt....
- Có liệt? Có phù không?
- Có khó thở không? Có tím, hồng không?
- Hỏi tiền sử người bệnh cao huyết áp, các theo dõi và chăm sóc trước đó.

2.2. Khám bệnh:

- Đo huyết áp 30 phút đến 1 giờ/1 lần để theo dõi cơn tăng huyết áp và hiệu quả điều trị. Phải đo huyết áp tứ chi lúc người bệnh mới vào để tránh bỏ sót tăng huyết áp chi trên do hẹp động mạch chủ.
- Lấy mạch cần xem mạch đều hay không đều, so sánh tần số 2 bên. Nếu mạch không đều, phải đếm nhịp tim bằng ống nghe.
- Ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo để phát hiện các tổn thương tim hoặc loạn nhịp.
- Đặt máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂ tại giường.
- Đếm nhịp thở.

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Thực hiện các y lệnh về thuốc cho người bệnh.
- Chăm sóc về dinh dưỡng và tinh thần.
- Phòng và phát hiện sớm các biến chứng.

-
- Thực hiện giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện chăm sóc:

4.1. Thực hiện các y lệnh của bác sĩ:

- Thuốc hạ áp: trước khi thực hiện thuốc hạ áp theo y lệnh phải đo huyết áp cho người bệnh và báo cho bác sĩ biết kết quả.
- Các thuốc lợi tiểu nên sử dụng buổi sáng.
- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết cho người bệnh theo, y lệnh như:
 - + Điện tâm đồ, Chụp tim phổi.
 - + Siêu âm tim, siêu âm doppler mạch.
 - + Soi đáy mắt.
 - + Các xét nghiệm sinh hoá, huyết học cơ bản: urê, đường máu, điện giải, cholesterol máu, creatinin, tế bào niệu, protein niệu...

4.2. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:

- Khẩu phần ăn đủ năng lượng, hạn chế muối.
- Nếu béo phì áp dụng chế độ giảm calo.
- Tránh dùng các chất kích thích: rượu, bia, chè, cà phê.

4.3. Phòng và phát hiện sớm các biến chứng:

- Nghỉ tại giường bệnh, giúp người bệnh vệ sinh.
- Tránh gắng sức.
- Tránh các thay đổi đột ngột như nóng, lạnh.
- Vận động nhẹ tại giường, đảm bảo giấc ngủ cho người bệnh tránh tiếng ồn.
- Giúp người bệnh tránh những xúc động mạnh, lo lắng, sợ hãi.
- Thực hiện nghiêm túc y lệnh, theo dõi huyết áp trước và sau khi dùng thuốc, kịp thời báo cáo nếu người bệnh không đáp ứng với thuốc.

4.4. Thực hiện giáo dục sức khỏe

- Giải thích tăng huyết áp là gì và các biến chứng.
- Hướng dẫn cho người bệnh thay đổi lối sống gồm giảm cân, thừa chế độ ăn, hạn chế đồ uống có cồn và ngừng hút thuốc lá.
- Thuyết phục người bệnh khám sức khỏe định kỳ sau khi ra viện, hướng dẫn họ tự đo huyết áp và tự theo dõi huyết áp tại nhà.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

1. Mục đích:

- Duy trì các chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, bài tiết.
- Phòng ngừa biến chứng: viêm phổi do sặc nhiễm khuẩn, loét, giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Phục hồi chức năng vận động hạn chế các di chứng.
- Giáo dục cho người bệnh và gia đình các biện pháp tự theo dõi và chăm sóc khi đã xuất viện.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1 Hỏi bệnh:

- Trạng thái tinh thần của bệnh nhân: lo lắng, sợ hãi...
- Có biết bị tăng huyết áp không và thời gian bị tăng huyết áp?
- Có đi lại được không?
- Thuốc và cách điều trị tăng huyết áp như thế nào?
- Đã bao giờ bị liệt hay bị yếu tay chân chưa?
- Có hay nhức đầu, mất ngủ hay nhìn có bị mờ không?

2.2. Khám bệnh

- Hô hấp:

- + Tình trạng hô hấp thở nhanh hay chậm, có ứ đọng dịch tiết?
- + Có rối loạn nhịp thở. Kiểu thở (ngáy to).
- + Đặt một Canul miệng để tránh tụt lưỡi.
- + Nếu có hôn mê sâu, rối loạn hô hấp hoặc suy hô hấp báo bác sĩ, để có thể phải đặt ống nội khí quản.

- Tim mạch:

- + Huyết áp: theo dõi nếu huyết áp tối đa lên quá 200mmHg phải báo ngay bác sĩ.
- + Nhịp tim: tần số, nhịp tim nếu có rối loạn nhịp tim phải báo ngay bác sĩ.
- + Các dấu hiệu xuất huyết ngoài da: tiểu ra máu, chảy máu lợi khi đang dùng thuốc chống đông.

- Tình trạng liệt - thần kinh:

- + Quan sát đánh giá người bệnh tỉnh hay mê thông qua bảng điểm Glasgow.

- + Có liệt thần kinh: thông qua vẽ mặt, nhân trung, vận động của chi và cách nói.
- + Phản xạ ho, nuốt.
- + Chức năng bài tiết, tiêu hoá:
 - + Tiêu hoá: cần đặt ống thông dạ dày để nuôi dưỡng và xem xét có xuất huyết tiêu hoá hay không.
 - + Bài tiết nước tiểu: đặt túi hoặc ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu 1 giờ hay 24 giờ.

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Thực hiện các bước chăm sóc cơ bản cho người bệnh.
- Phòng và phát hiện sớm các biến chứng.
- Nguy cơ loét do chăm sóc không tốt.
- Thực hiện giáo dục sức khoẻ.

4. Thực hiện chăm sóc:

4.1. Thực hiện các bước chăm sóc cơ bản:

- Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi tại giường.
- Tránh lao động trí óc căng thẳng, lo lắng quá độ.
- Vận động và xoa bóp tay chân.
- Động viên, trấn an người bệnh để người bệnh an tâm điều trị.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là tình trạng tăng huyết áp. Tùy theo từng trường hợp cụ thể để theo dõi có thể từ 15 phút cho đến 2h đo 1 lần.
- Luôn giữ ấm cơ thể người bệnh.
- Ăn uống đủ năng lượng, nhiều sinh tố và hạn chế muối dưới 5g/ngày , hạn chế mỡ, các chất béo động vật, kiêng rượu, thuốc lá.
- Tránh các yếu tố kích thích cho người bệnh.
- Vệ sinh sạch sẽ: hằng ngày vệ sinh răng miệng và da để tránh các ổ nhiễm khuẩn.

* Thực hiện các y lệnh:

- Thuốc dùng: thực hiện đầy đủ các y lệnh khi dùng thuốc như: các thuốc tiêm, thuốc uống, trong quá trình dùng thuốc nếu có bất thường phải báo bác sĩ biết.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, đường máu, ure và creatinin máu, điện tim, protein niệu, soi đáy mắt và chụp Xquang tim phổi.

4.2. Phòng ngừa các biến chứng:

- Vệ sinh các hốc tự nhiên ngày 2-3 lần.

- Thay drap, quần áo người bệnh ít nhất ngày một lần.
- Nên để người bệnh ở phòng thoáng mát.
- Người bệnh bị tai biến mạch máu não bị liệt nên ứ đọng đờm dãi gây viêm phổi cần dẫn lưu tư thế nghiêng phải, trái, đầu nằm thấp kết hợp với vỗ rung vùng ngực, lưng làm long đờm sau đó hút sạch vùng hầu họng.
- Vận động thụ động hay chủ động chi liệt để tăng cường tuần hoàn, giúp nuôi dưỡng tốt, chống tê đờ gây loét.

4.3. Phòng chống loét:

- Cho người bệnh nằm đệm chống loét: đệm khí bơm liên tục hay đệm nước.
- Giữ cho drap luôn khô, sạch, thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ /1 lần.

5. Hướng dẫn giáo dục sức khỏe

- Thường xuyên giải thích, động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện điều trị theo đơn và hiểu biết thêm về tác dụng của việc điều trị. Không tự ý bỏ thuốc điều trị, hợp tác điều trị.
- Giải thích cho gia đình hiểu biết cách chăm sóc và phục vụ người bệnh bị tai biến mạch máu não nhằm khích lệ sự tập luyện và giám sát việc điều trị theo đơn của bác sĩ cho người bệnh.

6. Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo:

- Các dấu hiệu chức năng sinh tồn:
- Màu sắc da: hồng hào, tím tái, vã mồ hôi.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, điện tim bất thường, khí máu, SpO₂.
- Lượng dịch vào, ra (nước tiểu 24 giờ). Phân: số lượng và tính chất phân.
- Nếu có các dấu hiệu hay xét nghiệm bất thường báo ngay cho bác sĩ.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và kí tên.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. Mục đích:

- Giúp người bệnh cầm máu và ổn định huyết áp.
- Phòng và chống choáng khi mất máu nhiều.
- Theo dõi diễn biến của bệnh.
- Tránh cho người bệnh hít phải máu và dịch nôn.
- Phát hiện và phòng ngừa những biến chứng khi chảy máu kéo dài.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Xuất huyết từ bao giờ.
- Nôn ra máu hay đi ngoài ra máu: máu đen hay máu tươi, số lượng nhiều hay ít.
- Có đau bụng khi nôn hoặc đi ngoài hay không?
- Những thuốc đã uống trước đó.

2.2. Khám bệnh:

- Nằm bất động tại giường, tư thế đầu thấp nếu huyết áp tụt, chân kê cao.
- Nếu người bệnh có nôn để tư thế nằm nghiêng an toàn (tránh chất nôn gây tắc đường thở).
- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, tránh lo lắng sợ hãi.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết thực hiện và phối hợp trong công tác chăm sóc.
- Theo dõi tình trạng huyết động, đo mạch, nhịp thở, huyết áp 15 phút, 30 phút, 1 giờ, 3 giờ một lần (theo y lệnh).
- Nếu huyết áp tụt, mạch nhanh chứng tỏ tình trạng chảy máu vẫn còn. Nếu huyết áp ổn định, nước tiểu nhiều trên 50ml /giờ báo hiệu xuất huyết đã ổn định.
- Theo dõi màu sắc chất nôn và phân xem có còn chảy máu không (nếu chất nôn có máu hoặc phân đen thì báo cáo ngay).
- Đặt một kim truyền tĩnh mạch ngoại biên để truyền dịch đẳng trương 0,9%, truyền máu.... (theo y lệnh).

- Cho người bệnh thở ôxy nếu có khó thở.
- Đặt ống thông dạ dày để rửa dạ dày bằng nước lạnh (khi có y lệnh). Theo dõi màu sắc nước dạ dày cho đến khi nước trong.
- Suối âm cho người bệnh
- Theo dõi biến chứng như trụy mạch, tụt huyết áp, dấu hiệu sốc. Phát hiện sớm báo cáo bác sĩ ngay để tiến hành nội soi cầm máu hoặc phẫu thuật.

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

/

- Giảm nguy cơ choáng.
- Xây dựng chế độ ăn phù hợp.
- Trấn an người bệnh.
- Giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện chăm sóc

4.1. Giảm nguy cơ choáng:

- Cho người bệnh nằm bất động tại giường, đầu thấp.
- Thực hiện y lệnh:
- Lấy máu xét nghiệm; nhóm máu, công thức máu, Hcmatocritc, Hemoglobin.
- Tiêm truyền: truyền dịch, thuốc cầm máu.
- Đặt sonde dạ dày để theo dõi máu đang chảy hay đã ngưng chảy.
- Theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, nước tiểu 60 phút/lần.

4.2. Xây dựng chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh:

- Khi còn chảy máu: ngừng ăn, truyền dịch, thực hiện y lệnh thuốc.
- Khi có biểu hiện cầm máu: ăn lỏng và lạnh, nên ăn làm nhiều bữa nhỏ, không để người bệnh nhịn đói.
- Khi đã ngưng chảy máu hoàn toàn: cho ăn đặc dần.

4.3. Giảm lo lắng cho người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh tin tưởng vào chuyên môn và yên tâm điều trị.
- Thực hiện y lệnh thuốc an thần.

4.4. Giáo dục sức khỏe:

- Dẫn dò người bệnh những điều cần thiết trong sinh hoạt và chế độ ăn uống....
- Không ăn thức ăn nóng, các chất kích thích, chua cay....
- Không uống bia rượu.
- Không uống Aspirin hoặc Vitamin c.
- Nằm nghỉ tại chỗ và theo dõi 24/24 giờ.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết bệnh nặng có thể tiến triển xấu hơn.
- Không tiên đoán trước được mà phải theo dõi chăm sóc, tuân thủ đúng quy định đã hướng dẫn để giúp người bệnh qua khỏi giai đoạn nguy kịch.

5. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Những công việc đã làm.
- Những biến cố đã xảy ra khi chăm sóc (ghi cụ thể).
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

1. Mục đích:

- Giúp cho người bệnh trong xã hội có một cuộc sống càng bình thường càng tốt.
- Đạt được và duy trì cân bằng chuyển hóa và làm nhẹ hoặc chậm tiến triển các biến chứng của bệnh.
- Giáo dục người nhà và người bệnh tự chăm sóc và theo dõi điều trị tốt.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Bị bệnh từ bao giờ? Triệu chứng xuất hiện đầu tiên là gì?
- Mắt có mờ không, răng và niêm mạc miệng có bị đau không? Các vết xước da thường lâu lành? Có bị lở loét ngoài da?
- Ăn nhiều lâu chưa? Thường xuyên đói? Tiểu nhiều? thường xuyên khát? Sút cân nhiều?

2.2. Khám bệnh:

- Người bệnh mệt mỏi cả về thể xác lẫn tinh thần.
- Tìm những biến chứng như: nhiễm khuẩn ngoài da, đục thể thủy tinh, viêm mủ chân răng, biến chứng tim mạch,..
- Thực hiện và tham khảo các xét nghiệm: đường máu lúc đói, đường niệu 24h, chụp phổi,...

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ về thuốc điều trị
- Theo dõi chế độ ăn và luyện tập của người bệnh
- Hạn chế đến mức tối đa các biến chứng
- Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn chế độ điều trị.

4. Thực hiện chăm sóc:

4.1. Thực hiện y lệnh của bác sĩ về thuốc điều trị:

- Tiêm Insulin và cho uống thuốc hạ đường huyết theo đúng chỉ định của bác sĩ: liều lượng, giờ giấc, đường tiêm và nhắc người bệnh ăn sau đó (nếu cần)

- Chú ý đường tiêm Insulin, vị trí tiêm dưới da và bảo quản

4.2.Theo dõi chế độ ăn và luyện tập của người bệnh:

- Đảm bảo chế độ ăn và luyện tập thể dục ở người bệnh tiểu đường để kiểm soát tốt đường huyết và duy trì cân nặng bình thường cho người bệnh.
- Điều dưỡng phải kiểm soát chặt chẽ chế độ ăn của người bệnh theo y lệnh cụ thể: tổng lượng Calo, lượng Glucid, Lipid, Protein... dựa vào nhu cầu của người bệnh.
- Nhắc nhở người bệnh tập thể dục đều đặn theo chế độ phù hợp với người bệnh.

4.3. Chăm sóc khi người bệnh có các biến chứng

- Nhanh chóng nhận biết các triệu chứng của hạ đường huyết hoặc tăng đường huyết. Có biện pháp, hành động thích hợp để cân bằng đường huyết hoặc tìm sự cấp cứu hỗ trợ thích hợp. Chẩn đoán của các biến chứng bệnh tiểu đường có biểu hiện các triệu chứng như sau:

- Con hạ đường huyết: mệt xỉu, cảm giác đói bủn rủn tay chân, vã mồ hôi, mạch nhanh... nhất là người bệnh bỏ bữa ăn. Xử trí bằng cách cho người bệnh uống nước hoa quả, cho ăn bánh kẹo.

- Chú ý người già dễ bị hạ đường huyết và dấu hiệu của hạ đường huyết khó nhận biết hơn.

- Điều dưỡng cần theo dõi chính xác các dấu hiệu sinh tồn.

- Người bệnh cao tuổi bị tiểu đường nhiều năm, thường gặp nhiều biến chứng: biến chứng nhiễm trùng, các biến chứng mạn tính như: mắt, thần kinh, thận, bàn chân, mạch máu lớn và nhỏ... vì vậy cần phải kiểm tra theo dõi thường xuyên để có biện pháp xử lý và chăm sóc thích hợp.

- Chăm sóc da cho người bệnh đặc biệt là bàn chân: chăm sóc thích hợp tất cả các vết thương, vết cắn, phỏng mụn nước ở da và bàn chân.

- Chăm sóc mắt: biến chứng giảm thị lực và có thể dẫn đến mù lòa. Tùy vào chỉ định điều trị mà có những chăm sóc thích hợp.

- Theo dõi đáp ứng của người bệnh với chế độ điều trị tiểu đường. Kiểm soát đường huyết và cân bằng chuyển hóa tốt là biện pháp tốt nhất nhằm hạn chế và giảm nhẹ các biến chứng của bệnh.

- Theo dõi chính xác, đầy đủ các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

- Theo dõi các biến chứng cấp tính: lơ mơ, chậm chạp, chóng mặt, yếu mệt, vã mồ

hồi, nhịp tim nhanh... hôn mê.

- Theo dõi đáp ứng của người bệnh với chế độ điều trị tiểu đường.

4.4. Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn chế độ điều trị:

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ chế độ điều trị.
- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà người bệnh về chế độ ăn, thể dục, vệ sinh, kỹ thuật theo dõi, nhận biết và cách ngăn chặn hạ đường huyết, tăng đường huyết... và các biến chứng của bệnh. Dặn dò người bệnh và thân nhân nếu có bất thường phải đến ngay cơ sở y tế.
- Khuyến khích người bệnh thay đổi lối sống đặc biệt là chế độ ăn uống, ngừng hút thuốc lá, hạn chế tối đa bia rượu. Nhấn mạnh rằng kiểm soát đường huyết hàng ngày là rất quan trọng đối với sức khỏe của người bệnh.

5. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, lượng dịch vào, thể tích nước tiểu, tổng lượng calo, đường máu, urê máu, điện giải máu, đường niệu, ceton niệu.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

CHĂM SÓC NGƯỜI NHIỄM NGHI NHIỄM SARS-COV-2 THỂ KHÔNG TRIỆU CHỨNG, MỨC ĐỘ NHẸ VÀ MỨC ĐỘ VỪA

1. Mục đích:

SARS-COV-2 có nguy cơ lây cao nên công tác sàng lọc, phát hiện sớm, cách ly kịp thời là rất quan trọng. Người nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm **SARS-COV-2** phải được cách ly ngay và áp dụng nghiêm ngặt các biện pháp phòng ngừa lây truyền.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Yếu tố dịch tễ xung quanh: Tiếp xúc với ai, ở đâu, đi những đâu ?...
- Người bệnh bị bệnh từ bao giờ?

2.2. Nhận định tình trạng người bệnh:

- Thể trạng, tinh thần, da, niêm mạc.
- Nhiệt độ, mạch, huyết áp.
- Tình trạng hô hấp:
 - + Nhịp thở, kiểu thở, mức độ khó thở.
 - + Độ bão hòa oxy (SpO₂).
 - + Các triệu chứng: nghẹt mũi, ho, khạc đàm, đau họng, đau tức ngực.
- Các triệu chứng khác: tiêu hóa, tiết niệu, đau đầu, đau mỏi cơ,...

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Đảm bảo hô hấp
- Thực hiện y lệnh điều trị
- Dinh dưỡng
- Tư vấn – GDSK.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Đảm bảo hô hấp:

- Hướng dẫn NB nằm tư thế đầu cao, nếu NB có thể ngồi, đi lại được sẽ giúp hoạt động của cơ hoành tốt hơn, tránh ứ đọng đờm.
- Cho NB thở oxy (nếu cần) theo chỉ định.

- Vỗ rung, hướng dẫn NB thở chậm và sâu phòng ứ đọng đờm.
- Người bệnh cần đeo khẩu trang và thực hiện vệ sinh hô hấp khi ho khạc.
- Vệ sinh mũi họng, có thể giữ ẩm mũi bằng cách nhỏ dung dịch nước muối sinh lý, súc miệng họng.

4.2. Thực hiện y lệnh điều trị:

- Thực hiện y lệnh truyền dịch, tiêm thuốc, uống thuốc đầy đủ và đúng giờ.
- Phụ giúp bác sĩ làm thủ thuật khi có chỉ định.
- Thực hiện các xét nghiệm kịp thời và đầy đủ theo chỉ định.
- Thực hiện các y lệnh khác.

4.3. Đảm bảo dinh dưỡng:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của NB hàng ngày.
- Cung cấp suất ăn, nước uống tại giường cho từng NB trong thời gian cách ly.
- Động viên NB ăn hết suất ăn theo chỉ định, uống đủ nước, đảm bảo cân bằng dịch, điện giải.

4.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe:

- Ngay sau khi NB nhập viện điều trị cần hướng dẫn NB nội quy khoa phòng, phát tờ thông tin.
- Động viên tinh thần, hướng dẫn về bệnh để NB yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn NB chế độ ăn, tập vận động, tập thở và thể dục liệu pháp.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng khẩu trang, vệ sinh hô hấp khi ho, vệ sinh tay, vệ sinh cá nhân.
- Tư vấn cho NB sau khi ra viện (tại nhà): tuân thủ hướng dẫn phòng ngừa dịch tại nhà sau thời gian cách ly. NB cần theo dõi thân nhiệt tại nhà 2 lần/ ngày nếu thân nhiệt cao hơn 38⁰C ở hai lần đo liên tiếp hoặc có dấu hiệu bất thường khác phải đến khám lại ngay tại các cơ sở y tế.

5. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

1. Mục đích:

Sốt xuất huyết dengue là một bệnh do vi rút dengue truyền vào cơ thể qua một loại muỗi có tên *Aedes aegypti*. Sốt xuất huyết dengue có biểu hiện sốt, xuất huyết, thường diễn biến nặng nếu không phát hiện và xử lý kịp thời, đôi khi có sốc (Suy tuần hoàn...)

Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết dengue nhằm mục đích:

- Phát hiện sớm các dấu hiệu của hội chứng sốt xuất huyết dengue.
- Phát hiện các biến chứng chảy máu của Sốt xuất huyết dengue để kịp thời xử lý và hạn chế nguy cơ tử vong.
- Hỗ trợ người bệnh và đảm bảo dinh dưỡng.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Bệnh sử: sốt ngày thứ mấy? tính chất sốt (sốt cao liên tục $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, kéo dài 3-4 ngày liền), Có co giật không? Người bệnh có nôn ói không? Đã điều trị thuốc gì?
- Tiền sử: Trước đây có bị sốt xuất huyết không? Trong gia đình hay lân cận có ai bị sốt xuất huyết không?

2.2. Thăm khám: Tổng trạng: cân nặng, chiều cao, da niêm.

- Tri giác: vật vã, bức rức, lơ mơ.
- Dấu sinh hiệu: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Dấu hiệu xuất huyết: chảy máu cam, chảy máu chân răng, ói ra máu, tiêu phân đen. Những vấn đề bất thường khác tùy theo diễn biến lâm sàng.
- Những thay đổi cận lâm sàng cần lưu ý: Tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$.
- Cô đặc máu: DTHC $\geq 20\%$ so với bình thường.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo tuần hoàn và phát hiện sớm sốc.
- Đảm bảo hô hấp.
- Theo dõi xuất huyết.
- Chăm sóc hệ thống cơ quan, dinh dưỡng.
- Tư vấn, giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Đảm bảo tuần hoàn và phát hiện sớm sốc

- Theo dõi thường xuyên nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, toàn thân 30 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ, một lần tùy thuộc tình trạng người bệnh và phát hiện sớm dấu hiệu sốc.

- Hoảng hốt, bồn chồn, rất mệt, Mạch nhanh, nhỏ.
- Huyết áp tụt, kẹt, Hematocrit tăng
- Truyền dịch kịp thời, nhanh chóng, đúng loại dịch, tốc độ, theo dõi Hematocrit để thông báo bác sĩ kịp thời điều chỉnh.

4.2. Đảm bảo hô hấp

- Theo dõi nhịp thở, tình trạng suy hô hấp, (tím môi, SpO₂, máu) tình trạng phổi.

- Cho bệnh nhân thở oxi khi cần thiết.

4.3. Theo dõi xuất huyết

- Xuất huyết ngoài da: các nốt, chấm xuất huyết, trên da, chảy máu cam, chảy máu chân răng, kinh nguyệt kéo dài.

- Xuất huyết nội tạng: theo dõi dấu hiệu nôn ra máu, đi ngoài phân đen, các dấu hiệu mạch, huyết áp, toàn thân, xét nghiệm công thức máu,... để phát hiện sớm xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết não,...

- Thực hiện y lệnh điều trị khi có chảy máu.

4. 4. Thực hiện y lệnh nhanh chóng, chính xác:

- Tuyệt đối không dùng Aspirin để hạ sốt
- Xét nghiệm: Lấy máu để theo dõi hematocrit, tiểu cầu
- Theo dõi các chất bài tiết: số lượng nước tiểu, chất nôn, xuất huyết
- Theo dõi tình trạng tri giác trong shock: Đánh giá diễn tiến của bệnh khi shock nặng, thiếu oxy não → hôn mê.

4.5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, dinh dưỡng

- Cho người bệnh nghỉ ngơi trong phòng thoáng
- Chườm lạnh nếu sốt cao
- Co giật, bứt rứt → thuốc an thần
- Hạn chế các thủ thuật gây chảy máu
- Chọc dịch nếu có tràn dịch màng phổi màng bụng nhiều để giải quyết tạm thời tình trạng suy hô hấp
- Vệ sinh thân thể, da, răng miệng, mắt tai
- Tẩy uế các chất bài tiết

- Dinh dưỡng: Ăn súp, uống sữa, nước trái cây, cho ăn nhiều bữa, mỗi bữa ít một để nâng cao thể trạng, nếu nặng đặt sonde dạ dày hoặc truyền tĩnh mạch

4.6. Tư vấn, giáo dục sức khỏe

- Người bệnh bị sốt xuất huyết dengue có thể diễn biến nặng, sốc nên cần hướng dẫn họ và gia đình họ biết cách theo dõi về những dấu hiệu bất thường để thông báo ngay cho nhân viên y tế.

- Đảm bảo dinh dưỡng, vệ sinh.

- Hướng dẫn thực hiện đúng nội quy phòng bệnh.

- Không tự ý tháo bỏ các ống thông, dây truyền, máy theo dõi.

5. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc.

- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC THEO DÕI SẢN PHỤ TRONG 6 GIỜ ĐẦU SAU ĐẺ

1. Mục đích

Đề phòng tai biến : chảy máu, choáng sau đẻ.

2. Nhận định chăm sóc

2.1. Hỏi bệnh: Quan sát toàn trạng

- Da có xanh hay không
- Hỏi sản phụ có mệt hay không
- Sờ trán sản phụ đánh giá độ lạnh và mồ hôi
- Kiểm tra niêm mạc mắt

2.2 Thăm khám: kiểm tra các chỉ số sinh tồn

- Đếm mạch ngay sau khi đẻ. Đếm 15 phút/lần trong 2h đầu, Đếm 1 giờ/ lần trong 4 giờ sau, Đếm khi cần thiết theo chỉ định của bác sĩ.

- Đo huyết áp ngay sau khi đẻ, khi mạch nhanh 90 lần/phút trở lên ,khi chảy máu nhiều hoặc khi sản phụ mệt, xanh xao, vã mồ hôi.

- Đo nhiệt độ ngay sau khi đẻ.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi sự co hồi tử cung.
- Hướng dẫn và giúp sản phụ cho con bú.
- Theo dõi tình trạng ra máu.
- Hướng dẫn và giúp sản phụ cho con bú.
- Tư vấn, giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Theo dõi sự co hồi tử cung:

- 15 phút/lần trong 1h đầu, 30 phút/lần trong 2 giờ tiếp theo, 1 giờ/lần trong 3 giờ tiếp theo.

- Tư thế nằm: nằm ngửa, chân nửa co, nửa duỗi hơi dẹt.

- Nữ hộ sinh đứng bên giường đối diện với sản phụ. Đặt cả 2 bàn tay ngón tay lên vùng hạ vị của sản phụ, tìm cầu an toàn.

- Xoa , day nhẹ cho cầu an toàn co lại rõ hơn, đánh giá mức độ co tử cung.

2.2.Theo dõi tình trạng ra máu:

- Thông báo cho sản phụ biết khi nữ hộ sinh cần kiểm tra băng vệ sinh.
- Quan sát mức độ thấm máu ở băng vệ sinh.
- Một tay ấn trên bụng sản phụ xem máu có rỉ ra đường âm đạo không.
- Đánh giá tình trạng ra máu.

3.3. Hướng dẫn và giúp sản phụ cho con bú

- Nữ hộ sinh giải thích cho sản phụ biết tác dụng và lợi ích của việc cho con bú sau đẻ.

- Lau đầu vú sản phụ bằng khăn ẩm, sạch, mềm.
- Giúp cho tư thế sản phụ nằm cho con bú.
- Hướng dẫn cách đặt vú vào miệng trẻ.
- Sau khi cho trẻ bú: lau miệng trẻ, lau vú mẹ.

4.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe

- Hướng chế độ dinh dưỡng cho sản phụ:
 - + Cần phải nhận đủ lượng protein, chất khoáng và vitamin (thịt, trứng các loại rau quả, không kiêng quá mức).
 - + Cho con bú cần phải tiếp tục chế độ ăn uống như thời kì mang thai.
 - + Cho uống viên sắt để bổ sung chế độ ăn 40 ngày sau đẻ.
 - + Động viên sản phụ uống nước hoặc sữa trước khi cho con bú (2 lít nước mỗi ngày).
- Hướng chế độ dinh dưỡng cho trẻ: Giữ vệ sinh, tắm rửa hằng ngày và khi cần thiết (chú ý vệ sinh rốn cho trẻ).
- Khi hướng dẫn và giúp sản phụ, nữ hộ sinh cần nhẹ nhàng, thân mật, lời lẽ giải thích cụ thể, dễ hiểu.

5. Đánh giá, ghi hồ sơ báo cáo

- Đánh giá xem sản phụ sau đẻ bình thường hay có nguy cơ. Nếu có nguy cơ báo bác sĩ.
- Ghi các thông số và tình trạng của sản phụ vào phiếu chăm sóc.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC THEO DÕI SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc và đánh giá tình trạng sơ sinh ngay sau đẻ.
- Phát hiện dị vật, bất thường của trẻ sơ sinh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh, y tá(mũ, khẩu trang, áo theo quy định)

2. Nơi thực hiện: phòng đẻ

3. Người bệnh: Trẻ sơ sinh đã được cắt rốn 1 lần

4. Dụng cụ:

- Một bộ dụng cụ làm rốn vô khuẩn gồm 2 panh, 1 kéo, 1 kẹp rốn hay buộc rốn.
- Gạc, băng, bông vô khuẩn.
- Găng tay
- 2 tấm vô khuẩn
- 1 bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh
- Mũ, áo, tã, khăn sơ sinh(sạch)
- Cồn 70⁰C
- Sổ , bút bi để đánh dấu sơ sinh.
- Thuốc: thuốc nhỏ mắt, vitamin K(tiêm hoặc uống)
- Nhiệt độ trong phòng đẻ đủ ấm từ 28-30⁰C.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh hoặc rửa tay theo quy định:
- Đón trẻ và đánh giá tình trạng của trẻ (dựa vào chỉ số Apgar).
- Dùng gạc vô khuẩn lau miệng trẻ.
- Dùng tấm vô khuẩn lau nước ối trên da trẻ(ngăn chặn sự mất nhiệt của trẻ do nước ối dính trên người trẻ bốc hơi và kích thích hô hấp sơ sinh).
- Lau mặt, má, gáy.
- Dùng gạc vô khuẩn lau miệng trẻ lấy hết dịch nước ối

- Xoa lưng, xoa bụng, xoa hai tay, xoa hai chân bắt đầu từ mu bàn chân kết thúc ở gan bàn chân.

- Hút nhót miệng, mũi sơ sinh (nếu cần).

- Làm rốn đúng kĩ thuật.

- Kiểm tra dị tật của trẻ: đầu, môi, hàm ếch, sống lưng, tay, chân(bàn, ngón), bụng, hậu môn.

- Đo vòng đầu- ngực- chiều dài- cân nặng.

- Mặc áo, đội mũ, quần tã cho trẻ .

- Đeo sổ ghi tên sơ sinh(số mẹ số, con cùng 1 số)

- Quần chần ủ ấm.

- Nhỏ thuốc mắt cho trẻ sơ sinh(tránh không cho thuốc xuống má và tai)

- Bế sơ sinh ra mẹ hoặc chuyển sang phòng sơ sinh(nếu cần)

- Thu dọn dụng cụ(khử khuẩn và để đúng nơi quy định).

- Rửa tay.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ BÁO CÁO

- Đánh giá trẻ có bình thường hay có dị tật bất thường hoặc các nguy cơ khác.

- Ghi các thông số và tình trạng của trẻ vào hồ sơ và phiếu theo dõi sơ sinh.

V. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

Theo dõi trẻ sơ sinh:

- Màu sắc da

- Nhịp thở (trung bình 40-50 lần/phút).

- Nhịp tim 120-160 lần/phút.

- Băng rốn có thấm dịch và máu không?(đề phòng chảy máu rốn)

- Nhiệt độ : 36^0 - $37,2^0$

- Hướng dẫn: sản phụ cho con bú và giữ ấm trẻ.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY TIM

1. Mục đích:

- Ngăn ngừa sự tiến triển của của bệnh, hạn chế tim làm việc gắng sức.
- Làm cho người bệnh bớt lo lắng.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh

- Người bệnh được chẩn đoán suy tim từ bao giờ ? Có mắc bệnh gì có liên quan đến bệnh tim mạch không?
- Người bệnh đã dùng thuốc gì chưa? Có đáp ứng với thuốc đó không? Có bị phản ứng với thuốc nào không?
- Số lượng nước tiểu trong ngày là bao nhiêu?
- Có bị khó thở không? Khó thở khi bình thường hay khi gắng sức ? Có bị xanh tím không?

2.2. Thăm khám, quan sát

- Màu da, sắc mặt, móng tay, móng chân.
- Tình trạng tinh thần.
- Quan sát tĩnh mạch cổ, kiểu thở, nhịp thở, vị trí tim đập ở ngực.
- Tình trạng phù toàn thân, mí mắt và mắt cá.
- Thu thập các dữ kiện: Sổ khám bệnh, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, các xét nghiệm.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc cơ bản.
- Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi.
- Giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Chăm sóc cơ bản.

- Nghi ngơi tuyệt đối tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi trong trường hợp suy tim nặng.
- Cần giảm hoặc bỏ hẳn các hoạt động gắng sức.
- Chế độ ăn nhạt, ăn nhiều hoa quả để tăng vitamin và kali: chuối tiêu, cam.
- Hạn chế uống nước: dựa vào lượng nước tiểu trong 24 giờ để uống bù nước.

- Khuyến người bệnh nên xoa bóp và làm một số động tác ở các chi, nhất là hai chi dưới để làm cho máu ngoại vi về tim dễ dàng hơn, giảm bớt các nguy cơ gây tắc mạch, vận động nhẹ nhàng không gây mệt.

4.2. Thực hiện y lệnh

- Cho người bệnh dùng thuốc, tiêm thuốc theo y lệnh.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.

4.3. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.
- Tình trạng tinh thần.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ. Theo dõi tình trạng phù.
- Theo dõi các xét nghiệm. Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc (digoxin).

4.4. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống, nghỉ ngơi: ăn nhạt, tránh làm việc nặng, gắng sức và các biến chứng nguy hiểm của suy tim nếu không được điều trị, chăm sóc tốt.

- Hướng dẫn người bệnh cách tự xoa bóp, vận động.
- Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc theo đơn, chế độ khám định kỳ.

5. Đánh giá, ghi hồ sơ báo cáo:

- Một người bệnh suy tim được đánh giá chăm sóc tốt nếu: người bệnh cảm thấy đỡ khó thở, phù giảm, gan nhỏ lại, mạch giảm, số lượng nước tiểu dần dần trở về bình thường.

- Người bệnh được chăm sóc chu đáo cả về thể chất lẫn tinh thần.
- Không xảy ra các tác dụng phụ của thuốc. Các dấu hiệu sinh tồn, các kết quả xét nghiệm được theo dõi và ghi chép đầy đủ.
- Người bệnh được hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống, tự vận động và xoa bóp, đồng thời tuân thủ chỉ định điều trị và chăm sóc của thầy thuốc

CHĂM SÓC BỆNH NHI TIÊU CHẢY CẤP

1. Mục đích

- Theo dõi diễn biến của bệnh tiêu chảy
- Theo dõi và phát hiện kịp thời các triệu chứng mất nước, mất điện giải
- Bù nước đúng theo tình trạng mất nước
- Đảm bảo nuôi dưỡng trẻ

2. Nhận định chăm sóc:

2.1 Hỏi bệnh:

- Phân: số lần tiêu chảy trong 24h , tính chất phân, số lượng
- Nôn: số lần, khối lượng, chất nôn
- Đau bụng: Khóc, quặn quai khi đi ngoài,,mót rặn, phân nhầy mũi ,máu
- Bụng trướng, Biếng ăn, sốt, tiểu ít

2.2. Thăm khám

- Toàn trạng: tỉnh táo, kích thích, vật vã
- Dấu hiệu mất nước, nếp véo da, lượng nước tiểu ml/giờ

3. Chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ mất nước điện giải do tiêu chảy, nôn.
- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan đến các tác nhân gây bệnh xâm nhập qua đường tiêu hóa.
- Trẻ quấy khóc, kích thích vật vã do mất nước.
- Tư vấn giáo dục sức khỏe.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Bù dịch và cân bằng điện giải

- Bù đủ nước và điện giải nhằm ngăn chặn mất nước nặng: uống ngay dung dịch ORS khi trẻ ỉa phân lỏng, truyền dịch khi có mất nước nặng

Cho trẻ uống dung dịch Oresol ngay sau lần ỉa phân lỏng đầu tiên với liều lượng như sau: 50 - 100 ml sau mỗi lần đi ỉa đối với trẻ dưới 2 tuổi.

100 - 200 ml sau mỗi lần đi ỉa đối với trẻ từ 2 - 5 tuổi

Uống theo nhu cầu đối với trẻ trên 5 tuổi.

4.2. Chăm sóc dinh dưỡng

- Cho trẻ ăn đầy đủ các chất nhất là chất đạm để thúc đẩy quá trình trao đổi mới tế bào ruột và phòng bệnh suy dinh dưỡng bằng cách : Tiếp tục cho trẻ bú mẹ đối với trẻ đang bú mẹ, cho trẻ ăn bình thường theo lứa tuổi

- Thức ăn của trẻ tiêu chảy phải nấu nhừ, dễ tiêu hoá, giàu chất dinh dưỡng, nhất là chất đạm, giàu Vitamin và muối khoáng. Khuyến khích cho trẻ ăn nhiều bữa trong ngày

4.3. Nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan đến các tác nhân gây bệnh xâm nhập qua đường tiêu hóa:

- Có phòng cách ly và kiểm soát nhiễm trùng bệnh viện: xử lý phân, lau nhà, vệ sinh dụng cụ.

- Hướng dẫn gia đình rửa tay, vệ sinh dụng cụ ăn uống để giảm nguy cơ mắc và lan truyền nhiễm khuẩn.

4.4. Trẻ quấy khóc, kích thích vật vã do mất nước:

Khuyến khích động viên trẻ Chăm sóc nhẹ nhàng và dành thời hạn chuyện trò với trẻ để trẻ cảm thấy yên tâm khi nằm điều trị.

4.5. Giáo dục sức khỏe

- Khi nằm viện Bệnh nhân mới vào viện phải hướng dẫn nội quy khoa, phòng Hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc đúng giờ, đúng liều Hướng dẫn bệnh nhân lau rửa, thay quần áo thường xuyên để tạo cảm giác dễ chịu Hướng dẫn bệnh nhân ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, khuyến khích ăn thức ăn dễ tiêu uống nhiều nước ấm, nước trái cây Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý phân đúng cách tại khoa

- Khi xuất viện Dặn bệnh nhân tái khám đúng hẹn, uống thuốc theo toa của Bác sĩ Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà rửa tay trước khi ăn, trước khi chuẩn bị bữa ăn và sau khi đi vệ sinh, quét nhà Bảo quản dụng cụ ăn uống sạch sẽ Bảo quản tốt thực phẩm chống ruồi nhặng, bụi bặm

5. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

1. Mục đích

- Nhanh chóng phát hiện và hồi sức tích cực các trường hợp có biến chứng nặng đe dọa tính mạng nhằm giảm tỉ lệ tử vong.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời và tránh bỏ sót các diễn tiến nặng, can thiệp kịp thời nhằm giảm mức độ tổn thương đa cơ quan

Định nghĩa ca lâm sàng bệnh tay chân miệng: Có một trong 2 tiêu chuẩn sau:

- Phát ban điển hình của bệnh tay chân miệng.
- Và / hoặc: Loét miệng dưới 7 ngày.

2. Nhận định chăm sóc

2.1. Hỏi bệnh: Lý do nhập viện?, Bệnh sử: Sốt ngày thứ mấy?, dùng thuốc loại gì?, đáp ứng với thuốc?, có ho, khó thở, nôn ói, quấy khóc, ngủ gà, li bì, giật mình, run chi, yếu liệt chi?

2.2. Thăm khám:

- Dấu hiệu sinh tồn: thay đổi tùy vào mức độ nặng, da, niêm mạc: bóng nước nổi trên nền hồng ban, xuất hiện trong lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, mông, niêm mạc miệng, nướu, dưới lưỡi vỡ ra tạo thành vết loét.

- Hô hấp: phát hiện những bất thường trong trường hợp có biến chứng.

2.3. Xét nghiệm cận lâm sàng: Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường, bạch cầu tăng $> 16.000/mm^3$ là dấu hiệu nặng.

3. Chẩn đoán chăm sóc

- Bé sốt, loét miệng, nổi mụn nước do nhiễm ENTEROVIRUS.
- Bé giật mình chói với do sự xâm nhập của virus lên hệ thần kinh trung ương.
- Tiêu chảy do bị rối loạn tiêu hóa.
- Dinh dưỡng không đảm bảo do bé đau miệng ăn uống khó.
- Mẹ lo lắng về bệnh do thiếu kiến thức chăm sóc.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Hạ sốt cho bé:

- Lau mát cho bé bằng nước ấm.
- Dùng thuốc hạ sốt ngay theo y lệnh Theo dõi sinh hiệu 4h/lần.
- Vệ sinh da.

- Chăm sóc răng miệng.

4.2. Hạn chế tình trạng bức rức khó chịu

- Cho bé nằm phòng yên tĩnh, thoáng mát.
- Thực hiện y lệnh thuốc
- Giữ an toàn cho bé.
- Theo dõi sự bức rức khó chịu .

4.3. Hạn chế tình trạng tiêu chảy

- Bù nước điện giải cho bé.
- Hướng dẫn mẹ cách pha dung dịch ORS, cách cho bé uống ORS.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

4.4. Đảm bảo cung cấp dinh dưỡng cho bé đầy đủ

- Hướng dẫn chế độ ăn:
 - + Ăn thức ăn lỏng dễ tiêu.
 - + Không sử dụng nhiều gia vị, không mặn
 - + Nấu ăn thật nhuyễn, mềm, đủ chất
 - + Uống thêm nước hoa quả
 - + Nên chia nhỏ các bữa ăn
 - + Sau khi ăn cần súc miệng sạch sẽ và để trẻ nghỉ ngơi trong 4h, sau đó mới cho ăn bữa khác.
- Động viên an ủi người bệnh.

4.5. Cung cấp kiến thức về bệnh cho mẹ

- Cung cấp kiến thức cho mẹ về bệnh tay chân miệng.
- Động viên mẹ yên tâm tin tưởng vào điều trị
- Khuyến khích gia đình tuân theo chế độ điều trị và chăm sóc bé nhiều hơn.

5 . Nội dung giáo dục sức khỏe (khi nằm viện)

- Thực hiện tốt nội quy khoa phòng
- Không cho bé qua các phòng khác; đi đến cắntin.
- Tuyên truyền vệ sinh rửa taycho người chăm sóc bé, vệ sinh môi trường xung quanh bé.
- Đảm bảo vệ sinh trong ăn uống.
- Che miệng mũi khi ho và hắt hơi.
- Xử lý khăn giấy và tả lót đã dùng bằng cách bỏ vào thùng rác và thải bỏ rác đúng cách.

6. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

- Báo cáo những biến cố đã xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC THỨC ĂN

1. Mục đích:

Cần loại bỏ nhanh các thức ăn bị nhiễm độc ra ngoài cơ thể, nhận định nguyên nhân, mức độ mất nước và rối loạn điện giải để có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Người bệnh trước đó ăn thức ăn gì?
- Thời gian từ khi ăn đến khi có triệu chứng là bao lâu?
- Người bệnh có nôn mửa, đau bụng, mót rặn không ?
- Tính chất của phân: phân lỏng, có máu, thối?
- Có kèm theo sốt không ?
- Người bệnh có cảm giác khát nước?
- Trước đây đã bị như vậy lần nào chưa?
- Các thuốc đã sử dụng như thế nào?

2.2. Thăm khám:

- Phát hiện các triệu chứng của ngộ độc thức ăn: nôn mửa, ỉa chảy, mẩn ngứa, mề đay, nếu nặng có thể truy tim mạch.
- Đo dấu hiệu sống: mạch, nhiệt và huyết áp.
- Khám tình trạng bụng người bệnh: chướng, đau...
- Khám phổi đôi khi khó thở dạng hen phế quản.

3. Chẩn đoán điều dưỡng:

Một số chẩn đoán điều dưỡng có thể gặp ở bệnh nhân bị ngộ độc thức ăn:

- Đau bụng do viêm dạ dày ruột.
- Nôn và buồn nôn do kích thích dạ dày ruột.
- Da nhão do mất nước.
- Tiểu ít do giảm thể tích tuần hoàn.
- Nguy cơ truy tim mạch do không bồi phụ kịp tình trạng mất nước.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- **Chăm sóc cơ bản:**

+ Người bệnh phải được nghỉ ngơi yên tĩnh. Động viên, khích lệ người bệnh an tâm điều trị.

+ Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ theo yêu cầu điều trị trong và sau khi hết ỉa chảy.

+ Vệ sinh sạch sẽ: nhắc nhở người bệnh giữ gìn vệ sinh răng miệng, thân thể, quần áo, tránh lây nhiễm cho các bệnh nhân khác. Các chất thải như chất nôn và phân của người bệnh phải được xử lý tốt.

+Tránh cho người bệnh những ảnh hưởng của chất độc gây ra.

- **Thực hiện các y lệnh:** Các y lệnh phải được thực hiện khẩn trương, đúng qui trình kỹ thuật, chính xác và kịp thời:

+ Rửa dạ dày nếu có chỉ định của bác sĩ.

+ Thuốc: thuốc uống, tiêm, truyền dịch.

+ Thực hiện các xét nghiệm: lấy mẫu bệnh phẩm tìm chất độc, vi trùng

- **Theo dõi:**

+ Mạch, nhiệt, huyết áp, dấu mất nước, tình trạng nôn mửa, ỉa chảy (số lượng, tính chất), số lượng nước tiểu mỗi giờ 1 lần.

+ Theo dõi tình trạng mất nước và rối loạn điện giải, kiểm toan: chú ý các dấu hiệu khát nước, da khô, mắt trũng.

+ Theo dõi tình trạng nôn mửa: tính chất và số lần nôn.

+ Theo dõi tính chất, số lượng phân và số lần đi cầu.

+ Theo dõi tác dụng phụ của thuốc và diễn biến điều trị, chăm sóc.

5. Nội dung giáo dục sức khỏe:

- Giáo dục về vệ sinh ăn uống và vệ sinh thực phẩm: Không ăn các thức ăn sống trừ những rau quả tươi có thể bóc vỏ và ăn ngay sau khi bóc vỏ.

- Đun nấu thức ăn cho đến khi chín.

- Ăn thức ăn khi còn nóng hoặc đun lại hoàn toàn trước khi ăn.

- Rửa tay bằng xà phòng trước khi nấu ăn, trước khi ăn uống, sau khi đại tiểu tiện.

- Nước uống: Nguồn cung cấp nước phải bảo đảm sạch, không bị ô nhiễm bởi các nguồn nước bẩn ngấm vào, phải xa các hố xí.

- Nước uống phải được đun sôi để nguội.

- Thức ăn nơi công cộng phải hợp vệ sinh.

- Giáo dục người bệnh và gia đình người bệnh hiểu các biện pháp phòng bệnh và tránh lây nhiễm cho những người xung quanh.

6. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo:

Một người bệnh ngộ độc thức ăn được đánh giá chăm sóc tốt khi:

- Tình trạng bệnh thuyên giảm rõ rệt, các triệu chứng giảm hoặc mất: đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy.
- Thể trạng người bệnh tốt. Người bệnh không có biến chứng.
- Công tác điều dưỡng được thực hiện đầy đủ.
- Biết cách phòng bệnh tốt sau khi ra viện.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG

1. Mục đích:

- Theo dõi diễn biến của bệnh.
- Phát hiện và làm giảm các biến chứng: xuất huyết tiêu hóa, thủng ổ loét,
- Hỗ trợ cho người bệnh giảm bớt các triệu chứng: đau tăng lên, lo lắng, ăn uống kém.

2. Nhận định chăm sóc:

2.1. Hỏi bệnh:

- Đứng trước một người bệnh loét dạ dày tá tràng, người điều dưỡng cần hỏi:
 - Người bệnh đau ở vùng nào? (thường đau ở vùng thượng vị). Cảm giác của người bệnh khi đau: bỏng rát, đau quặn, đau xoắn hay đau âm ỉ? Đau khi đói hay khi no, ăn vào đỡ đau hay đau tăng thêm?
 - Hướng lan của cơn đau? Đau thường xuất hiện vào mùa nào? Thời gian đau trong ngày.
 - Người bệnh có ợ hơi, ợ chua và ợ nóng không? Thói quen ăn uống gì? có ăn những thức ăn có nhiều gia vị, uống cà phê không? người bệnh có hút thuốc lá và uống rượu không?
 - Các thuốc đã sử dụng và cách điều trị trong thời gian trước đây.
 - Tinh thần người bệnh và công việc đang làm? Các bệnh đã mắc phải có liên quan với loét dạ dày tá tràng bệnh không?
 - Gia đình người bệnh có ai bị loét dạ dày tá tràng không?

2.2. Quan sát : Da và niêm mạc.

- Tư thế chống đau, tình trạng tâm thần.
- Tính chất của chất nôn và phân.

2.3. Thăm khám:

- Lấy các dấu hiệu sống.
- Khám bụng để xác định vị trí và mức độ đau.
- Xem xét kết quả cận lâm sàng: nội soi dạ dày tá tràng, X-quang, hồ sơ bệnh án.

3. Chẩn đoán điều dưỡng:

- Đau do loét dạ dày tá tràng.
- Lo lắng do sợ phải phẫu thuật với tình trạng bệnh cấp.
- Ăn kém do ăn vào bị đau.

- Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do ổ loét sâu.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- *Giảm lo lắng*: người bệnh cần được nghỉ ngơi, tránh suy nghĩ căng thẳng.
- Người điều dưỡng cần quan tâm chăm sóc đến người bệnh, trấn an và giải thích những câu hỏi của người bệnh trong phạm vi nhất định.
- Hướng dẫn người bệnh những phương pháp thư giãn nghỉ ngơi để giảm lo lắng.
- *Chế độ ăn uống*: Trong đợt đau nên cho người bệnh ăn những thức ăn mềm, lỏng (cháo, sữa, súp...). Ngoài đợt đau ăn uống bình thường.
- Nên ăn nhẹ, từng ít một và nhai kỹ, không nên ăn quá nhiều và quá nhanh.
- Không rượu, cà phê, chè đặc, thuốc lá và các loại gia vị hoặc các chất dễ kích thích có ảnh hưởng đến dạ dày tá tràng.
- Chế độ nghỉ ngơi*: Có chế độ nghỉ ngơi và làm việc thích hợp.
- Hướng dẫn người bệnh cách tiết kiệm năng lượng: đau nhiều thì nghỉ, khi đỡ đau thì đi lại nhẹ nhàng.
- Nếu người bệnh mất ngủ có thể dùng thuốc ngủ.
- Tránh cho người bệnh những suy nghĩ lo lắng ảnh hưởng tới sức khỏe.

*** Thực hiện y lệnh :**

- Thuốc kháng acid: uống khoảng 30 phút - 1 giờ sau khi ăn.
- Thuốc kháng tiết: uống khoảng 30 phút trước khi ăn.
- Khi dùng thuốc phải theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu, siêu âm, nội soi.

*** Theo dõi:** Các dấu sinh tồn, Tình trạng đau, Tình trạng ăn uống, Tình trạng sử dụng thuốc.

- Phát hiện sớm các biến chứng của loét dạ dày tá tràng: Chảy máu tiêu hóa, thủng ổ loét, hẹp môn vị.

5. Nội dung Giáo dục sức khỏe:

- Cung cấp cho người bệnh một số kiến thức về bệnh giúp họ tránh được những yếu tố làm bệnh nặng thêm.
- Người bệnh không các chất kích thích như rượu, cà phê, nước trà đặc, ớt, hạt tiêu.
- Nên ăn những thức ăn mềm, dễ tiêu, ăn chậm và nhai kỹ.
- Phát hiện sớm tình trạng viêm dạ dày và có thái độ điều trị đúng đắn.

6. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo

- Tình trạng tinh thần kinh.

- Tình trạng đau bụng, tình trạng nôn, rối loạn tiêu hoá.
- Cách ăn uống và nghỉ ngơi.
- Cách chăm sóc và điều trị
- Cách sử dụng các thuốc.
- Các tác dụng phụ của thuốc cũng như các biến chứng xảy ra.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC PHẢN VỆ

1. Mục đích:

Đảm bảo tình trạng huyết động của người bệnh được theo dõi liên tục qua các thông số như mạch, huyết áp, thể tích nước tiểu, phát hiện và xử lý kịp thời các rối loạn gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

2. Nhận định chăm sóc

2.1. Hỏi bệnh: sau khi người bệnh tiếp xúc với các tác nhân gây dị ứng có cảm giác khác thường như thế nào? có bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...

2.2. Khám bệnh:

**Toàn thân*

- Mẩn ngứa , ban đỏ , mày đay , phù Quincke

** Thần kinh*

- Đau đầu, chóng mặt , đôi khi hôn mê

- Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.

** Tuần hoàn*

- Mạch nhanh nhỏ khó bắt , huyết áp tụt , kẹp có khi không đo được.

** Hô hấp*

- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.

** Tiêu hóa*

- Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Đảm bảo chức năng sống cho người bệnh

- Thực hiện y lệnh

- Nuôi dưỡng

- Vệ sinh

- Giáo dục sức khỏe

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

***Đảm bảo chức năng sống**

Đề người bệnh nằm: đầu thấp, chân kê cao để đảm bảo tuần hoàn não. Điều dưỡng có mặt liên tục bên cạnh người bệnh để họ yên tâm, không lo lắng.

***Duy trì hô hấp**

- Phục hồi thể tích tuần hoàn.

- Thực hiện các y lệnh nhanh chóng và kịp thời, chính xác các y lệnh thuốc và cận lâm sàng.

- Theo dõi các dấu hiệu sống 10 phút 1 lần đến khi huyết áp tối đa lên đến 100 mmHg sau đó cứ 30 phút đo 1 lần đến khi tiến triển tương đối tốt thì 1 giờ đo huyết áp 1 lần để đánh giá sự tiến triển của sốc và xử trí kịp thời.

***Thực hiện y lệnh : đầy đủ và chính xác**

*** Nuôi dưỡng**

- Đặt thông dạ dày để theo dõi xuất huyết nếu có, và nuôi dưỡng người bệnh nếu như người bệnh không ăn được đường miệng.

- Vệ sinh toàn thân: Lau người , vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Thay drap giường , quần áo hằng ngày.

- Giảm lo lắng và sợ hãi: để người bệnh nằm buồng riêng thoáng về mùa hè, ấm về mùa đông.

- Điều dưỡng luôn có mặt để theo dõi, động viên người bệnh.

5. Giáo dục sức khỏe :

- Động viên người bệnh và người nhà yên tâm điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh kiêng các thức ăn dễ gây dị ứng.

- Dặn người bệnh mang theo phiếu theo dõi dị ứng khi đi khám bệnh .

6. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo

- Người bệnh sốc phản vệ được chăm sóc tốt khi tình trạng lâm sàng của người bệnh được cải thiện, kiểm soát được hô hấp, tuần hoàn, bài tiết, tiêu hoá.

- Các y lệnh và xét nghiệm thực hiện đầy đủ.

- Theo dõi sát, phát hiện kịp thời các biến chứng

Các chăm sóc cơ bản được thực hiện đầy đủ, đáp ứng nhu cầu của người bệnh.

- Người bệnh và gia đình yên tâm, hợp tác điều trị.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

1. Mục đích

- Đảm bảo lưu thông đường tiết niệu
- Phát hiện và làm giảm các biến chứng: nhiễm khuẩn ngược dòng, suy thận mạn
- Hỗ trợ cho người bệnh giảm bớt các khó khăn của bệnh tật: tiểu rắt, tiểu buốt, tiểu đục, tiểu máu, sốt cao, rét run, thể trạng suy kiệt nhanh,...

2. Nhận định chăm sóc

2.1. Hỏi bệnh

- Có bị tiểu buốt, tiểu rắt không? Có bị sốt cao và rét run không?
- Có bị đau vùng thắt lưng, tình trạng xuất hiện đột ngột hay đau âm ỉ?
- Nước tiểu màu đục hoặc có máu không?
- Có tiền sử viêm đường tiết niệu hay sỏi đường tiết niệu không?

2.2. Khám bệnh

Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm theo chỉ định của bác sỹ:

- Xét nghiệm nước tiểu và công thức máu.
- Kiểm tra nồng độ Urê máu, creatinin máu.
- Siêu âm thận.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm giảm sốt và làm hết sốt cho người bệnh.
- Bù nước và điện giải cho người bệnh.
- Giảm khó chịu cho người bệnh.
- Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh.
- Tăng cường sự hiểu biết về bệnh, phương pháp phòng và điều trị bệnh.

3.1 Thực hiện chăm sóc

- Làm giảm và hết sốt cho người bệnh:
- Để người bệnh nằm nghỉ ngơi chỗ thoáng, nơi rộng quần áo.

- Chườm mát vùng trán, vùng bẹn...
- Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt, thuốc kháng sinh.
- Theo dõi thân nhiệt 3 giờ/1 lần.

***Bù nước và điện giải cho người bệnh:**

- Hướng dẫn người bệnh cách pha oresol và uống làm nhiều lần trong ngày.
- Truyền dung dịch đường đẳng trương hoặc muối sinh lý nếu mất nước nhiều.
- Chú ý theo dõi mạch, huyết áp.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong ngày.

***Giảm khó chịu cho người bệnh:**

- Giải thích cho người bệnh hiểu về tình trạng rối loạn tiết niệu.
- Từ đó hướng dẫn người bệnh hằng ngày ngâm vùng chậu hông vào chậu nước ấm khoảng 15 phút để làm giảm cảm giác đau hoặc chườm ấm vùng hạ vị.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên và tự theo dõi khi đi tiểu tiện về màu sắc, số lượng nước tiểu và các biểu hiện khác.
- Thực hiện y lệnh kháng sinh: đảm bảo đúng và đủ liều.

***Tăng cường dinh dưỡng cho người bệnh:** Cho ăn tăng cường chế độ ăn giàu protein và giàu calo, ăn lỏng dễ tiêu dưới dạng súp cháo, ăn nhiều rau quả tươi bảo đảm đủ vitamin cho cơ thể.

5. Giáo dục sức khỏe :

- Tăng cường sự hiểu biết cho người bệnh:
 - Thuyết phục và hướng dẫn cho người bệnh tăng cường vệ sinh cơ thể, đặc biệt là vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên bằng nước sạch.
 - Hằng ngày tập rèn luyện thân thể, tránh nằm và ngồi nhiều, uống nhiều nước.
 - Khi bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phải điều trị kịp thời và điều trị đúng, đủ liều sẽ khỏi.
 - Tránh hoặc loại bỏ các yếu tố gây nhiễm khuẩn tiết niệu.
 - Điều dưỡng khi tiến hành các thủ thuật ở bộ phận tiết niệu, sinh dục phải nhẹ nhàng và đảm bảo vô khuẩn tốt.

6. Đánh giá ghi hồ sơ và báo cáo

Việc chăm sóc được coi là có kết quả khi người bệnh:

- Hết sốt.
- Hết khó chịu do rối loạn tiết niệu.
- Biết cách phòng bệnh.