

HƯỚNG DẪN

MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

tại Trung tâm & Tại nhà



LỜI TỰA

Tài liệu này được biên soạn để hướng đến cùng lúc nhiều đối tượng bao gồm từ cấp cán bộ quản lý, bác sĩ chuyên khoa – bác sĩ đa khoa, chuyên viên phục hồi chức năng, điều dưỡng, tình nguyện viên, đến những người chăm sóc – người thân và cả người bệnh.

Cấu trúc tài liệu được phân làm 4 phần. Ở mỗi phần, nội dung được trình bày riêng cho từng đối tượng, với mục tiêu riêng, vai trò riêng trong nhóm chăm sóc, điều trị và có trình độ kiến thức riêng.

Để hoàn thành bộ tài liệu này, chúng tôi đã nhận được sự hỗ trợ to lớn từ nhiều tổ chức và chuyên gia. Chúng tôi xin đặc biệt gửi lời cảm ơn đến các đơn vị:

- Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID) - đơn vị tài trợ “Chương trình Hoà nhập 3”
- Trung tâm Hành động Quốc gia Khắc phục Hậu quả Chất độc Hoá học và Môi trường (NACCET) - chủ dự án “Chương trình Hoà Nhập 3”
- Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phục vụ Cộng đồng (CSIP) - đơn vị thực hiện “Chương trình Hoà nhập 3”
- Hội Trợ giúp Người khuyết tật Việt Nam (VNAH) - đối tác thực hiện “Chương trình Hoà Nhập 3”
- Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; Trung tâm Nghiên cứu, Tư vấn Công tác xã hội và Phát triển cộng đồng (SDRC) - đơn vị hỗ trợ kỹ thuật
- Các lãnh đạo và cán bộ thuộc Hội nạn nhân chất độc da cam/Dioxin Việt Nam.

Nhóm biên soạn chương trình xin chân thành cảm ơn sự hỗ trợ quý giá từ quý vị!

Nhóm biên soạn

THÀNH VIÊN BAN SOẠN THẢO

CHỦ BIÊN: ĐẠI TÁ NGUYỄN VĂN KHANH

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI NẠN NHÂN CHẤT ĐỘC DA CAM/DIOXIN VIỆT NAM

THAM GIA BIÊN SOẠN:

1. TS. BS. VÕ THÀNH LIÊM
2. ThS. VŨ THỊ KIM HƯỜNG
3. ThS. NGUYỄN ÁNH CHÍ
4. ThS. ĐỖ NGỌC TÙNG

QUY ĐỊNH VIẾT TẮT

CHỮ VIẾT TẮT	
ADL	Hoạt động sống sinh hoạt hàng ngày
BADL	Basic Activity of Daily Living
	Hoạt động sống hàng ngày cơ bản
BS	Bác sĩ
CSGN	Chăm sóc giảm nhẹ
CSTN	Chăm sóc tại nhà
ĐD	Điều dưỡng
GDĐB	Giáo dục đặc biệt
GĐ	Gia đình
HDTL	Hoạt động trị liệu
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
	Hoạt động sống hàng ngày nâng cao
KTV	Kỹ thuật viên
MDT	Multidisciplinary Team
	Nhóm đa ngành
NB	Người bệnh
NCS	Người chăm sóc
NKT	Người khuyết tật
NN	Người nhà
NNTL	Ngôn ngữ trị liệu
PHCN	Phục hồi chức năng
PHCNDVCĐ	Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng
TLXH	Tâm lý xã hội
TNV	Tình nguyện viên
VietPOS	Viet Nam Palliative Care Outcome Scale
	Thang đo kết quả chăm sóc giảm nhẹ Việt Nam
VLTL	Vật lý trị liệu
WHO	World Health Organization
	Tổ chức y tế thế giới

MỤC LỤC

	Trang
CHƯƠNG 1: CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC	7
I. TỔNG QUAN VỀ MÔ HÌNH CHĂM SÓC	7
II. MÔ HÌNH CHĂM SÓC TÍCH HỢP	14
III. MÔ HÌNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN	18
IV. MÔ HÌNH CHĂM SÓC TỔNG THỂ	20
V. MÔ HÌNH CHĂM SÓC LIÊN NGÀNH	24
VI. MÔ HÌNH CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	26
CHƯƠNG 2: CÁC LOẠI HÌNH HỖ TRỢ CHĂM SÓC VÀ CAN THIỆP TẠI CÁC TRUNG TÂM	30
I. GIÀ HÓA KHỎE MẠNH	30
II. QUÁ TRÌNH TÀN TẬT VÀ CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA	35
III. ĐAU BUỒN – MẤT MÁT	42
IV. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU	45
V. KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	57
VI. CÁC VẤN ĐỀ TÂM LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ	75
VII. VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH	80
VIII. THÔNG BÁO TIN XẤU	81
CHƯƠNG 3: CÁC HỖ TRỢ CHĂM SÓC Y TẾ TẠI NHÀ	86
I. TỔ CHỨC CHĂM SÓC TẠI NHÀ	86
II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỊ LẤN	90
III. DINH DƯỠNG	96
IV. KỸ NĂNG DÀNH CHO NGƯỜI CHĂM SÓC	99
V. SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC	103

PHỤ LỤC

	Trang
PHỤ LỤC 1: HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP	106
PHỤ LỤC 2: HƯỚNG DẪN NHẬN DIỆN CÁC VẤN ĐỀ TÂM LÝ XÃ HỘI	172
PHỤ LỤC 3: HƯỚNG DẪN CÁC TRÒ CHƠI VÀ SINH HOẠT NHÓM	175
PHỤ LỤC 4: CÁC QUY ĐỊNH VÀ BIỂU MẪU HỒ SƠ VỀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC CHO NB/NKT TẠI NHÀ	185
PHỤ LỤC 5: SỔ TAY HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH CHĂM SÓC TẠI NHÀ	

CHƯƠNG 1: CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC

I. TỔNG QUAN VỀ MÔ HÌNH CHĂM SÓC

1. Đối tượng được chăm sóc

Theo luật người khuyết tật số 51/2010/QH12 có định nghĩa “Người khuyết tật là người bị khiếm khuyết một hoặc nhiều bộ phận cơ thể hoặc bị suy giảm chức năng được biểu hiện dưới dạng tật khiến cho lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn”.

Theo luật khám chữa bệnh 15/2023/QH15 có định nghĩa “Người bệnh là người sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh”. Theo như định nghĩa này thì những người mặc dù có nhu cầu sức khỏe nhưng chưa thể hiện bằng việc sử dụng dịch vụ y tế nên chưa được xem là người bệnh. Điều này cho thấy định nghĩa này đang nhìn ở khía cạnh thụ động, chờ người bệnh đến sử dụng dịch vụ y tế. Quan điểm này chưa phù hợp với các mô hình chăm sóc hiện đại dựa trên cách tiếp cận chủ động, lấy người là trung tâm, đánh giá – theo dõi – can thiệp chủ động toàn diện các nhu cầu về sức khỏe chứ không đợi đến khi mắc bệnh: bao gồm dự phòng, tầm soát, chẩn đoán, chăm sóc, điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ cuối đời.

Với cách nhìn chủ động đó, đối tượng được hướng đến chăm sóc sức khỏe trong tài liệu này bao gồm những người khuyết tật, người có nhu cầu về bảo vệ và nâng cao sức khỏe, được gọi chung là người bệnh.

2. Đặc điểm của người bệnh

2.1. Phân nhóm

Đối với người khuyết tật, theo nghị định 28/2012/NĐ-CP có phân cụ thể về dạng tật:

- Khiếm khuyết vận động là tình trạng giảm hoặc mất chức năng cử động đầu, cổ, chân, tay, thân mình dẫn đến hạn chế trong vận động, di chuyển.
- Khiếm khuyết nghe, nói là tình trạng giảm hoặc mất chức năng nghe, nói hoặc cả nghe và nói, phát âm thành tiếng và câu rõ ràng dẫn đến hạn chế trong giao tiếp, trao đổi thông tin bằng lời nói.
- Khiếm khuyết nhìn là tình trạng giảm hoặc mất khả năng nhìn và cảm nhận ánh sáng, màu sắc, hình ảnh, sự vật trong điều kiện ánh sáng và môi trường bình thường.
- Khiếm khuyết thần kinh, tâm thần là tình trạng rối loạn tri giác, trí nhớ, cảm xúc, kiểm soát hành vi, suy nghĩ và có biểu hiện với những lời nói, hành động bất thường.
- Khiếm khuyết trí tuệ là tình trạng giảm hoặc mất khả năng nhận thức, tư duy biểu hiện bằng việc chậm hoặc không thể suy nghĩ, phân tích về sự vật, hiện tượng, giải quyết sự việc.
- Khiếm khuyết khác là tình trạng giảm hoặc mất những chức năng cơ thể khiến cho hoạt động lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn mà không thuộc các trường hợp nêu trên

Đối với người bệnh, vì những yếu tố ảnh hưởng sức khỏe khác nhau bao gồm cả cấp tính – mạn tính – nan y (không thể điều trị được), họ cũng mất một số chức năng nêu trên. Do vậy có thể nói người bệnh cũng là một hình thức của khiếm khuyết nên cũng có thể phân nhóm dựa trên loại chức năng cơ thể bị ảnh hưởng như nêu trên.

2.2. Các quyền đặc trưng của người bệnh

Trong quá trình tương tác, chăm sóc người bệnh, chúng ta cần chú ý các quyền của người bệnh

- Quyền được sống trong môi trường an toàn, được nuôi dưỡng và chăm sóc sức khỏe
- Quyền được tôn trọng danh dự, tôn trọng bí mật riêng tư
- Quyền được lựa chọn phương pháp chăm sóc áp dụng cho bản thân
- Quyền được cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe cá nhân
- Quyền được từ chối can thiệp – tương tác có ảnh hưởng đến cơ thể bản thân

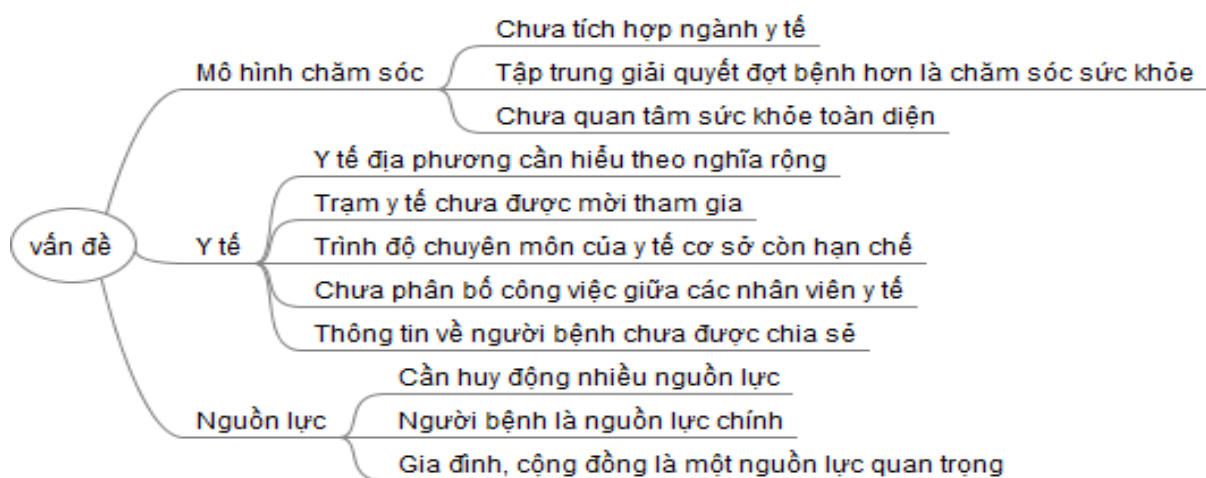
Các quyền này cần được tôn trọng và được lưu tâm thể hiện trong các mô hình chăm sóc dành cho người bệnh

3. Phân tích 3 mô hình chăm sóc thường gặp

Chăm sóc tại	Gia đình/Nhà	Trung tâm VAVA	Trung tâm bảo trợ xã hội
Đặc điểm	Người khuyết tật được chăm sóc trong bối cảnh gia đình của họ, do người thân chăm sóc	Các trẻ khuyết tật được gia đình đưa đến học tập tập trung tại trung tâm VAVA, được chăm sóc – hướng dẫn – theo dõi bởi động ngũ chuyên viên có chuyên môn.	Là cơ sở tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng, phục hồi chức năng cho những người không có điều kiện sinh sống, có vấn đề tâm thần nặng.
Đối tượng phục vụ	Người khuyết tật Người bị bệnh cuối đời Người bị bệnh mạn tính	Người khuyết tật (chất độc màu da cam, dị tật bẩm sinh, dị tật mắc phải, chậm phát triển...)	Trẻ em bị bỏ rơi, không gia đình Người cơ nhỡ không gia đình, không có điều kiện sinh sống Người có vấn đề về bệnh tâm thần – rối loạn hành vi (cai thuốc – cai chất kích thích)
Nguồn lực tại chỗ	Người thân trong cùng gia đình	Cán bộ - công nhân viên chuyên nghiệp thuộc tổ chức công lập	Cán bộ - công nhân viên chuyên nghiệp thuộc tổ chức công lập
Nguồn lực hỗ trợ bên ngoài	Chính quyền địa phương Các hội từ thiện Chưa đa dạng các nguồn lực khác	Chính quyền địa phương – Sở lao động thương binh xã hội Các hội từ thiện Các tổ chức kinh tế - tôn giáo - xã hội khác	Chính quyền địa phương – Sở lao động thương binh xã hội Các hội từ thiện Các tổ chức kinh tế - tôn giáo - xã hội khác
Ưu điểm	Gia đình là nguồn lực sẵn có, có thể áp dụng cho tất cả các tình huống	Có sự tham gia của người có năng lực chuyên môn giúp chăm sóc người khuyết tật. Có các hoạt động can thiệp điều trị - hướng dẫn – phục hồi chức năng Có nguồn kinh phí hỗ trợ của chính quyền giúp đảm bảo hoạt động	Có sự tham gia của người có năng lực chuyên môn giúp chăm sóc người khuyết tật. Có các hoạt động can thiệp điều trị - hướng dẫn – phục hồi chức năng Có nguồn kinh phí hỗ trợ của chính quyền giúp đảm bảo hoạt động

		Có năng lực pháp nhân để huy động các nguồn lực khác của xã hội	Có thực hiện tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng, phục hồi chức năng do có cơ sở vật chất đầy đủ Có năng lực pháp nhân để huy động các nguồn lực khác của xã hội
Khuyết điểm	Không có nhiều nguồn lực chuyên môn cao, hầu như không có can thiệp điều trị phù hợp, không được chăm sóc phục hồi chức năng – tái hoàn nhập xã hội. Thiếu kết nối với các nguồn lực y tế - phi y tế - các tổ chức xã hội Nguồn tài chính hạn chế Nhiều yếu tố phức tạp của gia đình có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người khuyết tật	Được tổ chức và vận hành bởi đơn vị chuyên môn – hành chính, thực hiện chức năng nhiệm vụ liên quan Cần nguồn lực lớn để tổ chức và vận hành trung tâm	Được tổ chức và vận hành bởi đơn vị chuyên môn – hành chính, thực hiện chức năng nhiệm vụ liên quan Cần nguồn lực lớn để tổ chức và vận hành trung tâm
Sử dụng khi nào	Có thể thực hiện được vì gia đình luôn sẵn có để hỗ trợ người bệnh	Khi cần có các can thiệp – chăm sóc – hướng dẫn mang tính chuyên môn cao, có tính chất hệ thống với điều kiện gia đình vẫn đang hỗ trợ chăm sóc.	Áp dụng đối với những người có khó khăn về điều kiện sinh sống, không có gia đình – người thân, có vấn đề tâm thần nặng, cần theo dõi – chăm sóc liên tục, tập trung

4. Các vấn đề ghi nhận về thực trạng sử dụng dịch vụ y tế



Các vấn đề được ghi nhận

4.1. Mô hình chăm sóc

4.1.1. Chưa tích hợp với ngành y tế:

Với 3 mô hình chăm sóc đã được khảo sát bên trên, vai trò của y tế cơ sở - y tế tại chỗ chưa thể hiện rõ. Chúng tôi chưa ghi nhận có những hoạt động chia sẻ chung về hoạt động chăm sóc – điều trị y tế giữa các mô hình được khảo sát với hệ thống y tế tại địa phương (bao gồm y tế công – tư, trạm y tế - phòng khám chuyên khoa – đa khoa).

Việc sử dụng dịch vụ y tế chỉ mang tính chất thời điểm, theo đợt bệnh, tập trung vào bệnh cấp tính, trông cậy vào các đơn vị y tế chuyên sâu (như là bệnh viện đôi khi ở xa) cho những bệnh cụ thể. Người bệnh chưa được chăm sóc theo dõi liên tục, lâu dài, gắn bó với nhân viên y tế tại địa phương.

4.1.2. Tập trung giải quyết đợt bệnh hơn là chăm sóc sức khỏe

Mô hình chăm sóc sức khỏe hiện nay vẫn đặt trọng tâm trên giải quyết theo từng đợt bệnh lý cấp tính, tai nạn thương tích cấp tính, những vấn đề phát sinh mới mang tính nhất thời. Hiện mô hình chưa quan tâm nhiều đến khía cạnh sức khỏe toàn diện, chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc điều trị lâu dài – liên tục – theo diễn tiến sức khỏe của người khuyết tật, người cao tuổi, người có nhiều bệnh mạn tính.

Mô hình chăm sóc hiện tập trung chủ yếu vào điều trị, giải quyết các vấn đề đang phát sinh, chưa dành ưu tiên cho việc loại bỏ các yếu tố nguy cơ, dự phòng tránh mắc bệnh. Do không dự phòng tốt nên việc chăm sóc sẽ phát sinh chi phí cao, không hiệu quả, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe.

4.1.3. Chưa quan tâm sức khỏe toàn diện

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe rất rộng bao gồm nhiều khía cạnh như:

- Dự phòng yếu tố nguy cơ
- Dự phòng bệnh,
- Tầm soát- chẩn đoán giai đoạn sớm
- Chẩn đoán chính xác bệnh
- Điều trị hiệu quả
- Nâng cao sức khỏe, phục hồi chức năng, tái hòa nhập xã hội
- Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời.

Tuy nhiên, theo quan sát thì người bệnh - gia đình – cơ sở chăm sóc chỉ sử dụng dịch vụ y tế tập trung vào nhóm hoạt động điều trị, chỉ theo từng đợt bệnh, chủ yếu đối với bệnh cấp tính. Các nhu cầu sức khỏe khác chưa được quan tâm ghi nhận (vì không biết, không quan tâm, không đủ nguồn lực...). Lý do là nhân viên chăm sóc chưa đánh giá nhu cầu sức khỏe toàn diện, chưa liên hệ - phối hợp sử dụng các dịch vụ y tế phù hợp. Hậu quả là người bệnh bị mất quyền lợi được chăm sóc sức khỏe tốt.

4.2. Khía cạnh y tế

4.2.1. Y tế địa phương cần hiểu theo nghĩa rộng

Y tế địa phương cần được hiểu theo nghĩa rộng là các cơ sở y tế đang cung cấp dịch vụ sức khỏe cho cộng đồng dân cư tại chỗ. Trong đó mạng lưới y tế địa phương sẽ bao gồm các đơn vị y tế chính thức (trạm y tế, phòng khám chuyên khoa, phòng khám đa khoa, nhà thuốc, bệnh

viện, phòng xét nghiệm) và phi chính thức (dịch vụ hộ lý-vệ sinh, người giữ trẻ-chăm sóc, thầy lang, ...).

Các mô hình chăm sóc được khảo sát hiện chưa quan tâm liên kết, yêu cầu dịch vụ được cung cấp bởi đa dạng các cơ sở y tế tại địa phương, hầu như chỉ sử dụng đơn điệu vài cơ sở như trạm y tế, phòng khám đa khoa, bệnh viện.

Trong kế hoạch chăm sóc cho người bệnh, chưa chú ý thể hiện mô hình chăm sóc đa ngành, đa lĩnh vực, chưa tận dụng nguồn lực của các cơ sở y tế địa phương. Các thành viên trong ê kíp chăm sóc cần ưu tiên huy động những người sinh sống xung quanh người bệnh để tiện cho việc di chuyển, phối hợp.

4.2.2. Trạm y tế chưa được mời tham gia

Trong mạng lưới y tế địa phương, trạm y tế có chức năng và nhiệm vụ cung cấp các dịch vụ y tế ban đầu bao gồm dự phòng, khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe sinh sản, quản lý sức khỏe cộng đồng, truyền thông và giáo dục sức khỏe. Như vậy, trạm y tế có trách nhiệm quản lý sức khỏe của người dân trên địa bàn.

Nhân lực y tế cơ sở bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, dược, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên. Họ cho phép cung cấp phổ các dịch vụ sức khỏe rộng, bao phủ hầu hết các nhu cầu sức khỏe thường gặp của người bệnh. Ví dụ như vấn đề nuôi dưỡng trẻ sơ sinh, nữ hộ sinh có thể hỗ trợ rất tốt. Vấn đề chăm sóc vết thương, điều dưỡng có chuyên môn tốt về vấn đề này.

Trạm y tế có thể cung cấp dịch vụ được thanh toán bảo hiểm y tế, giúp tiết giảm chi phí chăm sóc cho người bệnh. Dịch vụ trạm y tế ngay tại cộng đồng dân cư, giúp giải quyết nhanh chóng, kịp thời và tại chỗ.

Tuy nhiên, với 3 mô hình chăm sóc được tham quan, cá nhân tác giả ghi nhận các mô hình chưa có động tác phối hợp, quan tâm, đặt niềm tin, sử dụng dịch vụ chuyên môn của trạm y tế tại nơi sinh sống.

4.2.3. Trình độ chuyên môn của y tế cơ sở còn hạn chế

Do các trường đào tạo y tế, các cơ sở y tế chuyên sâu được phân bố tập trung tại một số thành phố lớn, di chuyển khó khăn, nguồn lực tài chính – thời gian hạn chế, khó dung hòa công việc tại đơn vị... việc tổ chức tập huấn, đào tạo cập nhật – học tập lên cao dành cho nhân lực y tế cơ sở có nhiều khó khăn.

Việc quản lý người bệnh, người khuyết tật, bệnh mạn tính, chăm sóc tại nhà... yêu cầu những kiến thức – kỹ năng chuyên môn chuyên biệt. Phần lớn kiến thức này không có trong chương trình đào tạo chính quy hiện nay. Ví dụ như các bệnh lý tâm thần, tâm lý vốn thường gặp ở người bệnh khuyết tật, phần lớn các đồng nghiệp tại y tế cơ sở rất ngại tham gia giải quyết các vấn đề này và có khuynh hướng chuyển khám chuyên khoa.

Nhân viên y tế cơ sở chưa thực hiện tốt việc đánh giá nhu cầu sức khỏe toàn diện của người bệnh, chưa có ý thức về tầm quan trọng của dự phòng, nâng cao sức khỏe, tái hòa nhập xã hội, chăm sóc giảm nhẹ.

4.2.4. Chưa phân bổ công việc giữa các nhân viên y tế

Mô hình chăm sóc hiện nay dựa nhiều quá vào bác sĩ. Các thành viên khác của ê kíp chăm sóc chưa được quan tâm sử dụng: điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên xã hội, dược, vật lý trị liệu.... Điều này gây sự lãng phí trong sử dụng các nguồn nhân lực hiện có, bác sĩ thực hiện một cách không hiệu quả phần việc kỹ thuật của những lĩnh vực khác, điều dưỡng chưa được tham gia chăm sóc – tư vấn sức khỏe, kỹ thuật viên vật lý trị liệu chưa được phát huy chuyên môn riêng. Lý do có thể:

- Định kiến chưa chính xác của người bệnh và gia đình về các chuyên ngành của y khoa.
- Nhân viên y tế chưa thể hiện hết vai trò của chuyên ngành của mình, chưa chứng minh được lợi ích chuyên môn của họ trong kế hoạch điều trị hiện nay.
- Kế hoạch chăm sóc sức khỏe chưa thể hiện tính toàn diện các khía cạnh nhu cầu sức khỏe. Kế hoạch còn tập trung đơn thuần vào điều trị, chưa thể hiện việc nâng cao sức khỏe vốn là nhu cầu quan trọng trong theo dõi bệnh mạn tính, người khuyết tật, người cao tuổi.

4.2.5. Thông tin về người bệnh chưa được chia sẻ

Người bệnh chưa có bệnh án sức khỏe cá nhân. Trong quá trình chăm sóc người bệnh, ê kíp nhân viên y tế, nhân viên xã hội chưa có biện pháp chia sẻ thông tin, trao đổi về chuyên môn.

Nhu cầu hiện nay cần có giải pháp bệnh án giấy, bệnh án điện tử để ghi nhận, lưu giữ và chia sẻ các thông tin này. Công cụ này cần được sử dụng bởi các thành viên của ê kíp chăm sóc vì lợi ích đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế tối ưu vì sức khỏe của người bệnh.

Trên từng người bệnh, chưa có những buổi họp mặt trao đổi thông tin giữa các thành viên – nhân viên y tế - gia đình cùng tham gia chăm sóc. Việc tổ chức cần có phương thức phù hợp, có nguồn lực hỗ trợ và cần người giữ vai trò điều phối. Tại các nước phát triển, bác sĩ gia đình là người được giao vai trò này. Hiện tại các mô hình chăm sóc đã tham quan, tùy theo bối cảnh, gia đình hoặc cơ sở chăm sóc có thể thực hiện vai trò này.

4.3. Khía cạnh nguồn lực

4.3.1. Cần huy động nhiều nguồn lực

Các nguồn lực có thể huy động sử dụng phục vụ cho người bệnh bao gồm nguồn lực của gia đình, nguồn lực y tế và nguồn lực phi y tế.

- Trong đó, nguồn lực về y tế bao gồm toàn thể các dịch vụ y tế chính quy và không chính quy; dịch vụ y tế công – tư; tại chỗ hoặc ở các đơn vị y tế chuyên sâu.
- Nguồn lực phi y tế bao gồm tổ chức chính quyền, hội đoàn tại địa phương, trung tâm bảo trợ xã hội, trung tâm VAVA, tổ chức phi chính phủ, nhà chùa – nhà thờ, các tổ chức từ thiện, công đoàn của trường học – xí nghiệp

3 mô hình chăm sóc hiện có khai thác sử dụng một số nguồn lực này thông qua các hoạt động đã thực hiện như gắn kết với VNAH, các hội từ thiện, các tổ chức phi chính phủ... Tuy nhiên, việc sử dụng các nhóm nguồn lực còn ở hình thức thụ động. Các mô hình chưa thiết lập thành kế hoạch tổng thể, chưa chủ động tìm kiếm, chưa thực hiện một cách hệ thống.

4.3.2. Người bệnh là nguồn lực chính

Trong mô hình chăm sóc hiện nay, người bệnh đã tham gia vào trong tiến trình điều trị nhưng ở mức độ hạn chế, vẫn còn giữ vai trò người thụ hưởng hơn là người chủ động trong tiến trình bảo vệ sức khỏe bản thân.

Các hoạt động điều trị hiện còn tập trung vào bệnh cấp tính, trong đó vai trò ê kíp chăm sóc là quan trọng quyết định. Tuy nhiên, đối với sức khỏe toàn diện, kế hoạch điều trị cần liên tục và kéo dài, vai trò của người bệnh là quyết định, chính là đặc điểm của mô hình lấy người bệnh làm trung tâm. Do vậy chúng ta cần lưu ý thêm các quan điểm, kỳ vọng, nhu cầu, và sự tham gia của người bệnh.

4.3.3. Gia đình, cộng đồng là một nguồn lực quan trọng

Người khuyết tật, người bệnh cần có sự trợ giúp liên tục của gia đình và người thân, rộng hơn chính là cộng đồng xung quanh. Trong mô hình chăm sóc tại nhà, vai trò của gia đình đã được thể hiện rất rõ. Trong mô hình chăm sóc tại trung tâm VAVA, trung tâm bảo trợ xã hội, vai trò của cộng đồng đã thấy rõ.

Để giúp tăng hiệu quả, cần có giải pháp để phối hợp cả 2 nguồn lực này trong kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.

5. Các giải pháp đề xuất

5.1. Đối với người bệnh – gia đình

- Người bệnh cần chủ động tham gia trao đổi, yêu cầu, nêu ý kiến trong việc tổ chức các hoạt động chăm sóc điều trị cho bản thân họ.
- Cần chủ động tìm hiểu, sử dụng các nguồn lực xã hội – cộng đồng – y tế xung quanh. Các tổ chức xã hội, tổ chức từ thiện, trung tâm bảo trợ xã hội, tổ chức phi chính phủ, ủy ban phường xã, trạm y tế ... đều là những nơi có thể có thông tin và chương trình hỗ trợ
- Chủ động tổ chức hoạt động tự chăm sóc, tự điều trị tại nhà
- Thiết lập được kênh liên lạc tốt với ê kíp chăm sóc (điện thoại, zalo, email, hộp thư, số điện thoại cấp cứu, số tổng đài tư vấn sức khỏe).
- Khi có nhu cầu chăm sóc y tế, hãy liên hệ ngay với các cơ sở y tế, nhân viên y tế tại địa phương.
- Có niềm tin đối với ê kíp điều trị, nhân viên y tế tại địa phương

5.2. Đối với cơ sở chăm sóc tập trung

- Tăng cường phối hợp với các nguồn lực xã hội – cộng đồng – y tế xung quanh. Các tổ chức xã hội, tổ chức từ thiện, trung tâm bảo trợ xã hội, tổ chức phi chính phủ, ủy ban phường xã, trạm y tế, nhà trường..., sử dụng dịch vụ xã hội phục vụ người bệnh.
- Tăng cường đầu tư cơ sở vật chất đáp ứng nhiều nhu cầu khác nhau của từng nhóm đối tượng người bệnh/người khuyết tật.
- Tăng cường sử dụng các nguồn lực y tế tại địa phương, gần nơi người bệnh sinh sống, gần cơ sở chăm sóc.
- Có công cụ ghi chép thông tin theo dõi người bệnh. Các thông tin này cần được chia sẻ giữa các thành viên có tham gia chăm sóc người bệnh. Điều kiện lý tưởng có công cụ giúp thực hiện trực tuyến (internet) để mọi người có thể thuận tiện trong sử dụng.
- Phân công người quản lý sức khỏe riêng cho từng người bệnh. Người này có thể là nhân viên y tế của cơ sở chăm sóc, có thể là bác sĩ – y sĩ gia đình, điều dưỡng gia đình. Họ sẽ

định kỳ đánh giá sức khỏe, theo dõi thường xuyên, quản lý thông tin sức khỏe của người bệnh.

5.3. Đối với cơ sở y tế

- Cần sử dụng hiệu quả nhân viên y tế, sử dụng đúng chức năng nhiệm vụ của từng thành viên.
- Bác sĩ cần mạnh dạn chuyên giao chuyên môn, kinh nghiệm, công việc cho y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên. Chúng ta cần biết là bác sĩ không làm tốt các phần việc khác so với chuyên viên chuyên ngành đó.
- Phân tầng chuyên môn cho bác sĩ điều trị giúp giải quyết phần lớn bệnh đơn giản, bác sĩ tham vấn tập trung giải quyết các vấn đề phức tạp.
- Kế hoạch điều trị cần thể hiện rõ phần việc của các thành viên khác trong ê kíp chăm sóc bao gồm bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, cộng tác viên xã hội ... để từng thành viên có không gian chuyên môn riêng
- Điều dưỡng, kỹ thuật viên cần trao đổi chuyên môn, khẳng định vai trò và vị trí của họ trong tiến trình chăm sóc.
- Tổ chức các hình thức tham vấn, hội chẩn, tư vấn từ xa nếu có thể để tiết giảm thời gian di chuyển, tối ưu công việc của nhân viên y tế.
- Nâng cấp năng lực nhân viên y tế thông qua các khóa tập huấn, đào tạo liên tục y khoa với chuyên đề phù hợp với tính chất công việc chăm sóc người khuyết tật, quản lý bệnh mạn tính, tổ chức chăm sóc tại nhà.
- Phối hợp giữa các cơ sở y tế tại địa phương tạo thành mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế tại chỗ, không phân biệt mô hình công tư.
- Xây dựng kế hoạch chăm sóc hướng dự phòng, hướng quản lý lâu dài, liên tục, bao quát tất cả các khía cạnh của sức khỏe toàn diện.
- Thông tin chăm sóc cần được ghi chép vào bệnh án cá nhân riêng biệt cho từng người bệnh. Thông tin này cần được chia sẻ giữa các thành viên của ê kíp chăm sóc. Định kỳ có những buổi họp làm việc nhóm để bàn luận về từng người bệnh.

II. MÔ HÌNH CHĂM SÓC TÍCH HỢP

1. Tổng quan

Việc chăm sóc đối với người bệnh có hạn chế về chức năng liên quan đến khiếm khuyết cơ thể (do nguyên nhân bẩm sinh hay mắc phải, do bệnh mạn tính), thường kéo dài và tốn nhiều nguồn lực cho cả cá nhân – gia đình và xã hội. Sự tương tác giữa các khía cạnh của sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, sức khỏe xã hội tạo nên bối cảnh phức tạp của từng người bệnh. Nếu việc chăm sóc không được thực hiện tốt, các yếu tố này sẽ gây giảm nhanh chức năng cơ thể, giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ tử vong.

Do vậy, chúng ta cần giải pháp can thiệp bảo vệ sức khỏe, phù hợp với đặc điểm chuyên biệt của người bệnh, phù hợp với bối cảnh, phù hợp với nguồn lực cho phép.

2. Mô hình đã áp dụng của thế giới

Hệ thống y tế thường quy hiện nay chủ yếu được xây dựng để đáp ứng với việc quản lý chăm sóc những trường hợp bệnh cấp tính. Trong đó mô hình của các trung tâm điều trị chuyên sâu (bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa...) là chủ đạo; vai trò của nhân viên y tế được nhận mạnh, đặt trọng tâm. Người bệnh chỉ đến sử dụng dịch vụ y tế trong từng đợt bệnh đơn lẻ và không có sự theo dõi liên tục sau đó.

Tuy nhiên, trong bối cảnh chăm sóc cho người bệnh khuyết tật, người bệnh mạn tính, mô hình nêu trên không còn phù hợp. Lý do là vì tính liên tục của sức khỏe mà việc chăm sóc cần thực hiện lâu dài theo thời gian; vì tính đa chiều của sức khỏe mà việc giải quyết đôi khi vượt quá khả năng của riêng ngành y tế, cần có sự tham gia nhiều ngành. Do vậy mô hình chăm sóc bệnh mạn tính cần có sự tham gia – phối hợp giữa người bệnh, gia đình, nhân viên y tế và các nguồn lực xã hội khác. Ở đây, vai trò của người bệnh cần được nhấn mạnh, họ cần giữ vị trí chủ động, tham gia cùng quyết định các nội dung của kế hoạch chăm sóc sức khỏe của bản thân.

Hiện tại nhiều quốc gia, có nhiều mô hình chăm sóc bệnh mạn tính khác nhau đã được triển khai. Mỗi mô hình đều có ưu điểm riêng phù hợp với bối cảnh tại chỗ, và có chung một số điểm chính như sau:

- Thông tin của người bệnh cần được ghi nhận, lưu trữ và chia sẻ bởi các thành viên có tham gia trong tiến trình điều trị cho người bệnh. Bệnh án điện tử là giải pháp then chốt. Bệnh án điện tử cũng phải hỗ trợ sự giao tiếp của người bệnh với ê kíp chăm sóc.
- Áp dụng liên tục và kịp thời các tiến bộ của y tế vào trong thực hành, trong kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.
- Cần sử dụng hiệu quả nguồn lực tại chỗ ở gia đình và cộng đồng, cơ sở y tế địa phương.
- Đơn vị y tế cần thiết kế hướng đến việc cung ứng dịch vụ hướng người bệnh (mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm)
- Huy động sự tham gia của người bệnh trong tiến trình chăm sóc. Người bệnh cần được tham gia quyết định
- Lồng ghép mô hình quản lý sức khỏe vào qui trình khám chữa bệnh hiện có, điều đó giúp hoạt động quản lý là thường xuyên và tận dụng được các quyền lợi chăm sóc sức khỏe đã có (bảo hiểm y tế)
- Giải pháp cần tiết kiệm, không tốn thêm công sức, thời gian của nhân viên y tế
- Cần đảm bảo sự tương tác giữa người bệnh và nhân viên y tế sử dụng nhiều hình thức khác nhau.

3. Giải pháp đề xuất

3.1. Mục đích của giải pháp

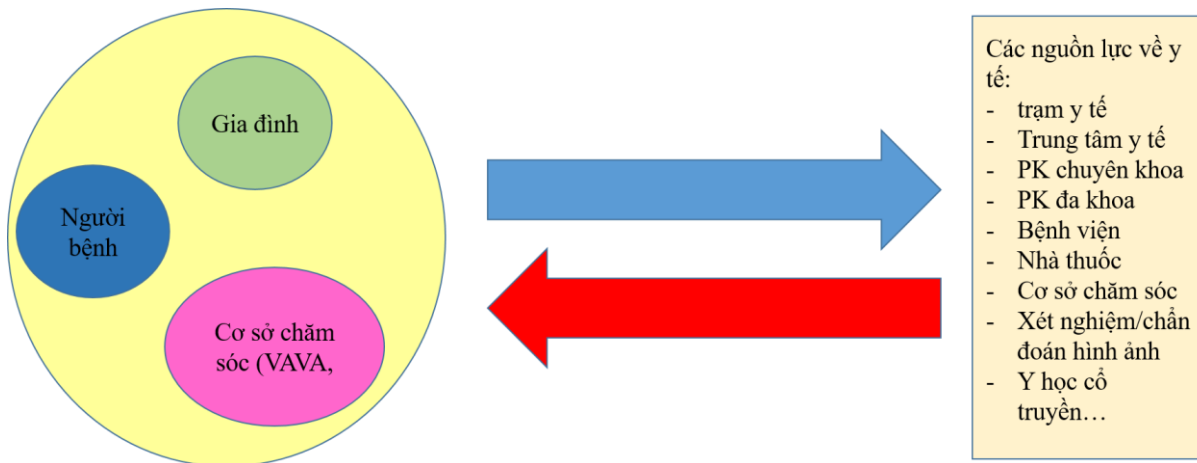
- Giải quyết phần lớn nhu cầu về thông tin sức khỏe
- Cung cấp một số dịch vụ tư vấn – điều trị trong khả năng
- Điều hướng người bệnh đến các cơ sở y tế phù hợp (sử dụng hiệu quả mạng lưới y tế tại địa phương, y tế chuyên sâu)
- Đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện của người bệnh
- Giúp lập kế hoạch chăm sóc tổng thể - toàn diện cho người bệnh
- Theo dõi sức khỏe liên tục, lâu dài
- Điều phối ê kíp chăm sóc sức khỏe tại chỗ

3.2. Yêu cầu của giải pháp

- Thuận tiện
- Nhanh chóng
- Chi phí hợp lý
- Hiệu quả
- Cá thể hóa
- Có tính khả thi cao

- Sử dụng nguồn lực tại chỗ

3.3. Giải pháp

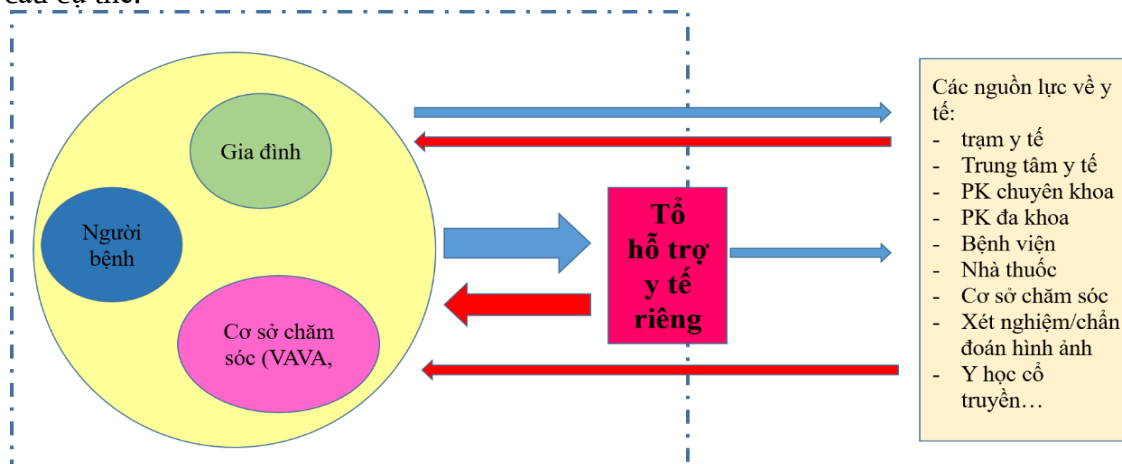


Mô hình sử dụng dịch vụ y tế hiện tại

Người khuyết tật, người bệnh mạn tính, người có những khó khăn về xã hội được xã hội hỗ trợ (thông qua bảo hiểm y tế miễn phí – thẻ bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước chi trả phần đóng góp bảo hiểm: bao gồm trẻ dưới 6 tuổi, Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật về người cao tuổi, người khuyết tật, đối tượng bảo trợ xã hội).

Qua khảo sát 3 mô hình chăm sóc cho người khuyết tật, tôi ghi nhận chưa có sự gắn kết mật thiết – khai thác tốt các nguồn lực về y tế. Người khuyết tật, người bệnh mạn tính, người có những khó khăn về xã hội luôn có nguy cơ cao về sức khỏe và không được tiếp cận với dịch vụ y tế phù hợp mặc dù việc chăm sóc sức khỏe là quyền lợi chính đáng.

Các cơ sở y tế tham gia thụ động, độc lập, không gắn kết nhiều với các mô hình chăm sóc hiện nay. Các yêu cầu và đáp ứng được thực hiện trực tiếp, theo từng đợt bệnh, theo từng yêu cầu cụ thể.



Mô hình tích hợp năng lực y khoa

Trong bối cảnh mới, để phục vụ người khuyết tật, người có bệnh mạn tính, năng lực y khoa cần thiết phải được tích hợp vào mô hình quản lý hiện nay. Việc tích hợp này có một số đặc điểm sau:

- Tích hợp tổ y tế riêng bám sát với nhu cầu chuyên biệt nhưng không nhất thiết thuộc cơ cấu tổ chức của các mô hình chăm sóc hiện tại
- Giảm thiểu các yêu cầu chăm sóc y tế trực tiếp đến các cơ sở y tế chuyên sâu
- Giúp tiếp nhận và giải quyết phần lớn các yêu cầu chăm sóc y tế tại chỗ
- Giúp điều hướng – sử dụng hiệu quả các dịch vụ y tế chuyên sâu nếu cần thiết
- Giảm thiểu chi phí (kinh phí, thời gian), tăng tính hiệu quả trong triển khai các hoạt động chăm sóc thông qua việc sử dụng hợp lý nguồn lực tương ứng với tình huống cụ thể
- Triển khai các chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện, theo dõi liên tục, dự phòng, can thiệp sớm, quản lý sức khỏe chuyên biệt cho từng người bệnh.
- Tổ hỗ trợ y tế riêng có thể sử dụng một trong số các nguồn lực sau:
 - Y tế cơ quan
 - Trạm y tế
 - Phòng khám chuyên khoa y học gia đình
 - Phòng khám đa khoa tại chỗ
 - Đơn vị tư vấn y khoa từ xa (các công ty)

4. Cơ sở y tế y học gia đình phù hợp mô hình tích hợp

4.1. Vai trò của cơ sở y tế y học gia đình

Theo như các nước phát triển trên thế giới, bác sĩ gia đình có một số chức năng chính:

- Chẩn đoán, điều trị tuyến ban đầu, sử dụng nguồn lực phù hợp
- Tiếp cận vấn đề sức khỏe một cách toàn diện
- Điều phối các nguồn lực y tế để chăm sóc người bệnh
- Tổ chức chăm sóc, theo dõi người bệnh liên tục, suốt đời
- Thực hiện can thiệp hướng cộng đồng

Đối với bối cảnh của hệ thống y tế tại Việt Nam, bác sĩ gia đình sẽ mang các nét đặc thù riêng tùy theo sự kỳ vọng, sự phân công của xã hội. Hiện theo luật khám chữa bệnh 15/2023/QH15 ban hành ngày 09/01/2023 có qui định riêng điều 81 về khám bệnh chữa bệnh y học gia đình. Trong đó cơ sở khám bệnh chữa bệnh y học gia đình có các nhiệm vụ sau:

- a) Quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu trên địa bàn hoạt động;
- b) Tư vấn, dự phòng bệnh, tật và nâng cao sức khỏe;
- c) Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;
- d) Cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời tại nhà;
- đ) Quyết định việc chuyển người bệnh thuộc đối tượng quản lý đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác; tiếp nhận, quản lý sức khỏe người bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến;
- e) Thực hiện nhiệm vụ khác do cơ quan có thẩm quyền giao.

Các nội dung này cho thấy người bác sĩ gia đình có vai trò chuyên biệt, hướng chăm sóc sức khỏe toàn diện tại tuyến ban đầu, khác hẳn với các bác sĩ chuyên khoa khác.

4.2. Đóng góp của cơ sở y tế y học gia đình

Cơ sở y tế y học gia đình do đội ngũ nhân viên y tế có chuyên môn về y học gia đình, bao gồm bác sĩ chuyên khoa, điều dưỡng, kỹ thuật viên có tập huấn về chuyên ngành này. Cơ sở y tế này sẽ giúp cho mô hình quản lý sức khỏe người khuyết tật, người bệnh mạn tính, người bệnh nguy kịch cuối đời ở những khía cạnh sau:

- Đây là điểm tiếp xúc đầu tiên của người bệnh với hệ thống y tế, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đa khoa (nội khoa – ngoại khoa – nhi khoa – da liễu...) – đa ngành (y khoa – vật lý trị liệu – chăm sóc điều dưỡng). Nhờ vào dịch vụ y tế phổ rộng, điều này cho phép cơ sở y tế đáp ứng với tất cả các vấn đề sức khỏe không phân biệt tuổi tác, giới tính hoặc bất kỳ đặc điểm cá nhân khác.
- Sử dụng hợp lý các nguồn lực y tế thông qua việc chăm sóc phối hợp, làm việc với các nhân viên y tế khác cùng chăm sóc người bệnh chuyên biệt. Bác sĩ gia đình có thể tham gia với vai trò người đại diện cho người bệnh để tổ chức hợp tác – làm việc với các chuyên khoa khác khi cần thiết.
- Phát triển mô hình chăm sóc người bệnh làm trọng tâm, hướng đến cá nhân, gia đình của họ và cộng đồng xung quanh họ.
- Khuyến khích sự tham gia chủ động của người bệnh trong kế hoạch điều trị
- Có qui trình thăm khám đặc thù cho phép thiết lập mối quan hệ lâu dài theo thời gian, thông qua tiến trình giao tiếp hiệu quả giữa bác sĩ và người bệnh.
- Chịu trách nhiệm trong tổ chức chăm sóc liên tục theo thời gian tương ứng với các nhu cầu cụ thể trong từng giai đoạn sức khỏe của người bệnh.
- Có kiến thức và kỹ năng chuyên biệt để giải quyết vấn đề y tế trong bối cảnh chăm sóc tại nhà, tại cộng đồng.
- Quản lý đồng thời các vấn đề sức khỏe cấp tính – mạn tính – phục hồi chức năng của người bệnh.
- Quản lý bệnh ngay từ giai đoạn sớm của bệnh, không phân biệt giai đoạn bệnh, can thiệp cấp cứu khi cần thiết.
- Giáo dục nâng cao sức khỏe bằng các phương pháp can thiệp phù hợp và hiệu quả.
- Có trách nhiệm phối hợp – khai thác các nguồn lực hỗ trợ tại cộng đồng
- Quan tâm đến sức khỏe toàn diện: sinh lý, tâm lý, xã hội và văn hóa.

5. Kết luận

Với những yêu cầu mới của việc chăm sóc toàn diện, lâu dài, liên tục cho người khuyết tật, người có bệnh mạn tính, mô hình quản lý chăm sóc hiện nay cần có sự tích hợp của đơn vị có chức năng y tế. Sự tích hợp này giúp tối ưu hóa các dịch vụ y tế sẽ sử dụng, đồng thời đảm bảo chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người bệnh.

III. CHĂM SÓC TOÀN DIỆN

1. Tổng quát về sức khỏe toàn diện

Theo như tổ chức y tế thế giới, sức khỏe được định nghĩa là “trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không có nghĩa là không có bệnh – tật”.

Với định nghĩa này, sức khỏe đã sớm được hiểu theo ý nghĩa toàn diện với cả 3 khía cạnh cần được đánh giá – chăm sóc của sức khỏe. Điều này cho phép thay đổi quan điểm chăm sóc hiện nay, vốn chỉ tập trung nhận xét người bệnh dưới góc độ sinh học đơn thuần, đơn giản hóa người bệnh chỉ là “bệnh”. Trong đó yếu tố con người bao gồm thêm khía cạnh xã hội và tâm lý chưa được quan tâm – đánh giá và chăm sóc đúng mức.

Trong bối cảnh chăm sóc ngoại trú, chăm sóc tại hộ gia đình, khía cạnh về sức khỏe sinh học thường không chiếm tỷ lệ quan trọng. Ngược lại, các khía cạnh sức khỏe về tinh thần – xã hội – tâm linh thường rất quan trọng mà đôi khi người bệnh không quan tâm, không được chăm sóc. Lý do là vì họ xem các nhu cầu này không phải là vấn đề của sức khỏe, không thuộc lĩnh vực của y khoa và không phải là vấn đề cần đến nhân viên y tế chuyên nghiệp theo dõi hỗ trợ chăm sóc.

Ví dụ như người bệnh than đau đầu kéo dài đến khám tại phòng khám ngoại trú. Trong phần lớn các trường hợp, tình trạng đau đầu này là thứ phát sau những vấn đề về công việc – tình cảm – áp lực tâm lý – thói quen lối sống chưa phù hợp. Việc can thiệp chăm sóc cần hướng đến các yếu tố này thì mới đảm bảo hiệu quả chăm sóc.

2. Chăm sóc sức khỏe toàn diện

Chăm sóc sức khỏe toàn diện được hiểu là cách thức tiếp cận trong đó chúng ta cùng lúc phải hướng đến các khía cạnh về sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, sức khỏe xã hội và cả sức khỏe tâm linh. Đây là lĩnh vực thực hành. Do tính bao quát nhiều khía cạnh, chăm sóc sức khỏe toàn diện cần quan tâm đến tôn giáo, văn hóa, cộng đồng và các đặc điểm chuyên biệt của từng người bệnh.

Cụ thể của việc tiếp cận này được thể hiện trong kế hoạch chăm sóc. Trong đó, nhân viên y tế có xem xét đánh giá các nhu cầu, có trình bày đầy đủ các vấn đề sức khỏe tâm – sinh – thể? Kế hoạch chăm sóc có bao hàm các hoạt động hướng đến tất cả các khía cạnh của sức khỏe? Có chuyên biệt hóa hoạt động chăm sóc phù hợp với các đặc điểm riêng biệt của từng người bệnh?

Cách tiếp cận này cũng còn được gọi là tiếp cận “chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm” cũng vì đặc trưng chúng ta có cân nhắc – lồng ghép các đặc điểm chuyên biệt của người bệnh vào trong từng hoạt động chăm sóc.

Ví dụ cụ thể hóa của chăm sóc toàn diện, chúng ta có thể minh họa qua các hoạt động sau:

- Đánh giá mức độ đau – khó chịu của người bệnh (khía cạnh sinh học)
- Đánh giá tình hình ăn uống – nghỉ ngơi – ngủ (khía cạnh sinh hoạt hằng ngày)
- Đánh giá công việc – giao tiếp với người xung quanh (khía cạnh xã hội)
- Đánh giá cảm xúc – định kiến – văn hóa (khía cạnh tâm lý)
- Đánh giá niềm tin – tôn giáo (khía cạnh tâm linh)
- Đánh giá nguồn lực tài chính – thời gian – khả năng dành cho chăm sóc sức khỏe (các đặc điểm riêng cho từng người bệnh)

3. Thực hiện chăm sóc toàn diện

Hiện nay tại Việt Nam, mô hình chăm sóc vẫn còn theo mô hình lấy “nhân viên y tế làm trung tâm”. Trong đó các quy trình chăm sóc được thiết kế làm sao thuận tiện và hiệu quả cho nhân viên y tế. Người bệnh phải thực hiện theo hướng dẫn để phục vụ cho tiến trình chăm sóc hiện tại thay vì phải làm ngược lại (quy trình chăm sóc phải tùy biến – thay đổi cho phù hợp với đặc trưng của từng người bệnh).

Để nâng cao chất lượng chăm sóc, chúng ta cần xây dựng mô hình chăm sóc trong đó người bệnh là trung tâm. Điều này đồng nghĩa sức khỏe cần được đánh giá toàn diện trên tất cả khía cạnh, lồng ghép với các đặc trưng của người bệnh, thể hiện vào trong kế hoạch chăm sóc và các nguồn lực y tế cần được huy động phục vụ người bệnh.

Trong thực hiện chăm sóc toàn diện, chúng ta cần xem xét cơ thể người bệnh là sự tổng hòa tương tác đan xen lẫn nhau của tất cả các yếu tố - khía cạnh: sinh lý cơ thể - tâm lý - văn hóa xã hội và cả niềm tin – tín ngưỡng. Việc đánh giá có thể thực hiện như sau:

- **Sinh lý cơ thể:** Nhu cầu về dinh dưỡng cơ bản, nghỉ ngơi – giấc ngủ, khả năng vận động – sinh hoạt - thể dục? Đánh giá nguyên nhân của tình trạng đau – khó chịu – mất chức năng (thở - vệ sinh – vận động...) là gì và cách thức để loại bỏ nguyên nhân? Những hoạt động nào có thể được thực hiện để ngăn ngừa yếu tố nguy cơ gây bệnh, gây thương tích, gây tàn tật?
- **Sức khỏe tinh thần:** hiện người bệnh có tâm lý tốt không? Có thể hiện cảm xúc phù hợp; có vui – buồn tương tác với các yếu tố bối cảnh; có kích thích, tò mò, ngạc nhiên; có thể hiện sáng tạo? Người bệnh có hứng thú với sinh hoạt – công việc hằng ngày, có hoạch định kế hoạch tương lai, có hướng phát triển?
- **Niềm tin – tâm linh:** người bệnh có giữ đức tin, có niềm tin liên quan đến tôn giáo, đến thần thánh, đến thế giới sau khi chết? Có gắn kết với tổ tiên – ông bà? Có liên kết nhân quả của hoạt động hiện tại với các ý nghĩa – giá trị trong tương lai?
- **Cộng đồng và xã hội:** có liên kết – giao tiếp – tương tác với người thân và người xung quanh? Có quan tâm gìn giữ các mối quan hệ đã có với mọi người? có hành vi và thái độ phù hợp trong các mối quan hệ?
- **Văn hóa:** đánh giá các giá trị xã hội được hình thành bên trong người bệnh, đó là tập hợp các giá trị vật chất và phi vật chất. Có nhận định về quan điểm sống – nghệ thuật – nghi lễ - nghi thức – truyền thống – lối sống của người bệnh? Có tôn trọng các giá trị mà người bệnh đang tin tưởng và tôn trọng?
- **Môi trường sống:** có quan tâm đến các đặc điểm của môi trường – không gian – bối cảnh mà người bệnh đang sinh sống và làm việc? Có sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ cho sức khỏe (tiếng ồn, ký sinh trùng, vệ sinh, nguy cơ tai nạn sinh hoạt)? Bối cảnh sinh sống có phù hợp cho chăm sóc – điều trị - hỗ trợ người bệnh (tiếp cận đối với các dịch vụ xã hội – dịch vụ y tế)? Nguồn lực nào có thể sử dụng từ bối cảnh sinh sống của người bệnh?

4. Kết luận

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của một cá nhân cần được hiểu và đánh giá đầy đủ ở 4 khía cạnh: về thể chất, về tinh thần, về xã hội và cả vấn đề tâm linh. Nhân viên y tế - người chăm sóc cần xây dựng kế hoạch chăm sóc trong đó thể hiện các hoạt động phục vụ các nhu cầu sức khỏe của cả 4 khía cạnh này.

IV. CHĂM SÓC TỔNG THỂ

1. Tổng quan

Nếu như mô hình chăm sóc toàn diện quan tâm đến các khía cạnh tâm – sinh – thể của sức khỏe, mô hình chăm sóc toàn diện đặt quan tâm đến việc vận dụng linh hoạt – hiệu quả tất cả các nguồn lực hiện có để giúp cho người bệnh – người khuyết tật (gọi chung là người bệnh). Trong đó các nguồn lực sẽ bao gồm từ người bệnh, từ gia đình, từ xã hội và từ hệ thống y tế.

Mô hình tiếp cận tổng thể sẽ bao gồm 4 đặc trưng chính:

1.1. Tiếp cận đa chuyên ngành – đa nguồn lực:

Kế hoạch chăm sóc phải thể hiện sự huy động hợp tác của nhiều chuyên ngành – nguồn lực để thực hiện các mục tiêu chăm sóc khác nhau cho người bệnh. Một số ví dụ về các công việc và vai trò tham gia của các chuyên ngành khác nhau:

- Bác sĩ: chẩn đoán, chỉ định y khoa
- Điều dưỡng – hộ lý: thực hiện chăm sóc
- Chuyên viên dinh dưỡng: tư vấn – hướng dẫn chế độ dinh dưỡng
- Chuyên viên phục hồi chức năng: can thiệp giúp đảm bảo các chức năng, gia tăng sự tham gia các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, trở lại công việc và hạn chế tàn tật.
- Giáo viên giáo dục đặc biệt: dạy kiến thức, kỹ năng sống, giúp người khuyết tật tái hòa nhập và tham gia vào hoạt động nhóm/hoạt động xã hội.
- Chuyên viên tâm lý: chăm sóc các khía cạnh sức khỏe tinh thần – tâm lý
- Kỹ sư: quan tâm – hiệu chỉnh – tư vấn xây dựng nhà cửa - cơ sở vật chất – trang bị phù hợp với người bệnh – người khuyết tật
- Gia đình: là nguồn lực rất quan trọng để đảm bảo chăm sóc liên tục
- Dược sĩ: quản lý – cung cấp các vật tư tiêu hao - thuốc

1.2. Quản lý đồng thời nhiều than phiền, nhiều bệnh lý, nhiều vấn đề sức khỏe của người bệnh cả cấp tính và mãn tính:

- Bệnh cấp tính: tiêu chảy, ho, khó thở
- Bệnh mãn tính: suy tim, suy thận, giảm nhận thức
- Tai biến – di chứng: yếu liệt tay – chân, mất chi
- Tâm lý – xã hội, tái hòa nhập xã hội
- Yếu tố nguy cơ: môi trường sống – làm việc, nguy cơ tai nạn

1.3. Kiến tạo sức khỏe bằng cách sử dụng chiến lược phù hợp về giáo dục sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật.

Kế hoạch can thiệp cần lưu ý:

- Hướng đến sức khỏe, không chỉ là bệnh tật
- Nội dung can thiệp bao gồm dùng thuốc – không dùng thuốc
- Xây dựng thói quen, môi trường sống tốt
- Kêu gọi sự tham gia của người bệnh - gia đình, huy động các nguồn lực xã hội khác vì lợi ích của người bệnh
- Các can thiệp hướng đến nâng cao chất lượng cuộc sống

1.4. Quản lý và lồng ghép giáo dục nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, chăm sóc và giảm nhẹ, và phục hồi chức năng.

Can thiệp dự phòng ở 5 cấp độ (từ 0 đến 4)

- Dự phòng loại trừ yếu tố nguy cơ (cấp 0), không để yếu tố nguy cơ hiện diện: diệt muỗi, diệt ruồi, xây nhà vệ sinh, không để vật dụng nhọn có nguy cơ trong nhà,...

- Dự phòng tránh nguy cơ chuyển thành bệnh (cấp 1), ở giai đoạn này người bệnh đã có yếu tố nguy cơ nhưng chưa có bệnh: kiểm soát thiếu máu, loãng xương, chống loét ti đề, chống suy kiệt do ăn uống kém
- Chẩn đoán sớm, điều trị hiệu quả (cấp 2): khi cơ thể đã mắc bệnh, chúng ta cần chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả - kịp thời
- Phòng ngừa biến chứng – di chứng – tái hòa nhập xã hội – phục hồi chức năng (cấp 3), ở giai đoạn này, người bệnh đã hết bệnh và cần có những can thiệp để bình phục, lấy lại sức khỏe và sớm trở về cuộc sống bình thường
- Tránh can thiệp y khoa không cần thiết (cấp 4), vai trò của bác sĩ gia đình trong việc bảo vệ người bệnh tránh các can thiệp y khoa không vì lợi ích của người bệnh.

2. Đánh giá nhu cầu và đặc trưng của người bệnh

Người bệnh đến một giai đoạn nhất định sẽ cần đến các hỗ trợ - can thiệp chăm sóc chuyên biệt. Do vậy, ở bước đầu tiên chúng ta cần xác định các nhu cầu cụ thể của người bệnh, từ đó xác định các hình thức can thiệp, huy động các nguồn lực phù hợp với bối cảnh của người bệnh. Để cụ thể hóa các nhu cầu, một số gợi ý sau có thể sử dụng:

- Người bệnh có vấn đề sức khỏe về thể chất? về tâm lý - tinh thần? và quan hệ xã hội? về tín ngưỡng – niềm tin?
- Vấn đề sức khỏe hiện nay mang tính chất cấp tính, nhất thời, sẽ hết hay kéo dài mạn tính, không thể hết (di tật, khuyết tật)?
- Vấn đề sức khỏe – bệnh hiện nay có nguy hiểm, có cần phải can thiệp khẩn cấp (hóc dị vật đường thở, xuất huyết, chấn thương té ngã...)?
- Người bệnh có cần trợ giúp cho các sinh hoạt hằng ngày (ăn uống, vệ sinh, di chuyển, xử lý các tình huống thông thường tại nơi sinh sống...)?
- Người bệnh có cần có người theo dõi quan sát thường xuyên (động kinh, tâm thần, lẫn-mất trí nhớ, cai nghiện,...)?
- Gia đình có thể hỗ trợ gì cho người bệnh? Nguồn tài chính, nguồn quỹ thời gian, người chăm sóc nào có thể sử dụng cho người bệnh?
- Đối với tình trạng hiện nay, người bệnh và gia đình có thể tự chăm sóc tại nhà hay là cần đến sự hỗ trợ của người bên ngoài? Có cần chuyên viên xã hội - nhân viên y tế?
- Người bệnh có cần phải được chăm sóc liên tục – theo dõi liên tục tại đơn vị y tế? có cần thiết phải đến các trung tâm chăm sóc tập trung - phải nhập viện?

Dựa trên thông tin thu thập về nhu cầu chăm sóc sức khỏe và các nguồn lực hiện có, người bệnh và gia đình có thể lựa chọn giải pháp riêng. Trong trường hợp không đủ thông tin, khó khăn trong quyết định, gia đình có thể tham khảo ý kiến thêm của các chuyên viên xã hội – nhân viên y tế, những người có kiến thức chuyên môn phù hợp. Bác sĩ gia đình với vai trò quản lý sức khỏe liên tục, có thể hỗ trợ gia đình và người bệnh xây dựng kế hoạch chăm sóc, giới thiệu các nguồn lực – nhân viên y tế có thể giúp đỡ người bệnh và gia đình đưa ra quyết định phù hợp.

3. Sử dụng các nguồn lực

Các nguồn lực hỗ trợ cho sức khỏe luôn hiện diện xung quanh ta. Việc nhận diện và huy động các nguồn lực tại thời điểm phù hợp, phục vụ cho nhu cầu sức khỏe phù hợp là quan trọng

3.1. Nguồn lực gia đình – bạn bè

Gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và hàng xóm xung quanh là mạng lưới hỗ trợ quan trọng đầu tiên dành cho người bệnh. Đây là những người gần gũi, có nhiều tương tác – quan tâm đến người bệnh, dễ dàng huy động và nhanh chóng khi cần. Mạng lưới này góp phần quan trọng chống lại tàn tật, stress – trầm cảm, cải thiện được chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Đối với hầu hết các nhu cầu sinh hoạt hằng ngày như ăn – uống – vệ sinh – giải trí – làm việc – dùng thuốc, gia đình và người thân (bao gồm vợ - chồng, ba – mẹ, anh chị em, con cái ...) là những người đầu tiên có thể được huy động để giúp người bệnh. Việc giúp đỡ này không những giải quyết được yêu cầu cụ thể, nó còn giúp người bệnh có được niềm tin – nghị lực để khôi phục sức khỏe, chống lại tình trạng trầm cảm – buồn phiền – stress vốn thường nặng nề ở người bị giới hạn chức năng cơ thể. Do vậy, chúng ta cần giải thích, tạo sự thoải mái cho người bệnh trong việc đưa ra yêu cầu trợ giúp khi cần.

Đối với gia đình, chúng ta cần nhấn mạnh vai trò quan trọng của họ trong tiến trình chăm sóc. Thiếu nguồn lực này, tất cả các chăm sóc y khoa sẽ không có hiệu quả, chi phí chăm sóc tăng cao không hợp lý và vượt quá khả năng của người bệnh, nguy cơ xuất hiện biến chứng sức khỏe sẽ tăng cao.

Đối với bạn bè, hàng xóm xung quanh, người bệnh có thể nhờ đến sự giúp đỡ trong các hoạt động vượt khỏi khuôn viên của gia đình: nhờ mua đồ, khiêng vác vật nặng từ ngoài, đi chợ giùm, cùng tham gia hội nhóm tại nơi sinh sống – khu phố... Các yêu cầu trợ giúp này chính là những tương tác giữa người bệnh và xung quanh, giúp củng cố các mối quan hệ, góp phần giúp tái hòa nhập cuộc sống

3.2. Câu lạc bộ

Câu lạc bộ người bệnh, hội những người có cùng vấn đề sức khỏe – tàn tật là một trong số các nguồn lực quan trọng nhưng lại thường bị lãng quên. Các câu lạc bộ này có thể hình thành tự phát hoặc trong khuôn khổ một hoạt động xã hội được tổ chức bài bản – hệ thống (bệnh viện có các câu lạc bộ người bệnh bị suy tim – đái tháo đường – ung thư, các hội – tổ chức xã hội có các câu lạc bộ theo chủ đề, khu phố có hội người tập thể dục – hoạt động chung...)

Các hội – nhóm – câu lạc bộ giúp đỡ cho thành viên thông qua việc cung cấp các tương tác, trao đổi thông tin – kinh nghiệm, giúp đỡ lẫn nhau và đôi khi có thể chia sẻ các nguồn lực riêng cho nhóm. Các thông tin kinh nghiệm về tự chăm sóc là quan trọng cho người bệnh vì tính thực tế, chuyên biệt bối cảnh của địa phương và có sự tham gia chủ động từ bản thân người bệnh và các thành viên. Các hoạt động của nhóm còn giúp nuôi dưỡng tinh thần trách nhiệm, củng cố trách nhiệm, tạo điều kiện cho người bệnh tự chủ - tự quyết và tham gia chủ động vào tiến trình điều trị - chăm sóc của cá nhân giúp nhanh chóng hòa nhập lại cuộc sống và xã hội.

Thông thường, các nhóm – câu lạc bộ sẽ sử dụng được một số nguồn lực riêng của họ mà nhân viên y tế không có. Các giải pháp và hỗ trợ của nhóm cũng thường có chi phí hợp lý và dễ triển khai hơn các can thiệp y khoa (chi phí sẽ cao nếu yêu cầu điều dưỡng, bác sĩ đến chăm sóc). Với sự phổ biến của các thiết bị kỹ thuật số kết nối internet, các mạng xã hội được phát triển đa dạng với nhiều hình thức tương tác, một số hội – câu lạc bộ được hình thành trực tuyến. Đây cũng là một nguồn lực quan trọng có sẵn để sử dụng. Ví dụ như việc lấy ý kiến về chế độ ăn, cách theo dõi chăm sóc người yếu liệt... có thể tham khảo tại các diễn đàn, trang web, facebook,

youtube... thông tin này có thể được tham khảo bất kể thời điểm nào, ngay khi cần và hầu như là miễn phí. Do vậy, người bệnh và gia đình cần biết và vận dụng lợi ích đến từ các hội – câu lạc bộ này để phục vụ cho kế hoạch điều trị riêng.

3.3.Nguồn lực cộng đồng

Nguồn lực cộng đồng là rất lớn bao gồm các dịch vụ xã hội, các cơ quan chính quyền địa phương, các hội nhóm xã hội cung cấp dịch vụ - hoạt động có thể có ích cho người bệnh. Bác sĩ và nhân viên y tế cần quan tâm đánh giá, lồng ghép việc huy động các nguồn lực này vào trong kế hoạch can thiệp, giới thiệu và hướng dẫn cách huy động nguồn lực này giúp cho người bệnh. Một số nguồn lực ví dụ:

- Hội người cao tuổi, hội phụ nữ, hội cựu chiến binh,
- Chùa, nhà thờ, viện thiện
- Siêu thị, chợ, cửa hàng nhu yếu phẩm (giúp mua hàng và vận chuyển đến nhà)
- Dịch vụ sửa chữa - bảo trì cho thiết bị máy móc trong gia đình
- Dịch vụ cung ứng trang thiết bị - vật dụng – vật tư liên quan đến chăm sóc
- Nơi giới thiệu việc làm, nơi đào tạo nghề
- Công viên, hồ bơi, trung tâm giải trí

3.4.Nguồn lực chuyên môn

Nguồn lực chuyên môn sẽ bao gồm những dịch vụ có tính chuyên nghiệp – chuyên sâu về lĩnh vực y khoa, phục hồi chức năng, được huy động để giải quyết những vấn đề cụ thể về sức khỏe, vốn chưa được thực hiện tốt bởi gia đình, người thân và các nguồn lực xã hội khác. Một số nguồn lực y tế như sau:

- Đơn vị y tế: trạm y tế, phòng khám, bệnh viện
- Dịch vụ cấp cứu: trung tâm cấp cứu, vận chuyển bệnh, hội chữ thập đỏ
- Dịch vụ khám - chăm sóc tại nhà: bác sĩ gia đình, điều dưỡng gia đình
- Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu...)
- Dịch vụ dược (nhà thuốc), vật tư y tế, thiết bị y tế
- Nhà dưỡng lão – nghỉ dưỡng, nơi chăm sóc tập trung
- Trung tâm chăm sóc người khuyết tật, khiếm khuyết

4.Kết luận

Chăm sóc sức khỏe là tiến trình phức tạp, việc huy động tổng hợp nhiều nguồn lực khác nhau giúp đáp ứng các khía cạnh khác nhau về nhu cầu sinh sống – học tập – lao động và hồi phục sức khỏe. Các nguồn lực cần được nêu ra trong kế hoạch can thiệp, được xây dựng bởi nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp, có sự tham gia trao đổi - quyết định từ phía người bệnh. Mỗi nguồn lực sẽ có điểm mạnh riêng, đáp ứng nhu cầu riêng. Hướng đến chất lượng cuộc sống cao nhất, chúng ta cần nắm bắt và vận dụng linh hoạt các nguồn lực có sẵn tại nơi người bệnh sinh sống; cần xem đây là kỹ năng cần phát triển cho nhân viên y tế; cần cung cấp thông tin và hướng dẫn cho người bệnh và gia đình.

V.CHĂM SÓC LIÊN NGÀNH

1.Tổng quan

Chăm sóc liên ngành trong y khoa là phạm trù thể hiện sự mô hình chăm sóc có phối hợp – làm việc chung của nhiều thành viên đến từ nhiều lĩnh vực chuyên ngành khác nhau có liên quan đến sức khỏe nhằm đạt được mục tiêu chung. Mô hình này được triển khai trong nhiều bối cảnh khác nhau như: bệnh viện, phòng khám đa khoa, trạm y tế, đơn vị chăm sóc tập trung, chăm sóc tại nhà người bệnh.

Mô hình chăm sóc liên ngành chính là giải pháp của hệ thống y tế hiện nay và tương lai. Do kiến thức của y khoa hiện rất phong phú, không ai có thể biết hết. Do yêu cầu ngày càng cao của người dân về chất lượng chăm sóc y khoa trong đó người bệnh cần là trung tâm của tiến trình điều trị mà các lĩnh vực – chuyên ngành cần được huy động để phục vụ cùng phối hợp, cùng thời điểm, cùng người bệnh trong thể thống nhất.

2. Vì sao quan trọng đối với người bệnh

Mô hình này dựa trên định đề là chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh sẽ được tối ưu khi mà có nhiều nhân viên y tế cùng phối hợp làm việc. Với sự tham gia từ nhiều lĩnh vực – chuyên ngành, trên mỗi tình huống thực tế, mỗi thành viên của ê kíp chăm sóc sẽ có những kinh nghiệm, đánh giá, nhận định và đề xuất giải pháp can thiệp khác nhau. Việc chia sẻ các thông tin này giúp hoàn thiện cho kế hoạch chăm sóc, đáp ứng toàn vẹn tất cả các khía cạnh của nhu cầu sức khỏe toàn diện của người bệnh cụ thể.

Một số ưu điểm của mô hình chăm sóc liên ngành:

- Cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh: chăm sóc liên ngành giúp cải thiện kết quả điều trị bao gồm rút ngắn thời gian nằm viện, giảm thiểu biến chứng liên quan đến y khoa, cải thiện chất lượng cuộc sống. Các khía cạnh thể chất – tinh thần – xã hội – tâm linh của sức khỏe toàn diện được đánh giá đúng và can thiệp đầy đủ.
- Cải thiện sự trao đổi và phối hợp trong tiến trình chăm sóc: các nhân viên y tế từ các lĩnh vực khác nhau sẽ cùng làm việc chung trên một người bệnh cụ thể. Họ cần trao đổi thông tin với nhau, chia sẻ các nhận định của bản thân về tình trạng của người bệnh, đưa ra các mục tiêu của lĩnh vực chuyên ngành. Các hoạt động này giúp có sự dung hòa các mục tiêu điều trị và hoàn thiện tiến trình chăm sóc người bệnh.
- Đảm bảo việc chăm sóc có lấy người bệnh làm trung tâm. Ê kíp chăm sóc đa ngành hơn ai hết có thể hiểu một cách toàn diện về nhiều khía cạnh của sức khỏe toàn diện (tâm – sinh – thể – tâm linh), biết được các quan điểm – kỳ vọng của người bệnh. Người bệnh được đặt ở trung tâm của quá trình điều trị, trong đó các chuyên ngành được huy động cùng làm việc chung, cùng xây dựng chung kế hoạch điều trị. Như vậy việc phối hợp cho phép sử dụng được kinh nghiệm – năng lực – sự dung hòa của tất cả các lĩnh vực vì người bệnh cụ thể.
- Tăng hiệu quả và hợp lý hóa chi phí: ê kíp chăm sóc đa ngành có thể nhận định và đưa ra kế hoạch chăm sóc một cách toàn diện và hiệu quả hơn bất kỳ một cá nhân nào. Với cách nhìn đa chiều, thông tin đánh giá sẽ toàn diện, điều này giúp cho các hoạt động can thiệp sẽ được lựa chọn dựa vào nhiều tiêu chí về mục tiêu, mức độ ưu tiên, mức độ hiệu quả, tránh các hoạt động trùng lặp, lựa chọn chi phí hợp lý và thời điểm phù hợp.
- Nâng cao sự hài lòng của nhân viên y tế đối với công việc của họ. Việc làm việc trong bối cảnh ê kíp, có sự trao đổi – thông tin – chia sẻ kinh nghiệm giúp nhân viên y tế nâng cao chuyên môn từ các chuyên ngành khác nhau. Bác sĩ sẽ hiểu hơn về công việc chăm sóc và các mục tiêu hướng đến của điều dưỡng, hiểu được vai trò quan trọng cần triển khai hoạt động phục hồi chức năng, lồng ghép được các yếu tố chăm sóc sức khỏe tinh

thần được thực hiện bởi chuyên viên tâm lý... Khối lượng công việc sẽ được chia sẻ giữa các thành viên của ê kíp.

3. Cách thức thực hiện mô hình chăm sóc liên ngành

Để thực hiện mô hình chăm sóc đa ngành, người bệnh và gia đình cần có sự hỗ trợ của một nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp để đánh giá, xây dựng kế hoạch chăm sóc và huy động các nguồn lực đa ngành. Thông thường, bác sĩ gia đình là người thực hiện phần việc này. Một số điểm cần lưu ý khi triển khai:

- Cùng nhau xây dựng mục tiêu điều trị. Bước đầu tiên là các thành viên của ê kíp chăm sóc đa ngành cần đánh giá, trao đổi và cùng xác định mục tiêu điều trị trên người bệnh cụ thể. Các mục tiêu này cũng cần phải có ý kiến từ phía người bệnh và gia đình, đây chính là đặc điểm chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.
- Xác định thành viên thuộc chuyên ngành – lĩnh vực nào sẽ cùng tham gia vào việc điều trị. Với mục tiêu điều trị đã thống nhất, chúng ta cần xác định các nguồn lực nào cần được huy động, trong đó sẽ bao gồm: người bệnh, người thân – người xung quanh, nhân viên xã hội, nhân viên y tế.
- Thực hiện giao tiếp hiệu quả giữa các thành viên trong ê kíp can thiệp. Các hoạt động giao tiếp này có thể thông qua bệnh án – sổ ghi chép, điện thoại – nhắn tin, buổi họp định kỳ hoặc theo nhu cầu. Các thành viên cần có kỹ năng giao tiếp, thể hiện sự tôn trọng và lắng nghe các ý kiến – nhận định của các chuyên ngành khác.
- Tổ chức tập huấn – trao đổi chia sẻ kinh nghiệm trong thực hiện chăm sóc liên ngành. Các kỹ năng cần lưu ý phát triển bao gồm khả năng làm việc nhóm, giao tiếp hiệu quả trong nhóm, đánh giá sức khỏe toàn diện, lập kế hoạch chăm sóc tổng thể, lấy người bệnh làm trung tâm.
- Xây dựng môi trường làm việc chuyên nghiệp, hỗ trợ cho các thành viên trong ê kíp có điều kiện tham gia, trao đổi, phối hợp, sử dụng các nguồn lực của ê kíp, được thể hiện vai trò trong kế hoạch chăm sóc người bệnh.
- Đánh giá và hoàn thiện thêm mô hình hoạt động liên ngành thông qua trao đổi – góp ý của các thành viên trong ê kíp chăm sóc.

4. Kết luận

Với cách thức cùng nhau làm việc theo mô hình chăm sóc liên ngành, các thành viên chuyên môn trong ê kíp có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng tốt nhất cho người bệnh. Việc tham gia cho ý kiến đánh giá, kinh nghiệm đa ngành giúp cho kế hoạch chăm sóc được toàn diện, có sự cân bằng giữa các mục tiêu điều trị và sự phối hợp giữa các hoạt động chăm sóc. Điều này đảm bảo đáp ứng hiệu quả các kỳ vọng của người bệnh.

VI. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

1. Định nghĩa và phạm vi của chăm sóc giảm nhẹ

Chăm sóc giảm nhẹ là chuyên ngành chăm sóc, điều trị vận dụng những tiến bộ tốt nhất hiện có nhằm giúp ngăn ngừa và giảm nhẹ các đau khổ về thể chất, tinh thần, xã hội, hay tâm linh - mà người bệnh đang phải chịu đựng.

Đây là quá trình chăm sóc trong đó người bệnh là mối quan tâm trung tâm. Các nguồn lực khác bao gồm chuyên viên xã hội, chuyên viên vật lý trị liệu, điều dưỡng, bác sĩ và những người

khác cùng đồng hành với người bệnh và gia đình người bệnh trong toàn bộ quá trình diễn biến của bệnh. Với sự tham gia của nhiều chuyên môn, mỗi nguồn lực sẽ hỗ trợ người bệnh ở các khía cạnh khác nhau cùng hướng đến cuộc sống có chất lượng kể cả giai đoạn cuối đời. Các hoạt động này được thực hiện tại các cơ sở chăm sóc tập trung hoặc ở nơi người bệnh sinh sống, tương ứng với từng mô hình sẽ phải sử dụng các kỹ thuật phù hợp.

2. Các đặc điểm chính của chăm sóc giảm nhẹ

Nghĩa vụ đạo đức của chúng ta là làm giảm bớt khổ đau về thể chất, tinh thần hay xã hội (là các khía cạnh của sức khỏe toàn diện)...bất kể bệnh, khiếm khuyết có thể được chữa khỏi hay không.

Chăm sóc giảm nhẹ đều có ích cho người bệnh ở bất kỳ giai đoạn bệnh-tật. Do tính chất của đau khổ - bệnh - tật có tính chuyên biệt cho từng người bệnh, từng bối cảnh văn hóa, kinh tế, xã hội, địa điểm, nguồn lực ... do vậy kế hoạch chăm sóc cần được xây dựng chuyên biệt và phù hợp cho từng người bệnh.

Chúng ta cần đánh giá và tôn trọng các giá trị riêng của mỗi người bệnh: quan điểm, nhận định về cuộc sống, cơ thể, giới tính, các giai đoạn phát triển theo tuổi tác (điều này có ý nghĩa quan trọng ở trẻ em), văn hóa, xã hội, đạo đức, tâm linh

Chăm sóc giảm nhẹ có thể được áp dụng sớm hoặc ở bất kỳ giai đoạn bệnh tật khi mà người bệnh có nhu cầu cần được chăm sóc, song hành cùng các biện pháp điều trị khác, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống.

Chăm sóc giảm nhẹ có thể được áp dụng cho những người bị khiếm khuyết – tàn tật bẩm sinh hoặc do di chứng – có những vấn đề về thể chất, tâm lý, xã hội hay tâm linh. Chăm sóc giảm nhẹ không chỉ dành riêng cho cho người bệnh ung thư;

Không được cố ý đẩy nhanh cái chết của người bệnh bằng các can thiệp chủ ý;

Các thành viên của ê kíp chăm sóc nên bao gồm nhiều lĩnh vực: bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý, người hỗ trợ tâm linh, nhân viên y tế cộng đồng, tình nguyện viên và những người khác. Các thành viên này cần được đào tạo đầy đủ về chăm sóc giảm nhẹ.

3. Các nguyên tắc y đức

3.1. Không làm hại

Người chăm sóc có nghĩa vụ không bao giờ làm hại người bệnh, phải bảo vệ người bệnh khỏi mọi loại tổn hại, bao gồm cả những tổn hại có thể gây ra bởi các phương pháp điều trị y tế không phù hợp cũng như bởi sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

3.2. Làm điều có lợi

Người chăm sóc có nghĩa vụ làm việc vì lợi ích của người bệnh.

4. Tôn trọng quyền tự ra quyết định

Người bệnh hoặc gia đình người bệnh có quyền được thông báo về chẩn đoán, diễn tiến điều trị và tiên lượng nếu họ mong muốn, được thảo luận với ê kíp chăm sóc về các mục tiêu chăm sóc.

4.1. Công bằng

Người chăm sóc có nghĩa vụ bảo vệ người bệnh khỏi những bất công như từ chối chăm sóc, chăm sóc không phù hợp, lạm dụng thể chất hoặc tâm lý, phân biệt đối xử hoặc bị bỏ rơi.

4.2. Không bỏ rơi

Người bệnh không bao giờ bị bỏ rơi ngay cả khi những điều trị thay đổi diễn tiến bệnh không còn có lợi hoặc khi người bệnh không còn mong muốn các điều trị này. Chăm sóc giảm nhẹ phải luôn luôn có sẵn như là một phương cách chăm sóc bổ sung hoặc thay thế cho các điều trị thay đổi diễn tiến bệnh.

4.3. Nguyên tắc hệ quả kép

Bất kỳ phương pháp điều trị nào cũng có thể gây ra tác dụng xấu. Nếu người bệnh yêu cầu, các biện pháp can thiệp hoàn toàn vì mục đích mang lại lợi ích cho người bệnh có thể được sử dụng ngay cả khi có thể đi kèm với các rủi ro không chủ ý gây ra.

Nguyên tắc này thường được sử dụng để xác định phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh mắc bệnh nặng giai đoạn cuối khi đứng trước bất kỳ điều trị nào có nguy cơ đem lại tác dụng không mong muốn. Ví dụ, một người bệnh ung thư giai đoạn cuối đời muốn cảm thấy dễ chịu và đang chịu đựng đau đớn hoặc khó thở nhiều, chúng ta có thể điều trị bằng opioid ở bất kỳ liều nào cần thiết để đảm bảo sự thoải mái, ngay cả khi thuốc có thể có nguy cơ gây an thần, hạ huyết áp và ức chế hô hấp.

Có 4 điều kiện để áp dụng nguyên tắc hiệu ứng hệ quả kép:

- Bản thân việc điều trị không trái với đạo đức;
- Mục đích duy nhất của việc điều trị là tạo ra tác dụng tốt, như giảm đau và xoa dịu nỗi đau cho người bệnh mắc bệnh nặng, nguy kịch;
- Tác động xấu ngoài ý muốn của điều trị (như gây tử vong) không được coi là phương tiện để đạt được hiệu ứng tốt (như đạt được sự thoải mái);
- Một liệu pháp điều trị có thể có tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, ngoài ý muốn (như tử vong) chỉ nên được cân nhắc khi có một lý do quan trọng tương xứng, ví dụ như để giảm bớt đau khổ mức độ nặng của một người bệnh sắp tử vong. Nói cách khác, lợi ích tiềm năng phải lớn hơn những tác động xấu tiềm ẩn.

5. Tiếp cận người bệnh cần đến chăm sóc giảm nhẹ

Khổ đau do các triệu chứng về thể chất, tâm lý, xã hội và tâm linh rất phổ biến ở người bệnh ung thư, người khiếm tật, người bị di chứng và các bệnh nghiêm trọng khác.

Các triệu chứng về thể chất và tâm lý có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh và có thể do bệnh hoặc do tác dụng không mong muốn của điều trị gây ra.

Nhiều triệu chứng (đau, khó thở, buồn nôn, lo âu) mang tính chủ quan. Do đó tính chất cũng như mức độ trầm trọng của các triệu chứng này cần được đánh giá thông qua người bệnh. Nhân viên y tế nên tin tưởng những gì người bệnh nói.

5.1.Đánh giá triệu chứng

Các vấn đề sức khỏe của người bệnh nên được thực hiện tại thời điểm chẩn đoán và thường xuyên trong quá trình chăm sóc. Việc khai thác thông tin, thăm hỏi bệnh sẽ giúp đánh giá được mức độ nặng của triệu chứng bằng các dấu chứng khách quan và cả cảm nhận chủ quan của người bệnh.

Đối với những tình huống người bệnh không thể giao tiếp rõ ràng như ở trẻ em chưa biết nói và người lớn bị suy giảm nhận thức, chúng ta có thể dựa vào nhận xét từ phía người thân chăm sóc người bệnh. Một số dấu chứng giúp gợi ý mức độ như nhăn nhó, rên rỉ, kích động, gồng người, hoặc thở co kéo.

Bất kỳ triệu chứng gây khó chịu nào cũng cần được điều trị tích cực và kỹ lưỡng đúng mức để đạt được mức độ thoải mái và chất lượng cuộc sống chấp nhận được cho người bệnh.

5.2.Giảm triệu chứng

Việc điều trị triệu chứng là một phần giúp nâng cao chất lượng cuộc sống. Về cơ bản, giải pháp điều trị dứt bệnh là quan trọng nhất giúp cải thiện triệu chứng (như liệu pháp kháng nấm trong điều trị viêm thực quản do Candida hoặc xạ trị cho người bệnh ung thư). Tuy nhiên, các triệu chứng nên được điều trị giảm nhẹ trực tiếp cho đến khi các phương pháp điều trị bệnh cụ thể có hiệu quả.

5.3.Đau khổ về xã hội

Khía cạnh sức khỏe xã hội cũng cần được quan tâm. Những vấn đề này thường đi kèm với người bệnh – người khuyết tật: vô gia cư, thiếu lương thực, thiếu phương tiện đi lại, thiếu tiền, bị kỳ thị, không việc làm, không người thân. Các yếu tố này càng làm nặng thêm tình trạng sức khỏe hiện tại, ảnh hưởng khả năng được chăm sóc phù hợp. Các vấn đề này nên được đánh giá cẩn thận và cần có kế hoạch chăm sóc phù hợp.

5.4.Quyền của người bệnh

Kế hoạch chăm sóc phải dựa vào hiểu biết về các giá trị riêng của người bệnh, có mục tiêu chăm sóc phù hợp (được thảo luận giữa người bệnh và ê kíp cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe). Trong đó, người bệnh (nếu điều kiện nhận thức của người bệnh cho phép) và gia đình có quyền được tiếp cận với thông tin về chẩn đoán, diễn tiến điều trị và tiên lượng về tình trạng sức khỏe của bản thân, các mục tiêu điều trị. Tuy nhiên việc này cần được thực hiện theo mong muốn của người bệnh và ở thời điểm phù hợp.

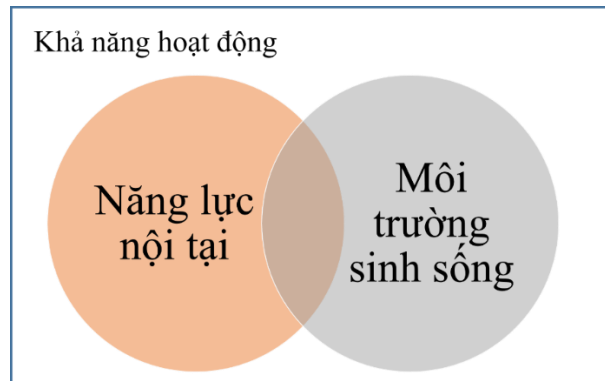
CHƯƠNG 2: CÁC LOẠI HÌNH HỖ TRỢ CHĂM SÓC VÀ CAN THIỆP TẠI CÁC TRUNG TÂM

I. GIÀ HÓA KHỎE MẠNH

1. Khái niệm già hóa khỏe mạnh

Chăm sóc sức khỏe cho người già có thể giúp họ tiếp tục đóng góp nhiều hơn, trước hết là đóng góp cho gia đình, cho cộng đồng hoặc rộng hơn là cho xã hội. Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra khái niệm “già hóa khỏe mạnh”, trong đó xác định mục tiêu của sự già hóa khỏe mạnh là giúp mọi người xây dựng và duy trì khả năng hoạt động, từ đó có được sự thoải mái.

Khả năng hoạt động được định nghĩa là các thuộc tính liên quan đến sức khỏe của một người cho phép người đó trở thành và làm những gì họ thấy có giá trị. Khả năng hoạt động của một cá nhân bao gồm 3 thành phần: năng lực nội tại của cá nhân, môi trường xung quanh và sự tương tác giữa môi trường và cá nhân.



Trong đó, năng lực nội tại là sự kết hợp giữa năng lực thể chất và tinh thần của một cá nhân, bao gồm cả năng lực tâm lý. Khả năng hoạt động là sự kết hợp và tương tác của năng lực nội tại với môi trường mà người đó sinh sống. Việc khôi phục lại năng lực nội tại là mục tiêu hướng đến của chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

Khái niệm về sự già hóa khỏe mạnh này tạo ra một xu hướng mới về chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi, đó là tập trung vào việc tối ưu hóa năng lực nội tại và khả năng hoạt động của con người khi họ già đi. Như vậy mục tiêu của chăm sóc sức khỏe người cao tuổi là “Củng cố và duy trì khả năng hoạt động của cá nhân để họ có thể có một cuộc sống hạnh phúc ở tuổi già”..

2. Khái niệm năng lực nội tại và khả năng hoạt động

Năng lực nội tại bao gồm tất cả các năng lực tinh thần và thể chất mà một người có thể dựa vào và bao gồm khả năng đi lại, suy nghĩ, nhìn, nghe và ghi nhớ. Mức độ năng lực nội tại bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố như sự hiện diện của bệnh tật, chấn thương và những thay đổi liên quan đến tuổi tác.



Các chức năng nội tại của người cao tuổi (trích từ tài liệu ICOPE chăm sóc tích hợp dành cho người cao tuổi)

Đối với khả năng hoạt động, việc đánh giá cần bao gồm các yếu tố môi trường sinh sống: gia đình, cộng đồng và xã hội rộng lớn hơn, và tất cả các yếu tố bên trong đó như con người và các mối quan hệ của họ, thái độ và giá trị, chính sách y tế và xã hội, hệ thống hỗ trợ và các dịch vụ y tế và xã hội.

Đối với hệ thống y tế, chìa khóa để hỗ trợ già hóa khỏe mạnh cho tất cả mọi người là tối ưu hóa khả năng hoạt động và năng lực nội tại của họ, mặc dù quá trình già hóa khiến năng lực nội tại giảm dần.

Nếu năng lực nội tại được đánh giá và quản lý kịp thời, người cao tuổi sẽ duy trì được khả năng nội tại để đảm bảo được các sinh hoạt hằng ngày, từ đó ít hoặc chậm lệ thuộc vào sự chăm sóc của người khác.

Nhân viên y tế, nhân viên xã hội ở tuyến cơ sở và cả gia đình có thể xác định người cao tuổi bị suy giảm khả năng hoạt động, đồng thời có thể can thiệp sớm – phù hợp nhằm đảo ngược hoặc làm chậm quá trình già hóa.

Các vấn đề do sự suy giảm năng lực nội tại liên quan mật thiết với nhau và do đó cần có phương pháp tích hợp nhiều nguồn lực và việc can thiệp cần lấy người bệnh – người cao tuổi làm trung tâm.

3. Sàng lọc vấn đề năng lực nội tại

Việc xác định sớm các vấn đề liên quan đến suy giảm năng lực nội tại tạo cơ hội can thiệp sớm nhằm làm chậm, ngăn chặn hoặc đảo ngược sự suy giảm đó. Nhân viên y tế tại cơ sở y tế, nhân viên xã hội và gia đình có thể theo dõi, phát hiện các vấn đề này thông qua việc sử dụng các công cụ đánh giá nhanh, đơn giản. Việc theo dõi liên tục giúp đánh giá nhiều lần, từ đó giúp phát hiện những thay đổi bất thường, phát hiện sớm sự thay đổi nhiều hơn dự kiến, từ đó đưa ra các can thiệp cụ thể sớm trước khi người bệnh mất khả năng hoạt động.

Bằng cách này, các can thiệp được đưa ra tại cộng đồng có thể ngăn chặn một người rơi vào tình trạng quá yếu hoặc không thể tự chăm sóc bản thân. Công cụ sàng lọc năng lực nội tại đơn giản và có thể thực hiện bởi gia đình, người chăm sóc và nhân viên y tế tại cộng đồng.

	Các hoạt động kiểm tra	Đánh giá
Suy giảm nhận thức		
	1. Yêu cầu ghi nhớ 3 từ ngẫu nhiên: hoa, cửa, gạo (ví dụ) 2. Yêu cầu xác định thời gian và không gian: Hôm nay là ngày bao nhiêu? Ông/bà đang ở đâu (nhà, phòng khám,...)? 3. Yêu cầu lặp lại 3 từ đã nêu vừa rồi?	Mức 1: Trả lời sai hoặc không biết Mức 2: Không thể nhớ được cả 3 từ
Suy giảm vận động		
	Bài kiểm tra đứng lên ngồi xuống: Đứng lên ngồi xuống ghế 5 lần mà không cần dùng tay? Người đó có đứng lên ngồi xuống 5 lần trong vòng 14 giây được không?	Không thực hiện được
Suy dinh dưỡng		
	1. Sụt cân: Ông/bà có bị giảm nhiều hơn 3kg mà không rõ lý do trong vòng 3 tháng qua không?	Có dấu hiệu
	2. Mất cảm giác ngon miệng: Ông/bà có bị mất cảm giác ngon miệng không?	Có dấu hiệu
Suy giảm thị lực		
	Ông/bà có vấn đề nào về mắt: khó nhìn xa, khó đọc sách báo, mắt bệnh về mắt hoặc hiện đang điều trị các bệnh khác (ví dụ: đái tháo đường, tăng huyết áp)?	Có vấn đề
Suy giảm thính lực		
	Nghe giọng nói thầm (bài kiểm tra nói thầm), hoặc Bài kiểm tra đo thính lực cho kết quả dưới 35 dB hoặc Vượt qua bài kiểm tra đọc số dựa trên ứng dụng tự động	Có vấn đề
Các triệu chứng trầm cảm		
	Trong 2 tuần qua, ông/bà có phiền muộn bởi: – cảm thấy buồn, chán nản, vô vọng?	Có dấu hiệu
	– không có hứng thú hay niềm vui khi làm việc?	Có dấu hiệu

Đây là công cụ sàng lọc, đánh giá ban đầu. Khi ghi nhận có dấu hiệu bất thường, người cao tuổi, người bệnh cần được nhân viên y tế, nhân viên xã hội (được đào tạo) đánh giá chuyên sâu thêm để có thể ghi nhận mức độ và xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp.

4. Vai trò của môi trường

Để hỗ trợ quá trình già hóa một cách năng động, môi trường xã hội cần thân thiện với người cao tuổi, áp dụng các tiến bộ và công nghệ hiện hành. Đây là yếu tố đặc biệt quan trọng khi con người về già và gặp những khó khăn, hạn chế về năng lực nội tại có thể có sự trợ giúp phù hợp để tiếp tục duy trì hoạt động hằng ngày.

Gia đình hỗ trợ các nguồn lực khác nhau bao gồm tài chính, chăm sóc cho phép thực hiện quá trình già hóa ngay tại nhà, nơi họ sinh sống. Điều này là quan trọng cho phép người cao tuổi vẫn là những thành viên tích cực đóng góp cho xã hội, duy trì cuộc sống độc lập. Có năm lĩnh

vực chính của khả năng hoạt động, mỗi lĩnh vực có thể được tăng cường (hoặc hạn chế) bởi các yếu tố môi trường, đó là:

- **Khả năng đạt được những nhu cầu sống cơ bản:** Các nhu cầu sống cơ bản bao gồm khả năng chi trả cho một chế độ ăn uống đầy đủ, quần áo đầy đủ, chỗ ở phù hợp, dịch vụ y tế và dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn; khả năng nhận được hỗ trợ để tránh các cú sốc tài chính, các sự kiện đau buồn do bệnh, sự tàn tật, góa vợ-chồng hay mất đi phương tiện kiếm sống.
- **Khả năng tích lũy kiến thức, phát triển bản thân và đưa ra những quyết định:** Tiếp tục học và tích lũy kiến thức giúp người già có được những kiến thức và kỹ năng để chăm sóc bản thân, theo kịp tiến độ phát triển của thông tin và công nghệ, tham gia vào các hoạt động (như làm việc hoặc tình nguyện), thích nghi tốt hơn với sự già hóa của bản thân, tiếp tục được là chính mình và duy trì được niềm vui trong cuộc sống. Việc tiếp tục phát triển bản thân –trí tuệ, thể chất, xã hội, cảm xúc – cho phép người già được làm những điều có ý nghĩa với họ, có khả năng được tự đưa ra những quyết định, và làm chủ cuộc sống của mình hơn.
- **Khả năng di lại, di chuyển:** Khả năng di chuyển là quan trọng đối với già hóa khỏe mạnh. Nó bao gồm mọi hình thức của sự chuyển động, được tạo bởi cơ thể người (gồm cả có và không có thiết bị hỗ trợ), hay bởi phương tiện di chuyển (lái xe, sử dụng xe bus, tàu lửa). Khả năng di chuyển bao gồm những việc như đứng dậy từ chiếc ghế đang ngồi, hay di chuyển từ giường tới chỗ ghế, đi lại để thư giãn, tập thể dục, thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, lái xe và sử dụng phương tiện công cộng. Khả năng di chuyển là cần thiết để sinh hoạt trong nhà; tới các cửa hàng; tiếp cận được các dịch vụ và cơ sở vật chất trong cộng đồng (ví dụ công viên); và tham gia vào các hoạt động văn hóa-xã hội.
- **Khả năng tạo dựng và duy trì các mối quan hệ:** Khả năng duy trì các mối quan hệ thường được người cao tuổi coi là điều quan trọng nhất đối với hạnh phúc của họ. Khi già đi, nhu cầu giao tiếp càng nhiều. Các mối quan hệ quan trọng với người già có thể bao gồm quan hệ với con cái và các thành viên khác trong gia đình, quan hệ tình cảm, quan hệ xã hội với bạn bè, hàng xóm, đồng nghiệp, người quen, với những người cung cấp dịch vụ cộng đồng.
- **Khả năng đóng góp cho xã hội:** người cao tuổi có thể đóng góp ở nhiều khía cạnh cho gia đình và cộng đồng, như hỗ trợ bạn bè và hàng xóm, hướng dẫn hoặc dạy kèm cho con cháu và những người trẻ hơn, chăm sóc cho các thành viên trong gia đình hoặc trong cộng đồng chung. Làm tình nguyện và duy trì công việc là hai cách quan trọng có thể giúp một người khi về già đạt được sự thỏa mãn.

Những khả năng này là thiết yếu để người cao tuổi làm được những điều có ý nghĩa với họ. Nhìn chung, các hoạt động này cho phép họ già đi một cách an toàn và trong điều kiện phù hợp, tiếp tục phát triển bản thân, tạo nên một phần của cộng đồng, đóng góp cho cộng đồng và duy trì được tính tự chủ và sức khỏe của mình.

Các khả năng này liên kết với nhau rất chặt chẽ. Ví dụ, có một công việc phù hợp là thiết yếu để đạt được những nhu cầu sống cơ bản. Đạt được những nhu cầu sống cơ bản là điều kiện tiên quyết để tích lũy kiến thức và phát triển bản thân. Cơ hội được tích lũy kiến thức và phát triển bản thân cũng là cơ hội để phát triển những mối quan hệ trong gia đình, công việc và xã hội.

5. Những yếu tố ảnh hưởng đến già hóa khỏe mạnh

Mục này giới thiệu những hoạt động mà chúng ta có thể thực hiện để duy trì sức khỏe và chức năng của mình khi già đi. Từ cải thiện chế độ ăn uống và mức độ hoạt động thể chất đến việc

kiểm tra sức khỏe và quản lý các yếu tố nguy cơ gây bệnh, những hành động này có thể ảnh hưởng đến các lĩnh vực sức khỏe khác nhau.

5.1. Vận động: Tập thể dục và hoạt động thể chất

Một số người thích, một số người ghét, nhưng bất kể cảm xúc riêng – quan điểm riêng, tập thể dục và hoạt động thể chất là tốt cho người cao tuổi. Trên thực tế, tập thể dục và hoạt động thể chất được coi là nền tảng của hầu hết mọi chương trình già hóa khỏe mạnh. Các bằng chứng khoa học cho thấy những người tập thể dục thường xuyên không chỉ sống lâu hơn mà còn sống tốt hơn. Thực hiện các hoạt động hàng ngày giúp cơ thể bạn duy trì năng lực vận động. Những việc hằng ngày như làm vườn, dắt chó đi dạo và đi cầu thang bộ thay vì đi thang máy - có thể giúp bạn tiếp tục làm những việc bạn thích và độc lập khi bạn già đi.

Cụ thể, thường xuyên tập thể dục và hoạt động thể chất có thể làm giảm nguy cơ mắc một số bệnh và khiếm khuyết thường xảy ra với quá trình lão hóa. Ví dụ, các bài tập thăng bằng giúp ngăn ngừa té ngã, một nguyên nhân chính gây ra khiếm khuyết ở người lớn tuổi. Các bài tập sức mạnh duy trì sức cơ và giảm nguy cơ loãng xương. Các bài tập uốn dẻo hoặc kéo giãn giúp giữ cho cơ thể thon gọn và mang lại sự tự do di chuyển mà người cao tuổi cần để thực hiện các hoạt động hàng ngày.

Tập thể dục có thể là phương pháp điều trị hiệu quả cho một số bệnh mãn tính. Những người bị viêm khớp, huyết áp cao hoặc tiểu đường có thể được hưởng lợi từ việc tập thể dục thường xuyên. Bệnh tim mạch, là vấn đề sức khỏe đối với nhiều người lớn tuổi, cũng có thể được cải thiện bằng cách tập thể dục. Từ lâu, các nhà khoa học đã biết rằng tập thể dục thường xuyên gây ra những hiệu quả nhất định về tinh thần, cải thiện thể chất, tăng cường hoạt động ổn định của cơ thể. Những thay đổi này, bao gồm giảm nhịp tim khi nghỉ ngơi và tăng cung lượng tim (lượng máu được bơm theo mỗi nhịp tim), cải thiện hiệu quả cơ tim, nhát bóp có hiệu suất cao hơn.

Ngoài lợi ích cho tim mạch, tập thể dục giúp giảm khó thở và mệt mỏi ở người lớn tuổi. Các bài tập sức bền - các hoạt động làm tăng nhịp thở và nhịp tim. Ví dụ các hoạt động khiêu vũ, đi bộ, bơi lội hoặc đi xe đạp - tăng sức chịu đựng và cải thiện sức khỏe của hệ hô hấp, hệ cơ xương khớp và hệ tuần hoàn.

5.2. Chú ý đến cân nặng và hình dáng

Trọng lượng cơ thể là một vấn đề rất phức tạp. Đối với người cao tuổi, các vấn đề sức khỏe liên quan đến béo phì có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ thành phần cơ thể (tỷ lệ mỡ trên cơ) và vị trí phân bố của mỡ (hông hoặc eo) trên cơ thể.

Nhiều vấn đề sức khỏe có liên quan đến tình trạng thừa cân - béo phì. Những người thừa cân hoặc béo phì có nguy cơ mắc bệnh tiểu đường loại II, bệnh huyết áp, bệnh tim mạch, bệnh đột quỵ, một số loại ung thư, ngưng thở khi ngủ và viêm xương khớp.

Ngoài ra chúng ta cũng cần lưu ý tình trạng cơ thể gầy hơn không phải lúc nào cũng khỏe mạnh hơn. Những người lớn tuổi gầy (chỉ số khối cơ thể hoặc BMI dưới 19) có tỷ lệ tử vong cao hơn so với những người béo phì hoặc có cân nặng bình thường. Tình trạng gầy đi có thể là một triệu

chứng của bệnh tật hoặc một dấu hiệu của tình trạng dinh dưỡng không đầy đủ và khả năng các cơ quan không hoạt động hiệu quả.

5.3. Thực phẩm lành mạnh: Hãy nghĩ về những gì chúng ta ăn

Thực phẩm đã được chứng minh là một phần quan trọng trong quá trình lão hóa của con người. Việc sử dụng chế độ ăn giàu năng lượng, giàu chất béo và đạm làm tăng nhanh khối lượng cơ thể, tăng khả năng béo phì, tăng vòng eo, khó khăn trong di chuyển. Chế độ ăn lành mạnh hướng đến sử dụng các thực phẩm như ngũ cốc giàu chất xơ, sữa ít béo, trái cây, bánh mì không trắng, ngũ cốc nguyên hạt, đậu và các loại đậu cũng như rau quả, đồng thời ăn ít thịt đỏ, thịt đã qua chế biến, thức ăn nhanh và nước ngọt. Với chế độ dinh dưỡng phù hợp, cơ thể sẽ duy trì cân nặng phù hợp và tránh nguy cơ béo phì và các bệnh lý liên quan.

Ăn uống tốt không chỉ là về cân nặng, nó cũng có thể giúp bảo vệ khỏi một số vấn đề sức khỏe xảy ra thường xuyên hơn ở người lớn tuổi, tránh nguy cơ mắc một số bệnh.

5.4. Tham gia vào các hoạt động yêu thích

Tham gia vào các hoạt động yêu thích giúp mang lại niềm vui hoặc thư giãn cơ thể, góp phần củng cố sức khỏe. Những người tham gia vào các sở thích cũng như các hoạt động xã hội và giải trí có ít nguy cơ mắc một số vấn đề sức khỏe hơn, chống trầm cảm – lo âu, cảm thấy hạnh phúc hơn.

Chúng ta nên khuyến khích người cao tuổi tham gia chủ động vào các hoạt động hằng ngày, hoạt động giải trí có xung quanh nơi họ sinh sống (đi dạo, gặp mặt nói chuyện, tham gia câu lạc bộ). Chúng ta có thể giới thiệu người cao tuổi cùng tham gia các hoạt động tình nguyện trong cộng đồng (câu lạc bộ, từ thiện, đi chùa, ...) để giúp họ có lại được cảm hứng với công việc, có được các mối quan hệ xã hội phong phú, giúp họ duy trì vận động và cảm thấy hạnh phúc hơn.

5. Tối ưu hóa năng lực nội tại qua can thiệp

Củng cố và duy trì khả năng hoạt động của cá nhân để họ có thể có một cuộc sống hạnh phúc ở tuổi già là mục tiêu hướng đến của chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Nội dung này chính là trọng tâm của xu hướng mới về “già hóa khỏe mạnh” mà tổ chức y tế thế giới đề ra.

Các vấn đề liên quan đến suy giảm năng lực nội tại cần được xác định sớm và can thiệp phù hợp chuyên biệt cho từng cá nhân. Để thực hiện tốt, việc tham gia cần có nguồn lực từ gia đình, nhân viên xã hội và nhân viên y tế. Điều này nhằm làm chậm, ngăn chặn hoặc đảo ngược sự suy giảm đó trước khi người bệnh mất khả năng hoạt động.

II. QUÁ TRÌNH TÀN TẬT VÀ CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA

1. Sức khỏe và vấn đề sức khỏe

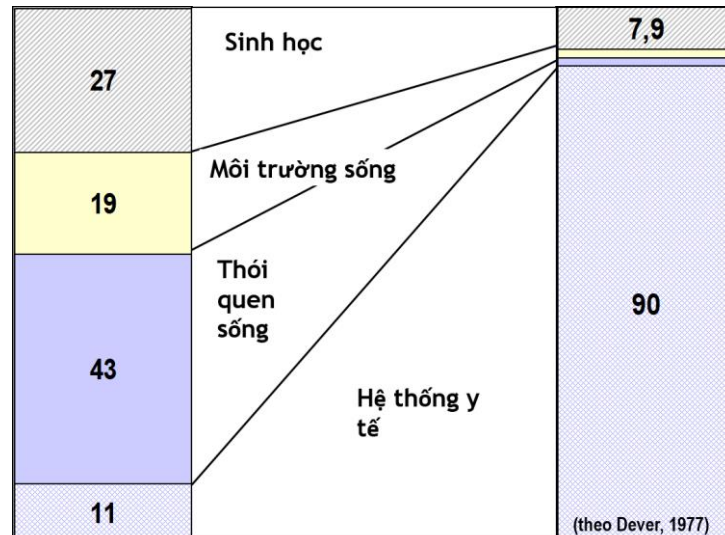
1.1. Sức khỏe là gì

Theo tổ chức y tế thế giới, sức khỏe được định nghĩa là “trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất – tinh thần và xã hội, chứ không đồng nghĩa là không bệnh hoặc tật”. Do vậy một người được xem là khỏe mạnh là người có tình trạng thoải mái về thể chất, không có bệnh tật, ốm

đau, vui vẻ về tinh thần, có lối sống lành mạnh hòa nhập xã hội, được phát triển, được học hành và tham gia lao động và tương tác với xã hội.

1.2. Vấn đề sức khỏe

Các yếu tố có sự ảnh hưởng đến sự toàn vẹn của sức khỏe của cá nhân hoặc cộng đồng thì được xem là vấn đề sức khỏe. Theo tác giả Dever (1976), có thể khái quát các vấn đề sức khỏe thành 4 nhóm yếu tố như hình



Lược đồ 1: các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

- Yếu tố sinh học: bao gồm các vấn đề bệnh – thương tật – khiếm khuyết, các yếu tố sinh học – di truyền – vi sinh có thể gây bệnh ảnh hưởng đến sức khỏe đều được xếp vào nhóm này. Chỉ có 27% tình trạng sức khỏe được quy kết cho vai trò của các yếu tố thuộc nhóm này.
- Yếu tố môi trường sống: bao gồm các yếu tố vật lý (khí hậu, độ ẩm, bụi, tiếng ồn, ...), các yếu tố nguy cơ từ môi trường sinh hoạt (tai nạn, giao thông, vật rơi ngã...), các yếu tố về tâm lý – văn hóa – định kiến (quan điểm chăm sóc, thái độ...), các vấn đề về xã hội. Các yếu tố của nhóm này góp phần 19% cho tình trạng sức khỏe của cá thể.
- Yếu tố thói quen sống: bao gồm các thói quen ăn uống, sinh hoạt, vận động, làm việc, vui chơi có ảnh hưởng đến sức khỏe. Nhóm này chịu trách nhiệm ảnh hưởng 43% tình trạng sức khỏe của cá nhân. Đây cũng là nhóm quyết định đối với tình trạng sức khỏe.
- Yếu tố hệ thống y tế bao gồm các đặc điểm về nguồn lực, tính tiếp cận, năng lực nhân sự - chuyên môn – cơ sở vật chất – trang thiết bị - sự sẵn sàng của dịch vụ - sự phong phú của các phương tiện chăm sóc và điều trị cho người bệnh khi có nhu cầu. Các yếu tố này ảnh hưởng 11% tình trạng sức khỏe của cá nhân.

Với lược đồ 1, phần bên trái của lược đồ thể hiện mức độ ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của cá nhân của 4 nhóm yếu tố. Trong đó có thể thấy nhóm yếu tố về môi trường sống và yếu tố thói quen sống giữ vai trò quan trọng quyết định khi ảnh hưởng 62% sức khỏe cá nhân (19%+43%). Vai trò của các yếu tố sinh học là hạn chế. Lược đồ cũng cho thấy được vai trò của hệ thống y tế ảnh hưởng đến sự toàn vẹn của sức khỏe cá nhân.

Phần bên phải của lược đồ thể hiện một cách tương đối sự phân bổ nguồn lực chi tiêu cho sức khỏe của Mỹ tại thời điểm 1976. Chúng ta có thể ghi nhận phần lớn chi phí y tế được chi trả cho nhóm yếu tố hệ thống y tế (90%) và yếu tố sinh học (7,9%). Trong khi những yếu tố quan trọng của sức khỏe chỉ được đầu tư bởi kinh phí rất nhỏ. Điều này là điểm bất hợp lý cần phải điều chỉnh để cải thiện sức khỏe.

1.3. Hệ thống chăm sóc sức khỏe

Hệ thống chăm sóc sức khỏe rất đa dạng, thực hiện các nhóm chức năng như sau:

- Bảo vệ sức khỏe, nâng cao sức khỏe, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ
- Phòng ngừa bệnh – tật và tai nạn
- Chẩn đoán sớm – điều trị hiệu quả - hạn chế biến chứng-di chứng
- Phục hồi chức năng, tái hòa nhập xã hội
- Hạn chế các can thiệp y khoa không cần thiết

2. Bệnh lý và tàn tật

2.1. Bệnh lý

Dưới tác dụng của các yếu tố bệnh nguyên (nguyên nhân gây bệnh bao gồm vật lý, hóa học, sinh học, di truyền) làm thay đổi sinh lý, sinh hóa, sinh học của cơ thể thì đây gọi là quá trình bệnh lý, điều này dẫn đến trạng thái gọi là bệnh lý. Tình trạng này có thể có mức độ ảnh hưởng ít hoặc nghiêm trọng đến các chức năng sinh lý của cơ quan, hệ cơ quan và toàn bộ cơ thể dẫn đến ảnh hưởng khả năng tồn tại của người bệnh.

2.2. Khiếm khuyết

Là sự mất, thiếu hụt hoặc bất thường cấu trúc, chức năng, giải phẫu, sinh lý thường do bệnh, tai nạn tạo nên. Sự khiếm khuyết này có thể là nguyên phát hoặc thứ phát sau một biến cố tác nhân gây ra. Một số tình huống minh họa

- Trẻ sinh ra đã thiếu hụt chân bẩm sinh
- Người lớn bị tai nạn giao thông bị đoạn chân
- Mắt bị đục thủy tinh thể ở người già
- Bướu tiền liệt tuyến gây khó tiểu

2.3. Giảm chức năng

Là mất hay giảm một phần hay nhiều chức năng nào đó do tình trạng khiếm khuyết gây ra. Một số tình huống ví dụ:

- Mắt bị đục thủy tinh thể nên khó nhìn rõ
- Trẻ bị mất chân bẩm sinh nên khó đi lại

2.4. Tàn tật

Là tình trạng mà một người nào đó vì lý do khiếm khuyết, dẫn đến giảm chức năng của cơ thể, ảnh hưởng đến khả năng thực hiện vai trò để tồn tại trong cộng đồng, phải phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào người khác để có thể tồn tại.

Vậy có thể thấy rằng các yếu tố bệnh tật – khiếm khuyết – giảm chức năng chỉ dừng ở mức độ mô tả người bệnh nội tại. Trong khi đó khía cạnh tàn tật cần mô tả trong mối tương quan của

người bệnh với các yếu tố khác của xã hội mà người đó thể hiện. Vì vậy cách giải quyết vấn đề về bệnh và tàn tật có nhiều điểm khác nhau.

Ví dụ như một người có khiếm khuyết về chân, giảm chức năng trong di chuyển. Tuy nhiên, nhờ vào thiết bị xe lăn nên người đó có thể vẫn đi làm, vẫn sinh hoạt bình thường trong xã hội nên người này không có tàn tật.

3. Tổng quan về tàn tật

3.1. Phân loại

- Tàn tật do rối loạn tâm thần, kể cả trẻ em chậm phát triển trí tuệ
 - Tàn tật thể chất
 - Vận động
 - Liệt cứng do tổn thương não
 - Bại liệt do tổn thương sừng trước tủy sống
 - Các rối loạn về cơ
 - Các bệnh về khớp, xương
 - Các tổn thương thần kinh ngoại biên
 - Tổn thương cảm giác
 - Tổn thương thị giác
 - Tổn thương về nghe nói
 - Mất cảm giác ngoại vi
 - Tổn thương do các cơ quan nội tạng
 - Các bệnh lý về tim mạch
 - Các bệnh lý về hô hấp
 - Các bệnh lý về sinh dục
 - Các bệnh lý về nội tiết
- Đa tàn tật: Là tình trạng có từ hai tàn tật trở lên

Bên cạnh đó, chúng ta có thể phân loại tàn tật theo các khả năng thực hiện các chức năng trong xã hội. Cách phân loại này sẽ phù hợp với các phương pháp can thiệp để khắc phục:

- Người có khó khăn về vận động
- Người có khó khăn về học hành
- Người có khó khăn về nhìn
- Người có khó khăn về nghe nói
- Người có hành vi xa lạ
- Người bị động kinh
- Người bị mất cảm giác

3.2. Hậu quả của tàn tật

- Với xã hội:
 - Người khuyết tật không tham gia sản xuất
 - Xã hội phải dành nguồn lực để giúp đỡ - chăm sóc người khuyết tật
- Với gia đình

- Người khuyết tật không tham gia đầy đủ các hoạt động của gia đình
- Gia đình phải dành nguồn lực để chăm sóc – giúp đỡ người khuyết tật
- Với bản thân người khuyết tật
 - Người khuyết tật phải dành thời gian, sử dụng tài nguyên xã hội để chăm sóc cho bản thân họ
 - Có nguy cơ cao mắc các nhóm bệnh khác
 - Ít có khả năng sử dụng được các quyền lợi về học tập, vui chơi, chăm sóc sức khỏe, làm việc và đóng góp cho xã hội
 - Có thu nhập thấp, ảnh hưởng đến kinh tế và cơ hội lập gia đình
 - Khó hòa nhập với môi trường xung quanh, bị khinh rẻ, thương hại.

4. Nguyên nhân và phòng ngừa thương tật thứ cấp

4.1. Giới thiệu

Bệnh tật là hậu quả của nhiều yếu tố bệnh nguyên, qua quá trình bệnh lý làm ảnh hưởng đến các chức năng sinh lý của cơ quan, hệ cơ quan và toàn bộ cơ thể dẫn đến ảnh hưởng khả năng tồn tại của người bệnh. Các yếu tố bệnh nguyên là nguyên nhân nguyên phát của bệnh tật. Tuy nhiên có nhiều trường hợp bệnh tật có thể xuất hiện thứ phát bởi cách thức chăm sóc – điều trị không phù hợp. Các tình huống này được xem là thương tật thứ phát. Các tổn thương thứ phát thường xấu và diễn tiến nặng hơn so với bệnh tật nguyên phát, đôi khi làm cho người bệnh không thể hồi phục, để lại khiếm khuyết và hậu quả là tàn tật.

Ví dụ tình huống một người sau khi bị tai biến mạch máu não làm cho tổn thương não và gây yếu liệt một nửa người bên trái. Tình trạng yếu liệt này là bệnh tật xuất hiện nguyên phát, hậu quả của bệnh tai biến mạch máu não. Việc chăm sóc người bệnh nếu không được thực hiện tốt, hiệu quả thì người bệnh sẽ có thể xuất hiện các vết loét do tì đè. Tình trạng loét này có nguyên nhân thứ phát. Trong một số tình huống, tình trạng loét này sẽ diễn tiến nặng và ảnh hưởng đến sinh mệnh của người bệnh.

Như vậy, các tổn thương thứ phát này là có thể phòng ngừa được nếu chúng ta phát hiện sớm, có giải pháp can thiệp dự phòng – chăm sóc – điều trị phù hợp.

4.2. Tổn thương thứ phát

4.2.1. Teo cơ

Cơ có chức năng co bóp tạo hoạt động. Nếu không được sử dụng phù hợp thì cơ sẽ giảm kích thước co nhỏ lại, giảm sức co bóp, giảm sức bền, tăng nguy cơ bị tổn thương – chấn thương. Có 2 tình huống teo cơ:

4.2.1.1. Teo cơ vì mất thần kinh

Đây là trường hợp xảy ra khi thần kinh điều khiển vùng cơ bị tổn thương hoặc thiếu hụt dẫn đến không có các hoạt động điều khiển cơ. Ví dụ như một số người bị bệnh bại liệt, có di chứng tổn thương hạch thần kinh, dẫn đến mất chức năng thần kinh vận động của vùng cơ thể liên quan. Qua thời gian, các nhóm cơ được chi phối này sẽ không được thần kinh kích thích, sẽ diễn ra hiện tượng teo cơ, mất chức năng cơ và rối loạn biến dạng chi – khớp.

4.2.1.2. Teo cơ vì không cử động

Cơ không được sử dụng để cử động trong thời gian dài sẽ bắt đầu quá trình thoái biến, teo cơ và giảm chức năng. Tình huống này xuất hiện đối với những người có lối sống tĩnh tại, không tham gia tập thể dục... Nếu được tập luyện phù hợp, những trường hợp này sẽ có thể khôi phục lại được sức cơ và khối cơ.

4.2.2. Co rút cơ

Sự co rút cơ làm hạn chế các cử động của cơ và vùng khớp liên quan vì các nhóm cơ này bị ngắn lại và giảm đi sự dẻo dai, giảm đi hiệu quả co bóp của cơ. Sự co rút cơ này thường là tình trạng thứ phát xảy ra khi một khớp bị tổn thương dẫn đến người bệnh không có/hạn chế sử dụng thường xuyên các nhóm cơ liên quan đến khớp này. Sự co rút cơ cũng có thể là hậu quả của nguyên nhân nguyên phát như trong trường hợp bị chấn thương đứt gân cơ, bị sẹo xấu gây co rút da – gân – cơ, bị gãy xương biến dạng khớp liên quan.

4.2.3. Loãng xương

Bệnh loãng xương là tình trạng xương mềm yếu và mất đi chất nền của xương (là các protein được tế bào xương tiết ra để tạo cấu trúc xương) làm giảm khối lượng chất khoáng trong khối xương. Chất khoáng giữ vai trò quan trọng để đảm bảo khả năng chịu tải lực của xương. Do vậy khi bị bệnh loãng xương, xương sẽ yếu, mất bền vững, dễ thay đổi hình dáng, và tăng nguy cơ bị gãy xương.

Bệnh loãng xương có thể gây một số biến chứng:

- Đau xương
- Tăng nguy cơ gãy xương
- Biến dạng xương

Bệnh loãng xương có thể là tổn thương thứ phát sau các tình trạng liên quan đến bệnh lý cơ xương khớp. Ví dụ như trường hợp người bệnh sau tai biến, có yếu liệt tay chân, nằm lâu tại giường. Chân và tay không được sử dụng nhiều thì sẽ xảy ra hiện tượng loãng xương của vùng chi liên quan.

4.2.4. Loét do tì đè

Chỗ da loét là một chỗ da bị chứng hoại tử - tổn thương do có áp lực tì đè quá lâu lên vùng da liên quan, dẫn đến mạch máu bị tổn thương – bị đè bẹp, không cho phép máu có thể được vận chuyển đến nuôi vùng da và mô liên quan. Da, mô đệm, cơ, gân, mô mỡ, xương đều có thể bị tổn thương thứ phát do tình trạng tì đè áp lực. Một số vị trí dễ bị tổn thương có thể liệt kê như là:

- Xương cùng: chỗ này bị hoại tử do người bệnh nằm lâu tại giường, không xoay chuyển phù hợp. Vết loét này có thể lan rộng lên phía trên và phía dưới xương cùng do tình trạng nhiễm trùng thứ phát.
- Vùng mấu chuyển lớn xương đùi: vùng này xuất hiện loét do người bệnh nằm nghiêng lâu hoặc có thể do các chấn thương do xoay chuyển dẫn đến vết thương mất da – loét da và kém hồi phục.
- Vùng ụ ngồi: xuất hiện do người bệnh ngồi lâu tại một vị trí, không xoay chuyển và có yếu tố nguy cơ là có ít mô mỡ - mô đệm tại vùng mông

- Xương gót chân: loét vùng sau của gót chân gặp thường xuyên ở các người bệnh yếu liệt nằm lâu tại giường và vùng gót chân không được đệm lót phù hợp.

4.3. Phòng ngừa các biến chứng thương tật thứ phát

Trong điều kiện sinh lý bình thường, cơ thể có cơ chế riêng để tránh các thương tật liên quan đến yếu cơ, loét, cứng khớp,... Tuy nhiên, trong bối cảnh có bệnh lý, các cơ chế tự bảo vệ này không còn hiệu quả và là nguyên nhân giải thích sự xuất hiện các thương tật này.

Chúng ta có thể phòng ngừa hầu hết các thương tật thứ phát bằng ba phương pháp. Các phương pháp này tuy đơn giản nhưng có hiệu quả cao và cần có sự kiên trì duy trì theo thời gian, cần có sự cộng tác chủ động từ phía người bệnh.

4.3.1. Tự tập luyện

Phần lớn các kỹ thuật tập luyện đều có thể tự thực hiện được bởi người bệnh mà không cần có sự hỗ trợ chuyên biệt. Có các bài tập chuyên biệt cho từng tư thế: nằm, ngồi, đứng, di chuyển.

Các động tác và bài tập có thể bắt đầu từ những động tác dễ, đơn giản, số lần tập ít. Về sau khi người bệnh đã quen, các bài tập có thể thực hiện với số lượng nhiều hơn, phức tạp hơn, biên độ và lực mạnh hơn.

Để đảm bảo hiệu quả của hoạt động tự tập luyện, người bệnh cần có quyết tâm cao, xem đây là một trong những hoạt động trị liệu quan trọng nhất. Nhân viên y tế và người chăm sóc có vai trò hỗ trợ nhắc nhở nhưng không thay thế.

4.3.2. Tập thụ động

Trong trường hợp người bệnh vì những lý do khác nhau không thể tập luyện chủ động (liệt hoàn toàn, cứng khớp, đau nhức, sức khỏe quá yếu...), người bệnh có thể nhờ người thân, người chăm sóc, nhân viên y tế hỗ trợ tập vật lý trị liệu. Trong trường hợp này người bệnh sẽ là thụ động.

4.3.3. Thay đổi vị trí

Hàng ngày, ở bất kỳ tư thế nào (nằm, ngồi, đứng), người bệnh cần chú ý thay đổi các vị trí thường xuyên theo giờ để tránh một vị trí cơ thể bị đè ép liên tục và kéo dài. Cụ thể, người bệnh có thể nằm nghiêng trái – phải, nằm sấp – ngửa, thay đổi vị trí dồn lực của trọng lực.

Để hỗ trợ thêm cho việc thay đổi vị trí chịu lực, chúng ta có thể sử dụng các loại nệm chống loét, các thiết bị trợ giúp, các loại gối đệm hỗ trợ phân tán trọng lực của cơ thể.

5. Kết luận

Trong thực hành, thông thường người bệnh chỉ quan tâm đến các bệnh lý thương tổn nguyên phát. Nhân viên y tế cũng có khuynh hướng tập trung các nguồn lực trong phát hiện và điều trị bệnh – thương tổn nguyên phát và xem nhẹ việc can thiệp chủ động – hạn chế các thương tổn thứ phát. Trong khi đó các thương tổn thứ phát lại ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, làm tăng nguy cơ tàn tật. Do vậy chúng ta cần lưu ý để nhắc nhở - hướng dẫn người bệnh thực hiện các biện pháp phù hợp trong phòng ngừa thương tật thứ phát.

III. ĐAU BUỒN – MẤT MÁT

1. Giới thiệu

Thông thường chúng ta xem tình trạng đau buồn – mất mát là phản ứng cảm xúc đối với cái chết của người thân, tuy nhiên cảm xúc này cũng có thể có đối với những tình huống khác như việc nhận thông tin về tình trạng khiếm khuyết – tàn tật vĩnh viễn (đoạn chi, yếu liệt cơ thể, biến dạng khuôn mặt...), hoặc tình trạng bệnh mạn tính (suy thận, xơ gan, đái tháo đường...) hoặc diễn tiến điều trị (diễn tiến xấu, không thể hết bệnh,...). Các cảm xúc này là phản ứng tự nhiên mà chúng ta cần tôn trọng, hỗ trợ giúp đỡ người bệnh và gia đình vượt qua và xây dựng những thái độ tích cực, có kế hoạch chăm sóc phù hợp.

2. Các triệu chứng đau buồn

Đau buồn có thể ảnh hưởng đến các khía cạnh của sức khỏe bao gồm thể chất, tinh thần và xã hội. Ở mỗi người bệnh sẽ có những phản ứng – triệu chứng khác nhau. Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến hành vi phản ứng đối với đau buồn. Mối quan hệ - tình cảm giữa người bệnh và người chăm sóc, mức độ kỳ vọng đối với diễn tiến bệnh, yếu tố văn hóa, tôn giáo, các chuẩn mực xã hội đều ít nhiều ảnh hưởng đến hành vi khi có đau buồn. Đối với người đã từng trải qua các tình huống tương tự trong quá khứ, họ sẽ có những hành vi – phản ứng mang tính tương tự.

Chính vì có sự ảnh hưởng của đa yếu tố, các triệu chứng của đau buồn cũng đa dạng. Một số biểu hiện như sau

2.1. Về mặt thể chất

- Khóc
- Thở dài
- Cảm giác thiếu năng lượng/kiệt sức/suy nhược/mệt mỏi
- Đau đầu
- Đau bụng, chán ăn
- Ăn quá nhiều, đặc biệt là đồ ăn vặt
- Rối loạn giấc ngủ—ngủ quá nhiều hoặc quá ít, có những giấc mơ lạ, mệt mỏi trong ngày, thiếu tập trung
- Cảm giác nặng nề cơ thể, có biểu hiện đau, nhức cơ thể
- Cảm giác stress, bận rộn, tự ép bản thân nhận làm thêm quá nhiều việc
- Có các hoạt động liều lĩnh, tự hủy hoại bản thân như uống quá nhiều rượu – chất kích thích, hút thuốc lá, thử những hoạt động có nguy cơ cao

2.2. Về mặt xã hội

- Cảm thấy cô đơn, khó giao tiếp, không được chia sẻ
- Muốn cô lập bản thân khỏi giao tiếp xã hội, khó giả vờ cảm thấy ổn, từ chối các giao tiếp với người khác
- Cảm thấy tách biệt khỏi những người khác
- Tức giận vì cuộc sống của người khác vẫn diễn ra bình thường còn của họ thì không thực hiện được
- Không muốn ở một mình, cảm thấy thiếu thốn và đeo bám

2.3. Về mặt cảm xúc

- Buồn bã, khóc lóc
- Tức giận/thất vọng/giận dữ
- Bối rối/choáng ngợp
- Tội lỗi
- Lo lắng/bồn chồn/hoảng sợ
- Khao khát tình cảm
- Bực dọc/cáu kỉnh
- Các vấn đề về trí nhớ, cảm thấy mất tập trung, bận tâm
- Trầm cảm
- Kích động
- Cam chịu thụ động
- Cảm xúc dao động lúc buồn vui không ổn định
- Cảm giác thiếu kiểm soát cảm xúc
- Có những biểu hiện được ghi nhận “vô lý” hoặc “phản ứng thái quá”

2.4. Về mặt tâm linh

- Đặt câu hỏi về đức tin/ý nghĩa cuộc sống/đau buồn
- Đặt câu hỏi về lý do tử vong/bệnh tật
- Từ chối các niềm tin, tín ngưỡng vốn đã có trước đây
- Đặt câu hỏi cho sự tồn tại hiện tại, thiếu niềm tin về tương lai

3. Năm giai đoạn của đau buồn

Sau khi tiếp nhận thông tin đau buồn – mất mát, người bệnh sẽ có cảm xúc phản ứng với đau buồn theo tiến trình qua nhiều giai đoạn khác nhau. Trong tiến trình này, thời gian giữa các bước có thể khác nhau, có thể qua nhanh, có thể kéo dài. Người bệnh cũng có thể quay lại giai đoạn trước đó khi có kích thích – sự kiện nào đó liên quan. Tuy đa dạng, còn nhiều ý kiến trái chiều, một cách khái quát chúng ta có thể mô tả quá trình đau buồn được diễn ra qua 5 giai đoạn khác nhau:

5.1. Sốc/không chấp nhận sự thật

- Không chịu chấp nhận sự thật về cái chết của người thân.
- Không chấp nhận chẩn đoán về tình trạng bệnh nặng hiện nay.
- Không tin về khả năng chính xác của thông tin về tiên lượng điều trị, về sự khiếm – khiếm khuyết của cơ thể.
- Không chấp nhận sức khỏe của cơ thể không còn tốt, thời gian sống không còn lâu.
- Mất khả năng thực hiện các sinh hoạt thường ngày

5.2. Giận dữ

- Giận dữ với bản thân, người khác, nhân viên y tế (đặc biệt là người thông báo tin xấu)
- Giận dữ, đổ lỗi cho bản thân, cho người thân, cho xã hội, cho nhân viên y tế, cho trời đất (đổ lỗi trời bất công, cuộc sống bất công)
- Cảm thấy vô dụng và bất lực
- Có cảm giác bị cuộc đời bỏ rơi
- Có cảm giác mọi người không tốt với bản thân họ, cảm giác mọi người đang thương hại

5.3. Thương lượng

- Tìm kiếm khả năng chứng tỏ những điều hiện nay là chưa đúng – chưa đầy đủ (chẩn đoán sai, nhận định sai), có gì đang giấu chưa biết – chưa thông tin.
- Tìm kiếm khả năng điều trị khác tốt hơn (khám nhiều nơi, dùng nhiều thuốc lạ, dùng thuốc thần kỳ, thuốc gia truyền, kinh nghiệm truyền miệng)
- Tìm kiếm sự hỗ trợ của thần thánh: cúng kiếng, cầu thầy bà, trừ tà...

5.4. Trầm Cảm

- Cảm thấy hụt hẫng, mất niềm tin, suy sụp với mất mát và thay đổi
- Cảm giác buồn bã, hối tiếc, sợ hãi, lo lắng
- Cảm giác cô đơn, cô lập, tủi thân, trống rỗng, lạc lõng

5.5. Chấp nhận

- Bắt đầu có những hành vi – suy nghĩ theo hướng tích cực, thích nghi với thực tế mới
- Có yêu cầu tích cực, xây dựng kế hoạch tương lai, có tính thực tế trong những đánh giá và kỳ vọng
- Có cảm giác hy vọng, phục hồi và hòa nhập với cuộc sống, với xã hội

6. Giúp đỡ những người đang đau buồn

Thông thường khi phải đối mặt với tình huống có người đang trong trạng thái đau buồn – thất vọng – mất mát, chúng ta thường bối rối và thiếu các hành vi phù hợp. Chúng ta thường thiếu kỹ năng đánh giá tình huống và xác định đâu là thái độ - hành động đúng giúp cải thiện tình trạng người bệnh. Một vài lưu ý sau có thể áp dụng.

- Tổ thái độ đồng cảm, luôn sẵn sàng hỗ trợ
- Lắng nghe chủ động, dành thời gian để người bệnh bình tĩnh, hạn chế đưa ra lời khuyên.
- Hạn chế kể những trải nghiệm của bản thân về sự đau buồn vì điều này có thể sẽ làm tổn thương cho người bệnh vì họ thấy yếu tố cá nhân của họ bị bỏ quên và những cảm giác đau buồn đang bị xem nhẹ.
- Dành thời gian cho người bệnh thể hiện – chia sẻ. Chúng ta phải hiểu rằng các phản ứng của đau buồn – mất mát là tự nhiên, là bình thường sẽ phải trải qua. Chúng ta phải biết rằng đây là sự tiến triển tự nhiên để sớm đến giai đoạn ổn định tâm lý, để tìm được ý nghĩa riêng của bản thân người bệnh
- Chúng ta cần kiên nhẫn, cố gắng thấu hiểu người bệnh, tôn trọng những cảm xúc – giá trị riêng của người bệnh. Hạn chế chứng tỏ là chúng ta đã “biết hết” những cảm xúc của người bệnh. Điều này sẽ có tác dụng ngược và khó tiếp cận với người đang bị áp lực
- Đừng ép buộc người bệnh chia sẻ cảm xúc nếu họ không muốn.
- Dành thời gian động viên, chăm sóc cho người bệnh. Các hoạt động khám – đánh giá – điều trị giúp mang những ý nghĩa tâm lý giúp cho người bệnh mau chóng ổn định tinh thần.
- Chúng ta cần nhận định chính xác giai đoạn cảm xúc mà người bệnh đang trải qua. Từ đó, chúng ta sẽ có những hành vi chăm sóc người bệnh phù hợp.

7. Kết luận

Cảm giác đau buồn – mất mát là phản ứng tự nhiên và cần thiết giúp cơ thể người bệnh có phản ứng thích nghi. Với 5 giai đoạn tuần tự, người bệnh sẽ chuyển từ trạng thái giận dữ sang trạng thái chấp nhận và sẽ có hành vi phù hợp. Chúng ta cần hiểu rõ các biểu hiện, đánh giá đúng giai đoạn, tôn trọng người bệnh, có thái độ tương hỗ để có can thiệp phù hợp cho người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU

1. Định nghĩa đau

Đau là cảm giác khó chịu và sự trải nghiệm những cảm xúc có liên quan đến tổn thương mô học thể chất hoặc tiềm tàng, hoặc được mô tả như là tổn thương tương tự.

Định nghĩa này nhấn mạnh những điểm quan trọng sau:

- Đau là cảm giác chủ quan, vì vậy bác sĩ, người chăm sóc nên tin vào mô tả của người bệnh về mức độ, vị trí và đặc điểm cơn đau, trừ khi có bằng chứng thuyết phục rằng mô tả của người bệnh không đúng.
- Đau có thể xảy ra ngay cả khi không có tổn thương mô học nhìn thấy được trên bề mặt cơ thể hoặc trên hình ảnh học (CT, MRI, siêu âm). Ví dụ: đau thần kinh ngoại biên do độc tính thần kinh thuốc hóa trị.

2. Phân loại đau và nguyên nhân đau

2.1. Phân loại cơ chế đau – dị cảm

Đau là một dạng dị cảm (cảm giác không mong muốn). Trên lâm sàng có thể phân theo 4 thể lâm sàng về dị cảm, có liên quan đến 4 nhóm cơ chế bệnh sinh gây nên:

- Dị cảm do thụ thể (hay còn gọi là dị cảm cảm thụ - pruritoceptive itch). Nguyên nhân của dị cảm nằm tại da – mô bị bệnh, do tình trạng viêm, khô da hoặc bất kỳ tổn thương mô và kích thích tại thụ thể cảm giác gây ra triệu chứng dị cảm. Các kích thích cảm giác này được truyền theo bó thần kinh C. Ngứa do chàm da, ghẻ, mề đay nằm trong nhóm này.
- Dị cảm do cơ chế thần kinh (neurogenic itch). Nguyên nhân dị cảm là do kích thích các thụ thể thần kinh trung ương, nhưng không có tổn thương cấu trúc thần kinh liên quan. Cụ thể điển hình của loại này là dị cảm do nguyên nhân viêm gan tắc mật, các peptide hướng thần kinh tác động vào thụ thể μ -opioid.
- Dị cảm do bệnh lý thần kinh (neuropathic itch). Dị cảm có nguyên nhân là tổn thương, bệnh lý trên hệ thống thần kinh, dây thần kinh. Điển hình của nhóm này là dị cảm đau do viêm dây thần kinh sau bệnh giời leo (Herpes Zoster), viêm dây thần kinh, tổn thương mạch máu dẫn đến tổn thương thần kinh thứ phát, bệnh xơ cứng da, bệnh bướu thần kinh trung ương.
- Dị cảm do cơ chế tâm lý (psychogenic itch): đây là tình trạng ảo giác về xúc giác, thể hiện rối loạn ở cơ chế diễn giải tín hiệu cảm giác truyền từ ngoại biên về thần kinh trung ương hơn là một bệnh lý thực thể. Người bệnh sẽ có cảm giác đau không tương xứng với mức độ tổn thương ghi nhận.

Việc phân loại theo 4 nhóm cơ chế bệnh sinh có liên đới ít nhiều đến các thể lâm sàng về dị cảm mà chúng ta sẽ bàn trong phần kế tiếp. Điểm lưu ý là trong thực tế, trên bệnh cảnh cụ thể, có thể có nhiều cơ chế cùng xuất hiện tham gia gây ra triệu chứng đau – dị cảm. Ví dụ như trường hợp người bệnh có bệnh lý loét thiếu dưỡng do thuyên tắc tĩnh mạch chi dưới, triệu chứng dị cảm – ngứa – đau vùng chân có thể nằm trong bệnh cảnh viêm đa dây thần kinh ngoại biên do thiếu dưỡng (neuropathic itch) và do tình trạng viêm da (pruritoceptive itch).

2.2. Các nguyên nhân gây đau

- Tổn thương mô học thực sự: Do nhiễm trùng, phản ứng viêm, khối u, thiếu máu cục bộ, chấn thương, thủ thuật y khoa xâm lấn, độc tính của thuốc...

- **Tổn thương mô học tiềm tàng:** Do các bệnh lý thể chất đã biết (như đau cơ xơ hóa) gây đau nhưng không liên quan đến tổn thương mô quan sát hoặc đo lường được.
- **Các yếu tố tâm lý:**
 - Các rối loạn sức khỏe tâm thần chủ yếu như trầm cảm, rối loạn lo âu và rối loạn sử dụng thuốc có thể gây đau hoặc làm cơn đau thể chất nặng hơn. Ngược lại đau thể chất cũng có thể lại là nguyên nhân gây trầm cảm, lo lắng và rối loạn sử dụng thuốc.
 - Các hội chứng tâm lý khác dẫn đến đau mạn tính bao gồm rối loạn dạng cơ thể, rối loạn chuyển dạng, rối loạn căng thẳng sau sang chấn, rối loạn nghi bệnh và rối loạn cảm giác đau do bệnh tâm thần.
 - Các yếu tố gây căng thẳng nghiêm trọng về xã hội như vô gia cư, nghèo đói và sự kỳ thị có thể dẫn đến đau do tăng nguy cơ các rối loạn sức khỏe tâm thần.
 - Trong một số trường hợp, không thể giảm đau mà không chẩn đoán và điều trị các nguyên nhân như trầm cảm, lo âu hoặc các vấn đề tâm lý xã hội khác.

3.Đánh giá đau

3.1.Khai thác tiền sử

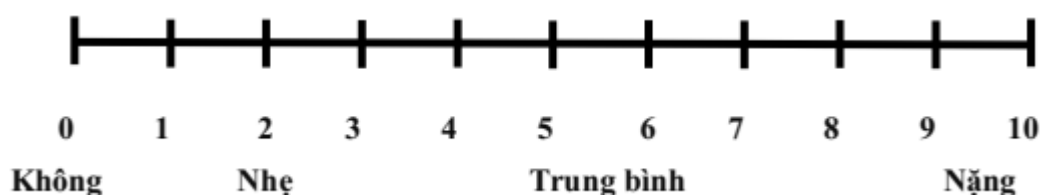
- Về tình trạng bệnh hiện tại và các vấn đề sức khỏe trước đây
- Về cơn đau:
 - Vị trí và hướng lan.
 - Lần xuất hiện đầu tiên.
 - Tần suất và thời gian kéo dài (nếu không hằng định).
 - Mức độ nặng theo thang điểm từ 0-10, mức độ đau ở thời điểm hiện tại, mức trung bình quân cả ngày, và mức đau lúc nặng nhất trong 24 giờ qua.
 - Các tính chất (sự mô tả của người bệnh về triệu chứng).
 - Các yếu tố làm tăng hay giảm triệu chứng.
 - Tác động của triệu chứng đến các hoạt động hàng ngày.
 - Các điều trị trước đây và hiện tại và hiệu quả của điều trị.
 - Mức độ giảm đau mong muốn của người bệnh.

3.2.Thang điểm mức độ đau

Công cụ đo lường mức độ đau dựa trên tự đánh giá chủ quan của người bệnh. Điểm số của cơn đau không nên sử dụng để so sánh cơn đau giữa những người bệnh khác nhau. Điểm số của cơn đau được sử dụng để theo dõi diễn tiến cơn đau trên cùng một người bệnh theo thời gian.

Một số công cụ:

- **Thang điểm cường độ đau bằng con số:** Người bệnh sẽ mô tả mức độ đau bằng con số từ 0 (không đau) đến 10 (đau nhất). Bảng điểm hữu ích cho hầu hết người lớn với nhận thức còn nguyên vẹn và trẻ em từ 7 tuổi trở lên. Bảng điểm có thể phải giải thích nhiều lần đối với người bệnh có trình độ giáo dục thấp.
- **Thang điểm cường độ đau bằng thị giác (VAS)**



Thang điểm cường độ đau bằng con số (NRS) và thang đánh giá bằng thị giác (VAS)

3. Điều trị giảm đau

3.1. Nguyên tắc chung

Tất cả những người bệnh chịu đựng cơn đau ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh đều phải được điều trị để giảm bớt đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ, trừ khi người bệnh từ chối dùng thuốc giảm đau (rất hiếm).

Giảm đau hiệu quả là khi người bệnh không còn cảm giác đau, hoặc cảm thấy dễ chịu và có thể thực hiện được những hoạt động thường ngày của mình mà không bị cản trở bởi đau.

Giảm đau có thể được thực hiện tại cơ sở y tế, trong cộng đồng và tại nhà. Đặc biệt, thuốc morphin dạng phóng thích nhanh, phải sẵn có và được cấp phát cho người bệnh dùng tại nhà đối với những cơn đau vừa hoặc nặng do mọi loại bệnh tật.

Đau mạn tính có thể gây các trạng thái lo âu hoặc trầm cảm và ngược lại những rối loạn khí sắc như trầm cảm và rối loạn lo âu có thể làm cơn đau nghiêm trọng hơn. Vì vậy, đánh giá chăm sóc giảm nhẹ (bao gồm đánh giá tâm lý) cần được thực hiện như một phần không thể thiếu khi đánh giá đau mạn tính.

Mỗi người bệnh đều khác biệt. Vì vậy kế hoạch điều trị đau cần được cá thể hóa dựa trên việc đánh giá từng người bệnh và đáp ứng của họ với điều trị.

Thuốc opioid phải luôn được lưu trữ an toàn và tránh việc chuyển hướng sử dụng thuốc, sử dụng sai mục đích, kể cả tại nơi sản xuất hoặc nhập khẩu, trong quá trình vận chuyển, tại bệnh viện, phòng khám, cơ sở bán lẻ thuốc và tại nhà người bệnh.

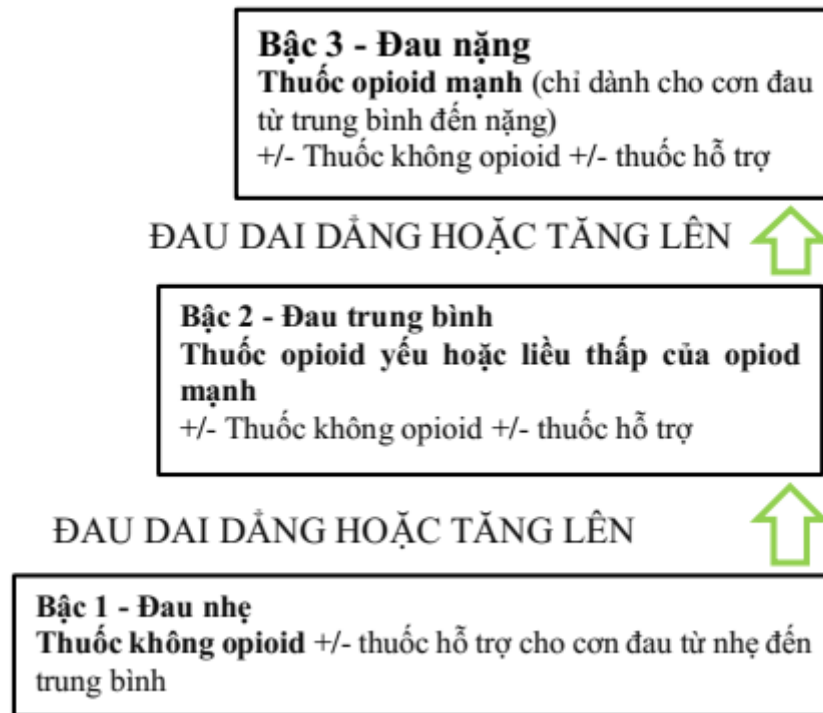
3.2. Nguyên tắc điều trị đau bằng thuốc

Đường dùng thuốc

- Đường uống được ưu tiên sử dụng trừ khi người bệnh không có khả năng uống được thuốc hoặc khi cơn đau quá nghiêm trọng.
- Trong trường hợp đau nghiêm trọng, điều trị đau bằng đường tiêm dưới da hoặc đường tĩnh mạch nên được dùng để giảm đau nhanh.
- Liều đúng: liều đủ để giảm đau cho người bệnh. Để tìm ra liều đúng và hạn chế tối thiểu các tác dụng không mong muốn, nhân viên y tế cần theo dõi sát hiệu quả giảm đau của thuốc.

3.3. Thang giảm đau 3 bậc

Thang giảm đau 3 mức rất hữu dụng, được dùng như một công cụ giảng dạy và như một hướng dẫn chung để điều trị đau dựa vào mức độ đau. Tuy nhiên, thang đau không thể thay thế kế hoạch giảm đau được cá thể hóa dựa trên đánh giá cẩn thận cơn đau của từng người bệnh. Cần lưu ý là việc khởi đầu điều trị giảm đau cần tương ứng với mức độ đau (ví dụ: Đau mức độ nặng, tương ứng khởi đầu giảm đau bậc 3...).



Thang giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới

3.4. Liều dùng các thuốc giảm đau

Liều hằng ngày: Khi cơn đau mạn tính ở mức độ từ trung bình đến nặng, thuốc giảm đau nên được dùng thường xuyên vào những giờ cố định. Trước khi tác dụng của một liều thuốc đã cho trước đó giảm bớt, nên cho sử dụng liều tiếp theo.

Liều cứu hộ: Liều cứu hộ bổ sung thêm cho liều hằng ngày để kiểm soát cơn đau đột xuất: Các cơn đau bùng phát có thể xảy ra mặc dù đã dùng đủ liều hằng ngày.

- Hầu hết những thuốc giảm đau không opioid (paracetamol, NSAID) đều có giới hạn liều dùng hằng ngày và có thể gây ra độc tính nghiêm trọng nếu vượt quá liều tối đa. Do đó, không nên sử dụng thuốc giảm đau không opioid để điều trị cơn đau đột xuất trong hầu hết các trường hợp.
- Thuốc giảm đau hỗ trợ không nên dùng để điều trị cơn đau đột xuất cấp tính.
- Thuốc opioid phóng thích nhanh đường uống và đường tiêm/truyền rất phù hợp để can thiệp nhanh nhất thời cho cơn đau đột xuất.
- Đối với người bệnh ngoại trú, liều cứu hộ thường bằng khoảng 10% tổng liều opioid hằng ngày. Ví dụ, một người bệnh đang dùng morphin đường uống 10mg/lần, mỗi 4 giờ. Tổng liều điều trị trong ngày là: $10 \text{ mg} \times 6 = 60 \text{ mg}$. Liều cứu hộ: $10\% \times 60 \text{ mg} = 6 \text{ mg}$ mỗi 2 - 4 giờ khi cần thiết
- Nếu cơn đau đột xuất thường xảy ra và cần sử dụng liều cứu hộ thường xuyên, liều giảm đau hằng ngày cần được tăng thêm. Ví dụ, nếu người bệnh đang dùng morphin liều 10mg/lần, mỗi 4 giờ, đồng thời cần dùng thêm liều cứu hộ là 6mg/lần, 5 lần ngày; Tổng liều cứu hộ: $6 \text{ mg} \times 5 \text{ lần} = 30 \text{ mg/ngày}$; Vì vậy, liều thường xuyên theo giờ tăng lên thành 15mg/lần, mỗi 4 giờ.
- Nếu người bệnh có cơn đau đột xuất có thể dự đoán trước do tắm rửa, đi lại hoặc các hoạt động thể chất khác, liều cứu hộ nên được thêm vào trước khi tiến hành các hoạt động đó.
- Một liều opioid đường uống nên được dùng ít nhất 30 phút trước các hoạt động gây đau.

- Một liều opioid tiêm/truyền đường tĩnh mạch nên được dùng ít nhất 10 phút trước các hoạt động gây đau.

3.5. Thuốc giảm đau không opioid

Sử dụng các thuốc giảm đau không opioid

Tên thuốc/ Đường dùng	Liều khởi đầu	Khoảng cách giữa các lần dùng thuốc	Liều tối đa hằng ngày	Lưu ý
Các thuốc giảm đau được khuyến cáo				
Acetaminophen (paracetamol) (Viên nén và xi- rô uống. Dung dịch tiêm truyền)	Người lớn: 500 - 1.000mg	Mỗi 4-6 giờ/lần	4.000mg	- Sử dụng thận trọng, điều chỉnh liều hoặc tránh dùng tùy thuộc vào mức độ suy gan và các yếu tố liên quan - Người bệnh xơ gan hoặc bệnh gan mạn tính không thường xuyên uống rượu thường dung nạp tốt với liều paracetamol < 3g/ngày - Tránh dùng ở người bệnh xơ gan hoặc suy gan mạn thường xuyên uống rượu - Dùng quá liều quy định có thể gây ngộ độc gan.
	Sơ sinh: Tuổi thai 28 - 32: tuần: 10 - 12mg/kg/liều uống hoặc đặt trực tràng	Mỗi 6-8 giờ/lần	40mg/kg /ngày	
	Sơ sinh: Tuổi thai ≥ 33 tuần và sơ sinh đủ tháng <10 ngày tuổi: 10 - 15mg/kg/liều	Mỗi 6 giờ/lần	Tối đa 60mg/kg/ ngày	
	Sơ sinh đủ tháng >10 ngày tuổi 10 - 15mg/kg/liều	Mỗi 4-6 giờ/lần	Tối đa 75mg/kg/ ngày	
	Trẻ em: 10- 15mg/kg	Mỗi 4-6 giờ/lần	Tối đa 75 mg/kg/ng ày lên đến 4.000mg/ ngày	
Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)				
Ibuprofen (Viên nén 200, 300, 400, 600,	Người lớn: 400- 800mg	Mỗi 6-8 giờ/lần	Người lớn: 2.400mg	- Nếu dùng kéo dài cần cân nhắc dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột.

800mg; xi-rô cho trẻ em hàm lượng tùy theo nhà sản xuất.)	Trẻ em: 5-10mg/kg		Trẻ em: không dùng quá liều khuyến cáo: 400mg/mỗi liều và 40mg/kg/ngày	- Sử dụng thận trọng ở những người bệnh có bệnh gan nặng do làm tăng nguy cơ chảy máu. - Sử dụng thận trọng hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận.
Diclofenac (Dạng phóng thích nhanh) Đường uống Dạng đặt trực tràng Dạng phóng thích kéo dài	Người lớn: 25-75mg	Mỗi 12 giờ/lần Dạng đặt có thể dùng 1-3 lần/ngày	200mg	- Nếu dùng kéo dài phải dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. - Sử dụng thận trọng ở những người bệnh có bệnh gan nặng do làm tăng nguy cơ chảy máu. - Giảm liều hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận.
Ketorolac Tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch. Đường uống	Người lớn: - Liều nạp khởi đầu 30-60mg, sau đó duy trì 15-30mg - Uống: 10mg	Mỗi 6 giờ/lần	- Đường tiêm: 120mg - Đường uống: 40mg	- Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. Khuyến cáo sử dụng thêm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. - Dùng trong khoảng thời gian ngắn (nhiều nhất là 5 ngày). - Sử dụng thận trọng ở người bệnh có bệnh gan nặng do tăng nguy cơ chảy máu. - Giảm liều hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận.
Meloxicam Đường uống	Người lớn: 7,5-15mg	Mỗi 24 giờ/lần	30mg	- Nếu dùng kéo dài phải dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột. - Sử dụng thận trọng ở người bệnh có bệnh gan nặng do tăng nguy cơ chảy máu. - Giảm liều hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận.

Tránh sử dụng thuốc NSAID trong những trường hợp sau:

- Tiền sử xuất huyết tiêu hóa hoặc loét dạ dày tá tràng.
- Con đau mơ hồ ở vùng thượng vị.
- Bệnh gan nghiêm trọng đến mức gây tăng INR.
- Suy thận ở bất kỳ mức độ nào.
- Nguy cơ chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào, giảm tiểu cầu, tăng INR, sử dụng thuốc chống đông máu...
- Người bệnh đang chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào.
- Nguy cơ huyết khối.

- Khi sử dụng thuốc NSAID kéo dài, nên cân nhắc dùng thêm thuốc ức chế bơm proton (ví dụ: omeprazol).
- Nếu người bệnh đang dùng thuốc NSAID bị đau bụng vùng thượng vị, nên ngừng điều trị bằng NSAID ngay lập tức.
- Nôn ra máu, đi tiêu phân đen hay lẫn máu, hoặc bất kỳ bằng chứng nào của xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu y khoa và phải được đánh giá ngay lập tức tại cơ sở y tế.

3.6. Thuốc giảm đau opioid

3.6.1. Những khái niệm quan trọng

- Dung nạp opioid: hiện tượng bình thường xảy ra khi sử dụng opioid lâu dài với một liều cố định mà hiệu quả giảm đau bị suy giảm. Khi bị dung nạp opioid, cần tăng liều để duy trì hiệu quả giảm đau ổn định.
- Sự phụ thuộc opioid về mặt thể chất: hiện tượng bình thường xảy ra khi dùng opioid kéo dài, triệu chứng của hội chứng cai xảy ra nếu dùng đột ngột hoặc nếu hiệu quả của opioid bị triệt tiêu bằng thuốc đối kháng. Bởi vì hiện tượng bình thường này, điều trị opioid mạn tính nên được giảm liều dần dần khi thuốc không còn cần thiết.
- Rối loạn sử dụng opioid (nghiện): rối loạn tâm thần đặc trưng bởi cách thức sử dụng opioid (dùng liều cao hơn đơn thuốc đã kê hoặc bắt buộc phải sử dụng), bắt buộc phải tiếp tục sử dụng ngay cả khi việc sử dụng opioid gây nguy hiểm hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng xã hội, giao tiếp, học tập hoặc làm việc.
- Giả nghiện: hành vi tìm kiếm thuốc do bác sĩ điều trị giảm đau chưa hiệu quả, chấm dứt khi cơn đau được kiểm soát tốt. Giả nghiện cần được chẩn đoán phân biệt với nghiện thực sự khi hành vi tìm kiếm thuốc vẫn tiếp tục mặc dù đã giảm đau hiệu quả.

3.6.2. Các chế phẩm opioid

Morphin uống phóng thích nhanh:

- Là thuốc opioid cần thiết nhất và là thuốc thiết yếu nhất trong chăm sóc giảm nhẹ.
- Có dạng viên nang hoặc dạng dung dịch siros để canh liều.
- Người bệnh ngoại trú đau trung bình đến nặng do bất kỳ bệnh lý nào phải được tiếp cận, được cho phép sử dụng
- Những thuốc opioid phóng thích nhanh khác thường có giá thành cao hơn, nhưng không hiệu quả hơn morphin và không thiết yếu.

Morphin tiêm:

- Cần thiết cho người bệnh không thể dùng thuốc đường uống và cho những cơn đau nặng.
- Trong khi các thuốc opioid đường tiêm khác không thiết yếu trong chăm sóc giảm nhẹ, thuốc tiêm fentanyl rất hữu dụng đặc biệt ở người bệnh suy thận và được dùng để dự phòng cơn đau trước những thủ thuật xâm lấn.

Morphin uống phóng thích kéo dài:

- Hiệu quả để điều trị đau mạn tính vì duy trì nồng độ opioid trong máu hằng định nên hiệu quả giảm đau ổn định hơn opioid tác dụng ngắn.
- Chỉ nên sử dụng như liều hằng ngày theo giờ, không dùng để cứu hộ trong trường hợp đau đột xuất.
- Các opioid phóng thích kéo dài khác thường có giá thành cao hơn và không tốt hơn Morphin về mặt hiệu quả giảm đau, tuy nhiên có thể giúp giảm bớt số lần dùng thuốc trong ngày.

Miếng dán fentanyl:

- Hữu ích với người bệnh không thể dùng thuốc đường uống.
- Không dùng ở người bệnh suy mòn (kém hấp thu), sốt (hấp thu nhanh và không thể dự đoán trước), hoặc chảy nhiều mồ hôi (độ bám dính kém); không dùng ở người chưa từng dùng opioid trước đây; không dùng điều trị đau cấp tính
- Giá thành cao.

Thuốc opioid yếu (có thể được sử dụng để thay thế liều thấp của một opioid mạnh)

Thuốc, dùng	Đường	Liều khởi đầu	Liều duy trì	Lưu ý
Tramadol (Đường uống)		Người lớn: 50-100mg	Mỗi 4-6 giờ	- Thuốc giảm đau có hiệu quả tương tự opioid tác dụng yếu. - Tác dụng không mong muốn thường gặp, đặc biệt là buồn nôn. - Liều tối đa 400mg/ngày. - Giảm liều hoặc tránh dùng ở người bệnh suy thận.
Codein (viên nén 30mg kết hợp với paracetamol) Đường uống		Người lớn: 30-60mg	Mỗi 4-6 giờ	KHÔNG KHUYẾN CÁO - Là tiền chất nên cần được chuyển hóa ở gan thành Morphin, một số người bệnh thiếu enzyme cần thiết tham gia vào quá trình chuyển hóa này. - Nhiều tác dụng không mong muốn hơn các opioid khác, đặc biệt là buồn nôn. - Liều tối đa (360mg một ngày). - Tránh dùng tổng liều paracetamol lớn hơn 4.000mg một ngày.

Thuốc opioid mạnh

Tên thuốc Đường dùng	Liều khởi đầu	Thời gian kéo dài tác dụng	Lưu ý
Morphin sulfat Dạng phóng thích nhanh Đường uống	Người lớn: 5 mg Sơ sinh 0-3 tháng: 0,1mg/kg Sơ sinh 3-6 tháng: 0,1mg/kg Trẻ em > 6 tháng: 0,2 - 0,5mg/kg	4 giờ 6 - 8 giờ 3 - 4 giờ 4 giờ	- Có thể lặp lại liều vừa dùng hoặc tăng liều đơn lên 1,5 đến 2 lần nếu cơn đau không thuyên giảm sau 60 phút. - Cần nhắc dùng thuốc nhuận tràng khi dùng kéo dài.
Morphin sulfat Dạng phóng thích kéo dài Đường uống	Người lớn: 10-15mg	8 - 12 giờ	- Có thể tăng liều lên 1,5 đến 2 lần mỗi ngày nếu cơn đau không thuyên giảm hoặc nếu dùng nhiều liều cứu hộ trong ngày hôm trước. - Nếu cơn đau không giảm nên dùng liều morphin tác dụng ngắn làm liều cứu hộ đột xuất, sau đó tính lại tổng liều thường xuyên chứ không nên tăng liều thuốc phóng thích kéo dài

			- Sử dụng thuốc nhuận tràng trừ khi người bệnh bị tiêu chảy.
Morphin chlorhydrat Tiêm/truyền tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da	Người lớn: 2-5mg	3-4 giờ	- Có thể lặp lại liều vừa dùng hoặc tăng liều lên 1,5 đến 2 lần nếu cơn đau không thuyên giảm sau 15 phút. - Cân nhắc dùng thuốc nhuận tràng khi dùng kéo dài.
	Sơ sinh 0-3 tháng: 0,05 - 0,2mg/kg	6 - 8 giờ	
	Sơ sinh 3-6 tháng: 0,05 - 0,2mg/kg	3 - 4 giờ	
	Trẻ em > 6 tháng: 0,1 - 0,2mg/kg	3 - 4 giờ	

Liều giảm đau tương đương giữa các opioid

Thuốc opioid	Đường uống/ Đặt trực tràng	Tiêm tĩnh mạch/ tiêm dưới da
Morphin	30mg	10mg
Oxycodon	20mg	-
Tramadol	120 - 300mg	100mg
Fentanyl	-	0,1 mg (100mcg)
Codein	200mg	120mg
Pethidin	300mg	75mg

Tác dụng không mong muốn của opioid/cách hạn chế

- Nguy cơ các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của opioid là tối thiểu khi tuân thủ các nguyên tắc kê đơn tiêu chuẩn.
- Kê đơn opioid ở liều thấp nhất có thể để giảm đau ở mức độ mà người bệnh chấp nhận được.
- Buồn ngủ khi bắt đầu dùng opioid hoặc khi tăng liều không phải lúc nào cũng do tác dụng an thần của opioid. Nhiều người bệnh bị đau dai dẳng hoặc thường xuyên bị thiếu ngủ và họ sẽ ngủ khi cơn đau được kiểm soát thích hợp. Giác ngủ sinh lý có thể phân biệt với tác động an thần bằng cách đánh thức người bệnh để kiểm tra. Với giác ngủ sinh lý người bệnh sẽ thức dậy dễ dàng.

Tác dụng không mong muốn của opioid

TDKMM	Tần suất	Cách hạn chế/ điều trị	Ghi chú
Táo bón	Rất phổ biến	Người lớn: - Thuốc nhuận tràng kích thích: bisacodyl 5-10mg uống 1-2 lần/ngày. Tối đa 30mg/ngày. - Thuốc nhuận tràng thẩm thấu hiệu quả kém hơn nhuận tràng kích thích, kèm một số tác dụng không mong muốn: polyethylene glycol uống 1 - 2 lần một ngày. - Có thể dùng kết hợp 2 thuốc khi cần thiết. Trẻ em từ 3 tuổi trở lên: Bisacodyl uống 5mg/ngày. Tối đa 20mg/ngày.	Triệu chứng xuất hiện kéo dài khi sử dụng opioid.
Khô miệng	Phổ biến	Giữ miệng ẩm bằng cách uống nhấp nước thường xuyên hoặc ngậm miếng bọt biển/que gòn ướt.	Triệu chứng xuất hiện kéo dài khi sử dụng opioid.

Buồn nôn	Phổ biến	- Thường nhẹ. - Metoclopramide 10-15mg uống/tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ - Nếu nghiêm trọng, chỉ định haloperidol 0,5 - 1mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 4 giờ khi cần.	Thường tự hết trong vài ngày. Chú ý tác dụng ngoại ý haloperidol và metoclopramid nếu dùng kéo dài là rối loạn vận động chậm, rung giật cơ đặc biệt đối với người cao tuổi
Đổ mồ hôi	Phổ biến	Trấn an người bệnh.	
An thần	Phổ biến	Trấn an người bệnh.	Thường tự hết trong vài ngày.
Sảng	Không phổ biến	Xem Phần IV cách ngăn ngừa và điều trị sảng	Phổ biến nhất ở các người bệnh sa sút trí tuệ hoặc mắc các bệnh lý về não khác.
Cơn giật cơ	Không phổ biến	- Không cần điều trị nếu không gây khó chịu cho người bệnh. - Chuyển đổi sang một loại opioid khác nếu có thể. - Nếu cần, chỉ định diazepam 2-5mg uống hoặc tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ khi cần.	Diazepam làm tăng nguy cơ sảng hoặc an thần.
Ngứa	Không phổ biến	- Thay một opioid khác nếu có thể.	Thường kéo dài khi người bệnh tiếp tục dùng opioid.
Bí tiểu	Không phổ biến	- Tránh sử dụng đồng thời với thuốc kháng cholinergic. - Điều trị đặc hiệu bệnh lý tiền liệt tuyến nếu đi kèm phì đại tuyến tiền liệt lành tính. - Xem xét đặt sonde bàng quang.	Thường gặp ở nam giới có tuyến tiền liệt lớn hoặc bệnh lý thần kinh (đột quỵ, bàng quang thần kinh).
Ức chế hô hấp	Rất hiếm khi xảy ra nếu tuân thủ hướng dẫn dùng thuốc.	- Theo dõi nhịp thở, độ bão hòa oxy và cung cấp oxy khi cần. Không cần điều trị nếu độ bão hòa oxy máu bình thường. - Khi cần thiết, pha loãng 0,4mg naloxon vào 9ml nước muối và tiêm tĩnh mạch 2-3ml (0,08 - 0,12mg) mỗi 2 phút cho đến khi nhịp thở trở về bình thường. Con đau dữ dội có thể xuất hiện. Theo dõi tri giác, nhịp thở tùy theo thời gian tác dụng của thuốc opioid sử dụng trước đó. - Trong trường hợp quá liều opioid dạng phóng thích kéo dài, xem xét sử dụng naloxon truyền tĩnh mạch liên tục 0,2 - 0,6mg/giờ, điều chỉnh liều cho đến khi nhịp thở bình thường.	Tác dụng an thần luôn xuất hiện trước biểu hiện ức chế hô hấp. Tác dụng naloxon chỉ kéo dài 1 giờ, vì vậy phải sử dụng lặp lại khi cần thiết.

3.7. Ngưng sử dụng opioid

Nên ngưng sử dụng opioid khi:

- Khi cơn đau của người bệnh đã cải thiện.

- Khi liệu pháp giảm đau thay thế có hiệu quả.
- Khi người bệnh liên tục vi phạm cam kết sử dụng opioid.
- Khi ngưng sử dụng opioid sau 02 tuần sử dụng hoặc dài hơn, phải chú ý tránh gây ra hội chứng cai. Dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai opioid bao gồm sốt, ớn lạnh, đổ mồ hôi, buồn nôn, nôn, đau quặn bụng, tiêu chảy, đau thất cơ, mất ngủ, chảy nước mũi và tăng huyết áp.
- Để tránh hội chứng cai, nên giảm liều opioid từ từ. Giảm không quá 33% mỗi 2-3 ngày. Nếu xuất hiện hội chứng cai, tăng liều trở lại 33% sau đó giảm liều chậm hơn.

4. Thuốc hỗ trợ kiểm soát đau

Các loại thuốc nêu trên là thuốc giảm đau đơn thuần, không can thiệp điều trị vào nguyên nhân gây đau. Do vậy các thuốc đó có thể không có hiệu quả tối ưu. Trong điều trị kiểm soát đau, chúng ta cần phối hợp thêm điều trị nguyên nhân.

Trong thực hành, Đối với nhóm dị cảm – đau nhóm 1, cơ chế viêm giữ vai trò chính yếu. Do vậy các thuốc kháng viêm NSAID và corticoid sẽ phát huy hiệu quả cao. Đối với 3 thể dị cảm – đau (nhóm 2-3-4), cơ chế bệnh sinh có liên quan đến rối loạn chức năng – tổn thương cấu trúc thần kinh ngoại biên và trung ương. Do vậy việc sử dụng các nhóm thuốc hướng thần kinh sẽ hỗ trợ kiểm soát đau chứng đau.

Thuốc hỗ trợ để giảm đau

Tên thuốc	Liều và đường dùng	Tác dụng không mong muốn
Corticoid		
Prednisolon	Người lớn: 20-80mg x 1 lần/ngày vào buổi sáng, đường uống.	Tăng đường huyết. Thỉnh thoảng gây kích động hoặc cơn loạn thần Bệnh cơ khi sử dụng lâu ngày. Xuất huyết tiêu hóa khi sử dụng kéo dài.
	Trẻ em: 1mg/kg x 1-2 lần/ngày vào buổi sáng, đường uống.	
Dexamethason	Người lớn: 4 - 20mg x 1 lần/ngày vào buổi sáng, đường uống hoặc tiêm truyền tĩnh mạch.	
	Trẻ em: 0,3mg/kg/ngày x 1-2 lần/ngày, đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch.	
Thuốc chống trầm cảm ba vòng		
Amitriptylin	Người lớn: liều khởi đầu 10 - 25mg uống x 1 lần/ngày trước khi đi ngủ. Liều tối đa 100mg trước khi ngủ.	Buồn ngủ lúc khởi đầu. Thường gây tụt huyết áp tư thế, táo bón, khô miệng. Ngộ độc tim đe dọa tính mạng khi dùng quá liều.
	Trẻ em: 0,1mg/kg uống x 1 lần/ngày trước khi đi ngủ. Thêm 0,2 - 0,4mg/kg sau 2-3 ngày khi cần. Tăng liều mỗi 3-4 ngày khi cần và dung nạp được tới liều tối đa 2mg/kg/ngày	
Thuốc chống co giật		
Gabapentin	Người lớn: Bắt đầu với 300mg uống trước khi đi ngủ. Nếu không buồn ngủ vào ban ngày hoặc giảm buồn ngủ, tăng liều đến	Buồn ngủ thường xảy ra lúc khởi đầu và với mỗi lần tăng liều. Theo dõi triệu chứng run hoặc chóng mặt.

	300mg x 2 lần/ngày. Sử dụng cùng một phương pháp để tăng liều lên 300mg x 3 lần/ngày. Tiếp tục tăng liều khi cần và khi dung nạp. Liều thấp nhất có hiệu quả: 300mg uống x 3 lần/ngày. Liều tối đa 3.600mg/ngày.	Giảm liều hoặc tránh sử dụng ở người bệnh suy thận.
	Trẻ em: 5 mg/kg x 1 lần/ngày uống trước khi ngủ. Tăng liều lên x 2-3 lần/ngày khi cần hoặc dung nạp, sau đó 2-5mg/kg/ngày tới tối đa 2.400 - 3.600mg/ngày.	
Natri valproat	Người lớn: Liều khởi đầu: 15mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia làm 2-3 lần. Liều tối đa: 60mg/kg/ngày.	Gây buồn ngủ. Không dùng ở người bệnh có bệnh gan. Giảm liều ở người bệnh cao tuổi. Hiệu quả với kích động kháng trị.
Thuốc gây tê cục bộ (thuốc chẹn kênh Na)		
Lidocain	Khởi đầu với liều nạp 1mg/kg tiêm tĩnh mạch. Nếu đã giảm đau, xem xét truyền tĩnh mạch liên tục 1-3mg/phút.	Hạ huyết áp, loạn nhịp tim, yếu cơ.
Thuốc kháng cholinergic (thuốc chống co thắt)		
Hyoscine butylbromid	Liều khởi đầu ở người lớn: 10-20mg uống x 3-4 lần/ngày khi cần, hoặc 10mg tiêm tĩnh mạch/tiêm dưới da x 3-4 lần/ngày Liều tối đa 60mg/ngày (uống); 100mg/ngày (TMC). Trẻ em 6-12 tuổi: 10mg uống x 3 lần/ngày, hoặc 0,5mg tiêm tĩnh mạch/tiêm dưới da x 4 lần/ngày khi cần.	Táo bón Khô miệng Nhịp tim nhanh Bí tiểu Không qua hàng rào máu não nên không có tác dụng an thần hoặc chống nôn trung ương.
Scopolamin	Người lớn: 1mg miếng dán: 1-2 miếng mỗi 72 giờ.	Táo bón Khô miệng Nhịp tim nhanh Bí tiểu An thần Sảng
Thuốc giãn cơ vân		
Diazepam	Người lớn: 2-10mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch 2-4 lần/ngày. Trẻ em: 0,12 - 0,8mg/kg/ngày chia làm 3-4 lần uống khi cần hoặc 0,04 - 0,2mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 2-4 giờ khi cần.	Buồn ngủ Sảng

	Liều tối đa 0,6mg/kg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ	
Baclofen	Người lớn: 5mg uống x 3 lần/ngày. Liều tối đa 20mg x 3 lần/ngày	
Bisphosphonat (đau xương do di căn xương)		
Pamidronat	60 - 90mg tiêm tĩnh mạch mỗi 4-12 tuần	Giảm canxi máu. Sốt ngắn ngày (1-2 ngày) hoặc triệu chứng giả cúm (thường ít xảy ra với zoledronat). Nguy cơ tăng tác dụng không mong muốn đối với người bệnh suy thận.
Zoledronat	4mg truyền tĩnh mạch mỗi 4 - 12 tuần	

V.KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG TRONG CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

1.Tổng quan và nguyên tắc tiếp cận

Một số triệu chứng có thể là biểu hiện bên ngoài của một hoặc nhiều bệnh khác nhau. Để giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, đảm bảo sự thoải mái cho người bệnh, chúng ta cần xem việc kiểm soát các triệu chứng là một trong số các mục tiêu của điều trị. Việc điều trị kiểm soát triệu chứng chỉ hiệu quả khi mà chúng ta có phối hợp điều trị bệnh. Ví dụ như trường hợp người bệnh bị đau bụng - trướng bụng do bệnh tắc ruột, tất cả các nhóm thuốc giãn cơ trơn sẽ không có tác dụng. Ví dụ trường hợp người bệnh khó thở do tắc nghẽn đường thở (do sẹp khí – phế quản, do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, do dị vật đường thở...), việc điều trị bằng thuốc dẫn phế quản sẽ chỉ có tác dụng tối thiểu. Vai trò của điều trị bệnh chính vẫn là rất quan trọng.

Do vậy, trong trường hợp giả thuyết chẩn đoán chưa rõ ràng, chưa đủ cơ sở để giải thích nguyên nhân, chúng ta nên đánh giá lại người bệnh một cách toàn diện, bác sĩ cần khai thác thêm thông tin, cần xem xét các chẩn đoán phân biệt.

Thông thường thì việc xác định chẩn đoán chính xác là khó thực hiện trong bối cảnh chăm sóc ngoài bệnh viện, ngoài cơ sở y tế, tại tuyến y tế ban đầu, tại nhà người bệnh. Do vậy việc xây dựng kế hoạch điều trị có thể hướng đến nhiều chẩn đoán cùng lúc, những chẩn đoán có khả năng xuất hiện cao nhất.

Với nguồn lực thường hạn chế, chúng ta sẽ phải lựa chọn loại triệu chứng nào cần ưu tiên kiểm soát – can thiệp. Chỉ khi nào đã kiểm soát tốt các triệu chứng ưu tiên, chúng ta mới dành nguồn lực cho các triệu chứng ít ưu tiên. Một số tiêu chí có thể giúp cho vấn đề lựa chọn:

- Nguy hiểm đến tính mạng, cần can thiệp cấp cứu
- Có thể thực hiện được liền mà không cần phải sử dụng các trang thiết bị chuyên dụng không sẵn có, không cần thuốc đặc hiệu khó tìm.
- Có nguy cơ dẫn đến các biến chứng nguy hiểm khác
- Cách thức thực hiện đơn giản, người bệnh có thể tự thực hiện, không lệ thuộc nhân viên y tế
- Người bệnh yêu cầu can thiệp ưu tiên

2.Khó thở

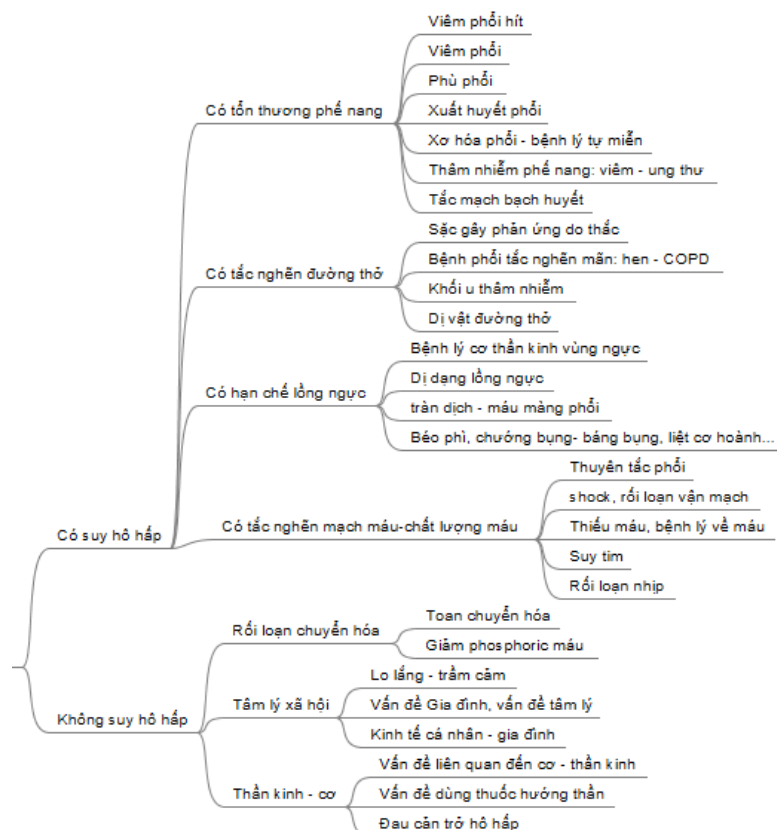
2.1. Định nghĩa

Khó thở là cảm giác không thoải mái khi thở, là một cảm giác chủ quan từ người bệnh và không nhất thiết kèm với suy hô hấp. Về mặt nguyên nhân của khó thở sẽ có 2 nhóm chính: bao gồm có suy hô hấp và khó thở không có suy hô hấp. Có nhiều yếu tố cùng tham gia ảnh hưởng do vậy cần quan tâm can thiệp phù hợp.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Các nguyên nhân của khó thở có thể phân theo 2 nhóm chính (xem lược đồ). Điểm quan trọng là cần phân định nhóm nào: có hay không có suy hô hấp. Để xác định phân nhóm, một số thông tin gợi ý nhóm khó thở có suy hô hấp:

- Chỉ số SpO₂ (độ bão hòa hemoglobin trong máu mao mạch) <95% thể hiện có thiếu oxy
- Cho thở oxy giúp giảm nhanh các triệu chứng khó thở



2.3. Đánh giá tình trạng khó thở

Khó thở là nhận định chủ quan, do vậy việc đánh giá khó thở cần có ý kiến nhận xét của người bệnh. Sử dụng thang điểm đánh giá nhanh từ 0-10 sẽ giúp chúng ta định lượng được mức độ khó thở.

Bên cạnh khía cạnh chủ quan, một số thông tin khách quan (dấu chứng) có thể sử dụng để theo dõi mức độ nặng của khó thở:

- Tăng nhịp thở >20 lần
- Thở có co kéo cơ hô hấp phụ
- Kiểu thở Kausmau-Cheny-Stock

- Vả mồ hôi
- Thở qua miệng
- Thở khò khè - thở rít
- Ho liên tục
- Nói ngắt quãng hoặc từ chối giao tiếp

2.4. Điều trị triệu chứng

Trong điều trị triệu chứng có bao gồm các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Cụ thể:

2.4.1. Phương pháp không dùng thuốc:

- Mở cửa sổ - cửa chính tạo điều kiện thông thoáng không khí trong phòng
- Dùng khăn lau mát vùng mặt – miệng – mũi
- Dùng quạt tạo luồng khí thổi nhẹ về phía người bệnh, hướng về phía mặt
- Thay đổi tư thế thoải mái, thuận lợi cho việc thở: ngồi hoặc nằm nghiêng 45 độ
- Mặc quần áo thông thoáng, mỏng dễ thoát khí
- Dùng ít tinh dầu thơm – máy tạo độ ẩm nhẹ, dùng nhạc nhẹ không lời
- Hướng dẫn người bệnh tự thở chu môi
- Vệ sinh răng miệng, làm ẩm vùng miệng bằng khăn ướt – gòn ướt nếu người bệnh đang bị suy giảm tri giác.

2.4.2. Phương pháp dùng thuốc

- Cho thở oxy với liều lượng bắt đầu bằng 2 lít oxy/ phút và tăng dần theo đáp ứng của người bệnh (có thể sử dụng máy đo SpO2 để đánh giá, hỏi cảm giác của người bệnh). Với dòng oxy lưu lượng thấp có thể dùng cannule mũi. Nếu dòng oxy lưu lượng cao >5 lít thì nên dùng mặt nạ thở oxy.
- Thở áp lực dương liên tục đường thở bằng cách sử dụng dụng cụ hỗ trợ phối hợp tạo áp lực dòng khí.
- Dùng morphin liều thấp để kiểm soát triệu chứng khó thở (tham khảo bài giảm đau để có thông tin về sử dụng morphin)
- Dùng các thuốc an thần – chống lo âu. Lưu ý các nhóm thuốc này nên sử dụng thận trọng với chỉ định của bác sĩ chuyên khoa để tránh làm nặng thêm tình trạng khó thở - suy hô hấp.

2.5. Điều trị nguyên nhân

2.5.1. Viêm phổi

- Sử dụng kháng sinh thích hợp tương ứng với tình trạng bệnh. Việc lựa chọn kháng sinh tùy thuộc vào nhóm tác nhân gây bệnh, theo kinh nghiệm do vậy cần có sự đánh giá của bác sĩ
- Các nhóm thuốc kháng ho không khuyến khích sử dụng vì làm tăng khả năng khô đàm, tắc đàm, gây suy hô hấp và kéo dài thời gian điều trị
- Các nhóm thuốc long đờm có thể sử dụng, phối hợp với tập vật lý trị liệu, tập ho chủ động

2.5.2. Hít sặc

- Hít sặc là một trong những nguyên nhân gây suy hô hấp, gây biến chứng viêm phổi hít và có thể tử vong

- Hít sặc xảy ra khi có di chuyển của thức ăn – dịch tiết nước bọt – dịch mũi đi vào khí quản. Nguyên nhân có thể bao gồm: tri giác kém, yếu liệt các nhóm cơ vùng hầu họng, thông nối khí quản – thực quản do tổn thương tại chỗ, do tư thế ăn không phù hợp (nằm), do thức ăn quá lỏng và dụng cụ cho ăn không phù hợp.
- Cần phòng ngừa hít sặc: tránh cho ăn qua đường miệng khi người bệnh có tri giác giảm, ăn từ từ theo nhịp của người bệnh, soạn thức ăn sệt để thức ăn có thể vo khối thuận tiện cho nuốt (ví dụ như làm thạch aga để giúp bổ sung nước – vitamin, dùng thức ăn sệt như yahourt, bột đặc), tư thế ăn là ngồi thẳng, sử dụng dụng cụ phù hợp cho người khuyết tật, dùng thức uống có pha ít gas để tạo cảm giác trong miệng khi cần nuốt.
- Trang bị các kỹ năng vỗ lưng, xử trí cấp cứu, báo cáo nhân viên y tế khi có hít sặc để kịp thời can thiệp
- Nếu người bệnh vẫn còn sặc nhiều, nhân viên y tế có thể đặt sonde dạ dày nuôi ăn, mở tạo đường dò nuôi ăn dạ dày.

2.5.3. Ung thư phế quản – phổi – màng phổi

- Khi có ung thư xâm lấn vùng phế quản, sẽ có kích thích ho nhiều gây khó thở - khó chịu – suy hô hấp – suy kiệt cơ thể do vận sức để ho. Việc điều trị triệu chứng ho có thể tham khảo mục điều trị ho (bên dưới)
- Khi ung thư xâm lấn màng phổi gây dày dính màng phổi, tràn dịch – tràn máu màng phổi, gây suy hô hấp, việc điều trị cần tập trung vào nguyên nhân. Chọc dẫn lưu dịch – máu màng phổi giúp giải quyết nguyên nhân bệnh. Chúng ta có thể sử dụng morphin để kiểm soát đau chứng khó thở.
- Nếu ung thư xâm lấn hoàn toàn một nhánh tiểu phế quản sẽ gây tình trạng xẹp phổi, khó thở. Tình trạng này cần được cho nhập bệnh viện chuyên khoa phù hợp.

2.5.4. Thuyên tắc phổi

- Thuyên tắc phổi xuất hiện khi có tình trạng huyết khối di chuyển từ ngoại biên về phổi gây tắc các vi động mạch phổi, gây mất tương xứng thông khí – tưới máu, gây giảm oxy máu, gây giảm cung lượng tim – suy tim.
- Yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi bao gồm nguyên nhân bẩm sinh:
 - Thiếu antithrombin III;
 - Yếu tố V Leiden (kháng protein C hoạt hóa);
 - Khiếm khuyết gen prothrombin;
 - Thiếu protein C;
 - Thiếu protein S;
 - Rối loạn fibrinogen máu;
 - Rối loạn plasminogen;
 - Tăng homocystein máu.
- Các yếu tố mắc phải:
 - Trên 40 tuổi;
 - Tiền căn phẫu thuật lớn, đặc biệt là phẫu thuật phụ khoa hoặc phẫu thuật vùng xương chậu và chân;
 - Tiền căn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch;
 - Chấn thương, chấn thương sọ não;
 - Gãy khớp háng;
 - Bất động, liệt;
 - Suy tĩnh mạch;
 - Giãn tĩnh mạch chi dưới;

- Suy tim sung huyết;
 - Nhồi máu cơ tim;
 - Béo phì;
 - Mang thai hoặc trong vòng 6 tuần sau sinh;
 - Sử dụng thuốc ngừa thai: Viên uống tránh thai hoặc thuốc hormone;
 - Thói quen hút thuốc lá;
 - Mắc bệnh ác tính;
 - Mắc bệnh tăng tiểu cầu nặng;
 - Tiểu hemoglobin kịch phát về đêm;
 - Đi xe hơi hoặc máy bay đường dài mà không dừng lại vận động cơ thể;
 - Người không sử dụng thuốc làm loãng máu đã được bác sĩ chỉ định;
 - Mắc hội chứng kháng thể kháng phospholipid
- Phòng ngừa: cần nhắc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc kháng đông phù hợp theo chỉ định của bác sĩ.

2.5.5. Phù phổi

- Phù phổi là tình trạng ứ đọng dịch trong khoảng kẽ của vách phế nang, mức độ nặng sẽ có tràn dịch vào lòng phế nang. Thông thường đây là tình trạng cấp tính, gây suy hô hấp cấp.
- Triệu chứng của phù phổi bao gồm SpO₂ giảm thấp, thở nhanh nông – thở chu môi, co kéo cơ hô hấp phụ, khạc đàm hồng, nghe phổi có rale ẩm vùng đáy phổi tăng lên, mức độ nặng sẽ có tím tái – hoảng loạn - tri giác giảm.
- Nguyên nhân sẽ bao gồm phù phổi do tim (do suy tim, ứ đọng tuần hoàn tại phổi, tăng áp lực trong mạch máu, giảm áp lực keo) và không do tim (do tổn thương màng phế nang là hậu quả của hiện tượng viêm).
- Điều trị sẽ tập trung vào nguyên nhân. Đối với điều trị triệu chứng: thở oxy, thay đổi tư thế ngồi thở, tạo áp lực dương thì thở ra, dùng lợi tiểu furosemid (nếu có suy tim), dùng morphin (xem thêm bài về kiểm soát đau).

2.5.6. Yếu các cơ vùng ngực – cơ hoành

- Nguyên nhân bệnh có thể bao gồm xơ cứng cột bên teo cơ, các bệnh thần kinh vùng ngực gây yếu liệt, teo cơ do suy kiệt, ít vận động
- Điều trị cần tập trung vào vật lý trị liệu, dinh dưỡng và tập thở chủ động, tập phản xạ ho.
- Có thể giảm bớt cảm giác khó thở bằng sử dụng morphin liều phù hợp

2.5.7. Thiếu máu nặng

- Thiếu máu nặng cũng là một trong những nguyên nhân gây suy hô hấp do không đảm bảo cung cấp oxy cho chuyển hóa tại mô, gây cảm giác khó thở liên quan đến vận động.
- Nguyên nhân của thiếu máu có thể bao gồm 3 nhóm lớn: giảm tăng sinh máu mới, tăng hủy máu với tuổi thọ hemoglobin rút ngắn và tăng mất máu (mất máu vào các khoang cơ thể hay mất máu ra ngoài cơ thể).
- Việc điều trị thiếu máu cần tập trung vào nguyên nhân. Việc bổ sung sắt, acid folic, kích thích tủy bằng erythropoietin, truyền máu cần theo chỉ định của bác sĩ.
- Để kiểm soát triệu chứng khó thở trong thiếu máu nặng, có thể sử dụng morphin liều phù hợp

2.5.8. Nấc hấp hối – thở kiểu Cheny stock

- Đây là dấu chứng của tình trạng bệnh rất nặng, thuộc chăm sóc cuối đời. Kiểu thở này biểu hiện có tổn thương trung tâm hô hấp vùng thân não, gián tiếp thể hiện tình trạng

bệnh rất nặng và người bệnh sẽ diễn tiến tử vong trong thời gian ngắn (cần chăm sóc cuối đời). Việc điều trị mang tính chất hỗ trợ.

- Cho thở oxy lưu lượng cao
- Nếu có dịch tiết nhiều vùng mũi – họng: sử dụng hyoscine butyl bromid (Buscopan) 20mg, uống - tiêm dưới da – tiêm mạch chậm mỗi 6h hoặc khi cần thiết.
- Để kiểm soát triệu chứng, chúng ta có thể sử dụng morphin liều phù hợp. Tuy nhiên thuốc sẽ gây nặng tình trạng thiếu oxy não

2.5.9. Bệnh phổi tắc nghẽn giai đoạn cuối – bệnh phổi mô kẽ giai đoạn cuối

- Điều trị tích cực với thuốc giãn phế quản và corticoid. Cần tham khảo thêm ý kiến bác sĩ chuyên khoa hoặc chuyển người bệnh nhập bệnh viện để được đánh giá và điều trị phù hợp.
- Nếu người bệnh hợp tác, hướng dẫn người bệnh thở chu môi (tạo áp lực dương thì thở ra), tập thở qua khe hẹp, thở bong bóng để tập luyện việc thở áp lực dương thì thở ra. Tăng cường dinh dưỡng, bổ sung thức ăn giàu năng lượng, dễ tiêu hóa. Năng lượng bổ sung để hỗ trợ tiêu hao năng lượng do việc sử dụng cơ hô hấp phụ trong khó thở mãn tính.
- Nếu người bệnh trong tình trạng chăm sóc cuối đời, việc kiểm soát khó thở có thể sử dụng thuốc morphin (tham khảo cách dùng morphin trong bài giảm đau). Lưu ý việc sử dụng thuốc sẽ gây nặng tình trạng thiếu oxy não, tăng ứ đọng thán khí CO₂ gây toan hô hấp làm nặng tình trạng bệnh.

3. Ho

3.1. Tổng quan

Ho là một phản ứng của cơ thể nhằm làm sạch đường thở (khí quản-phế quản) và bảo vệ đường thở chống lại các tác nhân gây tổn thương hệ hô hấp. Các tác nhân này có thể là vật lý (dị vật, đờm, ..), hóa học (thuốc, khí gas,..), sinh học (các siêu vi, vi trùng)..

3.2. Đánh giá tình trạng ho

Trên lâm sàng, cần nhận định các thể ho khác nhau:

- Ho đàm: Ho đi kèm với đàm biểu hiện cơ chế tổng xuất chất tiết của phế quản. Do vậy ho là phản ứng bảo vệ hữu ích đối với các tình trạng nhiễm trùng của phổi cấp-mạn. Phần lớn các trường hợp là do nguyên nhân viêm phế quản. Tùy theo màu sắc, tính chất chất tiết giúp gợi ý nguyên nhân
- Ho khan: Ho không có chất tiết, trong tiếng ho không ghi nhận tiếng lọc xọc của đàm (do đàm rung trong đường thở). Tiếng ho này là biểu hiện của tình trạng có kích thích vùng phế quản, gây khó chịu và cơ thể phản ứng bằng cách tạo ho. Tác nhân kích thích có thể là vật lý, hóa học, nhiệt độ.
- Ho kiểu họng: Ho vùng họng (ho khản) thông thường liên quan đến viêm họng hoặc do chất đờm vướng dính vùng sau họng. Tiếng ho sẽ có âm giọng cao, ngắn từng nấc; ho có thể kéo dài từng tràng, không kèm tiếng lọc xọc của đàm. Ở người đang căng thẳng cũng có thể có kiểu ho vùng họng.
- Ho khàn: là ho kiểu thanh quản, liên quan đến nắp thanh môn và dây thanh âm, tiếng ho có âm trầm. Người bệnh có thể có khàn giọng phối hợp.
- Ho gà: là một biến thể của ho kiểu họng, trong đó đặc trưng là ho thành từng tràng, sau đợt ho sẽ có động tác hít hơi vào tạo âm thanh nấc (đặc trưng của ho gà). Đây là ho có

bế tắc đường thở trên, do vậy nó được xem là triệu chứng báo hiệu tình trạng cấp cứu nội khoa.

- Ho đêm kiểu hen tim: ho vào ban đêm gây thức giấc mất ngủ, kèm khó thở phải ngồi thở, ho có liên quan đến tư thế nằm gây tăng ho và khó thở.
- Ho buổi sáng: ho xuất hiện chủ yếu vào đầu buổi sáng. Ho được xem là có liên quan đến bệnh viêm phế quản mãn – bệnh dẫn phế quản.
- Ho liên quan đến buổi ăn: Ho khục khặc trong khi ăn hoặc sau khi ăn có thể là dấu hiệu gợi ý của tình trạng thoát vị hoành, túi thừa thực quản, bệnh thực quản thần kinh (co thắt thực quản thần kinh). Tình trạng sặc thức ăn cũng là nguyên nhân của tình trạng ho liên quan đến buổi ăn.
- Ho kèm khò khè: có kèm thở khò khè là đặc trưng của tình trạng co thắt phế quản: hen phế quản, viêm tiểu phế quản. Trong trường hợp ghi nhận tiếng khò khè ở cả 2 thì thở thì đây là biểu hiện của bế tắc đường thở trên, cần xem như cấp cứu nội khoa.

Các dấu chứng lâm sàng phối hợp khác giúp gợi ý chẩn đoán:

- Ho gây đau vùng sau xương ức có thể gợi ý tình trạng viêm khí phế quản gây ho
- Ho kèm theo sụt cân, mệt mỏi kéo dài có thể gặp trong bệnh lao, bệnh ác tính, bệnh viêm phổi tái diễn trên người có dẫn phế quản.
- Ho đi kèm với tình trạng mất tri giác tạm thời có liên quan giảm cung lượng máu thất trái. Điều này được giải thích trong quá trình ho liên tục, áp lực lồng ngực tăng cao (ho) làm giảm lượng máu trở về tim và gây tụt huyết áp do giảm cung lượng của thất trái
- Ho xuất hiện khi thay đổi tư thế có thể do tình trạng dẫn phế quản
- Ho kèm với các biểu hiện nhầy mũi, xung huyết kết mạc nằm trong bối cảnh của biểu hiện dị ứng: hen phế quản, kích thích bởi dị nguyên phấn hoa..

3.3. Nguyên nhân của ho

Có thể tiếp cận triệu chứng ho theo 2 nhóm: ho cấp tính và ho mạn tính. Trong đó nhóm ho mạn tính có thời gian kéo dài > 3 tuần, thường khó chẩn đoán được nguyên nhân và điều trị khó hiệu quả.

3.3.1. Ho cấp tính:

- Ho cấp là ho xuất hiện ít hơn 3 tuần lễ, có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào. Nguyên nhân thường gặp là nhiễm trùng đường hô hấp trên (thường do siêu vi). Bệnh viêm phổi gây ho cấp, nếu không được điều trị hiệu quả sẽ chuyển qua ho mạn tính. Trong phần lớn các trường hợp, ho cấp tính có nguyên nhân nhiễm trùng hô hấp trên do siêu vi, bệnh thường tự giới hạn, không yêu cầu thăm khám, điều trị chuyên sâu.

3.3.2. Ho mạn tính

- Ho mãn là ho kéo dài trên 3 tuần lễ, các nguyên nhân rất đa dạng, khó chẩn đoán trong bối cảnh ngoài đơn vị y tế.
- Do diễn tiến ho kéo dài, bệnh cảnh phức tạp, một số nguyên nhân có thể chuyển nặng, gây biến chứng suy hô hấp, ảnh hưởng tính mệnh người bệnh. Do vậy chúng ta cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp để được chẩn đoán và xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp.

3.4. Điều trị

Để đạt hiệu quả, việc điều trị cần hướng đến giải quyết nguyên nhân gây ho. Chúng ta cần tham khảo ý kiến của bác sĩ có chuyên môn để có chẩn đoán và kế hoạch điều trị phù hợp.

Việc điều trị triệu chứng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh. Một số nhóm thuốc có thể sử dụng:

- Thuốc ức chế histamin: có thể sử dụng alimemazin 5mg mỗi 8h. Thuốc có gây tác dụng an thần, giảm tiết dịch vị nên có thể phù hợp với người bệnh trong giai đoạn cuối đời. Lưu ý khi sử dụng trên những người bệnh có giảm tri giác, yếu liệt các dây thần kinh sọ vì thuốc gây tăng nguy cơ hít sặc.
- Thuốc ức chế trung tâm ho: Codein 30 - 60mg uống mỗi 6 giờ, thuốc có thể gây ức chế trung tâm hô hấp nên hạn chế sử dụng ở trẻ rất nhỏ, những người có khó khăn trong bảo vệ đường thở, các tình huống ho có nhiều đàm; dextromethophan 15mg mỗi 8h, thuốc không gây ức chế trung tâm hô hấp nên có thể sử dụng ở trẻ nhỏ với liều 5mg mỗi 6h (nhưng không dùng cho trẻ < 2 tuổi)
- Thuốc long đờm (acetyl cystein, bromhexin, các tinh dầu...) có thể sử dụng trên người bệnh ho có đờm. Thuốc có tác dụng giúp làm mềm đờm, hỗ trợ tống xuất ra ngoài thông qua ho.
- Thuốc giãn phế quản: (salbutamol, albuterol, ipratropium, salmeterol,...) được chỉ định trong trường hợp người bệnh có biểu hiện hẹp phế quản (bệnh hen, COPD). Đây được xem là nhóm thuốc chữa nguyên nhân.

4. Buồn nôn – nôn (ói)

4.1. Định nghĩa

Nôn ói là tình trạng trào ngược thức ăn/chất tiết có nguồn gốc từ dạ dày, và đôi khi từ hành tá tràng. Trong nôn ói, cơ bụng và cơ hoành co thắt nhanh làm tăng áp lực ổ bụng, tống thức ăn trong hệ tiêu hóa ra ngoài. Điều này hoàn toàn khác với triệu chứng ợ, chỉ giới hạn ở thức ăn còn trong thực quản (chất tiết chưa có tính acid của dịch dạ dày). Buồn nôn là triệu chứng độc lập thường đi kèm với triệu chứng nôn ói. Nôn được xem là mãn tính nếu xuất hiện kéo dài hơn 4 tuần lễ.

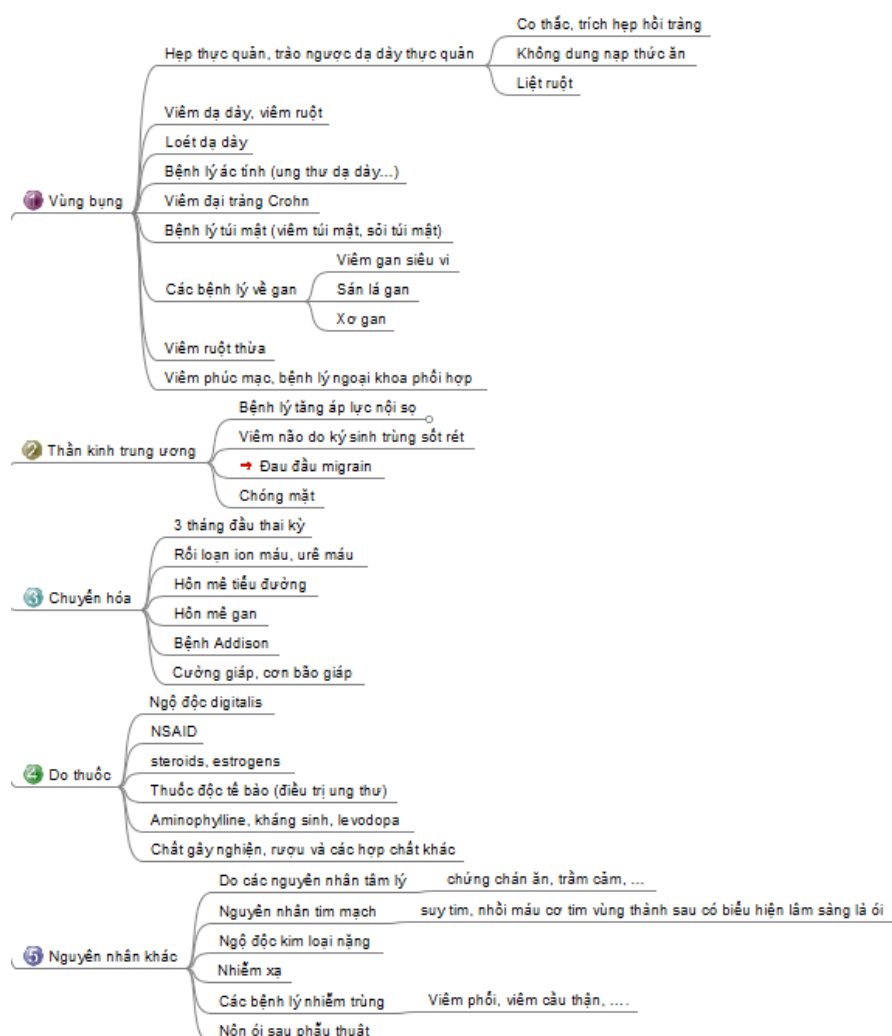
4.2. Đánh giá nôn ói

Buồn nôn - nôn là một trong những than phiền thường gặp. Đây có thể là triệu chứng báo hiệu bệnh lý của hệ tiêu hóa, cũng có thể là triệu chứng của bệnh ngoài hệ tiêu hóa. Việc đánh giá triệu chứng cần quan tâm đến các dấu chứng phối hợp để có thể chẩn đoán được nguyên nhân. Một số thể nôn ói điển hình.

- Nôn ói vào buổi sáng: Nghén 3 tháng đầu thai kỳ, nghiện rượu, trầm cảm, tăng urê máu
- Nôn ói trong khi ăn: viêm loét dạ dày tá tràng, bệnh lý ung thư dạ dày – tá tràng, nguyên nhân tâm lý
- Nôn ói vọt: tăng áp lực nội sọ, bí hẹp đường tiêu hóa, tắc ruột
- Nôn ói kéo dài không kèm thay đổi đặc điểm dinh dưỡng thường do nguyên nhân tâm lý
- Nôn ói có lẫn dịch mật cần đánh giá lại tiền căn có phẫu thuật đường ruột
- Nôn ói có thức ăn đã vữa với dịch vị vừa gợi ý khả năng tắc vùng môn vị
- Nôn ói thức ăn còn nguyên dạng gợi ý bệnh lý tắc nghẽn vùng tâm vị
- Nôn ói có mùi phân gợi ý khả năng tắc ruột.

4.3. Nguyên nhân

Nôn ói là triệu chứng của nhiều nguyên nhân khác nhau. Việc xác định nguyên nhân cần đánh giá toàn diện. Do vậy gia đình cần yêu cầu nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp để khám và điều trị.



Các nguyên nhân của nôn ói

4.4. Điều trị

Việc điều trị nôn ói cần quan tâm đến giải quyết nguyên nhân chính gây bệnh. Một số tình huống đặc thù trong chăm sóc giảm nhẹ, điều trị nôn ói nhằm tạo sự thoải mái cho người bệnh.

4.4.1. Sau hóa trị - xạ trị vùng bụng

- Nhóm thuốc đối kháng 5-HT₃ được chỉ định trong điều trị tình trạng buồn nôn sau hóa trị. Một số thuốc thuộc nhóm này như Ondansetron, Dolasetron.
- Có thể bắt đầu bằng dùng Ondansetron 4 - 8mg uống hoặc tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ hoặc khi cần thiết

4.4.2. Tăng áp lực nội sọ

- Dùng dexamethasone 8-20mg chia làm 1-2 lần/ngày, dùng đường uống hoặc tiêm mạch chậm.

- Thuốc được ưu tiên sử dụng buổi sáng để theo nhịp tiết corticoid trong ngày, đồng thời hạn chế tác dụng gây mất ngủ của thuốc
- Cần theo dõi các tác dụng ngoại ý như kích động, lo âu, xuất huyết tiêu hóa

4.4.3. Rối loạn lo âu

- Haloperidol 0,5-2mg x 2-4 lần/ngày, uống, tiêm mạch chậm hoặc tiêm dưới da, theo giờ hoặc khi cần thiết
- Diazepam 2-10mg x 3 lần/ngày, uống, tiêm mạch chậm hoặc tiêm dưới da, theo giờ và/hoặc khi cần thiết. Hạn chế sử dụng ở người cao tuổi và người có nguy cơ sảng, nguy cơ té ngã
- Fluoxetin 10-60mg uống mỗi sáng (đối với lo âu mạn). Bắt đầu bằng liều điều trị 10mg mỗi ngày, tăng dần liều sau mỗi tuần đến khi đạt kết quả điều trị. Do thuốc có khả năng gây tăng tình trạng lo âu thêm trong 1 -2 tuần đầu nên chúng ta cần chú ý theo dõi và đánh giá phù hợp.

4.4.4. Liệt dạ dày

- Metoclopramid 10mg hoặc domperidol 10mg, chia 4 lần/ngày, uống, tiêm mạch chậm hoặc tiêm dưới da, theo giờ hoặc khi cần thiết.
- Không kết hợp metoclopramid với các thuốc chẹn dopamin khác vì nguy cơ tương tác thuốc

4.4.5. Chóng mặt

- Diphenhydramin 12,5-50mg x 3-4 lần/ngày, uống hoặc tiêm mạch chậm, theo giờ hoặc khi cần thiết.
- Có thể sử dụng các nhóm thuốc điều trị chóng mặt như acetyl leucin 500mg 1v x 3 lần/ngày, betahistin 8mg 1v x 3 lần/ngày.

5. Tiêu chảy

5.1. Định nghĩa

Tiêu chảy là tình trạng đi phân lỏng bất thường nhiều hơn 3 lần/ngày kèm theo hoặc khối lượng phân nhiều hơn 300g/ngày. Trong thực tế việc xác định khối lượng chính xác của phân là điều không dễ. Trong thực hành lâm sàng có thể dựa vào ước tính của người bệnh về mức độ lỏng của phân để nhận định. Phân lỏng cho thấy có nước nhiều trong phân. Tuy nhiên điều này cũng không đúng trong tất cả các trường hợp.

5.2. Theo dõi triệu chứng

- Xác định số lần tiêu chảy và mức độ nước trong phân (đánh giá qua tính chất lỏng của phân, tổng khối lượng phân).
- Nghe nhu động ruột giúp phân nào khu trú cơ chế bệnh lý gây tiêu chảy và nguyên nhân bệnh : tiêu chảy do ruột non – ruột già, nhiễm trùng – không nhiễm trùng.
- Tìm kiếm các dấu hiệu báo động: sinh hiệu, máu trong phân, tình trạng dùng thuốc kháng sinh, dấu mất nước, sốt – dấu nhiễm trùng...
- Xác định nguyên nhân bệnh: đa phần tiêu chảy cấp thường do nguyên nhân nhiễm trùng. Thông tin về bệnh sử và bệnh cảnh cho phép xác định được tác nhân nhiễm trùng. Tuy nhiên, các nguyên nhân thuộc nhóm tiêu chảy mạn cũng có thể được xem xét vì có thể đây là thời điểm cấp của một bệnh mạn tính.
- Đánh giá tình trạng mất nước (dấu mất nước ngoại bào, dấu mất nước nội bào)

- Đối với tiêu chảy mãn, cần đánh giá xem người bệnh hội đủ tiêu chuẩn của hội chứng đại tràng kích thích. Cũng cần đánh giá tình trạng hậu môn, trực tràng trong trường hợp nghi ngờ bệnh thuộc trực tràng.

5.2.1. Dấu mất nước

5.2.1.1. Dấu mất nước nhẹ

- Mệt mỏi
- Chán ăn
- Choáng váng
- Hạ huyết áp tư thế

5.2.1.2. Dấu mất nước trung bình

- Mệt mỏi mất tập trung
- Chóng mặt
- Chuột rút cơ
- Tóp má
- Lưỡi khô
- Mắt trũng
- Giảm độ đàn hồi da (dấu véo da)
- Hạ huyết áp tư thế
- Nhịp tim nhanh
- Thiếu niệu

5.2.1.3. Dấu mất nước nặng

- Hạ huyết áp tư thế, huyết áp tâm thu <90mmHg
- Thiếu niệu -> vô niệu
- Nổi vân da (dấu co thắt vi mao mạch máu dưới da, co mạch ngoại vi)
- Rối loạn tri giác, lơ mơ, hôn mê
- Yếu liệt cơ thể

5.2.2. Điều trị

Phần lớn các trường hợp, bệnh tiêu chảy là tự giới hạn. Việc điều trị chủ yếu là uống bù dịch và chất điện giải. Việc sử dụng thuốc đặc hiệu thông thường là không cần thiết trừ trường hợp do bệnh lý thực thể nặng. Vai trò của nhân viên y tế là cần đánh giá phân loại tình trạng bệnh để có thể tư vấn điều trị phù hợp (tham khảo nội dung phía trên để đánh giá đúng tình trạng bệnh).

Việc điều trị tiêu chảy bao gồm những hướng điều trị chính

- Bù nước – chất điện giải
- Điều trị triệu chứng – hỗ trợ
- Kháng sinh trong tiêu chảy nhiễm trùng
- Điều trị nguyên nhân trong điều trị tiêu chảy thứ phát

Giải pháp điều trị cụ thể:

- Bù dịch và chất điện giải nếu phù hợp với mục tiêu chăm sóc.
- Nếu tiêu chảy không rõ nguyên nhân, không đáp ứng với điều trị bằng thuốc kháng sinh và không sốt hoặc phân không có máu; viêm do tưa xạ; hóa trị ung thư. Điều trị bằng

Loperamid 4mg cho liều đầu tiên, sau đó 2mg sau mỗi lần đi phân lỏng đến tối đa 16mg mỗi ngày; hoặc diphenoxylat + atropin (5mg + 0,05mg) tối đa bốn lần mỗi ngày khi cần thiết.

- Trong trường hợp tiêu chảy do lạm dụng thuốc nhuận tràng, chúng ta phải ngừng hoặc giảm liều thuốc nhuận tràng

6. Táo bón

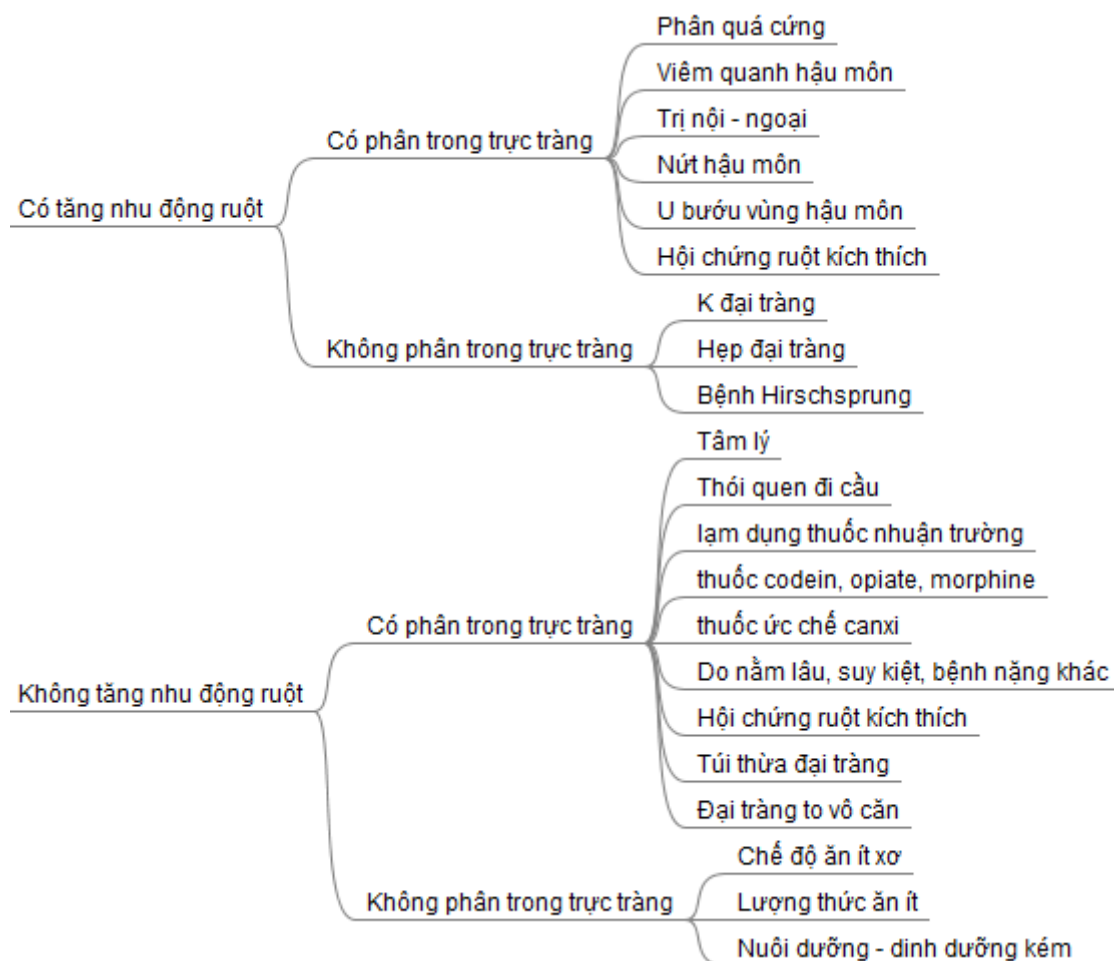
6.1. Định nghĩa

Đối với người lớn, táo bón là tình trạng đi cầu ít hơn 3 lần trong một tuần. Đối với trẻ em, táo bón cần có ít nhất 2 dấu chứng trong số các dấu chứng sau:

- Tiền sử nhịn đi cầu vì sợ đi cầu gây đau.
- Có phân kích thước lớn trong trực tràng.
- Có tiền sử đi cầu bị đau hoặc khó khăn.
- Tiền sử đi cầu với phân to, lượng nhiều gây tắc bồn cầu

6.2. Nguyên nhân

Táo bón có thể có nhiều nguyên nhân, việc tiếp cận chẩn đoán cần phối hợp nhiều thông tin ghi nhận từ bệnh sử và lâm sàng. Lược đồ sau giúp gợi ý chẩn đoán nhanh



Lược đồ tiếp cận chẩn đoán

6.3. Điều trị

Đối với táo bón đơn thuần, việc điều trị tập trung vào chế độ ăn, tập luyện thói quen, hỗ trợ nhu động đại tràng. Đối với táo bón thứ phát, việc điều trị thường khó khăn vì cần phải can thiệp nguyên nhân. Kế hoạch điều trị táo bón bao gồm 4 nhóm:

- Điều trị theo nguyên nhân
- Giáo dục tư vấn tập thói quen đi cầu
- Thay đổi chế độ ăn giàu chất xơ
- Thuốc nhuận trường

Đối với sử dụng các thuốc nhuận trường, chúng ta có một số tùy chọn như sau:

- Thuốc tạo khối = xơ tự nhiên/tổng hợp
 - Methylcellulose
 - Calcium polycarbophil
 - Wheat dextrin
 - Psyllium
- Thuốc tăng thẩm thấu
 - Polyethylene glycol – PEG 110-20g trộn với nước uống x 1-2 lần/ngày
 - Lactulose 15-45ml uống x 2-3 lần/ngày, duy trì 30-90ml/ngày. Do chất lactulose có thể bị phân hủy bởi vi khuẩn đường ruột nên thuốc có thể gây sinh hơi, khó chịu.
- Thuốc kích thích
 - Bisacodyl 5-10mg 1v mỗi tối, sẽ tạo cảm giác buồn cầu vào sáng ngày hôm sau. Thuốc tác động vào nhu động của đại tràng, không thay đổi khối lượng phân.

7. Đau vùng miệng – nuốt đau

7.1. Tổng quan

Sức khỏe và vệ sinh vùng miệng cần được quan tâm chăm sóc đối với người bệnh là người khuyết tật hoặc người bệnh nặng không thể tự thực hiện, tự chăm sóc. Vùng họng miệng là nơi giao nhau của hệ tiêu hóa và hệ hô hấp, đây cũng là nơi có thức ăn lưu lại nên vi khuẩn dễ tăng sinh và gây bệnh. Khi xảy ra bệnh vùng miệng, các cấu trúc răng, nướu, lưỡi, họng cũng sẽ bị viêm nhiễm, gây chảy máu, mất vị giác, đau họng, tăng nguy cơ nhiễm trùng cho phổi.

7.2. Điều trị một số tình trạng vùng miệng

7.2.1. Nấm miệng

Bệnh gây viêm nặng vùng niêm mạc môi – lưỡi – nướu – họng. Biểu hiện của bệnh là có các mảng bám màu trắng (nấm candida) hoặc các màu khác (do các loại nấm trong nhiễm trùng cơ hội) trên nền niêm mạc viêm đỏ.

Điều trị bao gồm các thuốc kháng nấm:

- Nystatin 25.000IU dạng bột rơ lưỡi; dạng viên uống 500.000-1.000.000 IU.
- Fluconazol 100 - 200mg uống x 1 lần x 7 - 14 ngày
- Itraconazol 200mg uống x 1 lần x 7 ngày

Điều trị giảm đau: lidocain đặc 2%, 15ml súc họng sau đó nhỏ trước bữa ăn và khi đi ngủ (đau miệng), hoặc 15ml súc họng và nuốt trước khi ăn và khi đi ngủ (đau khi nuốt). Một số kẹo ngậm có chứa tinh dầu, thuốc giảm đau tại chỗ có thể sử dụng vừa có tác dụng giảm đau, vừa có tác dụng cân bằng lại môi trường và độ ẩm của họng.

Đối với đau không giảm nhiều với thuốc tại chỗ, dùng thêm paracetamol hoặc morphin uống hoặc tiêm mạch chậm cho đến khi tình trạng nhiễm trùng được giải quyết.

7.2.2.Loét miệng – thực quản

Để giảm triệu chứng, có thể dùng thuốc ngậm gây tê tại chỗ: mật ong, trà tinh dầu menthor, thuốc ngậm có chất gây tê (chứa tetracain, lidocaine)

Bôi lidocain đặc 2% vào vết loét trước khi ăn; bôi corticoid tại chỗ vào vết loét sau khi ăn, x 3 lần /ngày cho đến khi hết hẳn.

Nếu loét > 1cm, cân nhắc sử dụng methylprednisolon 40mg uống mỗi ngày trong 4 ngày, giảm dần 10mg mỗi 4 ngày.

7.2.3.Loét do Herpes

Điều trị bằng acyclovir 400mg uống 5 lần mỗi ngày trong 5 ngày; hoặc valacyclovir 2 g uống mỗi 12 giờ trong 1 ngày.

Điều trị đau bằng thuốc ngậm gây tê tại chỗ: mật ong, trà tinh dầu menthor, thuốc ngậm có chất gây tê (chứa tetracain, lidocaine). Thuốc lidocain đặc 2% bôi vết loét có thể sử dụng nhưng lưu ý khả năng lidocain sẽ gây rối loạn vị giác, ảnh hưởng đến vấn đề mùi vị khi ăn uống.

Nếu đau không thuyên giảm nhiều với thuốc dùng tại chỗ, thêm paracetamol hoặc morphin uống hoặc TMC cho đến khi nhiễm trùng được giải quyết.

7.2.4.Khô miệng

Nguyên nhân có thể do sử dụng các nhóm thuốc serotonin, ức chế histamin; do thở bằng miệng trên những người bệnh có mất trương lực cơ – liệt cơ vùng mặt; vệ sinh vùng miệng kém; chăm sóc nuôi dưỡng kém – ít uống nước; rối loạn giấc ngủ; trầm cảm; các bệnh lý phối hợp khác vùng miệng...

Việc điều trị cần tập trung vào nguyên nhân. Một số biện pháp điều trị không đặc hiệu khác bao gồm: vệ sinh răng miệng nhiều lần; giữ ẩm vùng miệng, uống nước đều đặn; chỉnh các rối loạn vùng miệng; dùng nước soda để tạo môi trường kiềm trong miệng; dùng thuốc chống nấm miệng.

7.2.5.Khó nuốt – nuốt sặc

Nuốt sặc là một trong những nguyên nhân chính của bệnh viêm phổi hít trên người bệnh đang trong giai đoạn chăm sóc giảm nhẹ. Việc phòng ngừa nuốt sặc là quan trọng và cần được đánh giá nguy cơ thường xuyên bởi nhân viên y tế.

Việc đánh giá nguy cơ nuốt sặc bắt đầu bằng khai thác bệnh sử chi tiết về tình huống có sặc trong khi ăn uống, loại thức ăn gây sặc, tư thế lúc ăn là nằm-ngồi, có bị yếu liệt vùng miệng, có bị bệnh vùng hầu họng. Chúng ta có thể làm nghiệm pháp test nước bằng cách yêu cầu uống

nhau 10ml nước. Nếu người bệnh có sắc thì nghiệm pháp dương tính, cho thấy người bệnh có nguy cơ rất cao của nuốt sặc và viêm phổi hít.

Việc điều trị bao gồm các biện pháp hướng dẫn đơn giản:

- Hạn chế ăn khi người bệnh nằm, phải ăn trong tư thế ngồi
- Dùng thức ăn dễ nuốt, hạn chế loại thức ăn dạng lỏng. Có thể làm sệt hóa thức ăn – thức uống bằng cách pha thêm gelatin (agar), bột.
- Ăn với tư thế đầu gập. Động tác này cho phép đồng vận tốt cơ lưỡi và nắp thanh môn
- Uống nước qua ống hút, cho phép phối hợp với đóng nắp thanh môn tránh bị hít sặc
- Dùng nước có gaz để kích thích phản xạ nuốt
- Uống nước bằng thìa từng muỗng, chia nhiều cử ăn nhỏ trong ngày.

Trong trường hợp người bệnh vẫn bị hít sặc, chúng ta có thể chỉ định đặt sonde dạ dày nuôi ăn tạm thời, hoặc mở dạ dày ra da để nuôi ăn vĩnh viễn. Trong trường hợp người bệnh cuối đời, chúng ta có thể nuôi ăn tĩnh mạch trong ngắn hạn.

8. Yếu – mệt mỏi

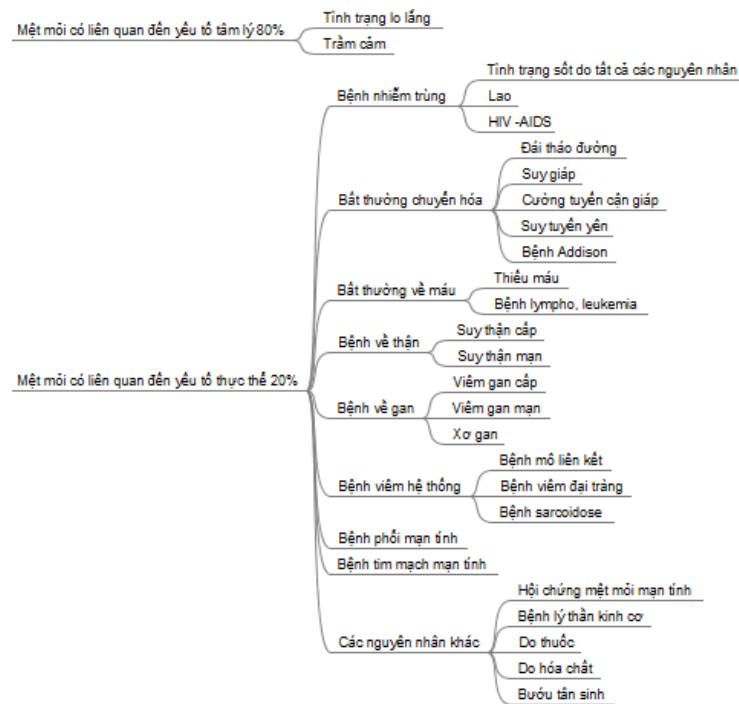
8.1. Tổng quan

Việc khai thác tốt bệnh sử cho phép chúng ta có nhiều thông tin hướng đến chẩn đoán. Do phần lớn nguyên nhân có liên quan đến vấn đề tâm lý, một số triệu chứng có thể bắt gặp với tần suất cao như thay đổi tâm tính, nóng tính, biếng ăn, sụt cân, mất ngủ, vô cảm, mất hứng thú với công việc, trầm cảm.

Mệt mỏi do nguyên nhân tâm lý thường nặng vào buổi sáng, giảm nhiều trong ngày. Trong khi mệt mỏi do nguyên nhân thực thể lại nặng vào buổi tối, giảm nhiều sau một đêm nghỉ ngơi.

Nếu mệt mỏi được phát hiện bởi người thân trong khi người bệnh không có than phiền gì nhiều, yếu tố này gợi ý đến nguyên nhân thực thể hơn là nguyên nhân tâm lý.

8.2. Nguyên nhân



Lược đồ các nguyên nhân của mệt mỏi

Trong tiếp cận chẩn đoán, chúng ta có thể phân làm 2 nhóm

8.2.1. Mệt mỏi cấp

Là tình huống mệt mỏi xuất hiện trong thời gian gần đây. Thông thường thì nhóm này là mệt mỏi thứ phát có nguyên nhân cụ thể. Người bệnh cũng thường có dấu chứng gợi ý đi kèm. Việc xác định nguyên nhân cần bám theo các dấu chứng phối hợp để biện luận. Điều trị tập trung vào giải quyết nguyên nhân.

8.2.2. Mệt mỏi mạn tính

Nhóm này có đa số là mệt mỏi nguyên phát, có liên quan đến các vấn đề tâm lý. Khi thăm khám, chúng ta cần lưu ý các khía cạnh lo âu, trầm cảm phối hợp. Việc điều trị phức tạp vì cần lưu ý can thiệp nhiều yếu tố phối hợp.

8.3. Điều trị

Việc điều trị cần tập trung giải quyết nguyên nhân nguyên phát (gặp chủ yếu trong mệt mỏi cấp). Đối với mệt mỏi mạn tính, nguyên nhân tâm lý – trầm cảm cần được lưu tâm và điều trị.

Đối với người bệnh cuối đời, tình trạng mệt mỏi làm ảnh hưởng giảm chất lượng cuộc sống. Do vậy chúng ta có thể cân nhắc sử dụng methylprednisolon 16 mg bổ sung mỗi ngày vào buổi sáng; hoặc dùng dexamethasone 4-12mg đường uống hoặc tiêm mạch chậm.

9. Sốt

9.1. Định nghĩa

Sốt là tình trạng thay đổi điểm điều nhiệt dưới tác dụng của các chất gây sốt (bao gồm các yếu tố miễn dịch, hóa chất và các yếu tố khác).

Sốt thường đi kèm với tình trạng tăng thân nhiệt. Tuy nhiên có những tình huống tăng thân nhiệt nhưng không phải do phản ứng sốt.

Sốt chỉ là triệu chứng. Do vậy việc đánh giá và điều trị cần phải quan tâm đến yếu tố nguyên nhân, cần có nhân viên y tế có chuyên môn thực hiện.

9.2.Đánh giá và điều trị

Điểm quan trọng là cần phân biệt tình trạng tăng thân nhiệt do sốt và không do sốt (tình trạng quá tải nhiệt).

9.2.1.Quá tải nhiệt

Đối với quá tải nhiệt, có hiện tượng mất tương xứng giữa quá trình tạo nhiệt và quá trình thoát nhiệt của cơ thể. Hệ quả là thân nhiệt tăng cao hơn mức bình thường 37,5⁰C. Việc điều trị cần dựa theo nguyên nhân. Một số phương pháp điều trị chung :

- Đưa người bệnh vào chỗ mát, lựa chỗ bóng râm, tránh ánh nắng - ánh sáng mạnh (tia bức xạ nhiệt của lò lửa, kính phản chiếu ánh sáng...), xa các nguồn tạo nhiệt (lò lửa, tường nóng)
- Tăng thông khí: chọn chỗ thoáng khí, tạo dòng khí lưu chuyển (sử dụng quạt, mở cửa sổ - cửa nhà), mặc quần áo thoáng – cởi đồ che bằng tấm trải thoáng (chú ý khía cạnh riêng tư).
- Lau mát cơ thể bằng nước mát, dùng quạt máy – máy lạnh để giảm nhiệt độ môi trường xung quanh
- Cho người bệnh uống đủ nước, chất điện giải để cơ thể tạo mồ hôi và thoát nhiệt

9.2.2.Sốt

Thân nhiệt tăng cao >37,5⁰C dưới tác dụng thay đổi điểm điều nhiệt. Nguyên nhân thông thường là do hiện tượng viêm (nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng), do hóa chất – thuốc hoặc các tổn thương vùng hạ đồi tuyến yên.

Việc điều trị sốt cần hướng đến giải quyết nguyên nhân. Trong phần lớn các trường hợp, bệnh có liên quan đến nhiễm trùng. Do vậy, người bệnh cần được thăm khám và chẩn đoán phù hợp. Có 3 hướng điều trị chính:

- Điều trị nâng đỡ: nếu thân nhiệt quá cao có nguy cơ ảnh hưởng đến các cơ quan, chúng ta có thể giảm bớt thân nhiệt bằng các biện pháp nêu ở mục điều trị tăng thân nhiệt (xem phía trên)
- Điều trị nguyên nhân: theo chỉ định của bác sĩ
- Điều trị triệu chứng sốt:
 - Paracetamol 500 - 1.000mg mỗi 6 giờ uống hoặc đặt trực tràng nếu người bệnh hôn mê, không uống được thuốc, không cộng tác. Tổng liều không vượt quá 4.000mg mỗi ngày vì có nguy cơ tổn thương gan. Do thuốc chuyển hóa qua gan, cần lưu ý giảm liều ở người bệnh có bệnh gan.
 - Đối với sốt nặng kéo dài ở người bệnh cuối đời: Dexamethason 4-16mg uống hoặc tiêm mạch chậm chia làm 1-2 lần/ngày. Nếu phải duy trì thuốc dexamethason kéo dài, chúng ta cần lưu ý cách thức sử dụng thuốc: ưu tiên dùng vào buổi sáng nếu dùng 1 lần mỗi ngày; hạn chế dùng trước ngủ vì khả năng gây mất ngủ; lưu ý các tác dụng ngoại ý: kích động, lo âu, xuất huyết tiêu hóa.

10. Rối loạn giấc ngủ

10.1. Định nghĩa

Rối loạn giấc ngủ là tình trạng rối loạn ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày có nguyên nhân liên quan đến giấc ngủ

Với định nghĩa trên, rối loạn giấc ngủ là phạm trù rộng bao gồm nhiều nhóm bệnh khác nhau chứ không chỉ riêng là bệnh mất ngủ. Bên cạnh đó, trong định nghĩa cũng không thể hiện sự liên quan đến thời gian ngủ; định nghĩa tập trung vào chất lượng cuộc sống, nhấn mạnh tình trạng này là hậu quả thứ phát liên quan đến giấc ngủ.

10.2. Đánh giá

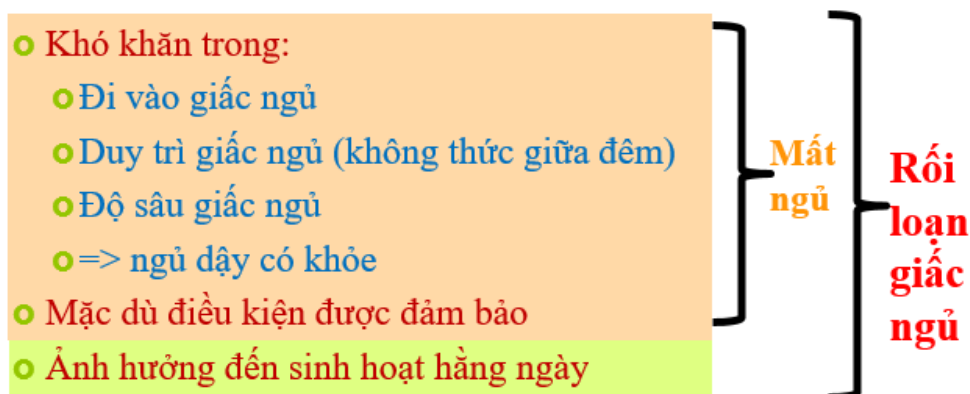
Vì rối loạn giấc ngủ được xây dựng trên khía cạnh chất lượng cuộc sống của người bệnh, việc tầm soát chẩn đoán sớm tình trạng này có thể được thực hiện nhanh qua các câu hỏi sau:

- Buổi sáng ngủ dậy có khỏe khoắn không?
- Sinh hoạt – hoạt động trong ngày có tốt không, có tỉnh táo không?
- Một tuần có 7 ngày thì mấy ngày ngủ tốt/ngủ dậy khỏe khoắn? (dùng để đánh giá mức độ nặng)
- Có cần dùng thuốc để hỗ trợ ngủ không? (đánh giá sự sử dụng thuốc, mức độ nặng theo quan điểm chủ quan của người bệnh)
- Anh chị/ông bà muốn ngủ tốt hơn không/ như thế nào là được? (đánh giá sự kỳ vọng của người bệnh đối với giấc ngủ)
- Các dấu chứng phối hợp khác? (dùng để xác định nguyên nhân)

Trên cơ sở có các thông tin, chúng ta sẽ xác định được nguyên nhân và xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp

10.3. Nguyên nhân

Rối loạn giấc ngủ là phạm trù rộng trong đó có bệnh mất ngủ. Lược đồ sau cho thấy sự tương quan này.



Với lược đồ trên, chúng ta có thể ghi nhận điều kiện đảm bảo cho giấc ngủ chính là yếu tố phân định giữa mất ngủ và rối loạn giấc ngủ. Có 2 nhóm nguyên nhân của rối loạn giấc ngủ: nguyên phát (chính là mất ngủ) và thứ phát (bao gồm 7 nhóm nguyên nhân)

- Rối loạn giấc ngủ nguyên phát = mất ngủ
- Rối loạn giấc ngủ thứ phát
 - Cử động bất thường khi ngủ
 - Vấn đề về rối loạn hô hấp
 - Ảo giác, ảo thị, ảo ảnh khi ngủ
 - Thay đổi nhịp ngày đêm
 - Môi trường ngủ không thuận lợi
 - Liên quan thuốc – chất kích thích
 - Nguyên nhân khác

10.4. Điều trị

Việc điều trị mất ngủ cần hướng đến giải quyết yếu tố nguyên nhân chính. Đối với nhóm rối loạn giấc ngủ thứ phát, chúng ta cần thăm khám đầy đủ để xác định nguyên nhân chính và cần phải can thiệp nguyên nhân. Đối với mất ngủ (rối loạn giấc ngủ nguyên phát), chúng ta có thể sử dụng một số hướng điều trị như sau:

Điều trị không dùng thuốc:

- Chuẩn bị cho giấc ngủ
 - Thư giãn cơ thể trước ngủ
 - Đảm bảo giờ ngủ 7-8h
 - Tập thói quen ngủ đúng giờ
 - Tạo chỗ ngủ thoải mái (làm dịu ánh sáng, chuẩn bị không gian phù hợp, yên tĩnh)
- Giảm các kích thích khi chuẩn bị ngủ
 - Tránh các thuốc kích thích trước ngủ (rượu, trà, café)
 - Tránh hoạt động thể lực trước ngủ
 - Tránh đọc sách – phim có tính kích thích (phim truyện nhiều tập)
- Hạn chế ngủ trái giờ
 - Chỉ vào giường ngủ khi cần ngủ, không nằm khi không phải giờ ngủ
 - Hạn chế ngủ trưa, hạn chế ngủ ngày
 - Tăng kích thích trong ngày: làm việc, tập thể dục, đọc báo, giao tiếp nhiều người.

Điều trị dùng thuốc:

- Có thể dùng các nhóm thuốc sau:
 - Benzodiazepin
 - Non-benzodipin
 - Melatonin và chất kích thích thụ thể Melatonin
 - Chống trầm cảm
 - Chống loạn thần
 - Kháng histamine
 - Thuốc hỗ trợ khác
- Cần tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa nội thần kinh để có ý kiến chuyên môn về việc sử dụng thuốc, liều dùng phù hợp từng tình huống

VI. CÁC VẤN ĐỀ TÂM LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Tổng quan

Chăm sóc sức khỏe tâm lý xã hội là đáp ứng các nhu cầu về cảm xúc, tâm lý và xã hội không chỉ của người bệnh mà còn của người thân - gia đình người bệnh. Nhu cầu đánh giá – chăm sóc các vấn đề về tâm lý cần được thực hiện sớm, liên tục cùng với các nhu cầu chăm sóc sức khỏe khác. Ngay cả khi người bệnh đã mất, người thân và gia đình vẫn có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm lý sau đó.

2. Triệu chứng tâm lý ở người bệnh và gia đình

2.1. Người bệnh

Các triệu chứng tâm lý bao gồm căng thẳng, lo âu, trầm cảm và suy giảm tri giác rất phổ biến ở những người mắc bệnh nặng – bệnh mạn tính – tàn tật. Đây được xem là nguyên nhân chính gây ra các vấn đề về tâm lý – dần vật - đau khổ, là một nhu cầu sức khỏe có thực và cần được chúng ta chẩn đoán và điều trị phù hợp.

Trầm cảm chủ yếu có thể bị bỏ sót ở những người bệnh mắc bệnh nặng giai đoạn cuối vì một số triệu chứng của bệnh lý nội khoa có thể trùng lặp với một số triệu chứng trầm cảm. Một số bệnh lý thần kinh sẽ có biểu hiện giảm tri giác, giảm sinh hoạt hằng ngày, giảm sự tương tác với xung quanh, che lấp các triệu chứng của trầm cảm lo âu.

Mặc dù có sự trùng lặp các dấu chứng, các than phiền về cảm giác mất ý nghĩa cuộc sống, mất niềm tin – lý do của sự tồn tại, hoặc ý tưởng tự tử... thì đây là những dấu chứng gợi ý trực tiếp bệnh trầm cảm. Lý do là vì các than phiền này không thể giải thích bởi bệnh thực thể nội khoa. Đối với những tình huống bệnh phức tạp, việc tham vấn ý kiến của bác sĩ chuyên khoa tâm thần là cần thiết.

2.2. Gia đình – người chăm sóc

Sự căng thẳng về cảm xúc và thể chất của việc chăm sóc một thành viên gia đình bị bệnh nặng, hoặc việc mất mát một thành viên trong gia đình (vừa mới mất hoặc đang trong giai đoạn cuối đời). Những điều này có thể dẫn đến tình trạng lo lắng và giảm khí sắc, trầm cảm. Một số biểu hiện có thể ghi nhận như sau:

- Rối loạn mất ngủ ban đêm, ngủ nhiều ban ngày.
- Cảm giác kiệt sức, không thể tiếp tục chăm sóc người thân.
- Mất niềm tin, khó chấp nhận cái chết của người thân;
- Chỉ suy nghĩ về người đã khuất;
- Không quan tâm đến những việc còn lại của cuộc sống hằng ngày; không muốn tiếp tục các sinh hoạt – công việc hằng ngày.
- Cảm thấy cuộc sống không còn ý nghĩa

3. Điều trị rối loạn tâm lý – tâm thần

3.1. Rối loạn thích ứng

Giới thiệu

Là phản ứng kém thích ứng đối với một sự kiện căng thẳng trong cuộc sống. Các triệu chứng phải xảy ra trong vòng ba tháng từ khi xuất hiện tác nhân gây căng thẳng và tồn tại không quá

sáu tháng. Các triệu chứng hành vi hoặc cảm xúc vượt quá những gì thường được mong đợi (khó chịu, khóc òa, la hét, gào thét, vật vã,...), có sự suy giảm chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp. Người bệnh có thể bị khủng hoảng thất vọng, người lặng tẻ, muốn bỏ cuộc, không muốn sống những ngày tháng còn lại, hoặc họ có thể có nhiều phản ứng khác như ý nghĩ tự sát.

Có thể phối hợp với các triệu chứng phổ biến khác của trầm cảm, lo lắng và thay đổi hành vi.

Nguyên nhân:

Do bệnh nặng hoặc thương tật nặng, mất chức năng, cái chết của người thân

Điều trị:

- Trấn an người bệnh bằng cách giúp họ ngồi yên tĩnh, thở đều, dùng ly nước ấm, nghe bản nhạc nhẹ. Hỗ trợ người bệnh thể hiện cảm xúc và thể hiện sự đồng cảm với các cảm xúc đó.
- Không nên trấn an bằng cách hứa những điều không thực tế nhất là đối với diễn tiến của sức khỏe, của bệnh nặng. Không nên áp đặt ý kiến chủ quan rằng sự kiện không có gì đáng sợ, đáng lo ngại.
- Can thiệp hỗ trợ tâm lý xã hội với sự tham gia của nhân viên công tác xã hội hoặc chuyên viên tâm lý, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, câu lạc bộ người bệnh, các dịch vụ xã hội trợ giúp cho nhu cầu cá nhân.
- Điều trị các triệu chứng lo âu hoặc khí sắc trầm cảm.

3.2. Đau buồn mất người thân

Giới thiệu

Các yếu tố nguy cơ của đau buồn phức tạp bao gồm hỗ trợ xã hội kém, tiền sử có các vấn đề tâm thần, người thân – con cái qua đời bất ngờ. Việc mất đi bạn đời mang lại nguy cơ mắc trầm cảm ở người còn sống

Điều trị

Điều trị hỗ trợ tâm lý xã hội như trong rối loạn thích ứng. Nếu rối loạn nặng, chúng ta có thể điều trị như rối loạn lo âu.

3.3. Rối loạn lo âu

Giới thiệu

Do tình trạng bệnh nặng, chấn thương nặng, các triệu chứng mạn tính, mất chức năng, mất người thân, các yếu tố gây căng thẳng xã hội nghiêm trọng như kinh tế khó khăn, công việc áp lực hoặc tiếp xúc với bạo lực.

Điều trị:

Nếu có triệu chứng – bệnh thực thể, cần điều trị tích cực, đúng nguyên nhân của các bệnh đó trước khi điều trị lo âu.

Thực hiện tư vấn tâm lý, hỗ trợ xã hội nhờ vào chuyên viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, hỗ trợ tài chính-thực phẩm, sử dụng các dịch vụ xã hội để đáp ứng các nhu cầu cá nhân như chỗ ở, di chuyển, ăn uống

Tránh sử dụng các thuốc nhóm benzodiazepin ở người bệnh cao tuổi hoặc người bệnh có nguy cơ bị hôn mê. Ở người trẻ tuổi, tri giác còn tốt, chúng ta có thể sử dụng diazepam 5-10mg x 2-3 lần/ngày đường uống.

Sertralin 50mg x 1 lần mỗi ngày đường uống. Tăng liều sau hơn 7 ngày nếu cần. Liều hiệu quả thông thường 50-200mg mỗi ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả. Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) khác bao gồm fluoxetin (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 80mg mỗi ngày) và citalopram (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 40mg mỗi ngày). Thuốc thuộc nhóm này có thể gây tác dụng phụ như đau đầu, buồn nôn hoặc lo lắng tạm thời trong 1-2 tuần đầu điều trị. Để chấm dứt điều trị, chúng ta cần giảm liều từ từ trong nhiều tuần.

Amitriptylin 10-25 mg uống trước khi đi ngủ. Liều hiệu quả thông thường 50-100mg. Liều tối đa 100mg/ngày. Đánh giá lại hiệu quả sau mỗi 2 tuần. Liều cần tăng từ từ theo mức độ đáp ứng. Amitriptylin có tác dụng không mong muốn kháng cholinergic bao gồm an thần, táo bón, khô miệng, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp thế đứng. Chúng ta có thể ngừng thuốc mà không cần giảm liều dần.

Mirtazapin 15 mg/ngày một lần khi đi ngủ, uống. Dần dần tăng liều. Liều hiệu quả thông thường 15 - 45mg/ngày.

Chỉ nên sử dụng một loại thuốc chống trầm cảm. Nếu không đạt được hiệu quả điều trị ở liều tối đa hoặc nếu thuốc có gây ra tác dụng không mong muốn, chúng ta có thể thử một loại thuốc khác. Nếu lo âu kháng trị, chúng ta nên tham vấn ý kiến hoặc chuyển người bệnh đến khám bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

3.4. Trầm cảm

Giới thiệu

Do tình trạng bệnh nặng, chấn thương nặng, các triệu chứng mạn tính, mất chức năng, mất người thân, các yếu tố gây căng thẳng xã hội nghiêm trọng như kinh tế khó khăn, cách ly gia đình, mất quan hệ xã hội, công việc áp lực hoặc tiếp xúc với bạo lực. Lo âu và trầm cảm thường diễn ra cùng lúc.

Nếu người bệnh bộc lộ cảm giác tội lỗi hoặc cảm thấy mình vô giá trị, đó là dấu hiệu gợi ý rối loạn trầm cảm chủ yếu.

Điều trị

Nếu có triệu chứng – bệnh thực thể, cần điều trị tích cực, đúng nguyên nhân của các bệnh đó trước khi điều trị lo âu.

Thực hiện tư vấn tâm lý, hỗ trợ xã hội nhờ vào chuyên viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, hỗ trợ tài chính-thực phẩm, sử dụng các dịch vụ xã hội để đáp ứng các nhu cầu cá nhân như chỗ ở, di chuyển, ăn uống

Sertralín 50mg x 1 lần mỗi ngày đường uống. Tăng liều sau hơn 7 ngày nếu cần. Liều hiệu quả thông thường 50-200mg mỗi ngày. Mất vài tuần để có hiệu quả. Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) khác bao gồm fluoxetin (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 80mg mỗi ngày) và citalopram (liều khởi đầu 20mg uống mỗi ngày, tối đa 40mg mỗi ngày). Thuốc thuộc nhóm này có thể gây tác dụng phụ như đau đầu, buồn nôn hoặc lo lắng tạm thời trong 1-2 tuần đầu điều trị. Để chấm dứt điều trị, chúng ta cần giảm liều từ từ trong nhiều tuần.

Amitriptylin 10-25 mg uống trước khi đi ngủ. Liều hiệu quả thông thường 50-100mg. Liều tối đa 100mg/ngày. Đánh giá lại hiệu quả sau mỗi 2 tuần. Liều cần tăng từ từ theo mức độ đáp ứng. Amitriptylin có tác dụng không mong muốn kháng cholinergic bao gồm an thần, táo bón, khô miệng, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp thể đứng. Chúng ta có thể ngừng thuốc mà không cần giảm liều dần.

Mirtazapín 15 mg/ngày một lần khi đi ngủ, uống. Dần dần tăng liều. Liều hiệu quả thông thường 15 - 45mg/ngày.

Chỉ nên sử dụng một loại thuốc chống trầm cảm. Nếu không đạt được hiệu quả điều trị ở liều tối đa hoặc nếu thuốc có gây ra tác dụng không mong muốn, chúng ta có thể thử một loại thuốc khác. Nếu lo âu kháng trị, chúng ta nên tham vấn ý kiến hoặc chuyển người bệnh đến khám bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

3.5.Kích động

Giới thiệu

Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý – vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh và thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm.

Nguyên nhân của kích động có thể là kích động phản ứng (liên quan đến yếu tố xung quanh, các yếu tố tâm lý); hoặc là kích động trong bối cảnh của bệnh tâm thần (do rượu, chất ma túy, thuốc hướng thần, tâm thần phân liệt)

Một số yếu tố nguyên nhân thường gặp như thuốc (đặc biệt là các thuốc nhóm benzodiazepin, thuốc kháng histamin), thiếu oxy, tăng CO₂, suy thận hoặc suy gan, bệnh tâm thần (rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ), hội chứng cai thuốc hay cai rượu.

Điều trị

Cần đảm bảo an toàn cho BN, người xung quanh, nhân viên y tế

Nếu có thể, hãy cho người bệnh ở trong một căn phòng yên tĩnh. Gia đình và nhân viên y tế có thể giải thích định hướng, xoa dịu người bệnh.

Nếu các phương pháp không dùng thuốc không đủ để kiểm soát, hãy cho haloperidol 0,5 - 5mg uống, tiêm mạch chậm hoặc tiêm dưới da mỗi 6-8 giờ. Có thể dùng liều cao nếu triệu chứng nghiêm trọng.

Đối với trường hợp bút rút kích thích khi đã dùng haloperidol liều cao, có thể cho valproat: liều khởi đầu 15mg/kg/ngày tiêm mạch chậm chia thành 2 hoặc 3 liều. Tối đa: 60mg/kg/ngày.

Nếu không kiểm soát được triệu chứng, chúng ta cần chuyển bệnh cấp cứu đến cơ sở y tế phù hợp vì tình trạng kích động nguy hiểm cho sức khỏe.

4. Sức khỏe tinh thần cho người chăm sóc

Những người thực hiện chăm sóc giảm nhẹ cũng có nguy cơ bị quá tải khi làm việc quá nhiều với những người bệnh trong giai đoạn cuối đời. Điều này xuất hiện do họ có sự đồng cảm riêng dành cho người bệnh, do chia sẻ các cảm xúc đối với người mình đang chăm sóc, do bị áp lực trước diễn tiến bệnh nhanh – nặng, do khối lượng công việc nhiều và nặng nề.

Các triệu chứng của kiệt sức có thể bao gồm giảm thể hiện sự đồng cảm với người bệnh, giảm chất lượng – khối lượng công việc chăm sóc, tinh thần sa sút, mau mệt mỏi về thể chất và cảm xúc, thể hiện khí sắc trầm cảm, ngủ kém.

Việc bảo vệ sức khỏe thể chất và tinh thần của bản thân người chăm sóc/nhân viên y tế là một trong số các hoạt động cần thiết để đảm bảo sự liên tục của dịch vụ y tế, đồng thời đảm bảo sự an toàn cho sức khỏe của người bệnh đang được chăm sóc. Một số hoạt động có thể giúp khôi phục lại sức khỏe thể chất và tinh thần:

- Khuyến khích chia sẻ giữa các đồng nghiệp – thành viên trong ê kíp chăm sóc về các khó khăn – cảm xúc – vướng mắc trong công việc
- Thường xuyên sắp xếp xen kẽ các khoảng thời gian giữa công việc, ngày nghỉ phép. Khuyến khích sự hỗ trợ công việc lẫn nhau để giúp có thêm thời gian thư giãn.
- Bổ sung một số hoạt động thể dục - giải trí – đi dạo trong ngày
- Khi có khó khăn trong giao tiếp với người bệnh cụ thể, khuyến khích thay đổi người chăm sóc

Nguồn nhân lực chuyên môn cao là yếu tố quyết định đối với chất lượng dịch vụ chăm sóc. Nguồn lực này cần được sử dụng hợp lý để có thời gian hồi phục, đảm bảo sự liên tục trong cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao cho người bệnh.

VII. VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

1. Tổng quan

Chăm sóc người bệnh là các hoạt động nhằm hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh như hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế, vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ, tâm lý; đồng thời xây dựng môi trường an toàn cho người bệnh.

Hoạt động chăm sóc y khoa được thực hiện bởi điều dưỡng, là người được đào tạo chuyên về lĩnh vực này. Họ có thể áp dụng các kiến thức – kỹ năng một cách khoa học, sử dụng các trang thiết bị - vật tư phù hợp để đáp ứng các nhu cầu sức khỏe chuyên biệt của từng người bệnh.

2. Các vai trò của điều dưỡng

Vai trò cụ thể của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh tại nhà như sau:

- Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe: điều dưỡng cung cấp kiến thức giáo dục sức khỏe, tư vấn về sức khỏe, hướng dẫn cách thức tự chăm sóc, tự theo dõi cho người bệnh và gia đình, tư vấn về việc phòng ngừa các yếu tố nguy cơ, cách thức xử trí cấp cứu khi có bệnh.
- Quan tâm chăm sóc về tinh thần: điều dưỡng giúp động viên người bệnh và gia đình trong tiến trình điều trị. Họ giúp giải đáp kịp thời những băn khoăn, thắc mắc về các chủ đề xung quanh sức khỏe người bệnh. Họ giúp phát hiện kịp thời các vấn đề sức khỏe tâm thần – tâm lý và yêu cầu sự tham gia của nhân viên y tế phù hợp.
- Chăm sóc vệ sinh cá nhân: điều dưỡng hỗ trợ vệ sinh cá nhân cho người bệnh hằng ngày gồm vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể, hỗ trợ đại tiện, tiểu tiện và thay đổi đồ vải. Điều dưỡng giúp hướng dẫn các kỹ thuật chăm sóc cho người bệnh và gia đình
- Chăm sóc dinh dưỡng: điều dưỡng giúp đánh giá tình trạng dinh dưỡng, đánh giá tình trạng ăn uống và các nguy cơ liên quan đến ăn uống, phối hợp cùng chuyên viên tâm lý và bác sĩ xây dựng kế hoạch chăm sóc – điều trị về dinh dưỡng. Đối với một số trường hợp cần phương pháp cho ăn y khoa (ăn qua sonde dạ dày, qua lỗ mở dạ dày ra da, tập ăn trong yếu liệt), điều dưỡng có vai trò thực hiện các y lệnh này.
- Chăm sóc phục hồi chức năng: Người bệnh được điều dưỡng hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm để phòng các biến chứng và phục hồi các chức năng của cơ thể.
- Theo dõi dùng thuốc cho người bệnh: Điều dưỡng giúp nhắc nhở việc tuân thủ dùng thuốc, hướng dẫn các đường sử dụng thuốc (uống, xịt, phun khí dung, đặt hậu môn, thoa da, ngâm, tiêm, truyền dịch). Thông thường trong chăm sóc tại nhà, thuốc sử dụng chủ yếu là thuốc uống.

Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong: giai đoạn này, người bệnh cần những kỹ thuật can thiệp y khoa chuyên sâu, vai trò của điều dưỡng là quan trọng để thực hiện các chỉ định y khoa này. Ngoài ra người điều dưỡng cũng giúp động viên, an ủi người bệnh và người thân trong gia đình.

Theo dõi, đánh giá người bệnh: điều dưỡng có nhiều thời gian với người bệnh, do vậy họ giúp đánh giá, ghi nhận, báo cáo các diễn tiến cho ê kíp chăm sóc, giúp phát hiện các biểu hiện – dấu hiệu bất thường, giúp xử trí cấp cứu trong phạm vi chuyên môn và theo chỉ định của bác sĩ

3. Lợi ích của điều dưỡng chăm sóc tại nhà

Điều dưỡng giữ vai trò rất quan trọng trong triển khai hoạt động chăm sóc tại nhà, tại cộng đồng. Có thể xem đây như là hình thức “nhập viện tại nhà”, trong đó điều dưỡng là nhân tố quan trọng hiện diện thường xuyên, giúp mang lại các lợi ích:

- So với bệnh viện, điều dưỡng chăm sóc tại nhà giúp người bệnh được thoải mái sinh hoạt trong môi trường thân thuộc, tránh được căng thẳng và khó chịu khi ở bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe tập trung khác. Việc này giúp người bệnh hồi phục nhanh hơn.
- Điều dưỡng chăm sóc tại nhà giúp người bệnh duy trì sự độc lập và tôn trọng giá trị cá nhân của người bệnh; vẫn duy trì sinh hoạt với gia đình và bạn bè của họ, có thể tiếp tục làm việc hoặc thực hiện những hoạt động thường xuyên khác.

- Điều dưỡng giúp chăm sóc riêng cho người bệnh sẽ theo dõi được tốt hơn, phát hiện sớm vấn đề tiềm ẩn, tránh biến chứng, từ đó có thể giúp tiết kiệm chi phí hơn so với chăm sóc người bệnh nội trú truyền thống.
- Điều dưỡng có nhiều thời gian đồng hành với người bệnh và gia đình trong quá trình chăm sóc, chuyển các thông tin y khoa thành ngôn ngữ thân thuộc – dễ hiểu và giải thích cho người bệnh. Điều này có thể giúp người bệnh cảm thấy bớt bị cô lập.

4. Kết luận

Ê kíp chuyên môn chăm sóc người bệnh bao gồm nhiều thành viên với các vai trò khác nhau. Điều dưỡng giữ vai trò quan trọng chuyên biệt, là cầu nối giữa người bệnh và ê kíp chuyên môn, đảm bảo các quyền lợi và chất lượng chăm sóc tốt nhất cho người bệnh.

VIII. THÔNG BÁO TIN XẤU

1. Tổng quan

Thông báo “tin xấu” là một trong những tình huống không mong muốn, cần nhiều kỹ năng mà người nhân viên y tế phải thực hiện. Tin xấu có thể được định nghĩa là “bất kỳ thông tin bất lợi và ảnh hưởng nghiêm trọng đến hy vọng về tương lai của một người”. Thông báo tin xấu là một việc khó khăn, căng thẳng, nhiều nhân viên y tế có xu hướng tránh né hoặc thực hiện không đầy đủ vì nhận thức, hành vi và tình cảm của người bệnh có thể thay đổi ở thời điểm nhận những thông tin này.

Đa số nhân viên y tế cho rằng việc thông báo tin xấu có thể gây ra đau buồn, gây sốc về tâm lý và làm mất đi hy vọng đối với người bệnh. Nhưng đứng trên phương diện của người bệnh, họ cần có thông tin chính xác về tình trạng sức khỏe của bản thân, có thể biết được diễn tiến của bệnh, có thể xây dựng kế hoạch riêng, quan trọng của họ.

Trên thực tế, đa số nhân viên y tế không được đào tạo phù hợp cho việc thông báo tin xấu. Thậm chí, phần lớn các bác sĩ có kinh nghiệm vẫn cảm thấy chưa được hướng dẫn đủ để thực hiện tốt việc này. Một phần của vấn đề này liên quan với sự e ngại của các bác sĩ, thiếu các kỹ năng cần thiết, bối cảnh thực hiện không thuận lợi và thời gian thảo luận hạn chế. Bên cạnh đó, một trong những nguyên nhân thất bại là chính vì sự khác nhau về quan điểm của nhân viên y tế và người bệnh dẫn đến việc thông báo tin xấu đôi khi không diễn ra thuận lợi. Do vậy việc hoàn thiện kỹ năng này là quan trọng.

2. Các bước thông báo “tin xấu”: chiến lược S-P-I-K-E-S

2.1. Bước 1: S (SETTING): Thiết lập một buổi tư vấn

Nhân viên y tế cần chuẩn bị trước tinh thần để giúp tăng tự tin trước các áp lực của người bệnh và gia đình. Chúng ta có thể bắt đầu với việc chuẩn bị các nội dung tư vấn cho người bệnh; chuẩn bị tinh thần đối phó với các phản ứng, cảm xúc có thể có của người bệnh và gia đình. Mặc dù tin xấu có thể gây đau buồn cho người bệnh, nhưng việc thông tin chính xác – đầy đủ và tôn trọng các kỳ vọng của người bệnh là quan trọng để giúp họ chuẩn bị và lập kế hoạch riêng cho bản thân.

Môi trường giao tiếp cần được chuẩn bị phù hợp, cần mang tính riêng tư với sự hiện diện chỉ những người cần thiết, có nhiệt độ và âm thanh phù hợp cho việc trao đổi những nội dung quan

trọng và nhạy cảm. Đề cuộc thảo luận không bị xao lãng, thực hiện được mục tiêu của thông báo tin xấu, việc chuẩn bị môi trường tư vấn riêng biệt đóng vai trò quan trọng. Chúng ta cần chủ động chuẩn bị môi trường trao đổi hiệu quả (nếu ở cơ sở chăm sóc – cơ sở y tế); hoặc yêu cầu gia đình và người bệnh chuẩn bị (nếu thực hiện ở nhà người bệnh). Một số các hướng dẫn gợi ý khi thực hiện:

- Riêng tư: Lý tưởng là nên có phòng dành riêng cho tư vấn với trang thiết bị bàn ghế phù hợp. Trong trường hợp người bệnh nằm tại giường bệnh, không thể di chuyển vào phòng tư vấn riêng, chúng ta có thể đóng cửa phòng bệnh (phòng riêng) hoặc che rèm quanh giường của người bệnh để tạo không gian riêng.
- Người thân quan trọng: Hầu hết các người bệnh muốn có một ai đó bên cạnh họ ở thời điểm trao đổi các thông tin về sức khỏe. Việc này nên được thực hiện theo ý kiến của người bệnh hoặc gia đình. Khi có quá nhiều thành viên trong gia đình, yêu cầu người bệnh lựa chọn một hoặc hai người đại diện gia đình. Một điểm lưu ý, trong một số trường hợp thông báo tin xấu tại nhà, một số gia đình sẽ yêu cầu toàn thể người thân cùng nghe để chia sẻ quyết định quan trọng (ví dụ như các con muốn cùng biết về tình trạng sức khỏe của ba mẹ). Nhân viên y tế cần tôn trọng các yêu cầu này.
- Chọn tư thế thoải mái khi trao đổi: Tư thế ngồi thường là tư thế thuận tiện nhất trong trao đổi. Nếu điều kiện không gian và thiết bị cho phép, chúng ta cần chủ động yêu cầu mọi người cùng ngồi xuống để trao đổi. Người bệnh có thể chọn tư thế thoải mái riêng (có thể nằm, ngồi tùy theo thể trạng riêng). Vị trí ngồi cần đảm bảo tầm quan sát của người bệnh với nhân viên y tế, không bị cản trở tầm nhìn (ít nhất cần giữ giao tiếp trực tiếp giữa mắt – mắt, quan sát được khuôn mặt của người bệnh và nhân viên y tế). Chúng ta chỉ thông báo tin khi mà người bệnh đã thoải mái và sẵn sàng để nghe.
- Giữ kết nối với người bệnh trong quá trình giao tiếp. Duy trì giao tiếp bằng mắt một cách khéo léo để tạo không khí thoải mái, tạo cảm giác an tâm-tin tưởng. Việc giao tiếp bằng mắt cũng thể hiện chúng ta đang thật sự quan tâm đến các diễn biến cảm xúc – tình cảm – tâm tư của người bệnh, từ đó giúp cho việc trao đổi sẽ thuận lợi hơn. Nếu khoảng cách cho phép, chúng ta có thể chạm vào một phần cơ thể (vai, cánh tay, bàn tay...). Điều này sẽ giúp ổn định tin thần người bệnh. Do văn hóa Việt Nam, việc chạm vào người bệnh cần thực hiện khéo léo để người bệnh chấp nhận. Chúng ta có tranh thủ động tác đo huyết áp, nghe tim-phổi, đo SpO2 để giữ khoảng cách phù hợp và được người bệnh chấp nhận.
- Cần dành thời gian cho trao đổi. Việc thông báo tin xấu sẽ dẫn đến các cảm xúc và phản ứng từ phía người bệnh và gia đình. Các cảm xúc này sẽ cần có thời gian để phản ứng. Do vậy chúng ta cần dành sẵn khoảng thời gian riêng cho việc này và hạn chế các hoạt động không cần thiết khác có thể gây gián đoạn buổi trao đổi.

2.2. Bước 2: P (PERCEPTION) Đánh giá nhận thức của người bệnh

Ở bước này và bước kế tiếp (bước 3) là những bước chuẩn bị trước khi thông báo tin xấu cho người bệnh. Ở thời điểm này, các chúng ta có thể sử dụng những câu hỏi mở để thăm dò về những hiểu biết của người bệnh đối với tình trạng bệnh, về khả năng chấp nhận và phản ứng khả dĩ đối với tin xấu. Ví dụ chúng ta có thể hỏi thăm "từ trước đến nay, cô-chú-anh-chị có biết về tình trạng bệnh của mình?" hoặc "cô-chú-anh-chị có biết lý do bác sĩ đề nghị làm xét nghiệm không?"... Dựa trên các thông tin này, chúng ta có thể sửa thông tin sai lệch và giúp người bệnh hiểu thêm về tình trạng bệnh và chuẩn bị tin thần đón nhận tin xấu. Chúng ta cũng có thể ghi nhận một số tình huống đặc biệt như việc kỳ vọng diễn tiến không thực tế hoặc tâm lý đổ lỗi bệnh nặng do thiếu sót của ngành y tế hoặc thương tật này là do lỗi của kiếp trước. Tâm lý

người bệnh sẽ diễn biến qua 5 giai đoạn (tham khảo thông tin thêm). Với thông tin phản hồi, chúng ta có thể tùy biến lại cách thức tiếp cận, cách thức thông báo tin xấu.

2.3. Bước 3: I (INVITATION): Sự chấp thuận nhận thông tin từ người bệnh

Trong khi đa số người bệnh mong muốn được thông tin đầy đủ về chẩn đoán, tiên lượng, diễn tiến về tình trạng bệnh của họ, một số người bệnh không chấp nhận điều này. Do vậy chúng ta cần hỏi xem người bệnh có muốn được thông tin hay không; muốn biết ở mức độ nào và chúng ta cần tôn trọng ý kiến này.

Khi người bệnh thể hiện muốn được biết thông tin một cách rõ ràng, họ sẽ có những chuẩn bị trước về tin thần, do vậy những lo lắng liên quan đến việc thông báo tin xấu có thể giảm bớt. Tuy nhiên, nếu họ từ chối nhận thông tin. Đây là một biểu hiện vấn đề tâm lý riêng, song hành cùng với vấn đề sức khỏe hiện có. Do vậy, trong kế hoạch chăm sóc, chúng ta cần bổ sung thêm những hoạt động chăm sóc riêng cho khía cạnh tâm lý này.

2.4. Bước 4: K (KNOWLEDGE): Cung cấp kiến thức và thông tin cho người bệnh

Việc chuẩn bị môi trường tốt, gợi ý việc thông báo tin không hay cũng đã phần nào gợi ý vấn đề và người bệnh sẽ chuẩn bị sẵn tinh thần để đón nhận thông tin sức khỏe của họ. Một số kỹ thuật góp phần cải thiện cuộc trao đổi giữa bác sĩ và người bệnh:

- Hãy bắt đầu bằng việc giải thích theo mức độ hiểu và dùng ngôn ngữ dễ hiểu- gần gũi và chấp nhận bởi người bệnh
- Hạn chế sử dụng những chuyên môn sâu, khó hiểu, gây ngộ nhận, những từ khẳng định hoàn toàn (chắc chắn tử vong, không thể chữa, hết cách)
- Tránh tiếp cận đột ngột quá mức như “bệnh này chắc chắn chết”. Việc này sẽ tạo cảm giác chúng ta từ chối tiếp tục hỗ trợ cho người bệnh. Về cơ bản y khoa có thể không thể chữa hết bệnh – tất nhưng chúng ta vẫn có thể đảm bảo chất lượng cuộc sống của người bệnh
- Cung cấp thông tin thành từng thành phần, chậm rãi, rõ ràng và tùy biến tùy theo sự chấp nhận của người bệnh
- Điều hướng người bệnh đến các mục tiêu khác như chất lượng cuộc sống, khả năng khôi phục vận động, kiểm soát triệu chứng đau...

2.5. Bước 5: E (EMOTION): Quan tâm đến cảm xúc của người bệnh với sự đồng cảm

Trong quá trình thông báo tin xấu, việc đối mặt với những cảm xúc của người bệnh là một trong những thử thách khó khăn nhất. Khi người bệnh nhận được tin xấu, phản ứng về mặt cảm xúc thường tiêu cực như: cảm giác bị cô lập, bị không công bằng (vì sao bệnh lại đến với tôi), đau buồn, đổ lỗi, mặc cảm, từ chối sự thật. Trong tình huống này các bác sĩ có thể hỗ trợ người bệnh bằng cách tạo mối đồng cảm. Các kỹ thuật giúp xây dựng mối đồng cảm:

- Quan sát các cảm xúc của người bệnh: than khóc, ánh nhìn buồn bã, im lặng, sốc, nổi giận...
- Tìm hiểu thêm về cảm xúc của người bệnh. Nếu một người bệnh biểu hiện buồn bã nhưng không nói gì, có thể sử dụng câu hỏi mở để tìm hiểu những điều người bệnh đang suy nghĩ hoặc cảm thấy.
- Xác định nguyên nhân của những cảm xúc. Điều này thường không liên quan đến tin xấu. Tuy nhiên, nếu chúng ta không chắc chắn, có thể hỏi lại người bệnh.

- Sau khi dành thời gian cho người bệnh thể hiện cảm xúc ban đầu, chúng ta chủ động bắt nhịp câu chuyện lại, duy trì câu chuyện đang trao đổi, giải đáp các thắc mắc... việc trò chuyện liên tục với người bệnh cho phép thể hiện chúng ta đang có mối đồng cảm.

Chỉ khi các cảm xúc tiêu cực được giảm đi, các vấn đề khác mới có thể được thảo luận. Nếu những cảm xúc này không giảm đi trong thời gian ngắn, nhân viên y tế cần tạo sự đồng cảm, kiên nhẫn chờ người bệnh trở nên bình tĩnh. Chúng ta có thể sử dụng câu trả lời đồng cảm để thể hiện cảm xúc chia sẻ của bản thân đối với tình trạng của người bệnh, thể hiện rằng chúng ta tôn trọng các cảm xúc hiện tại của người bệnh.

2.6. Bước 6: S (SUMMARY): *chiến lược và tóm tắt*

Đối với người bệnh có sự chuẩn bị trước, có kế hoạch tương lai rõ ràng, họ sẽ ít cảm thấy lo lắng và hoang mang. Trước khi bàn luận sâu về những việc sẽ làm, chúng ta cần hỏi người bệnh xem họ đã sẵn sàng thảo luận vào thời điểm này hay chưa. Việc này thể hiện chúng ta tôn trọng các mong muốn của người bệnh. Chia sẻ trách nhiệm với người bệnh trong việc thực hiện quyết định cũng có thể làm giảm một phần cảm giác thất bại cho chúng ta khi không thể giúp người bệnh đạt được kỳ vọng về sức khỏe (tử vong, tàn tật vĩnh viễn). Kiểm tra khả năng của người bệnh nhận thức, hiểu được thông tin qua các cuộc thảo luận có thể ngăn ngừa khuynh hướng diễn giải quá mức về hiệu quả điều trị hay hiểu sai mục đích điều trị.

Bản thân chúng ta cũng gặp khó khăn trong xây dựng kế hoạch chăm sóc vì lý do thiếu thông tin. Tiên lượng điều trị có thể không chắc chắn, kỳ vọng của người bệnh chưa được đánh giá chính xác, mức độ chấp nhận mục tiêu điều trị mới của người bệnh và gia đình chưa rõ ràng, thiếu đồng thuận, và đôi khi chính cảm giác mặc cảm của nhân viên y tế khi cho rằng mình đã thất bại trong điều trị...

Do vậy, để xây dựng kế hoạch điều trị tốt, việc trao đổi với người bệnh và gia đình là rất quan trọng. Chúng ta đứng vai trò cung cấp đầy đủ - chi tiết – trung thực thông tin tham vấn. Bên cạnh việc khẳng định cam kết hỗ trợ chăm sóc sức khỏe liên tục, chúng ta cần thể hiện sự tôn trọng đối với bất kỳ quyết định của người bệnh.

3. Kết luận

Thông báo tin xấu không chỉ là kỹ năng mà còn là nghệ thuật trong giao tiếp, vừa cân bằng giữa khoa học và cảm xúc. Tin xấu luôn khó khăn khi phải tiếp nhận. Cách thức diễn đạt có thể giảm nhẹ các cảm xúc tiêu cực của người bệnh, tránh bớt những mặc cảm thất bại của bản thân nhân viên y tế. Nếu thực hiện không tốt, chúng ta có thể giúp người bệnh xây dựng một kết hoạch điều trị hữu ích, tích cực.

CHƯƠNG 3: CHĂM SÓC Y TẾ TẠI NHÀ

I. TỔ CHỨC CHĂM SÓC TẠI NHÀ

1. Tổng quan

Đối với chăm sóc sức khỏe liên tục, tại nhà, bản thân người bệnh chính là nguồn lực quan trọng nhất. Các biểu hiện thay đổi của sức khỏe chỉ có thể phát hiện sớm bởi chính người bệnh. Các biện pháp chăm sóc can thiệp chỉ có thể hiệu quả với sự tham gia chủ động của người bệnh.

Do vậy, trong tổ chức chăm sóc người bệnh tại nhà, người bệnh cần chủ động tham gia trong kế hoạch điều trị, cần trang bị kiến thức – kỹ năng phù hợp, cần huy động sự hỗ trợ - giúp đỡ của gia đình – người thân – nhân viên y tế và các nguồn lực xã hội khác. Tất cả việc này đều hướng đến việc khôi phục lại sức khỏe lâu dài, khôi phục lại cuộc sống có chất lượng tối ưu cho người bệnh. Nội dung bài này giới thiệu một số điểm lưu ý dành cho người bệnh và gia đình trong tổ chức chăm sóc tại nhà.

2. Tự theo dõi sức khỏe

Tự ghi nhận các thông tin về sức khỏe vào sổ tay theo dõi để có thể thông tin cho nhân viên y tế khi cần. Những dấu hiệu theo dõi bao gồm

- Nhịp thở, mạch, nhiệt độ, độ bão hòa ôxy trong máu - SpO2 (nếu có thể) và huyết áp (nếu có thể).
- Các dấu hiệu bất thường: Mệt mỏi, ho, ho ra đờm, ớn lạnh, mắt đỏ, mất vị giác hoặc khứu giác, tiêu chảy, thở dốc hoặc khó thở, đau ngực, lơ mơ, không tỉnh táo...;
- Giảm khả năng sinh hoạt trong ngày: đi đứng khó khăn, không tỉnh táo, chán ăn, cảm giác buồn ngủ, cảm giác không đủ sức khỏe

Một số dấu hiệu mang tính chất báo động, cần phải liên hệ với người thân – nhân viên y tế để kịp thời hỗ trợ

- Khó thở, thở nhanh (>20 lần/phút ở người lớn, >30 phút ở trẻ 5-10 tuổi)
- Mạch nhanh >100 lần/phút, kéo dài
- Lơ mơ, mất tri giác
- Tím môi, tím tay chân
- Trẻ nhỏ bỏ bú, bỏ ăn, nôn ói, sụt cân nhanh

3. Giảm bớt căng thẳng

Khi chúng ta hoặc người thân bị mắc bệnh, chúng ta có thể cảm thấy lo lắng, căng thẳng, tinh thần không được thoải mái. Điều này cho thấy chúng ta đã có vấn đề về sức khỏe tâm lý. Một số dấu hiệu báo động tình trạng này sẽ bao gồm:

- Cảm thấy sợ hãi và lo lắng về sức khỏe của bản thân và người thân.
- Thay đổi thói quen ngủ, có khó ngủ hoặc khó tập trung trong ngày.
- Ăn uống kém, chán ăn, không thèm ăn, nhìn thức ăn không muốn ăn.

Hướng dẫn Mô hình Chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm và tại nhà

- Có những hành vi không bình thường: nóng giận quá mức, giảm giao tiếp với người xung quanh, thờ ơ, không quan tâm với xung quanh.
- Bắt đầu uống rượu, hút thuốc hoặc sử dụng các loại thuốc khác nhiều hơn bình thường.

Ứng với các tình huống đó, chúng ta có thể tự làm giảm bớt căng thẳng bằng các cách sau:

- Tránh xem, đọc hoặc nghe những câu chuyện chia sẻ thông tin về bệnh tật từ những nguồn thông tin không chính xác (các mạng xã hội: zalo, facebook, youtube, tiktok...). Nếu thắc mắc điều gì, chúng ta nên hỏi trực tiếp nhân viên y tế đang chăm sóc sức khỏe cho riêng bản thân để được câu trả lời chính xác và phù hợp nhất về tình trạng sức khỏe của chúng ta.
- Hít thở sâu hoặc thực hành thiền.
- Ăn uống lành mạnh, cân bằng dinh dưỡng.
- Tập thể dục thường xuyên, vừa sức, tham gia các hoạt động thể thao có phối hợp với người khác (cầu lông, bóng bàn, đá banh, chơi cờ)
- Chăm sóc chu kỳ giấc ngủ, hạn chế ngủ ban ngày, không ngủ quá sớm, cũng không thức khuya.
- Tránh sử dụng rượu/bia, thuốc lá, ma túy, các loại thức ăn nước uống có chất kích thích.
- Dành thời gian nghỉ ngơi thư giãn. Cố gắng thực hiện một vài hoạt động mà bản thân yêu thích như: đọc sách, vẽ, xem phim, nghe nhạc, làm mô hình, nấu ăn (nếu có thể)...
- Liên hệ cho nhân viên y tế nếu căng thẳng tinh thần ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày trong nhiều ngày liên tiếp.
- Tăng cường giao tiếp, kết nối với những người thân – người xung quanh. Hãy tâm sự về những lo lắng-mối quan tâm của bản thân.
- Kết nối với các tổ chức cộng đồng hoặc tổ chức tôn giáo hoặc nhóm diễn đàn xã hội.

4. Tập luyện nâng cao sức khỏe

Để vượt qua bệnh tật, cơ thể chúng ta cần duy trì các hoạt động thể lực vừa phải, đảm bảo các chức năng sinh lý của cơ thể. Tập luyện, vận động trong giai đoạn này giúp:

- Tăng thông khí ra vào phổi, hô hấp tốt hơn.
- Tổng thải đờm (đàm) với các trường hợp có tăng tiết đờm.
- Tăng cường khả năng vận động và duy trì sức cơ toàn cơ thể.
- Đảm bảo nhịp tim, huyết áp, tuần hoàn của máu
- Đảm bảo các hoạt động chuyển hóa chất dinh dưỡng
- Ngăn chặn suy giảm thể chất, cải thiện tinh thần.

Một số bài tập thở, vận động gồm:

- Các bài tập thở.
- Tập vận động tại giường
- Bài tập giãn cơ
- Bài tập thể lực tăng sức bền
- Tập di chuyển – thực hiện hoạt động sinh hoạt hằng ngày

Trong quá trình tập luyện nếu xuất hiện các biểu hiện bất thường: mệt, khó thở hay đau ngực tăng cần dừng tập và theo dõi cơ thể. Nếu các biểu hiện này tăng lên cả khi nghỉ, chúng ta cần báo ngay cho nhân viên y tế để được theo dõi kịp thời.

5. Lưu ý với người khuyết tật

Ngoài việc cần chăm sóc như mọi người khác, người khuyết tật cần được quan tâm, hỗ trợ - chăm sóc đặc biệt, nhất là với người có khó khăn trong tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày...

Người khuyết tật cần chủ động tập các hoạt động để đảm bảo chủ động thực hiện được các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Môi trường sinh sống với trang thiết bị hỗ trợ cần phù hợp cho người khuyết tật. Do vậy chúng ta cần lưu ý chuẩn bị các vật dụng, thiết kế lại nơi sinh sống. Ví dụ như trang bị xe lăn, chuẩn bị lại giường ngủ, bàn ăn, nhà vệ sinh; trang bị bàn chải răng, ly nước, muỗng, chén...:

Người khuyết tật có nguy cơ bị mắc một số bệnh/chấn thương cao hơn so với người bình thường. Mức độ nặng của bệnh cũng cao hơn và nguy cơ cao hơn. Do những khó khăn trong giao tiếp, việc phát hiện dấu hiệu nguy hiểm – dấu hiệu báo động cũng khó khăn hơn. Do vậy gia đình và người chăm sóc phải sẵn sàng liên lạc với nhân viên y tế; theo dõi sát dấu hiệu và chuyển cấp cứu kịp thời tại các cơ sở y tế.

Gia đình và người chăm sóc lưu ý luyện tập phục hồi chức năng, tăng cường sức khỏe thể chất, tinh thần; thực hiện các hoạt động giảm bớt tình trạng căng thẳng, lo lắng, trầm cảm, thất vọng nếu có ở người khuyết tật.

6. Lời khuyên với người cao tuổi

Người cao tuổi có nguy cơ đồng mắc nhiều bệnh, có các bệnh mạn tính nặng, có sự suy yếu của các cơ quan. Do vậy đây là nhóm người có nguy cơ cao

Người chăm sóc và bản thân người cao tuổi cần lưu ý sức khỏe mỗi ngày, sớm phát hiện các dấu hiệu bất thường để kịp thời thông báo cho nhân viên y tế, đến khám tại các cơ sở y tế phù hợp.

Xây dựng nếp sống, sinh hoạt lành mạnh, khoa học, phù hợp với sức khỏe của từng người, trong bối cảnh cuộc sống hằng ngày. Cụ thể thay vì tập thể dục như sách vở, chúng ta có thể quét dọn nhà cửa nhẹ nhàng, chăm sóc cây cảnh... vừa phục vụ sinh hoạt hằng ngày, vừa giúp duy trì hoạt động cơ thể.

Xây dựng chế độ dinh dưỡng phù hợp, cân đối, lành mạnh, có trái cây – rau xanh. Có thể chia làm nhiều bữa trong ngày, ăn theo sở thích, theo khả năng. Nếu lượng dinh dưỡng không đảm bảo, có thể bổ sung sữa dinh dưỡng.

Hỗ trợ người cao tuổi chuẩn bị thuốc, uống thuốc theo toa của bác sĩ, không bỏ cử thuốc, theo dõi các biểu hiện trong quá trình dùng thuốc để báo cáo bác sĩ điều trị.

Nếu người bệnh nằm liệt tại giường, có thể hỗ trợ các hoạt động thể dục tại giường (chủ động bởi người cao tuổi, hoặc thụ động với sự hỗ trợ của gia đình), xoa bóp, xoa bóp, xoa bóp, chống cứng khớp, chống loét da do tì đè.

Tham khảo ý kiến nhân viên y tế để có cách thức chăm sóc người cao tuổi

7.Lời khuyên với người tâm thần

Người có vấn đề về sức khỏe tâm thần cũng là người đang có khiếm khuyết về khả năng nhận thức – thực hiện hoạt động ý thức – phản ứng với môi trường sống. Do vậy họ cần được chú ý chăm sóc – hỗ trợ trong sinh hoạt hằng ngày. Bên cạnh các lưu ý đã nêu phía trên, chúng ta cần lưu ý các điểm sau:

- Chuẩn bị thuốc điều trị tâm thần theo toa bác sĩ: loại thuốc, liều thuốc, đường dùng... Trực tiếp hỗ trợ người bệnh dùng thuốc để tránh nhầm thuốc, dư – thiếu thuốc, sai thời điểm uống thuốc, sai số lần uống thuốc.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động sinh hoạt – làm việc đơn giản hằng ngày (tránh hoạt động có nguy cơ cao)
- Luyện tập thể dục, ăn uống sinh hoạt theo nhịp bình thường hằng ngày
- Tăng cường kết nối, giao tiếp với người thân, gia đình và bạn bè (qua điện thoại, e-mail, phương tiện truyền thông xã hội hoặc các cuộc gọi video)
- Cần theo dõi, phát hiện sớm các tình trạng cấp cứu như: kích động, ý tưởng hoặc hành vi tự sát, từ chối ăn uống, trạng thái cai, sáng, ngộ độc thuốc. Liên lạc với nhân viên y tế để được hướng dẫn hỗ trợ, xử trí cấp cứu

8.Lời khuyên với trẻ em

Đối với người bệnh là trẻ nhỏ, việc chăm sóc sẽ có nhiều lưu ý hơn vì vừa liên quan đến đặc điểm hạn chế giao tiếp của trẻ, vừa liên quan đến sự phát triển theo từng giai đoạn. Để việc thực hiện được hiệu quả, chúng ta cần giải thích và yêu cầu sự tham gia hỗ trợ của phụ huynh, người chăm sóc.

Cần lưu ý theo dõi hành vi, dấu hiệu của trẻ, so sánh với những ngày khác:

- Bé quấy khó, cáu kỉnh quá mức, có hành vi cư xử không bình thường
- Bé lo lắng hoặc buồn thái quá
- Bé thay đổi thói quen sinh hoạt, thói quen ăn uống
- Bé khó tập trung, khó chú ý, kết quả học tập giảm
- Bé bỏ không tham gia các hoạt động từng thích trước đây
- Bé bỏ ăn, bỏ uống, bỏ bú (ở trẻ nhũ nhi), nôn ói nhiều
- Bé than đau cơ thể

Phụ huynh – người chăm sóc cần dành thời gian thêm cho trẻ, có thể thực hiện một số hoạt động sau:

- Dành thời gian trò chuyện, trấn an, tâm sự với bé
- Hỏi thăm, quan sát và ghi nhận các dấu hiệu lạ ở bé
- Khuyến khích bé tham gia các hoạt động thói quen – sinh hoạt bình thường, bố trí cân đối thời gian biểu cho hoạt động học tập – nghỉ ngơi – giải trí.

Hướng dẫn Mô hình Chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm và tại nhà

- Tạo điều kiện để trẻ có thể tham gia chủ động vào các hoạt động sinh hoạt hằng ngày của cá nhân và gia đình, phù hợp với lứa tuổi. Ví dụ như cho trẻ lau bàn học, chuẩn bị bàn ăn, tự giặt – xếp quần áo...
- Tạo điều kiện để bé có các hoạt động giải trí tại nhà: trò chơi, sách vở, máy tính, tivi.

Nếu có điều gì chưa rõ, phụ huynh và người chăm sóc có thể liên hệ nhân viên y tế để tham khảo thêm ý kiến.

9. Lời khuyên với phụ nữ mang thai

Phụ nữ đang mang thai sẽ có những vấn đề sức khỏe khác nhau liên quan đến người mẹ mang thai, đến chăm sóc – tầm soát tiền sản dành cho bào thai, đến chuẩn bị sức khỏe tâm lý cho sanh nở và chăm sóc trẻ sơ sinh sau đó. Do vậy phụ nữ mang thai nên lưu ý một số nội dung sau

- Yêu cầu người thân, gia đình hỗ trợ thêm cho các hoạt động sinh hoạt, công việc hằng ngày
- Dành thêm thời gian cho nghỉ ngơi, chăm sóc bản thân
- Cần thăm khám, theo dõi sức khỏe liên tục trong thai kỳ bởi nhân viên y tế phù hợp (nữ hộ sinh, bác sĩ sản phụ khoa). Có thể ghi chú số điện thoại đường dây nóng của bệnh viện, của bác sĩ đang theo dõi để sử dụng khi cần
- Cần tham khảo kiến thức, kinh nghiệm chăm sóc trong – sau mang thai từ sách vở, báo đài, người thân, nhân viên y tế.
- Cần lưu ý việc dùng thuốc trong quá trình mang thai, thông báo cho bác sĩ những thuốc đang dùng.
- Cần lưu ý theo dõi các dấu chứng, biểu hiện bất thường và thông báo cho nhân viên y tế kịp thời.
- Gia đình cần tích cực động viên, an ủi, hỗ trợ thai phụ

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỊ LẤN

1. Giới thiệu

Lú lẫn là tình trạng có suy nghĩ không rõ ràng, chậm hơn bình thường. Người bị lẫn gặp khó khăn trong việc chú ý, ghi nhớ, ra quyết định về việc nào đó. Nếu tình trạng nặng, người bệnh có thể vào mê, không có phản xạ tốt với kích thích bên ngoài.

Việc chăm sóc người thân bị lẫn gây nhiều khó khăn cho gia đình và người xung quanh. Thông thường, người lẫn sẽ không thực hiện được các việc hằng ngày, lệ thuộc vào người thân trong các hoạt động giao tiếp, tự chăm sóc bản thân. Bên cạnh đó, người bị lẫn có thể thay đổi tính tình, hành vi, có những phản ứng không phù hợp thực tế, gây khó chịu cho người thân. Vì vậy, chúng ta cần biết cách thức chăm sóc đối với người bị lẫn.

2. Giao tiếp với người bị lẫn

Người bị lẫn có khó khăn trong giao tiếp. Chúng ta cần trang bị một số kỹ năng trong chăm sóc người bị lẫn, giúp tăng hiệu quả công việc, giảm căng thẳng, nâng cao chất lượng chăm sóc, giải quyết tốt các tình huống khó khăn, cải thiện mối quan hệ giữa chúng ta và người bệnh.

2.1. Chuẩn bị tâm trạng tích cực cho sự tương tác

Trong giao tiếp, người bệnh để ý nhiều đến thái độ, nét mặt, âm lượng câu nói, cảm xúc và ngôn ngữ của cơ thể hơn là nội dung của câu nói. Mặc dù vậy, trong thực hành, chúng ta thường chỉ lưu tâm nội dung câu nói, hoàn toàn không để ý những ngôn ngữ không lời. Do vậy, chúng ta cần chuẩn thái độ tích cực, vui vẻ trước khi giao tiếp. Với thái độ được chuẩn bị tốt, cơ thể sẽ giúp thể hiện trên nét mặt, giọng nói, bằng hành vi giúp người bệnh cảm nhận tốt hơn về thái độ này.

2.2. Hạn chế các yếu tố gây nhiễu lúc giao tiếp

Có thể vô tình hay cố ý, gia đình thường sẽ mở tivi, máy radio với âm lượng cao tại nơi người bệnh sinh sống. Điều này sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến giao tiếp nhất là khi người bệnh có các vấn đề về thính giác. Chúng ta cần tắt bớt các thiết bị gây tiếng ồn (máy radio, truyền hình, máy giặt, máy phát nhạc, động cơ điện...). Nếu được, chúng ta có thể đóng bớt cửa, đưa người bệnh đến nơi yên tĩnh hơn.

Trước khi nói, chúng ta cần đảm bảo người bệnh đang chú ý đến mình. Nếu người bệnh đang bị nhiễu bởi cuộc điện thoại, đang trò chuyện với người xung quanh, đang tìm kiếm đồ đạc... thì chúng ta nên chủ động ngừng giao tiếp đợi đến khi người bệnh tập trung lại.

Trong quá trình giao tiếp, duy trì ánh mắt, âm lượng lời nói vừa phải đủ để người bệnh nghe (chú ý người bị giảm thính lực), giữ khoảng cách vừa phải, sử dụng ngôn ngữ không lời (nét mặt, cử chỉ) để giúp người nghe được tập trung. Nếu người bệnh đang ngồi, chúng ta cần phải ngồi đối diện (không đứng), nếu người bệnh nằm, chúng ta sẽ ngồi kế bên để trò chuyện.

2.2.1. Thông tin cần rõ ràng

Câu nói cần rõ ràng, chậm rãi phù hợp với lứa tuổi, âm điệu lời nói kiểu trấn an, câu từ phù hợp – gần gũi – dễ hiểu, hạn chế sử dụng những từ ngữ chuyên môn sâu, không rõ ràng ý nghĩa.

Về âm lượng thì cần duy trì vừa đủ nghe (không quá to gây khó chịu cho người nghe, không quá nhỏ gây khó theo dõi). Hãy kiểm tra khả năng nghe của người bệnh bằng câu hỏi (“Ông bà nghe có rõ không?”).

Nếu người bệnh không hiểu – không nghe kịp, chúng ta nói lại theo cách khác và thay đổi phương pháp tiếp cận. Nếu người bệnh vẫn không hiểu, chúng ta nên chờ vài phút rồi lặp lại thông điệp. Cần dành thời gian cho trao đổi.

2.2.2. Hỏi câu hỏi đơn giản

Mỗi lần chỉ nên hỏi một câu hỏi nhỏ. Nếu chúng ta muốn khai thác thông tin, nên chia thông tin thành từng câu hỏi nhỏ sẽ giúp người bệnh trả lời dễ hơn. Ví dụ, thay vì hỏi “ông bà có uống thuốc hôm nay đúng giờ không?”, chúng ta có thể hỏi ngắn thành “sáng nay ông bà có uống thuốc không?”. Chúng ta hạn chế sử dụng các câu hỏi mở hoặc câu hỏi có quá nhiều lựa chọn. Thay vì hỏi “ông bà muốn ăn gì tối nay?”, chúng ta có thể chuyển thành câu hỏi 2 lựa chọn “ông bà muốn ăn cơm hay ăn phở tối nay?”.

Mỗi lần hỏi nên dành thời gian để họ có thể có thời gian suy nghĩ và phản ứng. Người bị lẫn có khó khăn trong ghi nhận và đáp ứng, do vậy thời gian phản ứng của họ sẽ kéo dài hơn.

2.2.3. Thể hiện sự thấu cảm

Hãy lắng nghe người bệnh với cả trái tim và tâm lòng thay vì chỉ nghe đơn thuần. Người bị lẫn có những khó khăn trong trí nhớ, trong suy nghĩ và phản ứng lại với yêu cầu. Sự thiếu hụt thông tin dẫn đến đôi khi họ có những phản ứng không hợp lý với bối cảnh. Tranh cãi, cố gắng giải thích dài dòng không hiệu quả mà có tác dụng ngược. Do vậy chúng ta cần kiên nhẫn chờ đợi họ trả lời, cần cố gắng phân tích ý nghĩa và cảm xúc bên dưới của những câu nói của họ

2.2.4. Chia nhỏ hành động

Khi cần họ thực hiện điều gì, chúng ta cần chia nhỏ hành động đó thành những bước nhỏ, dễ thực hiện. Điều này sẽ làm cho công việc sẽ dễ dàng hơn. Chúng ta nên khuyến khích người bệnh làm những gì họ có thể làm, nhẹ nhàng nhắc nhở họ nếu như có quên, có khó khăn hoặc nguy cơ tai nạn.

Trong giao tiếp bằng lời, chúng ta cũng cần chia thành những câu trao đổi ngắn, rõ ý, đơn giản để giúp thuận tiện cho người bệnh.

2.2.5. Trấn an và cảm thông

Người bệnh bị lẫn thường cảm thấy bối rối, lo lắng và không nhớ chính xác về bản thân. Mặc dù họ có thể không nhớ hoặc nhớ chậm nhưng họ hoàn toàn có thể ghi nhận các biểu hiện cảm xúc của người xung quanh. Do vậy nếu chúng ta tỏ thái độ khó chịu (vì họ quên tên của mình), thái độ không tôn trọng (cho rằng họ có ý nghĩ – trí nhớ sai, không chính xác)... thì người bệnh có thể sẽ bối rối và từ chối hợp tác.

Chúng ta cần tránh thuyết phục – chứng minh rằng người bệnh đã nhớ sai – có ý nghĩ sai. Điều này không giúp ích trong thực tế, không thay đổi sự thật là người bệnh đang bị lẫn và đang cần sự giúp đỡ, cần sự cảm thông hơn là làm phật lòng họ. Chúng ta cần tập trung vào việc hiểu được người bệnh, thể hiện sự cảm thông bằng lời nói, ngôn ngữ cơ thể. Việc nắm tay, vuốt tóc, đụng chạm cơ thể, khen ngợi sẽ giúp cho người bệnh cảm thấy thoải mái và tự tin hơn.

2.2.6. Nhắc lại kỷ niệm trong quá khứ

Người bị lẫn thường chỉ có vấn đề về ghi nhận trí nhớ mới, không nhớ những gì vừa mới xảy ra, tuy nhiên họ sẽ nhớ rất rõ ràng những gì đã xảy ra cách đây 30-40 năm trước và nhắc lại như là mới diễn ra ngày hôm qua. Do vậy nếu muốn trao đổi tốt với người bệnh, chúng ta nên khuyến khích nói về những nội dung – sự kiện của quá khứ vì nó giúp người bệnh cởi mở hơn, thoải mái, duy trì tương tác với người xung quanh.

Người bị lẫn không có vấn đề về hiểu và phản ứng với giao tiếp, vẫn giữ được các kỹ năng cơ bản của giao tiếp. Do vậy nếu thực hiện buổi trao đổi trong không khí vui vẻ, có những câu pha trò sẽ giúp cho người bệnh được thoải mái hơn.

2.2.7. Ứng xử với tình huống khó khăn

Một trong những khó khăn thường gặp trong chăm sóc người bị lẫn là do có sự thay đổi tính tình, hành vi không phù hợp bối cảnh, từ chối tương tác. Để ứng xử với các tình huống này, chúng ta cần duy trì sự kiên nhẫn, linh hoạt, cảm thông với những cảm nhận của người bệnh. Một số điểm lưu ý sau:

- Không cần cố gắng thay đổi tính cách của người bệnh.
- Hãy cố gắng thích ứng với người bệnh, hợp lý hóa các yêu cầu của họ (ví dụ họ kiên quyết chỉ ăn chay, chúng ta sẽ thực hiện bữa cơm chay cho họ)
- Thay đổi hành vi của chúng ta, thay đổi môi trường sinh hoạt là dễ thực hiện hơn, có tính khả thi cao hơn. Những thay đổi này có thể dẫn đến thay đổi hành vi của người bệnh.
- Nếu tính tình thay đổi đột ngột, nghi ngờ có liên quan đến thuốc, đến các ảo giác, đến tình trạng bệnh diễn tiến xấu, chúng ta có thể yêu cầu nhân viên y tế đánh giá lại.

2.2.8. Huy động sự hỗ trợ từ người khác

Trong một ê kíp chăm sóc, các thành viên sẽ bao gồm người thân, gia đình, nhân viên y tế và cả nhân viên xã hội. Do vậy nếu trường hợp chúng ta gặp khó khăn trong chăm sóc người bệnh, chúng ta có thể phối hợp điều hòa các nguồn lực hiện có

Trong trường hợp môi trường sinh hoạt tại nhà không còn phù hợp, nguồn lực chăm sóc không còn tốt, chúng ta có thể tư vấn cho gia đình sử dụng các dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp, tập trung (nhà dưỡng lão, trung tâm bảo trợ xã hội, bệnh viện, trung tâm phục hồi chức năng)

2.3. Một số tình huống chuyên biệt

2.3.1. Đi lang thang:

Người bị lẫn có thể đi lang thang không có mục đích rõ ràng (hoặc không thể giải thích mục đích vì họ quên lý do mà họ phải đi ra ngoài và không thể giải thích được cho người xung quanh). Việc nắm bắt được lý do không phải lúc nào cũng dễ dàng và nhiều trường hợp cũng không cần thiết, chúng ta cần phải kiên nhẫn trong khai thác thông tin. Một số hoạt động sau có thể giúp tránh thất lạc người thân:

- Đặt ổ khóa nhà (ổ khóa số để mọi người có thể tiện sử dụng, mã số hoặc chìa khóa không nên quá phức tạp để mọi người trong gia đình có thể vẫn ra vào bình thường). Có thể đặt vị trí khóa cao hoặc thấp hơn tầm nhìn để gây khó khăn cho người bệnh
- Tạo các hoạt động khác trong nhà, tại nơi an toàn: trồng cây, quét dọn, thú cảnh..
- Đối với một số nơi nguy hiểm trong nhà, có thể dán giấy “không được vào” để gợi nhớ cho người bệnh ở thời điểm họ đến vị trí đó.
- Đeo thiết bị định vị cho người thân (đồng hồ thông minh có GPS), đặt camera để theo dõi trong nhà.
- Để sẵn thông tin người liên hệ (số địa chỉ nhà, số điện thoại liên hệ) để phòng khi người thân bị lạc.

2.3.2. Vệ sinh cơ thể kém

Ở giai đoạn nặng, người bệnh có thể không kiểm soát các vấn đề vệ sinh cá nhân, hành vi cơ thể dễ gây tai nạn cho bản thân và người xung quanh. Do vậy chúng ta có thể thực hiện các hoạt động sau:

- Tạo thói quen nhắc nhở người thân đi vệ sinh, đi tắm. Có thể dán ghi chú nhắc nhở trong ngày.
- Nhắc nhở người bệnh uống nước (để tránh mất nước vì họ thường ăn uống kém và không có cảm giác khát nước). Tuy nhiên hạn chế uống nước vào buổi tối vì gây tiểu đêm, tăng nguy cơ té ngã nhiều trong đêm.
- Thiết kế nhà vệ sinh thuận tiện cho người bệnh (tham khảo tài liệu về chuẩn bị nơi sinh sống cho người khuyết tật)
- Nếu người bệnh không kiểm soát được tiểu tiện, gia đình nên trang bị tả vệ sinh dùng vào buổi tối hoặc cả ngày.
- Sử dụng thêm tả lót để giúp bảo vệ vệ sinh giường, dễ làm vệ sinh.
- Sử dụng quần áo rộng rãi, dễ dàng cởi bỏ, dễ giặt phơi, có thắt lưng (để dễ dàng nâng đỡ hỗ trợ di chuyển)

2.3.3. Để bị kích động

Người bị lẫn có thể dễ bị kích động, thay đổi tính tình vì trí nhớ của họ không hoạt động tốt. Thường thì tiến trình này diễn ra từ từ theo từng giai đoạn từ nhẹ đến nặng. Các yếu tố kích động có thể đa dạng như giao tiếp với người thân, tình trạng mệt mỏi, tình trạng không thoải mái vì không thực hiện được hoạt động sinh hoạt hằng ngày, lệ thuộc người khác... Một số hoạt động hỗ trợ có thể triển khai.

- Hạn chế sử dụng các loại chất kích thích: cà phê, trà, rượu bia.
- Giữ cho không gian yên tĩnh, hạn chế tiếng ồn không cần thiết.
- Hạn chế thay đổi vị trí đồ đạc cá nhân của người bệnh vì họ đã quen với vị trí thường tìm thấy đồ dùng. Không gian sống quen thuộc sẽ tạo cảm giác thoải mái, an toàn cho họ.
- Lưu ý khi sử dụng thuốc hướng thần, ghi nhận và báo cáo cho bác sĩ biết diễn tiến điều trị để kịp thời có hiệu chỉnh nếu cần.
- Khuyến khích xem tivi, nghe nhạc êm dịu, đọc sách, hoạt động nhẹ trong nhà. Người bị lẫn không có giảm các kỹ năng xã hội thông thường, họ chỉ bị giảm khả năng tạo trí nhớ gần.
- Tạo không khí thoải mái, thái độ phù hợp trong giao tiếp với người bệnh. Hạn chế đối đầu trực tiếp vì điều đó không thể thay đổi vấn đề là người bệnh không có nhớ những gì mới xảy ra.
- Tạo điều kiện cho họ tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

2.3.4. Lặp đi lặp lại lời nói hoặc hành động

Người bị lẫn có thể có thói quen lặp đi lặp lại một từ, báo cáo, câu hỏi hoặc một hoạt động nhất định. Các hành động này không có hại, tuy nhiên nó có thể gây phiền nhiễu, gây căng thẳng khó chịu cho người thân và gia đình. Trong một số trường hợp, gia đình có thể xem các hành động này là biểu hiện bệnh lý và lo lắng nhiều thêm khi mà các triệu chứng này không thuyên giảm. Một số hoạt động có thể triển khai:

- Giải thích cho người bệnh, gia đình rằng các dấu chứng này không nguy hiểm, không báo hiệu tình trạng bệnh nặng.

Hướng dẫn Mô hình Chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm và tại nhà

- Không nên chú ý nhiều quá đến các hành động này. Chúng ta có thể đánh lạc hướng bằng cách tạo hoạt động khác, gây mất chú ý
- Trong trường hợp người bệnh hỏi – thắc mắc nhiều lần bởi cùng một nội dung, chúng ta có thể ghi chú các nội dung này lên bảng trắng, giấy ghi chú dán vị trí gần người bệnh
- Tìm hiểu lý do vì sao người bệnh có hành vi kích động, khó chịu, thái độ không hợp tác. Khi hiểu lý do, chúng ta có gắng giải quyết lý do, cải thiện môi trường sống của người bệnh

2.3.5. Ảo giác hoang tưởng

Do có những rối loạn về trí nhớ, người bị lẫn có thể nhầm lẫn các sự kiện trong quá khứ và hiện tại. Sự nhầm lẫn này dẫn đến những hành vi không phù hợp với thực tế: nghi ngờ, buộc tội, cáo gât, đổ lỗi. Chúng ta cần hiểu rằng đây là những rối loạn của trí nhớ chứ không phải là chủ ý của bản thân người bệnh. Do vậy chúng ta không nên tranh luận hay tỏ thái độ không đồng ý. Một số hoạt động có thể triển khai.

- Nếu người bệnh nhầm lẫn nghi ngờ tiền bị mất, hãy đưa cho họ một cái túi xách nhỏ, đưa ít tiền và để tờ giấy ghi chú nhỏ trong đó để họ có thể tự kiểm tra.
- Nếu họ thắc mắc mất đồ, hãy giả bộ tìm kiếm rồi sau đó đánh lạc hướng vào các hoạt động khác.
- Đồ đạc của người bệnh cần để ở vị trí cũ, hạn chế di chuyển đồ đạc.
- Nhân viên y tế nên dành thời gian để giải thích cho gia đình hoặc người chăm sóc về diễn tiến tự nhiên của những dấu chứng này ở người bị lẫn.
- Thể hiện sự quan tâm đối với người bệnh bằng những ngôn ngữ không lời, nhẹ nhàng. Khi bị buộc tội, hãy trấn an rằng đây là ảo giác của riêng người bệnh và mọi người đều hiểu vấn đề đó, không cần phải giải thích thêm.

2.3.6. Rối loạn giấc ngủ

Người bị lẫn thường cũng có kèm các triệu chứng của rối loạn giấc ngủ. Họ sẽ biểu hiện thay đổi nhịp sinh hoạt: ngủ vào ban ngày, thức và hoạt động vào ban đêm gây ảnh hưởng đến người xung quanh, đi suốt đêm. Điều này là vì họ có thể bị nhầm lẫn giữa ngày và đêm, thức đêm nhiều nên họ bị đuối sức và ngủ vào ban ngày, tác dụng ngoại ý của một số thuốc. Một số hoạt động có thể thực hiện:

- Tăng cường hoạt động vào ban ngày, tập thể dục, làm những việc nhẹ thư giãn trong ngày, hạn chế ngủ trưa, ngủ ngày.
- Hạn chế sử dụng các loại thức ăn thức uống có chất kích thích vào cuối ngày: trà, cà phê, thức uống có pha caffein.
- Hạn chế các hoạt động thể lực mạnh, xem phim dài tập, đọc truyện vào buổi tối trước khi ngủ
- Chuẩn bị nơi ngủ cho phù hợp giấc ngủ: thoáng mát, yên tĩnh, thông thoáng không khí, đủ ẩm – mát, ánh sáng phù hợp. Tăng ánh sáng vào ban ngày và giảm ánh sáng vào ban đêm.
- Đối với người có hoạt động ban đêm, để đảm bảo an toàn, có thể chặn cửa cầu thang, khóa cửa nhà bếp, cất những vật dụng nguy hiểm.
- Để hỗ trợ cho gia đình, có thể tìm người giúp việc giúp theo dõi người bệnh vào ban đêm. Việc này sẽ giúp bảo vệ sức khỏe của gia đình.

- Trao đổi với bác sĩ về các dấu chứng mất ngủ của người bệnh để nhờ ra soát lại các thuốc đang sử dụng. Có thể các thuốc an thần có thể là nguyên nhân của tình trạng mất ngủ

2.3.7. Dinh dưỡng

Vấn đề ăn uống, dinh dưỡng của người bị lẩn cũng thường bị ảnh hưởng nặng. Người bệnh có thể quên bữa ăn, quên cảm giác đói, giảm vị giác với thức ăn (có thể do bệnh mạn tính, do thuốc đang uống, do thuốc hướng thần), do bệnh lý vùng răng miệng (mất răng nên không nhai, khó nuốt do liệt cơ...). Hậu quả của ăn uống kém sẽ đưa đến suy dinh dưỡng, giảm cân, táo bón, các vấn đề về sức khỏe khác. Một số hoạt động có thể thực hiện như sau:

- Thực hiện bữa ăn chính, bữa ăn nhẹ theo lịch cố định thời gian trong ngày. Để giúp người bệnh ăn được nhiều, có thể chia làm nhiều bữa nhỏ
- Sử dụng các dụng cụ, thiết bị phù hợp cho người khuyết tật: muỗng có quai đeo, ống hút, ly nhựa có quai cầm... Hỗ trợ họ khi cần thiết, dành nhiều thời gian cho bữa ăn.
- Tổ chức cho người bệnh ăn cùng với mọi người trong gia đình, sẽ giúp ngon miệng và ăn nhiều hơn.
- Chuẩn bị thức ăn phù hợp cho người bệnh: mang răng giả, thức ăn nhỏ dễ nuốt, dùng thêm nước canh – súp để hỗ trợ nuốt.
- Nếu người bệnh có yếu liệt cơ họng, có vấn đề về nhai nuốt, có bị sặc khi ăn... thì cần chú ý hỗ trợ: tư thế ăn phù hợp (ngồi ăn), thức ăn phù hợp (sệt, đặc), lượng thức ăn đưa vào từng ít nhỏ, không ép ăn nếu không muốn ăn.
- Dùng ưu tiên thức ăn có hàm lượng năng lượng cao, đa dạng chất dinh dưỡng. Có thể bổ sung bằng các loại bánh ngọt nếu người bệnh suy dinh dưỡng. Ngược lại nếu người bệnh có béo phì thì phải bổ sung trái cây, thức ăn có hàm lượng năng lượng thấp

III. DINH DƯỠNG

1. Tổng quan

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng đối với sức khỏe và sự phát triển của cơ thể. Một chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ giúp phát triển thể chất, cải thiện sức khỏe, tăng cường hệ miễn dịch, giảm nguy cơ mắc cho sức khỏe. Người bệnh – người khuyết tật cần sự hỗ trợ của gia đình và người thân trong việc sửa soạn bữa ăn – chế độ dinh dưỡng phù hợp.

2. Nguyên tắc chung

Dinh dưỡng là một nhu cầu thiết yếu đảm bảo cho hoạt động bình thường của cơ thể, là thành phần quan trọng của chất lượng cuộc sống vốn là mục tiêu hướng đến trong chăm sóc người khuyết tật.

Trong phần lớn trường hợp, người bệnh cần chế độ dinh dưỡng giống như người bình thường. Một số yêu cầu như:

- Dinh dưỡng đảm bảo nhu cầu,
- Bữa ăn cân đối các thành phần,
- Đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm,

- Thức ăn phù hợp với nhu cầu và sở thích của từng người.

Việc chuẩn bị thức ăn, thức uống cần phù hợp với khả năng, điều kiện tại chỗ của người bệnh và gia đình

Cách thức ăn cần phù hợp với đặc điểm sinh lý từng giai đoạn, với tình trạng bệnh và khiếm khuyết của cơ thể, với nguồn lực hiện có tại chỗ.

3. Các lưu ý về dinh dưỡng của thức ăn

- Nhu cầu năng lượng 30- 35 kcal/kg cân nặng/ngày.
- Nhu cầu chất đạm chiếm 15-20% tổng năng lượng, nhu cầu chất béo chiếm 20-25% tổng năng lượng, chất đường bột 50 -65% tổng năng lượng.
- Ăn bình thường với đầy đủ và cân đối các nhóm chất dinh dưỡng, sử dụng đa dạng loại thực phẩm (nếu được) để duy trì thể trạng, thể chất bình thường
- Bổ sung thêm 1 đến 2 bữa phụ như sữa và các chế phẩm từ sữa, đặc biệt khi có ăn giảm sút do sốt, ho, mệt mỏi...
- Ăn tăng cường nhóm thực phẩm giàu protein (thịt, cá nạc..., đậu đỗ, hạt các loại) để ngăn ngừa teo cơ và tăng sức đề kháng.
- Ăn tăng cường trái cây tươi hoặc nước ép trái cây, rau xanh các loại, gia vị (như tỏi, gừng) để tăng cường sức đề kháng.
- Uống đủ nước (trung bình 2 lít/ ngày) hoặc nhiều hơn nếu có sốt, tiêu chảy.
- Cung cấp đầy đủ vitamin và khoáng chất theo lứa tuổi

4. Cân đối các thành phần trong bữa ăn

- Đảm bảo đủ các và đa dạng các nhóm thực phẩm bao gồm: nhóm tinh bột, nhóm sữa và chế phẩm sữa, nhóm dầu mỡ, nhóm rau củ, nhóm thịt cá, nhóm trứng, nhóm các loại hạt, nhóm rau củ màu vàng-xanh thẫm.
- Không bỏ bữa: Ăn đủ 3 bữa chính và tăng cường thêm các bữa phụ.
- Hạn chế ăn quá nhiều đồ ngọt (khuyến nghị lượng chất đường đơn (đường hấp thu nhanh) <10% tổng năng lượng ăn vào).
- Không kiêng khem thực phẩm nếu không có dị ứng thực phẩm hoặc theo lời khuyên riêng của bác sĩ.
- Người có thể trạng gầy, trẻ em cần bổ sung thêm các thực phẩm có nhiều năng lượng và protein như sữa và các sản phẩm từ sữa.



Tháp cân đối thành phần dinh dưỡng

5. Tính an toàn vệ sinh thực phẩm

- Tránh đồ ăn, uống có nhiều chất đường nhanh (đường mía), nhiều muối, rượu, bia.
- Thực phẩm phải bảo đảm an toàn, vệ sinh. Không dùng thực phẩm ôi, thiu, quá hạn sử dụng.
- Thực phẩm cần mua từ các nguồn đảm bảo vệ sinh, đảm bảo chất lượng
- Việc chế biến thực phẩm cần đúng cách, đảm bảo thức ăn được nấu chín, có vệ sinh.
- Luôn rửa tay trước và sau khi chế biến thực phẩm. Lưu trữ thức ăn thừa đúng cách. Tách bạch thức ăn chưa nấu – thức ăn đã nấu chín.
- Sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng bổ sung cần theo hướng dẫn của chuyên gia dinh dưỡng. Không lạm dụng thực phẩm chức năng. Không sử dụng vitamin bừa bãi không đúng nhu cầu, có thể gây hại.

6. Thức ăn phù hợp với nhu cầu và sở thích của từng người.

Sở thích ăn uống của mỗi người cũng khác nhau. Một số người thích ăn thức ăn ngọt, một số người thích ăn thức ăn mặn, một số người thích ăn thức ăn cay, một số người thích ăn thức ăn chua. Để giúp cho người bệnh – người thân được ngon miệng, điều quan trọng là chúng ta phải chuẩn bị loại thức ăn phù hợp với sở thích, thay đổi đa dạng theo bữa.

Một số cách để chọn thức ăn phù hợp với nhu cầu và sở thích của từng người bao gồm:

- Chuẩn bị nhiều món ăn khác nhau từ tất cả các nhóm thực phẩm tinh bột – đạm – béo – chất xơ – nước: điều này sẽ giúp đảm bảo rằng bữa ăn đủ dinh dưỡng, cân bằng các nhóm yếu tố
- Cho người bệnh ăn theo nhu cầu. Tùy theo từng người bệnh mà nhu cầu ăn uống sẽ khác nhau, sẽ có người cần ăn nhiều, có người ăn ít. Chúng ta chỉ nên mời ăn khi người bệnh có đói. Nếu người bệnh cảm thấy no, hãy dừng ăn, hạn chế ép ăn vì không mang lại lợi ích.

Hướng dẫn Mô hình Chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm và tại nhà

- Hỏi ý kiến người bệnh về món ăn mà họ muốn ăn. Không ép ăn những món họ không muốn.
- Đôi khi việc chuẩn bị bữa ăn đa dạng khó thực hiện, tốn kém, mất nhiều công sức. Chúng ta có thể đổi món bằng cách mua thức ăn từ hàng quán gần nhà.
- Luân phiên đổi món mới để tránh ngán, tăng ngon miệng.

7. Dinh dưỡng cho trẻ em

Trẻ em có hoạt động chuyển hóa cao để đáp ứng nhu cầu phát triển của cơ thể. Do vậy vấn đề dinh dưỡng là quan trọng ở trẻ em. Một số điểm lưu ý:

- Định kỳ theo dõi tình trạng dinh dưỡng của trẻ bằng cách theo dõi cân nặng (so sánh với biểu đồ cân nặng theo tuổi đối với trẻ dưới 5 tuổi), theo dõi lượng thức ăn mà trẻ dùng hằng ngày.
- Chế độ ăn cân đối hàng ngày với 4 yếu tố chính: lipid (lipid động vật và lipid thực vật), vitamin và khoáng chất, thành phần các chất sinh năng lượng (protein, lipid, carbohydrate), protein (protein động vật và thực vật). Trẻ phải ít nhất có 1 bữa ăn trong ngày có khẩu phần cân đối.
- Hạn chế ăn quá nhiều đồ bánh ngọt vì sẽ ảnh hưởng đến bữa ăn chính.
- Hạn chế chế biến các thức ăn nêm nếm quá mặn.
- Cung cấp đủ nước, đặc biệt nước trái cây tươi, tránh uống nước ngọt công nghiệp.
- Đối với trẻ 1-2 tuổi, khuyến khích cho trẻ dùng thêm sữa công thức tối thiểu 600ml/ngày (nếu trẻ không có sữa mẹ) kèm theo chế độ ăn dặm.
- Khuyến khích sửa soạn món ăn mà trẻ thích, thức ăn dễ tiêu hóa và có giá trị dinh dưỡng cao.

IV. KỸ NĂNG DÀNH CHO NGƯỜI CHĂM SÓC

1. Giới thiệu

Khi anh chị giữ vai trò chăm sóc cho người bệnh – người khuyết tật (gọi chung là người bệnh), đồng nghĩa với việc anh chị cần bố trí thời gian, sức khỏe, nguồn lực để đồng thời cùng lúc chăm sóc cho các nhu cầu của riêng cá nhân, và phục vụ cho các nhu cầu chăm sóc của người bệnh. Áp lực này càng nặng khi công việc mang tính chất kéo dài (trong trường hợp đối với người bị khiếm khuyết bẩm sinh – vĩnh viễn – bệnh mạn tính – di chứng), thiếu sự tương tác – chia sẻ - hỗ trợ từ người bệnh và gia đình.

Đối với một số người bệnh bị lệ thuộc hoàn toàn, các công việc như vệ sinh, ăn uống, di chuyển, vận động vật lý trị liệu, tương tác sẽ đòi hỏi những kỹ thuật chuyên biệt. Nếu không được trang bị kiến thức và kỹ năng phù hợp, theo thời gian, anh chị sẽ đến giai đoạn kiệt sức, hoặc việc chăm sóc không đạt được kết quả như kỳ vọng. Để có thể đảm bảo chăm sóc hiệu quả, bài này giới thiệu 5 kỹ thuật dành cho người chăm sóc.

2. Các kỹ thuật dành cho người chăm sóc

2.1. Tiếp cận từ phía trước và duy trì giao tiếp bằng mắt

Vì nhiều nguyên nhân, người bệnh – người khuyết tật có thể có tình trạng giảm tri giác – giảm các nhận thức, hoặc có thể nhận định không chính xác về môi trường xung quanh. Do vậy nếu tiếp cận từ phía sau lưng, đột ngột, không có tín hiệu báo trước thì có thể gây những phản ứng không phù hợp, kích động, hoảng loạn.

Nguyên tắc đầu tiên là chúng ta cần tiếp cận từ phía trước để người bệnh có thể nhận biết bằng thị giác; nên có tín hiệu báo (gọi tên, nói rõ ràng, âm lượng vừa đủ) trước khi tiếp xúc; có thể chạm một phần cơ thể (ưu tiên vùng ngoại vi như bàn tay – cánh tay – vai) để tạo cảm giác an toàn. Sử dụng các câu đơn giản để hướng dẫn họ làm theo yêu cầu của chúng ta.

Việc giao tiếp bằng mắt cần duy trì xuyên suốt quá trình trao đổi. Điều này giúp cho người bệnh biết được sự lắng nghe – sự chú ý, cảm nhận được sự quan tâm – sự thấu hiểu của người chăm sóc, từ đó thiết lập được niềm tin củng cố cho việc chăm sóc hiệu quả.

2.2. Huy động sự tham gia của mọi người

Mặc dù anh chị giữ vai trò là người chăm sóc chính cho người bệnh, những người thân khác trong gia đình vẫn có thể tham gia quá trình chăm sóc một thời điểm hoặc ở một số hoạt động chăm sóc nhất định.

Ví dụ trong trường hợp cần phải khiêng bế người bệnh từ vị trí này sang vị trí khác, sức lực của riêng anh chị không cho phép thực hiện. Anh chị có thể nhờ những người thân khác phụ việc khiêng bế này. Hoặc ví dụ trong trường hợp có việc cần phải đi ra khỏi nhà, anh chị có thể nhờ người thân khác giúp theo dõi người bệnh trong thời gian vắng mặt.

Đối với người bệnh, anh chị cũng yêu cầu sự tham gia chủ động của họ. Việc này không những giúp cho công việc được dễ dàng hơn mà bản thân người bệnh cũng có thể tập luyện làm quen với động tác tự chủ, hạn chế phụ thuộc. Ví dụ nhưng khi cần chuyển người bệnh từ tư thế nằm sang tư thế ngồi, anh chị có thể yêu cầu người bệnh quàng cách tay của họ qua cổ anh chị, di chuyển chân ra sát cạnh giường và đặt chân xuống giường, từ đó phối hợp cùng động tác ngồi dậy.

2.3. Cho phép người đó hoàn thành những việc họ đang làm

Tàn tật là tình trạng người khuyết tật không thể thực hiện được các vai trò để tồn tại trong cộng đồng, phải phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào người khác để có thể tồn tại. Một trong những mục tiêu của việc chăm sóc là giúp cho người bệnh có thể tái thực hiện được các hoạt động sinh hoạt hằng ngày, tránh lệ thuộc vào người chăm sóc.

Do vậy, trong quá trình chăm sóc, anh chị cần chủ động khích lệ, hướng dẫn, kiên nhẫn theo dõi và hạn chế thực hiện thay thế người bệnh. Ví dụ như khi hỗ trợ người bệnh yếu liệt tự ăn uống, anh chị có thể yêu cầu người bệnh thử sử dụng phần tay khỏe để ăn. Hãy dành thời gian để người bệnh có thể hoàn thành động tác của họ dù ít – nhiều. Chỉ khi không thành công, khi đó người chăm sóc mới thực hiện giúp cho người bệnh. Việc chờ đợi này có thể mất thời gian, tuy nhiên yêu cầu người bệnh tự thực hiện cũng là một kỹ thuật quan trọng trong phục hồi chức năng. Bên cạnh đó, anh chị sử dụng ít thời gian này để hoàn thành những công việc ưu tiên khác.

2.4. Sử dụng các nhóm xương và cơ chính

Khi hỗ trợ cho người bệnh, các hoạt động cần sử dụng lực (như xoay trở, ngồi – đứng, di chuyển) cần thực hiện với kỹ thuật phù hợp để có thể vẫn được sự cộng tác phối hợp và hạn chế các chấn thương cho cả người chăm sóc và người bệnh. Các kỹ thuật này có thể được tham khảo trong các tài liệu hướng dẫn chăm sóc hoặc hỏi ý kiến của người có chuyên môn.

Ví dụ khi đưa người bệnh đi dạo, để hạn chế nguy cơ té ngã, chúng ta nên đứng phía bên trái người bệnh, tay trái của anh chị đặt lên vai trái của họ, tay phải của anh chị đặt lên vai phải của họ. Theo cách này, anh chị sẽ cảm nhận được sự thăng bằng, hỗ trợ theo nhịp di chuyển của người bệnh, không kéo đẩy theo chủ ý của chúng ta.

Ví dụ khi xoay chuyển người bệnh trên giường, chúng ta cần chuẩn bị tư thế tay và chân phù hợp để vừa huy động được lực của người bệnh, vừa hạn chế bị cản trở phạm vi xoay chuyển do vướng tay chân. Các động tác của người chăm sóc cũng cần đúng kỹ thuật, sử dụng các nhóm cơ mạnh, tránh vận lực quá mức có thể gây các chấn thương tay – chân – lưng.

2.5. Quan tâm đến cảm nhận – tâm tư – tình cảm của người bệnh

Hầu hết người bệnh bị có đầy đủ năng lực nhận thức. Họ có những tâm tư – quan điểm – nhận định khác nhau về tình trạng sức khỏe của bản thân. Họ cũng có những tâm tư riêng về tình trạng lệ thuộc hiện nay. Việc không đánh giá đúng – đủ các tâm tư tình cảm này sẽ dẫn đến một số trở ngại trong chăm sóc. Ví dụ nhưng người bệnh ở tuổi dậy thì có thể có những e ngại với việc thay quần áo trước người lạ; người trưởng thành cảm thấy khó chịu khi phải đi vệ sinh tại giường; người đàn ông trụ cột gia đình cảm thấy bất an khi mà tình trạng yếu liệt do tai biến làm cho họ không thể thực hiện được các hoạt động sinh hoạt hằng ngày và có cảm giác mọi người có thái độ không nhiệt tình....

Do vậy, anh chị nên dành một ít thời gian để trao đổi, thấu hiểu đối với những quan điểm – tâm tư – tình cảm của người bệnh. Chúng ta cần tôn trọng những yêu cầu tế nhị này và thực hiện động tác chăm sóc với tất cả sự tôn trọng – yêu thương. Chúng ta hãy trao đổi, đặt câu hỏi yêu cầu và xin ý kiến của người bệnh nếu có những động tác chăm sóc. Việc cố gắng thực hiện can thiệp mà không có sự đồng ý – hỗ trợ từ người bệnh sẽ gây phật lòng, từ chối hợp tác và nguy hiểm hơn là có thể gây tai nạn cho cả người bệnh và bản thân người chăm sóc.

Ví dụ trong trường hợp hỗ trợ cho ăn, nếu người bệnh từ chối ăn, không nuốt thì việc nhét nhiều thức ăn vào miệng chỉ gây nguy cơ hít sặc (gây tử vong do hít nghẹn, gây viêm phổi hít, gây nôn ói). Do vậy khi đưa thức ăn cần chậm rãi theo nhịp nuốt, chúng ta yêu cầu người bệnh nuốt thức ăn và cho biết có muốn tiếp tục ăn nữa không.

3. Sức khỏe của người chăm sóc cũng rất quan trọng

Công tác chăm sóc rất căng thẳng nên anh chị có thể có tình trạng kiệt sức. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra người chăm sóc có nguy cơ cao bị trầm cảm, bệnh tim mạch và các bệnh mạn tính, có nguy cơ tử vong cao hơn là những người khác cùng độ tuổi. Việc bảo vệ

Hướng dẫn Mô hình Chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm và tại nhà

sức khỏe người chăm sóc là rất quan trọng vì nó sẽ ảnh hưởng đến khả năng duy trì việc chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Anh chị cần tin rằng sức khỏe của người chăm sóc là quan trọng để đảm bảo an toàn cho sức khỏe của người bệnh. Nếu anh chị bị chấn thương – bị bệnh không thể thực hiện chăm sóc thì người bệnh cũng sẽ bị ảnh hưởng liên đới. Do vậy anh chị cần trang bị một số thông tin và khả năng tự chăm sóc sức khỏe cá nhân.

- **Luyện tập thể dục:** Duy trì liên tục đều đặn việc tập luyện thể dục định kỳ hằng ngày cho bản thân sẽ giúp duy trì sức khỏe, góp phần cải thiện chất lượng giấc ngủ, giảm căng thẳng, giảm các cảm xúc tiêu cực, giúp thư giãn cơ thể, tăng khả năng tỉnh táo, góp phần duy trì sức bền cơ thể đảm đương khối lượng công việc trong ngày. Hoạt động thể dục có thể đa dạng tùy sở thích của từng người với nhịp độ phù hợp nhưng cần duy trì liên tục mỗi ngày
- **Chú ý chế độ dinh dưỡng phù hợp.** Những người chăm sóc thường không quan tâm đến thói quen ăn uống của bản thân, có thể quá nhiều hoặc quá ít, bỏ bữa chính, ăn nhiều bữa nhẹ - ăn vặt, nhịp ăn uống không cố định vì thay đổi theo công việc chăm sóc. Do vậy anh chị cần chú ý xây dựng cho bản thân một kế hoạch dinh dưỡng phù hợp với hoạt động chăm sóc hằng ngày. Chúng ta có thể phối hợp lồng ghép chế độ dinh dưỡng của bản thân với người bệnh. Ví dụ như bố trí các buổi ăn chung với người bệnh. Vừa dễ trong xây dựng thực đơn, vừa có thời gian chung với người bệnh.
- **Ngủ đủ giấc.** Nhiều người chăm sóc có tình trạng rối loạn giấc ngủ (bao gồm thiếu thời gian ngủ hoặc chất lượng giấc ngủ không được tốt). Hậu quả là người chăm sóc mau chóng kiệt sức, không đảm bảo được công việc trong ngày, thay đổi tính tình – cáu gắt, thay đổi cảm xúc như buồn bã – tức giận-bị quan. Có nhiều nguyên nhân gây rối loạn giấc ngủ. Anh chị cần xác định nguyên nhân cụ thể và xây dựng giải pháp phù hợp. Thời gian ngủ lý tưởng là từ 6-8h mỗi đêm. Nếu không ngủ đủ giấc ban đêm, anh chị có thể bố trí thời gian chợp mắt thêm sau buổi ăn trưa. Nếu nguyên nhân khó ngủ đến từ việc người bệnh có khó chịu – khó ngủ, cần nhiều chăm sóc về đêm, anh chị nên tham khảo ý kiến của bác sĩ để điều trị tình trạng của người bệnh.
- **Kiểm tra y tế thường xuyên,** tham vấn ý kiến của nhân viên y tế khi có dấu chứng bất thường của cơ thể. Việc chăm sóc có thể gây nguy cơ chấn thương (các hoạt động xoay chuyển – nâng đỡ), gây truyền nhiễm (đối với bệnh lý lây nhiễm), gây stress (đối với người bệnh có vấn đề về tâm lý – tâm thần). Trong đó bệnh trầm cảm có khả năng xuất hiện cao. Do vậy người chăm sóc có nguy cơ cao về sức khỏe và cần được thăm khám – điều trị kịp thời.
- **Dành thời gian cho bản thân.** Anh chị cần lưu ý dành thời gian để bản thân có thể thư giãn như nghe đài, xem tivi, uống trà, đi dạo, chạy thể dục, giao tiếp với các hội người chăm sóc khác để chia sẻ kinh nghiệm - tâm tư.

4.Kết luận

Chăm sóc người bệnh luôn là việc nặng nhọc. Anh chị cần trang bị các kỹ năng phù hợp, bao gồm các kỹ thuật chăm sóc, kỹ năng giao tiếp, khả năng chịu áp lực công việc... Trong trường hợp gặp khó khăn, bị kiệt sức vì áp lực công việc, chúng ta có thể yêu cầu các chuyên viên xã hội – nhân viên y tế khác hỗ trợ tạm thời hoặc kéo dài để anh chị có thể hồi phục sức khỏe và sau đó có thể thực hiện công việc được hiệu quả hơn.

V.SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC

1. Tổng quan

Sức khỏe của người chăm sóc giữ vai trò thiết yếu – quan trọng trong việc đảm bảo duy trì các hoạt động giúp đỡ, hỗ trợ cho người bệnh. Công việc chăm sóc thường căng thẳng – mau mệt sức, đặc biệt là ở những tình huống người bệnh có giới hạn các chức năng sinh hoạt, mất trí nhớ, cần chăm sóc cuối đời. Theo thời gian, dưới áp lực của công việc hằng ngày, người chăm sóc có thể bắt đầu có các triệu chứng khác nhau về sức khỏe. Nhiều bằng chứng đã cho thấy rằng người chăm sóc có nhiều nguy cơ bị bệnh trầm cảm, bệnh tim mạch, bệnh mạn tính, nguy cơ tử vong cao hơn những người không tham gia chăm sóc

Do vậy, người chăm sóc cũng cần lưu ý đến tình trạng sức khỏe của bản thân, cần được nghỉ ngơi phù hợp, cần liên hệ các nguồn lực xã hội – y tế để giúp đỡ và chăm sóc cho bản thân.

2. Các biện pháp chăm sóc cho người chăm sóc

Người chăm sóc có thể sử dụng các biện pháp đơn giản sau đây để tự chăm sóc cải thiện sức khỏe.

3.1. Luyện tập thể dục hàng ngày

Mỗi ngày có dành ít thời gian riêng cho bản thân để tập thể dục, duy trì đều đặn hằng ngày để tạo thành thói quen. Việc này mang lại nhiều lợi ích cho sức khỏe bao gồm: cải thiện chất lượng giấc ngủ ban đêm, giảm căng thẳng – stress tâm lý, tránh các cảm xúc tiêu cực, thư giãn cơ bắp, tăng cường khả năng chịu đựng sức cơ – hoạt động, khôi phục năng lượng để đảm bảo ngày mới, tăng mức độ tỉnh táo – tập trung.

Việc tập thể dục có thể bắt đầu với những bài tập đơn giản, theo sở thích. Đi bộ là một trong những hình thức dễ thực hiện. Mỗi ngày dành 20 phút để đi bộ, 3 lần mỗi tuần, thực hiện đều đặn cùng bạn bè xung quanh nhà (đi bộ công viên) đã có thể mang lại tác dụng tốt cho sức khỏe. Nếu cần thông tin tư vấn, anh chị có thể liên hệ nhờ sự hỗ trợ từ chuyên viên – nhân viên có chuyên môn phù hợp.

3.2. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ

Vì nhiều lý do khác nhau, thông thường người chăm sóc bị rơi vào thói quen ăn uống kém, không điều độ cân bằng giữa các nhóm chất dinh dưỡng, ăn bỏ bữa, nhiều đồ ăn vặt, chất lượng thức ăn không có, v.v...

Do chế độ dinh dưỡng đầy đủ là quan trọng để đảm bảo sức khỏe, do thói quen ăn uống được hình thành theo thời gian, do vậy người chăm sóc cần lưu ý thay đổi các thói quen này và cần thực hiện thường xuyên hằng ngày.

Ví dụ như chúng ta có thể bắt đầu ngày bằng bữa ăn sáng nhẹ kèm thức uống (trà, cà phê, nước trái cây). Thu xếp thời gian để ăn chung cùng người bệnh, vừa tăng thời gian cho bữa ăn, vừa tăng tương tác với người bệnh. Chú ý thay đổi loại thức ăn theo sở

thích, lựa chọn thành phần dinh dưỡng đa dạng giữa tinh bột – đạm – dầu mỡ - trái cây. Sử dụng thêm một số thức ăn thêm giúp kích thích khẩu vị vừa cho người bệnh, vừa cho người chăm sóc.

3.3.Đảm bảo ngủ có chất lượng

Giấc ngủ đóng vai trò quan trọng đối với sức khỏe của chúng ta giống như chế độ ăn uống lành mạnh và tập thể dục thường xuyên hằng ngày. Khía cạnh chất lượng của giấc ngủ quan trọng hơn thời gian ngủ. Giấc ngủ có chất lượng giúp khôi phục năng lượng, bảo vệ sức khỏe. Ngược lại nếu giấc ngủ không có chất lượng (bao gồm ngủ không sâu, ngủ không đủ thời gian, ngủ không thoải mái) sẽ dẫn đến mệt mỏi, kiệt sức, thay đổi cảm xúc (như bức bối, buồn bã, bi quan, căng thẳng, trầm cảm, kích động).

Người chăm sóc thường có vấn đề về chất lượng giấc ngủ. Điều này có ít nhiều liên quan đến bối cảnh chăm sóc người bệnh. Do vậy chúng ta cần lưu ý thực hiện các gợi ý sau để đảm bảo giấc ngủ có chất lượng:

- Thực hiện thói quen ngủ đúng giờ: thời điểm đi ngủ, thức giấc ở thời điểm cố định hằng ngày, kể cả cuối tuần.
- Tránh sử dụng các loại thức ăn – chất có tính kích thích như cà phê, trà, rượu vào buổi tối.
- Dành thời gian thư giãn trước khi ngủ, hạn chế các hoạt động thể lực nặng, hạn chế xem các nội dung phim – truyện có nội dung nhiều cảm xúc
- Chỉ đi ngủ khi bắt đầu buồn ngủ, hạn chế nằm giường khi chưa buồn ngủ, duy trì hoạt động thể lực trong ngày, tránh ngủ ngày quá nhiều
- Đảm bảo nơi ngủ được thoải mái, không âm thấp – bụi bặm – tiếng ồn... cần ít ánh sáng, có gối mềm êm ái

3.4.Lưu ý chăm sóc sức khỏe bản thân

Mặc dù người chăm sóc thường có tình trạng sức khỏe ban đầu là khỏe mạnh, tuy nhiên do tính chất công việc chăm sóc là nặng nhọc, chúng ta có nguy cơ cao mắc các bệnh lý chấn thương, bệnh mạn tính, bệnh stress – trầm cảm.

Do vậy, lưu ý đến sức khỏe cá nhân, việc định kỳ kiểm tra sức khỏe là cần thiết cho người chăm sóc. Khi ghi nhận bất cứ dấu hiệu – triệu chứng nào về sức khỏe, người chăm sóc nên tham khảo ý kiến tư vấn của nhân viên y tế có chuyên môn để có biện pháp chăm sóc bản thân phù hợp.

3.5.Dành thời gian cho bản thân

Dành thời gian để giải trí, thực hiện những hoạt động theo sở thích là điều cần thiết để đảm bảo “khôi phục” năng lượng cho bản thân, đảm bảo duy trì hiệu quả khả năng chăm sóc người bệnh, chống căng thẳng và duy trì tâm lý ổn định.

Dành ít thời gian trong ngày, trong tuần, những lúc rảnh giữa những công việc chính để thực hiện những hoạt động cho bản thân: đọc sách, xem báo đài, trò chuyện với bạn bè, đi dạo... Chúng ta hãy tự tìm ra hoạt động nào đáp ứng tốt nhất cho sở thích của bản thân và ưu tiên thực hiện nó song hành cùng với việc chăm sóc người bệnh.

3.6. Nghỉ ngơi phù hợp

Đây là biện pháp chính để chống kiệt sức cho người chăm sóc. Nếu anh chị đang chăm sóc những người có tính phụ thuộc cao (tàn tật, không thực hiện được sinh hoạt hằng ngày), người có bệnh lý về tâm thần..., anh chị đang chịu những áp lực rất lớn và có nguy cơ cao cho sức khỏe. Theo thời gian, kiệt sức có thể xuất hiện ở nhiều khía cạnh khác nhau như thể chất (đau nhức cơ thể, chấn thương), tinh thần (stress, trầm cảm, nóng giận, cảm giác bị xúc phạm), tài chính (tài chính của gia đình, của bản thân). Bản thân các vấn đề kiệt sức của người chăm sóc có thể quay lại gây nguy hiểm cho người bệnh và người xung quanh. Do vậy chúng ta cần lưu ý nghỉ ngơi phù hợp để tránh kiệt sức.

Chúng ta có thể lập kế hoạch trong ngày – trong tuần, xen kẽ công việc và nghỉ ngơi cá nhân phù hợp, rải đều. Trong trường hợp sức khỏe không đảm bảo, chúng ta có thể nhờ người thân khác trong gia đình, hoặc nhờ chuyên viên chăm sóc đến hỗ trợ tạm thời một thời gian. Nếu việc chăm sóc tại nhà không thể thực hiện tốt, chúng ta có thể gửi người bệnh đến chăm sóc tại các cơ sở tập trung chuyên nghiệp trong một khoảng thời gian. Để nắm rõ các nguồn lực hỗ trợ này, ý kiến của chuyên viên có chuyên môn phù hợp là cần thiết.

4. Kết luận

Người chăm sóc là nguồn lực quan trọng nhất đảm bảo duy trì các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Do vậy họ cần được quan tâm chăm sóc phù hợp. Các dấu hiệu báo động về sức khỏe cần được nhận diện sớm, các hoạt động khôi phục sức khỏe cần được thực hiện thường xuyên. Trong tình huống cần thiết, người chăm sóc có thể nhờ người khác hỗ trợ thêm để bản thân có thời gian nghỉ ngơi và khôi phục sức khỏe.

4 CHĂM SÓC MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP

4.1 SỐT

4.1.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân nguy hiểm của sốt

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị sốt

4.1.2 Tổng quan

Sốt là tình trạng thân nhiệt của cơ thể cao hơn mức bình thường. Ngưỡng cao của thân nhiệt là $>37,5$ độ C (nếu đo ở nách) hoặc >38 độ C (nếu đo ở miệng, hậu môn, màng nhĩ). Sốt là dấu chứng của nhiều nguyên nhân bệnh khác nhau. Các dấu hiệu phối hợp khác sẽ giúp gợi ý nguyên nhân gây bệnh.

Trong phần lớn các trường hợp, nguyên nhân gây sốt là nhiễm virus. Do vậy bệnh có diễn tiến thường là đơn giản, có thể được chăm sóc ở nhà.

Tuy nhiên, có tỷ lệ nhất định sốt diễn tiến nặng. Do vậy việc theo dõi các dấu hiệu báo động là cần thiết. Bên cạnh đó, các dấu chứng phối hợp khác cũng cần được đánh giá để xác định những nguyên nhân nguy hiểm và giúp điều trị phù hợp.

4.1.3 Nhận diện

Sốt được thể hiện bằng các dấu chứng

- Thân nhiệt cao: $>37,5$ độ C (nếu đo ở nách) hoặc >38 độ C (nếu đo ở miệng, hậu môn, màng nhĩ)
- Da nóng khô - ẩm
- Người bệnh than có cảm giác lạnh, run

Các dấu hiệu có thể đi kèm, giúp gợi ý nguyên nhân gây sốt:

- Ho
- Đau họng
- Khó thở
- Đau bụng
- Nổi ban da
- Đau răng
- Đau tai
- Co giật
- Lơ mơ
- Các dấu chứng khác

Khi có dấu chứng phối hợp, đây được xem là trường hợp sốt có nguyên nhân. Chúng ta cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế để điều trị phù hợp, giúp bảo vệ sức khỏe của người bệnh

4.1.4 Dấu hiệu báo động

Sốt thường do nguyên nhân siêu vi, bệnh thường tự giới hạn. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bệnh có thể diễn tiến nặng. Do vậy chúng ta cần lưu ý một số dấu hiệu báo động để kịp thời cho người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp;

- Trẻ < 3 tháng tuổi
- Sốt cao liên tục không giảm với thuốc, sốt >39 độ C
- Khó thở, thở khò khè
- Nôn mửa và tiêu chảy kéo dài
- Co giật
- Nổi ban đỏ trên da
- Tê hoặc yếu ở một bên cơ thể
- Sốt li bì, không linh hoạt, mất ý thức
- Trẻ bị mất nước (mắt trũng, uống nước háo hức, tiểu ít).
- Sốt kéo dài >7 ngày
- Có những bệnh lý nặng phối hợp: tim mạch, hô hấp, huyết học

4.1.5 Xử trí – điều trị

Khi có người bệnh bị sốt, chúng ta có thể thực hiện các hoạt động sau:

- Cho nghỉ ngơi tại giường, mặc áo thông thoáng
- Nếu người bệnh than có lạnh, run, cần đắp thêm mền, giữ kín gió
- Nếu người bệnh có thân nhiệt tăng cao, dùng quạt gió, mở cửa phòng thông thoáng, lau mát bằng khăn với nước ấm
- Cho uống nhiều nước trắng, nước trái cây
- Theo dõi thân nhiệt, nhịp tim, tri giác
- Có thể sử dụng thuốc hạ sốt paracetamol (liều theo cân nặng, sử dụng 4 lần uống mỗi ngày)
- Theo dõi các dấu hiệu khác. Nếu có dấu hiệu báo động thì cần chuyển đến cơ sở y tế phù hợp.

4.1.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Dành thời gian nghỉ ngơi dưỡng bệnh ở nhà, không đi làm để hạn chế lây nhiễm
- Uống nhiều nước và chất khoáng, ăn thức ăn dễ tiêu hóa
- Mặc quần áo nhẹ nhàng, thông thoáng. Giữ cho không khí trong phòng được thông thoáng
- Chỉ lau mát bằng nước ấm, không sử dụng bất kỳ chất lạ khác (rượu, chanh, tinh dầu). Tuyệt đối không lau người bằng nước đá vì sẽ làm tăng thân nhiệt trung tâm
- Khi người bệnh đang bị ớn lạnh, run, không được lau mát vì sẽ làm lạnh hơn
- Khi người bệnh có thân nhiệt cao, người nóng - ẩm, rịn mồ hôi, có thể lau mát, tắm nhẹ sẽ giúp cho người bệnh được dễ chịu, hạ nhanh thân nhiệt.
- Thu xếp thời gian để đưa người bệnh đến khám nhân viên y tế phù hợp để điều trị đúng nguyên nhân và đạt hiệu quả tối ưu.
- Sử dụng thuốc theo toa của nhân viên y tế, không dùng thuốc không rõ điều trị.
- Nếu diễn tiến trở nặng, có dấu hiệu nguy hiểm thì phải đến khám và điều trị tại cơ sở y tế phù hợp.

4.1.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Sốt là tình trạng tăng thân nhiệt do sự thay đổi điểm điều nhiệt của cơ thể dưới tác động của các chất gây viêm, thường là do tác nhân nhiễm trùng
- Đối với trường hợp bị nhiễm trùng, tác nhân siêu vi chiếm đa số các trường hợp. Tuy nhiên chúng ta cần khám chi tiết để xác định những trường hợp do vi trùng. Các vị trí nhiễm trùng thường gặp nhất là da- cơ, hệ hô hấp, hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu
- Nếu có nguyên nhân nhiễm vi trùng, kháng sinh được lựa chọn tùy theo kinh nghiệm, tùy theo hệ cơ quan bị nhiễm và mức độ nặng của bệnh.
- Sốt cần được điều trị hiệu quả nhất là ở những người bệnh có nguy cơ cao như người bị suy tim, suy kiệt, suy hô hấp...
- Thuốc điều trị sốt là acetaminophen liều 15mg/kg lần mỗi 6h. Tổng liều thuốc không được vượt quá 4g mỗi ngày để tránh nguy cơ bị ngộ độc thuốc. Lưu ý là một số loại thuốc đã có chứa sẵn acetaminophen dạng phối hợp, do vậy có thể làm tăng nguy cơ quá liều.
- Nếu nhiệt độ là $\geq 41^{\circ}\text{C}$, chúng ta cần phối hợp các biện pháp làm mát khác để giúp tránh tăng thân nhiệt quá cao (ví dụ, làm mát với nước ấm, chần lạnh).
- Nếu diễn tiến của sốt không đáp ứng với điều trị kinh nghiệm, chúng ta cần đưa người bệnh đến khám tại các cơ sở y tế phù hợp.

4.2 CẢM LẠNH

4.2.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của cảm lạnh

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị cảm lạnh

4.2.2 Tổng quan

Cảm lạnh là thuật ngữ dân gian để mô tả các triệu chứng khi bị mắc bệnh viêm đường hô hấp trên do nguyên nhân là virus (thường là rhinovirus). Người bệnh thường sẽ có biểu hiện lạnh run, sốt, nghẹt mũi, chảy dịch mũi, đau vùng mũi – họng, ho, đau nhức cơ thể xương khớp.

Bệnh cảm lạnh thường lây truyền qua đường ho, hắt hơi hoặc do tiếp xúc trực tiếp với bề mặt có nhiễm virus (các vật dụng dùng chung, nắm tay, khăn tắm...). Bệnh cảm lạnh thường không nguy hiểm nhưng gây nhiều khó chịu, mệt mỏi.

Bệnh thường tự hết sau một hai tuần. Tuy nhiên trong một số trường hợp, bệnh có thể diễn tiến nặng gây các biến chứng khác như viêm phổi, viêm tai giữa, viêm xoang nhiễm trùng.

Sốt là tình trạng có thân nhiệt cao hơn bình thường dưới tác dụng của các yếu tố gây sốt. Sốt sẽ bắt đầu bằng giai đoạn lạnh run, sau đó thân nhiệt sẽ tăng cao và giảm về bình thường khi ra khỏi cơn sốt. Sốt có thể xuất hiện trong bệnh cảm lạnh, có thể xuất hiện độc lập.

4.2.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau giúp gợi ý bệnh cảm lạnh:

- Lạnh run từng đợt
- Sốt, thân nhiệt $>38^{\circ}\text{C}$
- Chảy dịch mũi – nghẹt mũi – hắt xì hơi – đau vùng mũi
- Ho
- Đau họng

Các triệu chứng này phải mới xuất hiện, không kèm theo triệu chứng khác.

4.2.4 Dấu hiệu báo động

Bệnh cảm lạnh thường tự giới hạn. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bệnh có thể diễn tiến nặng. Do vậy chúng ta cần lưu ý một số dấu hiệu báo động để kịp thời cho người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp;

- Trẻ < 3 tháng tuổi
- Sốt cao liên tục không giảm với thuốc
- Khó thở, thở khò khè
- Nôn mửa và tiêu chảy kéo dài
- Co giật

- Nổi ban đỏ trên da
- Tê hoặc yếu ở một bên cơ thể
- Mất ý thức

4.2.5 Xử trí – điều trị

- Cho người bệnh nghỉ ngơi nhiều hơn, nằm nghỉ tại giường, hạn chế làm những việc nặng kéo dài
- Nếu người bệnh đang lạnh - run, sử dụng thêm mền đắp giữ ấm thêm. Nếu người bệnh đang nóng, nhiệt độ cao, sử dụng khăn ướt lau mát vùng mặt – cổ - thân người, có thể dùng quạt để thổi gió mát.
- Hạn chế tiếp xúc với nhiều người để tránh lây nhiễm, đồng thời có thời gian cho người bệnh nghỉ ngơi.
- Sử dụng khăn riêng, rửa tay thường xuyên có dùng xà phòng.
- Sử dụng thuốc giảm đau và hạ sốt. Thuốc giảm đau và hạ sốt như acetaminophen có thể giúp giảm đau đầu, sốt và đau họng.
- Theo dõi các dấu hiệu khác. Nếu bệnh diễn tiến nặng, có xuất dấu chứng khác (ho nhiều, đàm nhiều, đàm máu, chảy máu mũi, xanh xao,...), bệnh kéo dài, chúng ta cần thu xếp cho người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp

4.2.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Dành thời gian nghỉ ngơi dưỡng bệnh ở nhà, không đi làm để hạn chế lây nhiễm
- Chú ý ngủ đủ giấc vào buổi tối, ngủ thêm giấc sáng khi cơ thể mệt
- Hạn chế tiếp xúc với người xung quanh, mang khẩu trang, sử dụng dụng cụ cá nhân riêng (ly, tách, khăn, đồ chơi, vật dụng khác) để hạn chế lây nhiễm
- Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước – nước trái cây. Nước sẽ giúp cho cơ thể bù lại lượng nước mất do sốt, giúp họ cảm thấy dễ chịu hơn.
- Chuẩn bị bữa ăn có thức ăn dễ tiêu hóa, lượng vừa đủ để ăn theo khả năng, có thể chia nhiều bữa nhỏ trong ngày
- Rửa tay thường xuyên
- Súc miệng – khò họng bằng nước muối giúp đỡ khó chịu vùng họng, giảm nghẹt mũi.
- Mặc đồ đủ ấm
- Sử dụng thuốc theo toa của nhân viên y tế, không dùng thuốc không rõ điều trị.
- Nếu diễn tiến trở nặng, có dấu hiệu nguy hiểm thì phải đến khám và điều trị tại cơ sở y tế phù hợp.

4.2.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Đối với trường hợp bị cảm lạnh, tác nhân siêu vi chiếm đa số các trường hợp. Tuy nhiên chúng ta cần khám chi tiết để xác định những trường hợp bị bệnh nặng do vi trùng. Biện chứng diễn tiến nặng sẽ trở thành viêm phổi với biểu hiện suy hô hấp (giảm oxy máu, thở nhanh, mệt khi vận động).
- Nếu có nguyên nhân nhiễm vi trùng, kháng sinh được lựa chọn tùy theo kinh nghiệm, tùy theo hệ cơ quan bị nhiễm và mức độ nặng của bệnh.

- Sốt cần được điều trị hiệu quả nhất là ở những người bệnh có nguy cơ cao như người bị suy tim, suy kiệt, suy hô hấp...
- Thuốc điều trị sốt là acetaminophen liều 15mg/kg lần mỗi 6h. Tổng liều thuốc không được vượt quá 4g mỗi ngày để tránh nguy cơ bị ngộ độc thuốc. Lưu ý là một số loại thuốc đã có chứa sẵn acetaminophen dạng phối hợp, do vậy có thể làm tăng nguy cơ quá liều.
- Nếu nhiệt độ là $\geq 41^{\circ}\text{C}$, chúng ta cần phối hợp các biện pháp làm mát khác để giúp tránh tăng thân nhiệt quá cao (ví dụ, làm mát với nước ấm, chần lạnh).
- Dùng thuốc kháng histamin giúp giảm nhẹ các khó chịu vùng mũi (nghet mũi, chảy dịch mũi, đau vùng mũi); dùng thêm thuốc giảm khó chịu vùng họng nếu có kèm đau họng; thuốc kháng ho nếu ở người lớn và ho không có đàm, không có suy hô hấp.
- Nếu diễn tiến của sốt không đáp ứng với điều trị kinh nghiệm, chúng ta cần đưa người bệnh đến khám tại các cơ sở y tế phù hợp.

4.3 ĐAU HỌNG

4.3.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của đau họng

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị đau họng

4.3.2 Tổng quan

Đau họng là tình trạng khó chịu, đau hoặc ngứa vùng họng, gây cảm giác nuốt đau- nuốt khó và có thể cảm giác ngứa gây ho. Bệnh gây tình trạng sung viêm của các tuyến bạch huyết vùng họng, amydale, loét niêm mạc họng, khẩu cái mềm.

Bệnh thường do nhiễm virus trong bệnh cảnh cảm cúm – viêm hô hấp cấp. Trong một số trường hợp, vi khuẩn liên cầu Streptococcus cũng có thể gây bệnh. Đây là tác nhân gây bệnh thấp khớp – thấp tim, để lại nhiều di chứng cho cơ thể. Do vậy tác nhân này cần phải được điều trị hiệu quả và kịp thời để tránh di chứng.

Một số nguyên nhân khác cũng có thể gây đau họng như các chất ô nhiễm môi trường, khói thuốc lá, không khí khô, sử dụng các thức ăn – thức uống quá nóng – quá lạnh, trào ngược dịch vị từ dạ dày, nói chuyện quá lớn làm tổn thương phù thanh quản – họng.

4.3.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau:

- Khó chịu – đau vùng họng
- Khó nuốt – nuốt vướng
- Họng đỏ sung huyết
- Tuyến amydale sưng to – hạch sau họng sưng to

4.3.4 Dấu hiệu báo động

Một số dấu hiệu báo động tình trạng nặng của đau họng bao gồm:

- Tiếng thở khò khè
- Tiếng ho kiểu thanh quản (ho ỏng), tiếng rít của thanh quản (do phù hẹp thanh quản)
- Khó thở
- Sốt cao
- Ợ nóng-ợ chua
- Có loét nhiều niêm mạc miệng – khẩu cái – lưỡi – niêm mạc má

4.3.5 Xử trí

- Uống nhiều nước, nước trái cây để giúp cung cấp nước cho cơ thể
- Súc miệng, khò nước vùng họng với nước súc miệng, nước muối ấm giúp làm dịu các cảm giác khó chịu vùng họng
- Ngậm thuốc sát trùng hoặc kẹo ho để làm dịu cảm giác khó chịu tại họng

- Uống các loại trà thảo dược như rễ cam thảo, cây khuynh diệp, cúc cam giúp giảm các triệu chứng đau họng
- Đối với trẻ em, có thể dùng các loại thuốc tinh dầu – mật ong để pha nước ấm uống, giúp giảm triệu chứng của họng.

4.3.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Phần lớn các trường hợp đau họng là do nhiễm siêu vi. Bệnh sẽ thường tự giới hạn và hết sau vài ngày. Sử dụng kháng sinh sẽ không có hiệu quả điều trị, làm tăng nguy cơ kháng thuốc và ảnh hưởng không tốt cho sức khỏe
- Người bệnh nên được nghỉ ngơi nhất là trong giai đoạn cấp có nhiều triệu chứng phối hợp: sốt, ho, khạc đàm, mệt...
- Theo dõi thêm, nếu có các dấu hiệu báo động thì cần phải tham khảo ý kiến của nhân viên y tế

4.3.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Khi đánh giá tình trạng đau họng, cần tìm kiếm các dấu chứng phối hợp để chẩn đoán nguyên nhân, điều này nhằm đảm bảo việc điều trị được tối ưu.
- Nếu nghi ngờ bị nhiễm khuẩn Streptococcus (đặc biệt ở trẻ nhỏ), cần sử dụng kháng sinh phù hợp và đủ liều
- Nếu có biểu hiện sốt, ho, sổ mũi của tình trạng cúm, điều trị thuốc chữa cảm cúm theo phác đồ điều trị, khuyên người bệnh tăng nghỉ ngơi, uống nhiều nước.
- Nếu người bệnh có than ợ nóng - ợ chua, lưu ý khả năng có viêm họng do acid trào ngược, cần hướng dẫn người bệnh đến khám chuyên khoa tiêu hóa.
- Sử dụng thuốc acetaminophen để giảm đau và sốt
- Sử dụng các loại kẹo ngậm có chất kháng viêm, gây tê, sát trùng, tinh dầu sẽ giúp giảm cảm giác khó chịu – đau vùng họng.

4.4 NGHỆT MŨI

4.4.1 Mục tiêu

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị nghẹt mũi

4.4.2 Tổng quan

Nghẹt mũi xảy ra khi niêm mạc mũi bị sung huyết (có nhiều máu đến), sưng lên làm tăng kích thước của các cấu trúc xoắn, gây giảm thể tích các ngách mũi và cản trở dòng khí lưu thông, gây cảm giác nghẹt mũi.

Nghẹt mũi làm giảm lượng không khí được trao đổi. Nếu kéo dài có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt, giấc ngủ. Đối với trẻ em, nghẹt mũi có thể ảnh hưởng sự hoạt động bình thường của tai, sự phát triển của ngôn ngữ. Đối với trẻ nhỏ dưới 3 tuổi, chưa có khả năng thở bằng đường miệng, nghẹt mũi sẽ gây cản trở việc bú sữa, ăn uống và có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Nghẹt mũi xuất hiện do các yếu tố như bị nhiễm cảm cúm do siêu vi, trời lạnh-khô, dị ứng với bụi-phấn hoa- lông thú- ảm mốc, do nhiễm trùng tại mũi. Việc xác định nguyên nhân gây nghẹt mũi là quan trọng để điều trị hiệu quả.

4.4.3 Nhận diện

Người bệnh sẽ có than phiền là cảm giác nghẹt mũi (thở khò khè vùng mũi). Bên cạnh đó, người bệnh có thêm các triệu chứng sau:

- Chảy nước mũi: nước mũi trong –loãng, đặc có màu vàng – xám – nâu
- Mất mùi
- Ngứa vùng mũi – hắt xì hơi

Ngoài ra, những dấu hiệu khác có thể giúp gợi ý nguyên nhân bao gồm: sốt, đau họng, ho, đàm, đau đầu, ù tai...

4.4.4 Dấu hiệu báo động

Một số dấu hiệu sau cần lưu ý tham khảo ý kiến của nhân viên y tế:

- Nghẹt mũi ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ
- Chảy máu mũi nhiều
- Khó thở nặng
- Đau ngực hoặc khó thở
- Sốt cao trên 39 độ C
- Thở khò khè

4.4.5 Xử trí

- Uống nhiều nước sẽ giúp bạn giữ ẩm đường thở và giảm nghẹt mũi.
- Nhỏ nước muối vào mũi giúp làm loãng chất tiết và giúp hỉ mũi dễ dàng hơn.
- Nếu nghẹt mũi nhiều, có thể sử dụng thuốc xịt mũi không kê đơn (nước muối)
- Đối với trẻ nhỏ, có thể dùng dụng cụ - máy hút dịch mũi để hỗ trợ làm thông thoáng mũi.

- Sử dụng máy phun khí dung tạo độ ẩm, phun thuốc co mạch mũi (có chỉ định của bác sĩ)

4.4.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Ngủ đủ giấc. Ngủ đủ giấc sẽ giúp cơ thể bạn chống lại nhiễm trùng và giảm các triệu chứng nghẹt mũi.
- Tránh tiếp xúc với người bị bệnh. Nếu bạn bị nghẹt mũi, hãy tránh tiếp xúc với người bị bệnh để ngăn ngừa lây nhiễm.
- Sử dụng khăn riêng, rửa tay thường xuyên có dùng xà phòng.
- Uống nhiều nước. Nơi ở cần có độ ẩm phù hợp. Nếu cần bổ sung độ ẩm cho không khí có thể dùng máy tạo hơi nước.
- Nếu có đau đầu, sốt và đau họng, có thể sử dụng thuốc giảm đau và hạ sốt như acetaminophen.
- Trong trường hợp nghẹt mũi do dị ứng, cần hạn chế tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng như bụi – phấn hoa – hóa chất – lông thú...
- Đối với trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, các trẻ không biết thở bằng miệng, do vậy cần đảm bảo thông thoáng mũi. Chúng ta có thể dùng dụng cụ -máy hút mũi cho trẻ. Nếu dịch mũi sệt-cứng, có thể nhỏ nước muối sinh lý để làm loãng dịch.
- Theo dõi các dấu hiệu khác. Nếu bệnh diễn tiến nặng, có xuất dấu chứng khác (ho nhiều, đàm nhiều, đàm máu, chảy máu mũi, xanh xao,...), bệnh kéo dài, chúng ta cần thu xếp cho người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp

4.4.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Khi đánh giá tình trạng nghẹt mũi, cần tìm kiếm các dấu chứng phối hợp để chẩn đoán nguyên nhân, để việc điều trị được tối ưu

Để giảm nhẹ triệu chứng nghẹt mũi, có thể dùng thuốc co mạch mũi tại chỗ bằng nhỏ thuốc oxymetazoline, naphazoline. Các thuốc này không nên sử dụng kéo dài, chống chỉ định sử dụng ở trẻ nhỏ dưới 6 tuổi.

Đối với trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, để làm loãng dịch tiết của mũi, có thể dùng nước muối sinh lý nhỏ mũi 2-3 giọt mỗi mũi. Hỗ trợ hút dịch mũi bằng dụng cụ-máy hút dịch mũi.

Sử dụng thuốc kháng histamin giúp giảm bớt các triệu chứng của mũi. Thuốc được sử dụng đường uống với liều phù hợp. Lưu ý tác dụng an thần của một số thuốc.

Thuốc corticoid tại chỗ hoặc toàn thân có thể được chỉ định sử dụng

4.5 HO KHAN

4.5.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu của các bệnh nguy hiểm có biểu hiện ho khan

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà trường hợp ho khan đơn thuần

4.5.2 Tổng quan

Ho khan là ho không có đàm, thường đi kèm với cảm giác ngứa, khó chịu, kích thích vùng họng, cổ họng. Ho là triệu chứng cơ thể cảm thấy khó chịu và muốn giải quyết khó chịu đó. Trong trường hợp nặng, ho khan có thể gây khàn giọng, mất giọng.

Cần phân biệt ho khan với ho đàm. Nếu như ho khan có âm thanh trong, ho đàm có nghe tiếng đàm lục đục. Người bệnh có thể khạc ra đàm. Ho khan không đi kèm cảm giác khó thở, mệt, nặng ngực. Do vậy nếu có dấu hiệu mệt, khó thở thì cần phải khám bác sĩ.

Nguyên nhân của ho khan thường do hít phải mẫu vụn thực phẩm, khói kích thích – thuốc lá, không khí lạnh - khô, bụi... Các nguyên nhân này có liên quan đến môi trường sống. Việc điều chỉnh các yếu tố nguyên nhân sẽ chữa dứt điểm ho khan.

4.5.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau giúp gợi ý ho khan:

- Ho
- Cảm giác ngứa cổ-họng

4.5.4 Dấu hiệu báo động

Một số dấu hiệu báo động tình trạng nặng cần đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

- Khó thở
- Cảm giác mệt mỏi
- Sốt
- Tiếng thở khò khè
- Có từng chẩn đoán bệnh hen suyễn
- Ho kéo dài > 1 tuần
- Ho có đàm
- Dấu hiệu nguy hiểm khác

4.5.5 Xử trí – điều trị

Nếu tình trạng ho khan chỉ có thoáng qua, chúng ta không cần phải can thiệp gì.

Nếu tình trạng ho khan kéo dài, gây khó chịu, chúng ta có thể thực hiện các việc sau:

- Cho người bệnh súc miệng, hò họng bằng nước ấm, nước muối.
- Pha uống nước gừng ấm, nước mật ong ấm
- Hít ít tinh dầu bạc hà, cây trà, lá húng chanh, cỏ xạ hương, bạch đàn.

- Theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm, báo động
- Tham khảo ý kiến của nhân viên y tế phù hợp nếu ho kéo dài

4.5.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Đảm bảo uống đủ nước trong ngày, đảm bảo miệng và đường thở được giữ ẩm (ở những người bệnh có thở miệng, phải giữ ẩm miệng).
- Có thể dùng nước ấm, trà tinh dầu, mật ong giúp làm dịu cảm giác khó chịu.
- Tránh môi trường khô lạnh. Những nơi có sử dụng máy lạnh, không khí sẽ có độ ẩm thấp, không tốt cho đường thở.
- Có thể dùng thiết bị phun hơi nước giúp làm ẩm không khí nếu không khí quá khô. Việc này giúp bảo vệ đường thở không bị khô.
- Lưu ý tránh để không khí bị ô nhiễm bởi bụi, khói, thuốc lá, ẩm mốc, mùi động vật nuôi và các chất bay hơi khác. Nếu người bệnh bị ho, đưa người bệnh đến nơi có không khí trong lành hơn, đồng thời làm vệ sinh nơi sinh sống.
- Sử dụng một số loại kẹo chứa tinh dầu, thuốc ngậm giúp giảm bớt khó chịu vùng họng.

4.5.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Đối với ho khan xuất hiện đơn lẻ, ngắn ngày, thông thường đây là phản ứng để bảo vệ đường thở, không cần phải can thiệp điều trị.
- Đối với ho khan xuất hiện kéo dài, nguyên nhân có thể là hen phế quản, hội chứng chảy dịch mũi sau trong viêm mũi dị ứng, trào ngược dạ dày thực quản, viêm nhiễm vùng hầu họng... cần đưa người bệnh đi khám tại cơ sở y tế.
- Với ho khan, để giảm bớt khó chịu cho người bệnh, chúng ta có thể chỉ định một số tinh dầu, thuốc điều trị làm dịu đường thở:
 - Các loại chế phẩm chứa tinh dầu trong tự nhiên có thể giảm bớt khó chịu vùng họng.
 - Thuốc – tinh dầu chứa eucalyptol (Tragutan, Eucalyptin), bạc hà (menthor), camphor (Eucaphor)
 - Codein giúp gây giảm bớt khó chịu vùng họng, không được dùng ở trẻ em vì nguy cơ ức chế hô hấp
 - Dextromethophan có tác dụng ức chế ho trung ương nhưng có ít tác dụng phụ ức chế hô hấp

4.6 HO ĐÀM

4.6.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu báo động của ho đàm

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị ho đàm

4.6.2 Tổng quan

Ho là phản xạ tự nhiên quan trọng để giữ cho họng và đường thở được sạch và thông thoáng. Ho đàm là dạng ho đặc biệt có đặc điểm là có chất tiết xuất hiện trong cơn ho, thể hiện đàm là nguyên nhân của ho, gợi ý khả năng có bệnh vùng mũi – họng – khí quản – phổi.

Nguyên nhân thường gặp của ho đàm là viêm hô hấp trên do vi trùng. Bệnh thường tự giới hạn nên có thể theo dõi và điều trị tại nhà trong phần lớn các trường hợp ho đàm. Tuy nhiên, một số nguyên nhân bệnh khác cũng có khả năng xuất hiện, do nếu ho đàm kéo dài, kèm những dấu chứng báo động thì cần phải tham khảo ý kiến của nhân viên y tế.

4.6.3 Nhận diện

Ho đàm được nhận diện thông qua các dấu chứng:

- Ho có âm trầm hơn ho khan, có âm thanh lọc xọc của đàm
- Khạc đàm
- Sau khạc đàm tình trạng ho có cải thiện

4.6.4 Dấu hiệu báo động

Bệnh viêm phế quản cấp do siêu vi là nguyên nhân thường gặp nhất của ho đàm. Bệnh này thường tự giới hạn, chỉ gây ho đàm trong vài ngày. Tuy nhiên những bệnh khác nặng hơn cũng có thể gây ho đàm, do vậy cần lưu ý một số dấu hiệu báo động:

- Khó thở
- Thở khò khè
- Sốt cao
- Đàm lượng nhiều, ra liên tục
- Đàm có màu sắc lạ: vàng, xanh, đỏ, nâu sậm màu
- Đàm có mùi tanh, mùi hôi
- Ho kéo dài > 3 tuần

4.6.5 Xử trí – điều trị

Một số hoạt động hỗ trợ người bệnh bị ho đàm

- Cho người bệnh súc miệng, khò họng bằng nước ấm, nước muối.
- Cho uống thêm ly nước để giúp cơ thể có nước, làm mềm đàm
- Pha uống nước gừng ấm, nước mật ong ấm
- Hít ít tinh dầu bạc hà, cây trà, lá húng chanh, cỏ xạ hương, bạch đàn.
- Đối với người lớn, khạc đàm không hiệu quả, thực hiện vỗ lưng hỗ trợ khạc đàm.

- Theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm, báo động
- Tham khảo ý kiến của nhân viên y tế phù hợp nếu ho kéo dài

4.6.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Đảm bảo uống đủ nước trong ngày, đảm bảo miệng và đường thở được giữ ẩm (ở những người bệnh có thở miệng, phải giữ ẩm miệng).
- Có thể dùng nước ấm, trà tinh dầu, mật ong giúp làm dịu cảm giác khó chịu.
- Tránh môi trường khô lạnh. Những nơi có sử dụng máy lạnh, không khí sẽ có độ ẩm thấp, không tốt cho đường thở.
- Có thể dùng thiết bị phun hơi nước giúp làm ẩm không khí nếu không khí quá khô. Việc này giúp bảo vệ đường thở không bị khô.
- Lưu ý tránh để không khí bị ô nhiễm bởi bụi, khói, thuốc lá, ẩm mốc, mùi động vật nuôi và các chất bay hơi khác. Nếu người bệnh bị ho, đưa người bệnh đến nơi có không khí trong lành hơn, đồng thời làm vệ sinh nơi sinh sống.
- Sử dụng một số loại kẹo chứa tinh dầu, thuốc ngậm giúp giảm bớt khó chịu vùng họng.
- Không tự ý dùng các loại thuốc kháng ho vì nguy cơ làm nặng thêm tình trạng đàm, gây khó thở, ngạt thở.
- Không tự ý dùng các loại thuốc kháng sinh khi không có chỉ định của bác sĩ vì gây nguy cơ kháng thuốc.
- Dành thời gian nghỉ ngơi dưỡng bệnh ở nhà, không đi làm để hạn chế lây nhiễm (vì phần lớn nguyên nhân của ho đàm là viêm nhiễm đường hô hấp)
- Theo dõi các dấu chứng báo động và đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.6.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Ho là phản xạ bảo vệ đường thở, nhằm để đẩy chất tiết – đàm ra khỏi cơ thể và làm thông thoáng đường thở. Do vậy trong ho đàm, chúng ta cần hạn chế các loại thuốc kháng histamin, các thuốc gây khô đường thở vì nguy cơ làm khô đàm, tắc đàm. Các nhóm thuốc ức chế trung tâm ho (Codein, Dextromethophan) cần thận trọng khi sử dụng vì nguy cơ tắc đàm.
- Đàm là dấu chứng của nguyên nhân gây bệnh. Việc điều trị nguyên nhân là quan trọng để giảm bớt tình trạng đàm và ho.
- Với ho đàm, để giảm bớt khó chịu cho người bệnh, chúng ta có thể chỉ định một số tinh dầu, thuốc điều trị làm dịu đường thở:
 - Các loại chế phẩm chứa tinh dầu trong tự nhiên có thể giảm bớt khó chịu vùng họng.
 - Thuốc – tinh dầu chứa eucalyptol (Tragutan, Eucalyptin), bạc hà (menthor), camphor (Eucaphor)
- Một số loại thuốc long đàm – thuốc tan đàm có thể sử dụng để hỗ trợ cho việc đẩy đàm và làm thông thoáng đường thở:
 - Thuốc long đàm có tác dụng làm loãng đàm giúp dễ khạc hơn: terpin, guaifenesin.
 - Thuốc tan đàm giúp đàm giảm độ quánh – đặc, giúp đàm dễ được khạc ra ngoài: acetylcysteine, ambroxol, bromhexin.

4.7 KHÓ THỞ DO SUYỄN

4.7.1 Mục tiêu

Nhận diện và chẩn đoán tình trạng khó thở tắc nghẽn thì thở ra do suyễn

Xử trí cấp cứu và theo dõi tại nhà các trường hợp khó thở do suyễn

4.7.2 Tổng quan

Suyễn là bệnh lý về hô hấp đặc trưng bởi hiện tượng viêm đường dẫn khí (ống phế quản nhỏ), làm hạn chế dòng không khí thoát ra khỏi phổi (tắc nghẽn chủ yếu ở thì thở ra). Việc tắc nghẽn này gây ra các triệu chứng điển hình của bệnh bao gồm khó thở khò khè, ho, nặng ngực, thở gấp khi gắng sức.

Bệnh suyễn do nhiều nguyên nhân bao gồm những chất kích thích trong không khí (bụi, phấn hoa, nước hoa, mùi, hóa chất,...), môi trường sống, nhiễm trùng, vận động, tâm lý, di truyền.

Việc điều trị bệnh tập trung vào dự phòng tốt bệnh suyễn để người bệnh có thể sinh hoạt và làm việc bình thường, hạn chế số lượng cơn suyễn. Bên cạnh đó, chúng ta cần phải xử trí cơn suyễn đúng phương pháp để tránh bị nguy hiểm.

4.7.3 Nhận diện

Cơn suyễn bao gồm các dấu chứng sau:

- Cảm giác khó thở không liên quan vận động
- Tiếng thở rít thì thở ra, thì thở ra kéo dài
- Vào cơn khó thở đột ngột
- Ho khạc đàm (có thể có hoặc không có đàm)
- Không có sốt

4.7.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu báo động cấp cứu:

- Khó thở nhiều
- Mặt và môi bị tái xanh, tím ở giai đoạn rất nặng
- Người bệnh kích thích, bức rức
- Da rịn mồ hôi
- Run tay, run chân, run cơ thể
- Giải tri giác, không còn tỉnh táo

Dấu hiệu quản lý bệnh suyễn chưa tốt

- Tăng số lần lên cơn khó thở trong ngày, trong tuần
- Tăng số lần dùng thuốc chữa cơn
- Khoảng cách giữa các cơn khó thở bị rút ngắn
- Tình trạng khó thở ảnh hưởng đến vận động, sinh hoạt trong ngày

4.7.5 Xử trí – điều trị

4.7.5.1 Xử trí nhanh

Khi người bệnh vào cơn hen cấp, một số giải pháp điều trị như sau:

- Cho người bệnh nằm nghiêng đầu cao
- Cởi bớt quần áo cho thông thoáng, mở cửa sổ cho thông thoáng
- Cho người bệnh sử dụng bình xịt định liều thuốc giãn phế quản (Ventolin chứa Salbutamol). Cách thức sử dụng như sau:
 - Trước khi phun, cần lắc đều ống thuốc, mở nắp bình thuốc.
 - Do người khiếm khuyết có thể gặp khó khăn trong sử dụng, chúng ta có thể hỗ trợ xịt thuốc giúp. Cầm bình xịt chắc chắn trên tay, đảm bảo đủ lực cần thiết để nhấn bình xịt.
 - Đợi người bệnh thở ra hết, nhấn nút bình và xịt thuốc vào miệng người bệnh. Yêu cầu người bệnh nên hít từ từ và giữ hơi trong thời gian khoảng 10 giây rồi mới thở chậm ra.
 - Nếu ghi nhận người bệnh không hít đủ lượng thuốc, chúng ta có thể xịt thêm nhất thứ hai. Đối với người bệnh không thực hiện tốt, chúng ta nên lưu ý trang bị buồng đệm (mua tại các nhà thuốc chuyên khoa)
- Trấn tĩnh người bệnh, theo dõi các chỉ số sinh hiệu, theo dõi mức độ đáp ứng thông qua cảm giác khó thở, nhịp thở, tiếng thở rít và chỉ số SpO₂
- Nếu tình trạng khó thở chưa cải thiện, tiếp tục sử dụng thuốc mỗi 20 phút
- Nếu người bệnh không đáp ứng, chuyển người bệnh đến các cơ sở y tế có chức năng cấp cứu phù hợp

4.7.5.2 Xử trí lâu dài

- Nếu số cơn suyễn xuất hiện nhiều, cần đến khám bác sĩ để được đánh giá lại tình trạng bệnh và bổ sung thuốc ngừa cơn
- Ghi nhận các yếu tố khởi phát cơn suyễn, thời điểm xuất hiện, tần suất xuất hiện, mức độ ảnh hưởng của khó thở, thời gian cơn, mức độ đáp ứng của thuốc. Cần thông báo cho bác sĩ ở lần khám kế tiếp
- Chủ động làm sạch môi trường sống, hạn chế tiếp xúc với các yếu tố gây suyễn

4.7.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

Gia đình và người bệnh cần ghi nhận thông tin tại thời điểm lên cơn suyễn: thời điểm, các yếu tố tiếp xúc, thuốc đang dùng, thời gian ra cơn... Các thông tin này sẽ rất hữu ích cho việc xác định nguyên nhân, đảm bảo tính hiệu quả trong điều trị.

Làm giảm hoặc loại bỏ càng nhiều càng tốt các yếu tố khởi phát cơn suyễn. Nếu có liên quan đến lông – chất tiết của thú nuôi, cần tránh xa thú nuôi hoặc không cho nuôi thú tại nơi sinh sống. Nếu có liên quan đến bụi trong mùng mền chiếu gối thì cần giặt giữ thường xuyên, mở cửa phòng cho thông thoáng. Nếu có liên quan phấn hoa thì cần mang khẩu trang, chuẩn bị thuốc cấp cứu khi đi ra ngoài. Hạn chế các loại bụi mịn trong nhà bằng cách làm vệ sinh để tránh bụi bám.

Dùng thiết bị lọc không khí hoặc máy điều hòa nhiệt độ (cũng giúp lọc không khí) để giúp không khí trong nhà được sạch hơn. Lưu ý có trường hợp sẽ có lên cơn suyễn

khi tiếp xúc với không khí của máy điều hòa, trường hợp này thì cần tránh dùng máy điều hòa.

Điều trị bệnh suyễn sớm, ngay khi bệnh còn nhẹ, mới phát. Điều trị càng sớm càng hiệu quả.

Khi triệu chứng trở nên nặng hơn, người bệnh cần đến khám bác sĩ để đánh giá lại việc điều trị.

Chú ý cách thức sử dụng các loại thuốc phun khí dung, bình xịt định liều. Tùy vào tình trạng bệnh mà sử dụng phương thức phun thuốc phù hợp. Sử dụng theo đúng hướng dẫn của bác sĩ vì có thuốc uống hằng ngày, có thuốc dùng khi vào cơn suyễn.

Khi lên cơn suyễn, cần hạn chế vận động, cần nghỉ ngơi, sử dụng thuốc cắt cơn và yêu cầu người trợ giúp

4.7.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Mục tiêu điều trị là giảm thiểu sự suy giảm chức năng hô hấp, hạn chế các yếu tố nguy cơ, ngăn ngừa sự xuất hiện của các cơn cấp, duy trì hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Để thực hiện được tốt, nhân viên y tế cần chú ý các khía cạnh sau:

- Kiểm soát các yếu tố khởi phát
- Liệu pháp điều trị bằng thuốc
- Theo dõi đáp ứng điều trị
- Giáo dục bệnh nhân
- Điều trị các đợt cấp

4.7.7.1 Kiểm soát các yếu tố khởi phát

Chúng ta cần khai thác thông tin bệnh sử chi tiết để nắm được các yếu tố nguy cơ, yếu tố nguyên nhân khởi phát. Một số thông tin gợi ý như:

Sử dụng gối sợi tổng hợp, nệm không thấm nước và thường xuyên giặt khăn trải giường, gối và chăn trong nước nóng. Lý tưởng nhất là phải bỏ đồ nội thất bọc, đồ chơi mềm, thảm, màn cửa, thú nuôi, ít nhất là trong phòng ngủ, để giảm bớt bụi bẩn và lông động vật.

Giặt giũ quần áo – mùng mền bằng nước ấm có thể diệt được bọ ve. Việc dọn dẹp nhà cửa và tiêu diệt gián để loại bỏ sự tiếp xúc với gián có thể hữu ích. Không nuôi thú nuôi trong nhà, hạn chế được lông và chất tiết vốn là nguyên nhân gây suyễn quan trọng.

Các tác nhân không gây dị ứng, như khói thuốc lá, mùi mạnh, khói kích thích, nhiệt độ lạnh, độ ẩm cao, cũng nên tránh hoặc kiểm soát khi có thể. Hạn chế tiếp xúc với người có nhiễm trùng đường hô hấp vì nguy cơ lây nhiễm làm nặng thêm tình trạng hô hấp của người bệnh

Hen suyễn có chống chỉ định đối với các thuốc chẹn beta không chọn lọc (ví dụ, propranolol, timolol, carvedilol, nadolol, sotalol), bao gồm cả dạng tác dụng tại chỗ. Đối với các thuốc tác dụng chọn lọc trên tim mạch (ví dụ như metoprolol, atenolol) cần thận trọng sử dụng nếu thật cần thiết.

4.7.7.2 Liệu pháp điều trị bằng thuốc

Các nhóm thuốc chính thường được sử dụng trong điều trị hen suyễn và cơn hen kịch phát bao gồm

- Thuốc giãn phế quản (thuốc cường thụ thể adrenergic beta hoặc beta-2, thuốc kháng cholinergic)
- Corticosteroid
- Thuốc kháng Leukotriene

Các nhóm thuốc này đều có chế phẩm dạng uống và dạng hít (ưu tiên dùng đầu tiên vì có tác dụng tại chỗ và hạn chế ảnh hưởng toàn thân).

Các loại thuốc xịt có dạng phun khí dung, có bình xịt định liều dạng hơi sương, dạng bột. Mỗi loại chế phẩm đều có điểm ưu và điểm khuyết khác nhau. Chúng ta cần lưu ý các đặc điểm này để chọn lựa thuốc phù hợp cho người bệnh.

Đối với các thuốc sử dụng đường phun khí dung, bình xịt định liều, cần hướng dẫn chi tiết cho người bệnh để có thể sử dụng đúng kỹ thuật và đạt được hiệu lực điều trị tối ưu.

4.7.7.3 Theo dõi đáp ứng với điều trị

Chúng ta có thể đánh giá kết quả điều trị thông qua các dấu hiệu trên người bệnh:

- Khả năng vận động
- Số cơn suyễn-khó thở trong tuần
- Số lượng thuốc cắt cơn đã dùng
- Đánh giá chức năng hô hấp bằng dụng cụ lưu lượng đỉnh kế (Peakflow). Dụng cụ này có thể tự trang bị cho mỗi người bệnh để có thể theo dõi và ghi chú mỗi ngày
- Định kỳ khám lại người bệnh để đánh giá chức năng hô hấp.

4.7.7.4 Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

Giáo dục sức khỏe cho người bệnh là quan trọng không thể bị bỏ qua. Người bệnh sẽ làm tốt hơn khi họ hiểu biết hơn về bệnh của bản thân, biết được đâu là nguyên nhân, biết cách xử lý khi có cơn suyễn cấp, dùng thuốc gì khi nào, kỹ thuật sử dụng thuốc hít xịt đúng cách, cách sử dụng buồng đệm với dụng cụ hít định liều (MDI) và tầm quan trọng của việc sử dụng corticosteroid sớm.

Mỗi người bệnh phải có một kế hoạch điều trị cụ thể, có ghi chép đầy đủ. Người bệnh cần tuân thủ theo hướng dẫn, cần ghi chép thường xuyên – đầy đủ thông tin, cung cấp cho bác sĩ điều trị khi tái khám.

4.7.7.5 Điều trị cơn hen cấp

Khi người bệnh vào cơn hen cấp, một số giải pháp điều trị như sau:

- Cho người bệnh nằm nghiêng đầu cao
- Cho thở oxy qua canule mũi hoặc qua mặt nạ, lưu lượng oxy cần đủ nhiều để đảm bảo độ bão hòa oxy >90%
- Sử dụng thuốc giãn phế quản dạng hít (thuốc đồng vận beta-2 và thuốc kháng cholinergic). Đối với cấp cứu tại cơ sở y tế, ưu tiên dùng dạng phun khí dung.
- Trấn tĩnh người bệnh, theo dõi các chỉ số sinh hiệu, theo dõi mức độ đáp ứng thông qua cảm giác khó thở, nhịp thở, tiếng thở rít và chỉ số SpO₂

- Nếu người bệnh không đáp ứng, chuyển người bệnh đến các cơ sở y tế có chức năng cấp cứu phù hợp.

4.8 MỆT MỎI

4.8.1 Mục tiêu

Nhận biết các dấu chứng báo động của tình trạng mệt mỏi để chăm sóc phù hợp

4.8.2 Tổng quan

Mệt mỏi là một cảm giác mệt quá sức, không cảm giác thoải mái, cần phải nghỉ ngơi. Tất cả bệnh đều có thể gây ra tình trạng mệt mỏi. Ngược lại phần lớn trường hợp có than phiền mệt mỏi đơn thuần (không kèm theo dấu hiệu khác) lại chỉ do làm việc cực nhọc, do gắng sức quá mức, do yếu tố tình cảm, tinh thần hoặc những vấn đề về môi trường xã hội-công việc.

Phần lớn các trường hợp mệt mỏi chỉ có tính chất thoáng qua. Việc phòng ngừa – điều trị mệt mỏi có thể thực hiện bằng cách ngủ đầy đủ, dinh dưỡng tốt, giảm stress, cân bằng mức độ công việc – vận động theo khả năng của cơ thể.

Đối với mệt mỏi kéo dài, việc đánh giá và xác định đúng nguyên nhân gây mệt mỏi là quan trọng. Một số nguyên nhân có thể gây mệt mỏi kéo dài bao gồm:

- Rối loạn giấc ngủ
- Bệnh lý mãn tính, ví dụ như bệnh tuyến giáp, bệnh tim, bệnh phổi, bệnh thận, bệnh đái tháo đường, bệnh viêm khớp dạng thấp, bệnh ung thư, bệnh tự miễn
- Thiếu máu
- Suy dinh dưỡng, chế độ ăn uống thiếu năng lượng, thiếu vitamin và khoáng chất
- Stress, lo lắng, trầm cảm
- Sử dụng thuốc, ví dụ như thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần
- lạm dụng chất kích thích, ví dụ như rượu, bia, thuốc lá, ma túy

4.8.3 Nhận diện

Tình trạng mệt mỏi là cảm giác chủ quan, có thể được nhận diện thông qua mô tả của người bệnh như là tình trạng cảm thấy kiệt sức, mệt lả, thiếu sinh lực, cảm giác không thoải mái, muốn nghỉ ngơi, giảm hoạt động thể lực.

Mệt mỏi được phân làm 2 nhóm: mệt mỏi cấp và mệt mỏi mạn (kéo dài). Trong đó mệt mỏi cấp tính thường đi kèm với các dấu chứng khác và có nguyên nhân bệnh cụ thể. Đối với mệt mỏi kéo dài, thường không đi kèm dấu chứng khác và thường có nguyên nhân là tâm lý.

4.8.4 Dấu hiệu báo động

Mệt mỏi đơn thuần thường không nguy hiểm. Tuy nhiên, nếu mệt mỏi đi kèm với các dấu chứng khác thì thường gợi ý nguyên nhân cần phải được thăm khám chu đáo bởi nhân viên y tế. Một số dấu hiệu báo động:

- Khó thở, thở nhanh >20 lần/phút
- Yếu liệt tay chân
- Cảm giác nặng ngực
- Sốt cao

- Bất kỳ dấu chứng nào đi kèm

4.8.5 Xử trí – điều trị

- Cho người bệnh nghỉ ngơi nhiều hơn, nằm nghỉ tại giường, không gian yên tĩnh, không khí thông thoáng, ánh sáng vừa đủ, tránh ánh nắng chiếu trực tiếp.
- Hạn chế làm những việc nặng kéo dài, cũng hạn chế nằm lâu không vận động vì sẽ làm cảm giác mệt mỏi nhiều hơn
- Hạn chế tiếp xúc với nhiều người để có thời gian cho người bệnh nghỉ ngơi.
- Sử dụng thuốc acetaminophen (paracetamol) nếu người bệnh có sốt, có đau. Nên tham khảo ý kiến của nhân viên y tế về liều thuốc acetaminophen đối với trường hợp trẻ em, người nhẹ cân, có bệnh phổi hợp.
- Theo dõi các dấu hiệu khác. Nếu bệnh diễn tiến nặng, có xuất dấu chứng khác (ho nhiều, đàm nhiều, đàm máu, chảy máu mũi, xanh xao,...) chúng ta cần thu xếp cho người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp

4.8.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Mệt mỏi cấp tính là biểu hiện của bệnh lý. Việc điều trị cần đúng nguyên nhân. Do vậy người bệnh cần đến khám tại cơ sở y tế phù hợp để được thăm khám và điều trị.
- Sau khi bác sĩ đã loại trừ các bệnh lý nguy hiểm, gia đình có thể thực hiện các can thiệp sau giúp chống lại mệt mỏi:
 - Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi tại giường, phòng thông thoáng, có quạt mát.
 - Ngủ đủ giấc, ít nhất 8 giờ mỗi đêm. Thời gian ngủ thay đổi tùy theo độ tuổi, nhịp sinh hoạt của từng người. Chất lượng giấc ngủ quan trọng hơn thời gian ngủ. Do vậy cần chuẩn bị nơi ngủ được thoải mái, thoáng khí, không tiếng ồn – bụi – ánh sáng. Nếu buổi sáng thức giấc với đầu óc tỉnh táo, cơ thể thoải mái, không buồn ngủ trong ngày thì đồng nghĩa giấc ngủ đã tốt.
 - Tránh ngủ ngày vì có thể sẽ gây khó ngủ ban đêm.
 - Ngưng hút thuốc lá, tránh dùng quá nhiều chất kích thích như cà phê, trà vì có thể gây khó ngủ.
 - Uống nhiều nước, dùng thức ăn dễ tiêu- bổ dưỡng. Chuẩn bị bữa ăn theo sở thích. Chất lượng thức ăn cũng quan trọng như khối lượng thức ăn. Mỗi người sẽ có nhu cầu ăn uống khác nhau, không thể áp đặt.
 - Tập thể dục vào giấc sáng, vận động cơ thể thường xuyên theo khả năng để tăng cường sức khỏe cho tim mạch – phổi – cơ. Không tập thể dục trễ vào giấc tối.
 - Nghỉ ngơi và thư giãn, tập các động tác thư giãn cơ thể.
 - Hạn chế sử dụng các loại thuốc mà chưa có chỉ định của bác sĩ.
- Trong quá trình theo dõi, nếu có ghi nhận thêm dấu chứng lạ, gia đình và người bệnh nên chủ động tham khảo ý kiến chuyên môn của nhân viên y tế.

4.8.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Mệt mỏi cấp chỉ là triệu chứng. Việc điều trị cần dựa trên nguyên nhân gây bệnh. Do vậy cần thăm khám đầy đủ để chẩn đoán và điều trị.

- Đối với mệt mỏi mạn tính không kèm dấu chứng khác, nguyên nhân thường gặp là vấn đề tâm lý. Việc điều trị cần phối hợp tư vấn thay đổi nhận thức - hành vi và tăng cường hoạt động thể lực phù hợp.
- Trong tương tác, chúng ta cần có thái độ phù hợp, xây dựng niềm tin ở người bệnh, cần lắng nghe tích cực, cần xâu chuỗi các dữ kiện về thói quen – lối sống – ý kiến quan điểm chủ quan – kỳ vọng, khuyến khích sự tái hòa nhập cuộc sống – công việc – tham gia vận động thể lực phù hợp... Bản thân việc xây dựng mối quan hệ với người bệnh đã là một kỹ thuật điều trị giúp cải thiện tình trạng mệt mỏi.
- Tư vấn tâm lý được đánh giá là giúp cải thiện tình trạng mệt mỏi do tâm lý. Các buổi tư vấn sẽ giúp giải thích về triệu chứng; thay đổi niềm tin – thái độ của người bệnh đối với tình trạng mệt mỏi; giúp xây dựng các kế hoạch và mục tiêu về tái hòa nhập cuộc sống – công việc; giúp kiểm soát triệu chứng khó chịu đi kèm và giúp quên cảm giác mệt mỏi.
- Hoạt động thể lực phù hợp có hiệu quả cải thiện triệu chứng mệt. Do vậy chúng ta cần khuyến khích người bệnh tập lại các hoạt động thể lực phù hợp, bắt đầu bằng các sinh hoạt hằng ngày, tăng dần mức độ thể lực, khuyến khích tham gia với các hoạt động công việc – xã hội, câu lạc bộ bệnh nhân.
- Nếu tình trạng mệt mỏi vẫn kéo dài, cần giới thiệu người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.9 HUYẾT ÁP CAO

4.9.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của huyết áp cao

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị huyết áp cao

4.9.2 Tổng quan

Huyết áp cao là tình trạng ghi nhận có chỉ số huyết áp cao hơn ngưỡng bình thường. Trong đó, ở người trưởng thành, chỉ số huyết áp tâm thu $>140\text{mmHg}$, huyết áp tâm trương $>90\text{mmHg}$ (ở những độ tuổi khác nhau sẽ có chỉ số ngưỡng khác nhau).

Bệnh tăng huyết áp là tình trạng có chỉ số huyết áp cao liên tục, kéo dài và cần phải điều trị phù hợp. Bệnh thường gặp ở người trưởng thành và người cao tuổi, gặp ở nam nhiều hơn nữ. Tăng huyết áp có liên quan đến tuổi tác, sự lão hóa – xơ cứng hóa của mạch máu chiếm đa số các trường hợp (95%). Tăng huyết áp cũng có thể là hậu quả của những bệnh khác (còn gọi là tăng huyết áp thứ phát) bao gồm: cường giáp, suy thận, cường tuyến thượng thận, bệnh van tim, bệnh cơ tim... Các nguyên nhân của tăng huyết áp cần được đánh giá và điều trị phù hợp để có thể điều hòa được huyết áp.

4.9.3 Nhận diện

Bản thân tình trạng huyết áp cao không gây triệu chứng khó chịu. Việc đánh giá cần đo huyết áp bằng thiết bị riêng:

- Huyết áp tâm thu $>140\text{mmHg}$
- Huyết áp tâm trương $>90\text{mmHg}$

Các dấu hiệu khác sẽ gợi ý nguyên nhân của huyết áp cao

4.9.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu báo động khi người bệnh có cơn huyết áp cao:

- Đau đầu
- Nôn ói
- Khó thở
- Nặng ngực- đau ngực
- Mang thai
- Bí tiểu, tiểu ít, không có nước tiểu
- Lơ mơ, yếu liệt tay chân, yếu liệt cơ vùng đầu - mặt.

4.9.5 Xử trí

- Nếu người bệnh có huyết áp cao và triệu chứng khác, cần ưu tiên xử trí các triệu chứng đó (ví dụ như nôn ói, khó thở, đau ngực...). Sau khi người bệnh tạm ổn, chúng ta cần chuyển người bệnh đến cơ sở y tế để được đánh giá và điều trị phù hợp.
- Nếu người bệnh chỉ có huyết áp cao đơn thuần, có thể thực hiện các hoạt động sau

- Nằm nghỉ ngơi thoải mái tại giường, nơi yên tĩnh, thoáng khí, không ánh sáng trực tiếp, không bụi bặm, tiếng ồn
 - Pha uống 1 ly nước ấm
 - Ngồi ngâm 2 chân vào nước ấm
- Tiếp tục theo dõi các dấu chứng khác, đánh giá lại huyết áp sau mỗi 30 phút. Nếu huyết áp vẫn cao, hãy tham vấn ý kiến của nhân viên y tế hoặc chuyển người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.9.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Bệnh tăng huyết áp là bệnh mạn tính, cần theo dõi và điều trị lâu dài. Vai trò của người bệnh cần chủ động quản lý sức khỏe cá nhân, tuân thủ điều trị do bác sĩ hướng dẫn.
- Theo dõi huyết áp mỗi ngày, ghi chép lại thông tin và cung cấp cho bác sĩ ở lần khám sau.
- Nếu huyết áp cao có kèm theo các dấu chứng báo động khác, cần đến khám tại cơ sở y tế phù hợp để kịp thời phát hiện và điều trị những tình trạng bệnh nặng (ví dụ như đột quỵ, suy tim, nhồi máu cơ tim, suy hô hấp, ...)
- Sử dụng chế độ ăn uống lành mạnh: đầy đủ các thành phần chất dinh dưỡng, ăn giảm mặn, có trái cây, rau, ngũ cốc nguyên hạt, chất béo không bão hòa.
- Dành thời gian tập thể dục thường xuyên hằng ngày, cường độ tập phù hợp với sức khỏe.
- Duy trì cân nặng trung bình, giảm cân nếu có thừa cân - béo phì.
- Hạn chế rượu, thuốc lá, cà phê, trà và các loại chất kích thích khác.
- Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ, tránh quên cử thuốc, sai liều lượng thuốc.

4.9.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Khi thăm khám cần phân biệt cơn tăng huyết áp (có tính chất thoáng qua, liên quan đến tình trạng khó chịu của cơ thể tại thời điểm khám) và bệnh tăng huyết áp (có tính chất kéo dài).
- Bệnh tăng huyết áp cần được khám và chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa:
 - Đối với bệnh tăng huyết áp thứ phát (thường có kèm theo dấu chứng khác), cần tìm kiếm nguyên nhân để xác định tình trạng, giúp điều trị đúng nguyên nhân, đạt hiệu quả cao.
 - Đối với tăng huyết áp nguyên phát (liên quan đến sự lão hóa của thành mạch máu, có liên quan tuổi tác), việc điều trị dựa vào phác đồ của Bộ y tế.
- Thông tin - tư vấn người bệnh thay đổi thói quen – lối sống – chế độ dinh dưỡng vận động giúp bảo vệ sức khỏe, giảm các chất kích thích, giảm rượu bia, ăn giảm muối.
- Hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu báo động để kịp thời đến thăm khám tại cơ sở y tế phù hợp
- Yêu cầu người bệnh sử dụng thuốc đúng thuốc, đúng liều, đúng thời điểm, ghi chú các dấu hiệu bất thường, ghi nhận huyết áp tại nhà vào sổ theo dõi, báo cáo bác sĩ vào lần khám sau.

- Nếu người bệnh có huyết áp cao cấp cứu (huyết áp $>180/110$ mmHg), tăng huyết áp kèm dấu hiệu báo động – tổn thương cơ quan đích, xử trí thuốc theo phác đồ của Bộ y tế, đồng thời chuyển người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất

4.10 ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (TIỂU ĐƯỜNG)

4.10.1 Mục tiêu

Chăm sóc và theo dõi được người bệnh đái tháo đường tại nhà

Nhận biết kịp thời các dấu hiệu báo động của bệnh đái tháo đường

4.10.2 Tổng quan

Bệnh đái tháo đường (còn gọi là bệnh tiểu đường) là tình trạng cơ thể thiếu chất insulin, là một chất nội tiết do tuyến tụy tiết ra, giúp điều hòa chuyển hóa chất đường trong cơ thể, cân bằng lượng đường có trong máu và các cơ quan khác của cơ thể, giúp đảm bảo nhu cầu năng lượng trong ngày. Trong trường hợp cơ thể không thể sản xuất đủ insulin, chuyển hóa đường sẽ bị ảnh hưởng gây hiệu ứng là nồng độ chất đường trong máu cao.

Có hai nhóm bệnh đái tháo đường. Nhóm I có thiếu hụt insulin hoàn toàn (còn gọi là đái tháo đường phụ thuộc insulin), thường gặp ở người trẻ tuổi, có tổn thương trực tiếp tuyến tụy. Nhóm II có thiếu hụt insulin tương đối, lượng insulin tiết ra không đáp ứng được với nhu cầu của cơ thể (còn gọi là đái tháo đường không phụ thuộc insulin), thường gặp ở người trưởng thành và người cao tuổi, có liên quan đến các yếu tố nguy cơ như béo phì, lối sống ít hoạt động.

4.10.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau gợi ý:

- Sụt cân không rõ nguyên nhân mặc dù ăn nhiều, luôn có cảm giác đói và có ăn đầy đủ.
- Uống nhiều nước: luôn cảm thấy rất khát và uống nhiều nước do mất nước liên tục qua nước tiểu
- Tiểu nhiều với lượng nước tiểu nhiều, mỗi lần nước tiểu rất nhiều. Tổng lượng nước tiểu mỗi ngày > 3 lít

Đối với đái tháo đường nhóm II, bệnh không gây dấu chứng cụ thể. Việc chẩn đoán cần xét nghiệm máu và được nhân viên y tế phân tích kết quả. Một số dấu hiệu gợi ý nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường nhóm II:

- Tiền sử gia đình có người bị bệnh đái tháo đường
- Thừa cân – béo phì
- Đang mắc những bệnh mạn tính khác: cao huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch, đột quỵ não, suy thận, đái tháo đường thai kỳ.

4.10.4 Dấu hiệu báo động

Trong bệnh đái tháo đường, người bệnh không có nguy cơ cấp. Việc theo dõi cần tập trung vào 2 nhóm dấu chứng sau.

Dấu chứng hạ đường huyết:

- Run tay
- Nhịp tim nhanh, hồi hộp

- Cảm giác bồn chồn, đói bụng, mất tri giác ở giai đoạn trễ
- Ra mồ hôi lạnh
- Huyết áp tăng cao

Dấu chứng của bệnh đái tháo đường đang diễn tiến nặng:

- Hôn mê
- Sụt cân nhanh,
- Người bị mất nước, tiểu nhiều, khát nhiều, khô miệng
- Yếu cơ, liệt cơ
- Có các tình trạng bệnh phối hợp khác: nhiễm trùng, sốt, đau bụng, khó thở, đau ngực

4.10.5 Xử trí

Bệnh đái tháo đường là bệnh mạn tính. Việc chăm sóc điều trị cần có ý kiến chuyên môn của nhân viên y tế để xác định giai đoạn bệnh, các vấn đề phối hợp, thuốc phù hợp cho từng giai đoạn bệnh.

Người bệnh và gia đình cần chú ý theo dõi cơ thể. Khi có ghi nhận dấu chứng bất thường, chúng ta cần báo cho bác sĩ biết để can thiệp kịp thời.

4.10.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Tập thể dục đều đặn, hoạt động cần phù hợp với độ tuổi, với tình trạng sức khỏe hiện tại của cơ thể, hạn chế các vận động có cường độ lao lực cao, có nguy cơ tai nạn cao. Duy trì đều đặn các hoạt động thể lực mỗi ngày trong tuần.
- Nếu có các bệnh lý về tim mạch, bệnh phổi mạn tính, bệnh loãng xương, bệnh cơ xương khớp, bệnh béo phì và các bệnh lý khác... cần tham khảo ý kiến của bác sĩ để lựa chọn hình thức tập luyện phù hợp.
- Duy trì cân nặng hợp lý. Cần tham khảo chuyên viên dinh dưỡng để giúp xây dựng thực đơn phù hợp với tình trạng sức khỏe
- Hạn chế các loại thức ăn có hàm lượng đường nhanh (đường dễ tiêu hóa) cao ví dụ như đường saccarose (từ mía), đường fructose (từ trái cây), các loại thức uống giải khát (nước ngọt)
- Duy trì thói quen ăn uống đúng bữa, đảm bảo khối lượng thức ăn đầy đủ chất như người bình thường, không bỏ bữa, bổ sung thêm chất xơ, tinh bột hấp thu chậm. Nếu có khó khăn trong chuẩn bị bữa ăn, có thể tham khảo ý kiến chuyên viên dinh dưỡng hoặc bác sĩ.
- Tránh uống rượu, bỏ hút thuốc lá
- Thường xuyên kiểm tra các vết thương da (chú ý vùng chân, vùng xương cùi chỏ, vị trí khuỷu) và chăm sóc vết thương đúng kỹ thuật.
- Nên dành thời gian quan sát chân mỗi ngày, chú ý các vết chai da ở chân, các vết thương, các vùng móng, vùng da bị phỏng giộp, vết sứt- vết loét da. Nếu có vết thương nhiễm trùng, cần phải đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.
- Sử dụng thuốc đúng hướng dẫn của nhân viên y tế. Vì một số thuốc có thể gây tình trạng hạ đường huyết, cần lưu ý không bỏ bữa ăn, không ăn ít hơn nhu cầu của cơ thể,

- Chú ý ghi nhận dấu chứng hạ đường huyết (run, mệt, hồi hộp, nhịp tim nhanh, cảm giác ớn lạnh, ra mồ hôi, đói bụng cồn cào, mê), dùng viên kẹo đường để cấp cứu hạ đường (hoặc uống ly nước đường, nước ép trái cây có đường, ngâm đường cục), đồng thời báo cáo nhân viên y tế ở lần khám sau.

4.10.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Bệnh đái tháo đường nhóm II là thường gặp, xuất hiện trong bối cảnh của nhiều bệnh lý phức hợp. Do vậy việc điều trị cần tham khảo ý kiến của bác sĩ chuyên ngành nội tiết, cần sự tham gia của các lĩnh vực điều dưỡng, dinh dưỡng, dược.
- Thay đổi lối sống, tăng hoạt động thể lực để cơ thể sử dụng tốt năng lượng, tự điều chỉnh chuyển hóa đường, đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý, cân bằng các yếu tố nguy cơ là điểm quan trọng trong điều trị, đảm bảo hiệu quả của can thiệp bằng thuốc.
- Cần dành thời gian tư vấn – hướng dẫn người bệnh và gia đình về những vấn đề chăm sóc – dinh dưỡng – theo dõi. Người bệnh phải chủ động tham gia cho sức khỏe bản thân và gia đình phải là nguồn lực chính trong chăm sóc.
- Việc lựa chọn thuốc, liều lượng, sử dụng insulin cần có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa nội tiết.
- Nếu người bệnh có các bệnh lý phối hợp khác (có nhiễm trùng, suy tim, suy thận, mang thai...), cần tư vấn người bệnh đến khám tại các cơ sở y tế phù hợp.
- Nếu người bệnh có đang sử dụng insulin, các nhóm thuốc có nguy cơ hạ đường huyết (sulfonylureas, meglitinides, SGLT2), cần tư vấn người bệnh theo dõi các dấu chứng của hạ đường huyết, hướng dẫn cách can thiệp nhanh bằng kẹo để chống tụt đường huyết.
- Nếu người bệnh có sử dụng insulin, cần hướng dẫn cách tiêm thuốc, cách lấy liều thuốc, lựa chọn vị trí tiêm thuốc, thời điểm tiêm thuốc, theo dõi sau tiêm thuốc.

4.11 CHĂM SÓC MẮT

4.11.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của bệnh vùng mắt để kịp thời chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp.

Có kiến thức về cách vệ sinh-bảo vệ mắt.

4.11.2 Tổng quan

Mắt là cơ quan giúp ghi nhận thông tin thông qua thị giác (nhìn thấy), có cấu trúc cực kỳ mỏng manh và nhạy cảm với những biến đổi khác nhau của môi trường không khí, đồng thời cũng chịu ảnh hưởng của các bệnh trong cơ thể. Do vậy, chúng ta cần hết sức thận trọng trong chăm sóc và bảo vệ cho đôi mắt.

Một số bệnh về mắt có thể bao gồm như nhiễm trùng kết mạc, mi mắt, mộng mắt hoặc các cấu trúc khác, bị viêm dị ứng với chất bụi – hóa chất – dị vật. Một số bệnh lý chuyên biệt của mắt như cườm nước (glaucom), cườm khô (đục thủy tinh thể), bệnh võng mạc, giác mạc, tật khúc xạ.. đều cần được phát hiện sớm và điều trị đúng.

Bên cạnh đó, mắt cũng dễ bị tổn thương nặng do các tai nạn, sang chấn, va đập trực tiếp. Phần lớn các trường hợp tai nạn là do bất cẩn và có thể phòng ngừa được.

Vì mắt thực hiện giác quan quan trọng thiết yếu, chúng ta cần biết cách chăm sóc, bảo vệ mắt, phát hiện sớm bệnh và tham khảo ý kiến của nhân viên y tế phù hợp.

4.11.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau giúp gợi ý bệnh của mắt

- Các vấn đề về khả năng nhìn
 - Có giảm khả năng nhìn (thị lực giảm)
 - Mắt có vấn đề nhìn gần – nhìn xa (tật khúc xạ)
 - Nhìn thấy 2 hình (song thị)
- Các vấn đề về hình thể của mắt
 - Mắt bị đỏ (phần kết mạc mắt – tròng trắng bị đỏ)
 - Mắt bị khô, không có nước mắt
 - Sưng mi mắt, mi mắt
 - Cảm giác cộm, nóng , rát, khó chịu vùng mắt
- Các vấn đề về chấn thương
 - Dị vật
 - Chấn thương vào mắt
 - Tiếp xúc hóa chất

4.11.4 Dấu hiệu báo động

Bệnh về mắt cần được điều trị phù hợp. Việc nhận biết các dấu hiệu báo động cần phải đến khám cơ sở y tế là quan trọng. Một số dấu hiệu báo động:

- Chấn thương vùng mắt

- Có dị vật dính trong mắt
- Có giảm khả năng nhìn (thị lực giảm): nhìn mờ, đốm đen, không thấy hình- không thấy ánh sáng.
- Nhìn thấy 2 hình (song thị)

4.11.5 Xử trí – điều trị

Các bệnh vùng mắt cần được thăm khám bởi bác sĩ chuyên ngành mắt. Việc xử trí mang tính chất sơ cấp cứu tại chỗ. Sau khi ổn định sức khỏe, chúng ta cần đưa người bệnh đi khám bệnh tại cơ sở y tế phù hợp.

- Đối với chấn thương vùng mắt, dùng khăn che vùng mắt và đưa người bệnh đi khám. Tuyệt đối không băng chặt, không cố gắng lấy dị vật vùng mắt, không dụi mắt vì nguy cơ làm nặng thêm cho mắt.
- Nếu có hóa chất dính vào mắt, cho rửa mắt dưới dòng nước sạch.

4.11.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Nên đeo kính bảo vệ mắt, nhất là khi đi ra ngoài trời nắng hoặc khi làm việc với các dụng cụ, máy móc, hóa chất. Đeo kính mát để tránh các ánh sáng không tốt cho mắt, tránh tia cực tím của mặt trời.
- Tránh dụi mắt quá mạnh. Điều này có thể làm cho tình trạng chấn thương, nhiễm trùng bị nặng hơn, kéo dài thời gian bệnh. Nên sử dụng khăn giấy mềm nếu cần dụi mắt.
- Tránh xa các chất – hóa chất – mỹ phẩm – nước hoa - bụi gây kích ứng mắt. Nước hồ bơi có nồng độ chlor, có thể gây tổn thương mắt.
- Dinh dưỡng đầy đủ rất quan trọng cho mắt. Chế độ ăn uống cân bằng, chứa đầy đủ vitamin nhóm A như cà rốt, đu đủ, bí đỏ. Có thể sử dụng bổ sung vitamin A cho trẻ nhỏ đang bú sữa, ăn dặm, ăn uống kém, suy dinh dưỡng.
- Tập thói quen đọc sách và xem tivi hợp lý, xen kẽ thời gian xem và nghỉ ngơi cho mắt, giữ khoảng cách phù hợp.
- Để hạn chế khó chịu và mệt mỏi cho mắt do thường xuyên sử dụng máy vi tính, sử dụng một kính chắn sáng bảo vệ, tăng độ sáng màn hình, tăng độ tối của các ký tự, đặt màn hình máy tính thấp hơn đỉnh đầu, giữ tầm nhìn ngang hoặc hơi cúi xuống.
- Không mang kính sát tròng khi ngủ vì làm tăng nguy cơ nhiễm trùng cho mắt. Nếu mắt đang nhiễm trùng thì không được mang kính sát tròng và phải đến thăm khám tại cơ sở y tế phù hợp.
- Nếu người bệnh không khép mắt được kín, mắt bị khô, nên giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo. Đối với BN đang hôn mê, mắt không nhắm được, dùng khăn ướt che lên vùng 2 mắt để giữ ẩm.
- Nếu có dính hóa chất, bị dị vật tại mắt, tuyệt đối không dụi mắt vì làm tăng nguy cơ tổn thương mắt. Rửa mắt dưới dòng nước đủ lâu. Nếu không hết, cần đưa người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.
- Chấn thương vùng mắt là tình trạng nặng của mắt, do vậy cần đưa ngay người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp để được cấp cứu bệnh của mắt.

4.11.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Hướng dẫn người bệnh cách thức theo dõi các dấu hiệu báo động
- Hướng dẫn người bệnh cách rửa mắt dưới dòng nước nếu có mắt bị dị vật, tiếp xúc với hóa chất – bụi, tuyệt đối không dụi mắt khi có dị vật
- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, mang kính bảo vệ mắt.
- Việc điều trị cần tham khảo bác sĩ chuyên khoa mắt để tránh bỏ sót bệnh. Các loại thuốc nhỏ vùng mắt cần có chỉ định y khoa phù hợp.
- Làm ẩm mắt bằng nước mắt nhân tạo ở người bệnh có khô mắt.

4.12 ĐAU ĐẦU

4.12.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của đau đầu

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị đau đầu

4.12.2 Tổng quan

Đau đầu (còn gọi là nhức đầu) là tình trạng đau – khó chịu vùng đầu, là một vấn đề rất thường gặp. Đau đầu có thể được gây ra bởi nhiều nguyên nhân. Tùy theo nguyên nhân mà đau đầu sẽ có những đặc điểm thể hiện chuyên biệt. Chính vì điều này, việc thăm khám đánh giá cần chú ý yếu tố bối cảnh xuất hiện đau đầu, các dấu chứng phối hợp, phân tích bệnh sử chi tiết về yếu tố khởi phát, yếu tố giảm nhẹ, bệnh đồng mắc,... sẽ giúp định hướng nguyên nhân, góp phần vào điều trị hiệu quả

4.12.3 Nhận diện

Người bệnh có thể than đau vùng đầu tại một vị trí nhất định hoặc không xác định vị trí. Tùy theo yếu tố bối cảnh, tùy theo nguyên nhân, người bệnh có thể ghi nhận các dấu chứng phối hợp như: đau vùng mắt, nhìn mờ, đau khi mở miệng, đau vùng thái dương, đau vùng cổ - vai – lưng, yếu liệt...

4.12.4 Dấu hiệu báo động

Đau đầu nằm trong bối cảnh đặc thù, cần phải đưa đến khám tại cơ sở y tế phù hợp:

- Liên quan đến chấn thương vùng đầu và cổ
- Liên quan đến bệnh mạch máu vào não và cột sống
- Liên quan đến tổn thương nội sọ không do nguyên nhân mạch máu
- Liên quan đến các chất kích thích: cai nghiện rượu, thuốc lá...
- Liên quan đến nguyên nhân nhiễm trùng
- Liên quan đến đau vùng mặt: đầu, mắt, miệng, xoang, cổ,..
- Liên quan đến chấy nổi - hỏa hoạn
- Liên quan đến vùng mắt – thị giác
- Đau đầu tăng dần, kéo dài, xuất hiện tại một vị trí cụ thể

Đau đầu đơn thuần không liên quan bối cảnh, thường là do nguyên nhân căng cơ vùng đầu – cổ, do bệnh migraine, do các vấn đề về tâm lý, thói quen, lối sống

4.12.5 Can thiệp

Nếu người bệnh có đau đầu liên quan đến bối cảnh, chúng ta cần đưa người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

Nếu đau đầu không liên quan bối cảnh, chúng ta có thể theo dõi và chăm sóc tại nhà:

- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường, tư thế thoải mái, phòng thông thoáng, có quạt nhẹ, không bụi bặm, không tiếng ồn, ánh sáng dịu, tránh ánh nắng trực tiếp

- Dẩy - xoa bóp vùng trán, thái dương, vùng cổ - vai và vị trí đau
- Tắm nước ấm
- Ngừng hút thuốc lá, các loại thức uống kích thích như trà, cà phê; ngưng uống rượu.
- Nếu đau 2 bên đầu, đau vùng cổ, vai (thường do nguyên nhân căng cơ): dùng thuốc acetaminophen (paracetamol) để giảm đau, tham vấn ý kiến của nhân viên y tế để biết liều thuốc theo cân nặng.
- Nếu đau một bên đầu (đau nửa đầu, thường do nguyên nhân đau đầu migraine). Việc dùng thuốc giảm đau acetaminophen không hiệu quả. Cho người bệnh đến khám bác sĩ sớm để sử dụng thuốc đặc hiệu.

4.12.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Ngủ đủ giấc. Đau đầu thường do thiếu ngủ. Mọi người trưởng thành nên ngủ đủ 7-8 giờ mỗi đêm.
- Làm việc và ngủ ở tư thế thoải mái. Trong đau đầu căng cơ, tư thế làm việc hoặc tư thế ngủ không thoải mái là nguyên nhân thường gặp.
- Ăn uống lành mạnh. Một chế độ ăn uống lành mạnh có thể giúp giảm nguy cơ đau đầu. Ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt, và hạn chế đồ ngọt, đồ ăn chế biến sẵn và đồ uống có cồn.
- Tập thể dục thường xuyên. Tập thể dục thường xuyên có thể giúp giảm căng thẳng, một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của đau đầu.
- Hạn chế các đồ uống có cồn, cà phê, trà và các chất kích thích khác. Các chất kích thích có thể là nguyên nhân gây đau đầu
- Hạn chế căng thẳng. Căng thẳng là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của đau đầu. Tìm cách quản lý căng thẳng có thể giúp giảm nguy cơ đau đầu.
- Khi có đau đầu, hãy tìm nơi nằm nghỉ thư giãn
- Mặc dù thuốc acetaminophen (paracetamol) có thể sử dụng để giảm đau đầu. Việc sử dụng thuốc không có ý kiến của nhân viên y tế có thể gây ảnh hưởng không tốt. Do vậy cần tham khảo ý kiến trước khi sử dụng.
- Tìm hiểu về các tác nhân, yếu tố khởi phát, bối cảnh gây đau đầu. Khi chúng ta biết nguyên nhân, chúng ta có thể phòng ngừa cơn đau đầu.
- Điều trị các bệnh tiềm ẩn. Nếu bạn bị đau đầu do một bệnh tiềm ẩn, ví dụ như căng thẳng, rối loạn lo âu hoặc thiếu ngủ, điều trị các bệnh này có thể giúp giảm nguy cơ đau đầu.
- Nếu đau đầu xuất hiện trong bối cảnh cụ thể, có dấu chứng phối hợp báo động, đây có thể là cơn đau đầu báo hiệu bệnh nguy hiểm. Chúng ta cần tham khảo ý kiến nhân viên y tế hoặc đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.12.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Đau đầu là dấu chứng, không phải là bệnh nguyên phát. Do vậy chúng ta cần xác định nguyên nhân gây đau đầu để có thể chăm sóc và điều trị hiệu quả.
- Các bối cảnh gây đau đầu cũng có thể gây những tình trạng nguy hiểm khác. Ví dụ như đau đầu sau hỏa hoạn có thể là biểu hiện của ngộ độc khí CO, giảm O2 cấp; đau đầu sau khi xuống hầm sâu có thể biểu hiện của ngộ độc CO2; đau đầu sau tai nạn có thể biểu hiện của xuất huyết não; đau đầu có sốt có thể biểu hiện

của nhiễm trùng – nhiễm độc vùng đầu; đau đầu kèm biểu hiện vùng quanh mắt nằm trong bệnh cảnh của bệnh glaucome cấp có nguy cơ gây mù... Do vậy chúng ta cần có thái độ dè dặt và cần đưa người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở y tế phù hợp.

- Một số loại thuốc có thể gây tác dụng phụ đau đầu: nitroglycerin, isosorbide (trong bệnh mạch vành), nifedipine - hydralazin (trong bệnh tăng huyết áp), sildenafil-tadalafil (trong bệnh lý mạch máu phổi), alfuzosine (trong bệnh bướu tiền liệt tuyến)... chúng ta cần lưu ý đánh giá và giới thiệu tái khám lại đổi thuốc.
- Đau đầu không kèm bối cảnh đặc thù, không kèm dấu chứng khác thì thường gặp do 2 nhóm bệnh: đau đầu căng cơ và đau đầu migrain. Nguyên nhân của bệnh thường liên quan đến các yếu tố thói quen – lối sống – sinh hoạt – giấc ngủ - tâm lý – stress.
- Thuốc giảm đau đơn thuần có thể bao gồm acetaminophen, NSAID. Cách thức sử dụng cần phù hợp với lứa tuổi, cân nặng, các bệnh lý phối hợp.

4.13 CHÓNG MẶT

4.13.1 Mục tiêu

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị chóng mặt

4.13.2 Tổng quan

Chóng mặt là tình trạng cơ thể có nhận định không chính xác về không gian (trong y khoa gọi là ảo giác về không gian). Điều này dẫn đến việc người bệnh mô tả có những biểu hiện như trôi bồng bênh, quay vòng, bay bổng, đảo lộn... (tất cả những thuật ngữ có mô tả không gian không cố định). Triệu chứng này có thể đi kèm với những biểu hiện khác như hoảng loạn, nôn ói, huyết áp cao, nhịp tim nhanh, ra mồ hôi lạnh, xanh xao, rối loạn dáng đi, ù tai...

Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau. Có bệnh sẽ thoáng qua, có bệnh sẽ kéo dài. Tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà bác sĩ sẽ có cách điều trị chuyên biệt. Đối với các nguyên nhân kéo dài, vai trò chăm sóc hỗ trợ của gia đình là quan trọng để giúp khôi phục lại sinh hoạt hằng ngày, thích nghi với bối cảnh có chóng mặt và rối loạn dáng đi, hạn chế nguy cơ té ngã.

4.13.3 Nhận diện

Người bệnh sẽ than phiền có triệu chứng chóng mặt, triệu chứng này có thể được mô tả bằng những từ ngữ như: trôi bồng bênh, quay vòng, bay bổng, đảo lộn, phòng đang xoay vòng, trần nhà sập xuống

Tuy nhiên, do đây là mô tả mang tính chủ quan, chúng ta cần lưu ý một số đặc điểm sau:

- Người bệnh nói chóng mặt không nhất thiết là có chóng mặt, phải hỏi những đặc điểm về không gian.
- Tình trạng có tối sầm mắt, bị té xỉu, mất tri giác không phải là chóng mặt mà là triệu chứng choáng.

4.13.4 Dấu hiệu báo động

Tùy theo nguyên nhân mà chóng mặt có thể gặp trong tình huống bệnh nguy hiểm. Một số dấu hiệu báo động gợi ý nguyên nhân nguy hiểm:

- Tê cứng người
- Yếu liệt tay, chân, mặt
- Nói khó, lú lẫn – trả lời không chính xác
- Tối sầm mắt, té xỉu, mất tri giác, hôn mê
- Nôn ói nhiều
- Khó thở

4.13.5 Can thiệp

Nếu người bệnh có chóng mặt cấp, thực hiện các việc sau:

- Cho người bệnh dừng ngay các hoạt động đang thực hiện (lái xe, lên xuống cầu thang, sử dụng thiết bị...)

- Đặt người bệnh nằm xuống thấp để tránh bị té ngã gây tai nạn. Yêu cầu người bệnh giữ nguyên tư thế, hạn chế các động tác xoay chuyển đầu –thân người.
- Nếu người bệnh buồn ói-ói, đặt người bệnh nằm nghiêng hoặc nằm sấp để tránh bị hít chất ói.
- Nếu người bệnh có ói, cho xúc lại miệng bằng nước và nhổ ra. Hạn chế cho người bệnh ăn uống trong lúc có chóng mặt và buồn ói vì nguy cơ hít sặc chất ói
- Theo dõi các dấu chứng báo động. Nếu người bệnh vẫn chóng mặt kéo dài, có dấu chứng báo động, gia đình cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế hoặc chuyển người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất.

4.13.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Tránh dùng cà phê, trà, rượu và các chất kích thích có thể làm nặng thêm tình trạng chóng mặt.
- Trong thời gian chóng mặt, hạn chế di chuyển, không điều khiển xe lưu thông, không sử dụng các thiết bị nguy hiểm cần độ chính xác cao.
- Yêu cầu người thân hỗ trợ trong vấn đề di chuyển, vệ sinh, sinh hoạt hằng ngày
- Khi chuyển tư thế từ nằm sang ngồi, từ ngồi sang đứng, xoay chuyển đầu – thân người, cần thực hiện từ từ, tránh làm đột ngột sẽ làm nặng tình trạng chóng mặt.
- Tránh cử động quay đầu – cuối đầu quá mức, tránh cúi người xuống thấp (lấy đồ)
- Buổi sáng mới thức dậy, khi chưa tỉnh giấc hoàn toàn, chuyển đổi tư thế nên thực hiện từ từ, ngồi lại tại giường 1 phút trước khi đứng lên đi, tránh làm đột ngột.
- Khi bị chóng mặt, dừng ngay các hoạt động đang thực hiện (lái xe, lên xuống cầu thang, sử dụng thiết bị...), ngồi ngay xuống thấp hoặc nằm xuống thấp để tránh bị té ngã gây tai nạn.
- Khi bị chóng mặt, thử tập trung nhìn vào 1 vật cố định ở xa sẽ giúp chỉnh lại nhịp của mắt, giảm bớt khó chịu do chóng mặt.
- Nếu chóng mặt kéo dài, tái diễn, có dấu chứng phối hợp báo động, đây có thể là bệnh chóng mặt nguy hiểm. Chúng ta cần tham khảo ý kiến nhân viên y tế hoặc đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.13.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Chóng mặt là dấu chứng ảo giác về không gian, có nguyên nhân liên quan đến bệnh lý tiền đình ngoại biên, tiểu não, mắt, do tác dụng của thuốc.
- Chóng mặt cần được điều trị nguyên nhân, điều trị triệu chứng phù hợp để giúp giảm bớt tình trạng khó chịu, khôi phục lại hoạt động sinh hoạt hằng ngày.
- Điều trị triệu chứng ở nhà có thể sử dụng các loại thuốc như cinnarizine, betahistin, acetyl cholin. Nếu người bệnh có nôn ói, cần chuyển qua dùng thuốc tiêm.
- Cần lưu ý các dấu chứng báo động để kịp thời chuyển người bệnh đến các cơ sở y tế có khả năng chẩn đoán nguyên nhân và xử lý phù hợp..

4.14 TÁO BÓN

4.14.1 Mục tiêu

Phân tích được nguyên nhân của táo bón

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị cảm lạnh

4.14.2 Tổng quan

Táo bón là một trong những vấn đề thường gặp trong chăm sóc hằng ngày, đặc biệt là đối với trẻ em trong giai đoạn nhà trẻ - mẫu giáo và người cao tuổi. Bình thường, số lần đi phân có thể giao động từ khoảng 3 lần mỗi ngày đến 3 lần mỗi tuần. Do vậy, trong táo bón số lần đi phân không quan trọng. Chúng ta cần quan tâm đến đặc điểm khó khăn khi đi cầu như phân cứng, phân lâu ra phải ngồi chờ, phân ra phải dùng sức để rặn, đi cầu bị đau vùng bụng – hậu môn.

Táo bón đơn thuần không kèm triệu chứng khác thì không phải do bệnh nguy hiểm. Các vấn đề về chế độ dinh dưỡng ít chất xơ, thói quen đi cầu là những nguyên nhân hàng đầu, đặc biệt là trường hợp táo bón kéo dài..

Việc điều trị táo bón chỉ hiệu quả nếu can thiệp đúng nguyên nhân. Do vậy chúng ta cần quan tâm phân tích nguyên nhân và có biện pháp can thiệp phù hợp. Một số nguyên nhân của táo bón:

- Táo bón đơn thuần là nguyên nhân thường gặp chủ yếu: do chế độ ăn ít chất xơ, do ăn uống không đủ khối lượng
- Rối loạn nhu động ruột: ít vận động, nằm lâu- kéo dài, rối loạn nhu động ruột ở người già.
- Vấn đề tâm lý sợ đi cầu: gặp ở trẻ em, sợ dơ, sợ thấy phân, sợ ngồi một mình.
- Thói quen đi cầu chưa tốt.
- Bệnh vùng hậu môn: trĩ, nứt hậu môn, viêm nhiễm quanh hậu môn
- Bệnh trực tràng – đại tràng: ung thư, mất kích thích trực tràng, hẹp đại tràng, túi thừa đại tràng, bệnh Hirschsprung.
- Thuốc: một số thuốc gây táo bón, cần theo hướng dẫn của bác sĩ.

4.14.3 Nhận diện

Người bệnh có những biểu hiện sau:

- Đi tiêu khó khăn, phải dùng sức rặn (đặc điểm quan trọng)
- Phải dùng tay để lấy phân ra
- Phân cứng, kết thành từng cục riêng
- Cảm giác đi tiêu chưa hết phân
- Đi tiêu mỗi tuần < 3 lần

Nếu người bệnh có từ 2 triệu chứng trở lên thì xác định có táo bón. Đặc điểm quan trọng là có sự gắng sức khi đi cầu.

4.14.4 Dấu hiệu báo động

Bản thân táo bón không gây nguy hiểm. Nguyên nhân thường gặp của táo bón cũng không nguy hiểm. Tuy nhiên có một số bệnh nguy hiểm khác có thể biểu hiện bằng tình trạng táo bón. Do vậy chúng ta cần lưu ý phát hiện những dấu hiệu báo động để kịp thời đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

- Phân có lẫn máu (bao gồm máu lẫn vào phân, máu bọc quanh phân, máu ra sau khi đi phân)
- Phân có đường kính nhỏ
- Sụt cân
- Đau bụng xa thời điểm đi cầu

4.14.5 Xử trí – điều trị

Đối với người bệnh có tình trạng táo bón – khó đi phân cấp, chúng ta có thể thực hiện những động tác sau

- Uống một ly nước ấm
- Xoa bụng vùng quanh rốn để kích thích nhu động ruột
- Chỉ vào nhà vệ sinh khi có cảm giác muốn đi cầu, có đau bụng
- Khi đã ngồi vào bàn cầu mà không có cảm giác co thắt đẩy phân thì dành thời gian chờ, không cố gắng dùng sức rặn khi không có nhu động ruột
- Nếu phân cứng, có thể đeo găng tay y tế để hỗ trợ lấy phân cứng
- Có thể dùng thuốc bơm hậu môn để hỗ trợ (sorbitol, glycerol)

4.14.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Chế độ ăn điều độ, nhiều chất xơ (ví dụ như trái cây, rau cải) giúp tạo khối cho phân, giúp kích thích cảm giác buồn cầu và tạo được nhịp đi cầu, nên được khuyến dùng nếu số lần đi cầu ít. Tuy nhiên, đối với người có số lần đi cầu bình thường, nhưng phân cứng, gây đau khi đi phân thì chúng ta hạn chế việc dùng nhiều chất xơ vì có thể gây nặng thêm.
- Có thể dùng thức ăn, thức uống có tính nhuận trường như sữa chua, đu đủ, táo, lê, mận, chuối, cam, bơ, thanh long. Những thức ăn này giúp làm mềm phân và tạo cảm giác đi cầu.
- Tập thể dục đều đặn, hạn chế lối sống tĩnh tại – nằm lâu tại giường
- Lưu ý uống đầy đủ nước và các chất lỏng khác (dùng thêm canh, đồ ăn có chứa nước)
- Tập thói quen đi tiêu vào một thời điểm trong ngày. Thông thường cơ thể sẽ có phản xạ đi cầu sau bữa ăn, sau khi dùng thức uống/thức ăn vào buổi sáng. Chúng ta có thể phối hợp cùng với nhịp của cơ thể để tập thói quen đi cầu. Có thể sử dụng thức uống có chứa cafein vào bữa sáng cũng có tác dụng kích thích cảm giác mắc cầu.
- Thuốc nhuận tràng chỉ điều trị triệu chứng. Việc sử dụng nên tham khảo ý kiến của nhân viên y tế và trong thời gian ngắn để tránh ảnh hưởng xấu của thuốc. Một số thuốc nhuận tràng có thể gây tăng khó chịu nếu điều trị không đúng bệnh.
- Khi có cảm giác mắc cầu, không nên cố nhịn vì điều đó sẽ làm mất phản xạ đi cầu. Ngược lại, chúng ta chỉ nên vào nhà vệ sinh khi có cảm giác mắc cầu

- Chúng ta cần dành thời gian cho việc đi cầu. Không cố rặn khi chưa có phản xạ co bóp của ruột (thể hiện bằng cảm giác nặng vùng bụng và muốn đi phân) vì điều đó sẽ gây bệnh trĩ, xước hậu môn.

4.14.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Bản thân táo bón không là bệnh độc lập mà là hậu quả của các nguyên nhân khác. Việc điều trị táo bón cần hướng đến điều trị nguyên nhân.

Nguyên nhân thường gặp là táo bón chức năng đơn thuần, do liên quan đến chế độ ăn, thói quen đi cầu. Khi thăm khám cần khai thác thông tin chi tiết để loại trừ các bệnh nguy hiểm khác.

Một số nhóm thuốc có thể gây táo bón. Do vậy khi đánh giá cần hỏi thông tin về những thuốc đang dùng. Những nhóm thuốc có thể gây táo bón như: thuốc trị tiêu chảy, kháng histamin, thuốc ho nhóm codein, thuốc chứa sắt, thuốc chống trầm cảm, thuốc giảm đau dạng á phiện, thuốc kháng acid có chứa nhôm, thuốc ức chế canxi.

Đối với táo bón đơn thuần, việc điều trị bao gồm: giáo dục người bệnh - thay đổi hành vi; chế độ ăn giàu chất xơ; sử dụng thuốc hỗ trợ.

- Giáo dục người bệnh - thay đổi hành vi:
 - Giúp người bệnh hiểu về tác dụng của chế độ ăn giàu chất xơ, bổ sung đủ nước và nhằm giúp người bệnh giảm hoặc tránh phụ thuộc vào thuốc nhuận trường.
 - Nhu động ruột thường hoạt động mạnh sau bữa ăn, việc tạo thói quen đi tiêu sau bữa ăn là việc nên làm. Nếu bỏ qua thói quen này, từ từ các dấu hiệu này sẽ giảm dần và không còn kích thích tạo cảm giác mắc cầu nữa.
- Chế độ ăn giàu chất xơ
 - Vai trò của chất xơ là để tạo khối phân. Do vậy việc tăng cường chất xơ trong khẩu phần ăn là cần thiết đối với những trường hợp có táo bón nhưng không có nhiều phân (thường gặp ở trẻ em và người cao tuổi, người suy dinh dưỡng, ăn uống kém, giảm lượng thức ăn gây táo bón do không đủ chất tạo phân). Lượng chất xơ cần cung cấp mỗi ngày từ 20g – 35g.
 - Tác dụng phụ của chất xơ: tiêu thụ một lượng lớn chất xơ có thể gây đầy hơi làm tăng khó chịu hơn. Để hạn chế, có thể bổ sung chất xơ với lượng nhỏ tăng dần đến khi phân mềm. Với thực phẩm chức năng bổ sung chất xơ, cần ưu tiên loại chất xơ không hòa tan, ít có tác dụng sinh hơi.
 - Cần hạn chế chất xơ đối với táo bón thứ phát (ví dụ như có u bướu đại tràng, viêm hậu môn, nứt hậu môn)
- Thuốc nhuận trường sử dụng sau khi đã áp dụng đúng 2 biện pháp trên nhưng vẫn còn táo bón. Thuốc nhuận trường được phân thành 3 nhóm chính:
 - Thuốc nhuận trường tạo khối: Gồm chất xơ tự nhiên và tổng hợp, khi sử dụng nhớ uống nhiều nước.
 - Psyllium (Konsyl; Metamucil; Perdiem)
 - Methylcellulose (Citrucel)
 - Calcium polycarbophil (FiberCon; Fiber-Lax; Mitrolan)

- Wheat dextrin (Benefiber)
- Thuốc nhuận trường thẩm thấu: Thuốc nhuận trường thẩm thấu là dạng không hấp thu ở ruột, làm gia tăng bài tiết nước từ ruột non, nhờ vậy làm tăng tần xuất đi tiêu. Tuy nhiên, cần chú ý khi sử dụng ở người bệnh suy thận hay suy tim vì có thể gây mất nước. Bao gồm:
 - Polyethylene glycol – PEG (MiraLax, Glycolax): Thuốc này không gây đầy hơi.
 - Lactulose, Sorbitol (Lactulose và sorbitol có thể gây tác dụng phụ đầy hơi.)
- Thuốc nhuận trường kích thích: Bao gồm senna (Black Draught, Ex-lax, Fletcher's, Castoria, Senokot) và bisacodyl (Correctol, Doxidan, Dulcolax). Thuốc có tác dụng làm tăng nhu động ruột non – ruột già. Thuốc bisacodyl gây tăng nhu động đại tràng, không hấp thu vào máu, liều sử dụng có thể bắt đầu bằng 5mg một lần buổi tối sẽ giúp tạo cảm giác mắc cầu vào sáng ngày hôm sau (tùy chỉnh liều tùy theo bệnh nhân). Khi sử dụng nhuận trường kích thích với liều cao có thể gây tác dụng phụ giảm kali máu; tăng nhu động ruột gây cảm giác đau vùng bụng. Chúng ta cần nắm rõ các thông tin này để tư vấn cho người bệnh.

4.15 NÔN ÓI

4.15.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của nôn ói

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị nôn ói

4.15.2 Tổng quan

Ói là hiện tượng co thắt mạnh hệ tiêu hóa ĐẨY NHANH thức ăn từ dạ dày tổng ra ngoài qua đường miệng. Thức ăn bị ói ra có lẫn với dịch dạ dày sẽ có vị chua, thức ăn bị vữa. Đặc điểm này giúp phân biệt với tình trạng ợ hơi - ợ chua (không có thức ói), tình trạng trớ (gặp ở trẻ em, không có vị chua).

Bản thân nôn ói không là bệnh mà là biểu hiện của những nguyên nhân khác nhau. Thông thường, nôn ói gặp ở bệnh tiêu hóa, tuy nhiên một số bệnh tại các cơ quan khác cũng có thể gây ói. Do vậy chúng ta cần quan tâm thêm các biểu hiện khác đi kèm, đánh giá dấu hiệu nguy hiểm để giúp nhận biết nguyên nhân, điều hướng người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp nếu có tình trạng nặng.

4.15.3 Nhận diện

Người bệnh sẽ có than phiền:

- Ói thức ăn từ trong ra ngoài
- Thức ói có vị - mùi chua của dịch dạ dày
- Thức ói là thức ăn bị vữa

4.15.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu phối hợp gợi ý tình trạng nặng:

- Ói ở trẻ sơ sinh
- Ói lượng nhiều
- Có dấu mất nước – điện giải
- Có máu trong dịch ói
- Có chướng bụng
- Có yếu liệt cơ thể, hôn mê
- Có nặng ngực, khó thở

4.15.5 Xử trí – điều trị

- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường, không làm việc nặng. Chỗ nghỉ bố trí gần nhà vệ sinh để tiện việc nôn ói, đi vệ sinh, lau chùi. Có thể trang bị một thau – ca để chứa dịch ói nếu người bệnh không kịp di chuyển.
- Chuẩn bị nước để người bệnh có thể uống bù cho lượng dịch ói. Một ly nước chanh muối có thể giúp làm dịu cảm giác khó chịu vùng họng. Lưu ý không ép uống, ép ăn khi mà người bệnh còn ói nhiều.
- Theo dõi các dấu hiệu phối hợp khác.
- Theo dõi dấu hiệu mất nước: môi khô, mắt trũng, tiểu ít, khát nước, khóc không có nước mắt.

- Tránh các loại thực phẩm có mùi có thể gây buồn nôn.

4.15.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Trong khi người bệnh còn buồn ói, còn ói, không nên cho uống, cho ăn bất kỳ chất gì vì nguy cơ làm bệnh nặng thêm.
- Khi người bệnh đã bớt ói, cho uống nước bổ sung. Việc uống nước giúp bổ sung nước và chất điện giải. Lượng nước uống vừa phải và kéo dài. Không uống nhiều cùng một lúc vì nguy cơ gây ói.
- Chú ý các dấu hiệu mất nước như mệt mỏi, miệng khô, tiểu ít, mắt trũng, khóc không có nước mắt
- Nếu nôn ói có kèm theo tiêu chảy thì càng cần lưu ý việc bù nước.
- Khi người bệnh đã đỡ nôn ói, có thể bắt đầu cho ăn lại thức ăn với lượng nhỏ tăng dần, chia làm nhiều bữa nhỏ.
- Nghỉ ngơi thêm sẽ giúp người bệnh mau chóng hồi phục sức khỏe.
- Nếu nôn ói có liên quan đến các tháng đầu của thai kỳ, cần lựa chọn thức ăn theo nhu cầu của thai phụ, ăn lượng ít mỗi lần, chia làm nhiều lần trong ngày. Nếu có nôn ói kéo dài thì cần đưa người bệnh đến khám bác sĩ sản phụ khoa.
- Nếu người bệnh có các dấu chứng báo động, các dấu chứng nguy hiểm thì cần liên hệ nhân viên y tế để tham khảo ý kiến hoặc đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.15.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Trong nôn ói, các dấu chứng đi kèm rất quan trọng để gợi ý nguyên nhân và hướng điều trị: đau bụng gợi ý bệnh vùng túi mật-tụy-dạ dày; chướng bụng gợi ý khả năng tắc ruột-thoát vị-u bướu đường tiêu hóa; chóng mặt gợi ý bệnh tiền đình óc tai; đau bụng và tiêu chảy gợi ý khả năng ngộ độc thực phẩm... Do vậy, nếu người bệnh có triệu chứng phối hợp phức tạp, chúng ta cần đưa người bệnh đến thăm khám tại các cơ sở y tế phù hợp
- Việc điều trị nôn ói đơn thuần cần tập trung vào 2 hướng chính
 - Điều trị triệu chứng: sử dụng các nhóm thuốc Metoclopramid, Domperidon, Prochlorperazine
 - Bù nước và điện giải tương ứng với lượng nước bị mất qua dịch ói
- Theo dõi tình trạng nôn ói, sớm cho người bệnh sử dụng lại thức uống, thức ăn với lượng ít tăng dần, chia làm nhiều bữa nhỏ để đảm bảo bù nước và dinh dưỡng.

4.16 TIÊU CHẢY

4.16.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của tiêu chảy

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị tiêu chảy

4.16.2 Tổng quan

Tiêu chảy là tình trạng có đi cầu phân lỏng (nhiều nước trong phân >300ml) hoặc đi cầu nhiều lần trong ngày (>3 lần mỗi ngày). Trong thực tế, chúng ta không thể đánh giá được số lượng nước trong phân, nhưng đánh giá thông qua tình trạng phân lỏng, không đóng khối.

Bản thân tiêu chảy chỉ là biểu hiện của nhiều nguyên nhân khác nhau: thay đổi chế độ ăn, không thể tiêu hóa được thức ăn, bị ngộ độc thức ăn, nhiễm trùng tiêu hóa, bệnh lý tụy, mật, ruột... Ở trẻ em, nguyên nhân phổ biến là do nhiễm trùng rotavirus và các trực khuẩn đường ruột. Ở người lớn, nguyên nhân thường là do ngộ độc thực phẩm, không tiêu hóa được thức ăn.

Biến chứng cấp của tiêu chảy là mất nước và khoáng chất. Do vậy việc nhận diện và xử trí đúng tình trạng mất nước là cần thiết để bảo vệ sức khỏe. Bên cạnh đó cũng cần nhận diện các dấu hiệu phối hợp báo động để kịp thời thăm khám và điều trị phù hợp.

4.16.3 Nhận diện

Dấu hiệu đánh giá tình trạng tiêu chảy bao gồm:

- Phân lỏng, không đóng khuôn, nhiều nước trong phân.
- Đi phân nhiều lần trong ngày (>3 lần), sau đi vệ sinh vẫn còn muốn đi phân.

Dấu hiệu gợi ý nguyên nhân của tiêu chảy

- Đau bụng
- Sốt
- Đau hậu môn, cảm giác mắc cầu liên tục.
- Nôn ói
- Phân bạc màu (màu xám trắng), phân đen, phân có máu đỏ

Dấu hiệu đánh giá tình trạng mất nước

- Dấu mất nước nhẹ: Mệt mỏi, choáng váng,
- Dấu mất nước trung bình: khát nước, tóp má, lưỡi khô, mắt trũng, giảm độ đàn hồi da (dấu véo da), hạ huyết áp tư thế, nhịp tim nhanh, tiểu ít
- Dấu mất nước nặng: hạ huyết áp tư thế, huyết áp tâm thu <90mmHg, Thiếu niệu -> vô niệu, nổi vân da, lơ mơ, hôn mê, yếu liệt cơ thể

4.16.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu báo động nguyên nhân nguy hiểm của tiêu chảy:

- Sốt

- Yếu người
- Đau bụng nhiều, không giảm sau đi cầu
- Nôn ói
- Phân có máu

Những dấu hiệu báo động tình trạng mất nước nặng, mất khoáng chất nặng cần can thiệp y khoa:

- Dấu mất nước trung bình: khát nước, tóp má, lưỡi khô, mắt trũng, giảm độ đàn hồi da (dấu véo da), hạ huyết áp tư thế, nhịp tim nhanh, tiểu ít
- Dấu mất nước nặng: hạ huyết áp tư thế, huyết áp tâm thu <90mmHg, Thiếu niệu -> vô niệu, nổi vân da, lơ mơ, hôn mê, yếu liệt cơ thể
- Dấu không thể uống được nước: Yếu người, nôn ói liên tục

4.16.5 Xử trí – điều trị

- Cho người bệnh nghỉ ngơi không làm việc nặng. Chỗ nghỉ bố trí gần nhà vệ sinh để tiện việc đi phân khi có nhu cầu.
- Vẫn tiếp tục ăn uống thức ăn dễ tiêu, theo bữa để đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng.
- Cần uống nhiều nước để giúp bù đắp lượng nước mất qua phân. Nếu người bệnh có sốt thì cần uống nước nhiều hơn
- Đối với trẻ nhỏ nhũ nhi, cần cho bé tiếp tục bú mẹ hoặc tiếp tục cho uống sữa đã quen dùng trước đây. Điều này giúp bù nước và cung cấp dinh dưỡng cho bé.
- Đối với trẻ lớn, có thể cho uống dung dịch nước điện giải (gói Oresol) để bù nước và điện giải
- Rửa tay bằng xà phòng sau khi đi vệ sinh, trước khi ăn.

4.16.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Trong quá trình bị tiêu chảy, vẫn phải giúp người bệnh duy trì ăn uống để đảm bảo bù đắp lượng chất dinh dưỡng bị mất và đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng của cơ thể. Đối với trẻ đang cho bú sữa, tiếp tục cho bú sữa lượng nhiều hơn. Đối với trẻ nhỏ, bù nước và điện giải bằng nước trái cây hoặc nước Oresol (mua gói Oresol pha uống), dùng nhiều canh trong bữa ăn. Đối với người trưởng thành và người lớn tuổi, yêu cầu uống thêm nước bổ sung trong và ngoài bữa ăn.
- Cần chú ý vấn đề ăn uống hợp vệ sinh, nấu chín, đun sôi, tránh các thức ăn để lâu ngày, thiếu ôi - hư.
- Tránh uống nước soda, các loại nước ngọt giải khát có nhiều đường vì có thể làm nặng tình trạng tiêu chảy và không bù được lượng nước đang thiếu.
- Trong thời gian bị đi phân lỏng, hạn chế các loại thức ăn có chứa sữa bò (các thực phẩm làm từ sữa bò có chứa lactose), nhiều chất béo, nhiều chất đường, chất khó tiêu vì có khả năng làm nặng tình trạng tiêu chảy. Bữa ăn nên chuẩn bị với thức ăn dễ tiêu, có món canh để bù thêm nước và điện giải, người bệnh sử dụng theo nhu cầu.
- Nếu người bệnh có các dấu hiệu báo động, dấu hiệu không có khả năng uống nước, dấu hiệu mất nước nặng thì cần được đưa đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

- Không được tự ý dùng kháng sinh vì nguy cơ làm loạn khuẩn và làm nặng tình trạng tiêu chảy. Không tự ý dùng các loại thuốc trị tiêu chảy vì có nguy cơ che dấu chứng nguy hiểm, làm chậm trễ việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh.

4.16.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Phần lớn các trường hợp, bệnh tiêu chảy là tự giới hạn. Việc điều trị chủ yếu là uống bù dịch và chất điện giải. Việc sử dụng thuốc đặc hiệu thông thường là không cần thiết trừ trường hợp do bệnh lý thực thể nặng. Vai trò của nhân viên y tế là cần đánh giá phân loại tình trạng bệnh để có thể tư vấn điều trị phù hợp (tham khảo nội dung phía trên để đánh giá đúng tình trạng bệnh).

Việc điều trị tiêu chảy bao gồm những hướng điều trị chính

- Bù nước – chất điện giải: ưu tiên bù nước bằng đường uống. Trong trường hợp người bệnh có mất nước nặng, giảm tri giác, nôn ói nhiều, chúng ta có thể bù dịch bằng đường truyền tĩnh mạch. Lượng dịch bù được ước tính theo nhu cầu nước hàng ngày cộng với lượng ước ước tính mất qua phân. Vì nhiều lý do, lượng nước mất qua phân có thể khó ước tính trực tiếp. Do vậy, chúng ta có thể ước tính lượng nước mất theo sự thay đổi cân nặng lúc trước và sau tiêu chảy.
- Điều trị triệu chứng – hỗ trợ: một số nhóm chất có thể hỗ trợ, giảm thiểu triệu chứng cho người bệnh
 - Nhóm chống kích thích (antipropulsive) : bao gồm các dẫn xuất tự nhiên giống á phiện (codein, morphine), hoặc dạng tổng hợp (Diphenoxylate, loperamide). Thuốc nên được sử dụng một cách thận trọng ; không sử dụng đối với trường hợp theo dõi tắc ruột, liệt ruột, viêm đại tràng, viêm ruột giả mạc, viêm ruột nhiễm trùng.
 - Chế phẩm của Bismuth giúp rút ngắn thời gian bệnh thông qua cơ chế bảo vệ niêm mạc ruột, chống xuất tiết, kháng khuẩn và kháng viêm. Diosmectite bảo vệ niêm mạc ruột, hỗ trợ sự hồi phục của ruột và rút ngắn thời gian bệnh.
 - Than hoạt tính được sử dụng để giải độc tố trong lòng ruột. Thuốc có thể gây phân đen và giảm hiệu lực của các thuốc đường uống.
 - Men sinh học có hiệu quả tốt đối với tiêu chảy ở trẻ em, vốn thường do tác nhân siêu vi.
- Kháng sinh trong tiêu chảy nhiễm trùng không do virus, trong đó bao gồm các thể vi khuẩn kỵ khí, vi khuẩn nội bào, trực khuẩn, amip đơn bào, ký sinh trùng. Thuốc kháng sinh điều trị kinh nghiệm có thể bao gồm azithromycin, ciprofloxacin, co-trimoxazole (sulfamethoxazole + trimethoprim).
- Điều trị nguyên nhân trong điều trị tiêu chảy thứ phát: tùy thuộc vào nguyên nhân – cơ chế bệnh sinh nguyên phát. Để điều trị hiệu quả, việc đánh giá – chẩn đoán đúng là cần thiết. Do vậy, người bệnh cần được hướng dẫn đến khám bác sĩ chuyên khoa phù hợp

4.17 Ợ HƠI

4.17.1 Mục tiêu

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị ợ hơi

4.17.2 Tổng quan

Ợ hơi là tình trạng có đẩy khí ngược từ dạ dày ra ngoài, gây âm thanh. Chúng ta cũng cần phải phân biệt giữa ợ hơi với các tình trạng khác như trớ (là tình trạng đẩy chất dịch – thức ăn từ dạ dày vào thực quản lên miệng) và ói (là tình trạng co thắt mạnh cơ hoành làm tống tất cả thức ăn từ hành tá tràng, dạ dày, thực quản lên thực quản và đưa ra ngoài).

Ợ hơi về bản chất là một hoạt động sinh lý bình thường, không là triệu chứng của một bệnh thực thể.

Nguyên nhân của ợ hơi có thể là do nuốt hơi quá nhiều, hoặc do có tình trạng ứ đọng chất dịch acid tại dạ dày do chậm thoát dịch dạ dày xuống ruột. Hơi bị nuốt vào hoặc bị hút vào dạ dày qua ăn uống, sau đó hơi được đưa ngược trở ra bằng động tác ợ hơi.

4.17.3 Nhận diện

Ợ hơi được nhận diện thông qua các biểu hiện:

- Có động tác ợ đưa hơi từ dạ dày lên
- Thường xuất hiện sau bữa ăn đầy
- Không kèm đẩy thức ăn ra ngoài (là ói)
- Không kèm mùi chua, mùi tanh, không kèm nóng rát sau ức.

4.17.4 Dấu hiệu báo động

Ợ hơi là một hiện tượng tự nhiên. Nếu ợ hơi có đi kèm theo các dấu chứng sau thì có thể gợi ý nguyên nhân nguy hiểm:

- Đau ngực: Đau ngực có thể là dấu hiệu của bệnh tim, đau thắt ngực hoặc đau tim.
- Khó nuốt: Khó nuốt có thể là dấu hiệu của ung thư thực quản hoặc viêm thực quản.
- Nôn mửa: Nôn mửa có thể là dấu hiệu của ngộ độc thực phẩm, viêm dạ dày hoặc loét dạ dày.
- Mất nước: Mất nước có thể là dấu hiệu của tiêu chảy, nôn mửa hoặc ợ hơi quá nhiều.
- Giảm cân không giải thích được: Giảm cân không giải thích được có thể là dấu hiệu của ung thư.

4.17.5 Can thiệp

Khi bị ợ hơi, chúng ta không cần phải can thiệp gì. Cơ thể sau khi loại bỏ bớt hơi của dạ dày, đưa bớt thức ăn xuống ruột thì sẽ không còn ợ hơi.

4.17.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Ăn chậm, nhai kỹ thức ăn, hạn chế nói chuyện nhiều khi ăn vì nguy cơ nuốt hơi và khả năng hít sặc.
- Hạn chế các thức uống có gaz (nước ngọt có gaz, soda...), nhai kẹo chewgum, đeo răng giả vì làm nặng thêm tình trạng nuốt hơi và ợ hơi.
- Tránh ăn các loại thực phẩm có thể gây ra ợ hơi, ví dụ như đồ ăn béo, đồ ăn nhiều gia vị và đồ uống có cồn.
- Không ăn quá no. Ăn quá no có thể làm tăng áp lực trong dạ dày và dẫn đến ợ hơi.
- Không nằm ngay sau khi ăn. Hãy đợi ít nhất 30 phút sau khi ăn trước khi đi ngủ. Việc này cũng tránh hiện tượng trào ngược dạ dày lên thực quản gây viêm thực quản – họng.
- Điều trị hiệu quả tình trạng viêm mũi – nghẹt mũi gây tình trạng thở miệng, tăng nguy cơ nuốt hơi.
- Hạn chế các động tác hít hơi sâu (ca hát, nói lớn tiếng, thở bằng miệng) sẽ làm tăng khả năng hít hơi vào dạ dày.
- Giảm tình trạng căng thẳng – lo âu vì làm tăng cảm giác muốn ợ hơi.

4.17.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Bản thân triệu chứng ợ hơi chỉ gợi ý có bất thường đường tiêu hóa trên, nguyên nhân sẽ bao gồm các vấn đề từ cơ năng đến bệnh lý thực thể. Việc phân tích các thông tin phối hợp sẽ giúp gợi ý nguyên nhân.
- Một khi đã loại trừ được các nguyên nhân thực thể, dấu chứng ợ hơi có thể được xem như là biểu hiện cơ năng chung và sẽ được điều trị triệu chứng. Các cách điều trị triệu chứng theo trình tự sau:
 - Giải thích cho người bệnh đây là triệu chứng bình thường của cơ thể giúp cho đỡ khó chịu vùng dạ dày sau ăn. Để giảm bớt ợ hơi, chúng ta cần tư vấn người bệnh các hoạt động giúp giảm bớt triệu chứng ợ hơi.
 - Nếu người bệnh có đau vùng thượng vị, ưu tiên sử dụng nhóm thuốc giảm tiết (kháng histamin H2, ức chế bơm proton)
 - Nếu người bệnh có khó chịu sau ăn, ưu tiên sử dụng nhóm thuốc tăng làm trống dạ dày: domperidol, metoclopramid, itoprid.
 - Có thể phối hợp các nhóm thuốc chống trầm cảm, vốn là nguyên nhân thường gặp của tình trạng ợ hơi khó tiêu cơ năng

4.18 CHƯỞNG BỤNG

4.18.1 Mục tiêu

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị chướng bụng

4.18.2 Tổng quan

Chướng bụng (từ dân gian có thể là tình trạng sinh hơi, chướng hơi) là một trong những than phiền thường gặp, mô tả tình trạng có nhiều hơi trong bụng gây cảm giác khó chịu, đau bụng. Tình trạng này có thể kéo dài nhiều năm, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Người bệnh phải đi trung tiện – đại tiện để giảm bớt khó chịu.

Trong phần lớn các trường hợp, chướng bụng đơn thuần không là dấu chứng không chuyên biệt đặc hiệu cho bệnh cụ thể. Các dấu chứng phối hợp khác sẽ giúp định hướng nguyên nhân như sứt cân, báng bụng, vàng da.... Nếu không có các dấu chứng khác, tình trạng chướng bụng là sinh lý bình thường và không cần phải điều trị.

4.18.3 Nhận diện

Tình trạng chướng bụng thường được mô tả như sau:

- Bụng to ra
- Bụng gõ có tiếng âm vang
- Cảm giác khó chịu căng tức vùng bụng, vị trí đau có thể di chuyển qua lại.
- Có cảm giác hơi chạy trong ruột
- Khi đi trung tiện, đại tiện thì sẽ đỡ khó chịu.

4.18.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu đi kèm gợi ý tình trạng bệnh nặng bao gồm:

- Đau bụng nhiều, khu trú 1 vị trí rõ
- Bụng gõ cứng
- Nôn ói
- Không thể trung tiện (xì hơi), đại tiện trong nhiều ngày
- Tiền căn đã từng có mổ vùng bụng

4.18.5 Xử trí

Đối với chướng bụng không kèm dấu hiệu báo động, chúng ta không cần phải điều trị chuyên biệt. Người bệnh được khuyến làm các động tác sau để giảm bớt khó chịu:

- Mặc quần áo rộng, nới bớt nịch quần
- Uống thêm nước để kích thích nhu động ruột, tạo cảm giác mắc cầu
- Khuyến đi trung tiện, đại tiện
- Theo dõi các dấu hiệu báo động nếu có để kịp thời đến khám tại cơ sở y tế phù hợp

4.18.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Giảm ăn những thức ăn có nhiều chất tinh bột khó tiêu: các loại củ hạt nhiều tinh bột như khoai, sắn, đậu, hạt mít-hạt sầu riêng,..., các loại nhiều chất xơ như mít, cà rốt, rau sống, rau muống.
- Không dùng các loại thuốc nhuận trường, thuốc tạo cảm giác ngọt như sorbitol, đường không hấp thu dùng trong kẹo và các thức ăn dành cho người ăn kiêng.
- Nếu bị tình trạng không dung nạp lactose, tránh dùng sữa, phô mai, kem và các sản phẩm từ sữa bò (có thể sử dụng các loại sữa bột có thành phần đường từ nguồn gốc khác)
- Không mặc quần áo bó chặt, dùng dây nịt quá chặt có thể gây ngăn cản sự di chuyển của phân và hơi trong lòng ruột
- Chỉ dùng thuốc kháng sinh khi cần thiết vì thuốc có thể gây loạn khuẩn ruột
- Tránh các thức ăn và đồ uống có chứa nhiều khí dư thừa như đồ uống có gas, bia
- Không ăn một lúc quá nhiều, quá nhanh, ăn trong lúc đang bị stress.
- Không uống quá nhiều nước sau bữa ăn.

4.18.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Thông tin giải thích cho người bệnh và gia đình về tính chất sinh lý bình thường của chướng bụng. Hướng dẫn các dấu chứng báo động cần theo dõi để kịp thời đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.
- Cần hỏi thăm, đánh giá một cách hệ thống: nhu động ruột, tình trạng đau bụng khu trú hay toàn thể, chướng bụng phân biệt với báng bụng (có dịch trong khoang ổ bụng), tiêu chảy – táo bón, tính chất phân trong đường tiêu hóa, phản ứng thành bụng... Một số bệnh lý có thể gây tình trạng chướng bụng như liệt ruột (phẫu thuật, viêm phúc mạc, viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp), tắc ruột (có tiền căn can thiệp phẫu thuật đường ruột), lồng ruột (ở trẻ nhỏ < 3 tuổi), viêm ruột trong hội chứng ly trực khuẩn – ký sinh trùng, rối loạn dung nạp lactose, hội chứng đại tràng kích thích
- Táo bón cũng góp phần làm nặng thêm tình trạng chướng bụng, sinh hơi vì phân nằm lâu trong trực tràng. Điều trị hiệu quả táo bón sẽ giúp giảm bớt khó chịu của chướng bụng.
- Việc điều trị chướng hơi vùng bụng cần phối hợp nhiều phương pháp khác nhau để đạt được hiệu quả tối ưu. Một số gợi ý điều trị :
 - Điều trị nguyên nhân bệnh thực thể nếu có
 - Thay đổi thói quen ăn uống, lối sống
 - Sử dụng chế độ ăn tránh đầy hơi, chướng bụng
 - Ăn chậm, nhai kỹ
 - Dành thời gian cho bữa ăn (tránh stress, tránh ăn nhanh)
 - Điều trị dùng thuốc
 - Cách thức điều trị tương tự như với hội chứng đại tràng kích thích
 - Giảm nhu động ruột: trimebutin, mebeverin, spamaverin

4.19 KHÓ TIÊU

4.19.1 Mục tiêu

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị khó tiêu

4.19.2 Tổng quan

Khó tiêu là tình trạng có cảm giác khó chịu vùng dạ dày, xuất hiện sau bữa ăn. Người bệnh cũng có thể than phiền là cảm giác đầy bụng sau ăn hoặc cảm giác no hơi, chán ăn, ợ hơi, buồn nôn, ợ nóng, đầy hơi, khó nuốt và nóng rát vùng bụng. Triệu chứng này có thể liên quan đến thói quen ăn uống quá nhiều, quá nhanh, thức ăn có nhiều chất béo – dầu mỡ, thức ăn có nhiều gia vị.

Khó tiêu thường chỉ là triệu chứng cơ năng của cơ thể, không phải là bệnh cụ thể. Tuy nhiên, khi đánh giá, chúng ta cần chú ý loại trừ các bệnh lý thực thể đường tiêu hóa (loét dạ dày, viêm thực quản trào ngược, do thuốc, khối u tiêu hóa trên, bệnh tim mạch, có thai, dị ứng thuốc-thức ăn ...).

Một vài yếu tố có thể làm nặng thêm tình trạng này như căng thẳng, mệt mỏi, suy dinh dưỡng, thiếu nghỉ ngơi, mang thai, dùng chất kích thích ... Do vậy việc đánh giá toàn diện sẽ giúp xác định nguyên nhân của khó tiêu cơ năng, giúp điều trị hiệu quả.

4.19.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau giúp gợi ý bệnh cảm lạnh:

- Khó chịu đầy bụng sau ăn
- Khó chịu cảm thấy mau no
- Khó chịu đau thượng vị
- Khó chịu nóng rát thượng vị
- Không có kèm bằng chứng về nguyên nhân khác có thể giải thích các khó chịu này.

4.19.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu đi kèm có thể gợi ý bệnh lý thực thể:

- Sụt cân gần đây, không liên quan đến chế độ dinh dưỡng
- Nôn ói nhiều
- Vàng da – vàng mắt
- Sốt
- Đau bụng nhiều, bụng cứng đề kháng
- Các dấu chứng nguy hiểm khác

4.19.5 Xử trí

- Cho người bệnh ngồi nghỉ tại chỗ, không vận động mạnh
- Có thể dùng loại thuốc kháng acid có thể dùng để giảm bớt triệu chứng khó chịu (aluminium hydroxide, magne hydroxide, cimetidine)

4.19.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Ăn chậm, nhai kỹ thức ăn, lượng thức ăn vừa đủ hoặc chia làm nhiều bữa ăn nhỏ.
- Hạn chế các loại thức ăn có nhiều gia vị (tiêu, tỏi, hành, ớt, ngũ vị hương), ví dụ như đồ ăn béo. Hạn chế dùng các loại nước cam, nước cà chua, các thực phẩm có vị cay nồng. Hạn chế các loại thức ăn đã từng gây khó tiêu trong các lần ăn trước.
- Không đi nằm ngay sau khi ăn. Hãy đợi ít nhất 30 phút sau khi ăn trước khi đi ngủ. Việc này cũng tránh hiện tượng trào ngược dạ dày lên thực quản gây viêm thực quản – hợm.
- Hạn chế vận động mạnh sau khi ăn. Cần nghỉ ngơi – hoạt động nhẹ nhàng sau ăn.
- Tránh mặc quần áo bó sát người, đeo dây nịt quá chặt.
- Giảm tình trạng căng thẳng – lo âu vì làm tăng cảm giác khó tiêu.
- Các loại thuốc kháng acid có thể dùng để giảm bớt triệu chứng. Tuy nhiên, nếu tình trạng khó tiêu kéo dài, có xuất hiện các dấu chứng báo động khác, chúng ta cần đưa người bệnh đến khám đánh giá tại cơ sở y tế phù hợp, tránh lạm dụng thuốc kháng acid dùng kéo dài không cần thiết.

4.19.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Chú ý đánh giá toàn diện người bệnh để phát hiện các dấu hiệu đi kèm, dấu hiệu báo động để phát hiện nguyên nhân gây khó tiêu, điều trị tập trung vào nguyên nhân nguyên phát.
- Trong trường hợp khó tiêu cơ năng, có thể sử dụng các loại thuốc kháng acid (aluminium hydroxide, magne hydroxide, cimetidine, omeprazole), thuốc điều hòa tiêu hóa (domperidone, itopride, mosapride, metoclopramide)
- Nếu thất bại điều trị thì có thể sử dụng các nhóm thuốc chống lo âu, trầm cảm nhất là người bệnh có dấu hiệu gợi ý bệnh lý này.
- Tư vấn hướng dẫn cho người bệnh và gia đình những việc cần làm để hạn chế tình trạng khó tiêu. Lưu ý các chất gia vị, thuốc, cà phê, rượu là những thức ăn nguyên nhân gây khó tiêu thường gặp nhất. Nếu người bệnh đã từng bị khó tiêu với thức ăn cụ thể nào thì phải hạn chế sử dụng lại.
- Nếu tình trạng khó tiêu xuất hiện kéo dài liên tục 2 tuần, hoặc dấu chứng không thuyên giảm sau dùng thuốc, chúng ta cần chuyển người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.

4.20 BỎNG

4.20.1 Mục tiêu

Xử trí cấp cứu phù hợp tại nhà trường hợp bị bỏng

Chăm sóc người bệnh bị bỏng tại nhà

4.20.2 Tổng quan

Bỏng là tình trạng tổn thương mô cơ thể (da, niêm mạc, miệng, đường thở) khi có tiếp xúc với tác nhân gây phỏng bao gồm lửa, vật nóng, chất lỏng nóng, hơi nước nóng, vật lạnh, hóa chất, tia xạ, dòng điện. Thông thường, chúng ta chủ yếu ghi nhận bỏng tại da. Tuy nhiên các tình trạng bỏng vùng niêm mạc miệng, đường thở tuy ít gặp nhưng lại nguy hiểm và có thể đe dọa tính mạng. Do vậy việc nhận biết và đánh giá phù hợp có vai trò quan trọng giúp bảo vệ người bệnh.

Việc đánh giá và xử trí bỏng sẽ bao gồm khía cạnh xử trí cấp cứu tại thời điểm xảy ra tai nạn và việc chăm sóc vết bỏng những ngày sau đó. Việc trang bị kiến thức và kỹ năng phù hợp sẽ giúp bảo vệ sức khỏe người bệnh, tránh những di chứng của bỏng.

4.20.3 Nhận diện

Bỏng sẽ có biểu hiện khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân. Có các dạng bỏng như sau:

- Bỏng do nhiệt: Là loại bỏng phổ biến nhất, gây ra bởi tiếp xúc với nhiệt độ cao, ví dụ như nước sôi, lửa hoặc hơi nóng. Đôi khi tiếp xúc với nhiệt độ lạnh cũng có thể gây bỏng da.
- Bỏng hóa chất: Là loại phỏng gây ra bởi tiếp xúc với hóa chất như axit, bazơ hoặc chất oxy hóa. Đặc điểm bao gồm hoại tử da (tế bào da bị chết), sưng, phỏng giộp. Bên cạnh đó, hóa chất sẽ xâm nhập qua da và gây những tổn thương sâu, nặng. Do vậy tổn thương có thể nặng hơn so với biểu hiện trên bề mặt da.
- Bỏng bức xạ: Là loại phỏng gây ra bởi tiếp xúc với bức xạ, ví dụ như tia X, tia gamma hoặc tia laser. Bỏng điện cũng có biểu hiện tương tự nên có thể xếp vào nhóm này.

Đối với bỏng da, có thể phân độ theo mức độ sâu của tổn thương

- Độ 1: xuất hiện ban đỏ da (giống cháy nắng), cảm giác rất đau khi chạm
- Độ 2: xuất hiện các bóng nước trên da
- Độ 3a: tổn thương lớp bì nông, thấy hình ảnh da có các chấm đỏ xuất huyết, tổn thương rất đau
- Độ 3b: tổn thương lớp bì sâu, lan tỏa hết bề dày của da, người bệnh mất cảm giác đau
- Độ 4: tại vị trí tổn thương, phần da bị bỏng – bong ra, thấy được các mô dây chằng – cơ – xương bên dưới.

Lưu ý, hiện nay nhiều tài liệu phân mức độ sâu thành 3 độ, trong đó độ 3 sẽ bao gồm độ 3 và 4 của tài liệu này.

4.20.4 Dấu hiệu báo động

Mức độ nặng của bệnh bỏng có liên quan đến nhiều yếu tố: độ sâu của bỏng, diện tích bỏng, vị trí bỏng, nguy cơ di chứng, nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng cơ bản (thở, ăn, di chuyển, sinh dục). Do vậy một số dấu hiệu sau gợi ý tình trạng bỏng nặng, cần đến khám tại cơ sở y tế phù hợp:

- Bỏng có diện tích lớn
- Bỏng sâu độ III, IV
- Bỏng ở bàn tay, bàn chân, vùng cổ, vùng mặt, bộ phận sinh dục
- Bỏng vòng quanh tay-chân
- Bỏng do hóa chất, do điện, do tia xạ
- Bỏng vùng mũi – miệng – đường thở
- Bỏng ở người suy kiệt, trẻ nhỏ, người già có nhiều bệnh phối hợp
- Bỏng có kèm dấu chứng nguy hiểm khác: mất tri giác, khó thở, mệt...

Ứng với các tình huống này, chúng ta cần đưa người bệnh đến khám và điều trị tại cơ sở y tế có chuyên môn điều trị bỏng.

4.20.5 Xử trí – điều trị

4.20.5.1 Xử trí sơ cứu

- Loại bỏ tác nhân gây bỏng
- Làm mát chỗ bỏng bằng nước, dùng nhiều nước để làm mát và rửa vết thương
- Nếu bỏng nhẹ, cho người bệnh nghỉ ngơi, theo dõi thêm
- Nếu bỏng do hóa chất, thực hiện các bước sau:
 - Rửa sạch hóa chất gây bỏng ra khỏi bề mặt da bằng vòi nước mát chảy liên tục, đủ lượng nước
 - Cởi bỏ quần áo và trang sức
 - Bao bọc vùng da bị bỏng bằng vải – gạc y tế
 - Chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp
- Nếu bỏng nhiệt nặng, tổn thương sâu:
 - Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, theo dõi các dấu hiệu tuần hoàn, hô hấp, tri giác
 - Không cởi bỏ quần áo, không ngâm vết bỏng nặng vào nước lạnh
 - Bao bọc vùng da bị bỏng bằng vải – gạc y tế
 - Chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp
- Nếu có dấu hiệu nguy hiểm:
 - Chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp sau khi đã sơ cứu
- Nếu người bệnh có than đau, có thể dùng thuốc paracetamol giúp giảm đau.

4.20.5.2 Chăm sóc vết bỏng

- Đối với bỏng độ 1, không cần điều trị.
- Đối với bỏng ở mức độ nặng hơn, băng che vết bỏng bằng vải – gạc, sát khuẩn vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn tại chỗ. Nếu người bệnh có than đau, có thể dùng thuốc paracetamol.

- Nếu vết bỏng có dấu hiệu nhiễm trùng, cần khám tại cơ sở y tế để được điều trị phù hợp.

4.20.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Cần phòng ngừa bỏng chủ động, hạn chế bị tai nạn bằng cách
 - Tránh tiếp xúc với các vật có nhiệt độ cao, các hóa chất nguy hiểm.
 - Cần sử dụng dụng cụ bảo hộ khi làm việc với nhiệt độ cao, hóa chất và bức xạ.
 - Cần trang bị hệ thống phòng cháy chữa cháy trong nhà và nơi làm việc.
 - Hướng dẫn cho trẻ em, người khiếm khuyết có nhận thức đúng về nguy cơ bỏng.
 - Che chắn các ổ cắm điện.
 - Kiểm tra nhiệt độ nước trước khi uống, tắm hoặc rửa tay...
 - Loại bỏ những thiết bị điện hư hỏng.
 - Cất kỹ những lọ hóa chất nguy hiểm
- Nếu bị bỏng, hãy ưu tiên xử trí loại trừ nguyên nhân trước tiên
- Đánh giá các dấu hiệu nguy hiểm, báo động để đưa người bị bỏng đến cơ sở y tế phù hợp để tránh nguy hiểm.
- Khi chăm sóc vết bỏng, cần đánh giá các dấu hiệu nhiễm trùng để kịp thời xử trí, hạn chế di chứng

4.20.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Đối với người bệnh có vết bỏng điều trị tại nhà, chúng ta cần lưu ý can thiệp những nội dung sau:

- Giữ cho vết bỏng sạch sẽ, che chắn bằng vải – gạc y tế, không băng quá chặt
- Thay băng mỗi ngày đối với bỏng được điều trị bằng thuốc bôi tại chỗ.
- Sử dụng thuốc mỡ cho vết thương, sau đó băng phủ bằng gạc khô
- Chú ý vấn đề điều trị thuốc giảm đau hiệu quả
- Chú ý vấn đề dinh dưỡng, duy trì thân nhiệt, bù nước và chất điện giải
- Theo dõi các dấu hiệu nhiễm trùng và điều trị sớm

Theo dõi các bệnh lý phối hợp có thể nặng thêm khi bị bỏng

4.21 VIÊM LOÉT DA

4.21.1 Mục tiêu

Đánh giá, nhận diện sớm vùng da có biểu hiện viêm loét da

Chăm sóc người bệnh bị viêm loét da tại nhà

4.21.2 Tổng quan

Da là bộ phận quan trọng bọc ngoài giúp bảo vệ cơ thể khỏi môi trường bên ngoài, chống lại vi trùng, chất độc. Da rất dễ bị chấn thương và viêm loét. Đối với người trẻ, da khỏe và có thể hồi phục nhanh chóng đối với chấn thương – nhiễm trùng. Đối với người cao tuổi, suy kiệt, bệnh nặng, da sẽ không còn khỏe, dễ dàng bị các chấn thương – nhiễm trùng lan rộng, thời gian hồi phục thường kéo dài.

Nguyên nhân của tổn thương viêm loét da bao gồm:

- Do tì đè áp lực trong thời gian kéo dài
- Do chấn thương (lực chà sát, vết cắt, nóng, lạnh)
- Do nhiễm trùng (ẩm ướt, tiếp xúc với chất độc)
- Do nuôi dưỡng không tốt (thiếu máu, ú máu, dinh dưỡng kém)

Việc điều trị viêm loét da bao gồm nhận diện phát hiện tình trạng từ giai đoạn sớm, chăm sóc vết thương đúng kỹ thuật, giải quyết nguyên nhân gốc của bệnh. Vai trò của gia đình và người thân là quan trọng để đảm bảo việc điều trị được hiệu quả.

4.21.3 Nhận diện

Vết viêm loét da có thể biểu hiện ở 4 mức độ khác nhau:

- Mức độ 1: da còn nguyên vẹn, vùng da ửng đỏ (nếu da sạm màu có thể khó thấy)
- Mức độ 2: da bị loét với nền đỏ, chảy dịch nhiều (mất lớp da nông thượng bì), gây đau.
- Mức độ 3: mất hoàn toàn lớp da, nhìn thấy các mô màu đỏ (mô đệm phía dưới của da), mềm, chảy dịch
- Mức độ 4: vết loét sâu đến xương, nhìn thấy các mô màu trắng, gân, xương (tổn thương sâu mất hết lớp mô đệm)

Vị trí xuất hiện: Tùy theo nguyên nhân mà vết viêm loét da có thể xuất hiện ở các vị trí. Ví dụ như trong nguyên nhân tì đè, viêm loét có thể xuất hiện ở vùng xương cụt, hông, gót chân, gối, mắt cá chân, khuỷu tay, vai, xương bả vai. Đối với chà sát, loét xuất hiện vị trí cánh tay, cẳng chân, mông.

4.21.4 Dấu hiệu báo động

Loét da gây nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ và lan rộng. Một số dấu hiệu gợi ý bệnh phức tạp cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế:

- Vùng viêm loét lan rộng
- Viêm loét độ 3, 4
- Vết thương có mùi hôi, chảy dịch nhiều, dịch màu vàng – nâu
- Người bệnh bị sốt

- Có nhiều bệnh nặng phối hợp, có yếu liệt cơ thể

4.21.5 Xử trí – điều trị

4.21.5.1 Theo dõi đánh giá tình trạng vết thương

- Đánh giá mức độ lan rộng
- Đánh giá mức độ đau
- Đánh giá mức độ sâu
- Đánh giá mức độ tạo mô – liền da.

4.21.5.2 Chăm sóc vết viêm loét da

- Làm sạch vết thương bằng nước sạch (hạn chế dùng các loại dung dịch sát khuẩn nếu không cần thiết, không nhiễm trùng)
- Cắt lọc, loại bỏ da - mô chết, mô nhiễm trùng
- Giữ ẩm vết thương bằng băng sinh học, bột sinh học, dầu mù u, gạc ẩm (không sử dụng nếu vết thương có nhiễm trùng)
- Che chắn vết thương bằng gạc, dầu mù u, oxid kẽm

4.21.5.3 Dự phòng viêm loét da

- Thay đổi tư thế liên tục trong ngày, tránh bất động lâu
- Băng – bọc bằng vải mềm- khăn – nệm ở những vị trí dễ bị chấn thương
- Quan sát – theo dõi da mỗi ngày, ghi nhận sớm dấu chứng
- Nếu người bệnh nằm lâu tại giường (bệnh nặng – yếu liệt tay chân), sử dụng các biện pháp phòng chống áp lực – chống loét: đệm nước, đệm hơi có máy bơm, gối – nệm chống loét, xoay trở định kỳ.
- Khi di chuyển người bệnh, cần nâng đỡ nhẹ nhàng, tránh va chạm.

4.21.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Đối với người bệnh có yếu liệt, bệnh nặng nằm lâu tại giường, hôn mê... có nguy cơ cao bị viêm loét da do tì đè. Do vậy gia đình cần chủ động phòng ngừa
 - Thay đổi tư thế thường xuyên: Điều này giúp giảm áp lực kéo dài lên một vùng cơ thể.
 - Sử dụng đệm, vải mềm để bọc lót các vị trí dễ loét. Đệm có thể giúp phân tán áp lực và ngăn ngừa vết loét hình thành.
 - Giữ da sạch và khô, không sử dụng vật cứng để chà xát da, sử dụng thêm các loại thuốc kem giúp giữ ẩm, che chắn cho da ngăn ngừa nhiễm trùng.
 - Giúp người bệnh ăn uống đầy đủ. Dinh dưỡng là quan trọng giúp da khỏe mạnh và có khả năng chống lại tổn thương.
- Cần chú ý quan sát - chăm sóc da toàn thân để sớm phát hiện các dấu hiệu của viêm loét da.
- Đối với vết loét da, gia đình có thể tự chăm sóc với sự hướng dẫn của nhân viên y tế (nhờ điều dưỡng chăm sóc và hướng dẫn một vài lần, chỉ sử dụng các dung dịch – thuốc – gạc theo hướng dẫn)
- Theo dõi diễn tiến điều trị, nếu có các dấu hiệu báo động thì cần liên hệ với nhân viên y tế để được tư vấn phù hợp

4.21.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Trong viêm loét da, nguyên nhân do tì đè là thường gặp, đặc biệt ở những người bệnh lớn tuổi, bị yếu liệt tay chân, nằm lâu tại giường, thiếu dinh dưỡng.
- Cần đánh giá nguyên nhân, mức độ nặng của vết viêm loét da. Đối với bệnh nặng, lan rộng, cần tham khảo ý kiến của bác sĩ có chuyên môn.
- Các thương tổn do tì đè được phân đoạn theo độ sâu. Đôi khi biểu hiện bên ngoài không tương ứng với mức độ sâu- phức tạp của vết viêm loét.
- Cần đánh giá tình trạng nhiễm trùng vết loét: mùi, dịch tiết, đường rò, vùng hồng ban, dấu sinh hơi dưới da, dinh dưỡng – tưới máu của da.
- Điều trị - hướng dẫn gia đình cách làm giảm áp lực lên vùng da viêm loét: xoay trở, nệm, khăn mềm, gối chống loét...
- Chăm sóc làm sạch vết thương thường xuyên để giảm số lượng vi khuẩn và tạo điều kiện chữa lành.
- Sử dụng màng sinh học, bọt, băng gạc để che chắn vết thương.
- Sử dụng thuốc giảm đau, thuốc kháng sinh phù hợp với tình trạng bệnh.
- Nếu người bệnh có nhiều yếu tố nguy cơ, diễn tiến bệnh không tốt, chúng ta cần đưa người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp.

4.22 SAY NẮNG

4.22.1 Mục tiêu

Nhận diện các dấu hiệu nguy hiểm của say nắng

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà người bệnh bị say nắng

4.22.2 Tổng quan

Say nắng là tình trạng chung mô tả tình trạng thân nhiệt tăng cao có thể do nhiệt độ môi trường tăng cao hoặc do ảnh hưởng của một số bệnh lý rối loạn cơ chế điều hòa thân nhiệt. Say nắng sẽ dẫn đến rối loạn chức năng nhiều cơ quan có thể dẫn đến tử vong. Các triệu chứng bao gồm nhiệt độ $> 40^{\circ}\text{C}$ và thay đổi trạng thái tinh thần; có thể không có hoặc có mồ hôi.

Say nắng thường xảy ra khi thời tiết nóng ẩm; khi nơi cư trú làm việc quá nóng - không được thông khí tốt; gặp ở người cao tuổi hoặc trẻ em không thể chủ động trong ăn uống, uống nước không đủ; mặc nhiều quần áo chật; vận động nhiều dưới trời nắng; sử dụng các loại thuốc rối loạn cơ chế điều hòa thân nhiệt, ngăn ra mồ hôi.

Chẩn đoán say nắng được thực hiện qua đo thân nhiệt cao. Mức độ nặng của bệnh được thể hiện qua các dấu chứng đi kèm như nhịp tim nhanh, thở nhanh, đến các mức độ nặng hơn như mê sảng, co giật, hôn mê. Việc điều trị sớm là quan trọng để tránh tổn thương các cơ quan khác

4.22.3 Nhận diện

Say nắng được thể hiện bằng tình trạng thân nhiệt cao $> 40^{\circ}\text{C}$, có thể có kèm hoặc không kèm ra mồ hôi, có rối loạn chức năng thần kinh trung ương thể hiện qua dấu chứng mê sảng, co giật, hôn mê.

4.22.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu chứng sau gợi ý bệnh ở mức độ nặng, cần chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp:

- Mê sảng, hoảng loạn, co giật, yếu liệt, hôn mê thể hiện rối loạn chức năng thần kinh trung ương
- Có dấu chứng nhiễm trùng cấp tính (ví dụ như nhiễm khuẩn huyết, sốt rét, viêm màng não, hội chứng sốc nhiễm độc)

4.22.5 Xử trí

- Đưa người bệnh đến nơi an toàn, không khí thông thoáng, mát mẻ, không có ánh nắng – nguồn bức xạ nhiệt trực tiếp, đặt ở tư thế ngồi (nếu còn tỉnh), tư thế nằm (nếu người bệnh co giật-hôn mê).
- Làm mát tích cực thông qua các biện pháp sau:
 - Cởi bỏ bớt quần áo
 - Lau mát tích cực bằng khăn ướt toàn bộ cơ thể. Trong trường hợp cấp cứu, không có sẵn khăn, có thể ngâm mát cơ thể bằng cách nhúng ướt quần áo với nước mát

- Dùng quạt thông khí thêm, quạt thổi trực tiếp vào người bệnh giúp tăng khả năng thoát nhiệt qua hơi nước
- Nếu thân nhiệt giảm còn 38 độ C, có thể ngừng làm mát tích cực để tránh gây hạ thân nhiệt do điều trị
- Cho người bệnh uống thêm nước và chất khoáng. Lưu ý, nếu người bệnh không còn tỉnh thì tuyệt đối không cho uống nước vì nguy cơ hít sặc, gây suy hô hấp.
- Sau khi ổn định, đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất để được đánh giá tình trạng tổn thương cơ quan, bù nước và chất điện giải, đánh giá nguyên nhân gây tăng thân nhiệt

4.22.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Say nắng xảy ra ở những thời điểm thời tiết nóng ẩm, mùa hè, những nơi không được thông khí tốt, có nhiệt độ cao. Do vậy cần lưu ý những thời điểm này để bảo vệ người thân là người già, trẻ em.
- Cho uống nhiều nước, đảm bảo ít nhất 2 lít nước mỗi ngày cho người trưởng thành. Có thể uống nước lọc, nước trái cây hoặc nước ép rau, hoặc các loại giải khát khác. Bữa ăn có bổ sung thêm canh. Trẻ nữ cần cho bú đều đặn, trẻ nhỏ cần tập thói quen uống nước ngay cả khi không khát.
- Tránh hoạt động thể chất quá sức trong thời tiết nóng, khi hoạt động cần đảm bảo nghỉ ngơi nhiều lần và uống nhiều nước.
- Mặc quần áo thoáng mát. Nên mặc quần áo rộng rãi, làm từ chất liệu thoáng khí như cotton hoặc lụa. Đối với trẻ nữ, đừng quấn khăn quá chặt – quá dày vì trẻ rất dễ bị tăng thân nhiệt.
- Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời. Khi cần phải đi ra đường, cần có nón, ô che nắng phù hợp. Dùng kính râm để bảo vệ mắt.
- Thời điểm có nhiều bức xạ hồng ngoại (gây tăng thân nhiệt) là từ 10h sáng đến 4h chiều. Do vậy cần hạn chế đi ra ngoài nắng trong khoảng thời gian này, trú bóng râm càng nhiều càng tốt
- Tránh đồ uống có cồn và caffeine vì tăng nguy cơ say nắng
- Nếu cảm thấy chóng mặt, buồn nôn hoặc đau đầu, hãy nghỉ ngơi trong bóng râm và uống nhiều nước. Nếu các triệu chứng vẫn tiếp diễn, hãy tham khảo ý kiến của nhân viên y tế.

4.22.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Say nắng khác với kiệt sức vì nóng bởi sự hiện diện của rối loạn chức năng thần kinh trung ương và có thân nhiệt $> 40^{\circ}\text{C}$.
- Cần chú ý chẩn đoán phân biệt say nắng và các tình trạng tăng thân nhiệt do sốt
- Bên cạnh nguyên nhân thời tiết nóng, ánh nắng trực tiếp..., tăng thân nhiệt có thể có nguyên nhân do bệnh nội khoa như do thuốc, do ngộ độc, bão giáp, đột quỵ, co giật (interictal), hội chứng ác tính do thuốc an thần và hội chứng serotonin.
- Nhận biết nhanh cơn say nắng, can thiệp làm mát tích cực, bù nước hiệu quả là vô cùng quan trọng.

- Làm mát tích cực bằng lau-ngâm nước mát, thông khí bằng quạt giúp bay hơi, cởi quần áo thông thoáng. Ngừng làm mát khi thân nhiệt giảm còn 38 độ C để tránh hạ thân nhiệt.
- Người bệnh sẽ cần chuyển đến cơ sở y tế gần nhất để đánh giá lại và theo dõi sau đó.

4.23 THIẾU MÁU

4.23.1 Mục tiêu

Nhận diện sớm tình trạng thiếu máu và các biến chứng

Dự phòng và điều trị tại nhà các trường hợp thiếu máu

4.23.2 Tổng quan

Thiếu máu là một rối loạn huyết học thường gặp, xảy ra khi tế bào máu (hoặc nồng độ hemoglobin) giảm xuống thấp hơn giá trị bình thường so với độ tuổi, giới tính. Hồng cầu (và chất hemoglobin) giữ vai trò giúp vận chuyển oxy từ phổi đến các mô cơ thể.

Nguyên nhân của thiếu máu có thể bao gồm các nhóm sau

- Thiếu máu do tăng mất máu ra ngoài cơ thể: chảy máu, rong kinh gặp ở nữ trong độ tuổi kinh nguyệt,
- Thiếu máu do tán huyết: gặp trong bệnh lý tự miễn, bệnh hồng cầu, bệnh hemoglobin, do thuốc và hóa chất...
- Thiếu máu do giảm sinh: gặp trong các bệnh lý huyết học, xơ gan, suy thận, thiếu sắt, suy dinh dưỡng, thiếu acid folic.

Trong các nguyên nhân nêu trên, thiếu máu do thiếu sắt, suy dinh dưỡng là thường gặp trong độ tuổi thanh thiếu niên và nữ trong độ tuổi kinh nguyệt. Bệnh thường diễn tiến âm thầm và ảnh hưởng sự phát triển của cơ thể

Việc nhận diện đúng nguyên nhân và điều trị phù hợp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, sinh hoạt của người bệnh.

4.23.3 Nhận diện

Người bệnh có những biểu hiện triệu chứng sau

- Xanh xao (môi, nướu răng, niêm mạc mắt, móng tay kém hồng, lòng bàn tay kém hồng, trắng bệch)
- Yếu, mau mệt mỏi
- Cảm giác khó thở khi vận động
- Nhịp tim nhanh
- Ốn lạnh
- Thở nhanh nông
- Cảm giác choáng váng, kém tập trung
- Rụng tóc
- Móng tay giòn, mỏng, cong

4.23.4 Dấu hiệu báo động

Tùy theo nguyên nhân mà thiếu máu có thể diễn tiến cấp - nguy hiểm hay từ từ. Một số thông tin gợi ý tình trạng gợi ý

4.23.4.1 Dấu hiệu gợi ý thiếu máu nặng:

- Khó thở khi nghỉ ngơi, khi nằm

- Đau ngực
- Chóng mặt hoặc choáng, ngất xỉu
- Nhịp tim bất thường
- Sưng phù ở bàn chân, mắt cá chân và bàn tay
- Tím tái môi, lưỡi hoặc móng tay
- Mất ý thức

4.23.4.2 Dấu hiệu gợi ý nguyên nhân

- Chảy máu lượng nhiều: chảy máu qua da, ho ra máu, đi cầu ra máu, tiểu ra máu
- Kinh nguyệt ra nhiều (cường kinh), kéo dài (rong kinh), kinh ra không theo chu kỳ (rong huyết)
- Vàng da, vàng mắt
- Gan to
- Chảy máu lâu ngừng
- Bí tiểu
- Ho ra máu
- Ói ra máu
- Đi cầu ra máu
- Báng bụng (bụng to ra)

4.23.5 Xử trí – điều trị

Tùy theo nguyên nhân mà tình trạng thiếu máu có thể có biểu hiện cấp tính – mạn tính. Nguyên tắc chung là:

- Can thiệp trực tiếp vào nguyên nhân của thiếu máu
- Nhận biết các dấu hiệu nặng và đến tham khám tại các đơn vị y tế phù hợp
- Điều trị cần tuân thủ theo hướng dẫn của nhân viên y tế

Một số xử trí nhanh tại nhà trong trường hợp mất máu cấp:

- Nếu có chảy máu ra ngoài, cần xử trí cầm máu tại chỗ bằng băng chèn – gạc chèn trên vết thương, garo của phần chi (tay – chân) phía trên vết thương (lệch về phía tim).
- Nếu có vết thương do vật nhọn (cây sắt, dao, ..), giữ nguyên vật nhọn (tuyệt đối không rút vật nhọn ra vì có thể làm tăng mất máu, làm nặng vết thương), băng chèn xung quanh và chuyển nhanh người bệnh đến cơ sở y tế.
- Nếu có các dấu hiệu nguy hiểm, cho người bệnh nằm nghỉ, đầu thấp, chân gác cao, mặc quần áo đủ ấm (đắp thêm mền), cho uống nhiều nước và thu xếp chuyển người bệnh đến cơ sở y tế.

Khi bị mất máu cấp, một số điều tuyệt đối không làm

- Không cố gắng loại bỏ dị vật khỏi vết thương. Điều này có thể làm cho chảy máu diễn tiến nặng hơn.
- Không cố gắng khâu vết thương. Các bác sĩ cần khám vết thương để điều trị những tổn thương ở sâu trong da như mạch máu, thần kinh, cơ. Việc khâu vết thương cần đảm bảo đúng kỹ thuật, vô khuẩn nên cần thực hiện tại cơ sở y tế có trang bị phù hợp

- Không cho nạn nhân ăn hoặc uống bất cứ thứ gì nếu họ bị choáng váng hoặc bất tỉnh, không có khả năng kiểm soát đường thở, khó thở nặng.

4.23.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

Có một chế độ dinh dưỡng cân bằng, bao gồm các thực phẩm giàu chất sắt như trái cây, thịt, đậu, rau xanh.

Dùng các thức ăn giàu acid folic, vitamin B12 bao gồm cá, thịt, thực phẩm từ sữa, trái cây, rau xanh có màu đậm, củ quả, cam và ngũ cốc nguyên hạt.

Có thể dùng thêm viên thuốc sắt bổ sung nếu được bác sĩ chỉ định thuốc. Lưu ý là việc dùng quá nhiều chất sắt cũng nguy hiểm. Do vậy anh chị cần tuân theo hướng dẫn của bác sĩ – nhân viên y tế

Hạn chế dùng rượu, tránh tiếp xúc với xăng dầu, thuốc trừ sâu và các hóa chất độc hại có thể gây tổn thương cơ thể, gây thiếu máu.

Định kỳ dùng thuốc sổ giun để điều trị phòng ngừa bệnh giun móc, tránh đi chân đất để phòng ngừa nhiễm giun móc.

Tự theo dõi sức khỏe bản thân. Khi có các dấu chứng nghi ngờ, hãy liên hệ nhân viên y tế để được khám – chẩn đoán – điều trị và hướng dẫn phòng ngừa phù hợp.

4.23.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Thiếu máu bao gồm 2 thể thiếu số lượng tế bào hồng cầu, hoặc giảm chất lượng của hemoglobin trong hồng cầu. Thiếu máu không phải là một bệnh độc lập, mà là biểu hiện hậu quả của nhiều tình trạng bệnh khác nhau. Do vậy việc xác định nguyên nhân của thiếu máu là tuyệt đối quan trọng để điều trị hiệu quả.

Việc chẩn đoán mức độ nặng và nguyên nhân của thiếu máu thường chỉ cần dựa vào khai thác bệnh sử chi tiết và thăm khám lâm sàng cẩn thận.

Trong thực hành, các dấu chứng lâm sàng tuy mang giá trị gợi ý cao, tuy nhiên chúng ta cần xét nghiệm công thức tế bào máu ngoại vi. Kết quả của xét nghiệm này sẽ giúp nhiều trong định khu nhóm nguyên nhân, đánh giá mức độ bệnh và là căn cứ để đánh giá việc điều trị về sau.

Thiếu máu sẽ làm tăng nặng tình trạng của các bệnh lý tim phổi mạn, đưa người bệnh vào tình trạng không ổn định (mất bù). Do vậy chúng ta cần thận trọng đánh giá đầy đủ ở những người có bệnh lý phối hợp (thiếu máu cơ tim, suy tim, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn – hạn chế, thai kỳ...)

Đối với mất máu cấp, chúng ta cần cho người bệnh nhập viện để được đánh giá và điều trị phù hợp (bù lượng máu mất bằng truyền máu).

4.24 MỀ ĐAY

4.24.1 Mục tiêu

- Nhận diện và chẩn đoán phân biệt mề đay dị ứng với các bệnh khác
- Chăm sóc, xử trí phù hợp tại nhà các trường hợp nổi mề đay

4.24.2 Tổng quan

Mề đay là một tình trạng viêm nông tại da gây ra các mảng đỏ, sưng, ngứa trên da tại chỗ hoặc toàn thân, là một biểu hiện của phản ứng dị ứng. Mề đay có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, bao gồm dị ứng, nhiễm trùng, stress, thuốc men và một số bệnh tự miễn dịch.

Đối với phần lớn trường hợp, với tác nhân dị ứng, mề đay thường tự khỏi sau 1 giờ với diễn tiến tự nhiên, hoặc hết sớm hơn nếu có điều trị phù hợp. Một số tình huống mề đay kéo dài nhiều ngày thì chúng ta cần thăm khám bác sĩ để được điều trị chính xác nguyên nhân gây bệnh.

4.24.3 Nhận diện – chẩn đoán

Người bệnh có những dấu hiệu sau giúp gợi ý mề đay: có 2 dấu chính

- Phát các ban mề đay: là nốt gồ lên trên da tạo thành từng nốt phồng nhẹ, vùng nhân trung tâm tái nhợt, vùng rìa xung quanh màu hồng. Các nốt này có thể hình tròn (nếu nốt nhỏ) hoặc nhiều hình dạng (nếu nốt lớn)
- Ngứa: ngứa rất nhiều. Do ngứa nên người bệnh có thể gãi và gây trầy xước da thành từng đường, gây xước da chảy máu – bầm máu.

Ngoài ra, các nốt do côn trùng cắn (kiến, bọ...) cũng là một dạng mề đay da tại chỗ. Do vậy, dấu chứng này là phổ biến và việc nhận biết mề đay là dễ dàng.

4.24.4 Dấu hiệu báo động

Mề đay là biểu hiện ngoài da của bệnh dị ứng. Khi bệnh diễn tiến mức độ nặng, chúng ta cần đưa người bệnh đến các cơ sở y tế phù hợp để được điều trị kịp thời. Một số dấu hiệu báo động như sau:

4.24.4.1 Dấu hiệu cấp cứu

- Khó thở
- Tiếng thở nghe khò khè
- Sưng mắt, môi, lưỡi hoặc cổ họng
- Chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương thấp
- Buồn nôn và nôn

4.24.4.2 Dấu hiệu bệnh nặng

- Mề đay toàn thân
- Xuất hiện nhiều lần
- Ho
- Đau đầu
- Mệt mỏi

4.24.5 Xử trí – điều trị tại chỗ

- Ngưng ngay thuốc, hóa chất, thức ăn nghi ngờ gây dị ứng
- Đặt người bệnh vào giường nằm, theo dõi các dấu chứng cấp cứu – nặng
- Mặc quần áo rộng rãi có thể giúp giảm ngứa và sưng do mề đay.
- Tắm nước mát có thể giúp giảm ngứa và sưng do mề đay (lưu ý không dùng nước quá lạnh có thể gây tác dụng ngược). Anh chị có thể cho tắm trong 10-15 phút.
- Chường đá vị trí ngứa để giảm bớt triệu chứng ngứa và sưng do mề đay. Anh chị có thể dùng một túi đá hoặc một khăn lạnh chườm lên vùng da bị mề đay trong 15-20 phút
- Cắt móng tay để tránh gãi làm trầy xước da. Nếu ngứa quá có thể dùng mặt lòng ngón tay chà nhẹ lên vùng ngứa để xoa dịu cảm giác khó chịu.
- Thoa một số tinh dầu làm dịu da (dầu xanh, dầu gió có chứa các chất menthor, camphor, eucalyptine) lên vùng da ngứa
- Thoa thuốc kháng histamin, thuốc corticoid theo toa chỉ định của bác sĩ.
- Khi có dấu hiện cấp cứu – dấu hiệu nặng – kéo dài nhiều giờ, cần chuyển người bệnh đến cơ sở y tế để thăm khám và điều trị.

4.24.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

Nếu biết rõ nguyên nhân gây mề đay, hãy tránh không tiếp xúc với các yếu tố gây bệnh.

Nếu xuất hiện mề đay sau khi dùng thuốc lạ, hãy ngưng sử dụng thuốc ngay và thông báo cho bác sĩ đã kê toa thuốc đó, đồng thời ghi chú vào sổ tay cá nhân thông tin về thuốc đã gây mề đay – dị ứng (thông tin ghi chú bao gồm tên thuốc, tên của dược chất có trong thuốc, thời điểm dùng và thời điểm xuất hiện dấu chứng). Bác sĩ phải được thông báo về tình trạng dị ứng với thuốc ở các lần khám sau.

Nếu xuất hiện mề đay sau khi dùng bữa ăn, chúng ta cần ghi chú các thức ăn đã dùng trong bữa ăn. Thông tin này là quan trọng để giúp xác định loại thức ăn nào gây mề đay, giúp phòng tránh trong tương lai.

Nếu xuất hiện mề đay sau khi sử dụng các loại mỹ phẩm – hóa chất thoa trên da, hãy ngưng sử dụng ngay, rửa lại bằng nước và hạn chế chà xát da.

Nếu ngứa nhiều do mề đay, tránh gãi hay chà xát da. Việc gãi sẽ làm cho da bị tổn thương, bị xước, bị nhiễm trùng và gây ngứa da kéo dài về sau. Chúng ta có thể sử dụng các loại tinh dầu, kem thoa để làm giảm bớt triệu chứng ngứa da. Ngoài ra, để chống ngứa, chúng ta có thể dùng một số biện pháp như: tắm mát, chườm lạnh, mặc quần áo rộng rãi.

Giữ nhà sạch và không có các dị nguyên, côn trùng.

Lưu ý các dấu chứng cấp cứu, nặng để kịp thời chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp.

4.24.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

Việc điều trị cần xác định nguyên nhân, cần ngưng ngay việc tiếp xúc với nguyên nhân (ngưng thuốc, thực phẩm, hóa chất nghi ngờ).

Các biện pháp điều trị giảm triệu chứng (ví dụ, tắm mát, chườm lạnh, mặc quần áo rộng) có thể có hiệu quả. Các loại thuốc corticosteroid - thuốc kháng histamine tại chỗ thường không hiệu quả với mề đay cấp.

Thuốc kháng histamine vẫn là thuốc chính trong việc điều trị. Chúng ta phải ưu tiên thực hiện các biện pháp cơ bản ban đầu, và khi cần mới sử dụng thuốc. Phổ biến, thuốc kháng histamine thế hệ mới thường được ưa chuộng hơn do dùng liều một lần mỗi ngày và bởi vì một số loại thuốc ít gây ngủ. Lựa chọn phù hợp bao gồm:

- Cetirizine 10 mg một lần/ngày
- Fexofenadine 180 mg một lần/ngày
- Desloratadine 5 mg một lần/ngày
- Levocetirizine 5 mg một lần/ngày

Thuốc kháng histamine đường uống thế hệ cũ (ví dụ, chlorpheniramin 4 - 8mg mỗi 6 giờ một lần; hydroxyzine 10 - 25 mg, 4 đến 6 giờ một lần; diphenhydramine 25 - 50 mg, 6 giờ một lần) rẻ tiền và rất hiệu quả trong kiểm soát triệu chứng ngứa, nhưng có tác dụng an thần.

Corticosteroid toàn thân (ví dụ, prednisone 30 đến 40 mg uống một lần/ngày) được dùng cho các triệu chứng nặng nhưng không nên sử dụng lâu dài.

Người bệnh bị mề đay mạn tính tự phát thường không đáp ứng với thuốc kháng histamine hoặc các thuốc khác thường dùng. Omalizumab, một kháng thể đơn dòng có thể ức chế một số phản ứng dị ứng nhất định, có thể giúp làm giảm triệu chứng, nhưng việc điều trị cần tham khảo đồng nghiệp chuyên khoa.

Đối với trường hợp có triệu chứng phù mạch (khò khè, khó thở, phù môi, phù mắt), đây là thể bệnh chuyên biệt cần có điều trị chuyên khoa. Trong đợt cấp cứu, có phù mạch vùng hầu họng hoặc bất kỳ sự liên quan nào của đường thở, chúng ta cần can thiệp cấp cứu, nên dùng epinephrine 0,3 mL dung dịch 1: 1000 tiêm dưới da và được đưa cấp cứu vào bệnh viện.

4.25 GÀU

4.25.1 Mục tiêu

Điều trị gàu phù hợp để giúp cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh

4.25.2 Tổng quan

Gàu là một tình trạng chuyển hóa tự nhiên của da, đặc trưng bởi sự bong tróc quá nhiều tế bào chết của da đầu. Các vảy này có màu xám bạc, kết thành từng mảng hay phân tán, có thể kích thước mịn nhỏ - lớn, có thể bong tách tự nhiên hoặc khi có lực bên ngoài (chải tóc, gội đầu). Gàu thường lành tính, diễn tiến tự hết, không gây nguy cơ – biến chứng cho da. Gàu có thể đi kèm với triệu chứng ngứa vùng đầu do da đầu bị khô.

Nấm da là một trong số các nguyên nhân của gàu. Do vậy việc điều trị cần lưu ý yếu tố môi trường ẩm thấp của da, tình trạng viêm da, nhiễm nấm.

Có nhiều bệnh khác của da có thể biểu hiện giống gàu. Viêm da tiết bã (vảy cứng, màu vàng, nền da viêm đỏ), vẩy nến, vẩy phấn hồng, chàm da cơ địa dị ứng, nhiễm trùng da.. là những bệnh thường gặp. Việc đánh giá chính xác là quan trọng để giúp điều trị phù hợp.

4.25.3 Nhận diện

Dấu hiệu nhận biết tình trạng gàu:

- Bong vảy da đầu: vảy mịn – mảng lớn, màu trắng bạc
- Có thể có ngứa nhẹ vùng da đầu
- Không có lan khỏi mép tóc (chỉ giới hạn ở vùng da có tóc)
- Không sưng da, không chảy dịch.

4.25.4 Dấu hiệu báo động

Bản thân gàu là lành tính, tự giới hạn, do vậy không có nguy hiểm. Tuy nhiên chúng ta cần nhận biết một số tình trạng khác của da có biểu hiện giống gàu.

- Có vảy cứng – khô – dày, màu vàng: viêm da tiết bã
- Vảy bong ra có đỏ da, đau: viêm da nhiễm trùng
- Vùng bong vảy da lan ra ngoài mép tóc: vẩy nến
- Bọng nước trên da: viêm da nhiễm trùng
- Da đầu bị sưng, đau: viêm da nhiễm trùng

4.25.5 Xử trí – điều trị

- Gội đầu hằng ngày để loại bỏ chất dầu dư thừa ở chân tóc, da chết.
- Sử dụng loại dầu gội trị gàu dịu nhẹ, thực hiện theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Một số loại dầu gội có chứa tinh dầu sẽ tạo cảm giác dễ chịu cho da đầu, giúp giảm cảm giác ngứa. Nếu dầu gội không hiệu quả, có thể đổi qua dầu gội khác. Nên để bọt dầu gội lưu lại trên da đầu khoảng 5-10 phút trước khi xả lại bằng nước để thuốc có thời gian tác dụng trên da đầu.

4.25.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Tránh dùng nhiều loại mỹ phẩm khác nhau dành cho tóc (gel tạo kiểu, keo xịt tóc...). Các hóa chất này có thể tích tụ tại da đầu và gây bệnh, tạo gàu.
- Để tóc khô tự nhiên
- Chải tóc bằng lược nhẹ nhàng, tránh dùng lược mạnh (đôi khi người bệnh chà xát mạnh để giảm ngứa) vì sẽ làm tổn thương da gây viêm da và làm nặng tình trạng gàu.
- Tránh gãi lên chỗ da đầu bị ngứa bằng móng tay, vật nhọn
- Sử dụng một số loại tinh dầu (bạc hà, các loại thảo mộc) thoa lên vùng đầu có thể giúp cho giảm cảm giác ngứa khó chịu.
- Thức ăn điều hòa, nhiều rau quả tươi, cân bằng các nhóm đường – đạm – béo. Tránh dùng trà – cà phê có thể gây nặng tình trạng gàu. Có thể bổ sung thêm vitamin B (cần thiết cho da và tóc khỏe), kẽm giúp tăng tái tạo da đầu, điều hòa tiết bã của da đầu.
- Theo dõi tình trạng gàu. Nếu gàu vẫn xuất hiện kéo dài, hoặc có dấu hiệu gợi ý báo động thì cần liên hệ nhân viên y tế để đánh giá lại và có lời khuyên phù hợp.

4.25.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Tư vấn – hướng dẫn người bệnh và gia đình về cách điều trị gàu tại nhà
- Gàu là hiện tượng bong vảy da lành tính thường do tác nhân nấm. Việc điều trị cần lưu ý sử dụng các loại dầu tắm kháng nấm tại chỗ (ketoconazole, miconazole), hạn chế dùng thuốc đường toàn thân.
- Để kiểm soát triệu chứng ngứa, ưu tiên sử dụng dầu gội có tinh dầu làm dịu da.
- Lưu ý chẩn đoán các bệnh lý của da có biểu hiện bong vảy giống gàu: vẩy nến, viêm da tiết bã, viêm chốc da, viêm da dày sừng hóa. Mỗi bệnh khác nhau sẽ có hướng pháp điều trị khác nhau.

4.26 VIÊM DA

4.26.1 Mục tiêu

Nhận diện tình trạng viêm da

Xử trí theo dõi phù hợp tại nhà tình trạng viêm da

4.26.2 Tổng quan

Viêm da, chàm da, nổi mẩn trên da là những thuật ngữ khác nhau mô tả chung một tình trạng có hiện tượng viêm tại da. Biểu hiện của bệnh sẽ bao gồm nổi gồ (sung) trên da, đỏ da, chảy dịch, đau – rát – ngứa khó chịu tại da.

Viêm da có thể diễn tiến cấp tính hoặc mãn tính tùy theo tác nhân. Biểu hiện của viêm da cũng đa dạng tùy theo nguyên nhân và tùy giai đoạn bệnh. Trong giai đoạn cấp tính, các biểu hiện sẽ rõ ràng, nặng, khó chịu nhiều. Trong giai đoạn mạn tính, biểu hiện sẽ không rõ ràng, dày da, sẫm màu, bong vảy da, ngứa nhẹ.

Phần lớn viêm da thường tự giới hạn. Việc chăm sóc điều trị có thể thực hiện ngay tại nhà. Trong một số trường hợp bệnh diễn tiến nặng, lan rộng, chúng ta cần phát hiện kịp thời và tham khảo ý kiến của nhân viên y tế.

4.26.3 Nhận diện

Người bệnh có những dấu hiệu sau:

- Da đỏ, sung, nổi bóng nước
- Ngứa – đau – khó chịu tại da
- Da có thể ướt do tăng xuất tiết (giai đoạn cấp), có thể khô – bong vảy – đóng mảy da – dày da (giai đoạn bán cấp – mạn)
- Không có triệu chứng toàn thân khác.

4.26.4 Dấu hiệu báo động

Các dấu hiệu gợi ý tình trạng bệnh nặng của viêm da, cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế:

- Có biểu hiện toàn thân: sốt, mệt mỏi, khó thở
- Có sưng mắt, sưng môi, khàn giọng, khò khè đi kèm với biểu hiện ở da
- Xuất hiện viêm da sau khi tiếp xúc với hóa chất (niken, thuốc nhuộm, xi măng, nước giặt,...), các tình trạng này gây viêm da tiếp xúc, có thể diễn tiến nặng
- Vùng sung da lan rộng, phù nặng vùng da xung quanh và vùng chi (tay – chân)
- Chết tiết kết lại đóng mảy có màu vàng
- Có loét da lan rộng (mất lớp da)
- Có ổ bầm da, xuất huyết tại vị trí viêm da

4.26.5 Xử trí – điều trị

- Đối với viêm da cấp, do việc điều trị cần chuyên biệt theo nguyên nhân, cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế để thực hiện phù hợp.

- Đối với viêm da mạn, chăm sóc da bằng cách bảo vệ da, chống khô da, chống chà xát mạnh gây tổn thương da, sử dụng các thuốc – hóa chất – dầu tắm phù hợp giúp giữ ẩm.
- Nếu ngứa da, có thể sử dụng thuốc kem tại chỗ (kháng histamin, tinh dầu, chất giữ ẩm)
- Nếu có tổn thương trầy, loét da, có thể sử dụng các thuốc kháng khuẩn tại chỗ (có thuốc kháng sinh: gentamicin, neomycin, chloramphenicol), thuốc sát khuẩn tại chỗ (thuốc tím, povidone-iode, cồn y tế), che chắn vết thương bằng gạc y tế - băng cá nhân – các thuốc tạo màng bảo vệ vết thương khác.

4.26.6 Lời khuyên dành cho người khiếm khuyết và gia đình

- Người bệnh bị khô da, dễ viêm da nên dùng những mỹ phẩm ít chất gây kích ứng
- Sau tắm gội, lau cơ thể bằng khăn mềm, không dùng vật cứng chà xát mạnh làm tổn thương da. Không tắm gội quá nhiều sẽ làm khô da (xà phòng làm mất chất nhờn và làm da khô). Tắm 1-2 lần mỗi ngày là đủ.
- Nên tránh gãi hoặc chà xát vì sẽ làm tổn thương da, gây viêm da, nhiễm trùng, dày hóa da.
- Sử dụng thêm chất giữ ẩm nếu da bị khô
- Chăm sóc viêm da, loét da (vết thương) theo hướng dẫn của nhân viên y tế, sử dụng các thuốc nước phù hợp.

4.26.7 Lời khuyên dành cho nhân viên y tế

- Viêm da có nhiều nguyên nhân khác nhau. Việc điều trị cần chuyên biệt cho các nguyên nhân
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình cách thức chăm sóc da, cách thức theo dõi các dấu hiệu báo động và yêu cầu liên hệ nhân viên y tế khi cần
- Viêm da xuất hiện sau tiếp xúc thường là bệnh viêm da tiếp xúc (bao gồm viêm da kích thích – tổn thương, viêm da do miễn dịch), cần điều trị chuyên khoa
- Viêm da kèm bóng nước nhỏ vùng bàn tay, thường là do bệnh viêm da dạng tổ đũa cho bệnh miễn dịch, thường tự giới hạn, không cần điều trị đặc hiệu.
- Viêm da kèm dịch tiết – mủ vàng, viêm da kèm vết loét da, viêm da kèm phù sâu, đau sâu dưới da... là dạng viêm da nhiễm trùng cần điều trị kháng sinh, chăm sóc vết thương, cắt lọc vết loét.
- Viêm da trên người bệnh có bệnh nội khoa nặng: đái tháo đường, xơ gan, suy thận... cần đưa người bệnh đến khám tại cơ sở y tế phù hợp.
- Đối với vết thương da, vết loét da, việc chăm sóc vết thương là quan trọng. Chúng ta cần hướng dẫn người nhà các chăm sóc, sát khuẩn, che chắn vết loét. Thuốc sử dụng cần phù hợp với vết thương
- Các thuốc điều trị viêm da tại chỗ bao gồm thuốc kháng histamin, thuốc corticoid, thuốc kháng sinh, thuốc bạc sulf (chống tiết bã), thuốc kháng nấm, thuốc mềm da, thuốc sát khuẩn, thuốc làm dịu da (giảm ngứa – đau). Các loại thuốc này cần sử dụng phù hợp tương ứng với tình trạng bệnh.