

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	2
CHƯƠNG 1: KHÁI NIỆM VÀ PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH	3
1.1. Giải phẫu học	3
1.2. Các khái niệm động kinh	4
1.2.1. Bệnh động kinh	5
1.2.2. Cơ ĐK	5
1.2.3. Động kinh	6
1.3. Nguyên nhân cơ chế	6
1.3.1. Nguyên nhân:	6
1.3.2. Cơ chế Động Kinh.....	7
1.4. Phân loại ĐK.....	8
1.5. Đặc điểm lâm sàng của ĐK.....	10
1.6. Nguyên tắc điều trị ĐK	10
CHƯƠNG 2: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH TẠI CƠ SỞ Y TẾ ..	11
2.1. Tầm quan trọng của chăm sóc	11
2.2. Quy trình điều dưỡng.....	11
2.2.1 Nhận định	11
2.2.2 Chẩn đoán điều dưỡng	14
2.2.3 Lập KHCS:	15
2.2.4. Thực hiện KHCS	18
2.2.5 Lượng giá :	24
CHƯƠNG 3: CHĂM SÓC BN ĐỘNG KINH TẠI CỘNG ĐỒNG.....	29
3.1 Những hiểu biết cần thiết về bệnh động kinh	29
3.2 Đối với BN.....	30
3.3 Đối với gia đình.....	30

3.4. Đối với cộng đồng biết và giúp đỡ người bị động kinh khi họ lên cơn đóng vai trò rất quan trọng bởi vì không phải lúc nào cũng có thầy thuốc hay người thân ở bên cạnh. Những việc nên làm ngay khi người bệnh lên cơn	32
3.5 Phục hồi chức năng.....	33
3.6 Cán bộ y tế	35
KẾT LUẬN.....	36
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Hình ảnh noron thần kinh.....	4
Hình 1.2.	Hình ảnh phóng điện quá mức của các tế bào não.....	5
Hình 2.1.	Hình ảnh làm điện não vi tính cho BN.....	17
Hình 2.2.	Hình ảnh bệnh nhân dị ứng thuốc kháng động kinh.....	19
Hình 2.3.	Các loại hoa quả danh cho bệnh động kinh.....	21
Hình 2.4.	Hình ảnh xử trí khi bệnh nhân lên cơn co giật.....	23
Hình 2.5.	Hình ảnh tư vấn BN có thai.....	24
Hình 2.6.	Hình ảnh các loại rau quả BN lên dùng	31
Hình 3.1.	Hình ảnh tư vấn quản lý bệnh động kinh tại cộng đồng.....	35
Hình 3.2.	Hình ảnh biến chứng đáng tiếc bệnh ĐK khi người bệnh ra viện.....	35

MỤC TIÊU

1. Tránh tai biến của cơn động kinh
2. Hòa nhập bệnh nhân vào cộng đồng

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Động Kinh (ĐK) là một bệnh được biết đến từ 500 năm trước Công Nguyên (của nhà vật lý học Hylap Hippocrate viết cuốn sách đầu tiên về bệnh này). Họ gọi là bệnh “trời đánh”. Qua nhiều giai đoạn phát triển của Y học đến nay gọi là bệnh động kinh.

- Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới WHO cho biết ĐK là bệnh lý thường gặp chiếm 1/4 tổng số bệnh lý TK nói chung và tỷ lệ ĐK chiếm 0,5-1% dân số. Tỷ lệ mới mắc mỗi năm trung bình 50/100.000 dân và là bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới trong đó TE chiếm đến 60%, do nhiều nguyên nhân khác nhau có liên quan đến chấn thương sọ não, sản khoa và không chế các biến chứng bệnh nội khoa để lại.

- Hiện nay bệnh ĐK trên thế giới đang phát triển mạnh lan rộng ra các nước đặc biệt là các nước đang phát triển. Ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh ĐK, việc chẩn đoán bệnh không khó, song vấn đề điều trị thì liên tục được cập nhật với sự ra đời của thuốc kháng ĐK nhiều thế hệ đồng hành cùng việc điều trị thuốc thì vấn đề chăm sóc bệnh nhân ĐK là rất quan trọng, có thể đưa nó lên hàng đầu trong bệnh lý TK. Vì vậy việc thiếu hiểu biết bệnh kèm theo nhiều quan niệm sai lầm về bệnh như người bệnh bị coi như “bỏ đi” không quan tâm chia sẻ dẫn đến người bệnh đi vào tiêu cực trong cuộc sống và để lại nhiều di chứng đáng tiếc cho người bệnh, đem đến gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do vậy dẫn đến nhiều sai sót trong vấn đề chăm sóc, đối xử, đã gây ra hậu quả đáng tiếc cho BN và những người xung quanh.

CHƯƠNG 1

KHÁI NIỆM VÀ PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH

1.1. Giải phẫu học

Hệ thần kinh là vai trò quan trọng trong việc điều hòa hoạt động của cơ thể. Đồng thời đảm bảo cho cơ thể thích nghi với môi trường bên ngoài. Nó tiếp nhận hàng triệu mã thông tin.

Chức năng cảm giác, chức năng vận động, chức năng hoạt động thần kinh cao cấp. Chúng có mối quan hệ mật thiết với nhau. Trong đó, Nơron là đơn vị cấu tạo cơ bản của hệ thần kinh, toàn bộ hệ thần kinh có khoảng 1000 tỷ nơron gồm các bộ phận sau (1).

- Thân nơron có cấu trúc đặc biệt gọi là thể misl có màu xám, nơi tập trung nhiều thân nơron thì tổ chức thần kinh có màu xám (vỏ não, các nhân xám dưới vỏ não). Có chức năng dinh dưỡng và phát sinh xung động thần kinh và nơi tiếp nhận xúc động thần kinh từ nơi khác chuyển đến nơron.

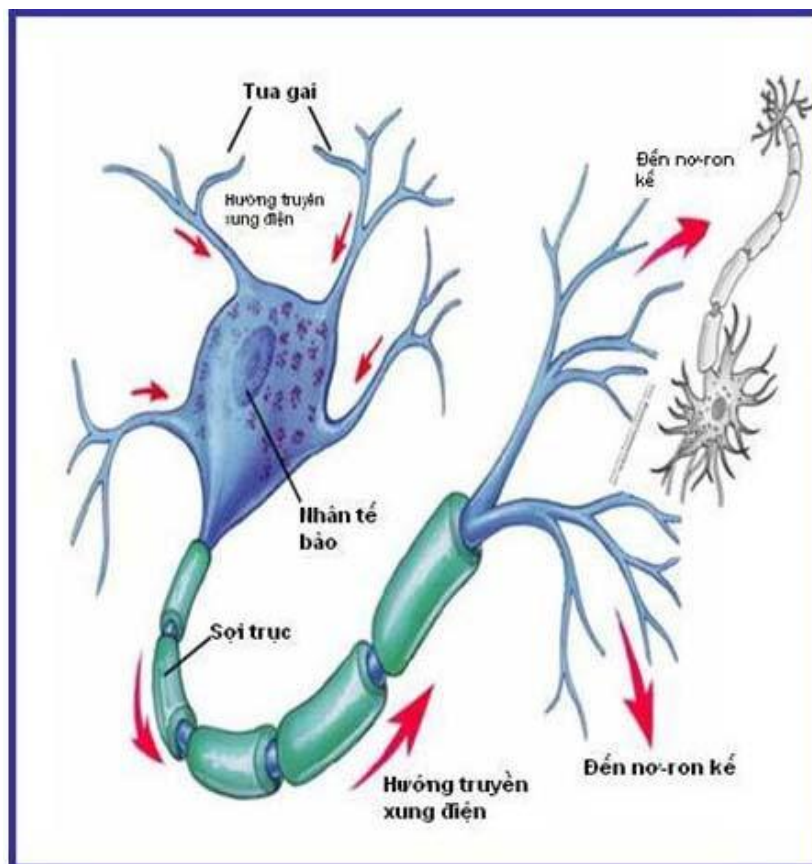
- Đuôi gai: Mỗi đuôi gan chia mà nhiều nhánh: Đuôi gai là bộ phận chủ yếu tiếp nhận xung động thần kinh truyền đến nơron

- Sợi trục: là bộ phận duy nhất dẫn truyền xung động thần kinh đi ra khỏi nơron, phần cuối sợi trục gọi là xy nắp.

Xy nắp gộp là khớp thần kinh: là nơi tiếp xúc giữa 2 nơron với nhau nơron vì vậy chức năng dẫn truyền của hệ thần kinh đi theo cơ thể điện học còn ở xy nắp theo cơ chế hóa học.

Vì vậy xy nắp phải có chất dẫn truyền trung gian thì mới được [2]. Khi bị bệnh bị động kinh trong cơn có nhiều phản ứng chuyển hóa não xảy ra làm tăng kali và giảm calci ngoài tế bào giải phẫu 1 số lượng bất thường các chất hóa học dẫn truyền thần kinh và các peptid thần kinh tăng lưu lượng máu não nơi tổn thương, tăng hấp thu đường tại chỗ. Các hiện tượng trên vừa là hậu

quả sau cơn vừa là nguyên nhân gây tăng kích thích của nơron góp phần tạo ra các ổ động kinh và lan truyền cơn động kinh. Mọi sự kích thích bằng điện có thể gây ra cơn động kinh dễ dàng trên não người bình thường [3].



Hình 1.1. Hình ảnh nơron thần kinh

1.2. Các khái niệm động kinh

Do sự hiểu biết về ĐK khác nhau tùy từng nước, phương pháp nghiên cứu cũng không giống nhau tùy theo tác giả. Các khái niệm về ĐK cấp tính triệu chứng và ĐK còn được áp dụng chưa đúng đắn, điều đó dẫn đến kết quả nghiên cứu nhiều khi rất khác nhau, thậm chí có thể trái ngược nhau.

Ngày nay, hai bảng phân loại theo cơn ĐK (1981) và phân loại theo hội chứng ĐK (1989) hiệp hội chống ĐK quốc tế được sử dụng nhiều nhất trong lâm sàng ĐK. Để giúp các nghiên cứu có một phương pháp thống nhất cho phép so sánh các kết quả thu được với nhau, hiệp hội chống ĐK quốc tế đã

đưa ra một hướng dẫn (1993) bao gồm các khái niệm và định nghĩa cơ bản trong nghiên cứu ĐK.

1.2.1. Bệnh động kinh: là một chứng bệnh hệ thần kinh do xáo trộn lặp đi lặp lại của một số neuron trong vỏ não tạo nhiều triệu chứng rối loạn thần kinh hệ như co giật của bắp thịt, cắn lưỡi, sùi bọt mép, mắt trợn ngược, bất tỉnh, mất kiểm soát tiểu tiện, hoặc gây cảm giác lạ, v.v, Con động kinh tự bộc phát, bệnh nhân khó kiểm soát hay biết trước được.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ người mắc bệnh động kinh trên thế giới khoảng 0,5% dân số, thay đổi tùy theo địa lý, như ở Pháp và ở Mỹ là khoảng 0,85%; Canada là 0,6%. Tại Việt Nam khoảng 2% dân số bị bệnh động kinh trong đó gần 60% số bệnh nhân là trẻ em.

1.2.2. Con ĐK: Là “biểu hiện lâm sàng gây ra do sự phóng điện bất thường, kịch phát và quá mức ở một nhóm tế bào thần kinh ở não.”. Các thay đổi này bao gồm biến đổi ý thức, vận động, cảm giác, tự động hoặc tâm trí mà người bệnh hoặc những người xung quanh cảm nhận được. Các rối loạn chức năng vỏ não này có thể cấp tính và tạm thời (trường hợp này nhiều khi chỉ là 1 cơn ĐK đơn độc.)



Hình 1.2. Hình ảnh phóng điện quá mức của các tế bào não

1.2.3. Động kinh: Là sự tái diễn từ hai cơn động kinh trở lên trên 24 giờ mà không phải do sốt cao hoặc do các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng rượu đột ngột...(do vậy chúng ta phải phân biệt các cơn co giật kiểu ĐK và bệnh

1.3. Nguyên nhân cơ chế

1.3.1. Nguyên nhân:

Bệnh động kinh là bệnh của não, do các tổn thương ở não gây ra, vì thế tất cả các nguyên nhân gây tổn thương não đều là nguyên nhân gây động kinh. Đây là một loại bệnh khá phổ biến với tỷ lệ trong dân chúng ở Việt Nam vào khoảng 0,33%. Bệnh này còn được gọi với các tên khác như kinh phong, phong sù, kinh giật... Biểu hiện bệnh khá phức tạp, từ những cơn co giật, mất ý thức đến những đợt rối loạn hành vi.

Người ta chỉ thật sự chuẩn đoán động kinh là có các cơn tái diễn. Các cơn này tương ứng với một đợt phóng điện bất bình thường của các neuron thần kinh nằm trên một diện tích ít hay nhiều của vỏ não. Các triệu chứng thay đổi tùy theo vị trí và diện tích của vùng não bị ảnh hưởng. Nguyên nhân bệnh cũng khá đa dạng. Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng thường bắt đầu lúc còn trẻ dưới 20 tuổi (80% các trường hợp). Nhiều nguyên nhân được cho có thể là nguồn gốc của những cơn động kinh này, chẳng hạn như khối u, sẹo sau chấn thương, dị dạng đủ loại, nhưng cũng có cả yếu tố di truyền. Một số nguyên nhân thường gặp:

- Tổn thương não trong giai đoạn bào thai, sang chấn sản khoa, chấn thương đầu, u não, dị dạng mạch máu não, di chứng sau tai biến mạch máu não, nghiện rượu... một số tỉ lệ rất thấp động kinh có liên quan di truyền
- Do bị ngã đập đầu vào vật cứng hoặc nền gạch cứng, hoặc trẻ ngủ trên giường ngủ mơ lăn xuống đất đập đầu xuống đất gây chấn thương ở đầu. Những chấn thương đó luôn gây tổn thương cho não và cũng là nguyên nhân hay gặp của **bệnh động kinh**

- Một số trẻ khi sinh ra có một hay vài bướu trong não, bướu này ngày càng lớn, và cuối cùng gây nên các cơn **động kinh**. Trong nhiều trường hợp, khoa học chưa tìm được nguyên nhân của các bướu này.
- Di truyền, trong gia đình có ông bà, cha mẹ bị **động kinh** thì rất có thể con cháu sau này cũng mắc **bệnh động kinh**

1.3.2. Cơ chế Động Kinh

*** Cơ chế bệnh sinh của ĐK**

Cơ chế bệnh sinh của ĐK rất phức tạp mặc dù với sự phát triển của khoa học các cơ chế này đang dần được làm sáng tỏ, đối với ĐK cục bộ các hoạt động kích phát xuất phát từ một vùng của não sẽ hoạt hoá các vòng nối neuron ở những mức độ khác nhau làm hoạt động ĐK lan ra các vùng của não. Trong cơn ĐK toàn bộ người ta cho rằng có thể các neuron được hoạt hoá, lan truyền và kiểm soát nhờ một mạng lưới đặc hiệu nào đó, có rất nhiều lý thuyết được đưa ra nhưng có ba lý thuyết chính được chấp nhận là:

- Lý thuyết dưới vỏ não trung tâm của Perfield và Jasper (1950): Các phóng lực ĐK xuất hiện đồng thời trên cả một vùng lan tỏa của não chứ không phải từ một ổ. Vùng này được xem như một não trung tâm bao gồm vùng dưới đồi, phần trên thân não, gian não cùng hệ thống tiếp nối với hai bán cầu đại não, trong đó hệ thống lưới hoạt hoá đi lên đóng vai trò chủ chốt. Lý thuyết này giải thích được các cơn toàn bộ như mất ý thức, hoạt động điện não bất thường hai bên, đồng bộ cùng một lúc.

- Lý thuyết vỏ não của Bancaud và Talairach (1960): Hoạt động ĐK xuất phát lúc đầu từ một ổ trên vỏ não (thường là thùy trán), sau đó nhanh chóng lan ra toàn bộ bán cầu.

- Lý thuyết hệ lưới vỏ não của Gloor (1970): Lý thuyết này là sự kết hợp của hai lý thuyết trên. Dựa trên các kết quả thu được trên thực nghiệm tác giả thấy có sự tham gia quan trọng, tự phát của đồi thị và vỏ não trong cơn

ĐK toàn bộ. Các mạng lưới neuron thần kinh tham gia vào cơ chế ĐK bao gồm: mạng lưới khởi phát, mạng lưới lan truyền, mạng lưới kiểm soát.

Nhờ sự hiểu biết về hoạt động của các mạng lưới này chúng ta sẽ giải thích được tại sao cơn ĐK có thể dừng lại được và tại sao khoảng cách giữa các cơn lại có thể dài như vậy, tuy nhiên nếu mạng lưới kiểm soát không hoạt động được sẽ dẫn đến trạng thái ĐK

*** Cơ chế của cơn ĐK**

Khi có biến đổi bất thường các dòng ion qua màng tế bào và sự mất cân bằng giữa hệ thống ức chế và hưng phấn của mạng lưới neuron gây ra tăng hoạt động đồng bộ của một quần thể neuron tạo ra phóng lực kích phát và đồng bộ của quần thể neuron này, sau đó lan truyền của các phóng lực ĐK ra khắp hệ Thần kinh Trung Ương, sự lan truyền các hoạt động ĐK phụ thuộc vào vị trí ổ ĐK, các đường tham gia dẫn truyền các xung động. Cuối cùng là kết thúc các phóng lực do các yếu tố hạn chế lan truyền và làm ngừng các hoạt động ĐK bao gồm sự tích tụ các chất chuyển hoá trong tế bào sau cơn ĐK, các tế bào thần kinh đều hình sao, các chất dẫn truyền thần kinh ức chế và một số chất ức chế tiểu não.

1.4. Phân loại ĐK [4],[5]

Phân loại ĐK có vai trò quan trọng, không những trong thực hành lâm sàng thần kinh mà còn góp phần tạo nên sự thống nhất trong nghiên cứu ĐK trên toàn thế giới

Bệnh động kinh có nhiều loại, với những triệu chứng khác nhau.

Phân loại theo dạng động kinh:

- thể động kinh toàn thân,
- thể động kinh cục bộ và
- thể động kinh kịch phát Rolando.

Phân loại theo nguyên nhân:

- Động kinh nguyên phát (vô căn): không tìm được tổn thương thực thể của não trong tiền sử và hiện tại, có thể do di truyền
- Động kinh triệu chứng (thứ phát): có các tổn thương thực thể ở não: như chấn thương não, u não

Phân loại theo tiêu chuẩn y khoa quốc tế (năm 1981):

Dựa trên triệu chứng lâm sàng và điện não đồ thay vì trên sinh lý hay cơ thể học.

I Động kinh cục bộ

A Động kinh cục bộ đơn giản - không bị ảnh hưởng ý thức

1 triệu chứng cơ vận động

2 triệu chứng giác quan

3 triệu chứng hệ thần kinh tự quản

4 triệu chứng tâm thần

B Động kinh cục bộ phức tạp - ý thức bị ảnh hưởng

1 Động kinh cục bộ đơn giản ban đầu, tiếp sau là mất ý thức

2 Mất ý thức ngay từ đầu

C Động kinh cục bộ - Động kinh toàn thân

1 Động kinh cục bộ đơn giản - Động kinh toàn thân

2 Động kinh cục bộ phức tạp - Động kinh toàn thân

3 Động kinh cục bộ đơn giản - Động kinh cục bộ phức tạp - Động kinh toàn thân

II Động kinh toàn thân

A Vắng ý thức

1 Vắng ý thức thường

2 Vắng ý thức bất thường

B Động kinh giật cơ

C Động kinh giật rung

D Động kinh co cứng

E Động kinh co cứng - giật rung

F Động kinh không co cứng

III Các dạng động kinh không phân loại được

Năm 1997 các bác sĩ chuyên khoa thần kinh đưa ra phương pháp phân loại mới, nhưng chưa hoàn chỉnh và hiện nay, cách phân loại của năm 1981 vẫn còn thịnh hành.

1.5. Đặc điểm lâm sàng của ĐK

Phần trên chúng ta đã nói đến định nghĩa và các phân loại cơn ĐK, song trên thực tế lâm sàng chúng ta cần chú trọng hai loại cơn ĐK cơ bản đó là: ĐK toàn thể và ĐK cục bộ . Ngoài ra chúng ta còn phải xem tần số xuất hiện cơn và ngoài cơn ĐK ra thường bệnh nhân có liệt, hôn mê, rối loạn thần kinh thực vật vì nó liên quan mật thiết đến vấn đề điều trị cũng như các nguyên nhân gây bệnh (để giúp ích cho việc có điều trị cắt cơn được không, cách chăm sóc BN như thế nào, giải thích cho gia đình hiểu được tình trạng bệnh).

1.6. Nguyên tắc điều trị ĐK

- Bằng mọi cách cắt cơn ĐK
- Chống phù não
- Duy trì hô hấp
- Duy trì huyết áp ổn định .
- Bồi phụ nước và điện giải
- Tìm nguyên nhân gây ĐK
- Chăm sóc tích cực

CHƯƠNG 2

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH TẠI CƠ SỞ Y TẾ

2.1. Tầm quan trọng của chăm sóc

Bệnh ĐK là bệnh biểu hiện tổn thương các dây thần kinh, và do các neuron TK bị kích thích làm cho cơn giật xảy ra nhanh chóng và với cường độ cao ảnh hưởng nhiều đến não bộ. Vì vậy ngoài việc chăm sóc BN trong cơn còn phải chăm sóc BN ngoài cơn. Nguyên nhân bệnh ĐK rất đa dạng như Tai biến mạch máu não, U não, viêm não, di dạng mạch não, sán não ...Do vậy vấn đề chăm sóc cần kịp thời, nhanh chóng, chính xác khi BN có cơn ĐK, để tránh xảy ra các tai biến gây nguy hiểm cho BN và những người xung quanh.

2.2. Quy trình điều dưỡng [6]

Quy trình điều dưỡng là hàng loạt các hoạt động theo kế hoạch đã được định trước nhằm ngăn ngừa, hạn chế, giảm bớt, những khó khăn của BN và thỏa mãn các nhu cầu của BN trong mọi hoàn cảnh. Có 5 bước như sau:

2.2.1 Nhận định

ĐK là một bệnh lý mạn tính kéo dài nhưng cơn ĐK xảy ra lại đột ngột cấp tính, nguy hiểm tổn thương đến não bộ nếu như cơn giật kéo dài thường xảy ra trong khoảng thời gian 5-10 phút ,vì vậy việc xử trí cũng đòi hỏi phải khẩn trương, kịp thời nhanh chóng và toàn diện.

Để nhận định được BN thì người điều dưỡng cần phải dựa vào kỹ năng giao tiếp hỏi bệnh để thu thập trao đổi thông tin, chọn lọc thông tin cần thiết (phục vụ chăm sóc), thăm khám lâm sàng (dựa vào 4 kỹ thuật nhìn, sờ, gõ, nghe), cuối cùng ghi lại những thông tin dữ liệu mà mình thu thập được. Trường hợp BN hôn mê, trẻ em nhỏ, hoặc BN loạn thần cấp không giao tiếp được thì hỏi người nhà BN để thu thập các thông tin.

- Phần hành chính:

+ Họ và tên, tuổi, giới, dân tộc nghề nghiệp, địa chỉ cần liên lạc với ai, thời gian ngày vào viện.

+ Lý do vào viện: lý do chính khiến BN đến khám tại cơ sở y tế .

+ Bệnh sử: diễn biến của bệnh xuất hiện triệu chứng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện cho tới khi làm KHCS. Tình trạng lúc vào viện : tri giác dấu hiệu sinh tồn, tại chỗ ...

+ Tiền sử bệnh: Các bệnh đã mắc trước đây, gia đình có ai mắc bệnh liên quan đến ĐK?

+ BN đã được khám, chẩn đoán và điều trị ở đâu chưa?

+ BN có tuân thủ điều trị hay không, và kết quả điều trị như thế nào?

+ Có sử dụng các chất kích thích không: rượu, bia, thuốc lá...

+ Thói quen sống hàng ngày, có tập thể dục thể thao không?

- Toàn trạng:

+ Tri giác: Dựa vào thang điểm Glasgow để đánh giá mức độ hôn mê của BN (bình thường 15 điểm, mất 4 điểm, lời nói 5 điểm, vận động 6 điểm). Trong cơn giật có mất ý thức không? Kéo dài mấy phút , có thường xuyên bị không?

+ Da, niêm mạc: nhợt, xanh , nhợt, tím, bình thường ...

+ Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ...

+ Thể trạng: Cân nặng, chiều cao bao nhiêu ? (dựa vào cân nặng, chiều cao của BN để bác sỹ tính liều lượng thuốc điều trị chuẩn cho BN).

+ Tâm lý người bệnh.

- Tình trạng về thần kinh, tâm thần:

+ Cơn giật: Mấy cơn/ngày, xuất hiện thời gian nào? cơn kéo dài bao lâu, giật bắt đầu từ đâu (đầu, mặt, tay, chân, hay cổ...), có kèm theo các động tác tự động không, trong cơn BN tỉnh hay mất ý thức, có tiểu tiện tự chủ hay không? Có trợn mắt, sùi bọt mép, cắn vào lưỡi không? Có rối loạn chức năng ngôn ngữ, có co cứng các cơ không?

+ Sau cơn giật BN có tỉnh không? đau đâu, mệt vã mồ hôi, có nhớ gì khi lên cơn giật không? Có bị liệt sau cơn hay không?

+ Có tê bì tay chân?

+ Có kèm theo nói khó không?

+ Có nuốt nghẹn, sặc không, nôn không?

+ Có cơn loạn thần không?

+ Có liệt các dây thần kinh sọ não không?

+ Đại tiểu tiện có tự chủ?

- *Tình trạng tim mạch:*

+ Huyết áp: Trong cơn giật và ngoài cơn giật cao hay thấp.

+ Nhịp tim: Trong cơn giật thường cao hơn

Ngoài cơn giật: bình thường, cao hay thấp.

- *Tình trạng hô hấp:*

+ Tần số thở/phút: trong cơn thường BN thở nhanh hơn 30-40l/phút.

+ Kiểu thở: thở ngực hay thở bụng.

+ Rì rào phế nang: Rõ hay giảm.

+ Xuất tiết đờm dãi: Trong cơn nhiều hay ít. Có khả năng ho khạc được không.

+ BN tự thở hay phải có sự trợ giúp của máy thở qua ống nội khí quản, mở khí quản...

- *Tình trạng tiêu hóa:*

+ BN tự ăn uống được hay phải đặt sonde dạ dày (do hôn mê hoặc rối loạn nuốt), hoặc phải nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Ăn được số lượng?

+ BN có nôn, căng chướng bụng hoặc đau bụng không?

+ Đại tiện mấy lần/ngày, có tự chủ không? Trong cơn có đại tiểu tiện không tự chủ không?

- Tình trạng tiết niệu, sinh dục:

+ Tiết niệu: Tiểu tiện có tự chủ không? Màu sắc, tính chất, số lượng nước tiểu 24 giờ. BN được đóng bím hay đặt sonde tiểu.

+ Sinh dục: Có viêm nhiễm không? Có liên quan đến các vấn đề sinh dục như xuất tinh sớm, viêm âm đạo...?

- Tình trạng nội tiết: Có mắc bệnh như đái tháo đường, cường giáp, suy tuyến yên...

- Cơ, xương, khớp: Sưng đau các khớp không? Chân tay có cử động đi lại được không?

- Hệ da: Khô, ẩm, lạnh... Có sẩn ngứa, loét, ban đỏ, có bị tổn thương da trong các cơn giật không?

- Vệ sinh cá nhân: quần áo, đầu tóc, móng tay, móng chân có sạch sẽ không?

- Tham khảo hồ sơ:

+ Dựa vào chẩn đoán chuyên khoa: ĐK toàn thể, ĐK cục bộ, trạng thái ĐK, ĐK cơn mau...

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng: Huyết học, sinh học, vi sinh, độc chất có bất thường không?

+ Các thăm dò chức năng khác: Điện não, chụp CT scanner sọ não, chụp MRI sọ não.

2.2.2 Chẩn đoán điều dưỡng

Là quá trình ĐD tiếp xúc hỏi bệnh, khám bệnh, tham khảo hồ sơ bệnh án, mà rút ra vấn đề cần chăm sóc trong một ngày, vấn đề nào ưu tiên cần đưa lên hàng đầu, đem lại kết quả tốt cho người bệnh, đồng thời cũng phải tổng hợp sau khi điều dưỡng tiếp xúc mô tả đầy đủ được bệnh tật cụ thể của từng BN.

Những chẩn đoán có thể gặp ở BN ĐK:

Trong cơn:

- BN cần phải lưu ý liên quan đến cơn tăng trương lực, co cứng.

→ **Kết quả mong đợi:** BN được đặt canuyn Mayo, không cần vào lồng.

- Nguy cơ mất tính toàn vẹn của da liên quan đến chà sát trong con co giật.
- **Kết quả mong đợi:** BN không bị mất tính toàn vẹn của da trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện
- Nguy cơ chấn thương liên quan đến sự thay đổi trạng thái tâm thần
- **Kết quả mong đợi:** BN không bị thương trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện.

Ngoài con:

- Hạn chế vận động liên quan đến liệt.
- **Kết quả mong đợi:** Duy trì tưới máu các vùng liệt.
 - Nuốt khó liên quan đến tổn thương các dây thần kinh sọ não.
- **Kết quả mong đợi:** BN được đảm bảo dinh dưỡng qua sonde dạ dày
- Không tham gia các hoạt động xã hội liên quan đến quan niệm sai lạc về bệnh tật.
- **Kết quả mong đợi:** BN được cung cấp đầy đủ những thông tin về bệnh và tham gia các hoạt động xã hội.
- Gia đình lo lắng liên quan đến nguyên nhân chưa biết về bệnh.
- **Kết quả mong đợi:** Gia đình được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh và yên tâm điều trị bệnh.
- Không tuân thủ y lệnh về thuốc liên quan đến thiếu kiến thức về tác dụng của thuốc và uống thuốc đúng liều.
- **Kết quả mong đợi:** BN được tư vấn đầy đủ, không bỏ thuốc, tuân thủ nghiêm ngặt điều trị.

2.2.3 Lập KHCS:

Qua nhận định bệnh nhân, người điều dưỡng cần phải lập ra kế hoạch chăm sóc cụ thể trong một ngày: đáp ứng được nhu cầu của bệnh nhân và vấn đề cần ưu tiên (như các dấu hiệu triệu chứng liên quan đến tính mạng BN). Vấn đề nào thực hiện trước, vấn đề nào thực hiện sau, tùy từng trường hợp BN cụ thể trên nguyên tắc chính xác, dễ hiểu, theo từng thời kì tiến triển của bệnh.

Với những BN có những cơn co giật liên tục và kéo dài phải duy trì bằng thuốc an thần kinh thì phải chăm sóc hộ lý cấp 1, để tránh tai biến cho bệnh nhân. Còn những BN tỉnh táo, đi lại được sau cơn giật ta có thể kết hợp với gia đình BN chăm sóc, chủ yếu là theo dõi cơn giật (thời gian, cường độ, tính chất...), và tuân thủ đúng nguyên tắc điều trị thuốc.

*** Theo dõi:**

- Trong cơn giật:

+ Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp 30p/lần, 1h/lần hay 3h/lần tùy tình trạng của BN.

+ BN giật ở đâu (nửa người, chân tay hay...)

+ Cường độ mạnh hay nhẹ ?

+ Thời gian co giật bao lâu?

+ Khi giật BN có biểu hiện gì khác không?

+ Trong cơn có mất ý thức không?

+ Đại tiểu tiện có mất tự chủ không, có cắn vào lưỡi không?

- Sau cơn giật:

+ Dấu hiệu sinh tồn: 2h/lần, 2lần/ngày tùy tình trạng BN.

+ BN có tỉnh không?

+ Có mệt mỏi vã mồ hôi không?

+ Có nhớ những gì xảy ra không?

+ Có rối loạn ngôn ngữ không?

+ Có tổn thương da không

- Các biến chứng.

- Tác dụng phụ của thuốc.

- Dấu hiệu, triệu chứng bất thường có thể xảy ra.

*** Can thiệp y lệnh:**

- Làm các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, tổng phân tích nước tiểu, vi sinh...

- Làm điện não, siêu âm, chụp MRI sọ não, City sọ não, chụp 64 dãy ...



Hình 2.1. Hình ảnh làm điện não vi tính cho BN

- Thuốc: Tiêm, truyền, uống...
- Thực hiện các thủ thuật đặt sonde dạ dày, sonde tiểu, phụ bác sỹ đặt ống nội khí quản, mở khí quản, phối hợp cấp cứu bệnh nhân.

*** Vệ sinh cá nhân trong ngày:**

- Vệ sinh mắt.
- Vệ sinh răng miệng.
- Vệ sinh da.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

*** Đảm bảo chế độ dinh dưỡng trong ngày:** 6 bữa(sữa hoặc cháo)/ngày (trường hợp BN đang dùng an thần kinh duy trì). Còn tỉnh táo thì 3 bữa/ngày tùy trường hợp cụ thể.

*** Tư vấn giáo dục sức khỏe cho gia đình người bệnh:**

Đối với BN ĐK thì vấn đề tư vấn là hết sức quan trọng vì nó giúp cho BN và người nhà BN hiểu được bệnh, nguyên nhân gây bệnh, từ đó có thể chăm sóc BN tốt, tuân thủ điều trị thuốc và không bỏ thuốc, tái khám định kỳ, có một chế độ làm việc và nghỉ ngơi hợp lý, có cuộc sống bình thường. Không những thế tư vấn còn giúp cho BN và gia đình BN biết cách xử trí khi có cơn ĐK.

2.2.4. Thực hiện KHCS

Là các can thiệp của điều dưỡng nhằm tăng cường, duy trì và phục hồi sức khỏe cho BN, đáp ứng các nhu cầu về tinh thần cũng như về thể chất của BN. Các can thiệp đó cần được tiến hành theo thứ tự ưu tiên trong KHCS và được ghi rõ thời gian thực hiện.

Các vấn đề theo dõi cần được ghi đầy đủ, chính xác và báo cáo kịp thời cho bác sỹ để xử trí.

*** Theo dõi:**

- Trong cơn giật:

+ Đo huyết áp: thường tăng cao 170-180/100-110 mmHg, hoặc tụt quá thấp, hoặc mất không đo được. Cần báo bác sỹ để xử lý.

+ Nhịp thở: Tăng nhanh 30-35 nhịp/phút.

+ Thời gian cơn giật kéo dài bao lâu: 30 giây, 1phút, 2phút, 5phút...

+ Giật từ bên trái, phải hay từ mắt, miệng trước.

+ BN có mất ý thức hay gọi hỏi biết

+ Có đại tiểu tiện ra quần không?

+ Được đề lưỡi kịp thời hay cắn vào lưỡi.

- Sau cơn và ngoài cơn:

+ Đo huyết áp 2 lần/ngày hay nhiều hơn tùy tình trạng BN.

+ Mạch, nhiệt độ, nhịp thở.

+ BN có tỉnh táo hay không, có nhớ những gì đã xảy ra với mình trước đó.

+ Có mệt mỏi, vã mồ hôi nhiều hay ít -> lau mồ hôi.

+ Có kích thích hay nói những điều khó hiểu.

+ Có bị trầy xước hay tổn thương ở đầu, tay chân do ngã -> sát khuẩn và băng bó lại.

- Tác dụng phụ của thuốc:

+ BN có bị mẩn ngứa



Hình 2.2. Hình ảnh bệnh nhân dị ứng thuốc kháng động kinh.

+ Có đau bụng, đi ngoài bất thường.

+ Buồn nôn, nôn.

→ Báo bác sỹ kịp thời thay đổi thuốc cho BN.

*** Can thiệp y lệnh:**

- Người điều dưỡng cần nhanh chóng xử trí khi BN có cơn giật và báo cáo bác sỹ kịp thời.

Sau đó thực hiện y lệnh chính xác, kịp thời. Thuốc tiêm, truyền dịch. Vừa thực hiện vừa theo dõi quan sát BN.

- Làm các xét nghiệm: Sinh hóa, huyết học, nước tiểu theo y lệnh.

- Làm điện não, chụp phim MRI, cắt lớp vi tính sọ não theo y lệnh.

- Phụ bác sỹ đặt ống nội khí quản, mở khí quản, phối hợp cấp cứu BN.

*** Vệ sinh cá nhân trong ngày:**

- **Vệ sinh mắt:** 2lần/ ngày bằng nước muối sinh lý, nếu bệnh nhân hôn mê nhắm mắt không chặt thì phải băng mắt tránh tổn thương niêm mạc.

- **Vệ sinh răng miệng:** 2-3 lần/ngày. Nếu BN không tự đánh răng được thì ta có thể dùng bộ chăm sóc răng miệng lau răng miệng cho BN bằng nước muối hay Listerin. Với BN ăn sonde dạ dày thay bằng dính hằng ngày

- **Vệ sinh da:** sạch sẽ, lau mặt, người khi có mồ hôi nhất là sau cơn giật. Lau hoặc tắm bằng nước ấm nếu có thể 1 lần/ngày.

- **Vệ sinh bộ phận sinh dục:** lau rửa ít nhất 1 lần/ngày

+ Trường hợp BN đặt sonde tiểu (do rối loạn tiểu tiện) phải chăm sóc tránh nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng ngược dòng.

+ Trường hợp BN đóng bím: vệ sinh sạch sẽ sau mỗi lần đại tiện, thay bím và vệ sinh ít nhất 3 lần/ngày.

*** Đảm bảo chế độ dinh dưỡng trong ngày:**

- Chế độ ăn: cần đảm bảo 2500-3000 Kcal/ngày, chia 3-6 bữa tùy tình trạng BN.

- Đối với bệnh nhân chăm sóc cấp 1 : có thể ăn qua sonde dạ dày mỗi lần ăn không quá 300ml sữa, súp hoặc cháo cách 3-4h/ lần. hoặc nuôi qua đường tĩnh mạch.

- Đối với bệnh nhân tỉnh ăn được thì cho ăn từ từ vừa ăn vừa theo dõi nếu lên cơn giật thì ngừng ngay không cho ăn và có một động tác nghiêng đầu sang 1 bên tránh sặc gây cản trở hô hấp.

- Ăn tăng cường các loại Vitamin A, B, C... bằng cách ăn rau xanh, uống nước hoa quả.



Hình 2.3. Các loại hoa quả dành cho bệnh động kinh

- Nếu BN có mắc bệnh về tim mạch, bệnh thận, hoặc bệnh đái tháo đường ăn nhạt theo chế độ bệnh lý.

- Đảm bảo đủ lượng nước : lượng nước đưa vào cơ thể (uống, truyền, ăn) ước tính bằng số lượng nước tiểu của bệnh nhân + (300-500ml). Trường hợp BN co giật nhiều vã mồ hôi cần cho thêm 500-1000ml.

- Tuyệt đối không dùng các chất kích thích rượu, bia, thuốc lá... cho bệnh nhân.

*** Tư vấn và giáo dục sức khỏe :**

- Giải thích tình trạng và nguyên nhân gây bệnh cho BN và gia đình hiểu rõ.

- Việc theo dõi và tuân thủ điều trị là vô cùng quan trọng đối với BNĐK

+ Phai uống thuốc đúng giờ, đúng liều.

+ Không tự ý bỏ thuốc, giảm liều khi không xuất hiện cơn.

+ Khi uống thuốc có các triệu chứng bất thường như mẩn ngứa, buồn nôn, đi ngoài, khó chịu... phải báo lại bác sỹ để đổi thuốc.

- Động viên BN và gia đình BN kiên trì dùng thuốc theo đơn vì bệnh này cần điều trị lâu dài.

- Tái khám định kỳ theo lịch hẹn bác sỹ và khám lại ngay khi có quá nhiều cơn giật.

- Tham gia các hoạt động xã hội, hoạt động thể dục thể thao để tinh thần được thoải mái, không tự coi mình là người bỏ đi.

- Đi ngủ đúng giờ không thức khuya .

- Không làm nghề ở trên cao, dưới nước, gần lửa, gần điện, cầm lái tàu xe, tránh làm việc ngoài trời nắng hoặc công việc căng thẳng.

- Khi BN lên cơn giật :

Những việc cần làm :[7]

- Để BN nằm tại chỗ, đầu nghiêng sang một bên, tìm vật mềm kê đầu cho BN để tránh đập đầu.
- Đưa khăn vào miệng BN, gọi nhân viên y tế (nếu ở bệnh viện).
- Nói lỏng quần áo, kêu mọi người tránh xa BN cho thoáng khí.
- Dời các vật sắc nhọn, phích nước nóng, đồ gây nguy hiểm ra xa BN.
- Quan sát BN cho đến khi hồi phục, hết cơn giật chuyển BN vào bệnh viện gần nhất.



Hình 2.4. Hình ảnh xử trí khi bệnh nhân lên cơn co giật
Những việc không được làm :

- Không di chuyển BN, trói giữ BN.
- Không cố cạy miệng, nhét vật cứng vào miệng.
- Không xoa, bóp dầu cho BN.
- Không cho BN ăn uống khi chưa tỉnh hoàn toàn.

Gọi cấp cứu khi BN chưa hết cơn giật sau 5 phút, có bị chấn thương ở đầu, tay, chân....

- Khi dùng đơn thuốc ở nhà cần theo dõi BN có giảm bớt các cơn giật sau khi dùng thuốc hay không.

- Cần làm việc ở nơi có nhiều người để có thể cấp cứu kịp thời vì BN ĐK dễ bị ngã đột ngột khi có cơn.

- Nếu BN là nữ trong độ tuổi sinh đẻ cần phải tư vấn cho BN đặc biệt khi BN chuẩn bị xây dựng gia đình, có thai và cho con bú vì có một số thuốc kháng ĐK gây ảnh hưởng đến nội tiết gây u nang buồng trứng, di tật thai...



Hình 2.5. Hình ảnh tư vấn BN có thai

2.2.5 Lượng giá :

Tình trạng BN sau khi thực hiện y lệnh, thực hiện kế hoạch chăm sóc so với lúc ban đầu của BN. Lượng giá có thể xảy ra bất kỳ lúc nào người điều dưỡng tiếp xúc với BN.

- Ghi rõ ngày giờ lượng giá.
- Kết quả mong đợi làm thước đo trước khi lượng giá.
- BN có giảm hay tăng cơn giật trong ngày.
- Đánh giá tình trạng ý thức.
- Đánh giá tình trạng tâm thần, vận động.
- Đánh giá các biến chứng.
- Tác dụng phụ của thuốc.
- BN hiểu rõ các vấn đề được tư vấn.
- Đánh giá chăm sóc điều dưỡng có đáp ứng nhu cầu của người bệnh hay không ?
- Những vấn đề còn thiếu phát sinh trong quá trình chăm sóc cần bổ sung thêm.

CA BỆNH ĐIỂN HÌNH

BN nữ 16 tuổi ở Hoài Đức Hà Nội vào viện ngày 7 tháng 10 năm 2012 với lý do co giật hai tay – sốt cao (39 độ C). Cách đây một tuần, BN đau đầu, chóng mặt, không nôn. Gia đình tự ý cho BN uống thuốc giảm đau thấy đỡ. Đến 18h ngày 7 tháng 10 BN lên cơn co giật toàn thân kéo dài khoảng 7 phút, trong cơn gọi hỏi không biết. sau cơn BN tỉnh chậm khó tiếp xúc, gia đình không xử trí gì cho BN vào bệnh viện Bạch Mai khoa thần kinh.

Tình trạng BN lúc vào viện : Tỉnh chậm lú lẫn khó tiếp xúc, huyết áp 100/60mmhg, nhiệt độ 38 độ C, nhịp thở 22 lần/phút, mạch 90 lần/phút. Còn co giật liên tục 2 chi trên. Tiểu không tự chủ BN đóng bím.

Tiền sử bản thân và gia đình khỏe mạnh không mắc bệnh mãn tính.

Chẩn đoán vào viện: co giật – rối loạn ý thức.

Nhận định 9h ngày 10 tháng 10 năm 2012, ngày thứ 4 của bệnh.

Tri giác: tỉnh khó tiếp xúc. Da niêm mạc xanh nhợt.

HA: 100/60mmhg, mạch 89 lần/ phút, nhiệt độ 38 độ C, nhịp thở 20 lần/phút.

Thể trạng gầy nặng 26kg, cao 1m 45cm.

Bố mẹ lo lắng về bệnh có để lại di chứng cho con không, bao giờ mới khỏi, họ rất mệt mỏi...

- Thần kinh, tâm thần: gáy cứng nhẹ, nói lảm nhảm một mình không chủ đề, đêm ngủ ít ngủ chập chờn. Cơn co giật toàn thân kéo dài 5 phút, 7 cơn/ 24h, trong cơn có kèm theo co cứng các chi, bệnh nhân cắn vào lưỡi, gọi hỏi không biết.
- Tim nhịp đều rõ t1- t2, nhịp 90 lần/phút.
- Hô hấp thở đều 25 lần/phút, ho nhiều về đêm có đờm màu xanh, nghe phổi có ran ẩm 2 bên đáy, tăng tiết đờm dãi.
- Tiêu hóa : Ăn qua sonde dạ dày mỗi lần ăn 250ml sữa ensua (6 bữa/ngày) 2 ngày chưa đi đại tiện.

- Tiết niệu : đi tiểu không tự chủ đặt sonde bàng quang. 1100mml/ ngày, nước tiểu vàng.
- Sinh dục phát triển bình thường.
- Cơ xương khớp : giảm vận động tứ chi, tăng trương lực cơ, co cứng 2 chi trên.
- Da xanh niêm mạc nhợt, chưa thấy tổn thương da, móng tay chân dài.
- Các vấn đề khác : vệ sinh chưa được sạch sẽ, gia đình chưa biết cách chăm sóc BN . BN và gia đình chưa có sự hiểu biết về bệnh. Chưa được tư vấn.
- Tham khảo hồ sơ bệnh án :

Hồng cầu :4,42 T/L Bạch cầu : 15,7 G/L(tăng) Tiểu cầu 267 G/L
GOT : 37U/GPT : 41 U/L . Điện não : điện não sóng cơ bản chậm nhiều đợt, biên độ sóng cao lan tỏa 2 bên bán cầu. Cộng hưởng từ có hình ảnh tổn thương viêm não .

Chụp phổi có hình ảnh viêm phổi 2 bên .

- Chẩn đoán DD :

+ BN cần phải lưu ý liên quan đến co cứng, tăng trương lực cơ.

Kết quả mong đợi : BN không cần vào lưới , được đặt canuyn mayo kịp thời.

+ BN bị cản trở thông khí liên quan đến các cơ hô hấp co cứng và tăng tiết đờm dãi khi có cơn ĐK kéo dài .

Kết quả mong đợi : BN không bị cản trở hô hấp.

+ Dinh dưỡng ít hơn so với nhu cầu cơ thể .

Kết quả mong đợi : BNăn được nhiều chất đạm, hoa quả, rút được sonde dạ dày.

+ Nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu liên quan đến đặt sonde tiểu.

Kết quả mong đợi : BN được vệ sinh sạch sẽ không bị nhiễm khuẩn.

+ Nguy cơ mất tính toàn vẹn da liên quan đến chà sát lên cơn co giật.

Kết quả mong đợi : BN không bị mất tính toàn vẹn của da trong thời gian điều trị.

+ Nguy cơ táo bón liên quan đến nằm lâu ít vận động.

Kết quả mong đợi : BN không bị táo bón.

+ Gia đình lo lắng liên quan đến chưa được tư vấn hiểu biết về bệnh.

Kết quả mong đợi : gia đình được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh và yên tâm điều trị .

- Lập kế hoạch chăm sóc :

- Theo dõi : Con giật (trong cơn và ngoài cơn, thời gian giật, cường độ mạnh hay nhẹ, giật ở đâu, gọi hỏi có biết không).

Dấu hiệu sinh tồn 3h một lần/ ngày.

Tình trạng thở hô hấp (nhanh hay chậm, có tăng tiết?).

Các biến chứng , tác dụng phụ của thuốc.

Dấu hiệu bất thường có thể xảy ra.

- Can thiệp y lệnh thuốc : natriclorua 9%o – 1000ml (truyền tĩnh mạch chậm 30 giọt/phút. Glucora 5% - 500ml pha philopa 0,5g – 4 ống (truyền tĩnh mạch chậm 40 giọt/phút. Tavanic 0,5g - 1lọ (truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút . Tegretol200mg – 3 viên uống sáng , chiều, tối. Depakine 200mg – 4 viên uống sáng ,tối. Alpha choay 25mg – 4 viên uống sáng chiều.
- Đảm bảo dinh dưỡng trong ngày : 6 bữa/ngày (cháo, súp, sữa...) tăng cường các vitamin C, A, D... Rau xanh... kiêng dùng các chất kích thích : rượu bia, caphe, thuốc lá...
- Vệ sinh cá nhân : vệ sinh mắt 2 lần/ngày . Vệ sinh răng miệng 2 lần/ngày . Vệ sinh sinh dục 1 lần/ngày và khi cần thiết.
- Tư vấn giáo dục sức khỏe cho gia đình người bệnh : cách chăm sóc người bệnh, tuân thủ điều trị thuốc không bỏ thuốc tái khám định kỳ và cách xử trí khi bệnh nhân lên cơn ĐK.

- Thực hiện kế hoạch :

- 9h đo mạch nhiệt độ huyết áp (ghi bảng theo dõi).

- 9h 10 phút cho nằm nghiêng vỗ rung 2 bên phổi.
- 9h 30 hút đờm.
- 9h 45 truyền tĩnh mạch chậm (theo y lệnh thuốc).
- 10h uống 250ml sữa Ensua qua sonde dạ dày.
- Uống thuốc (theo y lệnh).
- 11h lấy máu làm xét nghiệm (theo y lệnh).
- 11h 15 vỗ rung , xoa bóp vùng tỳ đè.
- 12h bơm 250ml súp thịt xay rau .
- 14h đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở (ghi bảng theo dõi).
- 15h uống 200ml nước cam vắt qua sonde dạ dày.
- 15h 30 lau mặt , người cho BN dưới sự hỗ trợ của người nhà.

Thay quần áo ga trải giường, rửa vùng sinh dục. cắt móng tay chân.

- 16h10 hướng dẫn luyện tập co chân tay chống cứng khớp. cho bệnh nhân uống thuốc đúng giờ, không được quên thuốc dù chỉ là 1 lần. khi ra viện uống thuốc theo đơn, tái khám định kỳ. Đặc biệt phải động viên tinh thần người bệnh giúp họ hòa nhập vào cộng đồng.

- Lượng giá :

16h 30 phút ngày 10/10/2012 BN ổn định mạch nhiệt độ huyết áp, cơn co giật thưa hơn 5 cơn/ngày, thời gian cơn giật giảm hơn còn 3 phút, tăng tiết đờm rãi giảm, không bị chảy xước da khi lên cơn giật. vệ sinh sạch sẽ, gia đình đã có sự hiểu biết về bệnh và không có biến chứng gì xảy ra trong quá trình chăm sóc.

CHƯƠNG 3

CHĂM SÓC BN ĐỘNG KINH TẠI CỘNG ĐỒNG

3.1 Những hiểu biết cần thiết về bệnh động kinh:

Bệnh động kinh là một bệnh nặng mãn tính, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và khả năng lao động của người bệnh. Hiện nay dân số ở Việt Nam cứ 1000 người thì có 6 người bị bệnh. Bệnh có thể khởi phát ở bất kỳ lứa tuổi nào. Có đến 1/2 số trường hợp bệnh khởi phát ở tuổi trước 20. Vì vậy chúng để lại di chứng rất nặng nề cho bệnh nhân khiến họ dễ trở thành tàn phế là gánh nặng cho bản thân gia đình và xã hội. Nếu được phát hiện sớm, điều trị kịp thời đúng cách có thể bình phục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn hòa nhập tốt với xã hội và có cuộc sống ổn định. Vì vậy việc phổ biến bệnh ĐK cho toàn thể mọi người trong xã hội đều biết đến là việc làm quan trọng cần thiết.

Trước hết mọi người hiểu được bệnh tổn thương ở tế bào thần kinh đại não. Và đa số họ ổn định về tâm thần hành vi, tâm thần trí tuệ của họ hoạt động bình thường, họ vẫn có thể lao động sản xuất vật chất. Tuy nhiên những ứng xử của họ không ổn định, mức độ kìm chế kém, dễ khóc, dễ nổi nóng. Khi bệnh xuất hiện nặng lên, họ có những biểu hiện như tự ý bỏ thuốc, hoặc tự ý tăng liều; mệt mỏi căng thẳng hoặc tinh thần không ổn định. Tuy nhiên, mức độ di truyền của bệnh không cao. Bệnh chữa khỏi hoàn toàn nghĩa là sau một thời gian điều trị bệnh thuyên giảm dần và các cơn không cần dùng thuốc nữa. Quan trọng là bệnh nhân và gia đình cần hết sức kiên nhẫn trong việc điều trị bệnh ĐK, sự hợp tác giữa gia đình, thầy thuốc nhân viên y tế và sự chấp nhận của cộng đồng đem lại cho bệnh nhân một cuộc sống lành mạnh và có ý nghĩa.

3.2 Đối với BN

- Phải hiểu rõ được bệnh của mình, để biết cách phòng chống tai biến về sau.
- Phải nỗ lực điều trị để bệnh nhanh khỏi .
- uống thuốc theo đơn, đúng giờ, đúng liều, không tự ý bỏ thuốc.
- phải luyện tập thể dục thường xuyên, tham gia vui chơi giải trí các hoạt động của xã hội để thấy mình có ích hơn.
- Phải đi khám lại theo định kỳ. Khi dùng thuốc có gì bất thường như: mẩn ngứa, đau đầu, hoa mắt ...phải đến ngay cơ sở y tế kiểm tra hoặc thông báo cho bác sỹ điều trị những tác dụng không mong muốn của thuốc.

3.3 Đối với gia đình

- Gia đình là đầu mối liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân là người cận kề chăm sóc, theo dõi tiến triển của bệnh trong suốt quá trình điều trị tại nhà, cũng như ở cộng đồng : bệnh có thuyên giảm hay tăng lên là do nỗ lực của chính bản thân bệnh nhân và gia đình người bệnh.
- Phải luôn luôn động viên người bệnh, chia sẻ, khích lệ tinh thần bệnh nhân , để bệnh nhân có cảm giác an toàn, yên tâm hợp tác. Tạo mọi điều kiện cho BN vui vẻ, tư tưởng thoải mái: đáp ứng được nhu cầu của người bệnh, thì bệnh không những cơn giật thưa dần và có thể giảm liều hoặc không cần phải dùng thuốc.
- Theo dõi giám sát người bệnh tránh cho BN các nguy hiểm có thể xảy ra khi lên cơn, mà không có ai bên cạnh như : đi ra ao một mình, không cho trèo cây, lái xe một mình ra đường... đồng thời cũng không cho BN đi lâu dưới nắng to vì nhiệt độ cao rất dễ làm xuất hiện cơn co giật.
- Cho người bệnh ăn uống điều độ dinh dưỡng đầy đủ để duy trì tình trạng sức khỏe chung như: folat (có trong trái cây và rau tươi hay hơi chín), calcium và magnesium (nhiều nhất trong các sản phẩm sữa), vitamin B12 (có

trong sữa và thịt), vitamin K (rau xanh và các hạt ngũ cốc), vitamin D (trong dầu cá, thịt, sữa và được sản xuất trong cơ thể nhờ tiếp xúc ánh nắng mặt trời).

- Nếu người bệnh động kinh có các bệnh lý khác như tiểu đường thì cần tuân thủ chế độ ăn theo bệnh lý đó.



Hình 2.6. Hình ảnh các loại rau quả BN lên dùng

Không được cho BN dùng các chất kích thích như caphe, rượu bia, thuốc lá... vì những chất này dễ làm xuất hiện cơn giật hơn. Như rượu có thể làm ngăn chặn các tác dụng của thuốc chống ĐK. Còn có thể làm nặng hơn các tác dụng phụ do thuốc chống động kinh. Rượu có thể gây ra các cơn động kinh ở những người uống rượu nhiều, kéo dài ngừng uống rượu đột ngột. Ngoài ra, rượu còn làm giảm trí nhớ do vậy người bệnh dễ quên việc uống thuốc chống động kinh. Thuốc lá không ảnh hưởng đến các cơn động kinh, tuy nhiên khi người bị động kinh hút thuốc mà có cơn động kinh có thể gây cháy nhà do thuốc lá.

Vì vậy để không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, gia đình bệnh nhân cần tuân thủ nạp đủ lượng thức ăn và nước uống mà bác sĩ chuyên khoa đã tính toán cẩn thận cho mỗi BN. Chế độ ăn như vậy có thể làm giảm các cơn động kinh ở một số bệnh nhân mặc dù cơ chế tác dụng của nó vẫn chưa được hiểu rõ.

Đối với phụ nữ mang thai bình thường cần bổ sung thêm nhiều vitamin và các chất khác vì nhu cầu dinh dưỡng cho “hai người”. Đối với người bị động kinh thì nhu cầu này cao hơn bình thường vì một số thuốc chống động kinh làm giảm một số chất quan trọng như folat, vitamin K. Khi folat giảm thì khả năng bào thai bị dị tật sẽ gia tăng, do vậy phải cung cấp đủ folat trước khi mang thai và trong suốt quá trình mang thai. Liều folat thông thường là từ 0,4 - 4 mg (folat làm giảm nguy cơ khiếm khuyết thai nhi từ 60 - 70%). Khi vitamin K giảm có khả năng gây xuất huyết ở trẻ sơ sinh. Để tránh hiện tượng thiếu vitamin K, người mẹ cần dùng 10 mg vitamin K mỗi ngày trong tháng cuối thai kỳ[7].

Gia đình, người thân phải quản lý thuốc, cho dùng thuốc đúng, uống đúng thời gian, đúng liều lượng, không được quên cho bệnh nhân uống thuốc dù chỉ một lần có thể làm cho cơn động kinh tái diễn và khi đó việc điều trị sẽ khó khăn hơn.

Phải xác định bệnh điều trị lâu dài, không nóng vội sẽ đem lại kết quả tốt, còn ngược lại sẽ đem lại hậu quả đáng tiếc cho BN và có thể kết quả điều trị đạt không cao.

3.4. Đối với cộng đồng biết và giúp đỡ người bị động kinh khi họ lên cơn đóng vai trò rất quan trọng bởi vì không phải lúc nào cũng có thầy thuốc hay người thân ở bên cạnh. Những việc nên làm ngay khi người bệnh lên cơn:

- Đầu tiên hãy bình tĩnh tìm cách nói lỏng quần áo cho bệnh nhân,
- Rời các vật sắc nhọn ra xa người bệnh sau đó ghi nhận thời gian lên cơn.
- Và ngay sau khi cơn động kinh kết thúc đặt bệnh nhân ở nơi an toàn ở tư thế nằm nghiêng sang một bên để giúp họ dễ thở, tránh bị bít tắc đường thở do đờm giải hoặc dị vật.
- Nếu người bệnh có mang giấy tờ tùy thân thì liên hệ ngay với người nhà hoặc bác sĩ của bệnh nhân theo địa chỉ ghi trên giấy.

- Gọi xe cấp cứu khi cơn co giật kéo dài trên 5 phút hoặc các cơn liên tiếp nhau.

Những việc không nên làm:

- Đừng hoảng sợ vì hầu hết các cơn động kinh không nguy hiểm đến tính mạng.

Khi bệnh nhân lên cơn không di chuyển, trói, giữ hoặc ngăn cản những cử động của bệnh nhân bởi vì dễ gây chấn thương cho người bệnh và cả những người xung quanh.

- Không nên nhét bất cứ thứ gì vào miệng bệnh nhân vì có thể làm gãy răng bệnh nhân và đôi khi bệnh nhân nuốt những vật đó vào họng làm nghẽn tắc đường thở có thể gây tử vong ngoài ra nhiều trường hợp người bệnh còn cắn đứt rời cả ngón tay người khác khi họ tìm cách nhét đồ vào miệng bệnh nhân.

- Không được để mọi người tụ tập đông xung quanh bệnh nhân bởi vì trong cơn động kinh và đặc biệt là động kinh tâm thần vận động hoặc trạng thái lú lẫn sau cơn bệnh nhân rất hay có động tác tự động đe dọa, tấn công những người xung quanh, có khi xảy ra án mạng.

- Điểm cuối cùng là không được cho bệnh nhân ăn hay uống khi họ chưa tỉnh hoàn toàn vì rất dễ sặc vào đường thở.

3.5 Phục hồi chức năng,

Luyện tập thể dục nhẹ nhàng như đi bộ, với BN co cứng chân tay, tập揉 tay chân, xoa bóp chống loét teo cơ cứng khớp. Tạo mọi điều kiện cho bệnh nhân động kinh hoà nhập với cộng đồng: cho nên không được định kiến, coi thường, hắt hủi người bệnh mà phải luôn tâm niệm rằng người bệnh cũng một thành viên của xã hội có thể hoà nhập vào cộng đồng xã hội. Trong thực tế có nhiều người bị động kinh nhưng họ đã biết vượt lên chính bản thân mình để trở thành những vĩ nhân của mọi thời đại như hoàng đế Napoleon Bonaparte nước Pháp, triết gia Socrate của Hy Lạp, nhà bác học Issac Newton, danh hoạ Leonard da Vinci... vấn đề quan trọng là ngoài nỗ lực của

bản thân người bệnh cần có sự cảm thông giúp đỡ của những người xung quanh. Đối với người lớn cần sắp xếp cho họ có được công ăn việc làm thích hợp giúp đỡ họ có thể tự chăm lo cho bản thân, giảm nhẹ gánh nặng kinh tế gia đình. Những nghề khuyến khích cho bệnh nhân là những công việc tĩnh tại như hành chính, buôn bán, quản lý, kế toán, thư ký, kiến trúc sư, thợ chụp ảnh, thư viện... Những nghề mà người bị động kinh không được làm là những công việc liên quan đến điều khiển động cơ như lái tàu, xe, các nghề làm việc ở trên cao như thợ xây, phi công, nghề làm việc dưới nước như thợ lặn, chài lưới và một số nghề khác như quân nhân, bác sĩ, giáo viên... ngoài ra người bệnh không nên làm những công việc phải suy nghĩ quá nhiều hoặc làm việc vào ban đêm. Còn đối với trẻ em bị động kinh phải tạo điều kiện cho trẻ đi học tại trường, vui chơi cùng các bạn lưu ý không để trẻ chơi gần ao hồ, bếp lửa, để làm được điều này cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc, thầy giáo, bạn bè và gia đình của trẻ.

Vấn đề tình dục, lập gia đình và sinh đẻ đối với bệnh nhân động kinh: Bệnh nhân động kinh phần lớn có đời sống tình dục bình thường nếu bị giảm tình dục thì thường do dùng thuốc hoặc yếu tố tâm lý, ngoài ra một số thuốc chống động kinh có thể làm mất tác dụng của thuốc tránh thai do đó cần dùng biện pháp tránh thai khác. Người bị động kinh có thể lập gia đình, sinh con, cặp vợ chồng có người bị động kinh phải hiểu rõ và chấp nhận bệnh tật, giúp bạn đời điều trị dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc. Một điểm cần cân nhắc trong việc sinh đẻ là bệnh động kinh có thể di truyền, nếu cả bố và mẹ đều bị động kinh thì nguy cơ động kinh là 25% ở thế hệ con cái, tuy nhiên nguy cơ này không nhiều nếu chỉ có cha hoặc mẹ bị bệnh, bên cạnh đó còn phải kể đến ảnh hưởng qua lại giữa thai nghén và bệnh động kinh đặc biệt là nguy cơ thai bị dị tật bẩm sinh do mẹ uống thuốc chống động kinh. Chính vì vậy người mẹ cần được tư vấn và khám bệnh ở cả chuyên khoa sản và thần kinh trong suốt thời kì mang thai.

3.6 Cán bộ y tế:

Cán bộ y tế cũng có vai trò rất quan trọng trong việc tuyên truyền, hướng dẫn cho bn và những người xung quanh hiểu biết về bệnh.

- Tổ chức các buổi nói chuyện trao đổi thông tin quản lý về bệnh.



Hình 3.1. Hình ảnh tư vấn quản lý bệnh động kinh tại cộng đồng

- Cần cung cấp đầy đủ kiến thức cho bệnh nhân và gia đình.
- Kiểm tra định kỳ cho bệnh nhân.
- Có sổ quản lý bệnh, theo dõi bệnh.
- Hướng dẫn gia đình phát hiện kịp thời biểu hiện bệnh tái phát.

Còn nếu như không quản lý bệnh tốt sẽ để lại di chứng bệnh cho bệnh nhân và Gia đình rất nặng nề



Hình 3.2. Hình ảnh biến chứng đáng tiếc bệnh ĐK khi người bệnh ra viện

KẾT LUẬN

Qua đây em cũng muốn đóng góp một phần nhỏ của mình vào công việc chăm sóc bệnh nhân ĐK để họ khi ra viện hay về cộng đồng xã hội sẽ có một cuộc sống bình thường như bao người khác. Vâng cũng không thể rơi lệ khi nhìn những em bé phải nằm liệt giường vì biến chứng, không điều trị kịp thời .

HÌNH ẢNH MINH HỌA



Gánh nặng của gia đình và cộng đồng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Cúc (2007)**, “Bài giảng giải phẫu – chương 10”, Trường ĐHY Bộ môn giải phẫu hệ thần kinh, tr.255-258.
2. **Lê Quang Cường (2005)**, “**Động kinh**”, Trường ĐHY, Bộ môn thần kinh. tr.44.
3. **Hoàng Công Chính (2006)**, *Bài giảng quy trình điều dưỡng 5 bước trường ĐHY*, Bộ môn điều dưỡng.
4. **Lê Đức Hình (2001)**, *Bài giảng thần kinh*, ĐHY Hà Nội, tr.31.
5. **Nguyễn Nghiêm Luật (2007)**, “Hóa sinh”, - Hóa sinh thần kinh. tr.328-333.
6. **Thạch Sơn (2009)**, - *Sức khỏe và đời sống* NXB Y học tr. 16.
7. **Ninh Thị Ứng (2002)**, *Bệnh thần kinh ở trẻ em*, NXB Y học, tr. 11-13.