UBND THÀNH PHỐ HÀ NỘI

**TRƯỜNG CAO ĐẲNG YTẾ HÀ NỘI**

****

**GIÁO TRÌNH MÔN HỌC**

**ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA THẦN KINH**

**Đối tượng: Cao đẳng Điều dưỡng**

**Hà Nội - 2020**

**Chủ biên:**

Ts. Trần Thanh Tâm

**Tham gia biên soạn**

* Ths. Nguyễn Thị Hoàng Thu
* Bs. Trần Thị Hương
* Ts. Nguyễn Thị Hoa Huyền
* Ths. Nguyễn Văn Độ
* Ths. Hoàng Thị Minh Phương
* Bs. Dương Thị Thu Trang
* Bs. Nguyễn Thị Hòa

**MÔN HỌC: Tự chọn 2**

**Điều dưỡng các bệnh chuyên khoa hệ nội**

**Phần Thần kinh**

**Số tiết: 15**

**1. Mục tiêu chung của môn học**

*- Kiến thức:*

Trình bày được định nghĩa, triệu chứng, biến chứng của một số bệnh chuyên khoa Thần kinh thường gặp.

*- Kỹ năng*: vận dụng các kiến thức đã học để chăm sóc được người bệnh mắc một số bệnh chuyên khoa thần kinh thường gặp.

*- Thái độ:*

+ Khẩn trương, chính xác khi cấp cứu

+ Thận trọng, tỉ mỉ khi chăm sóc người bệnh

+ Tôn trọng, cảm thông và giúp đỡ người bệnh

**2. Nội dung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tên bài** | **Số tiết LT** |
| **Phần 1: chăm sóc người bệnh thần kinh** |  |
| 1. Thăm khám lâm sàng hệ thần kinh  2. Một số thăm dò hệ thần kinh  3. Chăm sóc người bệnh rối loạn ý thức  4. Chăm sóc người bệnh có liệt  4. Chăm sóc người bệnh động kinh  5. Chăm sóc người bệnh tăng áp lực nội sọ  6. Chăm sóc người bệnh đau thần kinh  *Đánh giá phần lý thuyết* | 02  01  02  02  02  02  03  01 |
| **Tổng** | 15 |

**Mục lục**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tên bài** | **Trang** |
| 1. Thăm khám lâm sàng hệ thần kinh  2. Một số thăm dò hệ thần kinh  3. Chăm sóc người bệnh rối loạn ý thức  4. Chăm sóc người bệnh có liệt  4. Chăm sóc người bệnh động kinh  6. Chăm sóc người bệnh đau thần kinh | 3  13  21  29  37 |

**THĂM KHÁM LÂM SÀNG HỆ THẦN KINH**

**Số tiết: 02**

***Mục tiêu***

***- Kiến thức:***

1. Trình bày được cách khám người bệnh thần kinh.

***- Kỹ năng:***

1. Vận dụng kiến thức đã học thăm khám được các tổn thương cơ bản của hệ thần kinh trên lâm sàng.

***- Thái độ:***

3. Rèn luyện tính kiên trì, cẩn trọng trong quá trình chăm sóc người bệnh.

***Nội dung***

**1. Các bước thăm khám** **trên lâm sàng**

Nguyên tắc chung của khám thần kinh là phải tỉ mỉ, khám đi khám lại (nếu nghi ngờ), so sánh hai bên, so sánh trên dưới, so sánh từng đoạn chi.

**1.1. Tình trạng ý thức, tâm thần**

Quan sát tư thế người bệnh, dáng đi, độ vung tay, nét mặt, nếu người bệnh nằm cần xem tư thế của bàn chân.

Đánh giá tri giác: tỉnh hay mê, yêu cầu bệnh nhân định hướng về không gian, thời gian: bệnh nhân đang ở đâu?, bệnh viện nào? lúc khám bệnh là mấy giờ, sáng hay chiều.

Định hướng bản thân: tên, tuổi, nghề nghiệp.

Tuỳ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân mà ta đánh giá mức độ ý thức của người bệnh tỉnh hay mê, có thể đánh giá ý thức theo thang điểm của Glasgow như sau:

Thang điểm Glasgow

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chỉ tiêu | Biểu hiện | Điểm |
| Đáp ứng mở mắt | Mở mắt tự nhiên  Mở mắt khi gọi, khi ra lệnh  Mở mắt khi có kích thích đau  Không mở mắt | 4  3  2  1 |
| Đáp ứng vận động | Vận động đúng theo mệnh lệnh  Vận động thích hợp khi có kích thích  Đáp ứng không thích hợp  Đáp ứng kiểu co cứng mất vỏ  Đáp ứng kiểu duỗi cứng mất não  Không đáp ứng | 6  5  4  3  2  1 |
| Đáp ứng lời nói | Trả lời đúng câu hỏi  Trả lời lẫn lộn, mất định hướng  Trả lời không phù hợp câu hỏi  Trả lời không rõ tiếng, không hiểu được  Không trả lời | 5  4  3  2  1 |

Đánh giá

15 điểm: bình thường

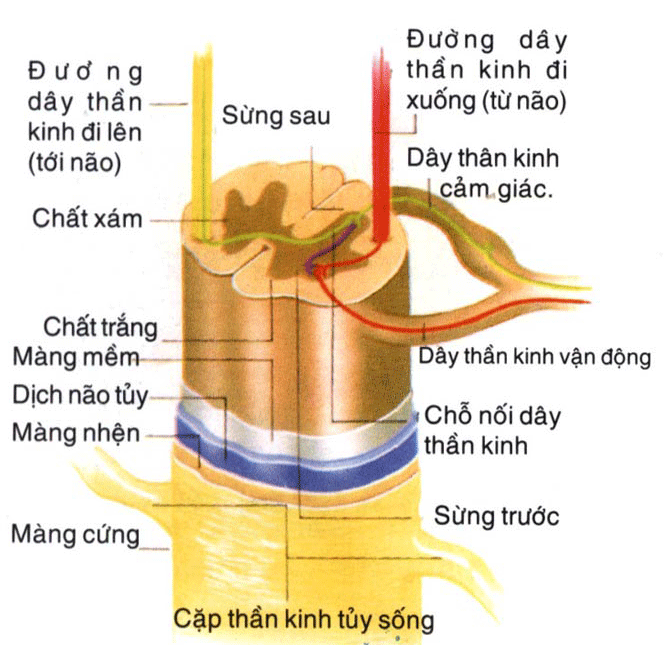
9 đến 14 điểm: rối loạn ý thức nhẹ

6 đến 8 điểm: rối loạn ý thức nặng

4 đến 5 điểm: hôn mê sâu

3 điểm: hôn mê rất sâu

**1.2. Khám hệ thần kinh vận động**



- Quan sát dáng đi, tư thế: Nhiều khi chỉ bằng quan sát đã có thông tin quan trọng để định khu tổn thương. Một số dáng đi bất thường:

***+ Dáng đi co cứng trong liệt nửa người***

* Liệt co cứng điển hình: Người bệnh không thể gấp được đầu gối, khi bước chân vẽ một vòng cung, kèm theo cẳng tay và ngón tay bên tổn thương gấp, khép sát vào thân (dáng đi “phạt cỏ” hay dáng đi "vạt tép”).
* Liệt co cứng kín đáo: Người bệnh bước châm chạp bên bệnh, bàn chân tì mạnh xuống đất gây ra những vết mòn bất thường của giầy.

Trên lâm sàng thường gặp liệt cứng do di chứng tai biến mạch máu não, di chứng của các phẫu thuật thần kinh, di chứng bệnh não trẻ em.

***+ Dáng đi tiểu não***

* Tổn thương hai bên: chi dưới tách xa nhau (giạng chân đế), đi chệch hướng, loạng choạng như người say rượu.
* Tổn thương một bên: chân bên bệnh có xu hướng khép và nhấc cao quá mức khi bước. Khi đứng người bệnh lắc lư quanh tư thế thăng bằng nhưng không ngã, nhắm mắt các rối loạn trên không nặng lên.

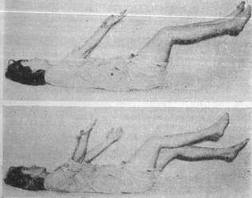
- Khám các động tác thông thường: nên khám ở t­ư thế nằm; nói ngư­ời bệnh làm những động tác thông thư­ờng ở cả 2 bên nh­ư nắm xoè bàn tay, gấp duỗi 2 cẳng tay, giơ cánh tay lên, gấp duỗi 2 cẳng chân, nhấc 2 chân khỏi giư­ờng.

- Khám cơ lực

+ Yêu cầu người bệnh nắm chặt tay người khám hoặc co duỗi từng đoạn chi và người khám chống lại sự co duỗi đó đế đánh giá sức cơ.

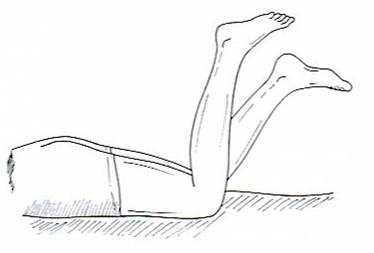
+ Các nghiệm pháp khám cơ lực thường dùng trên lâm sàng

* Nghiệm pháp Barré chi trên



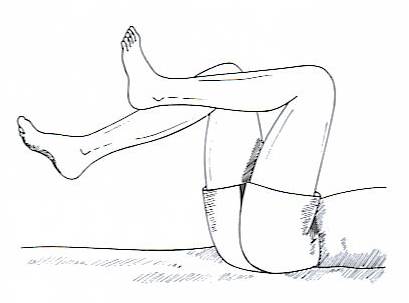
Người bệnh nằm ngửa, cánh tay và cẳng tay duỗi thẳng tạo với mặt giường một góc 600, hai bàn tay để ngửa.Trong liệt nhẹ (liệt kín đáo): tay bên liệt rơi xuống từ từ hoặc chỉ hơi sấp bàn tay chứ không rơi hẳn xuống. Trong liệt rõ: tay bên liệt rơi nhanh xuống mặt giường.

* Nghiệm pháp Barré chi dưới



Người bệnh nằm sấp đưa 2 cẳng chân không chạm vào nhau tạo với mặt giường một góc 45. Khi liệt nhẹ thì chân bên liệt bập bênh chứ không rơi xuống, nếu liệt nặng thì rơi xuống nhanh.

* Nghiệm pháp Mingazini



Chỉ cho chi dưới với người bệnh nằm ngửa, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với thân mình. Cẳng chân bên liệt sẽ từ từ rơi xuống mặt giường.

* Nghiệm pháp gọng kìm

Người bệnh bấm chặt đầu ngón cái và ngón trỏ tạo thành một “gọng kìm“. Thầy thuốc dùng “gọng kìm“ của mình để mở “gọng kìm“ của người bệnh. Trong trường hợp liệt sẽ thấy “gọng kìm“ bên liệt dễ mở hơn.

**1.3. Khám cảm giác**

***1.3.1. Khám cảm giác nông***

Cảm giác nông bao gồm cảm giác sờ, đau, nóng lạnh. Bình th­ường người bệnh sẽ trả lời đúng vùng kích thích và cư­ờng độ kích thích. Các rối loạn cảm giác nông có thể gặp là mất cảm giác nông hoặc tăng cảm giác nông. Khi khám cảm giác nông cần xác định ranh giới vùng có rối loạn cảm giác với vùng không rối loạn.

***1.3.2. Khám cảm giác sâu:*** Cảm giác tư­ thế, vị trí và nhận biết đồ vật.

**1.4. Khám phản xạ**

***1.4.1. Phản xạ da niêm mạc***

- Phản xạ da bụng

- Phản xạ da bìu

- Phản xạ hậu môn

- Phản xạ giác mạc

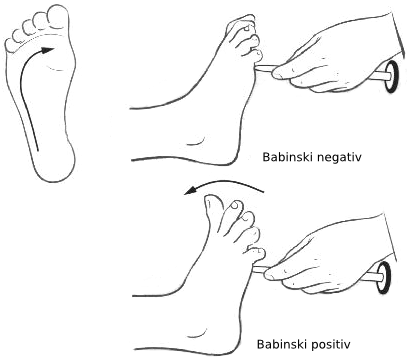
***1.4.2. Phản xạ gân x­ương***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Loại PX | Tư thế bệnh nhân | Vùng kích thích | Đáp ứng |
| Phản xạ nhị đầu | Bệnh nhân nằm thoải mái, hai cẳng tay hơi gấp vào cánh tay, bàn tay hơi sấp. | Gõ vào ngón tay của thày thuốc đặt trên gân cơ nhị đầu | Gấp cẳng tay |
| Phản xạ châm quay | Như trên | Gõ vào mỏm châm quay | Gấp và xoay cẳng tay |
| Phản xạ tam đầu cánh tay | Bệnh nhân để hai tay ở thư thế gấp cơ năng | Gõ trên khuỷu tay | Duỗi cẳng tay |
| Phản xạ gân cơ tứ đầu | Bệnh nhân ngồi trên ghế hoặc nằm ngửa. | Gõ vào gân cơ tứ đầu đùi | Duỗi cẳng chân |
| Phản xạ gân gót | Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi | Gõ vào gân Asin | Duỗi bàn chân |

Đánh giá: tăng, giảm hoặc mất phản xạ.

***1.4.3. Phản xạ bệnh lý:*** sự xuất hiện các phản xạ bệnh lý cho phép chẩn đoán chắc chắn có tổn thương bó tháp (tổn thương hệ thần kinh trung ương)

- Dấu hiệu Babinski: dùng kim vạch dọc bờ ngoài của gan bàn chân, khi gần tới ngón út thì vòng ngang về phía ngón cái. Dấu hiệu được gọi là dương tính khi ngón cái từ từ duỗi lên, các ngón khác xoè ra và cụp xuống. Dấu hiệu âm tính khi tất cả các ngón cụp xuống.



- Dấu hiệu Hoffmann: bàn tay người bệnh để sấp mềm mại, tay người khám cầm tay người bệnh sao cho ngón cái tách ra khỏi các ngón khác, búng nhẹ hoặc bật nhẹ đầu trỏ hoặc ngón giữa của tay người bệnh. Nếu ngón cái và ngón trỏ gập vào nhau như càng cua sau mỗi kích thích là dấu hiệu dương tính.

Hai dấu hiệu này thường gặp trong các bệnh lý có tổn thương bó tháp.

**1.5. Khám trư­ơng lực cơ**

Các cơ không bao giờ ở trạng thái nghỉ mà lúc nào cũng ở trạng thái co cơ nhẹ. Phát hiện rối loạn trư­ơng lực chủ yếu là khám độ chắc của cơ, độ gấp doãi các khớp và độ ve vảy ngọn chi (còn gọi là khám vận động bị động).

Các rối loạn: - Trư­ơng lực cơ tăng

- Trư­ơng lực cơ giảm

**1.6. Khám thần kinh sọ não**

Có 12 đôi dây thần kinh sọ não, được đánh số La Mã từ số I đến số XII.

TÊN VÀ CHỨC NĂNG CỦA CÁC DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dây TK số** | **Tên gọi** | **Chức năng** |
| I | Dây TK Khứu giác | Ngửi |
| II | Dây TK Thị giác | Nhìn |
| III | Dây TK Vận nhãn chung | Vận động nhãn cầu lên, xuống và vào trong (lác ngoài) |
| IV | Dây TK Cơ chéo lớn | Vận động nhãn cầu vào trong và xuống dưới |
| V | Dây TK Tam thoa | Cảm giác mặt,  Vận đông nhai, cắn |
| VI | Dây TK Vận nhã ngoài | Vận động nhãn cầu ra ngoài (lác trong) |
| VII | Dây TK Mặt | Vị giác, tiết lệ, tiết nước bọt,  Vận động các cơ bám da mặt |
| VIII | Dây TK Thính giác – Tiền đình | Nghe, thăng bằng |
| IX | Dây TK Thiệt hầu | Nuốt, vị giác, tiết nước bọt |
| X | Dây TK Phế vị | Nuốt, nâng màn hầu, phát âm, nội tạng |
| XI | Dây TK Gai | Quay đầu, so vai |
| XII | Dây TK Hạ thiệt | Vận động lưỡi |

- Dây thần kinh số I: Dây thần kinh khứu giác.

Phát hiện bằng cách cho ng­ười bệnh ngửi một chất có mùi thơm. Tr­ường hợp tổn thư­ơng dây I ngư­ời bệnh không ngửi thấy mùi hoặc không phân biệt đư­ợc.

- Dây thần kinh số II: Dây thần kinh thị giác.

Phát hiện rối loạn thị giác bao gồm đo thị lực, thị tr­ường và soi đáy mắt.

- Dây thần kinh số III, IV, VI: dây thần kinh vận động nhãn cầu

Phát hiện rối loạn vận nhãn bằng cách quan sát và so sánh tư­ thế nhãn cầu ở hai bên và cho ngư­ời bệnh nhìn liếc qua phải, qua trái, xuống d­ưới, lên trên (không quay đầu cổ), đặc điểm chung là nhìn đôi và có lác.

+ Liệt dây thần kinh số III (dây thần kinh vận nhãn chung) gây sụp mi, nhìn đôi, lác ngoài, mắt không liếc vào trong, lên trên và xuống dưới đ­ược kèm giãn đồng tử.

+ Liệt dây thần kinh số IV (dây thần kinh cảm động) ng­ười bệnh không đư­a mắt xuống dư­ới và vào trong đ­ược.

+ Liệt dây thần kinh số VI (dây thần kinh vận nhãn ngoài) gây lác trong, mắt không liếc ra ngoài đ­ược.

- Dây thần kinh số V: dây tam thoa (cảm giác, vận động, phản xạ giác mạc).

+ Rối loạn cảm giác: giảm hoặc tăng cảm giác ở một nửa của mặt.

+ Rối loạn vận động của dây V: người bệnh thấy yếu, khó nhai bên tổn thương. Quan sát thấy có thể teo cơ ở hố thái dương, góc hàm dưới. Bảo người bệnh há miệng thấy hàm lệch về bên tổn thương.

+ Phản xạ giác mạc: Dùng sợi bông kích thích vùng giác mạc gây phản xạ nhắm cả hai mắt.

- Dây thần kinh số VII: Dây thần kinh mặt.

Phát hiện liệt dây thần kinh số VII: bằng cách quan sát ngư­ời bệnh ăn hoặc uống n­ước thì thấy thức ăn rơi vãi hoặc trào ra ngoài; thấy ngư­ời bệnh khó xúc miệng, khó nhai cơm, thức ăn lọt vào khe má. Nhìn thấy mặt ng­ười bệnh lệch về bên lành, nếp nhăn mũi má bên liệt mờ còn bên lành rõ. Khi ngư­ời bệnh làm các động tác như­ cư­ời, nhe răng sẽ thấy các biểu hiện trên rõ hơn. Ngư­ời bệnh không làm đ­ược các động tác như­ huýt sáo hoặc thổi lửa vì hơi không chụm lại đ­ược.

- Dây thần kinh số VIII: Dây thần kinh tiền đình và thính giác.

+ Phát hiện rối loạn thính giác: Đo thính giác bằng âm thoa.

+ Phát hiện rối loạn tiền đình:

* Rối loạn chức năng của tiền đình là hiện t­ượng chóng mặt.
* Rối loạn khách quan: nghiệm pháp đi hình sao, dấu Rumberg (+)

- Dây thần kinh số IX: Dây thần kinh thiệt hầu.

Chi phối vị giác ở 1/3 sau lư­ỡi là do dây IX. Phát hiện rối loạn vị giác bằng cách cho ngư­ời bệnh nếm các vị ngọt, đắng, mặn, chua .... .

Yêu cầu người bệnh há miệng, thè lưỡi ra rồi đặt các giọt dung dịch có vị vào. Trong khi khám không để người bệnh nói mà cho người bệnh chỉ vào bảng đã ghi sẵn các trả lời tương ứng về vị giác. Rối loạn vị giác có thể mất hoặc giảm mùi vị, có thể một loại hoặc toàn bộ các loại vị giác.

- Dây thần kinh số X: Dây thần kinh phế vị.

- Dây thần kinh số XI: Dây thần kinh sống.

Liệt các dây thần kinh ở vùng hầu họng: dây thần kinh số IX, X, XI biểu hiện bằng hiện tượng “nghẹn đặc, sặc lỏng” và rối loạn phát âm.

Liệt nhánh tuỷ sống của dây thần kinh số XI: chi phối vận động cơ thang và cơ ức đòn chũm. Biểu hiện đầu ngư­ời bệnh nghiêng về bên lành, khi quay đầu sang bên lành gân cơ ức đòn chũm không nổi lên ở đầu xư­ơng đòn.

* Dây thần kinh số XII: Dây thần kinh đại thiệt, chi phối vận động các cơ ở

lư­ỡi.

Liệt dây thần kinh XII: Khi ng­ười bệnh thè l­ưỡi ra thì lư­ỡi lệch về bên tổn thương và khi rụt l­ưỡi lại thì l­ưỡi lệch về bên lành, bên tổn thương lưỡi teo.

**1.7. Rối loạn dinh d­ưỡng và cơ tròn**

***1.7.1. Các rối loạn dinh dưỡng có thể biểu hiện bằng:***

* *Teo cơ:* trong tổn thương thần kinh trung ương, teo cơ xuất hiện chậm do kém vận động. Trong tổn thương thần kinh ngoại biên, teo cơ xuất hiện nhanh.
* *Phù nề:* do dinh dưỡng kém hay rối loạn hệ thần kinh thực vật.
* *Loét:* xuất hiện ở xương cùng, mông, gót chân trên bệnh nhân liệt, bệnh nhân hôn mê nằm lâu ngày.

***1.7.2. Rối loạn cơ tròn****:* biểu hiện dưới hình thức bí tiểu hoặc tiểu tiện tự động, táo bón, rối loạn sinh dục…

**1.8. Khám sọ và cột sống**

Xem có khuyết sọ, u sọ, tìm vết rạn nứt, lồi lõm, chú ý vết thư­ơng sọ nhất là ở ngư­ời có động kinh, có nhức đầu. Xem có dị dạng cột sống, tìm các điểm đau...

**1. 9. Khám các hệ cơ quan khác**

Rất cần thiết vì nhiều bệnh thần kinh có liên quan mật thiết với những bệnh ở một số cơ quan khác như: tim mạch (cao huyết áp gây xuất huyết não), Tai mũi họng (viêm tai xương chũm gây áp xe não)…

TỰ LƯỢNG GIÁ

**Câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Cách thăm khám hệ thần kinh vận động và hệ thần kinh cảm giác.
2. Các loại phản xạ và cách thăm khám.
3. Tên, chức năng, cách thăm khám 12 đôi dây thần kinh sọ não.

**MỘT SỐ THĂM DÒ CHỨC NĂNG HỆ THẦN KINH**

**Số tiết: 01**

***Mục tiêu học tập***

1. Trình bày được một số thăm dò hệ thần kinh.
2. Phụ giúp bác sĩ làm một số thủ thuật thăm dò hệ thần kinh.
3. Có thái độ tôn trọng, đồng cảm và tận tình giúp đỡ người bệnh.

***Nội dung***

**1. Một số thăm dò hệ thần kinh**

**1.1. Xét nghiệm dịch não tuỷ**

Dịch não tuỷ do các đám rối mạch mạc ở các não thất sản xuất ra, l­ưu thông ở khoang dư­ới nhện, não thất. Dịch não tuỷ có nhiệm vụ chống đỡ, bảo vệ não và tuỷ sống qua các hàng rào máu não - dịch tuỷ.

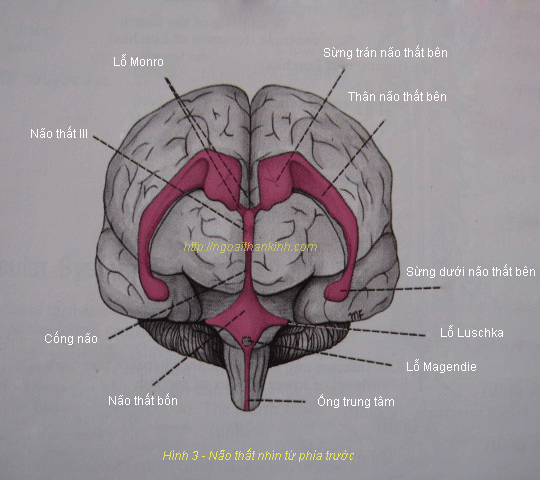
Bình thư­ờng dịch não tuỷ (lấy ở chọc dò sống thắt lư­ng) có màu trong như­ nước suối, pH 7,4 (hơi kiềm), có áp lực ở tư­ thế nằm là 15- 20 cm H2 0 và ở t­ư thế ngồi là 25 - 30 cm H2 0 (đo bằng áp kế Claude), có chừng 1- 2 tế bào /1mm³, có thành phần hóa học chủ yếu: Protein 0,25 – 0,50 g/l; Glucose 0,5 – 0,6 g/l, Chlorua 7 – 7,3g/l.

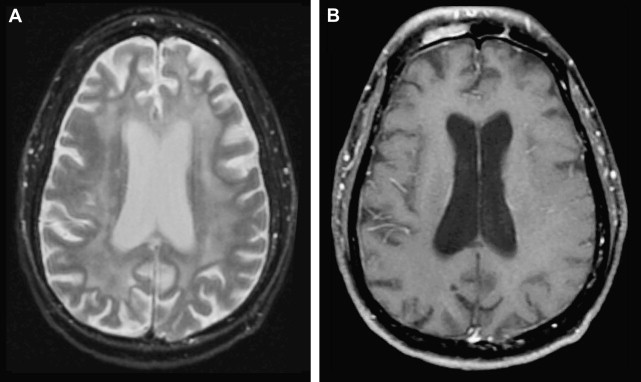
Có thể lấy dịch não tuỷ ở nhiều vị trí khác nhau:

- ở túi màng não d­ưới: ph­ương pháp chọc dò sống thắt l­ưng

- ở túi lớn: phư­ơng pháp chọc dò d­ưới chẩm

- ở mức não thất bên: phư­ơng pháp chọc vào não thất





Hình 3: Dãn não thất

Trong thực tế lâm sàng, ngư­ời ta thư­ờng dùng ph­ương pháp chọc dò sống thắt lưng, phư­ơng pháp chọc dò dư­ới chẩm nguy hiểm và không phổ biến; còn phư­ơng pháp chọc dò ở não thất chỉ tiến hành ở nơi có phư­ơng tiện thăm dò chức năng về ngoại khoa. Đối với trẻ em <1 tuổi có thể tiến hành phư­ơng pháp chọc dò qua thóp.

Chọc dò sống thắt l­ưng lấy dịch não cần phải chú ý soi đáy mắt (chống chỉ định khi phù gai mắt >2 điôp) và sau khi chọc dò cần cho ng­ười bệnh nằm đầu thấp trong một giờ và phải nằm nghỉ ít nhất là một buổi 5 - 6 giờ.

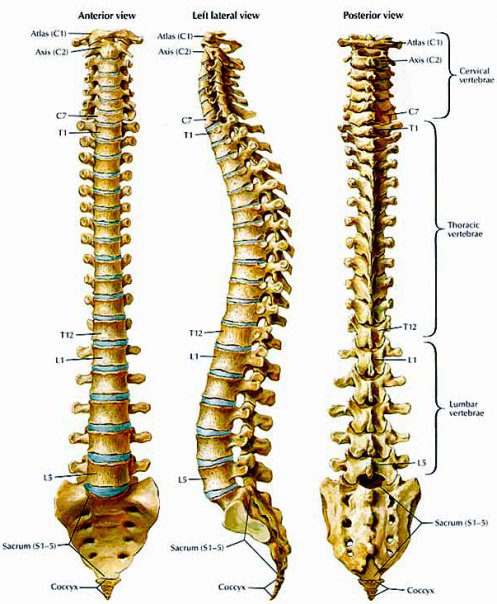
**1.2. Chụp Xquang thần kinh**

***1.2.1. Chụp Xquang sọ:*** Tham dò

* Các tình trạng dị dạng xương sọ.
* Các quá trình bệnh lý đe dọa hoặc gây tổn thương cấu trúc xương sọ: chấn thương, vết thương sọ - não, viêm các xoang, di căn của ung thư...
* Một số quá trình bệnh lý nội sọ: u não, hội chứng tăng áp lực nội sọ...

***1.2.2. Chụp Xquang cột sống:***

Tủy sống nằm trong ống sống, các rễ thần kinh có đoạn nằm trong ống sống và đi ra ngoài qua lỗ liên đốt chật hẹp, các hạch giao cảm nằm dọc hai bên cột sống; chính vì vậy các bệnh lý cột sống có thể gây ảnh hưởng trực tiếp tới các cấu trúc thần kinh và ngược lại bệnh lý của các cấu trúc thần kinh kể trên cũng có thể làm thay đổi hình thái cột sống



Hình 4: Cột sống

***1.2.3. Chụp cắt lớp vi tính sọ não:*** là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh có ưu thế lớn trong chẩn đoán các bệnh lý thần kinh, đặc biệt là sọ não như

* Chấn thương sọ não: phát hiện tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng, dập não, tràn khí não, phù não.
* Đột quỵ não: đột quỵ thiếu máu não, đột quỵ chảy máu não, bất thường mạch máu trong sọ (phồng động mạch, dị dạng mạch).
* Các tổn thương viêm, nhiễm khuẩn: viêm não do vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng; áp xe não
* Khối u nội sọ.

**1.3. Chụp cộng hưởng từ (MRI):** Những áp dụng chính của cộng hưởng từ là

* Các bệnh lý sọ não: các dị tật bẩm sinh, bệnh lý chất trắng, bệnh lý mạch máu não, u não.
* Cột sống và tủy sống: dị tật bẩm sinh, chấn thương cột sống – tủy sống, bệnh lý tủy sống, bệnh lý thoái hóa cột sống.

**1.4. Điện não đồ**

Điện não đồ là nghi các hoạt động điện sinh học của tế bào não riêng biệt hay một tập hợp các tế bào não được dẫn truyền trực tiếp qua vỏ não và da đầu, đây là phương pháp thăm dò chức năng hoạt động sinh lý của tế bào não bổ sung cho chẩn đoán và theo dõi bệnh nên được gọi là điện não đồ lâm sàng.

ứng dụng của điện não đồ trong một số bệnh: Người bệnh hôn mê, động kinh, u não, chấn thương sọ não...

**1.5. Siêu âm Doppler mạch trong sọ (TCD**)

ứng dụng của TCD trong nghiên cứu và trên lâm sàng:

* Nghiên cứu huyết động học trong não: đánh giá hướng đi, tốc độ dòng chảy của các động mạch não (động mạch não giữa, động mạch thông sau, động mạch thân nền...) qua đó có thể phát hiện được các trường hợp động mạch hẹp, tắc...
* Phát hiện và theo dõi tình trạng co thắt mạch sau chảy máu dưới nhện.
* Xác định các trường hợp thông động tĩnh mạch trung bình và lớn.
* Theo dõi trong phẫu thuật...

**2. Phụ giúp bác sỹ làm thủ thuật thăm dò hệ thần kinh**

***\* Chọc dò tủy sống***

*Chuẩn bị bệnh nhân.*

Giải thích, động viên để bệnh nhân yên tâm. Ðối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, phải giải thích cho gia đình bệnh nhân.

Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết, nhắc bệnh nhân đi đại, tiểu tiện...

- Lấy mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Vệ sinh vùng chọc, vùng chọc thường là vùng thắt lưng (L) III, IV, V hoặc giao điểm giữa đường nối 2 mào chậu với cột sống.

*Chuẩn bị dụng cụ:*

\* Dụng cụ vô khuẩn;

\* Dụng cụ sạch:

- Cồn iod, cồn 70o

- Thuốc tê: Novocain hoặc xylocain 1-2% (nên dùng Kelen để chỗ gây tê không bị phồng lên).

- Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn (có 1 ống vô khuẩn): ghi rõ họ, tên, tuổi, khoa.

- Phiếu xét nghiệm

- Kéo, băng dính

- ÁP KẾ Claude.

- Ðồng hồ bấm giây, ống nghe, huyết áp kế.

\* Dụng cụ khác

- Khay quả đậu đựng bông bẩn

- Chậu dung dịch sát khuẩn

c) *Tiến hành:*

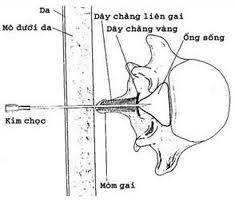
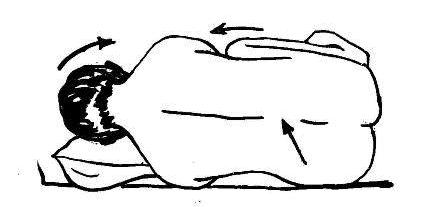
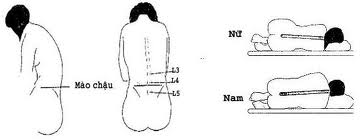
Nhóm thủ thuật gồm 1 bác sĩ và 2 người phụ.

\* Người phụ 1

- Đặt bệnh nhân ở tư thế theo chỉ định của bác sĩ, bộc lộ vùng chọc.

*+*Tư thế ngồi: bệnh nhân ngồi trên ghế quay mặt về phía vai ghế, 2 chân đặt sang 2 bên, 2 tay khoanh vào nhau đặt lên vai ghế, đầu cúi đặt trên 2 tay. Tư thế ngồi ít được áp dụng vì dễ xảy ra tai biến.

*+*Tư thế nằm: Ðặt bệnh nhân nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, kê 1 gối mỏng dưới đầu, 1 gối giữa 2 chân (vùng đầu gối) bảo bệnh nhân cong lưng, chân co gập vào bụng 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ



Hình 7: Tư thế vị trí chọc dịch não tủy

- Giữ bệnh nhân ở tư thế nằm bừng cách đặt một tay ở gáy của bệnh nhân, một tay đặt ở khoeo chân (hình vẽ trên), luôn có xu thế kéo vào để lưng bệnh nhân cong tối đa trong khi bác sĩ chọc kim vào ống sống (hoặc có thể dùng thêm đầu gối đẩy vào bụng bệnh nhân để làm tăng sự cong của cột sống).

\* Người phụ 2

- Ðội mũ, đeo khấu trang, rửa tay.

- Ðưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật

- Mở khay vô khuẩn

- Chuẩn bị găng để bác sỹ đi găng.

- Đổ cồn vào cốc để bác sĩ sát khuẩn

- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.

- Kẹp khăn có lỗ nếu bác sĩ yêu cầu.

- Trong khi bác sĩ đâm kim, điều dưỡng viên luôn theo dõi sát sắc mặt bệnh nhân.

- Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp bệnh nhân duỗi thẳng chân và bảo bệnh nhân thở đều.

- Ðưa áp kế Claude để bác sĩ nối vào khóa chữ T, ghi nhớ áp lực nước não tủy nếu bác sĩ yêu cầu.

*+*Tư thế nằm áp lực = 120mm H2O

*+*Ởtư thế ngồi = 180mm H2O

- Ðếm số giọt nước não tủy trong một phút đồng thời hứng dịch vào 3 ống nghiệm, mỗi ống từ 2-3ml (xét nghiệm vi khuẩn chỉ cấn 1ml).

- Khi bác sĩ rút kim, sát khuẩn lại vết chọc, đặt gạc và băng lại.

- Ðặt bệnh nhân nằm sấp, dặn bệnh nhân nằm sấp trong 15 phút sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1-2 giờ, không được ngồi dậy, ngay cả khi đi đại, tiểu tiện. Nếu thấy: chóng mặt, đau đầu, người khó chịu thì phải báo ngay.

- Lấy mạch, huyết áp, nhịp thở và theo dõi sát toàn trạng bệnh nhân để phát hiện kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.

- Gửi mẫu bệnh phẩm đi xét nghiệm

*d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ.*

- Ðưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định

- Xếp đặt các dụng cụ khác về vị trí cũ

*e) Ghi hồ sơ*

- Ngày giờ làm thủ thuật

- Áp lực nước não tủy, số giọt trong 1 phút.

- Số lượng dịch lấy ra, tính chất, màu sắc.

- Loại xét nghiệm.

- Tình trạng của bệnh nhân.

-Tên bác sĩ làm thủ thuật và người phụ.

*3.4.2. Những điểm cần lưu ý.*

- Tuyệt đối tuân thủ chế độ chăm sóc, theo dõi bệnh nhân trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật.

- Phát hiện và báo cáo kịp thời những dấu hiệu bất thường xảy ra sau khi tiến hành thủ thuật, đặc biệt trong những trường hợp chọc dò ống sống lấy bớt dịch để làm giảm áp lực sọ não. Bệnh nhân nôn mửa, mạch chậm, co giật...

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

**Câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Các phương pháp chụp Xquang thần kinh.
2. Phụ giúp bác sỹ làm thủ thuật chọc dò tủy sống.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN Ý THỨC**

**Số tiết: 02**

***Mục tiêu***

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân và các mức độ của rối loạn ý thức.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có rối loạn ý thức.

**Nội dung:**

**1. Đại cương**

**1.1. Định nghĩa**

Về phương diện sinh lý thần kinh người ta định nghĩa: ý thức là sự nhận biết của một các thể về bản thân và môi trường xung quanh.

**1.2. Biểu hiện lâm sàng của ý thức**

- Thức tỉnh: là trạng thái mở mắt tự nhiên, hoặc mở mắt khi đang ngủ mà có kích thích đánh thức

- Đáp ứng: là các hoạt động có định hướng của cơ thể trả lời các kích thích từ bên ngoài.

- Nhân thức: là khả năng hiểu các kích thích ngôn ngữ, nhận biết được các kích thích tri giác.

**2. Các tình trạng ý thức trên lâm sàng**

Trên lâm sàng người ta chia ý thức thành nhiều mức độ khác nhau:

**2.1. Tỉnh táo**

Là tình trạng ý thức của người bình thường, trong đó các chức năng thức tỉnh và nhận thức còn nguyên vẹn, hoạt động chức năng của các giác quan hoàn toàn bình thường.

**2.2. Ngủ gà**

Là tình trạng luôn buồn ngủ, giảm khả năng thức tỉnh và thời gian thức tỉnh, khi được đánh thức thì tỉnh dậy và có đáp ứng bình thường nhưng sau đó lại ngủ ngay.

**2.3. Lú lấn**

Là tình trạng sững sờ, mất khả năng định hướng về bản thân (quên tuổi, quên tên mình...), về thời gian (không nhận biết được thời gian trong ngày, không nhận biết được ngày tháng...), và về môi trường xung qunh (không nhận biết mình đang ở đau, không nhận ra người thân...).

**2.4. U ám**

Là tình trạng suy giảm ý thức nặng nề, khả năng đáp ứng với các kích thích bên ngoài giảm đi rõ rệt nhưng tình trạng hô hấp còn bình thường.

**2.5. Hôn mê**

Là tình trạng mất ý thức (mất hoàn toàn các chức năng thức tỉnh, đáp ứng và nhận thức), kèm theo có các rối loạn về tim mạch, hô hấp và thực vật ở các mức độ khác nhau tùy thuộc vào mức độ hôn mê.

**3. Phân loại theo nguyên nhân**

**3.1. Rối loạn ý thức không có triệu chứng thần kinh khu trú:**   
- Do nhiễm độc: R­ượu, các thuốc an thần, thuốc ngủ, thuốc chống trầm cảm, thuốc gây mê, oxyt cacbon, phốt pho, chất hữu cơ, thuốc sâu.  
- Do suy thận, suy gan, đường huyết tăng quá cao hoặc hạ quá thấp.  
- Do nhiễm khuẩn toàn thân nặng: Nhiễm khuẩn huyết, sốt rét ác tính.  
- Do truỵ tim mạch, Shock các loại.  
- Do động kinh liên tục.  
- Do sốt cao, do hạ thân nhiệt.  
 *3****.2. Rối loạn ý thức có triệu chứng thần kinh khu trú***  
- Đột quỵ não (Chảy máu não, nhồi máu não).  
- Áp xe não.  
- Chấn thương sọ não.  
- U não.

**4. Đánh giá mức độ rối loạn ý thức trên lâm sàng**

***Theo thang điểm Glasgow***

Bảng điểm Glasgow mới đầu được dùng cho bệnh nhân có rối loạn ý thức do chấn thương sọ não.

Nay được áp dụng để đánh giá rối loạn ý thức do các nguyên nhân khác nữa vì để đánh giá được mức độ cũng như tiến triển của rối loạn ý thức trong thực hành lâm sàng và điều trị.

**Thang điểm Glassgow của Teasdale và Jenelt (1978)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chỉ tiêu | Biểu hiện | Điểm |
| Đáp ứng mở mắt | Mở mắt tự nhiên  Mở mắt khi gọi, khi ra lệnh  Mở mắt khi có kích thích đau  Không mở mắt | 4  3  2  1 |
| Đáp ứng vận động | Vận động đúng theo mệnh lệnh  Vận động thích hợp khi có kích thích  Đáp ứng không thích hợp  Đáp ứng kiểu co cứng mất vỏ  Đáp ứng kiểu duỗi cứng mất não  Không đáp ứng | 6  5  4  3  2  1 |
| Đáp ứng lời nói | Trả lời đúng câu hỏi  Trả lời lẫn lộn, mất định hướng  Trả lời không phù hợp câu hỏi  Trả lời không rõ tiếng, không hiểu được  Không trả lời | 5  4  3  2  1 |

*Đánh giá*

15 điểm: bình thường

9 đến 14 điểm: rối loạn ý thức nhẹ

6 đến 8 điểm: rối loạn ý thức nặng

4 đến 5 điểm: hôn mê sâu

3 điểm: hôn mê rất sâu

**5. Triệu chứng**

**5.1. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng của người bệnh rối loạn ý thức rất đa dạng và phong phú, vấn đề cơ bản là phải khai thác bệnh sử và khám xét tỉ mỷ mới có chẩn đoán chính xác.

Để xác định rõ tình trạng hôn mê và rối loạn ý thức ta cần khai thác kỹ bệnh sử, kiểm tra toàn diện các bệnh kết hợp, tình trạng hô hấp, tim mạch, thân nhiệt.  
***5.1.1. Mức độ rối loạn ý thức***

Mức độ của ý thức có thể xác định được bởi hỏi bằng lời, xúc giác, thị giác và kích thích đau.  
 - Gọi tên người bệnh xem có mở mắt ra không? Có trả lời không? Nếu không trả lời thì vừa gọi vừa lay xem có đáp ứng không? Nếu mở mắt và đáp ứng thì hỏi xem trả lời có đúng không?  
 - Kích thích đau dùng kim trâm vào chân tay xem có đáp ứng không, cấu véo, ấn vào hai góc hàm, v.v...   
 - Quan sát xem người bệnh có còn những vận động nh­ư: Tự gãi tay lên ngực, hoặc chống đối như kéo chăn, kéo áo lại khi thầy thuốc khám bệnh, giãy dụa, vật vã, co giật chân tay, v.v...  
***5.1.2. Quan sát đồng tử***   
 - Có thể thấy đồng tử hai bên giãn rộng do hôn mê sâu, nhiễm độc atropin.

- Có thể thấy giãn đồng tử một bên do tổn thương dây thần kinh III hoặc II bên đó.

- Có thể thấy đồng tử hai bên co nhỏ do nhiễm độc một số thuốc: Thuốc ngủ, Morphin hoặc tổn thương hạch giao cảm cổ trên.  
***5.1.3. Khám các phản xạ***  
 - Phản xạ đồng tử với ánh sáng.   
 - Phản xạ giác mạc

- Phản xạ nuốt.  
***5.1.4. Triệu chứng thần kinh khu trú***  
 - Triệu chứng tổn thương các dây thần kinh sọ não: Xem bệnh nhân có bị liệt mặt chủ yếu là liệt mặt kiểu trung ­ương không.

- Bệnh nhân có liệt nửa người: Bàn chân bên liệt sẽ đổ nằm nghiêng áp sát xuống gi­ường, làm các nghiệm pháp Mingazzini, Barre, Raimiste thấy chỉ có bên đó rơi xuống gi­ường mạnh hơn. Khám các phản xạ gân x­ương, phản xạ bệnh lý bó tháp hai bên để xác định thêm các tổn thương thần kinh khu trú có hay không.  
**5.2. Cận lâm sàng**   
- Các xét nghiệm máu: Hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng; ure, creatinin, glucoza, cholesterol, triglycerit, dự trữ kiềm, chức năng gan.  
- Các xét nghiệm phân, n­ước tiểu, dịch dạ dày nếu nghi ngờ bệnh nhân bị ngộ độc đường tiêu hoá.  
- Soi đáy mắt, chọc ống sống thắt lư­ng, xét nghiệm dịch não tuỷ.  
- Ghi điện não.  
- Chụp X quang tim phổi, chụp X quang sọ não, cần thiết cho chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT - Scanner) hoặc cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging).

**6. Chăm sóc**

Khi tiếp nhận người bệnh có rối loạn ý thức, người điều dưỡng phải xác định tình trạng người bệnh và đặt ra được yêu cầu chăm sóc nhằm:

- Ngăn chặn tử vong.

- Duy trì hô hấp, tuần hoàn, bài tiết.

- Phòng ngừa biến chứng.

- Phục hồi chức năng.

- Giáo dục sức khoẻ và các biện pháp tự theo dõi, chăm sóc cho gia đình sau khi xuất viện.

***6.1. Nhận định***

- Quan sát bệnh nhân.

- Đánh giá mức độ rối loạn ý thức.

- Phân loại được rối loạn ý thức có triệu chứng thần kinh chỉ điểm hay không?

- Lấy mạch, nhiệt độ, HA.

- Nhịp thở, tần số, kiểu thở có rối loạn không?

- Có các dấu hiệu cơ năng: Nhức đầu, nôn.

Hỏi : Tiền sử người bệnh có mắc bệnh gì không?, người bệnh có rối loạn ý thức nặng hoặc hôn mê thì phải tham khảo ý kiến người nhà)

Thu thập mọi giấy tờ, y bạ có liên quan đến bệnh để giúp quá trình chẩn đoán, điều trị và chăm sóc.

***6.2. Các vấn đề cần chăm sóc/ Chẩn đoán điều dưỡng***

- Rối loạn ý thức.

- Tắc nghẽn hô hấp do thông khí kém.

- Bội nhiễm do nằm lâu.

- Loét mục do nằm lâu.

- Teo cơ, tắc mạnh do không vận động.

- Suy mòn do dinh dưỡng kém.

***6.3. Lập kế hoạch chăm sóc***

- Theo dõi các chức năng sống phát hiện dấu hiệu bất thường để xử lý kịp thời.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ .

- Vệ sinh thân thể.

- Phòng chống loét.

- Nuôi dưỡng.

- Phục hồi chức năng, hạn chế di chứng.

- Giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn chăm sóc và luyện tập.

***6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc***

*\* Theo dõi dấu hiệu sinh tồn* (chức năng sống):

*-* Tùy từng nguyên nhân gây rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau mà có kế hoạch theo dõi 15 phút; 30 phút; 1 giờ hoặc 3 giờ một lần.

- Theo dõi nước tiểu 24 giờ để có kế hoạch bù nước và điện giải và giúp bác sĩ điều chỉnh lượng nước ra vào của cơ thể.

- Phải ghi vào các phiếu theo dõi, thấy bất thường phải thông báo ngay.

\* *ở người bệnh có hôn mê*

*+ Duy trì lưu thông đường hô hấp*

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu.

- Hút đờm dãi khi tăng tiết.

- Đặt Canyl Mayo đề phòng tụt lưỡi.

- Thở oxy khi có tím tái.

- Thay đổi tư thế nằm 1 giờ/1 lần.

- Nếu hôn mê sâu đặt NKQ, hút đờm dãi và hỗ trợ hô hấp khi cần thiết.

*+ Nuôi dưỡng:*

- Cho bệnh nhân ăn qua sonde dạ dày, mỗi lần bơm không quá 200 ml cách nhau 3 giờ. Cho thêm các loại thức ăn có vitamin A, B, C.

- Chú trọng Protit bảo đảm cho cơ thể tiếp nhận 1 - 1,5 g/kg.

- Lượng Calo 30 - 50 Calo/kg thể trọng.

- Chế biến thức ăn bảo đảm vệ sinh và cân đối theo khẩu phần:

Theo tỷ lệ P : L : G = 1 : 1 : 4.

- Nước uống : Vnu = Vnt + ( 300 hoặc 500 ) ml – Vdt.

Trong đó Vnu = số ml nước uống trong ngày.

Vnt = thể tích nước tiểu /24 giờ tính bằng ml.

Vdt = thể tích dịch truyền tính bằng ml.

(500 ml áp dụng khi có sốt, vã mồ hôi hoặc có hỗ trợ hô hấp)

*+ Phòng chống loét:*

- Cho bệnh nhân nằm đệm hoặc phao chống loét.

- Nếu không có đệm nước phải giữ cho ga giường khô, sạch, không có nếp

nhăn.

- Trở mình cho bệnh nhân 2 giờ/lần.

- Có vết trợt: Điều trị ngay tránh để nhiễm khuẩn và loét.

+ Bôi thuốc hoặc chất làm sạch da (Rivanol)

+ Dùng đệm kê thích hợp.

- Đã loét: Cắt lọc phần tế bào hoại tử, rửa sạch, đổ đường trắng vào vết loét băng lại, hàng ngày thay băng và đổ đường nhiều lần. Chăm sóc đến khi vết loét đầy và kín miệng.

*+ Chăm sóc mắt:* Chống khô giác mạc và tổn thương do va chạm (do bệnh nhân không còn phản xạ chớp mắt)

- Nhỏ mắt theo y lệnh.

- Đắp gạc có tưới dung dịch NaCl lên mắt.

- Khép mi lại.

*+ Duy trì bài tiết nước tiểu:* Đặt Sonde dẫn lưu nước tiểu tránh làm bẩn và ướt da và tránh nhiễm trùng ngược dòng.

*+ Duy trì thân nhiệt:*

- ủ ấm nếu hạ thân nhiệt.

- Hạ nhiệt nếu có sốt cao.

*+ Chống ứ trệ tĩnh mạch và huyết khối:*

- Tập vận động thụ động.

*+ Chăm sóc khớp:*

- Thay đổi tư thế.

- Vận động các khớp.

*+ Chăm sóc răng miệng:* Lau rửa ngày 2 lần có thể dùng Glyxerin hoặc nước chanh làm ẩm niêm mạc miệng.

*+ Vệ sinh thân thể:*

- Lau người, rửa bộ phận sinh dục sau khi đi đại tiểu tiện hàng ngày.

- Thay ga giường, quần áo ngày một lần.

- Nên tắm toàn thân và gội đầu tại giường 3 ngày/lần vào buổi chiều. Nếu trời lạnh phải ủ ấm bệnh nhân.

*\* Chăm sóc tâm lý:* hỗ trợ kích thích não bằng cách:

- Nói với bệnh nhân.

- Gọi tên.

- Sờ lên da.

- Nhắc nhở người nhà tăng cường liên hệ giao tiếp với bệnh nhân.

*\* Giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn chăm sóc và luyện tập:*

- Hướng dẫn gia đình người bệnh biết chế độ chăm sóc và vệ sinh hàng ngày.

- Chế độ ăn uống và dùng thuốc hàng ngày: ăn đủ lượng và chất, dùng thuốc theo đơn của bác sĩ nếu có.

- Luyện tập hàng ngày từ nhẹ đến nặng, từ ít đến nhiều.

***6.5. Đánh giá quá trình chăm sóc:***

- Toàn trạng tiến triển tốt lên và tình trạng rối loạn ý thức được cải thiện.

- Được nuôi dưỡng đảm bảo, biểu hiện không sụt cân.

- Gia đình bệnh nhân yên tâm, cộng tác với nhân viên y tế chăm sóc tốt bệnh nhân.

Câu hỏi truyền thống

1. Trình bày các tình trạng ý thức trên lâm sàng.

2. Trình bày định nghĩa và phân loại rối loạn ý thức.

3. Trình bày triệu chứng lâm sàng của rối loạn ý thức.

4. Trình bày thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh hôn mê.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ LIỆT**

**Số tiết: 02**

***Mục tiêu***

1. Trình bày được định nghĩa và kể được một số nguyên nhân gây liệt.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của người bệnh có liệt.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh có liệt.

***Nội dung***

**1. Đại cương**

- Định nghĩa vận động: Vận động là các cử động nhằm thay đổi vị trí của cơ thể hoặc các phần cơ thể trong môi trường, nhằm mục đích thích nghi, đảm bảo sự tồn tại và phát triển của cá thể.

- Tham gia vào quá trình vận động gồm có 2 hệ cơ quan là hệ vận động (xương, khớp, cơ) và hệ thần kinh; rối loạn chức năng của 2 hệ cơ quan này sẽ gây nên các rối loạn vận động.

- Rối loạn chức năng của hệ thần kinh sẽ gây nên rối loạn vận động, trên lâm sàng rối loạn vận động ngoài rối loạn dáng đi còn gặp hai hội chứng rối loạn vận động kiểu liệt là hội chứng liệt nửa người và hội chứng hạ liệt.

**2. Hội chứng hạ liệt (liệt hai chi dưới)**

**2.1. Định nghĩa:** Liệt hai chân là hội chứng giảm hoặc mất vận động hữu ý hai chân do tổn thương trung ương hay tổn thương ngoại biên, hoặc hiếm gặp hơn là do tổn thương vùng vận động hai chân ở vỏ não.

**2.2. Nguyên nhân**

***2.2.1. Tổn thương thần kinh ngoại vi***

- Viêm sừng trước tuỷ cấp

Còn gọi là bệnh bại liệt ở trẻ em, do virus bại liệt làm tổn thương sừng trước tuỷ. Chỉ khi viêm sừng trước tuỷ cấp cả hai bên mới gây liệt cả hai chân.

- Viêm đa dây thần kinh

+ Có thể do thiếu vitamin B1 (còn gọi là bệnh tê phù hay bệnh Beriberi), do nhiễm trùng, do nhiễm độc (rượu, chì…).

+ Lâm sàng tiến triển từ từ với rối loạn vận động, cảm giác, phản xạ, dinh dưỡng kiểu liệt mềm ngoại vi, ít đối xứng hai bên, liệt rõ ở ngọn chi.

- Viêm đa rễ thần kinh (hội chứng Guillain Barre)

+ Là bệnh cấp tính, tổn thương nhiều dây thần kinh do mất Myêlin, có thể tự khỏi.

+ Triệu chứng lâm sàng gần giống như viêm đa dây thần kinh nhưng thường đối xứng hai bên.

***2.2.2. Tổn thương thần kinh trung ương***

- Viêm tuỷ: có nhiều nguyên nhân.

+ Viêm tuỷ do virus hướng thần kinh: có nhiều thể như: viêm tuỷ thể cắt ngang, viêm não tuỷ, viêm tuỷ thị thần kinh.

+ Viêm tuỷ do vi khuẩn: tụ cầu vàng (mụn, nhọt, viêm cơ…), liên cầu (nhiễm trùng tiết niệu, sau đẻ…), trực khuẩn lao, xoắn khuẩn giang mai.

+ Viêm tuỷ do biến chứng của: thuỷ đậu, đậu mùa, cúm, sau tiêm phòng dại...

- Ép tuỷ:có nhiều nguyên nhân gây ép tuỷ

+ U ngoài tuỷ: u màng tuỷ, rễ thần kinh.

+ U nội tuỷ: hiếm gặp hơn.

+ U di căn vào tuỷ: thứ phát sau ung thư tiền liệt tuyến, vú, tử cung, gan…

+ Lao cột sống, ung thư đốt sống.

+ áp xe ngoài màng cứng.

+ Thoát vị đĩa đệm ở những người loạn dưỡng sụn.

-Chấn thương và vết thương cột sống- tuỷ sống

Tuỳ theo nguyên nhân chấn thương nặng hay nhẹ mà lâm sàng có liệt hoàn toàn hay liệt một phần hai chân. Thường để lại di chứng nặng nề.

**2.3. Triệu chứng lâm sàng**

Liệt hai chân biểu hiện lâm sàng có thể là liệt cứng, có thể là liệt mềm. Triệu chứng khởi đầu có thể nhanh, đột ngột (viêm tuỷ, viêm sừng trước tuỷ cấp…) hay chậm, từ từ (u tuỷ, viêm dây thần kinh…).

***2.3.1. Liệt mềm***: hai tiêu chuẩn chính để đánh giá liệt mềm:

- Trương lực cơ giảm, sức căng cơ yếu

- Phản xạ gân xương ở hai chân giảm hoặc mất.

*\* Liệt mềm do tổn thương thần kinh trung ương:*

- Có dấu hiệu Babinski.

- Rối loạn cơ tròn: đại, tiểu tiện không tự chủ.

- Rối loạn dinh dưỡng: loét mông vùng cùng cụt, loét mắt cá ngoài bàn chân…

- Diễn biến: liệt mềm ở giai đoạn cấp sau đó dần dần chuyển sang liệt cứng ở giai đoạn sau (nếu tuỷ còn hồi phục chức năng).

*\* Liệt mềm do tổn thương ngoại biên:*

- Không có dấu hiệu Babinski.

- Không có rối loạn cơ tròn (trừ hội chứng do tổn thương vùng chóp cùng đuôi ngựa).

- Rối loạn dinh dưỡng biểu hiện bằng teo cơ.

- Rối loạn cảm giác theo đường đi của rễ và dây thần kinh.

- Diễn biến không chuyển sang liệt cứng.

***2.3.2. Liệt cứng***

Liệt hai chân co cứng chắc chắn là do tổn thương thần kinh trung ương. Liệt cứng có thể là giai đoạn tiếp theo của liệt mềm cũng có thể liệt cứng ngay từ đầu.

- Người bệnh có thể vẫn đi lại được nhưng khó khăn, dáng đi quét đất, hai đầu gối chạm vào nhau, bàn chân khó nhấc khỏi mặt đất hoặc người bệnh phải chống tay vào đầu gối khi đứng dậy.

- Tăng phản xạ gân xương: phản xạ nhậy hơn bình thường, đa động, rung giật.

- Tăng trương lực cơ: cơ rắn chắc, giảm độ gấp duỗi các khớp, giảm độ ve vẩy.

- Rối loạn cảm giác nông và sâu có ranh giới rõ.

- Rối loạn dinh dưỡng, cơ tròn, không teo cơ.

**3. Hội chứng liệt nửa người**

**3.1. Định nghĩa**

Liệt nửa người là giảm hoặc mất vận động hữu ý một tay và một chân cùng bên do tổn thương tháp kèm theo hay không kèm liệt một hay nhiều dây thần kinh sọ não cùng bên hay khác bên với bên liệt tay chân.

**3.2. Nguyên nhân**

- Chấn thương và vết thương sọ não.

- Đột quỵ não: bao gồm nhồi máu não và xuất huyết não

- Các nguyên nhân khác: viêm tắc tĩnh mạch náo, co thắt động mạch não sau xuất huyết dưới nhện, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

- Các khối choán chỗ: u não, áp xe não

**3.3. Triệu chứng lâm sàng**

***3.3.1. Khi bệnh nhân tỉnh táo***

**+ Liệt mềm**

* Giảm hoặc mất vận động một tay và một chân cùng bên.
* Thường có liệt nửa mặt trung ương cùng bên với tay chân bị liệt.
* Có thể liệt các dây thần kinh sọ não khác.
* Trương lực cơ giảm bên tay chân bị liệt.
* Phản xạ gân xương giảm hay mất bên tay chân bị liệt.
* Có thể kèm theo rối loạn cảm giác nửa người bên liệt.
* Dáng đi lê (tay bên liệt buông thỏng chân thì quét đất)

**+ Liệt cứng**

* Cơ lực bên liệt giảm hay mất.
* Liệt mặt trung ương cùng bên hay liệt mặt ngoại biên khác bên với tay chân bị liệt.
* Có thể liệt các dây thần kinh sọ não khác.
* Tăng trương lực cơ bên liệt đưa đến co cứng gấp chi trên, chi dưới co cứng duỗi nên khi đi có dáng đi vòng kiềng (phạt cỏ).
* Tăng phản xạ gân xương bên liệt.
* Có thể kèm rối loạn cảm giác nữa người bên liệt.

***3.3.2. Khi bệnh nhân hôn mê***

Bàn chân bên liệt đổ ra ngoài.

Có thể quay mắt và đầu về bên tay chân liệt hay về đối bên với tay chân bị liệt.

Nhân trung lệch về bên lành.

**4. Chăm sóc**

**4.1. Nhận định**

***4.1.1. Hỏi bệnh***

- Bệnh khởi phát từ từ hay đột ngột?

- Những triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: sốt, đau lưng, tê rát, giảm cảm giác ở hai chân, ở nửa người, đau tăng khi gắng sức...?

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: bí đại tiểu tiện, loét mông, teo cơ, liệt dương (nam giới)?

- Hỏi về tiền sử: có chấn thương cột sống, chấn thương sọ não, nhiễm trùng làm mủ ở vùng nào đó trên cơ thể, lao phổi, ung thư dạ dày, phổi...?

***4.1.2. Khám***

- Khám toàn thân: chú ý các điểm gồ, gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú.

- Khám thần kinh:

+ Khám phát hiện liệt, liệt mềm hay liệt cứng.

+ Khám cảm giác: lưu ý thể viêm tuỷ cắt ngang tiến triển: người bệnh có rối loạn cảm giác dạng khoanh đoạn, ranh giới rõ, lan từ thấp lên cao.

+ Khám dinh dưỡng, cơ tròn…

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

**4.1.3. Tham khảo hồ sơ bệnh án**

Sổ y bạ hoặc đơn thuốc cũ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, kết quả điều trị, kết quả chụp Xquang, siêu âm, y lệnh điều trị...

**4.2.** **Chẩn đoán chăm sóc:** người bệnh liệt có thể có những chẩn đoán chăm sóc sau:

- Người bệnh lo lắng về bệnh tật

- Người bệnh không tự vận động được do liệt.

- Người bệnh không tự vệ sinh thân thể được do liệt.

- Rối loạn đại tiểu tiện do rối loạn cơ tròn.

- Nguy cơ bị các biến chứng như: loét ép, bội nhiễm, teo cơ, cứng khớp.

- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.

- Người bệnh thiếu kiến thức về phòng bệnh và chăm sóc.

**4.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

Các mục tiêu chăm sóc cần đạt được là:

- Giảm lo lắng, động viên tinh thần cho người bệnh yên tâm điều trị.

- Giúp người bệnh vận động.

- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể.

- Giúp người bệnh đại tiểu tiện.

- Phòng chống các biến chứng: loét, bội nhiễm…

- Cung cấp đủ dinh dưỡng cho người bệnh.

- Cung cấp kiến thức về bệnh tật, cách chăm sóc, phòng bệnh cho người bệnh và người nhà để phối hợp chăm sóc cho tốt.

**4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

***4.4.1. Giảm lo lắng cho người bệnh***

- Khi bị liệt bệnh thường tiến triển kéo dài, tâm lý người bệnh thường lo lắng, bi quan nên người điều dưỡng phải thường xuyên gần gũi, động viên, giải thích để người bệnh yên tâm, tin tưởng vào điều trị và kiên trì luyện tập phục hồi chức năng.

- Thực hiện nhanh chóng, chính xác, kịp thời các y lệnh về xét nghiệm, thuốc.

- Theo dõi tình trạng của người bệnh: tiến triển bệnh, các dấu hiệu sinh tồn, toàn trạng.

***4.4.2. Cải thiện khả năng vận động và tránh các biến chứng do nằm bất động:***

- Đối với người bệnh bị liệt ở mức độ nhẹ, mỗi ngày nên dìu người bệnh đi lại một số lần, nên khuyến khích để họ tự đi, để người bệnh tự giữ thăng bằng hoặc cho họ dùng một số dụng cụ tiếp sức như: gậy, xe tập đi…

- Đối với người bẹnh liệt nặng thì công việc tập luyện khó khăn hơn rất nhiều, khoảng 2h lại lăn trở người bệnh nhân 1 lần để cơ thể họ được chuyển mình.

- Tập vận động cho người bệnh với các nguyên tắc sau:

+ Luyện tập thụ động nếu mất hoàn toàn vận động hai chân, luyện tập chủ động khi đã hồi phục một phần.

+ Luyện tập tất cả các cơ và các khớp hai chân tuần tự từ gốc đến ngọn, kể cả các ngón chân.

+ Vận động tất cả các động tác mà khớp đó có tuỳ theo mỗi khớp như: co, duỗi, dạng, khép, quay, mỗi động tác của mỗi khớp làm từ 5-10 lần.

+ Luyện tập ngày hai đến ba lần, xa bữa ăn.

- Cung cấp cho người bệnh các phương tiện hỗ trợ như: ghế ngồi, xe đẩy, gậy chống, hướng dẫn cho người bệnh và gia đình họ cách sử dụng.

Các can thiệp chăm sóc trên nếu được thực hiện triệt để người bệnh sẽ phục hồi khả năng vận động, tránh được các biến chứng như: thoái khớp, cứng khớp, loét…

***4.4.3. Đề phòng và giải quyết loét***

- Để người bệnh nằm đệm nước, thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/1 lần.

- Chăm sóc da thật cẩn thận, sạch sẽ nhất là những vùng tỳ đè bằng cách:

+ Hằng ngày rửa da thật sạch, nhẹ nhàng bằng xà phòng.

+ Lau da thật khô bằng khăn mềm.

+ Có thể bôi chất thơm và chất ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

- Dinh dưỡng cho người bệnh thật đầy đủ, đặc biệt không để thiếu protid giúp cho việc phục hồi, làm lành vết thương (nếu đã bị loét).

- Chăm sóc tại chỗ loét (nếu đã bị loét): Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh, đảm bảo giữ cho vùng da bị tổn thương khô và sạch.

***4.4.4. Chế độ dinh dưỡng***

- Cho người bệnh ăn thức ăn mềm, dễ tiêu.

- Thức ăn phải đảm bảo dinh dưỡng, cân đối về thành phần, đủ năng lượng.

- Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi, uống nhiều nước để phòng chống táo bón.

***4.4.5. Giúp người bệnh vệ sinh***

Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, thay quần áo, ga đệm sạch sẽ hàng ngày.

***4.4.6. Giúp người bệnh đại tiểu tiện bình thường***

- Lập lại phản xạ đại tiểu tiện cho người bệnh bằng cách: cứ 4 giờ cho người bệnh ngồi bô đại tiểu tiện một lần.

- Xoa bóp khung đại tràng theo chiều nhu động.

- Khuyến khích người bệnh ăn thức ăn có nhiều chất xơ, uống đủ nước để gây cảm giác đầy bàng quang, trực tràng.

- Kích thích bàng quang, hậu môn bằng chườm nóng, thuốc đặt hậu môn.

- Đặt sonde bàng quang và thụt tháo nếu cần thiết. Khi đặt sonde bàng quang phải lưu ý:

+ Đảm bảo vệ sinh tuyệt đối, tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

+ Cần chú ý kẹp ống và tháo nước tiểu theo giờ nhất định, không để nước tiểu tự chảy rỉ rả ít một, nhằm tạo phản xạ đầy bàng quang để người bệnh tự tiểu được sau khi rút ống.

***4.4.7. Giáo dục sức khoẻ***

- Cung cấp cho người bệnh kiến thức về bệnh và cách phòng bệnh nếu có.

- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà chế độ vệ sinh hàng ngày, chế độ ăn uống.

- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc và tập luyện theo chỉ dẫn.

**4.5. Đánh giá**

Quá trình chăm sóc người bệnh liệt hai chân được đánh giá là tốt nếu:

- Toàn trạng người bệnh tiến triển tốt.

- Người bệnh vận động tự chủ được.

- Không bị loét, không teo cơ cứng khớp.

- Không bị nhiễm trùng, bội nhiễm.

- Người bệnh giảm lo lắng, hợp tác với thầy thuốc.

- Người bệnh hiểu rõ cách phòng bệnh.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

**Câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Định nghĩa và kể được một số nguyên nhân gây liệt hai chân.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của bệnh liệt hai chân.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh liệt.
4. Định nghĩa và kể được một số nguyên nhân gây liệt nửa người.
5. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của bệnh liệt nửa người.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ**

**Số tiết: 02**

***Mục tiêu học tập***

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của tăng áp lực nội sọ.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tăng áp lực nội sọ.
3. Có thái độ khẩn trương, chính xác khi cấp cứu, chăm sóc người bệnh.
4. **Đại cương**

Hộp sọ có thể tích hằng định.  
— Các thành phần chứa trong hộp sọ: não, dịch não tuỷ và máu trong lòng mạch.  
+ Tổ chức não: trọng lượng từ 1.300 - 1.500g, chiếm 80 - 90% thể tích của hộp sọ.  
+ Dịch não tủy: chiếm 5 - 10% thể tích hộp sọ và nằm trong não thất, các bể đáy và khoang dưới nhện. DNT được sinh ra từ đám rối mạch mạc ở các não thất, mỗi giờ sinh ra 18 - 20ml và trong 24 giờ DNT là 430 - 480ml.   
+ Máu: thể tích máu trong lòng mạch não khoảng 150 - 170ml, chiếm 10% thể tích hộp sọ.   
— Áp lực nội sọ trung bình là **7 - 15 mm Hg.**

Tăng áp lực nội sọ được định nghĩa khi áp lực thuỷ tĩnh của dịch não tuỷ đo ở trong não thất hoặc ở khoang dưới nhện vượt quá 15 mmHg.

Hộp sọ không giãn nở được nên mọi nguyên nhân làm tăng các thành phần chứa trong hộp sọ đều có thể gây tăng áp lực nội sọ.

Hội chứng này do nhiều nguyên nhân khác nhau gây lên, các biến chứng thường xảy ra đột ngột, tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán, điều trị và chăm sóc kịp thời.

**2. Nguyên nhân**

- U não: khối u tại chỗ hoặc nơi khác di căn đến não, đây là nguyên nhân hay gặp nhất chiếm 80% các trường hợp.

- Nguyên nhân mạch máu: khối máu tụ trong não, nhồi máu não lan rộng, chảy máu màng não, viêm tắc tĩnh mạch não...

- Do chấn thương:

+ Máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng cấp hoặc mãn.

+ Khối máu tụ trong não do chấn thương.

- Do nhiễm khuẩn: áp xe não, viêm não, viêm màng não...

- Bệnh não do tăng huyết áp: tăng huyết áp ác tính kèm theo phù não gây tăng áp lực nội sọ.

- Nguyên nhân khác: não úng thuỷ bẩm sinh (hay gặp ở trẻ em), do thuốc (corticoides, vitamin A...), ngộ độc (oxyt carbon, chì...), suy hô hấp mạn tính...

**3. Triệu chứng**

**3.1. Triệu chứng cơ năng**

- Nhức đầu: Đây là triệu chứng sớm nhất và hằng định nhất của hội chứng. Điển hình là đau đầu về nửa đêm gần sáng, tăng lên khi ho, gắng sức, khi ở tư thế nằm. Các thuốc giảm đau thông thường không có tác dụng.

- Nôn: Thường không hằng định. Điển hình là nôn vọt, nôn dễ dàng không liên quan đến bữa ăn, có thể đỡ đau đầu sau khi nôn.

- Rối loạn thị giác

Đây là triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh. Giai đoạn đầu có thể người bệnh chỉ có cảm giác như có màng mờ che phủ trước mắt, như có ruồi bay trước mặt hoặc nhìn đôi, sau đó thị lực giảm dần, tiến triển có thể mù loà hoàn toàn.

Ngoài các triệu chứng cơ năng điển hình như trên thì tuỳ bệnh cảnh và vị trí tổn thương mà người bệnh có các triệu chứng khác có thể gặp như: rối loạn ý thức, thay đổi tính nết, chậm chạp, lú lẫn, nặng ý thức có thể u ám đến hôn mê.

**3.2. Triệu chứng thực thể**

- Đáy mắt: Phù gai thị là triệu chứng khách quan có giá trị nhất trong hội chứng tăng áp lực nội sọ nhưng không phải trường hợp nào cũng có và thường xuất hiện muộn khi các triệu chứng khác đã khá rõ. Tuỳ mức độ của tăng áp lực nội sọ mà gai thị diễn biến theo các giai đoạn khác nhau từ nhẹ đến nặng như sau: giai đoạn ứ gai, phù gai, xuất huyết và cuối cùng là giai đoạn teo gai.

Ngoài ra các triệu chứng khác có thể có như:

- Tăng chu vi vòng đầu ở trẻ em do giãn khớp sọ (thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi).

- Rối loạn tuần hoàn: Nhịp tim chậm, tăng huyết áp, tăng tiết mồ hôi.

- Rối loạn tiêu hoá: Nấc, chảy máu tiêu hoá do loét dạ dầy thực quản

- Rối loạn hô hấp: Hô hấp trở lên chậm và sâu dần khi tăng áp lực nội sọ có biến chứng.

- Khám thần kinh có thể phát hiện các triệu chứng thần kinh khu trú tuỳ theo nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ như: liệt các dây thần kinh sọ não, liệt vận động do tổn thương bó tháp...

**3.3. Cận lâm sàng**

- Chụp cắt lớp vi tính

+ Giúp tìm nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ.

+ Đánh giá ảnh hưởng của tăng áp lực nội sọ xem có thoát vị không?

- Chụp cộng hưởng từ não: Được chỉ định khi khi không tìm thấy tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính.

- Chụp X- quang sọ: Trong hội chứng tăng áp lực nội sọ tiến triển chậm có thể thấy:

+ Giãn khớp sọ: gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi.

+ Tăng các dấu ấn ngón tay trên vòm sọ, rõ nhất là ở trẻ em...

**4. Biến chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ**

- Lọt não (thoát vị não): Đây là biến chứng nguy hiểm nhất có thể đe doạ tính mạng người bệnh, đặc biệt là thoát vị hạnh nhân tiểu não (biểu hiện là đau đầu vùng chẩm lan xuống gáy, cứng gáy, cứng cổ, tăng trương lực đầu và chi dưới, kèm theo ý thức u ám).

- Teo gai thị: Do phù gai thị tiến triển gây teo gai và có thể gây mù.

- Thiếu máu não: Trong trường hợp tăng áp lực nội sọ trầm trọng làm lưu lượng tuần hoàn não giảm gây ra thiếu máu não.

**5. Điều trị**

-Tuỳ theo nguyên mà có biện pháp điều trị phù hợp: nếu do nhiễm khuẩn phải dùng kháng sinh, do khối u phải phẫu thuật...

- Điều trị triệu chứng

+ Để người bệnh nằm bất động, đầu hơi cao.

+ Thuốc chống phù não

* Các dung dịch ưu trương: Manitol 20% với liều 250mg/kg/4h, hoặc

Glycerol 1-2 g/kg/24h.

* Thuốc lợi niệu: Diamox, lasilix.

+ Thuốc hạ áp cho các trường hợp tăng huyết áp.

+ Hạ sốt cho các trường hợp sốt cao.

+ Thuốc an thần, giảm đau...

**6. Chăm sóc**

**6.1 Nhận định**

**6.1.1 Hỏi bệnh**

- Người bệnh có đau đầu không? đau cả đầu, đau nửa đầu hay đau đầu vùng chẩm lan xuống gáy?

- Có thấy căng cứng gáy không?

- Có nôn, mờ mắt không?

- Mức độ của từng triệu chứng trên?

- Hỏi về tiền sử: chấn thương, tăng huyết áp, bệnh toàn thân...?

**6.1.2. Khám**

- ý thức người bệnh: lo lắng, kích thích, u ám, hôn mê...?

- Có co giật, liệt...?

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

**6.1.3. Tham khảo hồ sơ bệnh án**

Sổ y bạ hoặc đơn thuốc cũ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, kết quả điều trị, kết quả chụp Xquang, CT, y lệnh điều trị...

**6.2 Chẩn đoán chăm sóc**

Người bệnh tăng áp lực nội sọ có thể có một số chẩn đoán chăm sóc sau:

- Người bệnh đau đầu, nôn liên quan đến tăng áp lực nội sọ.

- Người bệnh kích thích, lo lắng về bệnh tật.

- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do nôn, do đau đầu nhiều khiến người bệnh không ăn đc.

- Nguy cơ bị biến chứng.

**6.3 Lập kế hoạch chăm sóc**

- Giảm đau đầu, giảm nôn.

- Giảm kích thích, lo lắng cho người bệnh.

- Cung cấp đủ dinh dưỡng.

- Ngăn chặn biến chứng.

**6.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Giảm đau đầu, nôn giảm cho người bệnh:

+ Để người bệnh nằm phòng yên tĩnh.

+ Đảm bảo nguyên tắc cho người bệnh nằm bất động, tránh thay đổi tư thế, đầu hơi cao 150- 300.

+ Trong khi chăm sóc, tránh tất cả các hoạt động có thể gây tăng áp lực nội sọ cho người bệnh như:

* Tránh để người bệnh bị cong gập, nhất là đoạn hông, đoạn cổ.
* Tránh để người bệnh bị ho, táo bón.
* Khi làm các thủ thuật phải nhẹ nhàng.
* Hạn chế tối đa việc thăm khám nếu không cần thiết

+ Thực hiện y lệnh một cách khẩn trương, chính xác:

* Thuốc chống phù não: Thuốc lợi niệu, các dung dịch ưu trương như: Manitol 20% với liều lượng 250mg/kg/4h. Glycerol liều 1-2 g/kg/24h...
* Thuốc hạ áp, thuốc bảo vệ tế bào não, thuốc an thần, hạ sốt ...
* Các xét nghiệm.

- Giảm kích thích, lo lắng cho người bệnh:

+ Động viên tinh thần để người bệnh yên tâm điều trị.

+ Thực hiện y lệnh thuốc an thần, thuốc ngủ nếu có.

+ Giáo dục sức khoẻ cho người bệnh hiểu rõ phương pháp chăm sóc, điều trị để người bệnh yên tâm và hợp tác tốt trong quá trình chăm sóc và điều trị.

- Chế độ dinh dưỡng:

+ Cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, giàu dinh dưỡng.

+ Chia thành nhiều bữa

+ Nếu người bệnh tăng áp lực nội sọ nặng, nôn nhiều, không ăn được thì phải thực hiện nuôi dưỡng qua sonde, đường tĩnh mạch.

+ Hạn chế muối, nước: khoảng 1000 ml trong một ngày, ưu tiên các dung dịch ưu trương.

+ Phòng chống táo bón cho người bệnh để không làm nặng thêm tình trạng tăng áp lực nội sọ.

- Ngăn chặn biến chứng:

+ Thực hiện tốt giảm đau đầu, giảm nôn cho người bệnh.

+ Theo dõi sát ý thức, tiến triển của các dấu hiệu: Đau đầu, nôn, gáy cứng...

+ Thường xuyên theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 4 giờ/1 lần, nếu thấy bất thường báo ngay bác sỹ điều trị.

+ Chế độ chăm sóc toàn diện. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, tránh để người bệnh bị ho, bội nhiễm vùng hầu họng để không làm nặng thêm tình trạng tăng áp lực nội sọ.

+ Khi phụ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tuỷ phải đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật. Sau chọc dò để người bệnh nằm sấp 15 phút, tuyệt đối không để người bệnh ngồi dậy ngay, sau đó để người bệnh nằm đầu thấp ít nhất 2 giờ rồi mới cho người bệnh nằm bình thường cả ngày, phục vụ tại chỗ.

**6.5 Đánh giá**

Quá trình chăm sóc người bệnh được gọi là tốt nếu:

- Giảm hoặc không đau đầu, không nôn.

- Giảm hoặc hết kích thích, lo lắng.

- Không xuất hiện các biến chứng.

- Hợp tác tốt với thầy thuốc trong quá trình điều trị và chăm sóc.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

**Câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ.
2. Triệu chứng cơ năng của hội chứng tăng áp lực nội sọ.
3. Triệu chứng thực thể và biến chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ.
4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc nhằm làm giảm đau đầu, giảm nôn, giảm kích thích lo lo lắng cho người bệnh có hội chứng tăng áp lực nội sọ.
5. Thực hiện kế hoạch chăm sóc nhằm ngăn chặn biến chứng và chế độ dinh dưỡng cho người bệnh có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH**

**Số tiết: 02**

**Mục tiêu học tập**

1. Nêu được khái niệm về bệnh động kinh và kể được các loại động kinh thường gặp.

2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của động kinh toàn bộ cơn lớn.

3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh động kinh.

4. Có thái độ cảm thông, tôn trọng và tận tình giúp đỡ người bệnh.

**1. Đại cương**

***1.1.Định nghĩa******- Động kinh là một hội chứng bệnh lý của não, do nhiều nguyên nhân gây nên, với đặc điểm lâm sàng là những cơn rối loạn kịch phát chức năng của não về vận động, cảm giác, giác quan, tâm thần, thần kinh thực vật và ý thức.*1.2. Cơ chế bệnh sinh cơn động kinh.**  
Cơn động kinh xảy do sự phóng điện kịch phát và tăng đồng bộ của các nơron ở não. Sự tăng kích thích các nơron ở não xảy ra do kết hợp hai yếu tố:  
- Ngưỡng co giật thấp (do yếu tố di truyền).  
- Những yếu tố bất thường gây động kinh (tổn thương ở não, rối loạn chuyển hoá, nhiễm độc,…).  
**1.3. Dịch tễ động kinh**

- Theo thống kê ở nhiều nước trên thế giới, tỷ lệ người bị động kinh vào khoảng 0,5 – 0,7% dấn số. Tỷ lệ mới mắc trung bình hàng năm là 20 – 70 người trong 100.000 dân.

- Lứa tuổi: đa số động kinh xảy ra ở trẻ em, khoảng 50% số bệnh nhân động kinh dưới 10 tuổi và đến 75% số người động kinh dưới 20 tuổi. Tuổi càng lớn thì tỷ lệ bị động kinh càng thấp, nhưng đến tuổi 60 trở lên thì tỷ lệ động kinh lại tăng lên, tỷ lệ gặp khoảng 100 trong 100.000 người (P. Loiseau 1990).

- Giới: tỷ lệ bị động kinh ở nam và nữ tương đương nhau.

- Tính chất gia đình: khoảng 10% đến 25% bệnh nhân động kinh có yếu tố gia đình (cha, mẹ bị động kinh).

**1.4. Nguyên nhân**:

Có nhiều nguyên nhân gây động kinh, nhưng có thể xếp vào hai nhóm chính là bệnh lý thần kinh nguyên phát và nhóm các bệnh khác.

***1.4.1. Các bệnh thần kinh nguyên phát***

- Co giật lành tính do sốt ở trẻ em.

- Động kinh vô căn: chiếm 75 % số bệnh nhân đông kinh.

- Chấn thương sọ não:Cơn động kinh thường xuất hiện trong vòng một tháng đến một năm sau chấn thương sọ não. Nếu cơn xảy ra trên một năm sau chấn thương sọ não thì gọi là động kinh muộn sau chấn thương sọ não.  Theo thống kê, 80 – 90% bệnh động kinh xảy ra trong vòng 10 năm sau chấn thương.

- Đột quỵ não: Khỏang 5- 15% bệnh nhân đột quỵ có các cơn co giật.

- Khối phát triển nội sọ: như u não, áp xe não. 50% các u não gây động  kinh trên lâm sàng.

- Viêm màng não, viêm não.

1.***4.2- Các bệnh khác***

  Hạ đừơng huyết, hạ natri huyết, hạ canxi huyết, bệnh não tăng huyết áp, sản giật...

**1.5. Phân loại động kinh**

+ Động kinh toàn bộ

* + - Động kinh cơn lớn (cơn co giật)
    - Động kinh cơn nhỏ (cơn vắng ý thức)
    - Động kinh co thắt trẻ em.
    - Động kinh cơn giật cơ.
    - Động kinh cơn mất trương lực.
    - Động kinh cơn tăng trương lực.

+ Động kinh cục bộ

* Động kinh cục bộ với triệu chứng đơn giản.
* Động kinh cục bộ với triệu chứng phức tạp.

+ Động kinh cục bộ toàn bộ hoá thứ phát.

+ Động kinh chưa phân loại được.

**2. Triệu chứng lâm sàng**

**2.1 Động kinh toàn thể**

2.1.1. Động kinh toàn thể cơn lớn:

Một số trường hợp có triệu chứng xảy ra trước cơn động kinh, nếu những triệu chứng này xảy ra nhanh ngay trước cơn thì gọi là hiện tượng thoảng qua (aura). Biểu hiện của aura rất đa dạng, có thể gọi là aura vận động, aura cảm giác và aura cảm xúc… Ví dụ: trước khi lên cơn động kinh bệnh nhân thấy giật giật nhẹ ở các ngón tay một bên nào đó, nóng ran ở nửa người, cảm thấy một mùi gì khó chịu, thấy mắt nảy đom đóm, thấy ù tai hoặc bệnh nhân cảm thấy bồn chồn lo lắng, hoảng hốt… thường gặp trong động kinh thứ phát do ổ bệnh lý ở vỏ não.  
Đa số cơn động kinh xuất hiện đột ngột biểu hiện:  
- Bệnh nhân đột ngột mất ý thức, có thể kêu rống lên một tiếng rồi ngã vật xuống bất kỳ chỗ nào.



Chi trên gấp, chi dưới duỗi, đầu ngửa về phía sau, hai bàn tay nắm chặt, các cơ hô hấp cũng co cứng, cơ thanh quản khép, bệnh nhân ngừng thở ngắn, vì vậy da niêm mạc tím ngắt do thiếu oxy. Giai đoạn này gọi là giai đoạn co cứng, kéo dài 20 – 30 giây.  
- Tiếp theo bệnh nhân co giật các cơ toàn thân, hai tay hai chân co giật nhịp nhanh, lúc đầu nhịp chậm sau thành nhanh dần, cuổi cơn giật thưa rồi ngừng hẳn, các cơ ở mặt cũng co giật, mắt bệnh nhân trợn ngược, hai hàm răng nghiến chặt vào nhau, sùi bọt mép, đái ra quần. Giai đoạn co giật này kéo dài khoảng 30 – 60 giây.

  
- Sau khi ngừng co giật, các cơ doãi mềm, bệnh nhân vẫn mất ý thức, thở sâu đồng tử hai bên giãn nhẹ. Giai đoạn này kéo dài khoảng 1 phút. Sau đó bệnh nhân tỉnh lại, gọi hỏi bệnh nhân đáp ứng nhưng có thể lú lẫn trong vòng một vài phút, bệnh nhân thở sâu, người mỏi mệt, đau đầu, khám có thể thấy phản xạ gân xương tăng ở tứ chi, phản xạ Babinski (+) hai bên.   
- Giai đoạn hồi phục: Có bệnh nhân sau khi hồi phục ý thức trở lại chuyển sang ngủ sâu. Thời gian từ khi bắt đầu cơn đến cuối cơn, khi bệnh nhân phục hồi ý thức trở lại, thường trong 2 – 3 phút, ít khi kéo dài quá 5 phút. Sau cơn bệnh nhân không biết cơn xảy ra như thế nào.

Nếu ý thức của bệnh nhân chưa hồi phục trở lại mà đã xuất hiện tiếp theo liên tục các cơn khác thì gọi là trạng thái động kinh (status epilepticus).  
***\* Đặc điểm:***

- Cơn xuất hiện đột ngột kèm theo là mất ý thức nên người bệnh có thể ngã bất kỳ ở đâu nên thường bị chạm thương hoặc chấn thương do va đụng vào các vật cứng.

- Nếu cơn động kinh xuất hiện liên tục sẽ gây thiếu oxy não, rối loạn hô hấp và người bệnh có thể tử vong.

***2.1.2. Động kinh cơn nhỏ:*** Thường thể hiện bằng các cơn vắng ý thức.

\* Đặc điểm:

- Hay gặp ở các lứa tuổi học sinh.

- Biểu hiện lâm sàng hay gặp là trẻ đang hoạt động bình thường đột nhiên ngừng viết, ngừng nói, ngừng hoạt động trong chốc lát gây ra các hiện tượng rơi bát, đũa, cốc, thìa.v.v....

- Người bệnh thường mất ý thức trong vài giây nên bản thân họ không hay biết gì về sự việc vừa xảy ra.

***2.1.3. Động kinh co thắt trẻ em:***

- Thường gặp ở trẻ < 2 tuổi.

- Biểu hiện bằng các cơn co thắt gấp gây gục đầu hoặc gập thân có thể kèm theo hoặc không kèm theo các động tác co giật.

- Phần lớn gây hậu quả trẻ bị chậm phát triển trí tuệ.

***2.1.4. Động kinh cơn giật cơ:***

- Hiếm gặp, gặp ở cả trẻ em và người lớn.

- Biểu hiện lâm sàng bằng hiện tượng co các cơ toàn thân hoặc 1 hay 2 chi.

- Người bệnh thường mất ý thức rất ngắn.

***2.1.5. Động kinh cơn mất trương lực:***

- Hiếm gặp.

- Biểu hiện lâm sàng: Đột ngột mất trương lực cơ toàn bộ làm cho người bệnh bị ngã gục xuống nên có thể bị thương.

**2.2. Động kinh cục bộ**

***2.2.1. Động kinh cục bộ với triệu chứng đơn sơ:***

Tuỳ ổ động kinh khu trú ở vùng vận động hay cảm giác mà biểu hiện lâm sàng là co giật 1 tay hay tê bì 1 chi, co giật 1 nhóm cơ này sang 1 nhóm cơ khác.

***2.2.2. Động kinh cục bộ với triệu chứng phức tạp:*** Loại động kinh này còn gọi là động kinh thái dương hoặc động kinh tâm thần vận động.

- Thường ổ động kinh khu trú ở thuỳ thái dương.

- Biểu hiện lâm sàng phức tạp:

+ Người bệnh có từng cơn nhai, xoa tay, nghiến răng, lo âu sợ hãi....

+ Trong cơn tự động đó người bệnh mất ý thức (không biết mình làm gì).

**3. Điều trị**

Dùng các thuốc chống động kinh như Gacdenan, Seduxen, Tegretol, Depakin, Sodanton.v.v...

**4. Chăm sóc**

**4.1. Nhận định**

***4.1.1. Hỏi bệnh***

- Thời gian bắt đầu bị bệnh: bị lần đầu hay bị bệnh lâu năm rồi?

- Các biểu hiện triệu chứng và diễn biến của cơn động kinh

+ Có đột ngột không, có định hình không?

+ Vị trí giật đầu tiên, diễn biến của cơn?

+ Thời gian của cơn động kinh?

+ ý thức của người bệnh trong cơn, ngoài cơn, giữa các cơn?

- Hoàn cảnh, các yếu tố thuận lợi khởi phát cơn động kinh: đói, mệt, mất ngủ, sốt, uống rượu, stress tâm lý, ánh sáng chớp loé: sàn nhảy, tivi, điện tử.....

- Hỏi về các yếu tố liên quan đến việc dùng thuốc của người bệnh: người bệnh có dùng thuốc đúng chỉ định không, có tự ý ngừng thuốc, thay thuốc khác hay giảm liều thuốc không?

- Sự tái diễn của các cơn động kinh?

- Tiền sử bản thân: tiền sử sản khoa, tiền sử chấn thương, các bệnh toàn thân khác?

- Tiền sử gia đình?

***4.1.2. Thăm khám***

- Quan sát chung: màu da, sắc mặt, trạng thái tinh thần.

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, xem người bệnh có tình trạng suy hô hấp không?

- Xem xét thương tích (nếu có): vị trí, đánh giá mức độ (nặng, nhẹ)...?

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

Thu thập các kết quả xét nghiệm đã làm, đơn thuốc, sổ y bạ, giấy ra viện, giấy chuyển viện, y lệnh điều trị.

**4.2. Chẩn đoán chăm sóc**

Người bệnh động kinh có thể có một số chẩn đoán sau:

- Trong cơn động kinh người bệnh có nguy cơ:

+ Ngạt thở do:

* Co thắt cơ hô hấp
* Do hít phải đờm dãi
* Do hít phải dị vật, bùn, nước tại nơi ngã

+ Chấn thương: gãy xương, chật khớp, chầy xước da, bỏng...do ngã hoặc va chạm vào đồ vật xung quanh.

+ Cắn vào môi, lưỡi.

+ Người bệnh có nguy cơ phù não do cơn kéo dài.

- Nguy cơ tái phát cơn động kinh.

- Người bệnh thiếu hiểu biết về bệnh, không biết cách phòng ngừa cơn động kinh, mặc cảm, tự ti về bệnh.

**4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc**

4.3.1.Trường hợp người bệnh đang trong cơn động kinh

- Nguyên tắc: nhanh chóng cắt cơn bằng các biện pháp sau

+ Đặt người bệnh ở nơi tương đối an toàn đề phòng va đụng có thể gây thương tích.

+ Nới lỏng các dây nịt, thắt lưng cho người bệnh dễ thở.

+ Để đầu người bệnh nghiêng về một bên.

+ Chèn gạc vào giữa hai hàm răng để tránh cắn vào lưỡi.

+ Có thể đỡ cho người bệnh khỏi ngã nhưng không được đè giữ hoặc chống lại các động tác co giật cơ.

+ Nhanh chóng thực hiện y lệnh: tuyệt đối không cho người bệnh uống thuốc khi đang lên cơn giật để tránh sặc vào đường hô hấp.

+ Khi người bệnh vừa qua cơn thì đặt ở tư thế nằm nghiêng, lau chùi dãi rớt, xem xét thương tích .

- Trường hợp người bệnh có cơn động kinh liên tục

+ Đặt người bệnh nằm nghiêng trên giường có ván chắn và dây bảo vệ để không bị ngã.

+ Lưu ý giữ ven trong suốt quá trình cấp cứu, không để mất ven vì sẽ rất khó lấy lại ven nếu người bệnh có cơn giật liên tục.

+ Cho người bệnh đại tiểu tiện tại giường.

+ Cho người bệnh nằm đệm đề phòng loét ép.

+ Đảm bảo hô hấp: hút đờm dãi, thở oxy.

4.3.2. Kế hoạch chăm sóc người bệnh ngoài cơn động kinh

- Xem xét, xử lý các thương tích nếu có.

- Ngăn chặn tái phát cơn động kinh

+ Nhanh chóng thực hiện các y lệnh: xét nghiệm, thuốc điều trị.

+ Tránh để người bệnh mệt mỏi cơ thể và tinh thần: suy nghĩ căng thẳng, lo lắng về bệnh tật, thiếu ngủ, mệt, sốt....

+ Đảm bảo dinh dưỡng, không để người bệnh quá đói.

+ Theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, diễn biến của cơn động kinh, tác dụng phụ của thuốc chống động kinh, toàn trạng của người bệnh.

- Giáo dục sức khoẻ, xoá bỏ mặc cảm cho người bệnh

+ Hướng dẫn người bệnh định kỳ khám bệnh, dùng thuốc duy trì theo đúng chỉ định.

+ Cung cấp kiến thức cho người bệnh, loại bỏ yếu tố thuận lợi gây cơn động kinh

. Tránh những công việc nặng nhọc dưới trời nóng và những nơi nguy hiểm: lái xe, thợ đốt lò, làm việc trên cao, gần ao hồ, trong hầm lò.v.v...

. Tránh mệt mỏi cơ thể và tinh thần: suy nghĩ căng thẳng, thiếu ngủ, đói, mệt, sốt....

. Kiêng rượu tuyệt đối dưới bất cứ hình thức nào: uống, thuốc xoa bóp có cồn, nước hoa có đậm độ cồn cao. Tránh các chất kích thích như chè, cà phê.

+ Hướng dẫn người nhà cách sơ cứu khi người bệnh lên cơn.

+ Tư vấn khi trẻ đến trường.

+ Thái độ cư xử với trẻ bị bệnh: không nên quát mắng, đe doạ trẻ, nên nhẹ nhàng, âu yếm với trẻ. Không nên kể về bệnh tật của trẻ với người khác trước mặt trẻ.

+ Động viên, giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm điều trị.

**4.3. Đánh giá**

Người bệnh động kinh được đánh giá là chăm sóc tốt khi

* Người bệnh qua cơn an toàn, không bị chấn thương hay có các thương tích sau cơn động kinh
* Hô hấp được đảm bảo ở những người bệnh có cơn động kinh liên tục.
* ý thức trở lại tỉnh táo, tiếp xúc bình thường, tâm lý ổn định.
* Không còn xuất hiện cơn động kinh hoặc cơn đã thưa và ngắn dần.
* Người bệnh dùng thuốc đầy đủ với ý thức tự giác.
* Người bệnh hiểu biết cách phòng bệnh.
* Gia đình và người bệnh yên tâm điều trị và thực hiện tốt những chỉ dẫn của cán bộ y tế.
* Có thể trở lại lao động và sinh hoạt bình thường.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Khái niệm về bệnh động kinh và kể tên 4 loại động kinh thường gặp.

2. Triệu chứng lâm sàng của động kinh toàn bộ cơn lớn.

3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh động kinh.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ**

**Số tiết: 02**

***Mục tiêu học tập***

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của tăng áp lực nội sọ.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tăng áp lực nội sọ.
3. Có thái độ khẩn trương, chính xác khi cấp cứu, chăm sóc người bệnh.
4. **Đại cương**

Hộp sọ có thể tích hằng định.  
— Các thành phần chứa trong hộp sọ: não, dịch não tuỷ và máu trong lòng mạch.  
+ Tổ chức não: trọng lượng từ 1.300 - 1.500g, chiếm 80 - 90% thể tích của hộp sọ.  
+ Dịch não tủy: chiếm 5 - 10% thể tích hộp sọ và nằm trong não thất, các bể đáy và khoang dưới nhện. DNT được sinh ra từ đám rối mạch mạc ở các não thất, mỗi giờ sinh ra 18 - 20ml và trong 24 giờ DNT là 430 - 480ml.   
+ Máu: thể tích máu trong lòng mạch não khoảng 150 - 170ml, chiếm 10% thể tích hộp sọ.   
— Áp lực nội sọ trung bình là **7 - 15 mm Hg.**

Tăng áp lực nội sọ được định nghĩa khi áp lực thuỷ tĩnh của dịch não tuỷ đo ở trong não thất hoặc ở khoang dưới nhện vượt quá 15 mmHg.

Hộp sọ không giãn nở được nên mọi nguyên nhân làm tăng các thành phần chứa trong hộp sọ đều có thể gây tăng áp lực nội sọ.

Hội chứng này do nhiều nguyên nhân khác nhau gây lên, các biến chứng thường xảy ra đột ngột, tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán, điều trị và chăm sóc kịp thời.

**2. Nguyên nhân**

- U não: khối u tại chỗ hoặc nơi khác di căn đến não, đây là nguyên nhân hay gặp nhất chiếm 80% các trường hợp.

- Nguyên nhân mạch máu: khối máu tụ trong não, nhồi máu não lan rộng, chảy máu màng não, viêm tắc tĩnh mạch não...

- Do chấn thương:

+ Máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng cấp hoặc mãn.

+ Khối máu tụ trong não do chấn thương.

- Do nhiễm khuẩn: áp xe não, viêm não, viêm màng não...

- Bệnh não do tăng huyết áp: tăng huyết áp ác tính kèm theo phù não gây tăng áp lực nội sọ.

- Nguyên nhân khác: não úng thuỷ bẩm sinh (hay gặp ở trẻ em), do thuốc (corticoides, vitamin A...), ngộ độc (oxyt carbon, chì...), suy hô hấp mạn tính...

**3. Triệu chứng**

**3.1. Triệu chứng cơ năng**

- Nhức đầu: Đây là triệu chứng sớm nhất và hằng định nhất của hội chứng. Điển hình là đau đầu về nửa đêm gần sáng, tăng lên khi ho, gắng sức, khi ở tư thế nằm. Các thuốc giảm đau thông thường không có tác dụng.

- Nôn: Thường không hằng định. Điển hình là nôn vọt, nôn dễ dàng không liên quan đến bữa ăn, có thể đỡ đau đầu sau khi nôn.

- Rối loạn thị giác

Đây là triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh. Giai đoạn đầu có thể người bệnh chỉ có cảm giác như có màng mờ che phủ trước mắt, như có ruồi bay trước mặt hoặc nhìn đôi, sau đó thị lực giảm dần, tiến triển có thể mù loà hoàn toàn.

Ngoài các triệu chứng cơ năng điển hình như trên thì tuỳ bệnh cảnh và vị trí tổn thương mà người bệnh có các triệu chứng khác có thể gặp như: rối loạn ý thức, thay đổi tính nết, chậm chạp, lú lẫn, nặng ý thức có thể u ám đến hôn mê.

**3.2. Triệu chứng thực thể**

- Đáy mắt: Phù gai thị là triệu chứng khách quan có giá trị nhất trong hội chứng tăng áp lực nội sọ nhưng không phải trường hợp nào cũng có và thường xuất hiện muộn khi các triệu chứng khác đã khá rõ. Tuỳ mức độ của tăng áp lực nội sọ mà gai thị diễn biến theo các giai đoạn khác nhau từ nhẹ đến nặng như sau: giai đoạn ứ gai, phù gai, xuất huyết và cuối cùng là giai đoạn teo gai.

Ngoài ra các triệu chứng khác có thể có như:

- Tăng chu vi vòng đầu ở trẻ em do giãn khớp sọ (thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi).

- Rối loạn tuần hoàn: Nhịp tim chậm, tăng huyết áp, tăng tiết mồ hôi.

- Rối loạn tiêu hoá: Nấc, chảy máu tiêu hoá do loét dạ dầy thực quản

- Rối loạn hô hấp: Hô hấp trở lên chậm và sâu dần khi tăng áp lực nội sọ có biến chứng.

- Khám thần kinh có thể phát hiện các triệu chứng thần kinh khu trú tuỳ theo nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ như: liệt các dây thần kinh sọ não, liệt vận động do tổn thương bó tháp...

**3.3. Cận lâm sàng**

- Chụp cắt lớp vi tính

+ Giúp tìm nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ.

+ Đánh giá ảnh hưởng của tăng áp lực nội sọ xem có thoát vị không?

- Chụp cộng hưởng từ não: Được chỉ định khi khi không tìm thấy tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính.

- Chụp X- quang sọ: Trong hội chứng tăng áp lực nội sọ tiến triển chậm có thể thấy:

+ Giãn khớp sọ: gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi.

+ Tăng các dấu ấn ngón tay trên vòm sọ, rõ nhất là ở trẻ em...

**4. Biến chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ**

- Lọt não (thoát vị não): Đây là biến chứng nguy hiểm nhất có thể đe doạ tính mạng người bệnh, đặc biệt là thoát vị hạnh nhân tiểu não (biểu hiện là đau đầu vùng chẩm lan xuống gáy, cứng gáy, cứng cổ, tăng trương lực đầu và chi dưới, kèm theo ý thức u ám).

- Teo gai thị: Do phù gai thị tiến triển gây teo gai và có thể gây mù.

- Thiếu máu não: Trong trường hợp tăng áp lực nội sọ trầm trọng làm lưu lượng tuần hoàn não giảm gây ra thiếu máu não.

**5. Điều trị**

-Tuỳ theo nguyên mà có biện pháp điều trị phù hợp: nếu do nhiễm khuẩn phải dùng kháng sinh, do khối u phải phẫu thuật...

- Điều trị triệu chứng

+ Để người bệnh nằm bất động, đầu hơi cao.

+ Thuốc chống phù não

* Các dung dịch ưu trương: Manitol 20% với liều 250mg/kg/4h, hoặc

Glycerol 1-2 g/kg/24h.

* Thuốc lợi niệu: Diamox, lasilix.

+ Thuốc hạ áp cho các trường hợp tăng huyết áp.

+ Hạ sốt cho các trường hợp sốt cao.

+ Thuốc an thần, giảm đau...

**6. Chăm sóc**

**6.1 Nhận định**

**6.1.1 Hỏi bệnh**

- Người bệnh có đau đầu không? đau cả đầu, đau nửa đầu hay đau đầu vùng chẩm lan xuống gáy?

- Có thấy căng cứng gáy không?

- Có nôn, mờ mắt không?

- Mức độ của từng triệu chứng trên?

- Hỏi về tiền sử: chấn thương, tăng huyết áp, bệnh toàn thân...?

**6.1.2. Khám**

- ý thức người bệnh: lo lắng, kích thích, u ám, hôn mê...?

- Có co giật, liệt...?

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

**6.1.3. Tham khảo hồ sơ bệnh án**

Sổ y bạ hoặc đơn thuốc cũ, giấy ra viện lần trước, giấy chuyển viện, kết quả điều trị, kết quả chụp Xquang, CT, y lệnh điều trị...

**6.2 Chẩn đoán chăm sóc**

Người bệnh tăng áp lực nội sọ có thể có một số chẩn đoán chăm sóc sau:

- Người bệnh đau đầu, nôn liên quan đến tăng áp lực nội sọ.

- Người bệnh kích thích, lo lắng về bệnh tật.

- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng do nôn, do đau đầu nhiều khiến người bệnh không ăn đc.

- Nguy cơ bị biến chứng.

**6.3 Lập kế hoạch chăm sóc**

- Giảm đau đầu, giảm nôn.

- Giảm kích thích, lo lắng cho người bệnh.

- Cung cấp đủ dinh dưỡng.

- Ngăn chặn biến chứng.

**6.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Giảm đau đầu, nôn giảm cho người bệnh:

+ Để người bệnh nằm phòng yên tĩnh.

+ Đảm bảo nguyên tắc cho người bệnh nằm bất động, tránh thay đổi tư thế, đầu hơi cao 150- 300.

+ Trong khi chăm sóc, tránh tất cả các hoạt động có thể gây tăng áp lực nội sọ cho người bệnh như:

* Tránh để người bệnh bị cong gập, nhất là đoạn hông, đoạn cổ.
* Tránh để người bệnh bị ho, táo bón.
* Khi làm các thủ thuật phải nhẹ nhàng.
* Hạn chế tối đa việc thăm khám nếu không cần thiết

+ Thực hiện y lệnh một cách khẩn trương, chính xác:

* Thuốc chống phù não: Thuốc lợi niệu, các dung dịch ưu trương như: Manitol 20% với liều lượng 250mg/kg/4h. Glycerol liều 1-2 g/kg/24h...
* Thuốc hạ áp, thuốc bảo vệ tế bào não, thuốc an thần, hạ sốt ...
* Các xét nghiệm.

- Giảm kích thích, lo lắng cho người bệnh:

+ Động viên tinh thần để người bệnh yên tâm điều trị.

+ Thực hiện y lệnh thuốc an thần, thuốc ngủ nếu có.

+ Giáo dục sức khoẻ cho người bệnh hiểu rõ phương pháp chăm sóc, điều trị để người bệnh yên tâm và hợp tác tốt trong quá trình chăm sóc và điều trị.

- Chế độ dinh dưỡng:

+ Cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, giàu dinh dưỡng.

+ Chia thành nhiều bữa

+ Nếu người bệnh tăng áp lực nội sọ nặng, nôn nhiều, không ăn được thì phải thực hiện nuôi dưỡng qua sonde, đường tĩnh mạch.

+ Hạn chế muối, nước: khoảng 1000 ml trong một ngày, ưu tiên các dung dịch ưu trương.

+ Phòng chống táo bón cho người bệnh để không làm nặng thêm tình trạng tăng áp lực nội sọ.

- Ngăn chặn biến chứng:

+ Thực hiện tốt giảm đau đầu, giảm nôn cho người bệnh.

+ Theo dõi sát ý thức, tiến triển của các dấu hiệu: Đau đầu, nôn, gáy cứng...

+ Thường xuyên theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 4 giờ/1 lần, nếu thấy bất thường báo ngay bác sỹ điều trị.

+ Chế độ chăm sóc toàn diện. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, tránh để người bệnh bị ho, bội nhiễm vùng hầu họng để không làm nặng thêm tình trạng tăng áp lực nội sọ.

+ Khi phụ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tuỷ phải đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật. Sau chọc dò để người bệnh nằm sấp 15 phút, tuyệt đối không để người bệnh ngồi dậy ngay, sau đó để người bệnh nằm đầu thấp ít nhất 2 giờ rồi mới cho người bệnh nằm bình thường cả ngày, phục vụ tại chỗ.

**6.5 Đánh giá**

Quá trình chăm sóc người bệnh được gọi là tốt nếu:

- Giảm hoặc không đau đầu, không nôn.

- Giảm hoặc hết kích thích, lo lắng.

- Không xuất hiện các biến chứng.

- Hợp tác tốt với thầy thuốc trong quá trình điều trị và chăm sóc.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

**Câu hỏi truyền thống**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của tăng áp lực nội sọ.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh tăng áp lực nội sọ.

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐAU THẦN KINH**

**Số tiết: 03**

***Mục tiêu học tập***

1. Trình bày được một số nguyên nhân gây đau dây thần kinh tọa, viêm đa dây thần kinh.

2. Trình bày được triệu chứng của đau dây thần kinh toạ điển hình do thoát vị đĩa đệm.

3. Trình bày triệu chứng viêm đa dây thần kinh

4. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh đau dây thần kinh toạ, viêm đa dây thần kinh.

5. Có thái độ cảm thông, tận tình giúp đỡ người bệnh.

***Nội dung***

**1. Đại cương**

- Đau thần kinh là đau do một tổn thương hoặc bệnh lý của hệ thần kinh gây ra.

- Có hai loại đau thần kinh:

+ Đau thần kinh ngoại vi: đau gây ra bởi một tổn thương hoặc bệnh thần kinh ngoại vi.

+ Đau thần kinh trung ương: đau gây ra bởi một tổn thương hoặc bệnh thần kinh trung ương.

Nội dung bài học này trình bày hai bệnh lý đau dây thần kinh ngoại biên là: đau dây thần kinh tọa và viêm đa dây thần kinh.

**A. Đau dây thần kinh tọa**

**1. Nguyên nhân**

- Đau dây thần kinh toạ là một hội chứng thường gặp ở lứa tuổi lao động.

- Đau dây thần kinh toạ do nhiều nguyên nhân gây ra

+ Thoát vị đĩa đệm.

+ Viêm dây thần kinh.

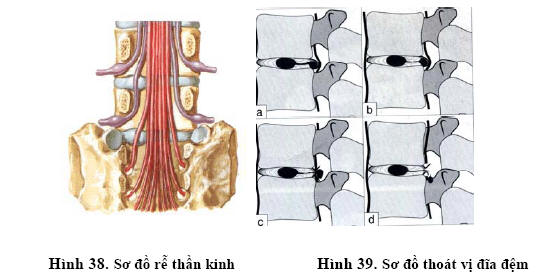
+ Lao đốt sống vùng thắt lưng cùng.

+ Viêm dày dính màng tuỷ.

+ U tuỷ vùng chóp cùng.

+ Các nguyên nhân khác: di căn ung thư tuyến tiền liệt, tử cung, chấn thương cột sống hay thoái hoá đốt sống.

Trong thực tế hay gặp nhất là đau dây thần kinh toạ do thoát vị đĩa đệm.



**2. Triệu chứng lâm sàng**

Điển hình là trường hợp đau dây thần kinh toạ do thoát vị đĩa đệm vùng L5­- S1.



Đường đi của dây thần kinh toạ và các điểm đau tương ứng

\* Khởi đầu: Triệu chứng xuất hiện đột ngột sau khi mang, vác, khiêng, nâng một vật quá nặng.

\* Triệu chứng:

- Đau là dấu hiệu chủ yếu:

+ Đau vùng thắt lưng bên tổn thương.

+ Đau như thắt, như điện giật, kim châm.

+ Đau lan xuống dưới qua mặt sau đùi lan xuống gót chân hoặc ngón chân.

+ Đau tăng lên khi gắng sức (đi bộ nhiều, ho, hắt hơi, rặn đại tiện...), đau giảm đi khi nghỉ ngơi, nằm nghiêng về bên lành cẳng chân co lại.

- Người bệnh trong tư thế chống đau lệch người về bên lành. Cột sống mất đường cong sinh lý, cong vẹo về bên lành, gẫy khúc đường gai sống.

- Các động tác làm căng dây thần kinh hông gây đau tăng lên:

+ Nghiệm pháp Laseque: người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người khám nâng gót chân người bệnh lên khỏi mặt giường, bình thường có thể nâng gót chân lên một góc đến 900 so với mặt giường. Người bệnh đau dây thần kinh toạ thì tuỳ theo mức độ nặng hay nhẹ của bệnh mà chỉ nâng đến một góc nào đó (ví dụ 300, 400...) là có cảm giác đau vùng mông, lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân làm cho người bệnh phải gấp gối lại. Góc càng nhỏ đau càng nặng.

+ Dấu hiệu Valleix: ấn vào điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn (điểm Valleix) sẽ gây đau. Ngoài ra, có thể gây đau khi ấn dọc theo đường đi của dây hông (điểm giữa mặt sau đùi, đỉnh trám kheo...)

- Rối loạn cảm giác (tê bì, kim châm, kiến bò) theo khu vực rễ thần kinh bị kích thích.

- Trường hợp nặng, bệnh tiến triển lâu ngày ngoài các triệu chứng trên người bệnh thường có:

+ Rối loạn vận động (không đi đứng được, hạn chế vận động, liệt nhẹ).

+ Giảm trương lực cơ: cơ mềm nhẽo, mông sệ, nếp lằn mông mờ.

+ Rối loạn dinh dưỡng: teo cơ, rối loạn vận mạch, rối loạn dinh dưỡng da...

**3. Điều trị**

-Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường ván cứng (tư thế làm chùng dây hông) là phương pháp điều trị bảo tồn hiệu quả nhất, đặc biệt trong giai đoạn cấp tính. Thời gian thường là từ 7 - 15 ngày hay hơn nữa tuỳ từng trường hợp cụ thể.

- Thuốc giãn cơ, giảm đau toàn thân: Mydocalm, Decontractyl, paracetamol, diclofenac...

- Sau giai đoạn cấp có thể kết hợp phương pháp y học cổ truyền như: châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt...Phục hồi chức năng cột sống và chức năng thần kinh tránh teo cơ, loét... bằng các phương pháp như xoa bóp, kéo giãn cột sống, vật lý trị liệu như chiếu đèn hồng ngoại, điện phân...

- Điều trị theo nguyên nhân nếu có: nếu người bệnh bị lao thì phải điều trị lao, nếu do u chèn ép thì phải mổ lấy khối u...

**4. Chăm sóc**

**4.1. Nhận định**

***4.1.1. Hỏi bệnh***

- Thời gian khởi phát đau?

- Hoàn cảnh xảy ra đau ?

- Đau lần đầu hay đau tái phát ?

- Vị trí và tính chất đau (mức độ đau, hướng lan, các yếu tố làm đau hơn) ?

- Người bệnh đau nhiều khi nào: khi trăn trở mình, khi đi lại... ?

- Rối loạn vận động: không đi lại được hay đi lại khó khăn ?

- Có rối loạn cảm giác không?

- Các biểu hiện khác: trạng thái tinh thần, ăn uống, đại tiểu tiện của người bệnh ?

***4.1.2. Thăm khám***

- Quan sát nét mặt người bệnh: lo âu, nhăn nhó do đau.

- Quan sát dáng đi của người bệnh.

- Khám phát hiện tổn thương dây thần kinh hông: Laseque, Valleix

- Khám phát hiện liệt, teo cơ, rối loạn dinh dưỡng, rối loạn cảm giác…

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...

***4.1.3. Thu thập thông tin và tham khảo hồ sơ bệnh án***

Các kết quả xét nghiệm, đơn thuốc, sổ y bạ, giấy ra viện, giấy chuyển viện...

**4.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Người bệnh đau nhiều liên quan đến dây thần kinh toạ bị chèn ép.

- Người bệnh bị teo cơ liên quan đến dây thần kinh toạ bị chèn ép, kém vận động.

- Người bệnh lo lắng về bệnh.

- Người bệnh thiếu kiến thức về bệnh.

**4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc**

4.3.1. Giảm đau cho người bệnh

- Để người bệnh nằm nghỉ ngơi hoàn toàn trên giường cứng, chú ý không nên nằm giường đệm nhất là giường lò so.

- Để người bệnh tự lựa mình theo tư thế chống đau thích hợp khi nằm, ngồi.

- Khi nâng đỡ người bệnh phải nhẹ nhàng, tránh các động tác quá mạnh và đột ngột.

- Thực hiện y lệnh thuốc giãn cơ, giảm đau cho người bệnh. Lưu ý khi cho người bệnh uống thuốc giảm đau phải uống thuốc lúc no để tránh tác dụng phụ của thuốc.

- Giai đoạn cấp người bệnh đau nhiều không đi lai được cho người bệnh vệ sinh tại giường, giúp người bệnh vệ sinh cá nhân, tránh bội nhiễm.

- Khi bệnh thuyên giảm có thể châm cứu, bấm huyệt, chườm nóng, chiếu tia hồng ngoại…

- Chế độ ăn tránh táo bón, hạn chế chất kích thích như ớt, hạt tiêu...

4.3.2. Hạn chế teo cơ, phục hồi khả năng vận động

- Khi người bệnh đang đau nhiều: Nghỉ ngơi là chính, dùng thuốc giãn cơ, giảm đau chống viêm, châm cứu, vật lý trị liệu theo chỉ định của chuyên khoa.

- Khi bệnh đã thuyên giảm: xoa bóp, bấm huyệt, kéo giãn cột sống…Người bệnh đau dây thần kinh toạ cần tập phục hồi chức năng càng sớm càng tốt khi tình trạng bệnh thuyên giảm.

4.3.3. Giảm lo lắng cho người bệnh

- Động viên tinh thần để người bệnh yên tâm điều trị.

- Theo dõi, ghi hồ sơ bệnh án các dấu hiệu sinh tồn, diễn biến của các triệu chứng, toàn trạng người bệnh.

- Nhanh chóng thực hiện đầy đủ, chính xác các y lệnh về xét nghiệm, điều trị.

4.3.4. Giáo dục sức khoẻ

- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc theo đơn, định kỳ kiểm tra sức khoẻ.

- Chế độ lao động, nghỉ ngơi hợp lý:

+ Tránh lao động quá sức, mang vác vật nặng lệch về một bên.

+ Tránh các động tác làm cong vẹo cột sống, cúi gập người đột ngột.

**4.4. Đánh giá:**

Quá trình chăm sóc người bệnh đau dây thần kinh toạ được đánh giá là tốt nếu đạt các yêu cầu sau đây:

- Thể trạng người bệnh tốt lên.

- Người bệnh hết đau hoặc đỡ đau, tự ngồi dậy được và đi lại quanh giường

- Không có dấu hiệu bội nhiễm do nằm lâu.

- Tinh thần người bệnh thoải mái, an tâm, tin tưởng và cộng tác với nhân viên y tế trong quá trình chăm sóc và điều trị.

**B. Viêm đa dây thần kinh**

**1. Khái niệm**

Viêm đa dây thần kinh là tình trạng tổn thương nhiều dây thần kinh ngoại biên có đặc tính chung là nguyên nhân toàn thân, triệu chứng lâm sàng là hội chứng hỗn hợp của vận động, cảm giác, dinh dưỡng, đối xứng hai bên, ngay từ khi khởi phát đã ưu thế ngọn chi hơn gốc chi, tiến triển đến hồi phục khi loại trừ được nguyên nhân.

**2. Triệu chứng**

**2.1 Triệu chứng lâm sàng**

- Rối loạn vận động

+ Liệt mềm ngoại bên

+ Liệt bắt đầu từ hai chân rồi đến liệt tứ chi, liệt đối xứng hai bên, ưu thế ngọn chi hơn gốc chi, thấy rõ ở các cơ bàn tay, cẳng tay, bàn chân, cẳng chân.

- Rối loạn cảm giác

+ Rối loạn cảm giác chủ quan: bao giờ cũng có, ở mức độ nhẹ người bệnh thấy dị cảm, kiến bò, tê buồn, chuột rút tăng về đêm, đau cơ là biểu hiện phổ biến, đau liên tục hoặc cách hồi và tăng nhiều về đêm.

+ Rối loạn cảm giác khách quan: khi bóp vào các khối cơ người bệnh đau dữ dội, đây là triệu chứng khách quan đặc hiệu cho mọi loại viêm đa dây thần kinh, đau xuất hiện khi đụng chạm vào da. Khám còn thấy giảm hoặc mất cảm giác sâu.

Rối loạn cảm giác cũng ưu thế ngọn chi hơn gốc chi và không đi theo rễ, dây thần kinh hoặc một khoanh tuỷ cụ thể nào.

- Rối loạn dinh dưỡng

+ Teo cơ sớm thường khu trú ở các cơ cẳng chân trước ngoài, lâu ngày sẽ co cơ biến trứng là co rút gân cơ, biến dạng bàn tay, bàn chân, co quắp các ngón, mất khả năng lao động.

+ Da lạnh và tím, có thể phù nề, loét ổ gà lòng bàn chân.

+ Rụng lông ở chi, móng tay, móng chân biến dạng gồ lên, bóng nhẵn.

- Rối loạn giác quan

Do tổn thương các dây thần kinh sọ nên có thể thấy triệu chứng của viêm dây thần kinh gây mù, điếc mũi, không cảm nhận được mùi, rối loạn tiền đình, mất vị giác...

**2.2 Triệu chứng cận lâm sàng**

- Dịch não tuỷ bình thường không biến đổi, nếu có nhiễm trùng protein tăng.

- Điện cơ là phương pháp thăm dò chủ yếu thiếu, thường thấy có biểu hiện giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh.

- Sinh thiết cơ rất cần thiết để phân biệt bệnh cơ hay bệnh thần kinh.

**3. Nguyên nhân**

- Do rối loạn chuyển hoá: đái tháo đường, urê huyết cao, xơ gan, uống rượu...

- Do thiếu vitamin B1.

- Rối loạn hấp thu vitamin B12.

- Các bệnh nhiễm khuẩn: quai bị, hủi, bạch hầu, thương hàn, sốt phát ban...

- Do ngộ độc chì.

- Do các bệnh collagen: viêm nút quanh động mạch.

- Nguyên nhân phối hợp: trong thực tế các nguyên nhân nói trên thường hay phối hợp với nhau

**4. Chăm sóc**

**4.1 Nhận định**

4.1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian bị bệnh: bị bệnh lần đầu hay từ bao giờ?

- Khởi phát bệnh: từ từ hay đột ngột?

- Tình trạng vận động: bình thường, khó khăn, yếu hay mất hoàn toàn vận động?

- Hỏi phát hiện rối loạn cảm giác: có thấy tê bì, kiến bò...? Mức độ, diễn biến?

- Hỏi về rối loạn giác quan có hay không: nhìn, gửi, nghe...?

- Hỏi các yếu tố gợi ý nguyên nhân: uống rượu, tiền sử bệnh tật...?

- Tình trạng ăn, ngủ, đại tiểu tiện?

4.1.2. Khám

- Khám toàn trạng người bệnh

+ Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

+ Có phù không, đặc điểm phù?

- Khám liệt: có hay không, vị trí, tính chất?

- Rối loạn cảm giác, rối loạn dinh dưỡng?

- Các rối loạn khác kèm theo: tim mạch, hô hấp, tiêu hoá...?

4.1.3. Tham khảo hồ sơ, bệnh án: về chẩn đoán, y lệnh điều trị, xét nghiệm...

**4.2 Chẩn đoán chăm sóc**

- Người bệnh đau nhiều liên quan đến rối loạn cảm giác, quá trình teo cơ, cứng khớp.

- Người bệnh giảm, mất khả năng vận động.

- Nguy cơ biến dạng khớp.

- Người bệnh có rối loạn tim mạch, hô hấp.

- Người bệnh không tự vệ sinh cá nhân được do teo cơ, cứng khớp, biến dạng chi.

- Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng.

- Người bệnh lo lắng, thiếu hiểu biết về bệnh.

**4.3 Lập kế hoạch chăm sóc**

- Giảm đau cho người bệnh.

- Giúp người bệnh vận động phù hợp với tiến triển của bệnh.

- Hạn chế teo cơ, biến dạng khớp.

- Giảm lo lắng cho người bệnh.

- Cung cấp đủ dinh dưỡng.

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.

**4.4 Thực hiện kế hoạc chăm sóc**

- ủ ấm chi, để người bệnh nằm giường cứng ở tư thế cơ năng, bàn chân vuông góc với cẳng chân, nếu cần nẹp giữ các ngón tay, ngón chân chống co quắp.

- Tập vận động cho người bệnh kết hợp với phục hồi chức năng.

- Cung cấp thức ăn giàu dinh dưỡng, vitamin, nhất là vitamin nhóm B.

- Động viên người bệnh phối hợp chăm sóc.

- Thực hiện y lệnh.

- Theo dõi diễn biến bệnh, các dấu hiệu sinh tồn, toàn trạng của người bệnh.

- Giáo dục sức khoẻ cung cấp thông tin cho người bệnh biết là bệnh có thể khỏi hoàn toàn nếu điều trị đúng nguyên nhân và chăm sóc, vận động đúng phương pháp.

**4.5 Đánh giá**

Quá trình chăm sóc tốt nếu:

- Người bệnh hết đau, hết phù.

- Vận động tốt.

- Không teo cơ, cứng khớp, không biến dạng chi.

- Không thiếu hụt dinh dưỡng.

- Người bệnh hiểu biết về bệnh và hợp tác điều trị.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

Anh (chị) hãy trình bày:

1. Một số nguyên nhân gây đau dây thần kinh toạ.

2. Triệu chứng của đau dây thần kinh toạ điển hình do thoát vị đĩa đệm.

3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh đau dây thần kinh toạ.

4. khái niệm, nguyên nhân của viêm đa dây thần kinh.

5. Triệu chứng lâm sàng của viêm đa dây thần kinh.

6. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm đa dây thần kinh.