

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC THĂNG LONG
KHOA ĐIỀU DƯỠNG**

PHẠM THỊ LIÊN

Mã sinh viên B00185

**CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VÔ CẢM TRONG
PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ**

CHUYÊN ĐỀ TỐT NGHIỆP CỬ NHÂN HỆ VLVH

HÀ NỘI – Tháng 11 năm 2012

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC THĂNG LONG
KHOA ĐIỀU DƯỠNG**

PHẠM THỊ LIÊN

Mã sinh viên B00185

**CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VÔ CẢM TRONG
PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ**

CHUYÊN ĐỀ TỐT NGHIỆP CỬ NHÂN HỆ VLVH

Người hướng dẫn khoa học:

Tiến sĩ. Nguyễn Quang Bình

HÀ NỘI – Tháng 11 năm 2012

LỜI CẢM ƠN

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tôi xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành tới:

Đảng uỷ, Ban giám hiệu, Khoa điều dưỡng trường Đại học Thăng Long đã tạo điều kiện thuận lợi nhất cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành chuyên đề.

Đặc biệt tôi xin chân thành cảm ơn đến tiến sĩ Nguyễn Quang Bình trưởng khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội, mặc dù rất bận rộn với công việc nhưng đã dành thời gian tận tình hướng dẫn, chỉ bảo, cung cấp tài liệu và những kiến thức quý báu giúp tôi thực hiện chuyên đề này.

Với tất cả lòng thành kính, tôi xin chân thành cảm tạ và biết ơn sâu sắc đến giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ trong hội đồng, đã thông qua chuyên đề và hội đồng chấm khoá luận tốt nghiệp đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu giúp tôi hoàn thành tốt chuyên đề.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn tập thể y, bác sĩ và nhân viên khoa khám ngoại bệnh viện Xanh Pôn đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình thực hiện chuyên đề.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn các anh, chị, các bạn đồng nghiệp đã cổ vũ, động viên, ủng hộ tôi trong quá trình thực hiện chuyên đề.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến cha mẹ, chồng, con và những người thân trong gia đình đã dành cho tôi tình thương yêu để tôi có điều kiện trưởng thành như ngày hôm nay.

Hà nội, ngày 17 tháng 11 năm 2012

Phạm Thị Liên

THUẬT NGỮ VIẾT TẮT

1. Xếp loại sức khỏe theo Hội Gây Mê Hoa Kỳ: American society of anesthesiologists: ASA.
2. Sản sóc vô cảm có theo dõi: Monitored anesthesia care: MAC.

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN VÔ CẢM.....	2
1.1. Sơ lược lịch sử về vô cảm ngoại trú.	2
1.2. Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị các kỹ thuật vô cảm ngoại trú	3
1.2.1. Lựa chọn bệnh nhân ngoại trú	3
1.2.2. Chuẩn bị các kỹ thuật vô cảm ngoại trú	6
1.3. Tiêu chuẩn xuất viện trong phẫu thuật ngoại trú.....	13
CHƯƠNG 2	17
A. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VÔ CẢM NGOẠI TRÚ.....	17
2.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước vô cảm.....	17
2.1.1. Chuẩn bị về tâm lí.....	17
2.1.2. Tiền sử người bệnh	17
2.1.3. Đánh giá tình trạng toàn thân của người bệnh.....	18
2.1.4. Thực hiện cam kết trước mổ.....	20
2.1.5. Hướng dẫn và giáo dục người bệnh trước phẫu thuật	20
2.2 Chăm sóc bệnh nhân giai đoạn tiền mê.....	21
2.2.1. Giảm lo lắng	21
2.2.2. Dự phòng trào ngược	22
2.3. Chăm sóc bệnh nhân giai đoạn hồi tỉnh (6 giờ đầu).....	22
2.3.1. Chăm sóc về tri giác	22
2.3.3. Chăm sóc về tuần hoàn	23
2.3.4. Theo dõi nhiệt độ	24
2.3.5. Chăm sóc về tiết niệu.....	24
2.4. Chăm sóc người bệnh sau vô cảm những giờ sau	24
2.4.1. Chăm sóc đường thở.....	24
2.4.2. Giúp người bệnh giảm đau và bớt vật vã.....	25
2.4.3. Chăm sóc người bệnh nôn, nấc.....	25
2.4.4. Chăm sóc về tuần hoàn	26
2.4.5. Chăm sóc về tiết niệu.....	26
2.4.6. Chăm sóc vết mổ	26

2.4.7. Chăm sóc dẫn lưu	26
2.4.8. Tâm lí lo lắng sau mổ	27
B. ÁP DỤNG QUI TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CHO MỘT BỆNH NHÂN CỤ THỂ	29
HÀNH CHÍNH.....	29
CHUYÊN MÔN.....	29
KẾT LUẬN.....	33

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Ảnh 1.1. Hình ảnh lựa chọn bệnh nhân trước vô cảm	6
Ảnh 1.2. Hình ảnh bệnh nhân đang được gây mê toàn thể	9
Ảnh 1.3. Hình ảnh bệnh nhân vô cảm bằng phương pháp gây tê tại chỗ	12
Ảnh 1.4. Hình ảnh bệnh nhân đang áp dụng phương pháp MAC.....	13
Ảnh 2.1 Hình ảnh bệnh nhân trước khi xuất viện	28

DANH MỤC BẢNG BIỂU

Bảng 1. Bảng điểm của Aldrete	15
Bảng 2. Tiêu chuẩn xuất viện theo thang điểm F.Chung sửa đổi	16

ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều kiện kinh tế cùng với sự phát triển của khoa học công nghệ trong phẫu thuật và gây mê hồi sức là những yếu tố chính chuyển dịch quan niệm từ phẫu thuật nội trú sang phẫu thuật ngoại trú. Phẫu thuật ngoại trú là phẫu thuật “ đến và đi trong ngày” nên có những ưu điểm giảm chi phí điều trị, thời gian, xuất viện sớm trong ngày và tạo môi trường thân thiện cho người bệnh. Mô hình phẫu thuật ngoại trú lần đầu được Ralphi Waters áp dụng ở Mỹ vào năm 1919 [18], sau đó đã phát triển nhanh trên phạm vi toàn thế giới. Đến năm 2000, ở Mỹ tỉ lệ số bệnh nhân được phẫu thuật ngoại trú vượt trên 70 % [3] và được coi như là trung tâm chăm sóc sức khỏe lớn nhất trên thế giới, đã làm giảm chi phí bảo hiểm y tế tương đương 15% sản phẩm quốc nội [16]. Vì vậy, hầu hết các nước phát triển đều muốn học mô hình của Mỹ [8].

Nhằm đáp ứng với yêu cầu phát triển của phẫu thuật ngoại trú đòi hỏi ngành gây mê hồi sức cũng phải phát triển các phương pháp vô cảm, thuốc mê mới, phương tiện kĩ thuật và xây dựng mô hình, đào tạo đội ngũ nhân viên y tế. Vì vậy, việc nghiên cứu tổ chức các trung tâm và hoàn thiện các kỹ thuật cho phẫu thuật ngoại trú là cần thiết để góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc bệnh nhân.

Trong phẫu thuật ngoại trú, điều dưỡng cùng với phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê có vai trò quyết định đến thành công của cuộc phẫu thuật. Vì vậy, người điều dưỡng cần phải hiểu và nắm vững các kiến thức cơ bản trong chăm sóc vô cảm phẫu thuật ngoại trú như đánh giá và chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật, các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, phương pháp vô cảm cho phù hợp với từng loại phẫu thuật, theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau vô cảm phẫu thuật ngoại trú.

Ở Việt Nam, cho đến nay tuy chưa có số liệu về số lượng mổ ngoại trú chính thức nhưng thực tế đã có rất nhiều phẫu thuật ngoại trú đã được thực hiện tại các phòng khám, phòng cấp cứu và các bệnh viện. Tuy nhiên, ở từng địa phương, bệnh viện và các cơ sở y tế vẫn chưa có sự thống nhất một cách hệ thống trong việc chăm sóc và điều trị bệnh nhân ngoại trú. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện chuyên đề **"Chăm sóc bệnh nhân vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú"** đề cập những nội dung chính sau:

1. Tổng quan về phương pháp vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú
2. Chăm sóc bệnh nhân trước và sau vô cảm ngoại trú

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN VÔ CẢM TRONG PHẪU THUẬT NGOẠI TRÚ

1.1. Sơ lược lịch sử về vô cảm ngoại trú

Với sự phát triển vượt bậc về tốc độ và qui mô của phẫu thuật ngoại trú trong nhiều năm qua. Nó đã làm thay đổi thực hành phẫu thuật và phương pháp gây mê, kỹ thuật chăm sóc. Mô hình phẫu thuật ngoại trú lần đầu được Ralphe Waters áp dụng ở Mỹ vào năm 1919 [18].

Trong những thập kỷ vừa qua, số lượng ca phẫu thuật ngoại trú đã thực sự tăng gấp 4 lần, chiếm hơn 60% các loại phẫu thuật ở người lớn và chiếm đến 80% các loại phẫu thuật ở trẻ em được thực hiện tại Hoa Kỳ [3].

Năm 1961, Butterworth xây dựng mô hình lưu động hiện đại đầu tiên thiết lập tại Bệnh viện Grand Rapids, bang Michigan, sau đó Bệnh viện đầu tiên được hình thành tại Đại học California ở Los Angeles. Năm 1968, Dornette thiết lập bệnh viện ngoại trú độc lập với sự hợp tác của bệnh viện Nhi tại Vancouver, British Columbia, là đơn vị đầu tiên tại Bắc Mỹ [14].

Năm 1970, Ford và Read thông báo thiết lập mô hình cổ điển cho bệnh nhân ngoại trú độc lập có tên là Surgicenter tại Phoenix để đáp ứng nhu cầu chung của bệnh nhân, giới chủ, các công ty bảo hiểm và chính quyền địa phương để tìm ra biện pháp thực hiện các loại phẫu thuật an toàn và ít tốn kém, mô hình này được sử dụng như một bệnh viện ngoại trú đời đầu tiên trên toàn nước Mỹ [15].

Davis (1990) cho rằng sự phát triển các phương tiện áp dụng trong phẫu thuật ngoại trú từ cổ đại cho đến thế kỷ thứ XIX có 4 động lực cơ bản để xác định lĩnh vực này gồm: sự ra đời của gây mê, kỹ thuật vô trùng, sử dụng phương tiện hồi sức và chăm sóc bệnh nhân sau mổ. Nhờ cuộc cách mạng này, phẫu thuật ngoại trú được đưa lên tầm cao mới [13].

Đến nay, người ta ước tính rằng trên 70% ở Mỹ và Canada, hơn 50% ở Anh các trường hợp mổ phôi được phẫu thuật ngoại trú. Tại Châu Á, trong một nghiên cứu ở 20 bệnh viện trên khắp Thái Lan cho thấy chỉ có 7% các bệnh nhân được vô cảm

ngoại trú [3]. Tại Việt Nam mô hình phẫu thuật ngoại trú đã được áp dụng nhưng chưa được thực hiện một cách hệ thống.

1.2. Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị các kỹ thuật vô cảm ngoại trú

1.2.1. Lựa chọn bệnh nhân ngoại trú

Mặc dù phần lớn các bệnh nhân được xem xét trong từng điều kiện thuận lợi để phẫu thuật ngoại trú, nhưng về nguyên tắc hiện nay vẫn xếp loại tình trạng sức khỏe theo Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) [7].

ASA I: Tình trạng bệnh nhân sức khỏe tốt. Không mắc các bệnh liên quan đến các bệnh lý cần phải mổ.

ASA II: Bệnh nhân có mắc một bệnh không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày.

ASA III: Bệnh nhân có mắc một bệnh ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh hoạt như: (loét dạ dày tá tràng, sỏi thận, sỏi gan, tiểu đường...)

ASA IV: Bệnh nhân có bệnh nặng đe dọa đến tính mạng (ung thư, bệnh van tim, hen phế quản nặng, tâm phế mãn...)

ASA V: Tình trạng bệnh nhân quá nặng không có khả năng sống được 24 giờ dù có mổ hay không mổ.

Điều dưỡng cần nắm vững các tiêu chuẩn xếp loại sức khỏe để phân loại bệnh nhân phù hợp phẫu thuật. Với bệnh nhân mổ ngoại trú thường lựa chọn tình trạng sức khỏe ASA I và II. Một số bệnh nhân ASA III đã được điều trị ổn định có thể lựa chọn, tuy nhiên cần thận trọng. Những nghiên cứu gần đây cho thấy: các sai sót và biến chứng liên quan tới quy trình, thời gian mổ, sử dụng gây mê toàn thể, tuổi hơn là dựa theo phân loại ASA [6].

Trong phẫu thuật ngoại trú, điều dưỡng cần phải khai thác tuổi của người bệnh, vì tuổi có liên quan đến thời gian hồi tỉnh và tỉ lệ mắc phải các biến chứng kèm theo trong vô cảm ngoại trú. Sự phục hồi ý thức sau gây mê ở người già chậm hơn. Ở những người trên 70 tuổi, cần quan tâm đánh giá các xét nghiệm sinh học nhiều hơn so với người trẻ tuổi [3]. Trẻ em thiếu tháng có tỉ lệ biến chứng hô hấp sau ca mổ cao hơn. Việc lựa chọn bệnh nhân cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa điều dưỡng và bác sĩ trong chăm sóc sức khỏe ban đầu trước khi mổ. Cần quan tâm đến khoảng

cách từ bệnh viện đến nhà bệnh nhân và người chịu trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân tại nhà trong 24 giờ đầu [3].

Điều dưỡng cần phải hiểu biết về các bệnh nhân không thích hợp với phẫu thuật ngoại trú như sau [17]:

- Trẻ em

Tuổi dưới 46 tuần tính từ lúc hình thành bào thai vì dễ gây ngừng thở sau gây mê và khi ngủ.

Mắc các bệnh hô hấp: dị sản phổi, viêm phế quản, hen phế quản, ngừng thở, co thắt phế quản.

Mắc các bệnh tim mạch: suy tim, bệnh tim bẩm sinh, các bệnh lý về van tim, thấp tim...

Bệnh nhân bị sốt, ho, đau họng, viêm mũi, các dấu hiệu mới khởi phát gần đây hoặc tình trạng xấu đi của các nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

- Người lớn

Bệnh nhân dự kiến mất máu nhiều, phẫu thuật lớn, phẫu thuật kéo dài.

Bệnh nhân ASA III, IV có yêu cầu theo dõi tổng hợp hoặc theo dõi mở rộng hoặc cần điều trị sau mổ

Bệnh nhân cần giảm đau phức tạp

Bệnh nhân béo phì kèm theo mắc các bệnh hô hấp: dị dạng phế quản, ngừng thở khi ngủ, co thắt phế quản.

Bệnh nhân có sốt, hắt hơi, chảy mũi, ho hoặc các triệu chứng khác của các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp.

Các trường hợp cần phải xem xét đặc biệt

- Phụ nữ mang thai: có khó khăn khi thao tác ở đường hô hấp và dễ trào ngược hơn vì những biến đổi sinh lý khi mang thai, dung tích dự trữ của phổi giảm, sự giảm bão hòa ô xy sau khi dùng các thuốc an thần, giảm đau có khả năng tăng lên. Điều dưỡng cần hiểu rõ các thuốc có ảnh hưởng gây ức chế hô hấp đến thai nhi, phản xạ bảo vệ của người mẹ, tác dụng đối với tử cung - rau thai, trong quá trình vô cảm.

- Trẻ em: các thuốc chỉ có ảnh hưởng đối với tim mạch, đặc biệt đối với trẻ nhỏ có cung lượng tim phụ thuộc rất nhiều vào tần số tim. Trẻ sơ sinh có thay đổi về

chuyển hóa và bài tiết hơn ở người lớn. Vì vậy, điều dưỡng cần phải hiểu rõ các thuốc có ảnh hưởng đến tim mạch trong quá trình vô cảm.

- Bệnh nhân suy thận: thuốc sử dụng cần có sản phẩm chuyển hóa cả dạng hoạt động và dạng không độc thải qua nước tiểu, thẩm phân và có thời gian bán thải trừ ngắn. Vì vậy, điều dưỡng cần phải nắm rõ các thuốc ảnh hưởng đến thận trong quá trình vô cảm..

- Bệnh nhân có bệnh gan: các thuốc sử dụng cần phải có sản phẩm chuyển hóa không độc cho gan và không thải qua mật. Cần lựa chọn các thuốc có thời gian bán thải trừ ngắn. Vì vậy, điều dưỡng cần phải nắm rõ các thuốc ảnh hưởng tác động xấu đến gan trong quá trình vô cảm.

- Điều dưỡng cần phát hiện và giải thích cho bệnh nhân không lạm dụng thuốc vì lạm dụng thuốc có thể thay đổi chuyển hóa và thời gian tác dụng gây ảnh hưởng đến chất lượng của cuộc vô cảm như kéo dài sự hồi tỉnh, tác động bất lợi lên hệ tim mạch và hô hấp.

- Điều dưỡng cần phải quan tâm đến bệnh nhân tâm thần đang sử dụng thuốc vì hầu hết các thuốc tâm thần đều có tác dụng hiệp đồng với thuốc sử dụng cho an thần tỉnh. Giảm huyết áp có thể xảy ra khi có sự kết hợp thuốc trấn tĩnh với an thần.

- Cần phải chú trọng theo dõi ở bệnh nhân béo phì vì thể tích phân bố thuốc thay đổi do thuốc gắn với lipid nên liều dùng cần cao hơn. Điều dưỡng cần phải lưu ý ở bệnh nhân béo phì khi vô cảm dịch trào ngược dễ xảy ra, dung tích phổi giảm nên có thể dễ bị biến chứng về hô hấp.

Lựa chọn các ca phẫu thuật

Lựa chọn những ca phẫu thuật không phức tạp, các phẫu thuật có thời gian gây mê nhỏ hơn 1 tiếng, các phẫu thuật không đòi hỏi giảm đau phức tạp.



Ảnh 1.1. Hình ảnh lựa chọn bệnh nhân trước vô cảm

1.2.2. Chuẩn bị các kỹ thuật vô cảm ngoại trú

Hầu hết các thủ thuật ngoại trú được thực hiện dưới gây mê toàn thể, gây tê tại chỗ, gây tê vùng. Các thuốc an thần, giảm đau có thể bổ sung cho các phương pháp vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú.

- Gây mê toàn thể

Mặc dù việc tiến hành một cuộc gây mê toàn thể có hiệu quả, an toàn, tác dụng phụ tối thiểu và hồi tỉnh nhanh là khó trong một cơ sở phẫu thuật ngoại trú, nhưng nó vẫn là một kỹ thuật gây mê được dùng rộng rãi nhất.

Khi tiến hành cần chú ý các điểm sau đây:

Bệnh nhân ngoại trú đòi hỏi các phương tiện cơ bản như bệnh nhân nội trú về thuốc mê và máy theo dõi, hồi sức.

Phương tiện theo dõi trong mổ cho bệnh nhân ngoại trú gồm: một ống nghe trước tim, điện tim, máy đo huyết áp, máy theo dõi SpO₂, máy theo dõi EtCO₂ (áp lực CO₂ trong hơi thở ra của bệnh nhân).

Những yếu tố nguy cơ chính đối với thiếu oxy trong gây mê toàn thể cho bệnh nhân ngoại trú đó là: béo bụng, tuổi quá 35 và sự mất tri giác.

Theo dõi nhiệt độ cần đặt ra với người trẻ tuổi, trẻ em, khi dùng các thuốc có thể gây sốt cao ác tính.

Cần có hệ thống hồ sơ bệnh án ghi chép về gây mê để kết hợp thông tin trước, trong và sau mổ [6].

Khởi mê

Khởi mê toàn thể thường thực hiện với các thuốc mê tĩnh mạch có tác dụng nhanh như:

Thiopental (3-6mg/kg là thuốc khởi mê nhanh. Tác dụng phụ ít, nhất là khi kết hợp với sufentanil: 5 – 10µg/kg tĩnh mạch) [6].

Methohexital là thuốc mê với thời gian hồi tỉnh ngắn hơn thiopental một chút, nhưng có bất lợi là đau khi tiêm, vận động không tự chủ và nôn. Khi phối hợp với sufentanil cũng giảm tối thiểu tác dụng phụ [6]:.

Etomidate được dùng để khởi mê và duy trì mê trong các thủ thuật ngoại trú ngắn, thời gian hồi tỉnh nhanh nhưng có bất lợi: đau khi tiêm, buồn nôn và nôn sau mổ, rung giật cơ, ức chế tạm thời tuyến thượng thận [6].

Ketamine được coi là không thuận lợi so với hợp chất bacbiturate và nha phiến đối với các thủ thuật phụ khoa ngắn do ảnh hưởng tâm thần trong giai đoạn sớm sau mổ. Tuy nhiên nếu tiền mê với benzodiazepine như midazolam 0,2 - 0,4mg/kg tĩnh mạch thì ketamine cũng là một thuốc khởi mê thích hợp cho bệnh nhân ngoại trú, nhưng sự khởi đầu tác dụng của nó chậm hơn và thời gian hồi tỉnh dài hơn so với hợp chất bacbiturate [6].

Midazolam cũng là một thuốc dùng để khởi mê, nếu vào cuối cuộc mổ dùng thuốc đối kháng đặc hiệu flumazenil thì sẽ đạt được sự hồi tỉnh ngay.

Propofol là một thuốc mê tĩnh mạch mới nhất sử dụng tốt cho vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú, hồi tỉnh nhanh hơn, xuất viện sớm hơn và các biến chứng sau mổ ít hơn so với các thuốc mê tĩnh mạch khác. Tuy nhiên để hồi tỉnh hoàn toàn cũng mất khoảng 3 giờ sau ngừng mê [6].

Với trẻ em việc khởi mê bằng thuốc mê hô hấp là có lợi tương đương với tiêu chuẩn kỹ thuật khởi mê tĩnh mạch, nhưng đáng tiếc là khởi mê bằng thuốc mê hô hấp tốn thời gian và một số bệnh nhi chống đối lại mặt nạ, cũng như mùi hăng của thuốc mê. Cho nên cách này thường chỉ làm với những bệnh nhân chịu hợp tác.

Halothane là thuốc được chọn để khởi mê hô hấp vì thời gian khởi mê ngắn và ít có vấn đề về hô hấp hơn là Isoflurane, Enflurane. Tuy nhiên có thể có loạn nhịp thất nhẹ khi khởi mê bằng Halothane [6]. Sevofluran là lựa chọn tốt cho trẻ em mổ ngoại trú.

Với các trẻ em không chịu hợp tác có thể dùng ketamine 3-6mg/kg tiêm bắp để khởi mê, nhưng thường có ảo giác tái diễn, có khi vài tuần sau gây mê [6].

Duy trì mê

Để duy trì mê người ta thường dùng mê bốc hơi kết hợp với nitrous oxide (60-70% trong oxy) cho hầu hết các kỹ thuật được ưa chuộng. Sự tan chậm cực độ của nitrous oxide góp phần làm thời gian khởi mê nhanh và hồi tỉnh nhanh, rất tốt cho bệnh nhân ngoại trú. Tuy vậy việc phối hợp nitrous oxide với thuốc giảm đau họ morphin trong “gây mê cân bằng” thì sẽ tăng biến chứng nôn [6].

Các thuốc mê bốc hơi về tổng thể được xem là tốt để duy trì mê cho bệnh nhân ngoại trú bởi vì có thể dễ dàng thay đổi độ sâu của mê do sự hấp thu và thải trừ nhanh của các thuốc và vì vậy có thể cho phép hồi tỉnh nhanh và xuất viện sớm bệnh nhân ngoại trú. Tuy vậy thường xảy ra loạn nhịp nhất là với halothane và đặc biệt ở phụ nữ và trẻ em [6].

Propofol được sử dụng nhiều nhất cho người lớn vì thời gian khởi mê ngắn, giảm co thắt thực quản, giảm phản xạ nôn sau mổ. Lidocain 20 mg có thể bổ sung cho mỗi 200 mg propofol để giảm đau do thuốc tại các tĩnh mạch nhỏ. Các liều nhỏ afentanil hoặc fentanyl có thể được bổ sung hoặc cho trước khi dùng propofol để giảm liều khởi mê [6].

Với trẻ em việc khởi mê bằng thuốc mê hô hấp là có lợi tương đương với tiêu chuẩn kỹ thuật khởi mê tĩnh mạch, khởi mê bằng thuốc mê hô hấp tốn thời gian và một số bệnh nhi chống đối lại mặt nạ, cũng như mùi hăng của thuốc mê. Cho nên cách này thường chỉ làm với những bệnh nhân chịu hợp tác. Sevofluran là lựa chọn tốt cho trẻ em mổ ngoại trú [6].

Phẫu thuật viên có thể gây tê bổ sung nhằm giảm liều thuốc mê, giảm đau ngay sau phẫu thuật và tăng hiệu quả của các biện pháp hồi tỉnh.

Sử dụng thuốc giãn cơ

Với bệnh nhân ngoại trú có thể dùng giãn cơ để đặt nội khí quản và làm thuận lợi cho phẫu thuật. Khi dùng giãn cơ thì phải hô hấp chỉ huy. Có tác giả thấy rằng việc dùng giãn cơ có tác dụng làm giảm nôn sau mổ.

Thông thường người ta dùng các giãn cơ không khử cực có tác dụng ngắn như atracurium 0,3 - 0,5 mg/kg, vecuronium 0,06 - 0,08 mg/kg, rocuronium 0,6 mg/kg. Khi cần giải giãn cơ thì dùng thuốc đối kháng như neostigmine hoặc edrophonium.

Các biến chứng và tác dụng phụ sau gây mê toàn thể [6].

Các tác dụng phụ sau gây mê toàn thể có tỷ lệ cao nên rất khó xác định khi nào là an toàn cho sự xuất viện của bệnh nhân sau phẫu thuật ngoại trú. Mặc dù đã có rất nhiều chỉ số đánh giá sự hồi tỉnh của hoạt động tâm thần sau gây mê toàn thể, kể cả làm điện não đồ nhưng không có một tiêu chuẩn chắc chắn nào cho xuất viện với các bệnh nhân mổ ngoại trú.

Các biến chứng và tác dụng phụ sau gây mê toàn thể thường làm cản trở việc xuất viện bao gồm: chảy máu, đau không thể chịu được, hoa mắt, bí đái, ngủ mơ màng kéo dài, buồn nôn và nôn.

Cần chú ý rằng tỷ lệ mắc phải các biến chứng và phiền nạn sau khi gây mê cho các phẫu thuật ngoại trú phụ thuộc vào đặt nội khí quản, thời gian phẫu thuật và cả việc rút nội khí quản cũng có biến chứng như đau họng, ho, nói khàn.



Ảnh 1.2. Hình ảnh bệnh nhân đang được gây mê toàn thể

- Gây tê vùng

Kỹ thuật gây tê vùng lý tưởng cho bệnh nhân ngoại trú là sử dụng các thuốc có thời gian khởi tê nhanh để giảm thiểu sự chờ đợi và rút ngắn thời gian giúp hồi phục nhanh và xuất viện. Sự lựa chọn bệnh nhân rất quan trọng vì gây tê vùng sẽ không cần phải an thần mạnh. Việc gây tê được xem là thuật lợi cho bệnh nhân ngoại trú, nó có thể chỉ giới hạn vùng tê cho vị trí cần mổ và có thể tránh được các biến chứng thường gặp trong gây mê toàn thể như buồn nôn, nôn, chóng mặt và các nguy hiểm viêm phổi do hít phải chất nôn, có thể giảm được phiền nạn do đặt nội khí quản. Hơn nữa việc chăm sóc sau mổ nhẹ nhàng, thời gian tỉnh ngắn và tác dụng giảm đau trong thời kỳ sớm sau mổ. Cũng có những báo cáo về tỷ lệ biến chứng sau mổ nhưng thường ít hơn so với gây mê toàn thể và nó được coi là phương pháp an toàn hơn gây mê toàn thể.

Việc lựa chọn bệnh nhân, loại phẫu thuật và đội ngũ những người gây mê có thể cho phép thực hiện kỹ thuật gây tê vùng với nhiều thủ thuật. Các kỹ thuật gây tê vùng thường dùng cho các phẫu thuật ngoại trú là

+ Gây tê tuỷ sống: rất có lợi cho các phẫu thuật ngoại trú đối với chi dưới, tiết niệu và thoát vị. Bệnh nhân có thể hồi phục hoàn toàn về cảm giác vận động trước khi xuất viện. Trong điều kiện hiện nay có thể dùng gây tê tuỷ sống với bupivacaine 0,18 mg/kg nhưng không quá 10 mg cho bệnh nhân trưởng thành[2].

Các biến chứng thường gặp [10]:

Đau đầu sau mổ: tỉ lệ nhức đầu phụ thuộc diện tích thùng mang cứng (kim càng to nhức đầu càng nhiều), nguyên nhân đau đầu là do dịch não tuỷ qua lỗ chọc kim gây tê vào khoang ngoài màng cứng làm giảm áp lực dịch não tuỷ. Để khắc phục nên dùng loại kim 25G – 29G.

Bí đái: Sau mổ tỉ lệ bí đái là 20 – 40 %, do khi gây tê tuỷ sống thuốc tê gây rối loạn trương lực bàng quang.. Sau mổ cho người bệnh vận động sớm hoặc dùng các biện pháp xoa vùng bàng quang, chườm nóng nếu không có hiệu quả phải đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo.

Đau lưng: Tại vị trí chọc kim gây tê người điều dưỡng cần động viên, giải thích cho bệnh nhân yên tâm điều trị.

Nhiễm trùng vết chọc: gây viêm màng não sau gây tê tuỷ sống.

Tổn thương thần kinh: do chọc kim gây tê vào tổ chức thần kinh hoặc các thuốc tiêm vào dịch não tủy.

+ Gây tê ngoài màng cứng: thường được chỉ định cho các bệnh nhân ngoại trú với các thủ thuật ở chi dưới, thoát vị bẹn. Đôi khi người ta có thể phối hợp luôn catheter ngoài màng cứng để giảm đau sau các thủ thật, nhưng ở điều kiện nước ta thì chưa có điều kiện để theo dõi và chăm sóc do đó chưa nên làm [6].

Các biến chứng thường gặp [10]:

Chọc thủng màng cứng do kỹ thuật kém.

Nhức đầu và bí đái như gây tê tủy sống.

Đứt catheter vào khoang ngoài màng cứng.

+ Gây tê ngoài màng cứng qua khe xương cùng thường được dùng cho các thủ thuật vùng đáy chậu như dò hậu môn, trĩ, nông hậu môn.

+ Gây tê tĩnh mạch: là một kỹ thuật đơn giản và dễ chấp nhận có thể dùng cho các thủ thuật ở cả chi trên và chi dưới, khi làm thủ thuật này nên dùng garo đôi để làm giảm tỷ lệ bị đau do garo. Gây tê tĩnh mạch có ưu điểm là khởi tê nhanh, đơn giản, có độ tin cậy cao dễ hồi phục và nhanh xuất viện. với người bình thường liều 50 ml lidocaine 0,5%. Có thể bổ sung clonidine 1 mcg/kg vào lidocaine để tăng thời gian tê sau mổ. Bất lợi là thời gian tê tối đa khoảng 1,5 giờ, không giảm đau sau mổ, nhiễm độc thuốc tê nếu ga ro không tốt sau khi tiêm thuốc vài phút.

+ Các kỹ thuật phong bế thần kinh ngoại vi: rất có lợi cho các phẫu thuật ở các chi. Với kỹ thuật này sẽ giảm được liều lượng thuốc, tránh được các vùng tê không cần thiết và cũng có thể giảm đau sau mổ.

+ Gây tê cạnh sống: trong phẫu thuật vú hoặc thoát vị bẹn, tạo vùng vô cảm tốt và thay thế gây mê khi biện pháp vô cảm này không thích hợp.

+ Phong bế đám rối cánh tay: sử dụng cho phẫu thuật chi trên thay thế cho gây mê khi các điều kiện về sức khỏe không đảm bảo.

+ Vô cảm chi dưới: phong bế sau khớp gối hoặc mắt cá tạo vùng vô cảm tốt cho những bệnh nhân ngoại trú mà không cần gây mê.

- Gây tê tại chỗ

Trong tất cả các kỹ thuật gây tê phù hợp cho bệnh nhân ngoại trú thì gây tê tại chỗ với dung dịch thuốc tê là đơn giản và an toàn nhất [6].



Ảnh 1.3. Hình ảnh bệnh nhân vô cảm bằng phương pháp gây tê tại chỗ

- Vấn đề sử dụng an thần khi vô cảm tại chỗ (MAC)

MAC là một quá trình vô cảm đặc trưng trong đó bác sĩ gây mê được yêu cầu tham gia vào quá trình chăm sóc một bệnh nhân chịu một quy trình chẩn đoán hoặc điều trị. MAC là sự kết hợp sử dụng thuốc an thần kết hợp với gây tê tại chỗ bệnh nhân được kiểm soát duy trì tự thở trong suốt quá trình phẫu thuật. MAC có đầy đủ của một chăm sóc vô cảm: thăm khám trước, trong và sau khi thực hiện quá trình vô cảm [2]. Trong MAC cần theo dõi và chăm sóc:

Theo dõi chức năng sống, duy trì hô hấp và đánh giá thường xuyên các chức năng sống. Chẩn đoán và xử trí mọi vấn đề lâm sàng xảy ra trong khi thực hiện quy trình.

Dùng thuốc an thần, giảm đau, trấn tĩnh và các thuốc vô cảm và những biện pháp khác cần thiết duy trì bệnh nhân an toàn và thuận lợi.

MAC bao gồm những ca dùng thuốc gây mất phản xạ bảo vệ bình thường hoặc mất ý thức. MAC thích hợp đối với những bệnh nhân cần duy trì đường thở trong phần lớn quy trình.

Mục đích của MAC là giúp cho bệnh nhân bớt lo lắng, gây quên, giảm đau, thuận tiện và an toàn hơn trong quá trình thao tác. MAC có thể dùng cho các bệnh nhân chịu các quy trình khó chịu và các phẫu thuật nhỏ[19]. Vì vậy, điều dưỡng cần theo dõi sát nhịp thở, huyết áp, bão hoà Oxy để tránh các biến chứng có thể xảy ra.



Ảnh 1.4. Hình ảnh bệnh nhân đang áp dụng phương pháp MAC

1.3. Tiêu chuẩn xuất viện trong phẫu thuật ngoại trú

Một yêu cầu đối với bệnh nhân phẫu thuật ngoại trú là được xuất viện sớm, tuy nhiên việc xuất viện chỉ đặt ra khi đã đủ các tiêu chuẩn. Bác sĩ gây mê hồi sức, phẫu thuật viên và điều dưỡng phòng hồi tỉnh có vai trò quan trọng việc quyết định khi nào bệnh nhân được xuất viện về nhà [2]. Đối với gây mê toàn thể, điều dưỡng cần hiểu và đánh giá bệnh nhân dựa vào các tiêu chuẩn xuất viện như sau [6]:

- Định hướng được bản thân, vị trí, thời gian.
- Các dấu hiệu chức năng sống ổn định trong vòng 30 - 60 phút.
- Có khả năng đi lại không cần sự giúp đỡ.
- Có khả năng nuốt dịch ở miệng.
- Nói được.
- Không đau, không chảy máu.
- Không chóng mặt sau khi thay quần áo và ngồi hơn 10 phút.

Điều dưỡng phải có kế hoạch và chuẩn bị các phương tiện cấp cứu, thuốc men, phải hướng dẫn cho bệnh nhân những việc cần làm sau khi xuất viện như: phát hiện kịp thời các biến chứng (chảy máu, sưng nề vết mổ nhiều, nôn nhiều...) và cách gọi

cấp cứu. Không được cho bệnh nhân quyết định những việc quan trọng khi về nhà như lái xe, đi làm ngay.

Ngày nay, để chuẩn hóa người ta đã sử dụng bảng điểm được coi như " tiêu chuẩn vàng" để đánh giá tiêu chuẩn xuất viện cho bệnh nhân sau vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú như bảng tiêu chuẩn xuất viện của Aldrete (khi bệnh nhân được 10 điểm) [11], bảng điểm PASS của F. Chung (từ 9 điểm trở lên) [12].

Bảng 1. Bảng điểm của Aldrete

Dấu hiệu	Điểm
Vận động	
Có thể vận động chủ ý hoặc theo mệnh lệnh	
4 chi	2
2 chi	1
0 chi nào	0
Hô hấp	
Có thể thở sâu và ho bình thường	2
Nấc, thở nông hoặc thở hạn chế	1
Khó thở	0
T tuần hoàn	
Huyết áp trước mổ (HA - mmHg)	
HA \pm 20 mmHg HA cơ sở	2
HA \pm 20-50 mmHg HA cơ sở	1
HA \pm 50 mmHg HA cơ sở	0
Ý thức	
Tỉnh táo hoàn toàn	2
Đáp ứng khi gọi	1
Không đáp ứng	0
Màu sắc da	
Bình thường	2
Xanh nhợt, xám, đốm	1
Xanh	0

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn xuất viện khi điểm Aldrete: 10 điểm.

(Nguồn: Aldrete JA (1998): Modifications to the postanesthesia score for use in ambulatory surgery. J Perianesth Nurs 13: 148 – 155).

Bảng 2. Tiêu chuẩn xuất viện theo thang điểm F.Chung sửa đổi

Dấu hiệu	Điểm
Các dấu hiệu sinh tồn (hô hấp, mạch, huyết áp)	
Thay đổi < 20% so với giá trị nền	2
Thay đổi 20% - 40% so với giá trị nền	1
Thay đổi > 40% so với giá trị nền	0
Khả năng đi lại	
Đi lại bình thường, không chóng mặt	2
Đi lại nếu có người giúp đỡ	1
Đi lại khó khăn, chóng mặt	0
Buồn nôn và nôn	
Nhẹ	2
Trung bình	1
Nặng	0
Đau	
Nhẹ	2
Trung bình	1
Nặng	0
Chảy máu ngoại khoa	
Nhẹ	2
Trung bình	1
Nặng	0

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn xuất viện khi điểm Chung > 9 điểm

(Nguồn: Chung F, Ong D, Seyone C (1991): PADSS: A discriminative discharge index for ambulatory surgery. Anesthesiology 75:A1105).

CHƯƠNG 2

A. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN VÔ CẢM NGOẠI TRÚ

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước vô cảm

2.1.1. Chuẩn bị về tâm lý

Điều dưỡng tiếp xúc với người nhà và bệnh nhân để giải thích về tình trạng phẫu thuật và những thuận lợi và khó khăn của cuộc phẫu thuật, các biến chứng có thể xảy ra trong và sau cuộc phẫu thuật.

Tâm lý người bệnh có thể là lo sợ đau hoặc không thoải mái, sợ do không hiểu biết, sợ biến dạng cơ thể, sợ xa cách người thân, sợ chết, sợ gây mê, sợ thay đổi lối sống sau mổ... Điều dưỡng cần biết nhận thức của người bệnh để nâng đỡ tinh thần và giúp người bệnh giảm đau, lo sợ, tạo niềm tin cho người bệnh [4].

2.1.2. Tiền sử người bệnh

Đầu tiên, điều dưỡng cần khai thác sự hiểu biết về tình hình bệnh tật liên quan đến cuộc phẫu thuật, có mắc các bệnh mãn tính không?, mắc các bệnh truyền nhiễm như lao, viêm gan, HIV... Có tiền sử dị ứng thuốc không và những than phiền của người bệnh. Với phụ nữ, phải tìm hiểu tiền sử kinh nguyệt, sinh đẻ, ngày có kinh sau cùng với mục đích tránh ảnh hưởng của thuốc gây mê, sang chấn tinh thần, tác dụng thuốc trên người bệnh mang thai. Đối với trẻ vị thành niên, điều dưỡng cần cẩn thận dùng những từ ngữ phù hợp để khai thác các vấn đề về kinh nguyệt, sinh sản tình dục. Những thông tin về gia đình như bệnh di truyền, liên quan đến gây mê, bệnh tim mạch, nội tiết, thai kỳ. Hoàn cảnh người bệnh, kinh tế, bệnh tật của người bệnh và gia đình.

Khai thác tiền sử người bệnh về tri giác, thiếu năng trí tuệ, bệnh về não, tủy sống và các di chứng sau chấn thương

Việc khai thác dấu hiệu bệnh tim mạch giúp bác sĩ có thể điều trị, điều chỉnh hay tìm ra phương pháp để tránh biến chứng cho người bệnh trong và sau mổ. Vì thế, điều dưỡng cần khai thác bệnh sử về tim mạch như cao huyết áp, đau thắt ngực, suy tim, bệnh tim bẩm sinh, mổ tim... Cũng cần có những thông tin về bác sĩ đang điều trị, thuốc tim mạch đang sử dụng.

Hỏi người bệnh có tiền sử khó thở, hen , ho ra máu, nhiễm trùng đường hô hấp trước mổ để giúp bác sĩ có thông tin và phương pháp điều trị. Nếu không khai thác

kỹ tiền sử các bệnh về hô hấp của người bệnh thì khi gây mê các biến chứng khó lường có thể xảy ra.

Khai thác tiền sử về bệnh gan, tình trạng dị ứng da, ngứa và có vàng da lần nào không?. Có bệnh lý về đường mật như sỏi mật, đau hạ sườn phải không?. Có tiền sử mổ về mật, mổ gan. Tiền sử uống rượu, số lượng, thời gian không? Bệnh nhân đã tiêm ngừa viêm gan chưa?.

Hỏi người bệnh có tiền sử phù không, phù lúc nào và phù ở đâu. Đi tiểu dắt buốt, tiểu đục, số lượng nước tiểu. Có tiền sử sỏi đường niệu, mổ thận, ghép thận không?.

Điều dưỡng khai thác tiền sử viêm xương khớp, nhất là người già vì sẽ làm hạn chế cử động, tư thế người bệnh trong và sau mổ.

2.1.3. Đánh giá tình trạng toàn thân của người bệnh

- Về thần kinh

Người bệnh có rối loạn về tri giác, có liệt không, sự phối hợp của người bệnh với y lệnh điều trị.

Điều dưỡng theo dõi diễn biến rối loạn tri giác có thể xảy ra để có những biện pháp can thiệp sớm.

- Về tuần hoàn

Theo dõi mạch, huyết áp, da niêm mạc, tình trạng chảy máu, đo điện tim giúp phát hiện bất thường trên điện tim, nghe tim.

Nếu người bệnh mắc các bệnh về tim mạch: nhồi máu cơ tim, tim bẩm sinh, bệnh van tim, thấp tim, bệnh loạn nhịp tim thì cung cấp thông tin để bác sĩ có biện pháp điều trị.

- Về hô hấp

Điều dưỡng cần đo và theo dõi tần số thở, kiểu thở, nghe phổi. Nếu người bệnh có nhiễm trùng cấp tính đường hô hấp trên điều dưỡng cần thực hiện kháng sinh theo y lệnh giúp điều trị dứt điểm nhiễm trùng. Nếu người bệnh hút thuốc khuyên nên ngừng hút thuốc trước khi mổ 1 tuần. Người bệnh có dấu hiệu bất thường về đường hô hấp thì điều dưỡng báo bác sĩ có can thiệp kịp thời[4].

- Về tiêu hóa

Điều dưỡng đánh giá xem gan to không, tình trạng vàng da, bụng chướng, dấu hiệu tuần hoàn bàng hệ, màu phân, các điểm đau trên bụng và nên đánh giá xét nghiệm chức năng gan, bilirubin...

Điều dưỡng dặn dò người bệnh cần phải nghỉ ngơi và dinh dưỡng hợp lý giúp nâng đỡ chức năng gan. Thực hiện thuốc nâng đỡ chức năng gan, tránh những thuốc thải qua gan. Thông báo cho bác sĩ về tình trạng người bệnh để cân nhắc trước khi phẫu thuật.

- Về tiết niệu

Điều dưỡng cần theo dõi cân nặng, huyết áp, nước tiểu, da niêm mạc, khám phát hiện dấu hiệu phù. Theo dõi mất nước, thực hiện bù đủ nước và điện giải cho người bệnh theo y lệnh.

- Về cơ xương khớp

Điều dưỡng đánh giá khả năng vận động của người bệnh trước phẫu thuật hướng dẫn người bệnh cách tập vận động sau mổ tránh người bệnh đau do vận động, di chuyển.

- Về nội tiết

Người bệnh bị tiểu đường có nguy cơ như: hạ đường huyết, biến chứng tim mạch, nhiễm trùng, vết thương lâu lành. Điều dưỡng cần xác định, theo dõi đường trong máu và giúp bác sĩ điều chỉnh đường huyết. Điều dưỡng cần thực hiện chế độ ăn kiêng và hướng dẫn cách dùng thuốc cho người bệnh tiểu đường.

- Nhiễm trùng

Nếu nhiễm trùng cấp tính thường phải hủy mổ theo chương trình. Nhiễm trùng mạn tính như lao, AIDS thì tùy trường hợp có thể mổ. Kiểm soát nhiễm trùng trước mổ là điều kiện cần thiết cho người bệnh. Vì thế, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh đi khám chuyên khoa tai mũi họng, răng, tiết niệu, sinh dục trước mổ. Theo dõi nhiệt độ và thực hiện sử dụng thuốc kháng sinh phòng ngừa theo y lệnh.

- Tình trạng sử dụng thuốc

Điều dưỡng hỏi người bệnh về thuốc họ đang sử dụng vì có nguy cơ tương tác với thuốc mê, thuốc tê có thể ảnh hưởng đến thuốc tim mạch, huyết áp, miễn dịch,

chống máu đông... biết được sự tương tác và phản ứng phụ của thuốc, dị ứng với các loại thức ăn, hóa học, nghiện thuốc, lạm dụng thuốc, nghiện rượu [4] .

- Nghiện ma túy hay rượu

Người nghiện ma túy hay rượu thường có nguy cơ suy dinh dưỡng cao và chức năng gan thường bị suy giảm. Vì thế, điều dưỡng cần khai thác tiền sử một cách cẩn thận qua người thân và chính bản thân người bệnh. Thường người bệnh không khai thật nên điều dưỡng cần khéo léo để có những dữ kiện chính xác. Điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc trong trường hợp người bệnh lên cơn nghiện sau phẫu thuật hay cuồng sản do rượu [4].

2.1.4. Thực hiện cam kết trước mổ

Ký giấy cam kết trước mổ là người bệnh tự nguyện và ưng thuận mổ. Nhưng trước khi ký giấy cam kết người bệnh cần biết chẩn đoán xác định, mục đích điều trị, mức độ thành công của cuộc mổ, nguy cơ bị thay đổi trong điều trị. Vì thế, người bệnh cần phải chứng tỏ đủ hiểu biết toàn diện về những thông tin được cung cấp. Người bệnh không bị thuyết phục hay bị bắt ép. Người bệnh có thể ký cam kết cho bản thân nếu tuổi và tình trạng tinh thần cho phép. Nếu như người bệnh còn nhỏ, hôn mê, rối loạn tâm thần thì người thân có thể tự ký giấy.

2.1.5. Hướng dẫn và giáo dục người bệnh trước phẫu thuật

Với người bệnh ngoại trú, điều dưỡng giáo dục và dặn dò trong ngày khám bệnh:

Ăn uống: chiều trước mổ ăn nhẹ loãng, tối trước mổ nhịn ăn hoàn toàn thường nhịn ăn tối thiểu 8 giờ trước mổ, ngưng uống tối thiểu trước 4 giờ. Sáng hôm sau truyền dịch cho người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh gây tê thì không cần nhịn ăn uống tối trước mổ, chỉ nhịn ăn vào sáng trước mổ [4].

Cởi bỏ tư trang người bệnh: Điều dưỡng nên gửi tư trang của người bệnh cho thân nhân và bàn giao cẩn thận. Tốt nhất nên hướng dẫn người bệnh cởi bỏ tư trang để lại nhà trước khi nhập viện.

Tháo răng giả là yêu cầu tuyệt đối vì gây trở ngại trong việc đặt nội khí quản, gãy hay sút răng giả, dị vật đường thở nếu răng rơi vào khí quản.

Tóc dài thắt bím lại hay buộc tóc gọn gàng. Tóc giả cần được lấy ra vì nó là nguyên nhân gây nhiễm trùng cho vùng mổ.

Móng tay sơn: Chùi sạch móng tay, móng chân có sơn màu giúp quan sát, theo dõi màu sắc móng tay, móng chân chính xác.

Vệ sinh: Nên cho người bệnh vệ sinh sạch sẽ chiều hôm trước mổ, vệ sinh vùng mổ và tắm rửa sạch vùng mổ tốt nhất với xà bông sát khuẩn, nhất là vùng mổ. Hiện nay, trong các tài liệu nước ngoài việc cạo lông hạn chế thực hiện thay vào đó là việc làm vệ sinh với dung dịch savon sát khuẩn. Nếu trong trường hợp cần cạo lông thì nên sử dụng dụng cụ cạo râu.

Hướng dẫn người bệnh cần đến trước 2 giờ hoặc điều dưỡng liên hệ với người bệnh để báo trước giờ mổ [4].

Nội dung giáo dục chính là cung cấp thông tin cho người bệnh và thân nhân người bệnh, giúp họ bớt căng thẳng, lo âu trong thời gian chờ đợi cuộc mổ bao gồm: phỏng đoán thời gian của cuộc phẫu thuật, thời gian hồi phục sau mổ, nơi chuyển người bệnh đến sau mổ, thông tin về nhóm chăm sóc sau mổ và những chăm sóc thường qui. Bên cạnh đó điều dưỡng cũng hướng dẫn người bệnh cách thở sâu, ho, thư giãn, vận động trước mổ để sau mổ họ hiểu biết và tự chăm sóc tốt hơn, cách sử dụng thuốc giảm đau, giúp người bệnh biết được những thông tin đặc biệt khi mổ.

Giá trị của việc giáo dục là giúp người bệnh giảm sự lo lắng, giảm sợ, giảm nôn ói, giảm đau, giảm biến chứng, giảm thời gian nằm viện. Ngoài ra, người bệnh còn hiểu rõ hơn mình sẽ làm như thế nào giúp cho sau cuộc mổ tốt hơn, người bệnh an toàn hơn.

2.2. Chăm sóc bệnh nhân giai đoạn tiền mê

Hai mục đích cơ bản của thuốc tiền mê là giảm lo lắng (đặc biệt với trẻ em) và dự phòng trào ngược do kích thích phó giao cảm [9].

2.2.1. Giảm lo lắng

- Điều dưỡng chủ động tiếp xúc và nói chuyện với người bệnh nhằm sớm ổn định tinh thần và tâm lý.

- Thuốc midazolam thường được dùng để tiền mê cho bệnh nhân ngoại trú bởi thuốc có thời gian khởi phát tác động nhanh, an dịu thần kinh, không bị biến loạn hô hấp và tuần hoàn. Điều dưỡng cần hiểu biết tính năng và tác dụng của thuốc để

thực hiện y lệnh. Thực hiện tiêm bắp midazolam 30 – 60 phút trước khi gây mê hoặc tiêm 1 - 2 mg tiêm tĩnh mạch ngay lúc đưa bệnh nhân vào phòng mổ.

- Trong giai đoạn tiền mê các chỉ định sử dụng thuốc phải được thực hiện ở phòng tiền phẫu, điều dưỡng cần theo dõi sát về hô hấp vì có thể trong lúc dùng thuốc tiền mê sẽ làm cho bệnh nhân giảm thở.

2.2.2. Dự phòng trào ngược

Nhiều nghiên cứu thấy rằng bệnh nhân ngoại trú thường có khối lượng dịch dạ dày tồn dư lớn có ý nghĩa so với bệnh nhân nội trú và 40 – 60% bệnh nhân ngoại trú có thể biến chứng viêm phổi do hít phải chất nôn khi thể tích dịch dạ dày trên 25ml với pH dưới 2,5 ở bệnh nhân nhin đói cả đêm. Tuy vậy tỉ lệ viêm phổi do hít phải chất nôn là rất thấp 1/35000 ở các bệnh nhân không có nguy cơ đặc biệt (Mỹ < 2/10.000 bệnh nhân ngoại trú) [6]. Mặc dù vậy, điều dưỡng cần theo dõi sát bệnh nhân và cần dặn bệnh nhân nguyên tắc nhin ăn trước mổ. Ở những bệnh nhân có nguy cơ thì cho nằm đầu thấp nghiêng về một bên để tránh hít phải chất nôn.

2.3. Chăm sóc bệnh nhân giai đoạn hồi tỉnh (6 giờ đầu)

2.3.1. Chăm sóc về tri giác

Điều dưỡng cần theo dõi đánh giá tình trạng bệnh nhân tỉnh hay mê, thông thường sau mổ đối với bệnh nhân được gây mê vẫn còn tác dụng của thuốc mê nên bệnh nhân vẫn tiếp tục ngủ bằng cách gọi, hỏi và yêu cầu làm một số động tác đơn giản nếu bệnh nhân mở mắt, đáp ứng của bệnh nhân theo lệnh của điều dưỡng thì coi như bệnh nhân đã tỉnh [1]. Có thể dựa vào thang điểm Glassgow để đánh giá, bình thường là 15 điểm (mắt 4 điểm, lời nói 5 điểm, vận động 6 điểm).

Trong giai đoạn hồi tỉnh người bệnh dễ kích thích, vật vã nên điều dưỡng cần đảm bảo an toàn cho người bệnh bằng cách cố định tay, chân bệnh nhân, nâng thanh chắn của giường tránh để bệnh nhân ngã.

Theo dõi vận động, cảm giác của chi < 2 giờ trong trường hợp người bệnh gây tê tủy sống, tư thế nằm đầu bằng trên 8 - 12 giờ sau mổ [5].

Khi xoay trở, chăm sóc cần tránh chèn ép chi giúp người bệnh tư thế thoải mái. Làm công tác tư tưởng cho người bệnh khi người bệnh tỉnh.

2.3.2. Chăm sóc về hô hấp

Sau mổ bình thường bệnh nhân có nhịp thở đều, êm không có biểu hiện tím tái. Điều dưỡng cần phát hiện sớm các dấu hiệu khó thở, nhịp thở nhanh nông, khô khè, đờm rãi, tím tái, vật vã, tri giác lơ mơ, lồng ngực di động kém, độ bão hòa Oxy (SpO_2) giảm phải cấp cứu hút đờm rãi, cho thở Oxy, báo bác sĩ để đưa ra các phương án can thiệp kịp thời.

Cung cấp đủ Oxy phòng ngừa nguy cơ thiếu Oxy cho người bệnh bằng cách cho thở Oxy nếu thấy cần thiết. Làm sạch đường thở, hút đờm rãi và chất nôn, hút cần cần thận khi người bệnh cắt amidan, các phẫu thuật trong miệng vì dễ có biến chứng chảy máu, nghe phổi trước và sau khi hút đờm.

Tư thế người bệnh cũng ảnh hưởng đến khả năng thông khí. Khi người bệnh mê cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng sang một bên, kê gối sau lưng với cằm duỗi ra, gối gấp, kê gối giữa 2 chân. Nếu người tỉnh, cho người bệnh nằm tư thế Fowler. Trong trường hợp người bệnh khó thở hay thiếu Oxy, điều dưỡng thực y lệnh cung cấp Oxy qua thở máy, bóp bóng. Nếu người bệnh tỉnh cần hướng dẫn người bệnh ngồi dậy sớm, tập thở, tập cách hít thở sâu, giữ ấm cơ thể, tạo môi trường thoáng khí cho buồng hậu phẫu [5] .

2.3.3. Chăm sóc về tuần hoàn

Ngay sau mổ, điều dưỡng đo mạch, huyết áp cho bệnh nhân 15 - 30 phút một lần và ghi thành biểu đồ để dễ so sánh. Để phát hiện sớm dấu hiệu tụt huyết áp do chảy máu, theo dõi sát để phát hiện chảy máu qua vết mổ, qua dẫn lưu, các dấu hiệu biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng như: mạch nhanh, huyết áp giảm, da niêm mạc nhợt.. Điều dưỡng cần tìm ra nơi chảy máu, thực hiện cầm máu tại chỗ, thực hiện truyền máu theo y lệnh. Đánh giá tổng số lượng máu mất. Đánh giá toàn trạng của người bệnh và hỗ trợ bác sĩ trong xử trí cầm máu, công tác hồi sức người bệnh cũng như chuẩn bị người bệnh phẫu thuật cấp cứu.

Để phòng ngừa choáng cho bệnh nhân điều dưỡng luôn giữ ấm cho người bệnh, giảm đau, di chuyển nhẹ nhàng. Nếu bệnh nhân bị choáng, điều dưỡng cần cho bệnh nhân nằm đầu thấp, chân cao hơn tim 15 - 30⁰. Làm thông đường hô hấp, thực liệu pháp oxy cho người bệnh. Phục hồi thể tích dịch, máu, thực hiện thuốc, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, ghi hồ sơ đầy đủ [5].

Theo dõi tình trạng mất nước như dấu hiệu véo da, khát, môi khô, niêm khô; đánh giá thường xuyên để giúp người bác sĩ cân bằng nước và điện giải. Ở người già, trẻ em những người mắc bệnh tim đặc biệt phải lưu ý lượng dịch truyền, nếu lượng dịch truyền quá nhiều dẫn đến phù phổi cấp. Vì vậy, điều dưỡng cần thực hiện truyền dịch, truyền máu đúng số giọt theo y lệnh, thời gian, ghi vào hồ sơ tổng nước xuất nhập mỗi ngày/ 24 giờ.

2.3.4. Theo dõi nhiệt độ

Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ thường xuyên, nếu thấy bệnh nhân sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ thì sử dụng các biện pháp tích cực để hạ nhiệt (nới rộng quần áo, chườm mát, thực hiện thuốc hạ nhiệt) vì khi nhiệt độ cao gây mất nước và điện giải có thể dẫn đến trụy tim mạch. Trong những trường hợp hạ nhiệt độ (sau mổ truyền nhiều dịch thể, thời tiết lạnh...) điều dưỡng cần đảm bảo bệnh nhân luôn được giữ ấm bằng chăn, chăn điện, phen sưởi hoặc điều hòa nhiệt độ. Đặc biệt ở người già, trẻ em, bệnh nhân nặng, suy dinh dưỡng luôn cần phải quan tâm đến nhiệt độ vì ở bệnh nhân này dễ bị rối loạn về thân nhiệt [5].

Để theo dõi diễn biến về nhiệt độ điều dưỡng cần ghi chép cẩn thận thành biểu đồ để đưa ra các phương án xử trí kịp thời.

2.3.5. Chăm sóc về tiết niệu

Theo dõi nước tiểu về số lượng, màu sắc, cầu bàng quang, dấu hiệu phù chi, huyết áp, cân nặng, người bệnh có thông tiểu không? Đánh giá các dấu hiệu thiếu nước, rối loạn điện giải... Chú ý, số lượng nước tiểu (bình thường 0,5 - 1ml/kg cân nặng/giờ) nếu số lượng nước tiểu giảm dưới 30 ml/giờ thì điều dưỡng cần báo bác sĩ và thực hiện bù nước và điện giải theo y lệnh tránh tình trạng suy thận. Trong trường hợp có thông niệu đạo cần chăm sóc sạch sẽ bộ phận sinh dục [5].

2.4. Chăm sóc người bệnh sau vô cảm những giờ sau

2.4.1. Chăm sóc đường thở

Điều dưỡng đảm bảo chức năng hô hấp tối ưu như nâng cao sự giãn nở ở phổi. Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu, xoay trở, cho ngồi dậy. Khi người bệnh ngồi dậy cơ hoành hạ thấp xuống thì lồng ngực gia tăng thể tích thở. Nhưng lưu ý sau mổ người bệnh rất đau vì thể điều dưỡng thực hiện thuốc giảm đau trước khi tập, theo dõi nhịp thở, đánh giá sự thông khí của người bệnh.

2.4.2. Giúp người bệnh giảm đau và bớt vật vã

Có rất nhiều nguyên nhân khiến người bệnh đau, đau do tâm lí lo sợ, đau do mức độ trầm trọng của phẫu thuật, của chấn thương thực thể. Đau sau mổ phụ thuộc vào tâm sinh lí, mức độ chịu đựng người bệnh, bản chất phẫu thuật, mức độ chấn thương ngoại khoa. Vì thế điều dưỡng cần có sự chuẩn bị tâm lí trước mổ giúp người bệnh biết cách tự chăm sóc hơn và trên hết là tâm lí an tâm sau mổ. Điều dưỡng có thể thực hiện thuốc ngủ, thuốc giảm đau, tư thế giảm đau, chườm lạnh giảm đau, công tác tư tưởng cho người bệnh.

Nguyên nhân người bệnh vật vã là do tư thế không thoải mái trên giường bệnh, phản ứng của cơ thể lúc hồi tỉnh, do đau, do băng quá chặt, do cố định người bệnh quá lâu, bí tiểu. Điều dưỡng cần biết nguyên nhân và giải quyết nguyên nhân giúp người bệnh thoải mái. Điều dưỡng thường xuyên giúp người bệnh xoay trở, nằm tư thế thích hợp, thực hiện thuốc giảm đau, đảm bảo an toàn cho người bệnh, nói lỏng dây cố định, giải quyết bí tiểu.

2.4.3. Chăm sóc người bệnh nôn, nấc

Nôn do nhiều nguyên nhân như do tác dụng phụ của thuốc mê, thuốc tê, do ruột, dạ dày ứ đọng dịch... Sau mổ, người bệnh nên nằm tư thế đầu bằng, mặt nghiêng một bên để tránh khi nôn dịch không tràn vào đường thở. Nếu có ống Levine điều dưỡng cần nối xuống thấp hút dịch qua ống Levine, theo dõi tình trạng căng chướng bụng.

Nấc gây ra do sự co thắt của cơ hoành, do kết quả dây thanh đóng lại khi không khí đột ngột ào vào phổi. Nguyên nhân co thắt khí quản là do kích thích của thần kinh hoành. Nguyên nhân trực tiếp do kích thích của bản thân thần kinh như dạ dày căng chướng. Nguyên nhân gián tiếp do nhiễm độc. Nấc cũng là một trong những biến chứng về thần kinh sau vô cảm. Ngoài ra, nấc còn do phản xạ từ ống dẫn lưu, do uống nước quá nóng hay quá lạnh.

Điều dưỡng phải hiểu do nguyên nhân nào để loại trừ nguyên nhân nhằm tránh người bệnh bị nấc sau mổ. Có thể thực hiện một số phương pháp cho người bệnh như nhịn thở khi uống ngụm nước to, đề lên nhãn cầu của người bệnh (thận trọng vì người bệnh có thể ngưng thở), thuốc. Hậu quả của nấc làm người bệnh mất thăng bằng kiểm toan, loét vết thương, mất nước, khó chịu, mệt [5].

2.4.4. Chăm sóc về tuần hoàn

Giảm khối lượng tuần hoàn như huyết áp giảm, mạch 100 lần/phút, vật vã, tri giác đáp ứng chậm, da lạnh ẩm, xanh tím, nước tiểu < 30ml/giờ . Dấu hiệu giảm lượng máu như huyết áp giảm, nhịp tim nhanh: Điều dưỡng theo dõi sát, khám để phát hiện sớm dấu hiệu mất máu, chảy máu, báo bác sĩ; kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, thực hiện y lệnh truyền máu, truyền dịch [5].

2.4.5. Chăm sóc về tiết niệu

Trong các trường hợp thời gian phẫu thuật kéo dài thường sẽ được đặt thông tiểu. Nhưng sau mổ nếu tình trạng người bệnh ổn định thì thông tiểu thường được rút sớm, có thể ngay sau mổ . Nếu sau mổ người bệnh bí tiểu điều dưỡng cố gắng không thông tiểu cho người bệnh, nên áp dụng các phương pháp giúp người bệnh tiểu bình thường như nghe tiếng nước chảy, đắp ấm vùng bụng dưới (chú ý tránh gây bỏng cho người già, người bệnh gây tê tủy sống, người bệnh liệt mất cảm giác), ngồi dậy, tiểu kín đáo, tiểu đúng tư thế... Ghi đầy đủ số lượng, tính chất, màu sắc nước tiểu vào hồ sơ mỗi ngày. Nếu người bệnh có thông tiểu, điều dưỡng chăm sóc bộ phận sinh dục, theo dõi nước tiểu, cho người bệnh uống nhiều nước (nếu được), nên rút thông tiểu sớm.

2.4.6. Chăm sóc vết mổ

Thông qua dịch thấm băng để đánh giá tình trạng chảy máu vết mổ

Vết mổ chảy máu: nếu ít thì băng ép vết mổ, nếu chảy máu nhiều nên băng ép tạm thời, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, báo bác sĩ khâu lại vết mổ.

Vết mổ không nhiễm trùng: vết mổ nhỏ và nguy cơ nhiễm trùng rất thấp. Thường những vết mổ này điều dưỡng không thay băng.

Vết mổ nhiễm trùng: nếu có người bệnh có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ thì điều dưỡng nên mở băng quan sát, cắt chỉ ngắt quãng và nặn mủ vết mổ, rửa sạch và băng lại, ghi hồ sơ, và báo bác sĩ, thực hiện y lệnh kháng sinh đồ.

2.4.7. Chăm sóc dẫn lưu

Điều dưỡng theo dõi: số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu. Hệ thống dẫn lưu có cầu nối xuống thấp hơn vị trí dẫn lưu 60cm , cầu nối có đảm bảo vô trùng không? Mỗi dẫn lưu đều có cách chăm sóc và theo dõi khác nhau nên điều dưỡng

cần hiểu rõ mục đích của dẫn lưu mà phẫu thuật viên đặt trong phẫu thuật...Cần nói dẫn lưu xuống thấp, duy trì tình trạng vô khuẩn tránh dịch chảy ngược dòng [5].

Cần hướng dẫn người , đi lại tránh tình trạng dịch chảy ngược dòng.

Thời gian rút dẫn lưu tùy thuộc vào mục đích của dẫn lưu, tình trạng người bệnh và tùy thuộc vào phẫu thuật viên. Báo cáo bác sĩ rút dẫn lưu sớm khi dẫn lưu hết chức năng.

Phòng ngừa biến chứng do dẫn lưu là nhiệm vụ của điều dưỡng, giúp người bệnh tránh các biến chứng như chảy máu, xì rò vết thương, nhiễm trùng...

2.4.8. Tâm lí lo lắng sau mổ

Sau mổ người bệnh và người nhà rất lo lắng vì sợ biến dạng cơ thể, vì lo lắng biến chứng sau mổ. Tâm lí lo lắng cũng ảnh hưởng đến tiến trình hồi phục sau mổ, vì thế điều dưỡng cố gắng động viên, an ủi người bệnh, giúp người bệnh thoải mái, an tâm trong gia đình và cộng đồng.

+ Đối với người bệnh: Điều dưỡng gần gũi, động viên, an ủi người bệnh giúp người bệnh tin tưởng và yên tâm phối hợp với thầy thuốc. Điều dưỡng giải thích cho người bệnh hiểu rõ về bệnh tật của họ. Hướng dẫn cho người bệnh tập vận động phù hợp với từng giai đoạn phục hồi của bệnh, hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống nghỉ ngơi hợp lí để nhanh chóng phục hồi sức khỏe. Hướng dẫn cho người bệnh khi về nhà tăng cường luyện tập, tham gia lao động tăng dần từ nhẹ đến nặng phù hợp với sức khỏe của người bệnh, tránh gắng sức. Sử dụng thuốc đúng, đủ liều theo chỉ định của bác sĩ và đi tái khám theo hẹn định kỳ.

+ Đối với gia đình người bệnh :Điều dưỡng hướng dẫn gia đình cách chăm sóc người bệnh. Tăng cường dinh dưỡng, cho người bệnh ăn uống đầy đủ dưỡng chất, cách chế biến thức ăn phù hợp (thức ăn mềm dễ nuốt: cháo ,súp, sữa ..., tăng đạm, vitamin, khoáng chất, tăng chất xơ hướng dẫn người nhà giúp bệnh nhân tập vận động. Khi ra viện, hướng dẫn người nhà cách chăm sóc người bệnh tại gia đình, luôn gần gũi, chia sẻ với người bệnh. Cho người bệnh uống thuốc đúng liều lượng theo chỉ định của bác sĩ . Khi có diễn biến bất thường như: đau nhiều, chảy máu vết mổ, sưng nề nhiều, bục vết mổ, đưa người bệnh đến khám bác sĩ kịp thời.



Ảnh 2.1 Hình ảnh bệnh nhân trước khi xuất viện

B. ÁP DỤNG QUI TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CHO MỘT BỆNH NHÂN CỤ THỂ

HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Nguyễn Trung A Tuổi: 22 Giới: Nam

Dân tộc: Kinh

Địa chỉ xóm 4 Mỹ Đình - Từ Liêm- Hà Nội

Khi cần liên lạc: vợ Nguyễn Thị Hoa (cùng địa chỉ)

Điện thoại: 04.38850491

CHUYÊN MÔN

1. Lý do vào viện: vết thương căng chân phải.

2. Bệnh sử: Bệnh nhân bị tai nạn giao thông, sau tai nạn bệnh nhân bị vết thương căng chân phải, được người đi đường dùng áo băng bó, chuyển đến bệnh viện Xanh Pôn khám và điều trị.

Người bệnh vào viện trong tình trạng:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Vết thương rách da căng chân phải.
- Mạch 80 l/p, huyết áp 100/60 mmhg, nhịp thở 20 l/p.

3. Tiền sử

- Bản thân: Khỏe mạnh
- Gia đình: Khỏe mạnh không mắc bệnh mạn tính, truyền nhiễm.

4. Chẩn đoán y khoa: Vết thương lóc da vật ngược căng chân (P).

5. Nhận định

7h 30 phút ngày 16 tháng 11 năm 2012, ngày nằm viện thứ 1.

- Toàn trạng
- + Tri giác: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, hoa mắt, chóng mặt.
- + Da, niêm mạc hơi nhợt.
- + Dấu hiệu sinh tồn: mạch bình thường 80 lần/phút, huyết áp bình thường 110/70mmHg, nhịp thở bình thường 18 lần/phút, không sốt nhiệt độ 36,5⁰C.
- + Thể trạng trung bình (BMI = 19.5).
- + Tâm lý: Bệnh nhân lo lắng khi khâu vết thương sẽ bị đau, sau khi khâu vết thương có thể nhiễm trùng và để lại sẹo xấu.

- Các hệ thống cơ quan
- + Tuần hoàn: Mạch 87l/p nhịp đều, rõ.
- + Hô hấp: Bệnh nhân tự thở, nhịp đều, nhịp thở 20l/p.
- + Tiêu hóa: Bụng mềm, không chướng, không đau.
- + Tiết niệu: Bình thường.
- + Sinh dục: Bình thường.
- + Nội tiết: Bình thường.
- + Cơ xương khớp: đau hạn chế vận động cẳng chân phải.
- + Hệ da: Mất tính toàn vẹn của da tại 1/3 giữa cẳng chân phải, bầm tím xung quanh vết thương, chảy nhiều máu, vết thương dập nát dính nhiều bụi bẩn.
- + Thần kinh tâm thần: Bình thường.
- Các vấn đề khác
- + Sự hiểu biết về bệnh tật: Chưa có sự hiểu biết về bệnh.
- Tham khảo hồ sơ bệnh án
- + Xquang cẳng chân phải không có tổn thương xương.
- + Xquang ngực bình thường.

6. Chẩn đoán điều dưỡng

- Chảy máu liên quan đến tổn thương mạch máu nhỏ và các mao mạch.
- Đau liên quan đến tổn thương da, cơ và thần kinh.
- Nguy cơ nhiễm trùng liên quan đến vết thương dập nát dính nhiều bụi bẩn.
- Lo lắng liên quan đến vết thương khi khâu sẽ bị đau và sau khi khâu vết thương có thể bị nhiễm trùng để lại sẹo xấu.

7. Kết quả mong đợi

- Ngừng chảy máu sau khi được phẫu thuật.
- Đau điểm đau giảm từ 8 điểm xuống còn 6 điểm.
- Không xảy ra nhiễm trùng.
- Người nhà, bệnh nhân hết lo lắng sau khi được giải thích về tình hình bệnh tật.

8. Lập kế hoạch chăm sóc

- Kiểm soát tình trạng chảy máu.
- + Rửa sạch vết thương bằng dung dịch Dakin.
- + Băng ép cầm máu.

- + Theo dõi chảy máu
- + Theo dõi mạch mu chân.
- Giảm đau cho người bệnh
- + Can thiệp thuốc giảm đau theo y lệnh.
- + Chườm lạnh xung quanh vùng tổn thương.
- Phòng ngừa nhiễm trùng cho người bệnh
- + Theo dõi vết thương.
- + Theo dõi nhiệt độ.
- + Can thiệp thuốc theo y lệnh

SAT 1500 đơn vị x 1 ống tiêm dưới da.

Genatem 1g x 1 lọ tiêm tĩnh mạch.

Natriclorua 0,9% x 500 ml truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút

- Giảm bớt lo lắng cho người bệnh
- + Giải thích cho người nhà và người bệnh về cuộc mổ.
- + Tư vấn cho người bệnh những biến chứng có thể xảy ra trong và sau cuộc mổ.

9. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- 7h40': rửa sạch vết thương bằng dung dịch dakin, băng ép vết thương để cầm máu.
- 8h00': can thiệp thuốc giảm đau theo y lệnh.

Kerola 1 ống tiêm bắp.

- 8h10': chườm lạnh xung quanh vùng tổn thương.
- 8h30': đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở (ghi bảng theo dõi).
- 8h35': bắt mạch mu chân (ghi phiếu theo dõi)
- 8h50': can thiệp thuốc theo y lệnh.

SAT 1500 đơn vị x 1 ống (tiêm dưới da)

Gennertam 1g x 1 lọ (tiêm tĩnh mạch)

Natriclorua 0,9 % x 500 ml (truyền tĩnh mạch)

- 9h00': dặn bệnh nhân nhin ăn uống.
- 11h00': giải thích cho người nhà và người bệnh về cuộc mổ.

Tư vấn cho người bệnh các biến chứng có thể xảy ra trong và sau cuộc mổ.

Hướng dẫn người bệnh cởi bỏ tư trang gửi lại người thân.

Hướng dẫn người bệnh sau khi ra viện đến thay băng đúng hẹn, tuân thủ chế độ điều trị.

- 9h00': cho bệnh nhân vệ sinh cá nhân và vệ sinh da xung quanh vùng phẫu thuật, giúp người bệnh thay quần áo mổ.

- 9h40': đo mạch, nhiệt độ, huyết áp (ghi phiếu theo dõi).

- 10h00': chuyển bệnh nhân lên phòng mổ.

10. Lượng giá: 10h10'

- Bệnh nhân được dùng thuốc đầy đủ theo đúng y lệnh, không xảy ra tai biến.

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định.

- Gia đình và bệnh nhân bớt lo lắng và an tâm điều trị.

- Người bệnh được đưa vào phòng mổ an toàn, không xảy ra tai biến gì.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật ngoại trú đã phát triển trên thế giới và có nhiều bề dày lịch sử, gần đây ở các nước phát triển đặc biệt là Mỹ đã chiếm đến 70% tỉ lệ các ca phẫu thuật vì vậy các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam đều mong muốn học tập mô hình này.

Trong phẫu thuật ngoại trú việc điều dưỡng phối hợp với bác sĩ lựa chọn kĩ bệnh nhân, lựa chọn các ca phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong thành công của cuộc phẫu thuật. Việc chuẩn bị đầy đủ và lựa chọn phương pháp vô cảm phù hợp với từng loại phẫu thuật liên quan đến việc bệnh nhân xuất viện sớm hay muộn .

Để đánh giá được khi nào bệnh nhân được xuất viện điều dưỡng cần nắm chắc các tiêu chuẩn xuất viện trong phẫu thuật ngoại trú.

Trước vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú việc điều dưỡng phối hợp cùng bác sĩ chuẩn bị bệnh nhân trước mổ có ý nghĩa quan trọng để phòng ngừa được các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Sau khi vô cảm trong phẫu thuật ngoại trú việc chăm sóc theo dõi bệnh nhân cần được chú trọng để đảm bảo an toàn sau phẫu thuật, giúp bệnh nhân có thể xuất viện sớm, nhanh chóng hòa nhập với cuộc sống.

Điều dưỡng cần hiểu và nắm chắc các kiến thức, tích cực tham gia chăm sóc bệnh nhân giai đoạn hồi tỉnh, theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.

Khi bệnh nhân xuất viện người điều dưỡng cần đánh giá bệnh nhân theo tiêu chuẩn xuất viện để bệnh nhân được xuất viện được đảm bảo an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Quang Bình (2005), “Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ và sẵn sóc bệnh nhân sau mổ”, Bài giảng ngoại cơ sở, Trường Đại học Răng Hàm Mặt, trang 108-109
2. Nguyễn Quang Bình (2012), Nghiên cứu phương pháp an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong phẫu thuật răng, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108, trang 31-32.
3. Charuxananan S. (2005), “Gây mê cho phẫu thuật ngoại trú: có làm thu hẹp khoảng trống trong gây mê?”, Các bài giảng gây mê hồi sức Hội nghị gây mê ASEAN lần thứ 14 tại Hà Nội, trang 87-89.
4. Nguyễn Tấn Cường (2011), “Chăm sóc người bệnh trước mổ”, Điều dưỡng ngoại khoa I, Nxb Giáo dục Việt Nam, trang 62-70.
5. Nguyễn Tấn Cường (2011), “Chăm sóc người bệnh sau mổ”, Điều dưỡng ngoại khoa I, Nxb Giáo dục Việt Nam, trang 117-127.
6. Bùi Ích Kim (2002), “Gây mê bệnh nhân ngoại trú”, Bài giảng gây mê hồi sức, tập 2, trang 368-380.
7. Đỗ Ngọc Lâm (2002), “Thăm khám bệnh nhân trước mổ”, Bài giảng gây mê hồi sức, tập 1, trang 555.
8. Tan Su Meng (2005), “Phòng mổ ngoại trú hoàn toàn độc lập có mang lại hiệu quả kinh tế không?”, Các bài giảng gây mê hồi sức Hội nghị gây mê ASEAN lần thứ 14 tại Hà Nội, trang 82-86.
9. Trần Ngọc Tuấn (2011), “Chăm sóc người bệnh gây mê”, Điều dưỡng ngoại khoa, Nxb Y học, trang 53-54.
10. Trần Ngọc Tuấn (2011), “Chăm sóc người bệnh gây tê”, Điều dưỡng ngoại khoa, Nxb Y học, trang 86-87.

TIẾNG ANH

11. Aldrete J. (1998), “Modifications to the postanesthesia score in ambulatory surgery”, *J Prianesth Nurs*, 13(3), pp. 148-155.
12. Chung F., Chan V.W., Ong D. (1995), “A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery”, *J Clinical Anesth*, 7(6), pp. 500-506.
13. Davis W.J. (1990), “Outpatient brachial plexus anesthesia”, *Anesthesiology*, 73, pp. 25.
14. Dornette W.N.L. (1968), “Planning tomorrow’s hospital today”, paper presented at ASA meeting, Washington, DC.
15. Ford F., Reed W. (1969), “The surgicenter – an innovation in the delivery and cost of medical care”, *Ariz Med.*, 26, pp. 801.
16. Pasternak L.R. (1998), “Outpatient Anesthesia”, *Principles and Practice of Anesthesiology*, pp. 2223-2265.
17. Sissela Park & Lisa Waren (2009), “Ambulatory anesthesia”, *Principles and Practice of Anesthesiology*, 15(4), pp. 563-567.
18. Waters R.M. (1919), “The down-town anesthesia clinic”, *Am J Surg*.