ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

**TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI**



**GIÁO TRÌNH**

 **CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN**

(TÀI LIỆU DÙNG CHO SINH VIÊN NGÀNH CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG)

HÀ NỘI- 2020

**CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:**

Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

**CHỦ BIÊN:**

TS. Trần thanh Tâm

**MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN**

**Số tiết: 15**

**Thời điểm thực tập môn học: Học kỳ 1 năm thứ 3**

**Đối tượng: Điều dưỡng cao đẳng**

**1. Mục tiêu môn học**

* Về kiến thức:

1. Trình bày được đại cương về tâm thần học, các triệu chứng và hội chứng tâm thần.

2. Trình bày được một số rối loạn tâm thần thường gặp: dấu hiệu nhận biết, nguyên tắc điều trị, cách chăm sóc, phòng bệnh.

* Kỹ năng:

 3. Vận dụng được kiến thức đã học để lập kế hoạch chăm sóc một số rối loạn tâm thần thường gặp.

* Về năng lực tự chủ và trách nhiệm:

 4. Thể hiện được sự tôn trọng, cảm thông với người bệnh và gia đình người bệnh. Rèn luyện tính kiên trì, cẩn trọng khi thực hiện quy trình chăm sóc người bệnh cụ thể.

 5. Thể hiện được thái độ đồng cảm, tôn trọng, không kỳ thị và không làm tổn thương người bệnh.

**2. NỘI DUNG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **TT** | **Tên bài** | **Số tiết LT** |
| 1234567 | Đại cường về tâm thần họcCác triệu chứng tâm thần – Phương pháp thăm khám người bệnh tâm thầnChăm sóc người bệnh tâm thần phân liệtChăm sóc người bệnh Rối loạn lo âuPhụ giúp thầy thuốc thực hiện một số liêu pháp trị liệu tâm thầnTheo dõi – chăm sóc các trường hợp cấp cứu trong tâm thầnChăm sóc người bệnh nghiện rượu, nghiện ma túy | 02030202010203 |
|  | Tổng | 15 |

**MỤC LỤC**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên bài** | **Trang** |
| 1234567 | Đại cường về tâm thần họcCác triệu chứng tâm thần – Phương pháp thăm khám người bệnh tâm thầnChăm sóc người bệnh tâm thần phân liệtChăm sóc người bệnh Rối loạn lo âuPhụ giúp thầy thuốc thực hiện một số liêu pháp trị liệu tâm thầnTheo dõi – chăm sóc các trường hợp cấp cứu trong tâm thầnChăm sóc người bệnh nghiện rươu, nghiện ma túy | 4101931384551 |

**ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC**

**Thời gian: 2 tiết**

#### NỘI DUNG

1. Trình bày được khái niệm và phạm vi nghiên cứu bệnh tâm thần.

2. Trình bày được các nguyên nhân và các nhân tố thuận lợi làm phát sinh các bệnh tâm thần.

3. Trình bày được các nguy cơ về sức khỏe tâm thần hiện nay.

**1. Khái niệm**

- Bênh tâm thần là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn (do nhiều nguyên nhân) gây nên, làm rối loạn chức năng phản ánh thực tại: các quá trình cảm giác, tri giác, tư duy, ý thức... bị sai lệch nên người bệnh tâm thần có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong không phù hợp với thực tại với môi trường xung quanh, gây nên những biến đổi bất bình thường trong hành vi, tác phong, tình cảm, suy luận và ý thức người bệnh .

- Thông thường bệnh nhân tâm thần không chết đột ngột như các bệnh thực thể như chảy máu não, nhồi máu cơ tim ... nhưng không phải vì thế mà ta không thấy tác hại của bệnh này trong nhân dân.

- Bệnh tâm thần làm giảm sút khả năng lao động, học tập, làm đảo lộn sinh hoạt trật tự gia đình, những gia đình có người thân mắc bệnh tâm thần hơn ai hết thấu hiểu nỗi khổ tâm này .

- Bệnh tâm thần nếu không được chữa sớm, kịp thời, sẽ đi đến trạng thái tâm thần sa sút. Cảm xúc người bệnh ngày một khô lạnh, trí nhớ ngày một giảm sút, học tập công tác ngày một kém đi, ý chí ngày một suy đồi, người bệnh không thiết tha gì nữa, xa lánh mọi người, không quan tâm đến vệ sinh thân thể... Đó là biểu hiện của trạng thái tâm thần sa sút, một trạng thái khó hồi phục cuả bệnh tâm thần.

**2. Phạm vi nghiên cứu**

**2.1. Tâm thần học truyền thống**

***2.1.1. Tâm thần học đại cương***- Lịch sử phát triển tâm thần học.
- Triệu chứng học, hội chứng học.
- Mối liên quan giữa tâm thần học và các môn khoa học khác.
- Phân loại các bệnh, các rối loạn tâm thần.
- Bệnh nguyên, bệnh sinh của một số bệnh và các rối loạn tâm thần.
2***.1.2. Bệnh học tâm thần***
- Loạn thần thực tổn.
- Loạn thần nội sinh.
- Các rối loạn tâm thần liên quan đến stress.
- Các rối loạn tâm thần do cấu tạo thể chất bất thường và sự phát triển tâm thần bệnh lý.
- Lạm dụng và nghiện chất.

***2.1.3. Các phương pháp điều trị và phục hồi chức năng tâm lý xã hội***
- Liệu pháp sinh học: hóa dược, sốc điện,...
- Liệu pháp tâm lý: tâm lý trực tiếp, gián tiếp, liệu pháp nhận thức, liệu pháp hành vi,...
- Liệu pháp lao động, phục hồi chức năng tâm lý xã hội.
- Âm nhạc liệu pháp.

***2.1.4. Quản lý hệ thống dịch vụ chăm sóc và tư vấn sức khoẻ tâm thần cộng đồng.***

***2.1.5. Giám định y pháp tâm thần.***

**2.2. Tâm thần học cộng đồng**- Vệ sinh phòng bệnh và các rối loạn tâm thần.
- Tâm thần học xã hội: nghiên cứu ảnh hưởng của môi trường, đặc biệt môi trường tâm lý xã hội và sức khoẻ tâm thần.
- Giáo dục sức khoẻ tâm thần cho gia đình, nhà trường và cộng đồng.
- Phục hồi chức năng tâm lý xã hội.
- Các hình thái hoạt động rèn luyện thể chất, thẩm mỹ.
- Các kỹ năng ứng xử, giao tiếp.

**3. Phân loại các rối loạn tâm thần theo bảng phân loại bệnh tật quốc tế 10 (ICD - 10)**- Theo bảng phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (ICD 10), các rối loạn tâm thần và hành vi được xếp vào phần F gồm 10 chương, có trên 300 rối loạn tâm thần và hành vi trong 100 mục bệnh và rối loạn đã được sắp xếp một cách hệ thống và hợp lý.

**4. Nguyên nhân của các rối loạn tâm thần**Các nguyên nhân chủ yếu thường được nêu ra bao gồm

**4.1. Các nguyên nhân thực tổn.**- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm khuẩn thần kinh (Viêm não, giang mai thần kinh,...)
- Nhiễm độc thần kinh (Nghiện các chất, nhiễm độc nghề nghiệp...).
- Các bệnh mạch máu não.
- Các tổn thương não khác (U não, teo não, xơ rải rác,...)
- Các bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động của não.

**4.2. Các nguyên nhân tâm lý.**Chủ yếu các stress tâm lý - xã hội tác động vào các nhân cách có đặc điểm riêng, gây ra:
- Các rối loạn tâm căn.
- Các rối loạn liên quan đến stress.
- Các rối loạn dạng cơ thể.

**4.3. Các nguyên nhân cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý.**
- Chậm phát triển tâm thần.
- Nhân cách bệnh.

**4.4. Các nguyên nhân chưa rõ ràng** (hay các nguyên nhân nội sinh).
 Do có sự kết hợp phức tạp của nhiều nguyên nhân khác nhau (di truyền, chuyển hoá, miễn dịch, cấu tạo thể chất,...) nên khó xác định nguyên nhân chủ yếu. Các rối loạn tâm thần thường gọi là nội sinh như:
- Bệnh tâm thần phân liệt.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Động kinh nguyên phát.
 Các rối loạn tâm thần nội sinh là những rối loạn tâm thần nặng và thường gặp. Do nguyên nhân chưa xác định rõ ràng nên công tác dự phòng và điều trị gặp nhiều khó khăn, rối loạn thường kéo dài và tái phát. Chương trình phòng chống các rối loạn tâm thần nội sinh phải lâu dài, cần phân biệt các giai đoạn khác nhau của rối loạn, mỗi giai đoạn cần kết hợp nhiều biện pháp thích hợp.
 Các nguyên nhân tâm lý xã hội (Stress) có vẻ cụ thể hơn, dễ thấy hơn. Tuy nhiên, cơ chế gây bệnh của các stress tâm lý không giản đơn, vì strees tác động vào một nhân cách và phương thức phản ứng của nhân cách đối với stress rất đa dạng và phức tạp. Chính vì thế mà ICD - 10 không gọi là rối loạn do stress mà dè dặt gọi là rối loạn liên quan đến stress.
 Như vậy trong lâm sàng, xác định nguyên nhân của một rối loạn tâm thần phải hết sức thận trọng vì có xác định đúng nguyên nhân thì mới hy vọng điều trị có kết quả.

**4.5. Nhân tố thuận lợi**

- Di truyền : có khi là nguyên nhân nhưng cũng có khi chỉ là nhân tố thuận lợi thúc đẩy bệnh phát sinh mà thôi .

- Nhân cách : là toàn bộ đặc điểm tâm lý của một cá nhân bao gồm nhiều mặt

(xu hướng, khí chất, tính cách và năng lực) làm cho người này có những nét tâm lý khác hẳn người khác.

 Nhân cách mạnh, bền vững là nhân tố tốt chống đỡ các bệnh tâm thần và là điều kịên thuận lội cho bệnh chóng hồi phục.

 Nhân cách yếu, không cân bằng là cơ sở thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh và bệnh hồi phục khó khăn. Có khi nhân cách quyết định thể lâm sàng của bênh tâm thần, ngược lại bệnh tâm thần có thể làm biến đổi nhân cách của người bệnh (bệnh động kinh và tâm thần phân liệt)

- Lứa tuổi : trẻ em là cơ địa thuận lợi để phát sinh các bệnh tâm căn và nhân cách bệnh.

 Tuổi dậy thì dễ bộc lộ bệnh tâm thần phân liệt và các trạng thái phản ứng.

 Tuổi già dễ bị các bệnh tâm thần thực thể.

- Giới tính: Có những bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ (loạn thần do rượu , loạn thần phản ứng), có những bệnh nữ nhiều hơn nam (loạn thần liên quan đến thời kỳ kinh nguyệt, sinh đẻ, mãn kinh…)

- Tình trạng toàn thân: Có những bệnh xuất hiện sau khi sức khoẻ giảm sút như mất ngủ kéo dài, thiếu dinh dưỡng, làm việc quá sức . Sau khi bị bệnh tâm thần lâu ngày có thể dẫn đến suy kiệt tử vong .

**5. Các nguy cơ về sức khỏe tâm thần hiện nay** Sự phát triển của nền kinh tế, xã hội, văn hóa, môi trường ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ tâm thần xã hội, đã làm nảy sinh và gia tăng một số bệnh lý và những rối loạn như:

**5.1. Các rối loạn hành vi của thanh thiếu niên (TTN)**- Rối loạn hành vi: là những hành vi xâm phạm, bạo lực, gây thương tích, đâm chém, càn quấy,... do những nguyên cớ không tương xứng...

- Rối loạn hành vi của TTN có chiều hướng gia tăng.

- Theo nghiên cứu của ngành tâm thần học Việt nam 1990, rối loạn hành vi TTN 10 - 17 tuổi là 3,7%; ở thành thị cao hơn ở nông thôn, trẻ trai nhiều hơn trẻ gái.

- Khi phân tích nguồn gốc rối loạn hành vi TTN ngoài vai trò sinh học, nhiều nhà tâm thần, tâm lý và giáo dục học rất chú đến rối loạn hành vi do tập nhiễm chịu ảnh hưởng môi trường sinh trưởng của trẻ em (Gia đình, trường học và xã hội), theo cơ chế:
 + Bắt chước hành vi xâm phạm và ngược đãi của người lớn (Cha mẹ, anh chị, thầy cô giáo,...) đánh đập lẫn nhau, ngược đãi trẻ em.
 + Ảnh hưởng phim ảnh bạo lực và sách báo.
 + Do ảnh hưởng của nhóm trẻ em xấu theo quy luật liên kết, hoặc loại trừ nhóm hoặc theo cơ chế bị ám thị bởi trẻ lớn đã phạm pháp có hành vi ranh mãnh.
5**.2. Tự sát**
- Là một cấp cứu trong Y học và cũng là một cấp cứu rất đặc thù trong tâm thần học.
- Nguyên nhân:
 + Sự gia tăng tiềm ẩn các rối loạn tâm thần chưa phát hiện được sớm, kịp thời như trầm cảm, lo âu, hoảng loạn, nghiện ma tuý, rối loạn hành vi,...

 + Nhân tố tâm lý xã hội không thuận lợi (stress):
 . Thất bại, đổ bể trong làm ăn, cạnh tranh thua lỗ.
 . Mâu thuẫn kéo dài giữa các thành viên trong gia đình không giải quyết được.
 . Cấu trúc gia đình bị đảo lộn: ly thân, ly hôn, các thành viên trong gia đình thiếu gắn bó, không có điểm nương tựa, người thân cha hoặc mẹ nghiện rượu.
 . Cô đơn ở những người cao tuổi.
 . Do không được quản lý tốt các phương tiện dễ dàng gây tự sát như hóa chất trừ sâu diệt cỏ, súng ống vật liệu nổ.

**5.3. Lạm dụng chất**- Lạm dụng chất trong đó có lạm dụng rượu và đặc biệt nghiện ma túy.
 **5.4. Trầm cảm**- Trầm cảm có mối liên quan rất phức tạp với các yếu tố sinh học và còn chịu tác động rất mạnh và trực tiếp của điều kiện kinh tế - xã hội, tâm lý không thuận lợi.

**Tự lượng giá**

CÂU HỎI TRUYỀN THỐNG

1. Trình bày khái niệm và phạm vi nghiên cứu bệnh tâm thần.

2. Trình bày các nguyên nhân và các nhân tố thuận lợi làm phát sinh các bệnh tâm thần.

3. Trình bày các nguy cơ về sức khỏe tâm thần hiện nay.

**CÁC TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN**

**PHƯƠNG PHÁP THĂM KHÁM NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN**

### Thời gian:2 tiết

**Mục tiêu học tập**

1. Trình bày được các triệu chứng tâm thần thường gặp.

2. Nêu được cách khám một người bệnh tâm thần của người điều dưỡng.

#### NỘI DUNG

**1. Triệu chứng rối loạn tâm thần thường gặp:**

 Hoạt động tinh thần bình thường của con người biểu hiện ra nhiều mặt:

 Tri giác, tư duy, trí nhớ, tình cảm, vận động, ý thức, trí nặng ... Khi bị bệnh tâm thần các hoạt động trên bị rối loạn ở một hay nhiều mặt. Sau đây là những rối loạn tâm thần thường gặp :

**1.1.Aỏ gíac :**

- Aỏ giác là rối loạn quá trình tri giác. Người bệnh tri giác như thật về một sự vật, một hiện tượng không hề tồn tại trong khách quan nhưng người bệnh tin là có thật. Aỏ giác xuất hiện ngoài ý muốn của bệnh nhân , là một biểu hiện của bệnh tâm thần và chỉ mất đi khi bệnh thuyên giảm .

\* Aỏ giác thính giác còn gọi là ảo thanh: người bệnh nghe một âm thanh, một lời nói nào đó mà trong thực tế khách quan không có…Lời nói có thể do một hay nhiều người , đàn ông hay đàn bà , quen thuộc hay xa lạ với người bệnh .

 Nội dung lời nói có thể là tán dương khen thưởng , khuyên bảo, đe doạ người bệnh .

 Lời nói tác động đến tình cảm, hành vi người bệnh. Người bệnh có thể vui vẻ thích thú, buồn bã lo âu, khổ sở đi trốn , bịt tai để không nghe thấy hoặc có hành vi tự sát.

\*Aỏ thị giác còn gọi ảo thị: người bệnh nhìn mọi vật xung quanh biến thành những vật kỳ quái, nhìn thấy vật to ra hay nhỏ đi, thú dữ rắn rết …Tuỳ theo nội dung ảo thị mà người bệnh có biểu hiện sợ hãi hay thích thú, say mê

\* Aỏ giác về khứu giác còn gọi là ảo khứu : người bệnh ngửi thấy mùi trứng thối, mùi cao su cháy khét… và lấy tay bịt mũi .

\*Aỏ vị giác còn gọi là ảo vị: người bệnh ăn thấy vị đắng, tanh…

\*Aỏ giác về xúc giác: người bệnh cảm thấy kiến bò, sâu bọ bò trên da thịt

**1.2. Hoang tưởng**

 Hoang tưởng là rối loạn về mặt tư duy của người bệnh: Người bệnh có những ý nghĩ, quan niệm sai lầm nào đó mà họ cho là đúng, ta không thể giải thích, không thể khuyên can, chỉ khi nào bệnh thuyên giảm, họ mới bắt đầu nhận ra được tính chất phi lý của những ý nghĩ đó .

- Có nhiều loại hoang tưởng :

\* Hoang tưởng liên hệ: Người bệnh cho rằng mọi sự vật hiện tượng xung quanh mình đều có liên quan đến mình

\* Hoang tưởng bị hại: người bệnh cho rằng mọi người xung quanh, thường là người thân thích, ám hại mình bằng nhiều cách như đầu độc, ám sát, bắt giam.

\*Hoang tưởng khuyếch đại: người bệnh cho mình có tài năng xuất chúng, địa vị quan trọng, có tài phát minh kỳ lạ về khoa học.

\* Hoang tưởng bị tội: bệnh nhân cho rằng mình có những tội lỗi không thể tha thứ, đau khổ và có ý tưởng tự sát.

\* Hoang tưởng nghi bệnh: người bệnh luôn nghĩ rằng mình có bệnh nặng.

\* Hoang tưởng ghen tuông: người bệnh ghen tuông một cách quá mức ngay cả khi không có bằng chứng hay bằng chứng rất vô lý.

**1.3. Rối loạn về tình cảm**

- Bệnh nhân vui vẻ qua mức hoặc âu sầu trầm cảm, lo lắng vô duyên cớ.

- Tình cảm trái ngược không phù hợp với thực tế.

- Tình cảm giằng co hai chiều .

- Cảm xúc cùn mòn, khô lạnh, vô cảm.

**1.4. Rối loạn về mặt ý chí và hành động**

- ở trạng thái tăng ý chí: người bệnh có hiện tượng ngôn ngữ và hành vi tăng cường.

- Còn ở trạng thái giảm ý chí: người bệnh ngồi yên, ít chịu tiếp xúc, trả lời chậm chạp, không muốn hoạt động gì cả, mất sáng kiến, mất khả năng lao động, thói quen nghề nghiệp mất dần.

**1.5. Rối loạn trí nhớ**

 Người bệnh giảm trí nhớ, có thể quên một phần hay toàn bộ sự việc

**1.6. Rối loạn về trí tuệ**

 Người bệnh kém thông minh ở các mức độ khác nhau: ngu si, đần độn và trì trệ.

**1.7. Rối loạn bản năng**

 Người bệnh có những cơn xung động, đập phá, la hét, đánh người, cơn chán ăn, cơn thèm ăn, thèm uống, cơn trộm cắp, cơn loạn dâm, cơn đi lang thang …

**1.8. Các rối loạn khác**

 Có thể có các dấu hiệu báo trước (tiền triệu), trước khi có các dấu hiệu loạn thần :

- Tính hay nghi kỵ, mất hứng thú trong các hoạt động xã hội.

- Lo sợ vô cớ, bất an, căng thẳng, khó thư giãn, dễ cáu gắt giận dữ.

- Khó nhớ, khó tập trung tư tưởng, giảm hiệu suất học tập, xuất hiện các ý tưởng bất thường.

- Mất ngủ, rối loạn giấc ngủ…

- Trạng thái ám ảnh: Người bệnh có những ý nghĩ, tình cảm, hành động sai lầm không thực tế, hiểu nó là vô lý, có đấu tranh lại, nhưng không thể thắng được. Khác với hoang tưởng, ở trạng thái ám ảnh người bệnh còn khả năng phê phán.

Các dấu hiệu của tiền triệu trên xuất hiện trước khi có các dấu hiệu đặc hiệu của các bệnh rối loạn tâm thần chức năng hoặc thực tổn .

**2. Khám người bệnh tâm thần**

**2.1.Bố trí phòng khám cho bệnh nhân tâm thần**

- Bố trí phòng khám nhằm tạo cảm giác thoải mái, dễ chịu cho bệnh nhân yên tâm và hợp tác, để thầy thuốc khám bệnh. Phòng khám phải gọn gàng, sạch đẹp, màu sắc phải hài hoà dễ chịu để giảm bớt căng thẳng cho người bệnh.

**2.2. Tiếp đón và khám người bệnh tâm thần**

***Mục tiêu của công việc tiếp đón và thăm khám người bệnh tâm thần***

- Làm cho người bệnh và người nhà của họ yên tâm, bớt lo lắng, sợ hãi và trình bày chính xác các thông tin về tình trạng bệnh .

- Thu thập những thông tin cần thiết, để tìm hiểu được nguyên nhân và hoàn cảnh làm xuất hiện bệnh.

- Khai thác được những dấu hiệu của bệnh nhằm đánh giá chính xác mức độ nặng nhẹ của bệnh, tình trạng cơ thể và tâm trí của bệnh nhân.

- Xác định được những việc cần làm giúp cho việc chẩn đoán, điều trị và chăm sóc tiếp nối.

***2.2.1.Tiếp đón và thăm khám bệnh nhân tâm thần***

- Hướng dẫn chi tiết cho gia đình bệnh nhân khai báo đầyđủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân.

- Giải quyết các thủ tục hành chính cần thiết: ghi chép vào sổ khám đầy đủ các mục (tên tuổi, nghề nghiệp, quê quân, nơi giới thiệu bệnh nhân …)

***2.2.2. Khám bệnh nhân của chuyên khoa tâm thần***

 Việc hỏi bệnh chiếm một phần quan trọng trong việc khám bệnh nói chung và đặc biệt quan trọng đối với người bệnh tâm thần. Và còn ai hơn người nhà của họ, sẽ cung cấp các thông tin cần thiết để người điều dưỡng nhận định tình trạng bệnh, chăm sóc người bệnh tốt hơn.

- Hỏi bệnh nhân hay người nhà bệnh nhân về hoàn cảnh xuất hiện các rối loạn tâm thần:

+ Tiền sử có rối loạn tâm thần không? đã được điều trị ở đâu và từ bao giờ?

+ Hoàn cảnh xuất hiện các rối loạn tâm thần: Bệnh mắc lần đầu? hay bệnh cũ tái phát?

 Bệnh phát sau các nguyên nhân như: chấn thương tâm lý? do căng thẳng thần kinh? hoặc không có ngưyên nhân?

 Có liên quan đến yếu tố gia đình? trong gia đình có ai mắc bệnh như bệnh nhân? ...

- Nhận định được các triệu chứng và hội chứng bệnh tâm thần chủ yếu:

\* Aỏ giác: ảo thanh, ảo thị, ảo khứu, ảo xúc giác, ảo vị giác.

* Hoang tưởng: hoang tưởng bị tội, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng nghi bệnh …
* Rối loạn cảm giác, rối loạn cảm xúc, rối loạn tình cảm (tình cảm sầu uất, tình cảm đảo ngược, tình cảm giằng co hai chiều, vô cảm …)
* Rối loạn vận động (vận động hưng phấn, vận động ức chế…)
* Rối loạn tư duy (tư duy tự động, tư duy phân lập, tư duy phi tán…)
* Mê sảng, lú lẫn, mù mờ, ý thức thu hẹp …
* Các rối loạn tâm thần khác: ở một số người bệnh có dấu hiệu tiền triệu: lo âu, mất ngủ, bất an, căng thẳng kéo dài không rõ lý do…
* Tinh thần sa sút: trí tuệ suy sụp, mất khả năng tư duy, rối loạn nhân cách, rối loạn hành vi, tác phong…

- Khi thăm khám bệnh nhân tâm thần, người điều dưỡng nhanh chóng phát hiện ra các trường hợp cấp cứu về tâm thần, để khẩn trương và chủ động có hướng phối hợp với thầy thuốc xử trí kịp thời các trường hợp này :

+ Tình trạng kích động, nguy hiểm cho người bệnh hoặc những người xung quanh, (nếu tình trạng kích động quá mãnh liệt cần tiêm các thuốc an thần)

+ Người bệnh có ý nghĩ hành vi tự sát.

+ Người bệnh không chịu ăn …

- Thăm khám toàn trạng, chú ý phát hiện loạn thần triệu chứng là những rối loạn tâm thần có liên quan trực tiếp đến các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc, bệnh nội tiết, bệnh nội khoa, chấn thương sọ não…và tất cả các nguyên nhân thực thể khác tác động đến trong và ngoài não bộ.

 Nhận định các dấu hiệu toàn thân như:

+ Người bệnh có tỉnh táo không? có hôn mê? có đau ở đâu không? có rối loạn cảm giác? có liệt không? có tổn thương các dây thần kinh sọ não? có rối loạn cơ tròn? rối loạn thần kinh thực vật? rối loạn dinh dưỡng cơ? loét mục ở đâu ?...

\* Thể trạng tốt không? có phù không? có rối loạn tiêu hoá không? đại tiểu tiện có bình thường không? Số lượng nước tiểu 24 giờ?

\* Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp và đánh giá toàn trạng bệnh nhân để báo cáo thầy thuốc nếu có các dấu hiệu bất thường khác.

Việc hỏi bệnh chiếm một phần quan trọng trong việc khám bệnh nói chung và đặc biệt đối với bệnh nhân tâm thần nói riêng.

Khi tiếp xúc với bệnh nhân tâm thần phải niền nở, ân cần, và chỉ dẫn chu đáo. Những lời nói không khéo, những tiếng cười thiếu ý thức, những lời giải thích không có trách nhiệm sẽ có tác động xấu đến tình trạng bệnh tật của bệnh nhân .

Điều dưỡng viên phải biết cách động viên an ủi khích lệ bệnh nhân đúng lúc đúng chỗ làm bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào chuyên môn .

**3. Các công việc khác của ngươì điều dưỡng người điều dưỡng chuyên ngành tâm thần**

- Thực hiện thuốc và y lệnh của thầy thuốc một cách đầy đủ, chính xác và kịp thời

- Phụ giúp bác sỹ làm các thủ thuật chuyên khoa

 + Sốc điện.

 + Liệu pháp tâm lí.

- Các vấn đề chăm sóc khác

 + Nếu bệnh nhân bỏ ăn thì phải cho bệnh nhân ăn qua thông hay bằng đường tĩnh mạch .

 + Nếu bệnh nhân kích động dữ dội, cần có đông người giữ để tiêm thuốc, sau đó cho vào buồng riêng để khỏi gây ảnh hưởng đến bệnh nhân khác…

 + Căn dặn bệnh nhân và người nhà phải đưa bệnh nhân đến khám đầy đủ đều đặn theo định kỳ để thầy thuốc điều chỉnh lại thuốc và có hướng điều trị thích hợp .

**Tự lượng giá**

CÂU HỎI TRUYỀN THỐNG

1. Trình bày được các triệu chứng tâm thần thường gặp.

2. Nêu được cách khám một người bệnh tâm thần của người điều dưỡng.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT**

### Thời gian:2 tiết

**Mục tiêu học tập**

|  |
| --- |
| 1. Nêu được định nghĩa về bệnh tâm thần phân biệt và kể được một số dấu hiệu sớm của bệnh.2. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng của bệnh. 3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt. |

#### NỘI DUNG

**1. Đại cương**

**1.1. Định nghĩa**

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng tiến triển từ từ, có khuynh hướng trở thành mạn tính, căn nguyên hiện nay vẫn chưa rõ ràng. Người bệnh dần dần tách ra khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày một sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu.

**1.2. Đặc điểm bệnh**

- Tỉ lệ mắc: 0,3- 1% dân số.

- Tuổi phát bệnh: Từ 18 đến 40 tuổi

 Giai đoạn đầu của bệnh có khuynh hướng ở lứa tuổi trẻ, phá vỡ toàn bộ sự phát triển ban đầu về lĩnh vực gia đình, nghề nghiệp, xã hội của cuộc sống người bệnh. Sau giai đoạn cấp này, sự tái hoà hợp xã hội thường gặp khó khăn do di chứng của triệu chứng, rối loạn chức năng nhận thức....

**1.3. Yếu tố nguy cơ**

- Tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần

- Nhân cách dễ bị bệnh

- Tiền sử chấn thương sọ não, biến chứng sản khoa, sang chấn khi đẻ.

- Có các Stress tâm lý xã hội

- Lạm dụng rượu, ma tuý.

**1.4. Các biểu hiện sớm của bệnh**

- Về khí sắc:

+ Các biểu hiện trầm cảm, khí sắc dao động.

+ Lo sợ vô cớ, bất an.

+ Luôn căng thẳng, khó thư giãn.

+ Dễ cáu gắt, giận dữ.

- Về tính cách:

+ Ngại giao tiếp và mất hứng thú trong các hoạt động xã hội.

+ Tính hay nghi kỵ.

- Các dấu hiệu khác:

+ Rối loạn giấc ngủ

+ Khó nhớ, khó tập trung tư tưởng.

+ Giảm hiệu suất học tập, công tác.

+ Xuất hiện các ý tưởng bất thường.

**2. Các biểu hiện lâm sàng của bệnh tâm thần phân liêt.**

**2.1. Rối loạn tư duy**

 Nét đặc trưng là các hoang tưởng. Hoang tưởng là những ý tưởng, những phán đoán sai lầm không phù hợp với thực tế mà người bệnh cho là đúng, người khác không thể giải thích hay đả thông được.

Các hoang tưởng thường gặp là hoang tưởng bị truy hại, hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối, bị theo dõi, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng tự cao, kì quái.

**2.2. Rối loạn tri giác**

 Nét đặc trưng nhất là các ảo thanh (nghe thấy tiếng nói khi không có người xung quanh). Một dạng thường gặp của ảo thanh là nghe thấy những lời bình luận về hành vi hoặc thảo luận với nhau về người bệnh. Ngoài ra có thể gặp các rối loạn về tri giác khác như ảo thị, ảo khứu...

**2.3. Rối loạn cảm xúc**

 Những thay đổi cảm xúc thường xuất hiện sớm, đặc trưng là cảm xúc ngày càng cùn mòn, khô lạnh, có thể cảm xúc không phù hợp với nội dung lời nói hoặc hoàn cảnh xung quanh hoặc cảm xúc hai chiều trái ngược.

**2.4. Rối loạn hành vi tác phong**

 Người bệnh đập phá, hò hét hoặc bỏ nhà đi lang thang, sống không mục đích. Cũng có thể gặp hội chứng căng trương lực (sững sờ, không ăn, không nói hoặc kích động). Thường gặp nhất là những hành vi kỳ dị của người bệnh tâm thần phân liệt.

**2.5. Rối loạn ý chí, ý chí ngày càng suy đồi**

 Người bệnh mất sáng kiến hoặc mất khả năng lao động, học tập, thói quen nghề nghiệp mất dần.

**2.6. Biến đổi nhân cách**

 Nét đặc trưng nhất là thiếu hoà hợp trong các mặt hoạt động tâm thần và tính tự kỷ: Sống tách rời với thế giới thực tại bên ngoài, quay vào cuộc sống nội tâm bên trong bí ẩn, lạ kỳ chỉ tự mình biết, không ai có thể hiểu được.

**3. Điều trị và phòng bệnh**

**3.1. Điều trị**

Nguyên tắc:

- Điều trị lâu dài, điều trị tấn công ở bệnh viện và điều trị củng cố tại nhà.

- Mỗi thể lâm sàng có phư­ơng pháp điều trị riêng hoặc phối hợp.

- Kết hợp điều trị: liệu pháp tâm lý, liệu pháp hoá học, lao động và tái thích ứng xã hội.

**3.2. Phòng bệnh:** Biện pháp phòng t­ương đối.

- Rèn luyện nhân cách để thích ứng với môi trư­ờng và xã hội.

- Theo dõi ngư­ời có yếu tố di truyền để phát hiện bệnh sớm.

- Điều trị ngoại trú và quản lý tại nhà.

**4. Chăm sóc**

**4.1. Nhận định**

***4.1.1. Hỏi bệnh và thăm khám***

Cần phân định rõ giai đoạn diễn biến của bệnh dựa vào các triệu chứng đặc trưng của bệnh.

\* Giai đoạn cấp tính: Tuỳ thể lâm sàng mà có các triệu chứng khác nhau.

- Hội chứng ảo giác.

- Hư­ng phấn vận động hoặc kích động

- Căng tr­ương lực bất động.

- Trầm cảm có hành vi tự sát.

- Tự kỷ thiếu hoà hợp.

- Người bệnh phủ định bệnh, không chịu nằm viện và không chịu uống thuốc.

\* Giai đoạn thuyên giảm: Các triệu chứng lâm sàng không còn điển hình và rõ nét nữa

- Người bệnh có thể tiếp xúc đư­ợc.

- Tác phong của người bệnh đã hài hoà hơn như­ng thỉnh thoảng vẫn còn những biểu hiện kỳ dị khó hiểu.

- Người bệnh ăn đư­ợc, ngủ đ­ược, tự giác uống thuốc.

\* Giai đoạn ổn định: Các triệu chứng lâm sàng của thời kỳ cấp tính hết hoặc giảm nhiều.

- Người bệnh tiếp xúc tốt, ăn đ­ược, ngủ đ­ược, đi lại hoạt động bình th­ường, có thể công tác và làm việc được nh­ưng vẫn phải uống thuốc duy trì.

- Một số người bệnh mạn tính tuy đã ổn định nhưng không công tác được, không gây rối nhưng còn sống phụ thuộc, thỉnh thoảng trở nên bất thường rồi lại ổn định, chịu uống thuốc và chấp hành nội quy.

***4.1.2. Thu thập thông tin và ghi chép hồ sơ***

Bao gồm: Y lệnh, kết quả xét nghiệm, giấy ra viện, giấy chuyển viện, đơn thuốc cũ, sổ y bạ...

**4.2. Lập kế hoạch chăm sóc**

***4.2.1. Chuẩn bị dụng cụ, buồng bệnh***

- Chuẩn bị thuốc, máy sốc điện và các phương tiện cấp cứu khác

- Chuẩn bị phòng bệnh riêng cho những thể bệnh đặc biệt.

***4.2.2. Thực hiện y lệnh***

- Thực hiện đúng, kịp thời y lệnh về thuốc, xét nghiệm cũng như các y lệnh về chăm sóc khác (làm sốc điện, cho người bệnh vào phòng cách ly....)

- Người bệnh tâm thần thường dùng các loại thuốc an thần kinh. Khi tiêm hoặc cho người bệnh uống các loại thuốc này cần theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ để đề phòng tai biến do thuốc. Phải kịp thời phát hiện và báo cho nhân viên y tế khi có các tác dụng phụ của thuốc:

* Thuốc an thần kinh (haloperidol, tisercin, aminazin...) có thể gây loạn trương lực cơ : người bệnh tự nhiên xuất hiện các cơn xoắn vặn ở cổ và lưng gây vẹo cổ, vẹo người, co thắt các cơ ở hàm hoặc cứng hàm, nuốt khó, co thắt các cơ ở họng gây nói khó, nói ngọng...
* Thuốc cũng có thể gây Hội chứng giống Parkinson: người bệnh trở nên đờ đẫn, vẻ mặt kém linh hoạt, khuôn mặt "tượng đá", run, cứng cơ, đi lại chậm chạp, phối hợp động tác khó khăn. Bệnh nhân có thể gặp trạng thái bồn chồn bất an do thuốc: buồn bực khó chịu, không thể đứng hoặc ngồi lâu một tư thế, luôn luôn vận động chân tay, phải đi lại để cho đỡ khó chịu.
* Hạ huyết áp tư thế cũng là một tác dụng phụ thường gặp của thuốc: khi thay đổi tư thế đột ngột (từ tư thế nằm sang tư thế đứng...), người bệnh có biểu hiện hoa mắt, chóng mặt, đứng không vững, thậm chí có thể ngã.

Những dấu hiệu bất thường khác cũng cần phát hiện kịp thời để báo cho bác sĩ như sốt, đái buốt, đái rắt, bí đại tiểu tiện...

***4.2.3. Theo dõi và phát hiện biến chứng***

 - Theo dõi sát tình trạng của người bệnh trong cả quá trình nằm viện.

- Tiếp xúc với người bệnh, phát hiện các triệu chứng cấp tính đặc biệt là tình trạng cấp cứu.

- Phát hiện sớm các biến chứng do dùng thuốc, do nằm lâu.

***4.2.4. Các chăm sóc khác***

- Ân cần giải thích để người bệnh tin tưởng, chịu nằm viện và dùng thuốc.

- Chăm sóc dinh dư­ỡng và vệ sinh thân thể cho người bệnh.

- Dùng liệu pháp tâm lý để gần gũi người bệnh, giúp đỡ họ khắc phục tình trạng khó khăn về sinh hoạt như mặc quần áo, dùng thuốc, đi lại, ăn uống, vệ sinh..v.v..

- Trường hợp người bệnh hưng phấn vận động hoặc kích động, chống đối không chịu dùng thuốc, cần có đông người giữ để tiêm thuốc, sau đó cho họ vào buồng riêng để không ảnh hưởng đến những người bệnh khác.

- Trường hợp người bệnh không chịu ăn do hoang tưởng hoặc ảo giác chi phối thì phải cho người bệnh ăn bằng ống thông hoặc nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

- Trường hợp người bệnh trầm cảm có ý t­ưởng hoặc hành vi tự sát:

+ Loại bỏ các vật dụng có thể dùng để tự sát: dao kéo, chai lọ, dây thừng, thuỷ tinh...

+ Theo dõi th­ường xuyên, phát hiện kịp thời ý tư­ởng và hành vi tự sát.

- Trường hợp người bệnh căng trư­ơng lực bất động nằm nhiều, lâu ngày, cần vệ sinh thân thể và trở mình thường xuyên cho người bệnh để chống loét.

**4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

***4.3.1. Chuẩn bị dụng cụ, buồng bệnh***

***4.3.2. Thực hiện y lệnh***

***4.3.3. Theo dõi và phát hiện biến chứng***

***4.3.4. Các chăm sóc khác***

**4.4. Đánh giá**

 Quá trình chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt đ­ược coi là tốt khi:

- Các triệu chứng lâm sàng hết hoặc giảm nhiều.

- Người bệnh tiếp xúc đ­ược, ăn, ngủ, đi lại bình thường.

- Chấp hành tốt nội quy.

- Người bệnh có thể lao động hoặc công tác đư­ợc như­ng phải tiếp tục điều trị củng cố tại nhà, quản lý và chăm sóc lâu dài tại cộng đồng.

**tự lượng giá**

**phần câu hỏi truyền thống**

1. Trình bày định nghĩa và kể một số biểu hiện sớm của bệnh tâm thần phân liệt.

2. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng của bệnh tâm thần phân liệt.

3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU**

**Thời gian: 2 tiết**

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của các rối loạn lo âu.

2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh rối loạn lo âu.

**1. Khái niệm**

Rối loạn lo âu là một trạng thái, một cảm giác sợ hãi mơ hồ, quá mức gây khó chịu, không rõ nguyên nhân mà do chủ quan của người bệnh, dẫn đến suy yếu rõ rệt các hoạt động của cá thể.

 Lo âu có thể là hoạt động thích nghi như là một tín hiệu báo trước sự đe doạ bên ngoài hay bên trong. Thường kèm theo các triệu chứng cơ thể như cảm giác đau tức ngực, hồi hộp, vã mồ hôi...

Lo âu là một rối loạn thường gặp, tỷ lệ gặp là 30-40% trong quần thể người lớn trong một thời điểm nào đó của cuộc đời.

**2. Triệu chứng tâm sàng**

**2.1. Rối loạn lo âu ám ảnh sợ**

Là một rối loạn mà chủ yếu là lo âu một cách vô lý trước một hoàn cảnh thực tế không nguy hiểm dẫn đến sự né tránh có ý thức. Hiện tượng này có thể lặp đi lặp lại nhiều lần.

Các triệu chứng thường gặp là:

* Người bệnh đánh trống ngực, tim đạp nhanh, ra mồ hôi, chân tay run và lắc lư.
* Người bệnh có cảm giác hụt hơi ngột ngạt, sắp ngất xỉu xuất hiện cảm giác buồn nôn hoặc nôn,
* Cơn ớn lạnh hoặc nóng rát hoặc có cảm giác tê bì, kiến bò.
* Thường hay kết hợp với hiện tượng thứ phát như sợ chết, sợ bị điên, sợ mất tự chủ. Nhiều khi mới chỉ nghĩ về hoàn cảnh gây ám sợ thì cũng đã đủ gây ra trạng thái lo âu.
* Người bệnh thường có phản ứng cố gắng chạy trốn khỏi hoàn cảnh gây lo âu với hy vọng cơn hoảng sợ giảm đi. Sự né tránh là biến chứng phổ biến nhất (10% số trường hợp).

Sự lo âu và mối quan tâm về các triệu chứng cơ thể là phổ biến và sự khu trú thay đổi theo các triệu chứng ví dụ khi có đánh tim đạp nhanh, cảm giác ngột ngạt thì người bệnh xuất hiện lo âu mắc bệnh tim...

Trầm cảm là một rối loạn thường đi kèm với lo âu, xuất hiện sau lo âu, có lúc làm cho tình trạng lo âu trở nên nặng hơn.

Ngoài ra, lạm dụng các chất như rượu, thuốc bình thần cũng là những biến chứng thường gặp của rối loạn lo âu.

**2.2. Ám ảnh sợ khoảng trống**

Người bệnh có biểu hiện không những sợ khoảng trống mà cả những vấn đề liên quan như sợ chỗ đông người, sợ những nơi mà sự rút lui về nơi an toàn khó khăn như sợ đi vào cửa hàng, sợ đi máy bay, sợ các nơi công cộng.

Thường kèm theo các triệu chứng như cảm giác sắp ngất xỉu và bị bỏ rơi ở nơi công cộng.

Bệnh hay gặp ở nữ và ở lứa tuổi vị thành niên và thanh niên. Thường kèm theo trầm cảm, ám ảnh, né tránh ... trong bệnh cảnh lâm sàng.

**2.3. Ám ảnh sợ xã hội**

Biểu hiện lâm sàng người bệnh sợ và né tránh bị nhìn chăm chú trong một nhóm nhỏ làm cho người bệnh sợ hãi, bẽn lẽn, đỏ mặt và lúng túng. Thường dẫn đến sự né tránh các giao tiếp xã hội hoặc các hành vi làm giảm sự lo âu như đi cùng người khác. Do vậy hiệu quả của các hoạt động sẽ giảm.

 Bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi vị thành niên và gặp cả ở hai giới nam và nữ.

**2.4. Ám ảnh sợ đặc hiệu**

Là một ám ảnh khá phổ biến, tuy nhiên các người bệnh ám ảnh sợ thì không phổ biến.

Biểu hiện lâm sàng là những ám ảnh sợ khu trú vào một số tình huống hoặc sự vật đặc hiệu như sợ chỗ cao, sợ một số động vật đặc biệt như côn trùng, rắn, cóc, sợ bóng tối, sợ đi máy bay, sợ nhìn thấy máu...

Hoàn cảnh xuất hiện bệnh kín đáo và thường gây ra trạng thải hoảng sợ. Các ám ảnh sợ này thường xuất hiện ở lứa tuổi trẻ em và có thể tồn tại kéo dài nếu không được điều trị. Tuy nhiên hậu quả không nặng nề và người bệnh không bị trở ngại nhiều.

**2.5. Rối loạn ám ảnh cưỡng bức**

Biểu hiện các ám ảnh và/hoặc cưỡng bức xuất hiện lặp đi lặp lại làm cho người bệnh rất khó chịu và không giải thích được, nó gây ảnh hưởng đến sinh hoạt và tiếp xúc xã hội của người bệnh.

Các ám ảnh là những ý nghĩ, hình ảnh hay xung động lặp lại có tính chất định hình ngoài ý muốn của người bệnh, nội dung rất lạ lùng, người bệnh cố gắng kiềm chế và xua đuổi đi hoặc chống lại nhưng không được (ví dụ cứ ra khỏi nhà là có ý nghĩ gặp chuyện không may...).

 Các loại hay gặp là ám ảnh bị lây bệnh, ám ảnh nghi ngờ kèm theo cưỡng chế hoặc kiểm tra, ý nghĩ ám ảnh và chậm chạp ám ảnh.

Các cưỡng bức thường là các hành vi nhằm phòng ngừa hoặc làm giảm những cảm giác khó chịu do các ý nghĩ sinh ra.

Các cưỡng bức cũng có tính chất lặp đi lặp lại những hành vi không có nghĩa hoặc đôi khi là vô ích như rửa tay, quay đầu lại mỗi khi ra khỏi nhà, cầu nguyện, kiểm tra, làm sạch và đếm... Mục đích của các hành vi này là làm giảm lo âu. Người bệnh rất khó chịu nhiều lần kháng cự lại nhưng không thành công mà ngược lại các nghi thức ngày càng phức tạp và người bệnh mất nhiều thời gian để thực hiện chúng. Những người bệnh này được xem là kỳ quặc hoặc rất kiểu cách, đôi khi ảnh hưởng rất lớn đến gia đình hay công việc (ví dụ hành vi tích trữ rác trong nhà...).

Có thể xuất hiện kèm theo trên lâm sàng các hành vi né tránh, các triệu chứng lo âu thần kinh tự trị, cảm giác đau khổ hay sự căng thẳng tâm thần.

 Trầm cảm cũng là triệu chứng thường gặp kết hợp, có liên quan đến sự tăng hay giảm các triệu chứng ám ảnh.

Ngoài ra nghiện chất cũng hay gặp.

Rối loạn ám ảnh cưỡng bức gặp 2-3% trong quần thể và gặp đều nhau cả hai giới nam và nữ. Bắt đầu ở lứa tuổi thanh niên, một số ít trường hợp khởi phát ở lứa tuổi thơ ấu.

**2.6. Rối loạn lo âu lan toả**

Nét đặc trưng của rối loạn lo âu lan toả là tính dai dẳng của bệnh. Người bệnh lo âu ngày qua ngày các sự kiện và các vấn đề nhưng không nổi bật vào tình huống đặc biệt nào.

Các triệu chứng biểu hiện là

* Người bệnh thường xuyên thấy bất an, căng thẳng bắp thịt, run rẩy, ra mồ hôi, đầu óc trống rỗng,
* Hồi hộp đánh trống ngực, chóng mặt, khó chịu thượng vị.
* Sợ bản thân hoặc người thân bị tai nạn hoặc những điều không may xảy đến.
* Đồng thời với rối loạn lo âu là những linh tính điềm gở.
* Các rối loạn này thường gặp ở phụ nữ và có liên quan đến sang chấn tâm lý mạn tính.
* Rối loạn lo âu chiếm khoảng 2 - 5 % dân số, tiến triển dao động và có xu hướng mạn tính.

**3. Nguyên tắc điều trị**

Mặc dù các rối loạn lo âu có các hình thức khác nhau, xuất hiện trên các cá thể khác nhau nhưng chúng có nhiều điểm chúng, vì vậy nguyên tắc điều trị chung là:

* Thiết lập mối quan hệ hỗ trợ bằng cách làm yên tâm, giải thích, hướng dẫn và động viên người bệnh.
* Đánh giá một cách toàn diện về đặc điểm lâm sàng, mức độ nặng của bệnh, các yếu tố tác động như tâm lý, sinh học, cách sống... có ảnh hưởng đến quá trình điều trị.
* Cung cấp thông tin đầy đủ cho người bệnh về bệnh và những điều người bệnh được làm hay không được làm.
* Hướng dẫn và động viên người bệnh tham gia vào các liệu pháp thư giãn, thể dục...
* Chú ý loại trừ các tình huống gây stress.
* Liệu pháp hoá dược: Các thuốc bình thần nhóm benzodiazepine, các thuốc chống trầm cảm 3 vòng có tác dụng tốt đối với các triệu chứng rối loạn lo âu lan toả, ám ảnh và các cơn hoảng sợ kịch phát, ám ảnh cưỡng bức.

Tuy nhiên cần chú ý. tác dụng gây lạm dụng quen thuốc của nhóm bezodiazepine. Thuốc chống trầm cảm có tác dụng chậm sau một thời gian 12 tuần và một liệu trình điều trị phải kéo dài từ 18 - 24 tháng.

Các thuốc chẹn beta giúp giải quyết các triệu chứng ngoại biên của lo âu như run, vã mồ hôi, tim đập nhanh.

* Liệu pháp hành vi: Cho người bệnh tiếp xúc với các tình huống gây hoảng sợ tăng dần để giúp người bệnh thích nghi từ từ. Có thể dùng các phương tiện phụ trợ như băng đĩa, câu chuyện, hình ảnh nhằm làm giảm bớt sự sợ hãi của người bệnh, làm tăng hiệu quả của điều trị.
* Liệu pháp tâm lý: được áp dụng chủ yếu là liệu pháp tâm lý nâng đỡ nhằm trấn an tư tưởng người bệnh khi có năng lo âu không có cơ sở. Đồng thời giúp người bệnh giảm các triệu chứng và có quan hệ tốt hơn với xung quanh.

**4. Phòng bệnh**

Cần phổ biến rộng rãi kiến thức vệ sinh phòng bệnh tâm thần.

Kết hợp giữa giáo dục gia đình, nhà trường và tập thể, nhằm giáo dục rèn luyện từ bé một nhân cách vững vàng, đủ sức chịu đựng, có lý tưởng và tự trên lối thoát trưa những biến cố, những hoàn cảnh đặc biệt khó khăn, những sang chấn tâm thần mạnh và đột ngột, biết tự kìm chế bản thân, giáo dục tình đoàn kết và thân ái.

Giải thích cho người bệnh (ám thị nếu cần) và người nhà về bệnh và yêu cầu người nhà phối hợp trong công tác phòng bệnh cho người bệnh.

Tổ chức các buổi nói chuyện hoặc phổ biến rộng rãi kiến thức vệ sinh phòng bệnh tâm thần cho tuyến cơ sở và người dân.

 5**. Chăm sóc**

**5.1. Nhận định**

- Người bệnh có cảm giác sợ hãi mơ hồ, sợ chỗ đông người sợ độ cao…

- Người bệnh có cảm giác ở một hoặc hai cơ quan hay hệ thống của cơ thể: cảm giác khó chịu vùng thượng vị, hồi hộp trống ngực, run tay chân…

- Người bệnh có ở trạng thái suy nhược và rối loạn giấc ngủ kéo dài hay không, có giảm sút khả năng lao động hay không?

- Người bệnh có biểu hiện trầm cảm hay lo âu?

- Nhận định về thể trạng của người bệnh? Người bệnh ăn uống có ngon miệng hay có biểu hiện gầy sút?

- Người bệnh có mất ngủ không?

- Nhận định về chế độ vệ sinh, vệ sinh thân thể, răng miệng.

**4.2. Các vấn đề cần chăm sóc:**

- Người bệnh lo sợ, căng thảng tâm thần, né tránh xã hội.

- Người bệnh trầm cảm.

- Người bệnh gầy sút do ăn uống không ngon miệng.

- Người bệnh có nguy cơ bị các tác dụng phụ của thuốc do lạm dụng thuốc.

**4.3. Lập kế hoạch chăm sóc:**

- Tìm hiểu tâm lý để biết căn nguyên gây bệnh.

- An ủi động viên giải thích để người bệnh yên tâm điều trị.

- Tăng cường vui chơi giải trí cho người bệnh.

- Nâng đỡ thể trạng, chống suy mòn..

- Vệ sinh thân thể và răng miệng thường xuyên cho người bệnh.

- Sử dụng thuốc và các liệu pháp theo y lệnh.

**4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:**

Những điểm cần lưu ý:

* Thường xuyên gần gũi, tiếp xúc với người bệnh, tạo sự tin tưởng để người bệnh sẵn sàng thổ lộ những tâm tư tình cảm, suy nghĩ bất thường đặc biệt là các hoang tưởng mới phát sinh.
* Điều dưỡng trợ giúp và hướng dẫn người nhà người bệnh chăm sóc bản thân, sắp xếp nhịp sinh hoạt, để người bệnh tự làm các công việc cá nhân nếu người bệnh làm được, khuyên người bệnh tham gia lao động và các hoạt động liệu pháp khác.
* Tăng cường vui chơi giải trí cho người bệnh loại bỏ những ý nghĩ xấu, những hiểu biết lệch lạc về bệnh tật.
* Giúp người bệnh hiểu rõ về tình hình bệnh tật về căn nguyên bệnh và tìm biện pháp xử lý để giúp họ sống tốt.

**4.5. Đánh giá:**

* Người bệnh đã dần ổn định, hiểu biết và không kêu ca phàn nàn về bệnh.
* Hết hoang tưởng,
* Người bệnh đã ăn uống được, ngủ được,
* Nghỉ ngơi hợp lý
* Có thể làm việc trở lại bình thường.

**Câu hỏi truyền thống**

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của rối loạn lo âu ám ảnh sợ.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của rối loạn lo âu ám ảnh sợ khoảng trống, ám ảnh sợ xã hội
3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của rối loạn lo âu ám ảnh cưỡng bức.
4. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của rối loạn lo âu lan tỏa.
5. Trình bày nguyên tắc điều trị rối loạn lo âu
6. Trình bày lập kế hoạch chăm sóc người bệnh rối loạn lo âu.

**PHỤ GIÚP THẦY THUỐC THỰC HIỆN MỘT SỐ LIỆU PHÁP**

 **TRỊ LIỆU TÂM THẦN**

**Số tiết: 01**

**Mục tiêu**

1. Trình bày được cách chuẩn bị người bệnh khi điều dưỡng phụ giúp thầy thuốc làm sốc điện cho người bệnh tâm thần.

2. Trình bày được cách theo dõi, chăm sóc cho người bệnh tâm thần sau sốc điện.

3. Trình bày được một số liệu pháp điều trị không dùng thuốc với người bệnh tâm thần.

**Nội dung**

***1. Sốc điện:***

- Sốc điện là một liệu pháp điều trị bằng cách cho một dòng điện đi qua não để gây cơn co giật (giống cơn động kinh) nhưng không gây tổn thương tế bào não.

- Chỉ định sốc điện chủ yếu cho những người bệnh trầm cảm nặng có ý tưởng, hành vi tự sát, trạng thái căng trương lực trong bệnh tâm thần phân liệt, hoang tưởng, ảo giác hoặc kích động ở người bệnh tâm thần mạn tính mà điều trị bằng thuốc không có kết quả.

- ***Chuẩn bị dụng cụ***

 + Kiểm tra máy sốc, điện cực, dây điện trước khi sốc.

 + Chuẩn bị gạc hoặc băng cuộn để ngáng miệng, nước muối sinh lý, gối kê, khăn lau đờm dãi, bình oxy, máy hút đờm dãi, thuốc cấp cứu.

***- Chuẩn bị người bệnh:***

+ Giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu rõ mục đích của thủ thuật để họ yên tâm.

+ Dặn gia đình hay nhân viên y tế cho người bệnh nhịn ăn trước khi sốc điện ít nhất 6 tiếng để tránh tình trạng thức ăn trào ngược vào đường hô hấp khi sốc điện.

+ Cho người bệnh đi đại, tiểu tiện trước khi sốc điện.

+ Tháo răng giả (nếu có), tháo các đồ trang sức trên người bệnh để đề phòng tai biến có thể xảy ra.

+ Kiểm tra lại mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trước khi sốc điện. Nếu thấy bất thường phải báo ngay với thầy thuốc.

***- Phụ giúp thầy thuốc làm sốc điện:***

 Thông thường kíp sốc điện ít nhất là 3 người: bác sỹ chỉ huy chung và bấm máy, một người phụ giữ vai người bệnh, một người phụ giữ điện cực (hai bên thái dương của người bệnh).

 Người phụ giữ vai người bệnh để hạn chế bớt cường độ co giật đề phòng gẫy xương, trật khớp. Khi người bệnh hết cơn co giật, đặt đầu người bệnh nghiêng sang một bên, rút tấm gạc đệm ở miệng người bệnh ra. Lấy khăn lau đờm rãi và kiểm tra xem người bệnh có bị xây sát không ?

Thông thường sau cơn co giật người bệnh có rối loạn ý thức trong thời gian ngắn và sau đó người bệnh sẽ ngủ. Nếu người bệnh chưa tỉnh hẳn thì phải giữ người bệnh nằm yên tại giường cho đến khi tỉnh hoàn toàn mới thôi để tránh tai biến.

***- Theo dõi chăm sóc sau khi sốc điện:***

+ Kiểm tra lại mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở nếu thấy bất thường phải báo ngay với bác sỹ để xử trí .

+ Nếu người bệnh ngừng thở lâu: ấn nhẹ vùng trên rốn phía dưới lồng ngực vài lần để kích thích người bệnh thở. Nếu ngừng thở kéo dài hơn thì phải thở ôxy đồng thời làm hô hấp nhân tạo và dùng thuốc trợ hô hấp.

+ Lau mồ hôi, đờm rãi cho người bệnh, nếu người bệnh ra mồ hôi nhiều thì thay quần áo cho họ.

Ngoài ra, sau khi sốc điện người bệnh có thể nhức đầu, đau lưng, giảm trí nhớ, mệt mỏi cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ yên tâm, các triệu chứng trên sẽ mất dần sau một thời gian ngừng sốc điện.

**2. Một số liệu pháp không dùng thuốc điều trị người bệnh tâm thần**

***2.1. Liệu pháp tâm lý***

Liệu pháp tâm lí là những biện pháp tác động lên tâm lí người bệnh một cách có

kế hoạch, có tổ chức nhằm mục đích chữa bệnh.

- Một cách có kế hoạch: những lời động viên, an ủi của bạn bè, người thân cũng

nhằm làm giảm nhẹ tình trạng lo âu, buồn chán của người bệnh nhưng đó không phải là liệu pháp tâm lí. Liệu pháp tâm lí những biện pháp đã được xây dựng, thiết kế trên cơ sở khoa học tâm lí, do những người có chuyên môn (bác sĩ hoặc nhà tâm lý) thực hiện.

- Nhằm mục đích chữa bệnh: trong lâm sàng tâm thần, mục đích của liệu pháp

tâm lí có thể là:

*+* Khắc phục các triệu chứng bệnh lí, ví dụ, giải toả lo âu.

*+* Kéo dài thời gian ổn định, giảm liều thuốc củng cố, hạn chế tái phát.

*+* Hỗ trợ người bệnh tăng cường khả năng tự đối phó, tự giải quyết vấn đề.

*+* Điều chỉnh một số nét tính cách, giúp người bệnh thích nghi tốt hơn với cuộc

sống.

Cùng với các liệu pháp sinh học (liệu pháp hóa dược và các liệu pháp chuyên

biệt, ví dụ như sốc điện), liệu pháp tâm lí đang góp phần không nhỏ vào lĩnh vực điều trị tâm thần.

***2.2. Liệu pháp môi trường, xã hội***

* Các cơ sở điều trị nói chung, điều trị tâm thần nói riêng, cần phải được xây dựng nhằm tạo ra một môi trường tác động tích cực lên tâm lí người bệnh.
* Xu hướng chung hiện nay là không xây dựng nhiều những bệnh viện tâm thần lớn mà thường là tổ chức các khoa tâm thần tại bệnh viện đa khoa, tác dụng điều trị đối với bệnh nhân tâm thần là họ được đối xử bình đẳng như những bệnh nhân khác, góp phần xóa bỏ thái độ kì thị của xã hội đối với bệnh nhân tâm thần
* Trong bệnh viện tâm thần cũng cần phải có các phòng dành cho những hoạt động liệu pháp tâm lí - xã hội: phòng đọc sách báo, xem ti vi, phòng liệu pháp âm nhạc, hội họa, các phòng liệu pháp lao động, các phòng luyện tập thể dục thể thao..*.*
* Lao động liệu pháp nhằm làm thay đổi, điều chỉnh tâm lí bên trong thông qua việc tổ chức thực hiện các thao tác bên ngoài.
* Lao động phải được tiến hành từng bước, từ dễ đến khó, phải động viên bệnh nhân thực hiện, không nên gò ép họ.
* Người bệnh phải được hưởng thành quả của lao động. Điều này không chỉ mang ý nghĩa nhân đạo mà còn có tác dụng củng cố tích cực đối với hoạt động lao động.
* Có rất nhiều dạng lao động có thể được sử dụng làm liệu pháp. Thường đó là những dạng lao động thủ công, không đòi hỏi có kĩ thuật cao: dệt chiếu, khâu nón, làm đồ chơi…

2.3. ***Các liệu pháp nghệ thuật.***

Hoạt động nghệ thuật có tác động rất lớn đến tâm lí con người, trước hết là lĩnh vực cảm xúc. Do vậy các hoạt động nghê thuật, bao gồm cả hoạt động sáng tạo cũng như thưởng thức, tiếp thu đều có thể được thiết kế thành dạng trị liệu.

* *Liệu pháp âm nhạc:*Có 2 dạng liệu pháp âm nhạc:

*+* Liệu pháp âm nhạc tiếp thu: người bệnh được thưởng thức các tác phẩm âm

nhạc. Hình thức có thể rất đa dạng: qua các phương tiện nghe nhìn như nghe qua băng ghi âm, xem băng, đã hoặc được nghe nhạc sống, xem nghệ sĩ biểu diễn.

*+* Liệu pháp âm nhạc chủ động : bệnh nhân được dạy tập hát.

* *Liệu pháp nghệ thuật tạo hình*

Tại cơ sở điều trị tâm thần, người ta có thể xây dựng phòng dành cho bệnh nhân

thực hiện các nghệ thuật tạo hình. Trong phòng điều trị này đã có sẵn các chất liệu cho bệnh nhân sáng tạo. Chất liệu thường dùng nhất là thạch cao.

* *Liệu pháp hội hoạ*

Trong hệ thống các buồng liệu pháp tâm lí - xã hội có một buồng dùng cho liệu pháp hội hoạ. Tại đây cũng có sẵn các chất liệu cho bệnh nhân vẽ tranh: giấy, bút màu, sáp mầu, sơn dầu.*.*.

***2.4. Các liệu pháp phục hồi, tăng cường kĩ năng xã hội***

* *Phục hồi kĩ năng giao tiếp*

*+ G*iao tiếp tại cộng đồng.

*+ G*iao tiếp trong gia đình.

*+ G*iao tiếp tại công sở.*..*

* . *Các kĩ năng cuộc sống*

**Tự lượng giá**

**câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy:

16. Trình bày cách chuẩn bị và phụ giúp thầy thuốc làm sốc điện cho người bệnh tâm thần

17. Trình bày cách theo dõi, chăm sóc người bệnh sau khi làm sốc điện.

18. Trình bày liệu pháp tâm lý điều trị người bệnh tâm thần.

19. Trình bày liệu pháp môi trường, xã hội điều trị người bệnh tâm thần

20. Trình bày liệu pháp nghệ thuật điều trị người bệnh tâm thần

**THEO DÕI – CHĂM SÓC MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU**

**TRONG TÂM THẦN**

**Số tiết: 02**

**Mục tiêu học tập**

1. Trình bày được khái niệm, nguyên nhân của 3 trường hợp cấp cứu tâm thần thường gặp.
2. Trình bày được các bước kỹ thuật chăm sóc 3 trường hợp cấp cứu thường gặp trong tâm thần.
3. Vận dụng được các kiến thức đã học để chăm sóc được các trường hợp cấp cứu tâm thần trong thực tế.
4. **Chăm sóc người bệnh kích động**

**1.1. Khái niệm**

Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý vận động quá mức, xuất hiện một cách đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh. Kích động là một cấp cứu trong tâm thần vì rối loạn hành vi tác phong sẽ gây nguy hiểm cho bản thân người bệnh và ảnh hưởng đến sự an toàn của gia đình và cộng đồng.

**1.2. Nguyên nhân và đặc điểm của các trạng thái kích động**

- Do người bệnh nhận thức sai lầm, tưởng mình bị đưa đi giam giữ.

- Do bất bình trước những sự việc không vừa ý trong bệnh phòng.

- Do say mê theo đuổi mục đích riêng nhưng bị ngăn cản.

- Do bị xúi giục hoặc bắt chước người bệnh kích động khác.

- Do sang chấn tâm thần mạnh hoặc trong cơn kích động cảm xúc của người bệnh Hysteria.

- Do lo sợ trước hoang tưởng, ảo giác có nội dung gây hoảng loạn cho người bệnh.

Một số trường hợp kích động có tính chất đặc biệt:

- Trong bệnh loạn thần hưng trầm cảm người bệnh có thể bị kích động trong một số trường hợp sau: hưng cảm kéo dài kèm theo bị nhiễm độc, nhiễm khuẩn; người bệnh trầm cảm nặng có hoang tưởng bị tội.

- Trong bệnh tâm thần phân liệt: người bệnh thường xuất hiện những kích động do các hoang tưởng, ảo giác chi phối, không lường trước được, lạ lùng, khó hiểu và nhiều khi nguy hiểm như giết người.

- Trong bệnh động kinh có rối loạn tâm thần: kích động xuất hiện đột ngột, kèm theo rối loạn ý thức, có thể xuất hiện các hành vi tấn công hung bạo, giết người. Cơn mất đi đột ngột và sau cơn người bệnh quên tất cả.

- Trong loạn thần tuổi già: người bệnh kích động về đêm, thường là các hành vi vô nghĩa, kèm theo mất định hướng, rối loạn trí nhớ và ngôn ngữ.

**1.3. Các bước tiến hành kỹ thuật chăm sóc**

- Tìm hiểu nguyên nhân và hoàn cảnh phát sinh kích động:

+ Hỏi người nhà, người xung quanh, người đi kèm hoặc cơ quan về nguyên nhân, hoàn cảnh xảy ra kích động.

+ Dùng lời lẽ điềm đạm nói chuyện với người bệnh, giải thích, thuyết phục.

+ Bình tĩnh lắng nghe ý kiến của người bệnh.

+ Cởi trói cho người bệnh nếu có thể.

- Cố định người bệnh: nếu người bệnh kích động dữ dội, chống đối, đập phá

+ Khống chế người bệnh và đưa người bệnh vào giường cố định:

* Số lượng người: Cần 3-4 người.
* Chú ý: người khống chế không đi trước mà phải đi hai bên hoặc đi sau người bệnh.

+ Cố định người bệnh tại giường: cố định hai cổ tay và hai cổ chân. Cố định thêm hai bả vai trong trường hợp người bệnh chống đối mãnh liệt.

Chú ý: không cố định quá chặt làm tổn thương vùng cố định, cản trở lưu thông máu, không cố định lỏng quá tránh người bệnh tụt được tay ra ngoài. Tuyệt đối không được có hành động thô bạo với người bệnh.

- Kiểm tra trên người bệnh để phát hiện và thu giữ đồ vật nguy hiểm nếu có.

- Phòng cố định người bệnh không để dụng cụ, đồ vật để người bệnh có thể đập phá và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nếu có bất thường phải báo cáo bác sỹ ngay để xử trí kịp thời.

- Nhanh chóng thực hiện y lệnh thuốc: chú ý sau khi tiêm thuốc an thần kinh trong những giờ đầu người bệnh có thể xảy ra truỵ mạch khi thay đổi tư thế đột ngột, vì vậy phải theo dõi sát người bệnh sau khi tiêm thuốc 2-3 giờ.

- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh:

+ Trong trạng thái kích động người bệnh thường mệt mỏi, suy kiệt cần chú ý bồi dưỡng cơ thể bằng chế độ ăn uống đầy đủ calo và sinh tố.

+ Người bệnh chống đối không chịu ăn thì phải cho ăn bằng sonde.

- Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ, chống loét, chống nhiễm trùng cơ hội.

- Ghi chép hồ sơ:

+ Các công việc đã làm.

+ Diễn biến của người bệnh.

+ Các diễn biến bất thường và trạng thái tâm thần đặc biệt của người bệnh.

- Dặn dò, hướng dẫn

 + Người bệnh: khi tình trạng bệnh thuyên giảm, người bệnh đỡ kích động

* Động viên người bệnh uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ và tin tưởng điều trị.
* Không uống rượu, bia, nước chè đặc và các chất kích thích.

 + Gia đình:

* Thường xuyên động viên người bệnh.
* Tránh gây căng thẳng, đối đầu với người bệnh để người bệnh không kích động trở lại.
* Khi người bệnh đã ổn định giải thích cho gia đình tạo mọi điều kiện giúp người bệnh hoà nhập trở lại với gia đình và cộng đồng.
* Gia đình quản lý thuốc chặt chẽ, cho người bệnh uống thuốc đều theo đơn.

**2. Chăm sóc người bệnh chống đối không chịu ăn**

Điều dưỡng viên cần hiểu rõ chống đối không chịu ăn là một tình trạng cấp cứu trong tâm thần do nhiều nguyên nhân gây ra. Nếu người bệnh không được điều trị và ăn uống không đảm bảo dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đến sức khoẻ do vậy cần cung cấp đủ lượng calo, khoáng chất, sinh tố cần thiết hàng ngày cho người bệnh.

**2.1. Nguyên nhân**

- Do rối loạn bản năng ăn uống: kém ăn, không chịu ăn là triệu chứng đầu tiên của bệnh tâm thần ở trẻ em, bệnh loạn thần tuổi già nhất là trạng thái trầm cảm.

- Do ảo giác chi phối:

 + ảo thanh ra lệnh không được ăn.

 + ảo khứu, ảo vị với mùi hôi, tanh, đắng, chua, nồng...

- Do hoang tưởng chi phối:

 + Hoang tưởng bị hại: người bệnh cho rằng có người muốn làm hại mình bỏ thuốc độc vào thức ăn, nước uống nên không dám ăn.

 + Hoang tưởng bị tội: người bệnh tự cho là mình có khuyết điểm, tội lỗi xấu xa không đáng được ăn.

- Bất động căng trương lực: do rối loạn vận động nên người bệnh không nhai, không nuốt được.

**2.2. Các bước tiến hành kỹ thuật chăm sóc**

- Chuẩn bị:

 + Phòng điều trị: thoáng mát, sạch sẽ.

+ Dụng cụ:

* Huyết áp, ống nghe.
	+ - * Bơm tiêm 50ml - 100ml.
			* Dầu nhờn paraphin.
			* Kìm mở miệng.
			* Thuốc theo y lệnh.
			* Sonde cho người bệnh ăn.
			* Thức ăn

- Làm công tác tâm lý:

 + Giải thích, thuyết phục để người bệnh tự ăn.

 + Vừa giải thích vừa bón cho người bệnh, có người bệnh phải ép và bắt buộc.

 + Có khi để suất cơm ở tủ đầu giường và không để ý đến thì người bệnh lại ăn và thường ăn vào ban đêm.

 + Nhân viên y tế nào mà người bệnh có thiện cảm thì để nhân viên y tế đó cho người bệnh ăn.

- Nếu những phương pháp trên không có kết quả thì cho người bệnh ăn bằng sonde (tiến hành kỹ thuật ăn bằng ống sonde).

- Nếu không thể cho người bệnh ăn bằng ống sonde, cần xem xét và tiến hành nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

**-** Ghi chép hồ sơ

 + Ghi nhận xét vào phiếu chăm sóc người bệnh: ăn uống có hết suất không, người bệnh tự ăn hay phải ép buộc cho ăn bằng ống sonde.

 + Trạng thái tinh thần của người bệnh.

 + Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và các diễn biến bất thường xảy ra.

- Dặn dò, hướng dẫn

 + Gia đình:

* Động viên, an ủi người bệnh, cho người bệnh ăn uống điều độ, đảm bảo calo, khoáng chất…
* Quản lý thuốc và cho người bệnh uống đều đặn hàng ngày.

 + người bệnh:

* Uống thuốc đều đặn hàng ngày.
* Tích cực tham gia các hoạt động.
* Ăn uống điều độ hàng ngày.

**3. Theo dõi - chăm sóc người bệnh có ý tưởng, hành vi tự sát**

 Đây là triệu chứng thường gặp trên những người bệnh tâm thần, nhất là những người trầm cảm. Dù là ý tưởng hay hành vi tự sát đều là những trường hợp phải cấp cứu trong tâm thần, đòi hỏi phải có biện pháp ngăn ngừa và điều trị kịp thời nếu không dễ xảy ra những tình huống nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

**3.1. Nguyên nhân gây tự sát trong bệnh tâm thần**

- Do trạng thái trầm cảm nặng

Người bệnh bị trầm cảm nặng có ý tưởng tự ty, tự cho mình có phẩm chất xấu, hèn kém hoặc mắc tội lỗi nặng nề phải chết mới đền tội được, có khi hoang tưởng này mở rộng ra như vũ trụ sụp đổ, nạn hồng thuỷ…người bệnh lo lắng cho mình và gia đình nên giết người thân và tự vẫn. Thường gặp trong thể trầm cảm Paranoid của tâm thần phân liệt, thể trầm cảm của loạn thần phản ứng, pha trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

- Do hoang tưởng, ảo giác ra lệnh.

- Do có hoang tưởng bị hại hay hoang tưởng bị tội kéo dài làm người bệnh đau khổ quá mức phải tự sát để kết thúc tình trạng đau khổ.

- Do ảo thanh mạt sát người bệnh quá đáng, dai dẳng.

- Doạ tự sát dẫn đến tự sát thật sự: người bệnh lúc đầu doạ tự sát để đòi thoả mãn nhu cầu cá nhân nào đó nhưng không được đáp lại hoặc đáp lại không thoả đáng, không kịp thời nên đi đến chỗ tự sát thật.

**3.2. Cách xử trí**

- Theo dõi:

+ Sớm phát hiện triệu chứng trầm cảm và theo dõi chặt chẽ.

+ Khi bắt đầu xuất hiện ý tưởng bị tội thì phải điều trị ngay và theo dõi ngày đêm liên tục.

+ Công việc theo dõi phải kín đáo, có hệ thống để người bệnh không vin vào cớ mình bị rình mò, kiểm soát làm mất tự do.

- Chăm sóc:

+ Để người bệnh nằm buồng riêng biệt, loại bỏ tất cả các vận dụng mà người bệnh có thể dùng để tự sát được như dây thừng, dao, kéo, thuốc ngủ...Nếu nghi ngờ người bệnh cất dấu phải tìm và lấy đi rất tế nhị như cho người bệnh đi tắm rồi lấy đi.

+ Không để người bệnh nằm chùm chăn kín đầu vì người bệnh có thể dùng cách nào đó tự sát trong chăn mà ta không biết được.

+ Cho người bệnh uống thuốc phải đảm bảo thuốc vào tận dạ dày để phòng người bệnh dấu thuốc để tự tử.

Tuy nhiên không thể lường hết được tình huống tự tử nên việc theo dõi chặt chẽ là quan trọng nhất.

**Tự lượng giá**

**Phần câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy:

17. Trình bày được các bước kỹ thuật chăm sóc người bệnh kích động tâm thần.

18. Trình bày được các bước kỹ thuật chăm sóc người bệnh tâm thần chống đối không chịu ăn.

19. Trình bày các bước kỹ thuật chăm sóc người bệnh có ý tưởng hành vi tự sát.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH**

**NGHIỆN RƯỢU, NGHIỆN MA TÚY**

***2 tiết***

**Mục tiêu học tập**

1. Trình bày khái niệm, nguyên nhân, yếu tố thuận lợi của nghiện rượu, ma túy.

2. Trình bày được các hậu quả của nghiện rượu, ma túy.

3. Vận dụng được các kiến thức đã học để chăm sóc người bệnh nghiện rượu, nghiện ma túy.

**1. Đại cương**

1. 1. Lạm dụng rượu và nghiện rượu

- Lạm dụng rượu (LDR) và nghiện rượu (NR) đã có từ lâu và rất phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đây cũng là một tệ nạn xã hội lâu đời, lâu đến nỗi mà nhiều người, nhiều nơi đã thích nghi với nó và xem như một phong tục tập quán trong các lễ nghi xã hội, tôn giáo.

- Rượu là chất duy nhất trong số các chất tác động tâm thần gây tổn thương lan

tràn các mô cơ thể và hầu hết các hệ thống cơ quan đều có thể bị ảnh hưởng. Các rối loạn do rượu là hội chứng cai, thiếu dinh dưỡng, chấn thương, nhiễm trùng do suy giảm khả năng miễn dịch.

*- Lạm dụng rượu* (Alcohol Abuse): là sử dụng rượu gây hại cho sức khoẻ, tâm thần và cơ thể nhưng chưa gây hậu quả nghiêm trọng về cơ thể và tâm thần.

*- Nghiện rượu* (Alcoholism) là một bệnh nghiện chất độc mạn tính đặc trưng bởi

ham muốn dùng rượu, và khi uống nhiều, có thể mất kiểm soát, bất chấp những hậu quả bất lợi về xã hội, tình cảm và cơ thể.

- Nghiện rượu là nguyên nhân sâu xa dẫn đến tử vong sớm. Rượu là nguyên nhân tử vong của nhóm tuổi 25 - 45 như tai nạn, tự sát, giết người.

*\*Dược lý học*

- Rượu hoà tan 100% trong nước, hoà tan trong dầu và trong các dung môi hữu cơ, rượu hấp thu rất nhanh vào cơ thể, hấp thu chậm ở dạ dày, nhưng rất nhanh ở ruột non.

- Tại đây rượu đã hoà tan các chất dinh dưỡng, lipit, các dung môi, hữu cơ và cả các sản phẩm chuyển hoá không có lợi vào máu, gây tác hại, gây độc cho cơ thể. - Chuyển hoá của rượu trong cơ thể: 95% chuyển hoá tại gan, chỉ 5% qua thận và phổi, tác dụng độc của rượu, phụ thuộc vào nồng độ rượu có trong máu.

1.2. Lạm dụng và nghiện ma túy

*-  Lạm dụng ma túy nhóm opioid*

Lạm dụng opioid bao gồm các rối loạn do ma túy gây ra trong vòng 12 tháng nhưng chưa đủ nặng để trở thành nghiện ma túy.

*- Nghiện ma túy nhóm opioid (nhóm thuốc phiện)*

+ Ma túy là chất kích thích thần kinh gây cảm giác như giảm đau, hưng phấn, dễ chịu, buồn ngủ mà nếu dùng nhiều lần sẽ phải sử dụng lại chất này nếu không cơ thể sẽ cảm thấy rất khó chịu..

+ Nghiện ma túy là khi phải sử dụng ma túy để sinh hoạt bình thường. Khi sử dụng ma túy thì cảm thấy khoan khoái, đê mê, sung sướng, còn nếu thiếu đi nó thì người bị nghiện ma túy sẽ cảm thấy bị hành hạ tinh thần, thể xác không chịu được, bằng mọi giá phải sử dụng được ma túy nên có thể gây ra những hậu quả xấu cho sức khỏe đặc biệt là khả năng kiểm soát hành vi và cho cả xã hội.

+ Nghiện ma túy có thể bao gồm ma túy có nguồn gốc tự nhiên  như nghiện thuốc phiện, cocain…, nghiện ma túy bán tổng hợp như nghiện heroin và nghiện ma túy tổng hợp như nghiện thuốc lắc, nghiện ma túy đá…

*- Các rối loạn do dùng ma túy opioid:*

+ Nghiện ma túy.

+ Lạm dụng ma túy.

*- Các rối loạn do ma túy opioid gây ra*:
+ Say ma túy.
+ Hội chứng cai ma túy.

+ Sảng do ngộ độc ma túy.
+ Hoang tưởng do ma túy gây ra.
+ Ảo giác do ma túy gây ra, có ảo giác.
+ Rối loạn khí sắc do ma túy.
+ Mất chức năng tình dục do ma túy.
+ Rối loạn giấc ngủ do ma túy.
+ Rối loạn do ma túy không biệt định khác.

**2. Nguyên nhân – yếu tố thuận lợi**

2.1. Nghiện rượu

Hiện nay bệnh căn của nghiện rượu là đa tác nhân

- Yếu tố sinh học: Trên người sinh đôi cùng trứng khả năng nghiện rượu chiếm

54%. Ở người sinh đôi khác trứng khả năng nghiện là 28%. Nếu bố và mẹ cùng bị nghiện rượu thì khả năng con sẽ nghiện cao gấp 2 lần những trẻ mà cha mẹ chúng không nghiện.

- Yếu tố tâm lí: Nghiện rượu thường gặp trên những người có nét nhân cách không bình thường nhân cách bệnh lí. Khi dùng rượu có tác dụng làm giảm căng thẳng, lo âu, buồn phiền.

- Yếu tố văn hoá, xã hội: Truyền thống sử dụng rượu đã có từ lâu đời ở các dân tộc trên thế giới và nó đã trở thành phong tục, tập quán trong các dịp lễ hội, cưới xin, ma chay, cúng bái, là phương tiện giao tiếp xã hội, và mang màn sắc dân tộc, tôn giáo.

2.2. Ma túy

Nguyên nhân

Có thể chia thành 3 nhóm nguyên nhân sau :

*- Từ bản thân:*  Mải chơi, đua đòi muốn chứng tỏ mình là người sành điệu; Tò mò, bị kích động; Bạn bè rủ rê, lôi kéo thấy “hay hay” thì tham gia thử; Thất nghiệp, hoặc nghề nghiệp không ổn định dẫn đến tâm lý chán chường; Do lạm dụng các thuốc giảm đau khi chữa bệnh hoặc có vấn đề sức khỏe tâm thần.

*- Từ gia đình:* gia đình không hòa thuận, cha mẹ ly thân, ly hôn, nghiện ma túy, buôn bán ma túy...; Gia đình nuông chiều thái quá, buông lỏng quản lý, ít quan tâm đến con cái;

*- Từ xã hội:*  Do tội phạm ma túy dụ dỗ, lôi kéo thanh thiếu niên sử dụng ma túy; thanh thiếu niên sống gần nơi có buôn bán ma túy bị lôi kéo vào con đường sử dụng ma túy;

**3. Chẩn đoán**

***Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu :***

a. Thèm rượu mãnh mẽ.

b. Khó kiểm tra tập tính dùng rượu.

c. Khi không dùng rượu xuất hiện hội chứng cai.

d. Có hiện tượng dung nạp rượu (lượng rượu dùng ngày càng tăng).

e. Xao nhãng những thích thú cũ.

***Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cai rượu:***

1. Bắt đầu xuất hiện sau khi ngừng uống vài giờ, vài ngày hoặc giảm lượng rượu

uống*.*

2. Tiếp tục dùng rượu mặc dù biết rõ tác hại.

3. Thường là mất ngủ và kèm theo nhiều các rối loạn thần kinh thực vật, run tay

chân vã mồ hôi, nôn, buồn nôn

4. Lo âu, sợ hãi, bồn chồn đứng ngồi không yên, hoang tưởng, ảo giác

5. Có thể xuất hiện cơn co giật động kinh và nhiều các rối loạn tâm thần cấp như

hoang tưởng, ảo giác và rối loạn ý thức mê sảng

*Tiêu chuẩn chẩn đoán cho nghiện ma túy*  theo ICD 10

Nghiện (Lệ thuộc): 3 hoặc nhiều hơn các tiêu chí sau đây trong 12 tháng vừa qua

(1) Sự thèm muốn mãnh liệt hoặc cảm giác bắt buộc phải sử dụng ma túy;

(2) Khó khăn trong việc kiếm soát các hành vi sử dụng ma túy như khởi đầu, chấm dứt hoặc mức độ sử dụng;

 (3) Hội chứng cai thực thể;

(4) Có bằng chứng về sự dung nạp;

(5) Càng ngày càng trở nên thờ ơ với các thú vui hoặc sở thích khác;

(6) Tiếp tục sử dụng ma túy mặc dù biết rõ về các hậu quả có hại.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán cho cai ma túy opioid theo DSM-5*

A. Các triệu chứng xuất hiện sau một trong hai điều kiện:

1. Ngừng (hoặc giảm) sử dụng opioid sau một thời gian dài dùng liều cao (vài tuần hoặc lâu hơn).

2. Sử dụng chất kháng ma túy sau một thời gian dùng ma túy.

B. Có 3 (hoặc hơn) các dấu hiệu sau xuất hiện trong vòng vài phút đến vài ngày sau tiêu chuẩn A:

1. Bồn chồn.

2. Nôn hoặc buồn nôn.

3. Đau cơ.

4. Chảy nước mũi, nước mắt.

5. Giãn đồng tử, nổi da gà, hoặc ra mồ hôi.

6. Ỉa chảy.

7. Ngáp.

8. Sốt.

9. Mất ngủ.

C. Các triệu chứng ở tiêu chuẩn B gây ra các dấu hiệu lâm sàng khó chịu rõ rệt, hoặc gây ra rối loạn chức năng xã hội, nghề nghiệp và các chức năng quan trọng khác.

D. Các triệu chứng trên không phải là do một bệnh cơ thể hoặc một bệnh tâm thần khác gây ra.

**4. Hậu quả lạm dụng rượu và nghiện rượu**

***4.1. Về xã hội***

Mất bạn bè, gia đình.

Mất việc làm.

Tài chính giảm thu nhập thường xuyên, nợ nần do cờ bạc.

Phạm pháp do lái xe trong khi say rượu, giết người.

***4.2. Về cơ thể***

Các tổn thương cơ thể có liên quan với mức độ uống rượu trung bình và tần xuất uống rượu, các nguy cơ tăng lên khi lượng rượu sử dụng trung bình hàng ngày vượt quá 40 Gam rượu đối với nam và 20 Gam đối với nữ.

- Nhiễm độc rượu : rối loạn ý thức, thất điều, suy giảm hô hấp, có thể tử vong nếu nồng độ rượu trong máu vượt quá 0,4mg%.

- Hội chứng cai rượu : xảy ra sau khi ngừng uống đột ngột, rối loạn thần kinh thực vật nặng và trầm trọng, có các cơn giật cứng, giật rung, trạng thái cai nặng có thể có sảng run, lú lẫn.

- Tổn thương các cơ quan trong cơ thể do rượu:

* Bệnh gan do rượu ; Viêm tuỵ cấp, mạn tính ; Viêm, loét dạ dày cấp hoặc mạn tính, chảy máu, thủng dạ dày, ung thư dạ dày.
* Các bệnh tim mạch: bệnh cơ tim do rượu, loạn nhịp, tăng huyết áp.
* Các rối loạn nội tiết và chuyển hoá (hội chứng giả Cushing do rượu do tăng sản xuất glucocorticoit vẻ mặt béo phì...).
* Tổn thương não (hội chứng Wernicke- Korsakoff, hội chứng thùy trán, teo tiểu não…)
* Hội chứng rượu của thai (chậm phát triển tân thần, bộ mặt đặc trưng sống mũi ngắn môi trên mỏng...)

***4.3. Hậu quả về tâm thần***

4.3.*1*. *Trầm cảm:* lo âu, mệt mỏi mất ý chí, đôi khi kích thích, mất ngủ.

*4.3.2. Sảng run:*

* Thần kinh: loạn ngôn, tăng trương lực đối kháng *.*
* Tâm thần: rối loạn ý thức lú lẫn, mê mộng, u ám, nhiều rối loạn định

hướng không gian, thời gian. Hoang tưởng mê mộng, các ảo giác (ảo thị, ảo thanh).

* Toàn thân: vã mồ hôi, nôn, ỉa chảy, mất nước, đái ít, sốt cao, nhịp tim nhanh.
* Sinh hóa: tăng Natri máu, gama GT tăng cao, bất thường về chức năng gan.

*4.3.3. Hoang tưởng bán cấp do rượu:*

* Run kín đáo.
* Lú lẫn dao động.
* Mê mộng thường khởi phát vào ban đêm rất nặng nề, chủ đề nội dung luôn thay đổi với hoang tưởng, ảo giác gần giống với cuộc sống thực.
* Dấu hiệu toàn thân kín đáo: tiêu chảy, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh

*4.3.4. Loạn thần do rượu:*

* Loạn thần Korsakoff: do Korsakoff mô tả 1887 trên bệnh nhân nghiện rượu có viêm da dây thần kinh, thường do thiếu vitamin Bị, thiếu dinh dưỡng.

Biểu hiện: mất phương hướng, rối loạn trí nhớ gần, hoặc xa. Thích bông đùa, tếu, bịa chuyện, nhớ giả, kèm theo viêm nhiều dây thần kinh.

* Hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng theo dõi, đầu độc, bị truy hại.

**5. Điều trị và dự phòng**

**5.1. Nghiện rượu**

- Người bị nghiện rượu nhẹ có thể hỗ trợ phương tiện, tài chính, hoặc tổ chức

nhóm những người nghiện rượu để họ hỗ trợ và giúp đỡ nhau.

- Giải độc và điều trị các bệnh cơ thể thường được tiến hành ở bệnh viện

nhằm giải quyết các biểu hiện của hội chứng cai như sảng rượu, loạn thần, các cơn co giật động kinh...

- Liệu pháp hoá dược thường được chỉ định là các Benzodiazepin (Valium, Librium). Nếu có loạn thần thì phối hợp với các thuốc chống loạn thần; thuốc thường dùng cai rượu là Disulfiram, Acamprosat.

- Nhiều bệnh nhân do quá trình nghiện rượu lâu đã ảnh hưởng nhiều đến các chức năng của cơ thể, phải nâng cao thể trạng chung, bồi phụ nước, điện giải, các vitamin nhóm B.

**5.2. Nghiện ma túy**

***- Điều trị quá liều ma túy***

Ngộ độc do quá liều ma túy opioid là một cấp cứu khẩn cấp, có thể tử vong do ức chế hô hấp. Bệnh nhân cần được điều trị tại phòng cấp cứu hoặc tại khoa hồi sức cấp cứu của bệnh viện.

Bên cạnh việc khám lâm sàng (đồng tử co, mạch chậm, tìm các vết tiêm trên cơ thể bệnh nhân), cần lấy máu hoặc nước tiểu của bệnh nhân để làm test nhanh (bằng que thử) để tìm opioid nhằm xác định chẩn đoán.

***- Các biện pháp phục hồi chức năng và phòng chống nghiện ma túy***

- Liệu pháp tâm lý: các liệu pháp tâm lý có tác dụng với người nghiện ma túy nhóm opioid là liệu pháp tâm lý cá nhân, liệu pháp điều chỉnh hành vi, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp gia đình, liệu pháp nhóm hỗ trợ, đào tạo kỹ năng nghề nghiệp. Liệu pháp gia đình thường áp dụng cho các bệnh nhân sống cùng gia đình.

- Công tác tuyên truyền: cần tuyên truyền cho mọi người dân sống trong cộng đồng về tác hại của ma túy. Cần có các quy tắc áp dụng cho người cai nghiện, các quy tắc này nhằm giúp người nghiện thay đổi lối sống, xa lánh ma túy, xây dựng lòng tin, đào tạo nghề nghiệp cho họ, loại trừ các hành vi phạm pháp và thái độ chống xã hội của họ.

- Không dùng chung bơm kim tiêm: người nghiện ma túy dễ bị lây nhiễm các bệnh nguy hiểm do dùng chung bơm kim tiêm. Giáo dục cho họ không dùng chung bơm kim tiêm, phải dùng bao cao su trong quan hệ tình dục để bảo vệ an toàn cho mình và người khác.

**6. Chăm sóc**

**6.1. Nhận định**

***6.1.1. Hỏi bệnh và thăm khám***

Người bệnh có tỉnh táo không, phát hiện các dấu hiệu rối loạn tâm thần: lú lẫn, hoang tưởng, ảo giác?

Thể trạng tốt không? có phù không? có rối loạn tiêu hoá không? đại tiểu tiện có bình thường không? Số lượng nước tiểu 24 giờ?

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Người bênh có tiền sử nghiện rượu? lạm dụng rượu? Đã được điều trị cai rượu?

Người bệnh xem có các chấn thương đầu, các cơ quan khác trên cơ thể không? Lượng đường huyết? Có giảm đường huyết?

Và có những vấn đề sức khỏe khác hay không?

*Thăm khám*

 - Thực hiện thăm khám, tìm những tổn thương do tai nạn cũng như phát hiện những bệnh lý kèm theo trên người nghiện rượu.

 Những người nghiện rượu thường không tự phát hiện ra bệnh hoặc không quan tâm về sức khỏe của họ, bản thân họ sẽ có những bệnh lý như: xơ gan; rối loạn tiêu hóa; đái tháo đường; cao huyết áp…

- Đánh giá tình trạng thần kinh, theo dõi chấn thương đầu.

- Nhận định tình trạng hôn mê do ngộ độc rượu.

- Theo dõi sát tình trạng động kinh do rượu (nếu có).

Điều dưỡng hiểu rõ các biểu hiện lâm sàng của h/c cai ma túy

\* ***Nghiện rượu :***

- Thèm rượu mãnh mẽ.

- Lượng rượu dùng ngày càng tăng.

- Xao nhãng những thích thú cũ.

- Hội chứng ảo giác.

- Hư­ng phấn vận động hoặc kích động

- Rối loạn ý thức

*- Trầm cảm:* lo âu, mệt mỏi mất ý chí, đôi khi kích thích, mất ngủ.

\*Hội chứng cai rượu : xảy ra sau khi ngừng uống đột ngột,

- Rối loạn thần kinh thực vật nặng và trầm trọng,

- Có các cơn giật cứng, giật rung,

- Trạng thái cai nặng có thể có sảng run, lú lẫn.

6.1.2. Thu thập thông tin và ghi chép hồ sơ

Bao gồm: Y lệnh, kết quả xét nghiệm, giấy ra viện, giấy chuyển viện, đơn thuốc cũ, sổ y bạ...

**6.2. Lập kế hoạch chăm sóc**

***6.2.1. Chuẩn bị dụng cụ, buồng bệnh***

- Chuẩn bị thuốc, các phương tiện cấp cứu khác

- Chuẩn bị phòng bệnh riêng cho những thể bệnh đặc biệt.

***6.2.2. Thực hiện y lệnh***

- Thực hiện đúng, kịp thời y lệnh về thuốc, xét nghiệm cũng như các y lệnh về chăm sóc khác (làm sốc điện, cho người bệnh vào phòng cách ly....)

- Cần lấy mẫu máu của người bệnh để thử nồng độ cồn.

- Khi người bệnh dùng các loại thuốc an thần kinh cần theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ để đề phòng tai biến do thuốc. Phải kịp thời phát hiện và báo cho nhân viên y tế khi có các tác dụng phụ của thuốc.

***6.2.3. Theo dõi và phát hiện biến chứng***

Phát hiện các hoang tưởng, trầm cảm nặng báo bác sĩ xử trí kịp thời.

Phát hiện các bệnh lí tổn thương các cơ quan trong cơ thể do rượu.

***6.2.4. Các chăm sóc khác***

- Khi chăm sóc người bệnh, điều dưỡng cần phải có ý nghĩ khách quan, không kết án, không chỉ trích hay trách mắng người nghiện rượu khi họ nhập viện.

- Trong giai đoạn người nghiện rượu bị kích động có thể gây nguy hiểm cho chính bản thân và người khác nên người điều dưỡng cần tìm cách vừa bảo vệ an toàn cho người bệnh nhưng cũng giữ an toàn cho bản thân.

- Cần đối xử với người nghiện rượu bằng thái độ: cảm thông, chấp nhận những hành vi không tự chủ của họ; không khinh thường hay chống đối lại hành vi hay lời nói không tự chủ của người nghiện rượu.

- Người điều dưỡng cần nói chuyện nhẹ nhàng và chậm rãi thì người bệnh mới hiểu được, vì rượu sẽ ảnh hưởng đến tiến trình suy nghĩ của người nghiện rượu.

 - Hướng dẫn và giáo dục cho người nghiện rượu những tác hại về rượu.

 - Cung cấp cho người bệnh về chế độ dinh dưỡng hợp lý.

Người nghiện rượu được khuyến khích ăn các thức ăn có lợi cho sức khỏe: trái cây, rau xanh, nhiều chất xơ, uống nhiều nước đặc biệt nước ép trái cây nhằm mục đích nâng đỡ chức năng gan và cung cấp đủ nước cũng như giúp họ giảm bớt thèm rượu. Hãy cho người nghiện rượu ăn các thức ăn theo sở thích nhưng nên tránh các thức ăn nhiều dầu mỡ, nhiều đạm

 Tăng cường vệ sinh thân thể để phòng tránh các bệnh về da

+ Theo dõi và động viên BN vượt qua h/c cai

+ Nâng đỡ thể trạng trong quá trình cai

+ Giúp cho BN rèn luyện ý chí để khi ra viện có phương pháp, nghị lực chống tái phát

 **6.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

***6.3.1. Chuẩn bị dụng cụ, buồng bệnh***

***6.3.2. Thực hiện y lệnh***

***6.3.3. Theo dõi và phát hiện biến chứng***

***6.3.4. Các chăm sóc khác***

**6.4. Đánh giá**

 Quá trình chăm sóc người bệnh đ­ược coi là tốt khi:

- Các triệu chứng lâm sàng hết hoặc giảm nhiều.

- Người bệnh tiếp xúc đ­ược, ăn, ngủ, đi lại bình thường.

- Chấp hành tốt nội quy.

- Người bệnh có thể lao động hoặc công tác đư­ợc như­ng phải tiếp tục điều trị củng cố tại nhà, quản lý và chăm sóc lâu dài tại cộng đồng.

- Cai được rượu, ma túy.

TỰ LƯỢNG GIÁ

PHẦN CÂU HỎI TRUYỀN THỐNG

Anh (chị) hãy:

1. Trình bày khái niệm lạm dụng rượu, nghiện rượu, nguyên nhân, yếu tố thuận lợi của lạm dụng rượu, nghiện rượu

1. Trình bày hậu quả của lạm dụng rượu và nghiện rượu.
2. Trình bày khái niệm lạm dụng và nghiện ma túy
3. Trình bày nguyên nhân – yếu tố thuận lợi nghiện rươu, nghiện ma túy
4. Trình bày các biện pháp phục hồi chức năng và phòng chống nghiện ma túy
5. Trình bày kế hoạch chăm sóc người bệnh nghiện rượu,