**KỸ NĂNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Thời kỳ sau phẫu thuật là thời gian được tính từ thời điểm kết thúc cuộc phẫu thuật kéo dài đến khi bệnh nhân hồi phục khả năng lao động.

Chăm sóc sau phẫu thuật đảm bảo:

+ Dự phòng, phát hiện và điều trị các biến chứng sau phẫu thuật.

+ Tăng cường khả năng quá trình liền sẹo.

+ Phục hồi khả năng lao động.

Sự thành công của cuộc phẫu thuật tùy thuộc một phần lớn vào sự chăm sóc sau phẫu thuật. Việc phát hiện kịp thời các biến chứng, xử trí tốt ban đầu các biến chứng đó sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong. Do đó cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa người bác sĩ và điều dưỡng để theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật, phải có cử chỉ ân cần, lòng nhiệt tình trong nghề nghiệp, trình độ chuyên môn tốt, tuyệt đối không bao giờ được để bệnh nhân chưa tỉnh thuốc mê nằm một mình.

**2. CHĂM SÓC NGAY SAU MỔ**

Chăm sóc ngay sau phẫu thuật bắt đầu sau khi bệnh nhân được chuyển từ phòng phẫu thuật đến phòng hồi sức sau gây mê.

**2.1. Di chuyển người bệnh từ phòng phẫu thuật sang phòng hồi sức**

* Điều kiện di chuyển:
* Mạch và huyết áp ổn định: mạch < 100 lần/phút, huyết áp tối đa > 100 mmHg.
* Hô hấp: người bệnh thở tốt, không co kéo cơ hô hấp, không ho sặc sụa, không khò khè đờm dãi.
* Cách di chuyển:
* Di chuyển phải nhẹ nhàng, tránh gây nôn.
* Không được thay đổi tư thế một cách đột ngột.
* Khi di chuyển: nhân viên gây mê đi ở phía đầu, điều dưỡng đi ở phía chân người bệnh. Trong quá trình vận chuyển, người điều dưỡng phải luôn luôn quan sát để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng.
* Ngay sau khi đón người bệnh từ phòng mổ về, người điều dưỡng phòng hồi sức cùng người điều dưỡng phòng phẫu thuật phải lượng giá ngay về các chỉ số sinh tồn, đánh giá tình trạng người bệnh và bàn giao cụ thể mọi vấn đề liên quan đến người bệnh.
* Người điều dưỡng phải luôn có mặt bên cạnh để theo dõi và chăm sóc người bệnh, thực hiện ngay các chỉ thị của bác sĩ và tuyệt đối không để người bệnh chưa tỉnh nằm một mình.

**2.2. Chăm sóc người bệnh trong phòng hậu phẫu (24 giờ sau mổ)**

* Tư thế người bệnh: tư thế người bệnh sau mổ tùy theo tính chất phẫu thuật, phương pháp gây mê, gây tê và tình trạng sau mổ mà đặt theo tư thế thích hợp nhất để hạn chế các biến chứng và làm cho người bệnh dễ chịu thoải mái.
* Tùy theo từng loại phẫu thuật:
* Phẫu thuật ở thành bụng trước: cho người bệnh nằm ngửa, thẳng đầu nghiêng một bên đề phòng nôn hay tụt lưỡi. Riêng mổ viêm phúc mạc: nằm tư thế nửa ngồi để mủ dồn xuống Douglas và dẫn lưu ra ngoài.
* Phẫu thuật ở thành bụng bên: có thể nằm ngữa hay nằm nghiêng về bên lành.
* Phẫu thuật ngực: tư thế Fowler.
* Phẫu thuật thận: nằm nghiêng, co một hay hai chân.
* Tùy theo phương pháp vô cảm
* Gây mê nội khí quản, gây mê bằng đường hô hấp: nằm đầu ngữa tối đa.
* Gây tê tủy sống: nếu tỷ trọng của thuốc gây tê nhỏ hơn tỷ trọng của dịch não tủy thì sau phẫu thuật cho nằm đầu thấp hơn chân, nếu tỷ trọng của thuốc gây tê lớn hơn tỷ trọng của dịch não tủy thì sau phẫu thuật cho nằm đầu cao hơn chân. Tư thế này được duy trì trong vòng 12 giờ sau phẫu thuật.
* Tùy theo tình trạng người bệnh
* Nếu mất máu: đặt nằm đầu thấp.
* Nếu khó thở, suy hô hấp: đặt nằm đầu cao.
* Người bệnh mắc bệnh tim, phổi, người già tốt nhất nằm tư thế Fowler.
* Sau phẫu thuật người bệnh có đặt ống dẫn lưu thì cho nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dễ dàng.
* Cần lưu ý cho người bệnh nằm nghiêng đầu sang một bên để nếu có nôn, chất nôn không lọt vào đường hô hấp. Tư thế này được duy trì đến khi nào hết tác dụng của thuốc gây mê.
* Giường nằm phải êm, chắc chắn, thoải mái, giường có thể đặt tư thế đầu cao, tư thế fowler, tư thế đầu thấp.
* Trời rét có đủ chăn ấm, có túi nước nóng đặt xung quanh, có thể dùng máy sưởi, bố trí sẵn các đệm hơi nóng. Mùa nóng phòng thoáng, và tốt nhất có máy điều hòa.
* Theo dõi và đánh giá tình trạng

Sau ca đại phẫu, người điều dưỡng phải đánh giá bệnh nhân phẫu thuật 15 phút trong giờ đầu, và nếu bệnh nhân ổn định thì theo dõi 30 phút trong 2 giờ tiếp theo, và 1 giờ trong 4 giờ sau. Việc theo dõi sát tiến trình hậu phẫu, thay đổi phù hợp với tình trạng bệnh nhân và theo dõi sát tiến trình hậu phẫu. Thông báo ngay lập tức cho phẫu thuật viên nếu phát hiện triệu chứng và dấu hiệu de dọa dấu hiệu sống như: tần số thở trên 30 lần/ phút hay dưới 15 lần/ phút, tăng thân nhiệt hoặc hạ thân nhiệt… Tùy theo tình trạng, tùy theo loại phẫu thuật mà thời gian theo dõi có thể là 12 giờ, 24 giờ sau phẫu thuật.

Theo dõi các biến chứng thường xãy ra ngay sau phẫu thuật.

* Ngạt: do tắc đường hô hấp, tụt lưỡi.

Biểu hiện: khó thở, thở nhanh nông, vẻ mặt xanh tím.

Xử trí: nhanh chóng loại trừ các nguyên nhân gây tắc như lau chùi đờm dãi, lấy dị vật. Kéo lưỡi ra đặt Canuyn – Mayor và cho thở oxy.

* Sốc sau mổ: chảy máu do tụt chỉ cầm máu, mất máu nhiều ở vết mổ…

Biểu hiện: mạch nhanh, HA tụt, nhịp thở nhanh nông, da lạnh và tái, nhiệt độ giảm.

Xử trí: cho nằm đầu thấp, đắp chăn, sưởi ấm, thở oxy.

* Hạ nhiệt độ: do truyền quá nhiều dịch trong khi mổ, thời gian mổ lâu, nhất là về mùa đông.

Biểu hiện: rét run.

Xử trí: ngừng truyền, sưởi ấm.

* Liệu phápoxy

Ở giai đoạn sau phẫu thuật, thiếu oxy hay gặp do những thay đổi hô hấp xảy ra khi gây mê, do còn tác dụng của thuốc gây mê, do dau bệnh hân thở yếu, do run lạnh làm tăng tiêu thụ oxy. Cung cấp oxy làm giảm mức độ nặng của thiếu oxy sau phẫu thuật, giảm các biến chứng tim mạch, thần kinh, giảm buồn nôn, nôn và tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ. Vì vậy người ta khuyến cáo sử dụng oxy sau phẫu thuật một cách hệ thống.

Cách cho thở oxy: dùng mặt nạ cho bệnh nhân chưa tỉnh hoặc bệnh nhân chỉ thở bằng miệng. Dùng ống thông mũi đơn hay ống thông mũi hai nòng cho bệnh nhân thở đựơc cả miệng – mũi tạo cho bệnh nhân dễ chịu, có thể nói chuyện được.

Liều lượng cần: 3 – 10 lít/phút.

**3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KHI ĐÃ ỔN ĐỊNH**

Là giai đoạn bệnh nhân ổn định và hồi tỉnh, được chuyển về phòng bệnh.

**3.1. Chăm sóc thường quy**

Lúc này người bệnh thường đã tỉnh, các phản xạ đã làm việc trở lại và dấu hiệu sinh tồn đã ổn định, có thể kiểm tra dấu hiệu sinh tồn khoảng 1 giờ hay 3 giờ một lần.

Phải đánh giá người bệnh từ đầu đến chân bao gồm các dấu hiệu sau:

* Toàn trạng.
* Dấu hiệu sống.
* Mức độ tỉnh táo.
* Tấn số hơi thở.
* Tình trạng tâm thần kinh.
* Màu da và nhiệt độ.
* Khó chịu, đau.
* Buồn nôn, nôn.
* Loại dịch truyền và tốc độ truyền dịch.
* Tình trạng vết thương.
* Dẫn lưu ở vết mổ.
* Lượng nước tiểu (qua dẫn lưu).
* Khả năng vận động tứ chi.

Thực hiện đầy đủ y lệnh về thuốc, thủ thuật, xét nghiệm…

**3.2. Chăm sóc nếu có chảy máu**

* Việc đánh giá chảy máu dựa trên số lượng và tốc độ mất máu. Chăm sóc người bệnh mất máu làm ngưng chảy máu và bồi phụ thể tích tuần hoàn.
* Chảy máu vết mổ:
* Biểu hiện: máu vết mổ thấm băng liên tục hoặc thấy máu đùn qua mép vết mổ ra ngoài.
* Xử lý: chườm lạnh vết mổ, băng ép nếu không có kết quả thì cần báo cáo bác sĩ để phẫu thuật vết mổ khâu cầm máu.
* Chảy máu trong ổ bụng:
* Toàn thân: người bệnh lo lắng, hốt hoảng, vã mồ hôi, chân tay lạnh, da xanh tái, niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt, số lượng hồng cầu giảm.
* Tại chỗ: bụng trướng, gõ đục vùng thấp, nếu có ống dẫn lưu thì thấy máu tươi, máu theo ống dẫn lưu ra ngoài.
* Xử trí: truyền máu và chất thay thế máu theo y lệnh, thở oxy.

**3.3. Giảm đau sau phẫu thuật**

* Thường sau phẫu thuật, khi hết tác dụng của thuốc vô cảm người bệnh sẽ đau vết mổ.
* Xử trí: chườm lạnh vết mổ hay báo cáo cho bác sĩ để cho thuốc giảm đau (thường thuốc giảm đau được cho theo giờ, không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới dùng thuốc).
* Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng, dùng thang điểm đánh giá EVA (Echelle visuelle analogique) hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).
* Các thuốc có thể dùng hiện nay:
* Paracetamol: Prodafalgan 1g, dùng liều 10 – 15mg/kg/6 giờ không dùng quá 3g/ngày. Prodafalgan là tiền chất của paracetamol sau khi tiêm 1g Prodafalgan sẽ bị thủy phân cho 0,5g paracetamol.
* Diclofenac (Voltaren 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.
* Morphin được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều, vẫn còn đau nhiêu sau khi dùng các thuốc giảm đau trên.
* Ngày thứ 2 và thứ 3 sau phẫu thuật, người bệnh đau bụng cơn, đó là dấu hiệu nhu động ruột trở lại.
* Cần động viên và giải thích cho người bệnh về dấu hiệu này, khuyến khích vận động sớm để nhanh có trung tiện.
* Khi nào trung tiện đựơc thì dấu hiệu này sẽ mất đi.
* Ngày thứ 4 – 5 sau phẫu thuật, nếu có đau vết mổ và sốt thì khả năng bị nhiễm trùng vết mổ.

**3.4. Chăm sóc vết mổ**

* Theo dõi xem vết mổ có bị chảy máu hay không ở những ngày đầu.
* Chăm sóc điều dưỡng cho vết mổ hậu phẫu:
* Duy trì biện pháp vô khuẩn.
* Theo các hướng dẫn của chăm sóc vết thương.
* Vô khuẩn trong khi thay băng hoặc cầm nắm vào ống dẫn lưu.
* Đánh giá các dấu hiệu sống, đặc biệt thân nhiệt.
* Đánh gia sự thay đổi của vết mổ (màu sắc, mùi, lượng dịch tiết).
* Bồi phụ nước và tăng cường dinh dưỡng.
* Cấy mủ ở vết thương trước khi điều trị kháng sinh.
* Thực hiện y lệnh kháng sinh và hạ nhiệt.
* Cung cấp các phương tiện hỗ trợ cho người bệnh và người nhà.
* Các biến chứng tại vết mổ:
* Toát vết mổ: là sự tánh rời các lớp của vết mổ, việc điều trị phụ thuộc vào độ rộng của vết toác. Nếu vết toác rộng, vết mổ phải được khâu lại tại phòng phẫu thuật.
* Lồi tạng tại vết mổ: là sự thoát vị của các tạng ra ngoài từ vết mổ bị toác. Có thể xảy ra sau khi bị tăng áp lực nội tạng đột ngột như: ho, hắt hơi, nôn mửa. Khi toác vết mổ xảy ra, ngay lập tức phải đậy vết thương bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý. Phải phẫu thuật cấp cứu để sửa chữa biến chứng này.
* Theo dõi xem vết mổ có bị nhiễm khuẩn hay không ở những ngày sau:
* Thường vết mổ nhiễm khuẩn ở ngày thứ 4 – 5 sau phẫu thuật.
* Các dấu hiệu của một vết mổ nhiễm trùng:
* Dịch mủ, mùi hôi.
* Sưng, nóng, tấy đỏ, đau.
* Phù nề xung quanh mếp vết mổ.
* Thêm vào đó người bệnh có thể có sốt, rét run, gia tăng tần số thở và mạch nhanh.
* Khi đã chẩn đoán là nhiễm khuẩn vết mổ thì cần cắt chỉ sớm, tách vết mổ cho dịch mủ thoát ra dể dàng, có thể cắt chỉ cách quãng hay cắt toàn bộ.
* Đối với vết mổ không nhiễm khuẩn:
* Cắt chỉ vào ngày thứ 7
* Đối với người già và trẻ em thì cắt chỉ muộn hơn (thường vào ngày thứ 9 – 10 sau phẫu thuật).

**3.5. Chăm sóc ống dẫn lưu vết mổ**

* Mục đích: làm giảm áp lực bên trong vết thương bằng cách đưa dịch ra ngoài, thúc đẩy quá trình liền vết thương và giảm đau.
* Ống dẫn lưu phải được nối xuống túi vô khuẩn hoặc chai vô khuẩn có đựng dung dịch sát khuẩn, để tránh nhiễm trùng ngược dòng.
* Cho nằm nghiêng về bên có ống dẫn lưu để dịch thoát ra được dể dàng.
* Tránh làm gập, tắc ống dẫn lưu.
* Theo dõi về số lượng, màu sắc, tính chất của dịch qua ống dẫn lưu ra ngoài. Bình thường dịch dẫn lưu ra với số lượng ít dần và không hôi. Nếu ống dẫn lưu ra dịch bất thường hoặc ra máu cần báo cáo ngay cho bác sĩ.
* Tần xuất mà điều dưỡng thay (đổ) dịch dẫn lưu tùy thuộc vào thời gian sau phẫu thuật, loại phẫu thuật, số lượng dịch tiết và quy chế của bệnh viện. Ví dụ sau khi phẫu thuật, người điều dưỡng đổ dịch tiết phẫu thuậti 15 đến 60 phút. Khi dịch tiết giảm thì có thể thay (đổ) dịch phẫu thuậti 2 giờ đến 4 giờ.
* Thay băng chân ống dẫn lưu đúng kỹ thuật và sát khuẩn thân ống dẫn lưu bằng nước muối sinh lý, giữ da xung quanh khô, giúp liền mô và giảm tạo thành áp xe.
* Thông thường, điều dưỡng rút ống dẫn lưu sau 2 đến 4 ngày. Việc rút ống dẫn lưu giúp bệnh nhân thoải mái, chỗ dẫn lưu phải được chùi sạch và băng gạc vô trùng.

**3.6. Chăm sóc ống thông (sonde) dạ dày**

* Phần lớn sau phẫu thuật bụng được đặt ống thông dạ dày, mục đích là dẫn lưu dịch dạ dày ra ngoài để tránh chướng bụng, tránh nôn.
* Cần theo dõi xem dịch dạ dày có qua sonde ra ngoài hay không, tránh gập, tắc ống.
* Theo dõi số lượng màu sắc, tính chất của dịch dạ dày trong vòng 24 giờ (bình thường ở người lớn dịch dạ dày sẽ ra khoảng 1200 ml – 1500 ml/24h giờ, dịch màu xanh trong). Nếu ống thông dạ dày ra máu cần báo cáo ngay cho bác sĩ.
* Thường ống thông dạ dày được rút khi có trung tiện. Những trường hợp nặng, nguy hiểm thì để lâu hơn.

**3.7. Chăm sóc nôn**

* Cần đặt ống hút dạ dày khi cần thiết để tránh nôn sau phẫu thuật.
* Khi phái hiện nôn phải đặt đầu nghiêng về một bên, tránh chất nôn lọt vào đừng hô hấp.
* Nếu trong quá trình người bệnh đang nôn mà chất nôn lọt vào đường hô hấp tì sẽ có biểu hiện:
* Ho sặc sụa, người tím tái, co kéo các cơ hô hấp, khó thở.
* Xử trí: nhanh chóng hút sạch chất nôn, lau miệng, thở oxy.
* Khi nôn xong, người điều dưỡng vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.
* Nôn nhiều cần báo cáo lại cho bac sĩ để hồi phụ nước điện giải.

**3.8. Chăm sóc tiểu tiện**

* Bình thường: đi tiểu được từ 6 – 8 giờ sau phẫu thuật.
* Nếu quá 12 giờ chưa đi tiểu được gọi là bí tiểu tiện sau phẫu thuật. Nguyên nhân: có thể do nằm lâu, tác dụng phụ của việc gây mê, bất động lâu, căng thẳng thần kinh, hay do các phẫu thuật vùng tiểu khung.
* Chăm sóc điều dưỡng là giúp người bệnh đi tiểu bình thường, gồm các biện pháp:
* Cho ngồi dậy sớm khi có đủ điều kiện.
* Giúp đỡ và tạo chỗ riêng khi bệnh nhân dùng bô nằm.
* Nghiệm pháp tâm lý.
* Chườm nóng vùng hạ vị và kích thích.
* Tưới lên bộ phận sinh dục một lượng nước ấm hay chườm ấm.
* Đặt ống thông niệu bàng quang: chỉ thực hiện khi những biện pháp trên không có kết quả hoặc bàng quang căng nhiều.

**3.9. Chăm sóc trung tiện**

Bình thường sau phẫu thuật từ 24 – 48 giờ người bệnh sẽ trung tiện. Nếu quá 72 giờ chưa trung tiện, gọi là trung tiện muộn sau phẫu thuật. Nguyên nhân: có thể do gây mê toàn thân, thuốc giãn cơ, giảm vận động hoặc do thức ăn và dịch truyền trong suốt thời gian trước hay sau phẫu thuật.

Chăm sóc điều dưỡng chú trọng vào việc tái lập chức năng của ống tiêu hóa gồm các biện pháp sau:

* Đánh giá sự trở lại của nhu động ruột:
* Nghe âm ruột phẫu thuậti 4 giờ khi người bệnh đã hồi tỉnh.
* Đánh giá mức độ chướng bụng (nếu chướng bụng và âm ruột giảm là dấu hiệu của liệt ruột).
* Xem người bệnh đã trung tiện chưa?
* Kiểm tra phân, bao gồm số lượng và độ đặc lỏng.
* Để sớm trung tiện sau phẫu thuật, người điều dưỡng cần giúp người bệnh vận động sớm, chăm sóc tốt ống thông dạ dày, ống thông hậu môn (nếu có).
* Cho người bệnh riêng tư khi sử dụng bô, bô ngồi hoặc đi nhà vệ sinh.
* Nếu sau 3 đến 4 ngày hậu phẫu mà người bệnh bí trung đại tiện thì phải chỉ định đặt ống thông hậu môn.

**3.10. Chăm sóc đại tiện**

* Thường sau phẫu thuật 3 – 5 ngày người bệnh đi đại tiện được.
* Nếu quá 5 ngày không đi đại tiện được gọi là bí đại tiện sau phẫu thuật.
* Tránh bí đại tiện sau phẫu thuật bằng cách:
* Cho uống nhiều nước: 2,5 – 3 lít mỗi ngày.
* Cho ăn những thức ăn có tính nhuận tràng: đu đủ chín, chuối tiêu, khoai lang…
* Cho vận động sớm.
* Nếu bí đại tiện sau phẫu thuật: thụt tháo nhẹ.
* Sau phẫu thuật có thể tiêu chảy do: nhiễm khuẩn đường ruột, cắt ruột rộng, loạn khuẩn do dùng nhiều kháng sinh…Cần phải bồi phụ đủ nước và điện giải.

**3.11. Chăm sóc vận động**

* Người bệnh cần phải vận động sớm sau phẫu thuật khi có đủ điều kiện: người bệnh tỉnh lại, dấu hiệu sinh tồn bình thường, ổn định, không bị khó thở.
* Tác dụng:
* Phục hồi nhanh nhu động ruột.
* Tránh viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
* Tránh viêm tắc tĩnh mạch.
* Tránh loét, mảng mục.
* Trong 24 giờ đầu, người điều dưỡng giúp bệnh nhân trở mình trên giường.
* Ngày thứ 2: cho ngồi dậy, vỗ rung lồng ngực.
* Ngày thứ 3: đỡ đi nhẹ nhàng trong phòng.
* Đối với người bệnh suy tim, suy hô hấp tránh cho vận động sớm.
* Khi đang vận động mà người bệnh có biểu hiện hoa mắt, chóng mặt thì phải cho nằm nghỉ ngay và kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn.
* Trước khi vận động cần phải giải thích, động viên để người bệnh yên tâm.
* Đối với người bệnh vận động đầu tiên, cần tránh thay đổi tư thế một cách đột ngột: nằm – ngồi, ngồi – đứng.

**3.12. Chăm sóc dinh dưỡng**

* Những ngày chưa có trung tiện: chủ yếu nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.
* Khi đã có trung tiện: cho ăn từ lỏng đến đặc (sữa, súp, cháo, cơm nát, cơm).
* Khi tình trạng ổn định, hướng dẫn người bệnh ăn đầy đủ dinh dưỡng nhằm phục hồi và nâng cao sức khỏe.

**3.13.Truyền dịch sau phẫu thuật**

* Truyền dịch sau phẫu thuật để bù thể tích dịch thiếu do nhịn ăn, uống, dịch truyền cung cấp một ít năng lượng để giảm dị hóa.
* Người lớn trọng lượng 60 kg lượng dịch cung cấp từ 2000 – 2500 ml/ngày hoặc cho 35 – 40 ml/kg/ngày, nếu thời tiết nóng hoặc người bệnh sốt có thể tăng lên 3000 ml.
* Nhu cầu Na+, K+: 1mmol/kg/ngày.
* Các loại dịch có thể dùng sau phẫu thuật trong điều kiện hiện nay: Dung dịch ringer lactate, dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch glucose 5%, 10%. Có thể cho 500ml dung dịch ringer lactate, 500ml dung dịch NaCl 0,9%, 1000ml glucose 5%. Không nên cung cấp quá nhiều dung dịch glucose vì người bệnh có nguy cơ ngộ độc nước nhất là trẻ em.
* Nếu can thiệp phẫu thuật lớn thì đã cung cấp đủ dịch ngay sau phẫu thuật ngày đầu chỉ cho 2000ml. Ngày tiếp theo có thể cho 3000ml sau khi người bệnh có nước tiểu bình thường.
* Bù Kali: Nên thêm 1g dung dịch KCl 10% (10ml) vào phẫu thuậti chai dịch trên. Chỉ cho kali khi người bệnh có nước tiểu bình thường, lượng kali duy trì tối đa 80mmol/ngày. Không được dùng kali bơm trực tiếp tĩnh mạch. Theo dõi trên điện giải đồ.
* Bù dịch mất qua sonde dạ dày đồng thể tích với dung dịch NaCl 0,9% hút ra, nếu hút ra 500ml dịch dạ dày thì bù thêm 20 mmol K+ vào dịch truyền tĩnh mạch.
* Theo dõi lượng dịch xuất nhập:
* Cần phải theo dõi sát và ghi lại số lượng dịch đã nhận và số lượng dịch người bệnh đã thải ra:
* Dịch đưa vào: qua đường truyền, qua đường ăn uống.
* Dịch ra: qua nước tiểu, mồ hơi, hơi thở, qua phân, qua chuyển hóa cơ bản.
* Nếu lượng dịch vào – ra mất cân đối cần báo cáo với bác sĩ.

**4. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ**

* Không bị chảy máu sau phẫu thuật.
* Đỡ chướng bụng.
* Ống thông dạ dày, ống thông bàng quang, dẫn lưu ổ bụng hoạt động tốt.
* Vết mổ không bị nhiễm khuẩn, không đau vết mổ.
* Tiểu tiện, trung tiện, đại tiện bình thường.
* Người bệnh ăn uống tốt khi có chỉ định.
* Người bệnh an tâm điều trị và hợp tác với cán bộ y tế.
* Không xảy ra cac biến chứng.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

***Phân biệt đúng, sai các câu sau:***

1. Sau mổ đề phòng tránh tụt lưỡi bằng cách đặt Canun – Mayor.

2. Sau mổ cho nằm đầu ngửa để tránh trào ngược vào đường hô hấp khi nôn.

3. Nếu vết mổ nhiễm trùng thì không được cắt chỉ sớm để tránh toác vết mổ.

4. Người già sau mổ nằm lâu có thể viêm đường hô hấp, viêm đường tiết niệu.

5. Sau mổ bị khó thở, cho người bệnh nằm đầu thấp.

6. Nếu người bệnh được gây mê bằng phương pháp nội khí quản thì sau mổ cho nằm đầu ngửa tối đa.

7. Sau mổ, cho người bệnh nằm nghiêng về phía ống dẫn lưu là tốt nhất.

8. Vết mổ khâu kín da sẽ cắt chỉ sau 12 ngày. ***Chọn câu trả lời đúng nhất trong những câu sau:***

9. Chăm sóc đúng nhất khi có bí tiểu tiện sau phẫu thuật:

A. Chườm lạnh vùng hạ vị, nếu không được thì đặt thông tiểu.

B. Chườm nóng vùng hạ vị, nếu không được thì đặt thông tiểu.

C. Đặt thông tiểu càng sớm càng tốt.

1. Tiêm thuốc lợi tiểu.

10. Thời gian để chẩn đoán bí đại tiện sau phẫu thuật là:

A. Không đại tiện từ ngày thứ 2 trở lên.

B. Không đại tiện từ ngày thứ 3 trở lên.

C. Không đại tiện từ ngày thứ 4 trở lên.

D. Không đại tiện từ ngày thứ 5 trở lên.

11. Thời gian để chẩn đoán bí tiểu tiện sau phẫu thuật:

A. Trên 6 giờ không tiểu tiện.

B. Trên 12 giờ không tiểu tiện.

C. Trên 18 giờ không tiểu tiện.

D. Trên 24 giờ không tiểu tiện.

12. Chế độ dinh dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật:

A. Uống nước đường ngay sau phẫu thuật.

B. Cho ăn cơm khi có trung tiện.

C. Cho ăn từ lỏng tới đặc khi có trung tiện.

D. Cho ăn từ lỏng tới đặc khi có đại tiện.

13. Các dấu hiệu của một vết mổ nhiễm trùng, ngoài trừ:

A. Dịch mủ, mùi hôi.

B. Máu thấm băng tại vết mổ.

C. Sưng, nóng, tấy đỏ, đau.

D. Có thể sốt, rét run, gia tăng tần số thở và mạch nhanh.

14. Tác dụng của vận động sớm sau mổ, ngoại trừ:

A. Phục hồi nhanh nhu động ruột.

B. Tránh viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

C. Tránh viêm tắc tĩnh mạch.

D. Tránh đau vết mổ.

15. Sau phẫu thuật, ống thông dạ dày thường được rút khi:

A. Khi có trung tiện.

B. Khi có nôn.

C. Khi dịch ra màu vàng trong.

D. Khi dịch không ra nữa.