TRƯỜNG TRUNG CẤP Y TẾ TÂY NINH

GIÁO TRÌNH

ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

CHƯƠNG TRÌNH TRUNG CẤP

TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ

TRƯỜNG TRUNG CẤP Y TẾ TÂY NINH
BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

* * * * * * *

GIÁO TRÌNH

ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

CHƯƠNG TRÌNH TRUNG CẤP

CHỦ BIÊN
BS. Nguyễn Văn Thịnh

GIÁO VIÊN THAM GIA BIÊN SOẠN
ĐD. Phan Thị Ánh Gương
CN. Vương Thị Thúy Hoa
CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng
CN. Võ Thị Mỹ Linh
CN. Trần Thị Nô

MINH HOẠ – TRÌNH BÀY
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC LỤC

		Trang
1.	Lời nói đầu	2
2.	Chương trình kỹ thuật điều dưỡng	3
3.	Công tác quản lý buồng bệnh	5
4.	Hồ sơ bệnh nhân và cách ghi chép	11
5.	Quy trình điều dưỡng	14
6.	Các nguyên tắc vô khuẩn – Quy trình vô khuẩn dụng cụ	20
7.	Phân loại, xử lý chất thải trong bệnh viện	30
8.	Tiêm an toàn	36
9.	Tiếp nhận người bệnh đến khám, vào viện, chuyển, ra viện.	44
10.	Sử dụng, bảo quản dụng cụ thường dùng trong buồng bệnh.	49
11.	Vận chuyển người bị nạn	56
12.	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	61
13.	Kỹ thuật tiêm bắp	71
14.	Kỹ thuật tiêm trong da	76
15.	Kỹ thuật tiêm dưới da	83
16.	Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch	87
17.	Kỹ thuật truyền dịch, truyền máu	92
18.	Rửa tay, mặc áo, mang khẩu trang, mang găng vô khuẩn	103
19.	Chuẩn bị giường bệnh	110
20.	Chăm sóc vệ sinh cho người bệnh	117
21.	Kỹ thuật lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm	125
22.	Kỹ thuật chườm nóng, chườm lạnh	132
23.	Phương pháp đo lượng dịch ra vào cơ thể	140
24.	Chăm sóc người bệnh hấp hối, tử vong	144
25.	Các tư thế nghỉ ngơi và trị liệu thông thường	149
26.	Sơ cứu và chăm sóc vết thương	153
27.	Cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn	161
28.	Kỹ thuật cố định gãy xương	171
29.	Kỹ thuật garot cầm máu	177
30.	Kỹ thuật băng bó vết thương	184
31.	Kỹ thuật thay băng, rửa vết thương	191
32.	Kỹ thuật đưa thức ăn vào cơ thể	198
33.	Kỹ thuật hút dịch dạ dày, dịch tá tràng	207
34.	Kỹ thuật rửa dạ dày	211
35.	Kỹ thuật cho người bệnh thở Oxy	217
36.	Kỹ thuật hút đàm nhớt cho người bệnh	225
37.	Kỹ thuật thụt tháo, thụt giữ	231
38.	Kỹ thuật thông tiểu	237
39.	Kỹ thuật rửa bàng quang	243
40.	Phụ giúp thầy thuốc khám chữa bệnh	246
41.	Chăm sóc dự phòng loét ép cho người bệnh	250
42.	Sử dụng thuốc cho người bệnh	255
43.	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch não tuỷ, màng bụng, phổi, tim.	264
44.	Tài liệu tham khảo	275

LỜI NÓI ĐẦU

Năm học 2004-2005 bộ môn Điều dưỡng nhà trường đã tiến hành biên soạn bộ giáo trình Kỹ thuật điều dưỡng dùng để giảng dạy và học tập môn Kỹ thuật điều dưỡng cho đối tượng Điều dưỡng trung cấp.

Qua 8 năm áp dụng, gần đây nhất là năm 2008 được biên soạn lại hầu như toàn bộ, nhưng hiện tại chúng tôi nhận thấy bộ giáo trình này vẫn còn khá nhiều điều bất cập, chưa mang tính chính quy cao. Đặc biệt, sau khi có sự hiệu chỉnh chương trình khung ngành Điều dưỡng do Bộ GD&ĐT và Bộ Y tế ban hành, môn Kỹ thuật điều dưỡng được đổi thành Điều dưỡng cơ sở thì việc biên soạn lại bộ giáo trình này càng trở nên cấp thiết hơn.

Trong bộ giáo trình biên soạn lại chúng tôi tham khảo nhiều nguồn tài liệu, cập nhật và chọn lọc những nội dung chính xác nhất có thể được, cố gắng cung cấp đầy đủ và chi tiết nội qung quan trọng nhất của môn học là các quy trình kỹ thuật chăm sóc. Ngoài việc mô tả cẩn thận từng thao tác kỹ thuật chăm sóc, cuối mỗi bài giảng chúng tôi đều đưa vào bảng quy trình từng kỹ thuật để người học tiện ứng dụng.

Bộ giáo trình lần này được biên soạn theo đúng mẫu giáo trình do Bộ GD&ĐT ban hành năm 2007 với đầy đủ các mục của bộ giáo trình chuẩn quy định.

Mặc dù được biên soạn lại với sự đầu tư chu đáo và cẩn trọng từng nội dung chi tiết nhưng thực tế vẫn khó tránh khỏi những thiếu sót. Rất mong quý đồng nghiệp và các bạn học sinh góp ý để bộ giáo trình ngày càng hoàn thiện hơn.

Nhóm giáo viên biên soạn

CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

- Mã số môn học: B.51.02
- Số học phần: 02
- Số đơn vị học trình: 10 (3/2 – 2/3)
- Số tiết: 225 tiết (45/60 – 30/90)
- Thời điểm thực hiện: Học kỳ 1 – Học kỳ 2
- Phân bố thời gian: 12 tiết/tuần, tổng số: 19 tuần

ĐIỀU KIỆN:

- Học sinh đã học xong môn Giải phẫu sinh lý.

MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Trình bày mục đích, nguyên tắc áp dụng và không áp dụng các kỹ thuật chăm sóc người bệnh.
2. Mô tả qui trình các kỹ thuật chăm sóc người bệnh.
3. Trình bày các tai biến và cách xử trí trong quá trình chăm sóc người bệnh.
4. Giải thích, động viên người bệnh an tâm, hợp tác trong quá trình chăm sóc.
5. Vận dụng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản vào việc thực hiện quy trình chăm sóc người bệnh.

NỘI DUNG MÔN HỌC:

Tt	***Nội dung bài học***	***Số tiết***		
		Tổng	LT	TH
	ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ 1	***122***	***54***	***68***
1.	Công tác quản lý buồng bệnh	3	3	0
2.	Hồ sơ bệnh nhân và cách ghi chép	7	3	4
3.	Quy trình điều dưỡng	10	4	6
4.	Các nguyên tắc vô khuẩn	3	3	0
5.	Quy trình vô khuẩn dụng cụ	5	1	4
6.	Phân loại, xử lý chất thải trong bệnh viện	3	3	0
7.	Tiêm an toàn	2	2	0
8.	Cách làm kế hoạch chăm sóc người bệnh	8	4	4
9.	Tiếp nhận người bệnh đến khám, vào viện, chuyển, ra viện.	2	2	0
10.	Sử dụng, bảo quản dụng cụ thường dùng trong buồng bệnh.	2	2	0
11.	Các phương pháp vận chuyển người bệnh	4	0	4
12.	Chăm sóc, theo dõi huyết áp	6	2	4
13.	Chăm sóc, theo dõi mạch, nhiệt, nhịp thở	6	2	4
14.	Kỹ thuật tiêm bắp	6	2	4
15.	Kỹ thuật tiêm trong da, dưới da, gây tê	6	2	4
16.	Kỹ thuật tiêm, truyền tĩnh mạch, truyền máu	10	2	8
17.	Rửa tay, mặc áo, mang khẩu trang, mang găng vô khuẩn	7	3	4
18.	Chuẩn bị giường bệnh, thay chiếu, vải trải giường	6	2	4
19.	Chăm sóc hàng ngày và vệ sinh cho người bệnh	6	2	4
20.	Kỹ thuật lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm	6	2	4
21.	Kỹ thuật chườm nóng, chườm lạnh	4	2	2
22.	Phương pháp đo lượng dịch ra vào cơ thể	2	2	0

Tt	Nội dung bài học	Số tiết		
		Tổng	LT	TH
23.	Chăm sóc người bệnh hấp hối, tử vong	2	2	0
24.	Các tư thế nghỉ ngơi và trị liệu thông thường	2	2	0
	ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ 2	***69***	***27***	***42***
25.	Sơ cứu vết thương	8	2	6
26.	Cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn	8	2	6
27.	Kỹ thuật cố định gãy xương	10	2	8
28.	Kỹ thuật garot cầm máu	8	2	6
29.	Kỹ thuật băng (băng cuộn, băng dính, băng tuỳ ứng)	9	2	7
30.	Kỹ thuật thay băng, rửa vết thương thương, cát chỉ vết khâu	10	2	8
31.	Kỹ thuật thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu	5	1	4
32.	Kỹ thuật đưa thức ăn vào cơ thể	6	2	4
33.	Kỹ thuật hút dịch dạ dày, dịch tá tràng	5	1	4
34.	Kỹ thuật rửa dạ dày	6	2	4
35.	Kỹ thuật cho người bệnh thở Oxy	5	1	4
36.	Kỹ thuật hút đàm nhớt cho người bệnh	5	1	4
37.	Kỹ thuật thụt tháo, thụt giữ	4	1	3
38.	Kỹ thuật thông tiểu	10	2	8
39.	Kỹ thuật lấy nước tiểu, rửa bàng quang	5	1	4
40.	Phụ giúp thầy thuốc khám chữa bệnh	1	1	0
41.	Chăm sóc dự phòng loét ép cho người bệnh	3	1	2
42.	Cho người bệnh uống thuốc, bôi thuốc, nhỏ mắt, mũi, tai	6	2	4
43.	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch não tuỷ, màng bụng, phổi, tim.	6	2	4
	Cộng	***242***	***84***	***158***

HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN:

- ***Yêu cầu giáo viên:***
  - Lý thuyết: giáo viên có chuyên môn Cử nhân điều dưỡng.
  - Thực hành: giáo viên có chuyên môn tối thiểu là điều dưỡng trung cấp.
- ***Phương pháp giảng dạy:***
  - Lý thuyết: thuyết trình, áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực.
  - Thực hành: tiến hành tại phòng thực tập điều dưỡng dưới hình thức "cầm tay chỉ việc". Lớp học chia thành nhóm nhỏ, mỗi nhóm khoảng 08 - 12 học sinh.
- ***Trang thiết bị dạy học:***
  - Lý thuyết: có thể sử dụng máy Overhead, Projector ...
  - Thực hành: đảm bảo đầy đủ bảng kiểm, quy trình, dụng cụ …
- ***Đánh giá:***
  - Kiểm tra thường xuyên: mỗi học phần 02 cột điểm dạng bài viết câu hỏi nhỏ.
  - Kiểm tra định kỳ: mỗi học phần 02 cột điểm. Bài viết dạng xử lý tình huống.
  - Thi kết thúc môn học: mỗi học phần tổ chức thi 2 dạng:
    - Lý thuyết: bài thi viết 60 câu trắc nghiệm trong thời gian 45 phút. (Học phần I hệ số 3, học phần II hệ số 2)
    - Thực hành: bài thi thực hành kỹ thuật chăm sóc. (Học phần I hệ số 2, học phần II hệ số 3).

CÔNG TÁC QUẢN LÝ BUỒNG BỆNH

CN. Trần Thị Nô

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được tầm quan trọng của công tác quản lý buồng bệnh.***
2. ***Thực hiện kỹ năng giao tiếp với người bệnh.***
3. ***Nêu được quy trình tiếp nhận người bệnh vào, chuyển, ra viện.***

TẦM QUAN TRỌNG CỦA CÔNG TÁC QUẢN LÝ BUỒNG BỆNH

Buồng bệnh là nơi điều trị bệnh đồng thời cũng là nơi tĩnh dưỡng cho người bệnh nên việc xây dựng nhất thiết phải có kế hoạch chu đáo. Tuy phải hết sức đơn giản nhưng cần phải có đầy đủ điều kiện vệ sinh cần thiết,đảm bảo cho người bệnh thoải mái an toàn. Khung cảnh buồng bệnh hết sức quan trọng đối với tinh thần người bệnh, giúp cho họ điều trị có kết quả và nhanh chóng phục hồi sức khỏe.

Quản lý buồng bệnh là một phần công việc hằng ngày của nhân viên y tế. Các nhân viên y tế phải thấy rõ một buồng bệnh sạch sẽ, ngăn nắp sẽ tạo ra cảm giác dễ chịu yên tâm cho người bệnh đồng thời tạo cảm giác thoải mái an toàn khi làm việc.

Nhưng bệnh viện hiện nay chưa thỏa mãn được yêu cầu của người bệnh nên Điều dưỡng cần dựa vào khả năng hiểu biết của mình, căn cứ vào tình hình người bệnh và kế hoạch điều trị của thầy thuốc, tạo những điều kiện thuận lợi và có ích nhất trong việc điều trị và chăm sóc người bệnh.

CÁCH THAY ĐỔI KHÔNG KHÍ TRONG BUỒNG BỆNH

1. Nhiệt Độ:

Nhiệt độ lý tưởng là khoảng 18-22^{0}C. Trong trường hợp đặc biêt phải thay đổi nhiệt độ cho phù hợp. Đối với trẻ em và người già nhiệt độ có thể hơi tăng. Đối với người bệnh sốt nóng nhiệt độ cần giảm xuống một ít. Mùa rét cần ấm hơn.

Để tránh nhiệt độ thay đổi bất ngờ mỗi buồng bệnh nên có một hàn thử biểu để thường xuyên kiểm tra nhiệt độ trong buồng bệnh. Mùa đông tốt nhất là có hơi ấm để cho buồng bệnh ấm áp. Tốt nhất là dùng máy điều hòa nhiệt độ.

2. Độ ẩm:

Độ ẩm trong buồng bệnh thích hợp nhất là 60% nhưng đối với một số người bệnh như viêm phế quản cần độ ẩm cao hơn, có thể nâng tới 80%.

Trái lại trong buồng người bệnh hen thì cần không khí khô ráo hơn, có thể giảm xuống 20% đến 10%.

Điều hòa nhiệt độ và độ ẩm được đúng mức, không khí trong buồng bệnh được ấm áp dễ chịu rất có lợi cho sức khỏe.

3. Không khí lưu thông và trong sạch:

Khi chen chúc trong phòng đông người, ta thường thấy khó chịu vì nhiệt độ và độ ẩm trong phòng lên cao, tình trạng này ở buồng bệnh lại càng khó chịu hơn, vì ngoài hơi người trong buồng bệnh còn có mùi của các chất bài tiết (Nước tiểu, phân, đờm,…) dễ có mùi tanh, hôi nên việc thay đổi không khí trong buồng bệnh có tầm quan trọng rất lớn. Muốn vậy cần:

3.1. Yêu cầu về diện tích, không khí:

Mọi người bệnh phải có 30m^3 không khí và 6-7m^2 diện tích, mỗi giường cách nhau 2,4m, người bệnh truyền nhiễm phải cho nằm buồng cách ly để đề phòng nước bọt có vi khuẩn truyền bệnh.

3.2. Cửa sổ và ống thông hơi:

Buồng bệnh phải có nhiều cửa sổ,cửa chớp để không khí lưu thông dễ dàng, nhưng không được kê giường bệnh sát cửa sổ để tránh gió lùa.

Buồng bệnh cần có hệ thống thông hơi để không khí mới lùa vào, mở một cửa thông hơi ở chỗ cao để hơi nóng trong buồng bay ra vì về nguyên tắc không khí nóng nhẹ hơn không khí lạnh nên không khí nóng sẽ bay lên cao và thoát ra qua cửa thông hơi, làm không khí lưu chuyển, do đó không khí được lưu thông, trong sạch.

3.3. Quạt Điện:

Về mùa nóng dùng quạt điện nên dùng quạt trần nhẹ, không để quạt thẳng vào người bệnh. Nhưng dù áp dụng cách nào, khi thay đổi không khí cũng cần phải chú ý không nên để không khí lưu chuyển nhanh quá hay để gió thổi vào người bệnh như vậy dễ bị cảm lạnh.

3.4. Giờ giấc thực hiện:

Thường thay đổi không khí sau giờ vệ sinh buổi sáng, trước khi ngủ trưa và ngủ tối hoặc khi có mùi hôi thối trong buồng bệnh.

Về mùa rét cần đóng kín cửa buồng bệnh, trời lạnh mỗi ngày phải mở cửa thông gió 3-4 lần mỗi lần 15 phút. Khi làm thoáng khí phải đề phòng người bệnh cảm lạnh; người ta bảo vệ cho người bệnh khỏi bị cảm lạnh bằng cách đắp thêm chăn, đặt túi chườm nóng, để bình phong che gió lùa,…

ÁNH SÁNG TRONG BUỒNG BỆNH

1. Ánh sáng thiên nhiên:

Ánh sáng mặt trời rất quan trọng vởi sức khỏe con người. nó có tác dụng làm không khí ấm áp,diệt khuẩn mạnh. Ngoài ra tia cực tím trong ánh sáng trời còn có tác dụng phòng bệnh còi xương, vì vậy buồng bệnh cần có đủ ánh sáng. Muốn vậy khi xây dựng phải chú ý sao cho diện tích cửa sổ bằng 1/4 diện tích mặt đất của buồng bệnh.

Hằng ngày sáng, chiều cần mở cửa sổ và cửa ra vào cho buồng bệnh sáng sủa, một mặt để người bệnh được hưởng ánh sáng mặt trời, mặt khác để thuận lợi cho việc khám bệnh, điều trị và chăm sóc người bệnh. Những buổi trưa sau bữa ăn cần khép cửa, buông rèm làm cho phòng tối lại để người bệnh nghỉ ngơi hoặc ngủ trưa.

2. Ánh sáng nhân tạo:

Người bệnh phải có đủ ánh sáng nhân tạo để khám, chữa bệnh và làm các thủ thuật. Ánh sáng đèn tùy sự cần thiết mà bố trí sáng hay mờ. Đèn cho người bệnh không nên sáng quá để khỏi chói mắt và nên lắp ở chỗ cao phía sau đầu người bệnh. Ban đêm phải để ánh sáng mờ và nên chiếu từ dưới lên để ánh sáng không soi qua mép giường.

Ngoài ra người Điều dưỡng cần có một đèn pin để dùng khi bất thường.

CUNG CẤP NƯỚC

Ở những thành phố, thị xã việc sử dụng nước máy là một điều kiện thuận lợi cho công tác vệ sinh và ăn uống cho người bệnh. Nước ăn uống cần đảm bảo vô khuẩn.

Ở nông thôn không có nước máy, chỉ có nước giếng hoặc nước sông, khi sử dụng, cần vận động nhân dân không rửa vật bẩn, không đổ phân nước tiểu, rác rưởi xuống sông để giữ vệ sinh dòng nước.

Trước khi dùng cần kiểm tra xem trong nước có vi khuẩn không, nhất là khi có bệnh đường ruột lan tràn như lỵ, thương hàn,… thường kì phải lấy nước làm xét nghiệm kiểm tra các tiêu chuẩn nước sạch.

YÊU CẦU CỦA MỘT BUỒNG BỆNH

1. Trang trí:

Bệnh phòng phải gọn gàng sạch sẽ, cần tạo cho khung cảnh của buồng bệnh vui tươi và lành mạnh, phải tránh buồn tẻ vì sẽ làm người bệnh chán nản; vì vậy trang trí phòng cần hết sức đơn giản dễ tẩy uế tránh lây bệnh mặt khác phòng cần được trang hoàng bằng những màu sắc tươi đẹp và đồ dùng xinh xắn.

Tường quét màu ve nhạt hoặc màu vàng nhạt. Trên tường có thể treo một vài hình ảnh sinh động, đẹp mắt và phải thay đổi luôn. Giường, bàn ăn, ghế, tủ đầu giường, lọ hoa, ca, cốc,…cần được sắp xếp gọn gàng trật tự.

2. Vệ sinh:

Bệnh tật phần lớn là do mất vệ sinh mà ra. Trong buồng bệnh thường xuyên có người bệnh nằm nhất là những người phải liệt giường ăn uống, tiêu tiểu đều ở tại giường nên càng dễ mất vệ sinh vì vậy việc tẩy uế là hết sức quan trọng. Thường kì phải giặt chăn màn, chiếu, lau giường, tủ đầu giường.

Khi người bệnh ra viện bệnh viện phải giặt chăn màn chiếu phơi đệm và thay đệm khác.

Nếu người bệnh tử vong cần tẩy uế lần cuối giường chiếu chăn và một số vật dụng khác bằng các biện pháp lau rửa ngâm thuốc sát khuẩn luộc sôi. Khi lau chùi cần dùng khăn lau ướt để tránh bụi bay lên. Khi quét nhà cần vẩy nước trước khi quét, có thể sử dụng máy hút bụi để làm vệ sinh buồng bệnh.

Sau khi quét cần dùng khăn khô lau nhà sau đó tẩy uế bằng các dung dịch không mùi hoặc có mùi thơm dễ chịu như dầu sả. Nhất thiết không dùng các chất thơm để làm át mùi hôi thối trước khi cọ rửa cho mất mùi.

Các dụng cụ như bô, xô, đại tiểu tiện dùng xong phải đổ ngay vào nơi quy định, rửa sạch và có thể được khử khuẩn rồi mới đem về phòng.

Trong buồng bệnh cần phải diệt: ruồi, muỗi, rận, rệp, gián chuột,…

Mỗi phòng bệnh phải có một thùng rác có nắp đậy đổ và rửa sạch hằng ngày.

3. Sự yên tĩnh:

Tiếng ồn có thể làm cho bệnh tật của người bệnh nặng lên. Ví dụ: Cơn giật tăng lên, vết mổ đau thêm, người bệnh mất ngủ thêm ...

Cho nên phải làm thế nào để làm giảm tiếng động trong buồng bệnh nhất là những tiếng động bất thình lình vì vậy cần: tránh nói to, gọi nhau, cười đùa, đi guốc, đóng cửa mạnh và tiếng đồ dùng va chạm vào nhau. Không những nhân viên y tế phục tùng nội quy buồng bệnh mà ngay cả người bệnh cũng phải đảm bảo đúng nội quy yên tĩnh trong buồng bệnh.

Những người bệnh kêu la rên rỉ cần được nằm ở buồng riêng để khỏi ảnh hưởng đến những người bệnh khác.

4. An toàn:

Khi bị bệnh sức khỏe bị giảm sút, mắt hay bị mờ, đi lại mệt nhọc dễ bị vấp ngã do đó để đảm bảo an toàn cho người bệnh cần thực hiện:

- Mặt đất bằng phẳng, nhà cửa sáng sủa.
- Không để những thứ có thể di chuyển được ở chỗ nhiều người qua lại.
- Tủ đầu giường để ở sát giường và để đồ đạc ở chỗ người bệnh dễ lấy, Đồng thời luôn luôn nhắc nhở người bệnh phải cẩn thận khi lấy đồ dùng ở cạnh giường để khỏi ngã.
- Đối với người bệnh nặng cần có ổ bấm chuông điện ở đầu giường để báo cho nhân viên trực. Giường trẻ em và người bệnh liệt, hôn mê co giật phải có thành cao. Nếu chân giường có bánh xe, lúc thường không cần di động phải khóa lại. Cần phải theo dõi để đề phòng té ngã hoặc tự tử.

- Kê giường bệnh gần nơi làm việc của Điều dưỡng và theo dõi chặt chẽ cả ngày lẫn đêm. Không để người bệnh đến gần cửa sổ, gần những vật sắc như dao, kéo,…
- Đồng thời phải động viên an ủi, nói năng thận trọng, giữ bí mật chuyên môn với người bệnh.
- Có phương tiện phòng hỏa. Các dụng cụ điện phải đảm bảo an toàn, dây điện phải được bọc kín.
- Trong buồng bệnh không được hút thuốc để phòng hỏa hoạn đồng thời giữ cho không khí trong buồng bệnh luôn luôn trong sạch.
- Các bình oxy phải được bảo quản tốt.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nhiệt độ thích hợp trong buồng bệnh là:
   A.18-30^{0}C C.10- 12^{0}C
   B.20-30^{0}C D.18 – 22^{0}C
2. Độ ẩm thích hợp trong buồng bệnh là
   A.60% C.20%
   B.10% D.50%
3. Độ ẩm thích hợp cho buồng bệnh nhân hen suyễn là:
   A.60% C.20%
   B.10% D. 50%
4. Anh sáng mặt trời sẽ giúp cho người bệnh khi nằm trong buồng bệnh, ngoại trừ
   A.làm không khí ấm áp C.Tránh teo cơ ,cứng khớp
   B. Diệt khuẩn mạnh D. Phòng bệnh còi xương
5. Anh sáng nhân tạo giúp cho:
   A.Diệt khuẩn mạnh C. Khám, điều trị và làm các thủ thuật
   B. Phòng bệnh còi xương D.Không khí trong buồng bệnh ấm áp

HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁCH GHI CHÉP

CN. Võ Thị Mỹ Linh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được tầm quan trọng của việc ghi chép hồ sơ sổ sách.***
2. ***Mô tả nguyên tắc chung về ghi chép, bảo quản hồ sơ.***
3. ***Trình bày cách ghi chép hồ sơ.***

HỒ SƠ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Hồ sơ người bệnh là tất cả các giấy tờ có liên quan đến quá trình điều trị của người bệnh tại một cơ sở y tế. Mỗi loại giấy tờ có nội dung và tầm quan trọng riêng.

Hồ sơ người bệnh được ghi chép đầy đủ chính xác có hệ thống sẽ giúp cho việc chẩn đoán bệnh, điều trị bệnh, phòng bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt chất lượng cao.

Hồ sơ người bệnh còn giúp cho việc đánh giá chất lượng của điều trị, của chăm sóc, tinh thần, trách nhiệm, khả năng chuyên môn của nhân viên y tế vì vậy cần phải thực hiện tốt việc ghi chép hồ sơ, bảo quản, lưu trữ hồ sơ.

NGUYÊN TẮC CHUNG VỀ GHI CHÉP – BẢO QUẢN HỒ SƠ

Tất cả hồ sơ người bệnh phải ghi chép rõ ràng, dễ đọc. Mỗi tuyến bệnh viện có thể có những yêu cầu riêng nhưng phải tuân thủ những nguyên tắc chung sau:

1. Nguyên tắc sử dụng – ghi chép hồ sơ.

- Các tiêu đề trên hồ sơ người bệnh phải ghi chép đầy đủ, chính xác.
- Chỉ ghi vào hồ sơ những công việc điều trị chăm sóc do chính mình thực hiện (làm rồi mới ghi).
- Sao chép lại những chỉ định của người điều trị được ghi vào hồ sơ.
- Các thông số phải được ghi vào phiếu theo dõi hằng ngày, khi cần phải mô tả lại tình trạng người bệnh một cách rõ ràng, không được ghi một cách chung chung.
- Chỉ được phép viết tắt những chữ phổ biết và cần thiết.
- Đối với những trường hợp người bệnh nặng phải có phiếu theo dõi người bệnh đặc biệt 24/24 giờ.
- Đối với những người bệnh từ chối sự điều trị, chăm sóc phải được ghi vào hồ sơ người bệnh lý do rõ ràng và phải có chữ ký hoặc dấu lăn tay của người bệnh hoặc thân nhân người bệnh, phải ghi rõ ràng ngày giờ cụ thể.

2. Nguyên tắc bảo quản hồ sơ người bệnh:

Hồ sơ người bệnh phải được bảo quản chu đáo, tránh thất lạc, không để người bệnh tự xem hồ sơ của họ hoặc của người khác. Hồ sơ không còn nguyên vẹn khi sao chép phải đính kèm bảng gốc ở cuối hồ sơ để bảo đảm tính hợp pháp.

Khi cần phải ghi những ký hiệu riêng của chuyên môn để giữ bí mật về bệnh trạng của họ. Vd : R75: HIV dương tính.

Khi người bệnh xuất viện, chuyển viện, tử vong, hồ sơ phải phải được hoàn chỉnh đầy đủ và gửi đến phòng thống kê tổng hợp của bệnh viện để lưu trữ. Thời gian gửi xuống phòng tuỳ theo bệnh viện. Mỗi hồ sơ lưu trữ tối thiểu 5 năm.

3. Các loại giấy tờ của hồ sơ người bệnh:

3.1. Bảng bệnh án:

Là hồ sơ chuyên môn của người bệnh giúp thầy thuốc hiểu được bệnh trạng: quá trình xử trí và điều trị cũng như phòng bệnh của người bệnh.

- Phần hành chánh do phòng hành chánh ghi.
- Phần chuyên môn: do bác sĩ điều trị hoặc điều dưỡng ghi.

3.2. Phiếu theo dõi:

Phiếu này sẽ theo dõi tất cả những thông số của người bệnh trong suốt quá trình điều trị. Bảng này giúp đánh giá tình trạng người bệnh đồng thời giúp theo dõi những gì xảy ra. Bảng này còn đóng vai trò về pháp lý. Những thông số cần theo dõi:

- Ghi đúng màu sắc, những con số phải ghi chính xác.
- Yêu cầu về chăm sóc khác: về ăn uống, nghỉ ngơi …
- Các y lệnh về thuốc: người điều dưỡng sao chép thuốc từ đơn thuốc của bác sĩ điều trị sau khi thực hiện cho người bệnh xong mới ghi vào phiếu ghi thuốc, phải có ký tên, ngày giờ thực hiện.

3.3. Bảng chi tiết điều trị:

Bảng này do bác sĩ ghi về những diễn tiến của bệnh, cách xử trí, cách điều trị.

3.4. Bảng chăm sóc, kế hoạch chăm sóc:

Bảng này do điều dưỡng ghi, đối với bảng chăm sóc người điều dưỡng thực hiện y lệnh và ghi thêm những nhận xét về tình trạng người bệnh. Đối với kế hoạch chăm sóc người điều dưỡng chăm sóc độc lập, tự mình lập ra một quy trình chăm sóc qua tình trạng người bệnh để chăm sóc người bệnh toàn diện.

3.5. Các loại giấy tờ khác:

- Phiếu X-quang, theo dõi mẫu xuất nhập của người bệnh, siêu âm, xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm máu, dịch tiêm truyền.
- Thường các người bệnh nặng phải theo dõi xuất nhập.

4. Bảo quản hồ sơ – lưu trữ hồ sơ người bệnh:

Hồ sơ người bệnh phải được giữ gìn cẩn thận, sạch sẽ, sắp xếp thứ tự đúng qui định, tránh nhầm lẫn. Phải giữ bí mật về bệnh tật của người bệnh, không để người bệnh tự ý xem hồ sơ của họ hoặc của người khác.

Phải trả hồ sơ về nơi lưu trữ sau khi người bệnh xuất viện.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Đây là những nguyên tắc sử dụng - ghi chép hồ sơ chăm sóc, NGOẠI TRỪ:
   A. Sao chép những chỉ định bác sỹ
   B. Ghi các thông số vào phiếu điều trị
   C. Phải ký tên vào phần đã thực hiện
   D. Tiêu đề phải ghi đầy đủ, chính xác
2. Trường hợp hồ sơ không còn nguyên vẹn:
   A. Hủy bỏ, làm lại hồ sơ mới
   B. Trình Giám đốc sau khi hủy bỏ
   C. Sao chép hồ sơ mới, kẹp bản gốc
   D. Sao chép hồ sơ mới, hủy hồ sơ cũ
3. Sau khi ra viện hồ sơ bệnh nhân cần phải được phải trả về phòng:
   A. Điều dưỡng trưởng bệnh viện
   B. Kế hoạch tổng hợp
   C. Tổ chức bệnh viện
   D. Thư viện bệnh viện
4. Khi người bệnh ra viện, điều dưỡng phải hoàn chỉnh hồ sơ:
   A. Sau 12 giờ
   B. Sau 24 giờ
   C. Sau 3 ngày.
   D. Sau 1 tuần.
5. Điều dưỡng được ghi (và ký tên) các loại hồ sơ, giấy tờ sau đây, NGOẠI TRỪ:
   A. Phiếu theo dõi.
   B. Phiếu truyền dịch
   C. Phiếu xét nghiệm
   D. Phiếu chăm sóc.

QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

CN. Trần Thị Nô

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày định nghĩa của quy trình điều dưỡng.***
2. ***Mô tả bốn bước của quy trình điều dưỡng.***
3. ***Trình bày nội dung các bước của quy trình điều dưỡng.***
4. ***Ứng dụng quy trình điều dưỡng để lập kế hoạch chăm sóc người bệnh.***

ĐỊNH NGHĨA

Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc riêng biệt mục đích la để: Nhận biết tình trạng thực tế và những vấn đề chăm sóc sức khỏe cho mỗi cá nhân.

Đó là lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá kết quả chăm sóc. Bốn bước của quy trình điều dưỡng gồm:

- Bước 1: Nhận định.
- Bước 2: Lập kế hoạch chăm sóc (KHCS).
- Bước 3: Thực hiện KHCS.
- Bước 4: Đánh giá kết quả công tác chăm sóc (lượng giá).

Muốn làm một quy trình điều dưỡng đạt kết quả tốt đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng, thái độ nghề nghiệp, tâm sinh lý, cách ứng xử với con người để thực hiện KHCS và chăm sóc riêng biệt.

NỘI DUNG CỦA CÁC BƯỚC QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

1. Bước1: Nhận định điều dưỡng*: (đánh giá ban đầu)*

Là một quy trình có tổ chức và hệ thống nhằm mục đích thu thập dữ kiện để dùng vào việc lượng giá tình trạng sức khoẻ của một cá nhân, là nền tảng để thiết lập việc chăm sóc có tính cá nhân hoá và có chất lượng.

1.1. Thu thập dữ kiện:

1.1.1. Nguồn thông tin chủ quan:

Người bệnh, thân nhân người bệnh, nhân viên y tế

- Nên dùng câu hỏi mở, không nên dùng câu hỏi có không
- Tập trung vào những vấn đề thực tại.
- Giao tiếp một cách đơn giản (dùng từ dễ hiểu), chủ động lắng nghe.
- Theo dõi ngôn ngữ không lời thông qua việc mô tả bằng động tác.
- Tổng kết những điểm chính.

1.1.2. Nguồn thông tin từ bệnh án: (nguồn thông tin khách quan)

- Chẩn đoán.
- Phương pháp điều trị.
- Sử dụng thuốc.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng.
- Các y lệnh chăm sóc đặc biệt.

1.1.3. Những nội dung thu thập dữ kiện bao gồm:

- Lý do nhập viện.
- Lịch sử bệnh.
- Tiền căn bản thân và gia đình.
- Tình trạng hiện tại: tổng trạng, tri giác, chức năng sinh lý, nhu cầu cơ bản, các nhu cầu khác (tuần hoàn, hô hấp, nội tiết, sinh dục, tiêu hoá...), tâm lý xã hội, mối quan hệ giữa xã hội và gia đình.

1.1.4. Nguyên tắc khi thu thập dữ kiện:

- Bao quát
- Tham khảo qua nhiều nguồn
- Cần có sự thăm khám và đo lường chính xác
- Khách quan và không được quyết đoán
- Cập nhật hoá
- Ghi chép chính xác.

Có thể thu thập đánh giá bằng sự thăm khám:

- Nhìn: Vẻ mặt, cử chỉ, vệ sinh cá nhân, động tác hô hấp, tổng trạng, da, niêm ... Ví dụ: Nhìn mặt người bệnh có thể biết được người bệnh đang sốt cao (kết hợp lấy dấu hiệu sinh tồn).
- Nghe: Giọng nói, lời lẽ câu nói, những âm thanh của thở...
- Sờ: Sờ mạch, da người bệnh lạnh hay ấm, ướt, sự sưng nề...
- Ngửi: Nhận biết sự nhiễm khuẩn của nước tiểu qua ống dẫn lưu, vi khuẩn gây nhiễm trùng vết mổ khi thay băng vết mổ, ngửi mùi của hơi thở...

1.2. Chẩn đoán điều dưỡng:

Là lời phát biểu về một vấn đề hiện có (trước mắt) hoặc vấn đề tiềm ẩn (lâu dài) đòi hỏi phải có sự can thiệp điều dưỡng để được giải quyết. Sau khi thu thập dữ hiện + khám thực thể phân tích vấn đề và xắp xếp thứ tự ưu tiên dựa trên các nhu cầu cơ bản). Công thức cho việc chẩn đoán điều dưỡng:

Vấn đề người bệnh + nguyên nhân (nếu biết) = Chẩn đoán điều dưỡng

1.2.1. Nguyên nhân của một vấn đề:

Một vấn đề có thể có nhiều nguyên nhân: Sinh lý, xúc cảm, văn hoá xã hội, môi trường, tâm lý …

Vấn đề:	*Nguyên nhân:*
- Người bệnh đau.	- Ảnh hưởng sau phẩu thuật.
- Người bệnh ăn uống kém.	- Nuốt khó. - Kém hấp thu. - Ăn không ngon (Chán ăn)...
- Người bệnh táo bón.	- Nằm bất động tại giường.

1.2.2. Chẩn đoán điều dưỡng phải dựa vào:

- Dữ kiện thu thập được.
- Nhu cầu cơ bản của người bệnh.
- Triệu chứng khách quan .

Đồng thời phải chính xác và ngắn gọn, có liên quan đến một vấn đề của người bệnh .

- ***Phân biệt chẩn đoán điều trị và chẩn đoán điều dưỡng.***

Chẩn đoán điều trị:	*Chẩn đoán điều dưỡng*
- Đái tháo đường	- Lo lắng . - Thiếu hiểu biết. - Sự thay đổi về sức khoẻ. - Chế độ ăn.
- Bệnh mạch máu ngoại biên.	- Không thoải mái. - Rối loạn ngoại biên (tuần hoàn)

2. Bước 2: Lập KHCS

KHCS là hàng loạt các chăm sóc theo yêu cầu đã được dự định trước nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, loại trừ những khó khăn của người bệnh đã được xác định trong khi nhận định, phân tích thu thập dữ kiện, thiết lập các nhu cầu mà người bệnh cần được đáp ứng theo thứ tự ưu tiên. KHCS bao gồm quyết định chăm sóc và giải quyết các vấn đề . Công việc này phụ thuộc rất nhiều vào kiến thứ, kỹ năng, thái độ nghề nghiệp của người điều dưỡng.

Những thành phần của KHCS:

- Lập thứ tự ưu tiên dựa vào tình trạng hiện tại (vấn đề người bệnh).
- Mục tiêu chăm sóc

- Lập KHCS và các bước thực hiện KHCS.
- Viết ra KHCS và thực hiện KHCS.
- Đánh giá kết quả chăm sóc.

2.1. Lập thứ tự ưu tiên:

Quyết định khó khăn nào của người bệnh cần giải quyết ngay trong số những khó khăn đã được xác định ở người bệnh (dựa vào 14 nhu cầu cơ bản của Henderson hoặc nhu cầu cơ bản của Maslow). Đây có phải nhu cầu thực tại mà người bệnh cần không .

Ví dụ: Sau phẩu thuật người bệnh cần vận động sớm để ngừa các biến chứng sau phẩu thuật.

Các vấn đề ưu tiên đã được xác định có thể không tồn tại cố định vì KHCS phải thay đổi ngay khi tình trạng người bệnh tiến triển hoặc có thay đổi khi có y lệnh điều trị mới .

Xác định vấn đề trước mắt, lâu dài:

- Trước mắt: vấn đề xảy ra hiện tại, cần được giải quyết trong thời gian ngắn.
- Lâu dài: Vấn đề xảy ra trước mắt và kéo dài dài ngày, việc chưa xảy ra nhưng tiên lượng xảy ra trong tương lai.

2.2. Mục tiêu chăm sóc:

- Mục tiêu phải xuất phát từ vấn đề hay chẩn đoán điều dưỡng.
- Mục tiêu mà người bệnh cần đạt.
- Nên viết ngắn gọn, từ ngữ rõ ràng và có tiêu chuẩn đạt được thì càng tốt.
- Phải gắn với vấn đề người bệnh hoặc chẩn đoán điều dưỡng.
- Nên có thời gian ấn định để hoàn thành (nếu có thể)
- Kết quả liên quan đến người bệnh, không phải hành động của điều dưỡng.
- Một vấn đề có thể có nhiều mục tiêu, nhưng mỗi mục tiêu chỉ nên có một kết quả để đo lường, đánh giá.

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc: Khi lập KHCS:

- Phải biết các trang thiết bị, nguồn lực sẵn có, khả năng nhân viên điều dưỡng trong khoa, phòng, người bệnh và thân nhân người bệnh .
- Hành động điều dưỡng phải được nhân viên điều dưỡng trong khoa tham gia vào công tác chăm sóc hiểu rõ và họ phải biết những khó khăn người bệnh là gì ?
- Các bước thực hiện phải ngắn gon, chính xác.

2.4. Viết KHCS:

Viết KHCS nên tập trung vào chăm sóc cá nhân người bệnh hơn vào nhiệm vụ như : tiêm thuốc, thay băng, truyền dịch , xét nghiệm ...

3. Bước 3: Thực hiện KHCS:

Người điều dưỡng vừa thực hiện các bước của KHCS còn phải biết khuyên nhủ, an ủi, giáo dục y tế và giúp đỡ người bệnh.

- Phải thực hiện các hoạt động chính xác và cẩn thận.
- Phải biết theo dõi và phòng ngừa các biến chứng .
- Phải xem người bệnh như một ca nhân
- Phải báo cáo thường xuyên mọi sự thay đổi về tình trạng của người bệnh cho bác sỹ điều trị và điều dưỡng trưởng khoa biết.

4. Bước 4: Đánh giá kết quả chăm sóc

Đánh giá kết quả chăm sóc là kiểm tra lại KHCS đã đề ra, người bệnh có được chăm sóc không ? Đạt được ở mức độ nào ? Thời gian ?

Cần sử dụng một số kỹ năng sau đây để lượng giá.

- Hành động điều dưỡng có được thực hiện theo kế hoạch không?
- Thông tin phản hồi của người bệnh và thân nhân được chăm sóc thế nào ?
- Các y lệnh điều trị. (dùng thuốc, chăm sóc đặc biệt) có được thực hiện đầy đủ không ? diễn biến của người bệnh ra sao? tốt hay xấu ?

Qua đó KHCS được điều chỉnh .... phù hợp với diễn biến của người bệnh mới đáp ứng được các nhu cầu của người bệnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

CÂU 1. Bước thứ hai trong quy trình chăm sóc là:
- A Nhận định
- B Lập kế hoạch chăm sóc
- C Thực hiện chăm sóc
- D Tiêu chuẩn lượng giá

CÂU 2. Thành phần thứ hai của kế hoạch chăm sóc:
- A Xắp xếp thứ tự ưu tiên
- B Lập kế hoạch chăm sóc
- C Mục tiêu chăm sóc
- D Viết kế hoạch chăm sóc

CÂU 3. Trong quy trình trình điều dưỡng khám thực thể thuộc bước:
- A Mục tiêu chăm sóc
- B Đánh giá ban đầu
- C Thực hiện chăm sóc
- D Lượng giá

CÂU 4. Nguồn dữ liệu nào sau đây KHÔNG có giá trị trong thu thập dữ kiện qua giao tiếp:
- A Người bệnh
- B Hồ sơ bệnh án
- C Nhân viên y tế
- D Người bệnh tâm thần

CÂU 5. Những triệu chứng do người bệnh kể với người điều dưỡng gọi là dữ liệu:
- A Khách quan
- B Chủ quan
- C Bệnh sử
- D Hiện tại

CÂU 6. Đề xuất vấn đề ưu tiên là:
- A Vấn đề nào cần phải thực hiện ngay cho người bệnh
- B Vấn đề mà bác sỹ yêu cầu người điều dưỡng thực hiện trước
- C Vấn đề mà người bệnh yêu cầu thực hiện trước
- D Vấn đề nào dễ thì thực hiện trước

CÁC NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN - QUY TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ

CN. Trần Thị Nô
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được khái niệm vô khuẩn, tiệt khuẩn, khử khuẩn, nhiễm khuẩn***
2. ***Phân loại được nguy cơ nhiễm khuẩn***
3. ***Trình bày các phương pháp tiệt khuẩn.***

ĐẠI CƯƠNG

Trong thời gian nằm viện người bệnh thường đã nhiễm khuẩn hoặc sẽ bị vi khuẩn và các mầm bệnh khác xâm nhập và phát triển. Cán bộ y tế cũng có thể gây nên nhiễm khuẩn qua sự tiếp xúc với các vật dụng y tế, môi trường xung quanh.

Bất cứ một động tác nào của cán bộ y tế khi tiếp xúc với người bệnh cũng đều có nguy cơ gây nhiễm khuẩn. Nhiễm khuẩn có thể xảy ra trực tiếp qua tiếp xúc hoặc gián tiếp qua các dụng cụ, phương tiện. Vì vậy cần ngăn chặn, hạn chế hoặc tiêu diệt mầm bệnh để tạo nên môi trường vô khuẩn trong cơ sở y tế. Trong khi làm việc, để thực hiện tốt việc khống chế nhiễm khuẩn thì điều quan trọng là cán bộ y tế ở tất cả các cơ sở y tế, từ cán bộ cung cấp dịch vụ đến nhân viên quét dọn và bảo quản phải hiểu rõ từng bước quy trình vô khuẩn dụng cụ. Đây là những bước quan trọng để giảm khả năng nhiễm khuẩn trong y tế.

- Nhiễm khuẩn: là tình trạng có sự phát triển của vi sinh vật trên tế bào sống (trừ các bào tử của các vi khuẩn).
- Vô khuẩn: là danh từ chung để chỉ những biện pháp phòng ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn và những mầm bệnh khác bằng cách loại trừ chúng với các mức độ khác nhau trên bề mặt cơ thể, các mô bị tổn thương và các vật dụng tiếp xúc với cơ thể người và các sinh vật khác.
- Sát khuẩn: là quá trình tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn và các mầm bệnh khác trên da, niêm mạc, các mô tổn thương của cơ thể.
- Khử khuẩn: là quá trình làm giảm thiểu số lượng vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không nguy hiểm đến sức khoẻ. Quá trình khử khuẩn không tiêu diệt hoàn toàn bào tử của vi khuẩn.

  Khử khuẩn bao gồm các phương pháp:

  - Tẩy uế: còn gọi là khử nhiễm, là quá trình tiêu diệt phần lớn các vi khuẩn và các mầm bệnh khác bám vào dụng cụ y tế vừa sử dụng xong trên cơ thể người bệnh. Nói cách khác, tẩy uế là quá trình xử lý các vật dụng trở nên an toàn hơn, sạch hơn trước khi cọ rửa, làm mất đi các vết máu hoặc các chất bẩn bám vào sàn nhà, giường, các dụng cụ, thiết bị y tế …

- Làm sạch: là các quá trình vật lý như cọ, rửa, lau … để loại bỏ các vật bẩn do bụi, đất, máu, các chất dịch cơ thể, vi khuẩn, mầm bệnh còn bám ở y dụng cụ.
- Khử khuẩn mức độ cao: là quá trình tiêu diệt phần lớn các loại vi khuẩn và mầm bệnh khác nhưng chưa tiêu diệt được hết tất cả, đặc biệt là nha bào. Hai phương pháp khử khuẩn mức độ cao thường dùng là luộc sôi và ngâm trong hóa chất.

- Tiệt khuẩn: là quá trình tiêu diệt hoàn toàn các vi sinh vật kể cả bào tử vi khuẩn.

PHÂN LOẠI NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN

1. Nguy cơ nhiễm khuẩn thấp:

Những dụng cụ tiếp xúc với da nguyên vẹn hoặc da bình thường, hoặc môi trường ít tiếp xúc với người bệnh như tường nhà, trần nhà, đồ gỗ …

Với các loại này chỉ làm sạch và để khô là đủ.

2. Nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình*:*

Những dụng cụ này không xuyên qua da hoặc đi vào những nơi vô khuẩn của cơ thể, chúng chỉ tiếp xúc với niêm mạc và da nguyên vẹn như dụng cụ, nội soi tiêu hoá ...

Các dụng cụ này phải được làm sạch sau đó áp dụng các phương pháp khử khuẩn thích hợp.

3. Nguy cơ nhiễm khuẩn cao*:*

Những dụng cụ đi vào mô cơ thể vô khuẩn như các hốc trong cơ thể và hệ thống mạch máu, bao gồm các dụng cụ ngoại khoa, catheter mạch máu, dụng cụ đặt trong tử cung ...

Các dụng cụ này phải được làm sạch sau đó tiệt khuẩn. Với những dụng cụ không thể tiệt khuẩn phải được khử khuẩn ở mức độ cao.

NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN

- Dùng kềm hoặc găng vô khuẩn để tiếp xúc với vật vô khuẩn.
- Không được xoay lưng vào vật vô khuẩn.
- Không được nói chuyện, ho, hắt hơi, nhảy mũi trước các vật dụng hoặc vùng vô khuẩn.
- Tất cả các vật vô khuẩn được đặt nơi khô ráo không được làm ẩm ướt. Lưu ý rằng các vật dụng vô khuẩn mà còn ướt thì vẫn không được xem là vật vô khuẩn.
- Kềm tiếp liệu vô khuẩn phải đặt trong tầm mắt, trên thắt lưng.
- Khi mở gói vô khuẩn tránh va chạm vào quần áo.
- Khi mở nắp hộp vô khuẩn phải đặt lưng nắp hộp quay xuống, mặt trong nắp hộp ngửa lên.
- Tất cả vật dụng khi lấy ra khỏi hộp vô khuẩn không được trả lại.

- Nếu nghi ngờ tình trạng không vô khuẩn phải tiệt khuẩn lại.
- Không được choàng tay vào vùng vô khuẩn.

CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN

1. Tẩy uế:

Tẩy uế hay còn gọi là khử nhiễm. Tẩy uế là quá trình xử lý các vật dụng trở nên an toàn hơn, sạch hơn trước khi cọ rửa, làm mất đi các vết máu hoặc các chất bẩn bám vào sàn nhà, giường, các dụng cụ, thiết bị y tế, đồ vải, găng tay, kim, bơm tiêm …, làm giảm nguy cơ lây truyền các bệnh. Tẩy uế là bước đầu tiên trong xử lý dụng cụ và găng đã dùng.

1.1. Dụng cụ, phương tiện:

- Chậu nhựa.
- Xô có quai xách với chiều cao trên 35cm.
- Giỏ nhựa có quai nhỏ hơn để lọt vào xô.
- Nước.
- Găng dài.

1.2. Dung dịch, hóa chất:

- Chlorine: thường dùng nhất, là hợp chất chứa chlor, gồm cloramin, Javen.
- Các hóa chất khác: Microshield, Cidezyme, Precept …
- Thay dung dịch sau mỗi buổi làm việc.

1.3. Quy trình tẩy uế:

Quy trình gồm các bước sau:

- Đeo găng tay bảo vệ.
- Pha dung dịch tẩy uế: theo hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Ngâm ngập các dụng cụ trong dung dịch tẩy. Đảm bảo dụng cụ được tiếp xúc với dung dịch tẩy tối thiểu 15 phút.
- Lấy dụng cụ ra, tráng ngay bằng nước nguội để tránh bị ăn mòn.

2. Làm sạch:

Làm sạch hay cọ rửa là quá trình cơ học để loại bỏ máu, dịch hay bụi bẩn bám trên bề mặt dụng cụ hay da người bệnh.

2.1. Dụng cụ:

- Vòi nước sạch.
- Chậu nhựa.
- Xà phòng.
- Bàn chải với nhiều kích cỡ khác nhau.
- Găng bảo vệ.

2.2. Quy trình làm sạch:

- Đeo găng tay bảo vệ, đeo khẩu trang.
- Pha xà phòng với nước.
- Tháo toàn bộ các bộ phận có thể tháo rời được.
- Ngâm ngập dụng cụ trong nước xà phòng.
- Dùng bàn chải hoặc dụng cụ thích hợp để cọ rửa. Chú ý cọ rửa những bộ phận răng, khe, kẽ, khớp nối.
- Rửa sạch xà phòng, tráng nước sạch 3 lần.
- Lau khô bằng khăn sạch hoặc hong khô.
- Lắp ráp các chi tiết, tránh để rơi hoặc nhầm lẫn.
- Lưu ý:
  - Với nòng ống thông thì phải dùng que và nước xà phòng thông hoặc bơm thụt.
  - Đảm bảo dụng cụ luôn ngập trong dung dịch để tránh bị bắn tung toé chất bẩn.
  - Yêu cầu: máu, mủ, dịch và các tổ chức tế bào … không còn bám trên dụng cụ.

3. Khử khuẩn mức độ cao:

Là phương pháp tiêu diệt hầu hết các vi sinh vật gây bệnh, kể cả vi sinh vật gây viêm gan B hoặc HIV nhưng không diệt được nha bào.

3.1. Luộc sôi:

Là phương pháp dễ thực hiện, tương đối an toàn, ít tốn kém. Mặc dù chưa diệt được bào tử và virus nhưng mức độ diệt khuẩn khá hiệu quả, chấp nhận được. Có thể dùng bất kỳ nồi rộng nào có nắp cũng như bất kỳ nguồn nhiệt nào để luộc. Tuy nhiên, sử dụng nồi luộc chuyên dụng là tốt nhất.

Phương pháp này thường được sử dụng để tiệt khuẩn đối với các vật dụng như dụng cụ tử cung, mỏ vịt, panh, kẹp cổ tử cung, kim, bơm tiêm … Quy trình thực hiện như sau:

- Tẩy uế và làm sạch dụng cụ, cho vào nồi.
- Cho nước ngập hoàn toàn dụng cụ.
- Đậy nắp, đun sôi ở nhiệt độ 100^0C trong thời gian ít nhất 20 phút tính từ lúc sôi. Nếu cho thêm dụng cụ khác vào khi nước đã sôi thì bắt đầu tính lại thời gian.
- Dùng kẹp đã khử khuẩn để lấy dụng cụ ra khỏi nồi.
- Đặt dụng cụ vào hộp vô khuẩn có nắp đậy.
- Lưu ý:
  - Không bao giờ để vật dụng trong nước khi đã nguội.
  - Nên luộc chung vật dụng cùng loại để xử lý dễ dàng.
  - Dụng cụ đã luộc chỉ sử dụng trong vòng 24 giờ.

3.2. Ngâm trong hóa chất:

Hóa chất khử khuẩn dạng lỏng có thể được dùng trong một số tình huống như khi cần xử lý nhanh dụng cụ cần khử khuẩn không chịu được nhiệt độ cao hoặc không có nguồn nhiệt để luộc sôi.

Phương pháp này áp dụng với các dụng cụ làm bằng chất dẻo, cao su, không áp dụng với các dụng cụ làm bằng kim loại, vải.

3.2.1. Hóa chất thường dùng:

- Glutaraldehyd 2%: Cidex.
- Chlorine: Cloramin 0.5%.

Lưu ý: Trường hợp ống hút thai bắt buộc phải dùng hóa chất là Cidex.

3.2.2. Quy trình thực hiện:

- Rửa sạch dụng cụ.
- Đổ ngập dụng cụ bằng dung dịch khử khuẩn thích hợp.
- Ngâm trong 20 phút.
- Tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội và hong khô.
- Để vào khay, hộp khử khuẩn có nắp đậy.
- Lưu ý:
  - Hộp đựng dụng cụ phải được luộc hoặc ngâm trong dung dịch chlorine 0.5% trong 20 phút, rửa sạch phía trong bằng nước đun sôi để nguội và làm khô trước khi dùng.
  - Dụng cụ cất giữ trong hợp khử khuẩn không quá 3 ngày

CÁC PHƯƠNG PHÁP TIỆT KHUẨN

1. Phương pháp nồi hấp:

Dựa trên nguyên lý hoạt động biến điện năng thành công năng để tăng áp suất trong nồi hấp. Hấp dụng cụ bằng áp suất là phương pháp tốt nhất để tiệt khuẩn dụng cụ.

Phương pháp này áp dụng cho các loại dụng cụ y tế như quần áo, băng gạc, khăn mổ, nón, khẩu trang, các vật dụng bằng cao su … không áp dụng cho các vật dụng làm bằng nhựa. Lưu ý đồ vải và vật làm bằng cao su phải hấp riêng vì nhiệt độ, áp suất và thời gian áp dụng cho 2 loại vật dụng này khác nhau.

Đây là phương pháp thông thường và thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho tất cả các loại dụng cụ dùng trong các thủ thuật xâm lấn. Phương pháp này tin cậy, kinh tế, khá an toàn, tiêu diệt tất cả các mầm bệnh, kể cả bào tử, và ít tốn thời gian.

1.1. Dụng cụ thiết bị:

Nồi hấp áp lực có nhiều loại, vì vậy vận hành phải tuân theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

1.2. Quy trình thực hiện:

- Xếp đồ hấp vào hộp hấp hoặc gói trong khăn vải.
- Đưa nhiệt độ nồi hấp lên 121^0C (áp suất 1,5kg/cm^2).
- Duy trì nhiệt độ như vậy trong 20 phút đối với dụng cụ đóng gói, 30 phút đối với dụng cụ không đóng gói.

2. Phương pháp tủ sấy:

Đây là phương pháp tiệt khuẩn bằng hơi nóng khô. Phương pháp này đòi hỏi nhiệt độ cao hơn, thời gian dài hơn. Vì vậy chỉ phù hợp với dụng cụ làm bằng thuỷ tinh, kim loại. Không sử dụng phương pháp này để tiệt khuẩn cho các dụng cụ bằng cao su, plastic, vải ...

Phương pháp này ngày nay ít dùng vì khả năng diệt khuẩn không bằng hấp ướt nhưng lại dễ làm hỏng dụng cụ.

2.1. Thiết bị:

Tủ sấy khô có nhiều loại, vì vậy vận hành phải tuân theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

2.2. Quy trình thực hiện:

- Rửa sạch dụng cụ, lau khô, cho vào hộp có nắp đậy, để theo từng bộ.
- Đặt các hộp vào tủ sấy, cách thành tủ ít nhất 3cm.
- Đóng kín tủ sấy.

2.3. Theo dõi hấp sấy:

- Thường xuyên theo dõi thời gian, áp lực và nhiệt độ của tủ sấy.
- Tuỳ theo từng loại dụng cụ mà để nhiệt độ và thời gian phù hợp: mức 180^0 thì để trong 30 phút, 170^0 để trong 60 phút, 160^0 để trong 120 phút.

3. Tiệt khuẩn bằng hóa chất:

Thường áp dụng với các dụng cụ không chịu được nhiệt độ cao.

3.1. Nguyên tắc chọn hóa chất để tiệt khuẩn:

- Phổ kháng khuẩn rộng, tác dụng nhanh.
- Không bị ảnh hưởng bởi các chất hữu cơ như dầu, xà phòng, chất tẩy, không gây độc cho người và môi trường, không ảnh hưởng đến các dụng cụ bằng kim loại, vải, cao su, chất dẻo …
- Có hiệu quả lâu trên bề mặt được xử lý, phải hòa tan dễ dàng trong nước và ổn định khi pha loãng.
- Dễ sử dụng, không mùi hoặc có mùi không quá khó chịu, kinh tế.

3.2. Quy trình tiệt khuẩn bằng hóa chất:

- Đeo găng tay và kính bảo vệ.
- Pha chế, sử dụng dung dịch nơi thoáng gió.

- Ngâm dụng cụ đã được tẩy uế ngập trong dung dịch ít nhất là 10 giờ.
- Lấy dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn.
- Tráng dụng cụ bằng nước vô khuẩn.
- Lau dụng cụ bằng khăn vô khuẩn, bảo quản trong hộp vô khuẩn.
- Đổ bỏ dung dịch đã dùng. Nếu dung dịch cần dùng lại phải đánh dấu ngày pha, ngày hết hạn theo hướng dẫn nhà sản xuất.

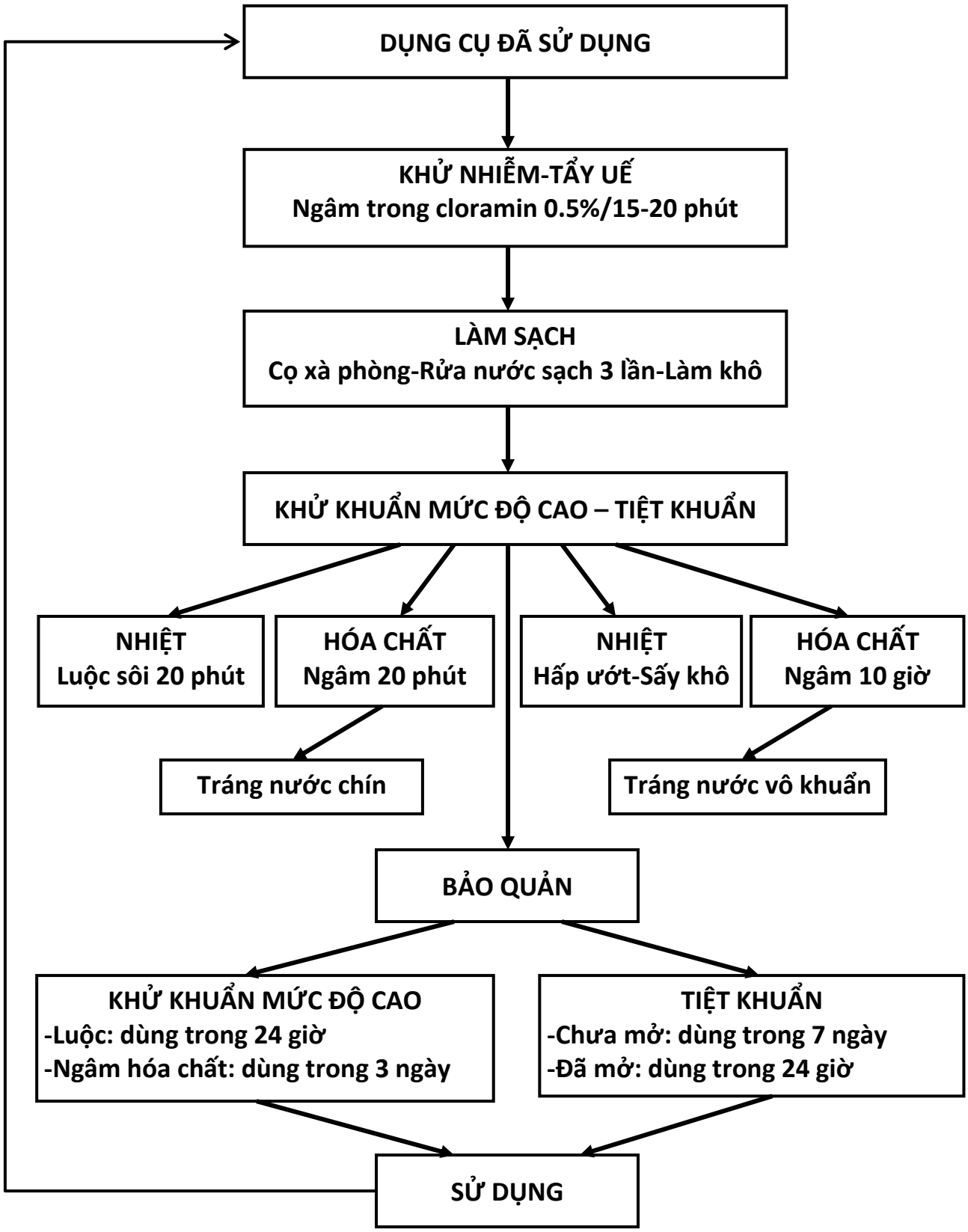
3.3. Các loại dung dịch thường dùng:

- Hợp chất của clor: Na hypoclorite 1%, Ca hypoclorite 30-35%, Dakin …
- Oxy già (*Eau oxygenée* – H_2O_2): rửa vết thương.
- Iode 2% trong cồn 70^0: sát khuẩn da.
- Cồn (Alcol 70^0): sát khuẩn da. (sát khuẩn dụng cụ dùng cồn 90^0)
- Viên precept: diệt khuẩn mạnh HIV, HBV, trực khuẩn lao, mủ xanh …
- Dung dịch hypoclorite (Javel) 0,1 – 0,5 %: dùng khử khuẩn tường nhà, buồng vệ sinh, ca, bô vịt, tẩy vết máu …
- Povidine (Betadine 10%): rửa tay, khử trùng da, chuẩn bị trước phẫu thuật
- Cidex: Glutaraldehyt 2%:
- Cidezyme: làm sạch và khử khuẩn dụng cụ.
- Microshield: dùng để rửa tay nhanh trong các lần khám hay chăm sóc người bệnh

KIỂM TRA-BẢO QUẢN DỤNG CỤ ĐÃ XỬ LÝ

- Trước khi hấp sấy dán giấy báo hiệu an toàn (trắng) vào hộp. Sau khi hấp, sấy nếu giấy báo hiệu đổi màu là đạt yêu cầu.
- Dụng cụ đã khử khuẩn, tiệt khuẩn phải ghi rõ tên dụng cụ và hạn sử dụng: ngày sấy, ngày hết hạn.
- Dụng cụ không đóng gói sau khi khử khuẩn, tiệt khuẩn phải dùng ngay.
- Nếu áp dụng phương pháp luộc dụng cụ thì sử dụng trong vòng 24 giờ. Dụng cụ chưa dùng thì hôm sau phải luộc lại.
- Dụng cụ đóng gói có thể bảo quản được một tuần với điều kiện đặt ở nơi khô ráo, không bụi, bao gói hợp đúng tiêu chuẩn.
- Dụng cụ đóng kín trong túi nylon sử dụng theo thời gian ghi trên nhãn.
- Không dùng những hộp đựng bị ẩm ướt, không có hạn dùng, hộp bị hở.
- Nơi để dụng cụ phải mát, khô ráo, kín, không bụi bặm.

QUY TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ



QUY TRÌNH KỸ THUẬT VÔ KHUẨN DỤNG CỤ

TT	NỘI DUNG
	A. Khử nhiễm:
1.	Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong dung dịch
2.	Ngâm trong 15-20 phút
	B. Làm sạch:
3.	Rửa các dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch
4.	Làm sạch các khớp nối ở dụng cụ
5.	Dùng bàn chải cọ rửa các dụng cụ
6.	Tráng bằng nước sạch
7.	Lau khô dụng cụ
	C.Hấp ướt:
8.	Gói dụng cụ,xếp dụng cụ vào hộp.
9.	Xếp rời nhau trong nồi hấp
10.	Vận hành theo sự hướng dẫn của nơi sản xuất
11.	Khử trùng trong 30 phút cho các dụng cụ được gói và 20 phút cho các dụng cụ không được gói ở 121^0C (áp suất 1,5kg/cm^3)
12.	Cất dụng cụ trong hộp vô trùng và có nắp đậy
	D. Sấy khô:
13.	Dụng cụ sau khi rửa sạch, lau khô cho vào hộp có nắp, từng bộ riêng.
14.	Bắt đầu tính giờ khi nhiệt độ lên đủ
15.	Thời gian và nhiệt độ chuẩn: 180^0C/30 phút; 170^0C/1 giờ; 160^0C/2 giờ)
16.	Cất dụng cụ trong hộp vô trùng có nắp đậy

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Sự tiêu diệt hoàn toàn các vi sinh vật gọi là:
   A. Vô khuẩn
   B. Khử khuẩn
   C. Tiệt khuẩn
   D. Diệt khuẩn
2. Phương pháp tiệt khuẩn dụng cụ bằng kim loại thích hợp nhất là:
   A. Đun sôi 100^0C
   B. Ngâm trong alcol 70^0C
   C. Dùng sức nóng khô
   D. Hấp ướt
3. Giảm sự lây lan của mầm bệnh là mục đích của:
   A. Vô khuẩn ngoại khoa
   B. Tiệt khuẩn
   C. Diệt khuẩn
   D. Khử khuẩn
4. Thời gian và nhiệt độ của phương pháp tiệt khuẩn bằng sức nóng ướt là:
   A. 180^0C trong 30 phút
   B. 170^0C trong 1 giờ
   C. 121^0C trong 1 giờ
   D. 121^0C trong 20-30 phút
5. Dung dịch dùng để rửa tay nhanh trong các lần khám, chăm sóc người bệnh:
   A. Micoroshield
   B. Povidine
   C. Cidezym
   D. Cidex

PHÂN LOẠI VÀ XỬ LÝ CHẤT THẢI TRONG BỆNH VIỆN

CN. Trần Thị Nô

MỤC TIÊU

1. ***Phân loại được các loại chất thải trong bệnh viện.***
2. ***Trình bày được tiêu chuẩn các vật dụng đựng chất thải.***
3. ***Trình bày cách xử lý ban đầu các chất thải y tế trong bệnh viện.***

PHÂN LOẠI

Căn cứ vào các đặc điểm lý học, hóa học, sinh học và tính chất nguy hại, chất thải trong bệnh viện được phân thành 5 nhóm sau:

- Chất thải lây nhiễm.
- Chất thải hóa học nguy hại.
- Chất thải phóng xạ
- Bình chứa áp suất
- Chất thải thông thường

1. Xác định loại chất thải:

1.1. Chất thải lây nhiễm:

Gồm 4 nhóm:

1.1.1. Nhóm A:

Là các vật sắc nhọn, bao gồm: bơm, kim tiêm, lưỡi và cán dao mổ, cưa, các ống tiêm, các mảnh thuỷ tinh vỡ và mọi vật liệu có thể gây ra vết cắt hoặc chọc thủng.

Lưu ý rằng những vật dụng trên được xếp vào nhóm A cho dù chúng có thể bị nhiễm khuẩn hoặc không nhiễm khuẩn.

1.1.2. Nhóm B:

Là chất thải nhiễm khuẩn, bao gồm những vật liệu bị thấm máu, thấm dịch, các chất bài tiết của người bệnh như băng, gạc, bông, găng tay, bột bó, đồ vải, các túi hậu môn nhân tạo, dây truyền máu, các ống thông, dây và túi đựng dịch dẫn lưu...

1.1.3. Nhóm C:

Là nhóm chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao phát sinh từ các phòng xét nghiệm.

Nhóm này bao gồm: găng tay, lam kính, ống nghiệm, bệnh phẩm sau khi sinh thiết, bệnh phẩm xét nghiệm, các bệnh phẩm nuôi cấy, các túi đựng máu hay đựng các vật phẩm chứa máu ...

1.1.4. Nhóm D: chất thải giải phẩu

Là tất cả các mô của cơ thể (dù nhiễm khuẩn hoặc không nhiễm khuẩn) như các cơ quan, chân tay, rau thai, bào thai, xác súc vật …

1.2. Chất thải hóa học nguy hại:

1.2.1. Là chất thải dược phẩm:

Các thuốc gây độc tế bào, các loại dược phẩm quá hạn, dược phẩm bị nhiễm khuẩn, dược phẩm bị đổ vỡ, dược phẩm không còn nhu cầu sử dụng

1.2.2. Các chất hóa học nguy hại sử dụng trong y tế:

- Các chất quang hóa học: bạc, glutaraldehyde ...
- Các dung môi: các hợp chất halogen, thuốc mau bay hơi
- Các hợp chất không bốc hơi: xylene, aceton, benzene….

1.2.3. Chất gây độc tế bào gồm:

Vỏ chai thuốc, lọ thuốc, các dụng cụ dính thuốc gây độc tế bào và các chất tiết từ người bệnh được điều trị bằng hóa trị liệu.

1.2.4. Chất thải chứa kim loại nặng:

Thủy ngân từ nhiệt kế, huyết áp kế thủy ngân bị vỡ, Cd từ pin ắc quy, chì từ tấm gỗ bọc chì hoặc vật liệu trong chì xử dụng trong ngăn tia xạ từ các khoa chẩn đoán hình ảnh, xạ trị ...

1.3. Chất thải phóng xạ:

Gồm chất thải phóng xạ rắn, lỏng và khí phát sinh từ các hoạt động chẩn đoán, điều trị, nghiên cứu, sản xuất.

1.4. Bình chứa áp suất:

Bao gồm bình đựng oxy,CO_2, bình ga, bình khí dung. Các bình này sẽ gây cháy khi thiêu đốt.

2. Chất thải thông thường:

Chất thải không bị nhiễm các yếu tố nguy hại, phát sinh từ các buồng bệnh, phòng làm việc, hành lang, các bộ phận cung ứng, nhà kho, nhà giặt, nhà ăn... Nhóm này bao gồm giấy báo, tài liệu, vật liệu đóng gói, thùng cát tông, túi nilon, túi đựng phim x quang; vật liệu gói thực phẩm, thức ăn dư thừa của người bệnh; hoa và rác quét dọn từ các sàn nhà; các chất thải ngoại cảnh như lá cây và rác từ các khu vực ngoại cảnh ...

TIÊU CHUẨN CÁC VẬT DỤNG ĐỰNG CHẤT THẢI

1. Màu sắc:

- Màu vàng: đựng chất thải lây nhiễm
- Màu xanh: đựng chất thải thông thường.
- Màu đen: đựng chất thải hoá học, phóng xạ, thuốc gây độc tế bào.

Các túi, hộp và thùng đựng các màu trên chỉ được sử dụng để đựng chất thải và không dùng vào mục đích khác.

2. Tiêu chuẩn túi đựng chất thải:

- Túi đựng chất thải để đem đi đốt phải là túi nhựa PE hoặc PP, không dùng túi nhựa PVC vì khi đốt sẽ tạo ra nhiều chất gây ô nhiễm.
- Thành túi dày, kích thướt túi phù hợp với lượng chất thải phát sinh, thể tích tối đa của túi là 0,1m^3. thành túi dày tối thiểu 0,1mm
- Bên ngoài túi phải có đường kẻ ngang ở mức 3/4 túi và có dòng chữ "Không được đựng quá vạch này"

3. Tiêu chuẩn hộp đựng các vật sắc nhọn:

- Làm bằng các vật liệu cứng, không bị xuyên thủng, không rò rỉ, có thể thiêu đốt.
- Dung tích hộp: cần có hộp đựng với kích thướt khác nhau phù hợp với lượng chất thải phát sinh.
- Các hộp đựng dụng cụ sắc nhọn phải thiết kế sao cho thuận lợi cho việc thu gom chất thải sắc nhọn, khi di chuyển chất thải bên trong không bị đổ ra ngoài, có quai và có nắp để dán kín lại khi thùng đã đầy 3/4.
- Hộp có màu vàng có nhãn đề " Chỉ đựng vật sắc nhọn" có vạch báo hiệu ở mức 3/4 hộp có chữ " không đựng quá vạch này"

4. Nơi đặt các túi và thùng đựng chất thải theo từng loại*:*

Nơi đặt chất thải y tế nguy hại và chất thải sinh hoạt phải được định rõ tại mỗi khoa, phòng. Mỗi khoa, phòng có nơi lưu giữ các túi và thùng đựng chất thải theo từng loại.

Các túi và thùng đựng chất thải phải đặt nơi gần với nguồn phát sinh chất thải như buồng thủ thuật, buồng thay băng, buồng tiêm, buồng đỡ đẻ, buồng bệnh, buồng xét nghiệm, hành lang.

Trên các xe tiêm và làm thủ thuật cần có hộp đựng vật sắc nhọn để thuận tiện cho việc phân loại.

Các túi đựng chất thải phải tuân theo hệ thống màu qui định không được thay thế nếu không có túi màu đúng qui định.

THU GOM XỬ LÝ CHẤT THẢI TẠI CƠ SỞ Y TẾ

1. Quy trình thu gom chất thải:

Phân loại phải được thực hiện ngay tại thời điểm chất thải phát sinh và phải đựng chất thải trong túi hoặc thùng theo đúng qui định.

Chất thải nguy hại không được để lẫn trong chất thải sinh hoạt. Nếu vô tình để lẫn chất thải y tế nguy hại vào chất thải sinh hoạt thì hỗn hợp chất thải đó phải được xử lý và tiêu huỷ như chất thải y tế nguy hại.

- Lưu giữ chất thải rắn trong cơ sở y tế:

Chất thải y tế nguy hại và chất thải thông thường phải lưu giữ trong buồng riêng biệt

- Chất thải để tái xử dụng, tái chế phải được lưu giữ riêng.
- Thời gian lưu giữ chất thải y tế nguy hại tại cơ sở y tế: không quá 48 giờ.
- Bảo quản nhiệt độ lạnh trong 72 giờ.
- Chất thải giải phẩu phải chuyển đi chôn hoặc tiêu hủy hàng ngày.
- Đối với cơ sở y tế chất thải phát sinh dưới 5kg có thể thu gom 1 tuần 2 lần.

2. Mô hình xử lý chất thải rắn nguy hại:

- Trung tâm xử lý, thiêu hủy chất thải tập trung.
- Cơ sở xử lý, thiêu hủy chất thải theo cụm cơ sở y tế
- Xử lý, thiêu hủy chất thải rắn tại chỗ

3. Phương pháp xử lý chất thải:

3.1. Chất thải lây nhiễm:

- Khử khuẩn bằng nhiệt ướt.
- Khử khuẩn bằng vi sóng (Autoclave)
- Thiêu đốt
- Chôn lấp hợp vệ sinh: chỉ áp dụng tạm thời đối với cơ sở y tế miền núi và trung du.

3.2. Chất thải sắc nhọn:

- Thiêu đốt trong lò với chất thải lây nhiễm.
- Chôn trực tiếp các hố xí xi mãng chuyên dụng.

3.3. Chất thải giải phẩu:

- Thiêu đốt cùng với chất thải nhiễm khuẩn nếu có lò đốt.

- Chôn ở nghĩa địa hoặc nơi qui định, tại một số địa phương theo tập quán văn hoá, người nhà người bệnh có thể tự mang rau thai, bào thai, chi và các phần cắt bỏ của cơ thể đi chôn, với điều kiện cơ sở y tế phải đảm bảo các chất thải này phải đựng trong túi nilon màu vàng và đóng gói, bao bọc cẩn thận trước khi giao cho người nhà người bệnh hoặc chôn trong hố bê tông có đáy và nắp kín.

4. Xử lý chất thải thông thường:

Chất thải thông thường không thuộc nhóm chất thải nguy hại vì vậy không phải thiêu đốt. Chất thải sinh hoạt phải được để trong túi nilon màu xanh, được thu gom, vận chuyển, lưu giữ riêng với chất thải y tế nguy hại và tiêu huỷ như chất thải trong các hộ gia đình.

Trường hợp vô tình để lẫn chất thải y tế vào trong chất thải sinh hoạt thì túi chất thải đó phải được xử lý như túi chất thải y tế nguy hại.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Chất thải lâm sàng được đặt trong túi nilon màu:
   A. Vàng
   B. Xanh
   C. Màu đen
   D. Màu trắng
2. Thuốc gây độc tế bào được đựng trong túi nilon màu:
   A. Xanh
   B. Đen
   C. Vàng
   D. Trắng
3. Kim tiêm sau khi sử dụng xong cho ngay vào:
   A. Hộp nhựa màu vàng.
   B. Túi nhựa màu vàng
   C. Hộp nhựa vàng có biểu tượng sinh học.
   D. Túi nhựa vàng có biểu tượng sinh học.
4. Chất thải thông thường được xử lý như chất thải:
   A. Trong các hộ gia đình
   B. Nhóm A
   C. Nhóm E.
   D. Nhóm C
5. Phương pháp tốt nhất để xử lý chất thải nhóm A là:
   A. Chôn lấp.
   B. Thiêu đốt.
   C. Thải vào cống.
   D. Thải ra bãi lộ thiên.

TIÊM AN TOÀN

CN. Trần Thị Nô
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu khái niệm và nguyên tắc tiêm an toàn.***
2. ***Mô tả kỹ thuật tiêm an toàn.***
3. ***Liệt kê những nguyên nhân chưa an toàn liên quan đến tiêm.***
4. ***Trình bày các giải pháp thay đổi hành vi nhằm thực hiện tiêm an toàn.***

ĐẠI CƯƠNG

Khái niệm tiêm an toàn không đơn thuần là mũi tiêm an toàn mà bao hàm toàn bộ quy trình kỹ thuật tiêm và các vấn đề liên quan để đảm bảo một sự an toàn tuyệt đối chứ không chỉ người bệnh mà cả nhân viên y tế và toàn bộ cộng đồng.

1. Đặc tính của mũi tiêm an toàn:

Một mũi tiêm an toàn phải đảm bảo 3 tiêu chí:

1.1. An toàn cho người bệnh:

- Bơm tiêm, kim tiêm phải tuyệt đối vô khuẩn.
- Đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật tiêm, truyền.
- Đảm bảo không tai biến.

1.2. An toàn cho người tiêm:

- Không để kim đâm vào cơ thể
- Không để tiếp xúc trực tiếp với máu.

1.3. An toàn cho môi trường:

- Phân lập chất thải đúng quy trình.
- Xử lý chất thải đúng nguyên tắc.

2. Tiêu chuẩn tiêm an toàn:

Gồm 17 tiêu chuẩn. Cụ thể:

2.1. Bơm kim tiêm vô khuẩn.

2.2. Có sử dụng xe tiêm khi đi tiêm.

2.3. Có sử dụng khay tiêm khi đi tiêm.

2.4. Có hộp đựng vật sắc nhọn ở gần nơi tiêm.

2.5. Rửa tay, sát khuẩn tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc.

2.6. Rửa tay, sát khuẩn tay nhanh trước khi đưa kim tiêm qua da.

2.7. Mang găng khi tiêm tĩnh mạch, truyền dịch, truyền máu.

2.8. Kim lấy thuốc đảm bảo vô khuẩn.

2.9. Tiêm thuốc đúng chỉ định.

2.10. Rút thuốc đúng liều lượng.

2.11. Tiêm đúng vị trí.

2.12. Tiêm đúng góc kim so với mặt da.

2.13. Tiêm đúng độ sâu.

2.14. Rút pit tông kiểm tra trước khi bơm thuốc.

2.15. Bơm thuốc đảm bảo hai nhanh một chậm.

2.16. Không dùng hai tay đậy nắp kim.

2.17. Cô lập ngay bơm kim tiêm đã nhiễm khuẩn trong hộp an toàn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM AN TOÀN

1. Trước khi tiêm:

Vấn đề cốt lõi là bảo đảm an toàn cho người bệnh.

- Áp dụng đúng nguyên tắc vô khuẩn: điều dưỡng rửa tay thường quy - mang khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ …
- Hiểu rõ y lệnh về thuốc tiêm: tên thuốc, liều thuốc - đường tiêm, thời gian tiêm ..
- Áp dụng 3 kiểm tra - 5 đối chiếu - 6 điều đúng trong suốt quá trình tiêm.
- Chuẩn bị hộp chống shock.

2. Trong khi tiêm:

Vấn đề cốt lõi là bảo đảm vô trùng và tránh lây nhiễm cho người bệnh.

- Giải thích cho bệnh nhân khi tiêm thuốc
- Thực hiện một bơm tiêm và kim tiêm vô khuẩn riêng cho từng người bệnh.
- Thực hiện tiêm đúng quy trình kỹ thuật.
- Tuân thủ tuyệt đối kỹ thuật vô khuẩn khi tiêm.
- Tiêm thuốc đúng theo y lệnh Bác sỹ.
- Khi tiêm thuốc bất cứ đường tiêm nào đều không được đâm lút kim.
- Không được pha trộn các loại thuốc với nhau trong cùng một ống tiêm.
- Khi tiêm phải theo dõi tác dụng của thuốc để phát hiện sớm và phòng ngừa tai biến về thuốc xảy ra cho bệnh nhân.

3. Sau khi tiêm:

Vấn đề quan trọng là theo dõi người bệnh và xử lý chất thải đúng quy định.

- Theo dõi diễn biến bất thường của người bệnh để xử lý kịp thời.
- Ghi hồ sơ: chỉ ghi những loại thuốc do chính mình thực hiện: ngày giờ tiêm thuốc, tên thuốc, liều lượng, phản ứng của bệnh nhân và tên người điều dưỡng thực hiện.
- Kim tiêm, ống chích tiêm xong cho vào hộp cứng đựng vật sắc nhọn và xứ lý chất thải đúng quy định.

- ***Lưu ý:***

- Không dùng tay để tháo kim sau khi tiêm.
- Đậy nắp kim bằng kỹ thuật "một tay".

THỰC TRẠNG TIÊM AN TOÀN

1. Những hành vi chưa an toàn liên quan đến tiêm:

1.1. Lạm dụng tiêm:

- Với thầy thuốc: chỉ định thuốc tiêm chưa hợp lý. Ví dụ: chỉ định tiêm trong khi có thuốc uống. Kê đơn thuốc tiêm không đúng chỉ định.
- Người bệnh: đề nghị hoặc yêu cầu bác sĩ cho thuốc tiêm, truyền. Nếu bác sĩ không cho chỉ định tiêm hoặc không thực hiện theo yêu cầu của người bệnh, người bệnh cho rằng bác sĩ không quan tâm, đôi khi thắc mắc hoặc kiện cáo.
- Dược sĩ, người cung ứng thuốc, nhà sản xuất thuốc đưa ra những thông tin quá mức thực tế vốn có của thuốc

1.2. Chưa tuyệt đối tuân thủ đúng quy trình, kỹ thuật tiêm:

- Dùng chung bơm kim tiêm cho những loại thuốc khác nhau, cho những người bệnh khác nhau,
- Dùng một kim lấy thuốc để pha thuốc và rút thuốc nhiều lần, lưu kim lấy thuốc trên lọ thuốc.
- Chưa thường xuyên rửa tay trước khi chuẩn bị thuốc, phương tiện tiêm hoặc trước khi tiêm, hoặc chuyển mũi tiêm từ người bệnh này sang người bệnh khác.
- Dùng lại kim tiêm để tiêm cho người bệnh sau mũi tiêm đầu không thành công.
- Cắt giảm các bước của quy trình tiêm: đi tiêm không mang đủ các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ, không có hộp an toàn, không có dây garo trong tiêm truyền tĩnh mạch, cầm một bơm kim tiêm đã có thuốc đi với khoảng cách xa để tiêm cho người bệnh.

- Thao tác tiêm chưa tốt, chạm tay vào những vùng vô khuẩn trên bơm tiêm như: thân kim, pít tông…
- Dùng panh để gắp các dụng cụ sau đó sử dụng gắp bông cồn vô khuẩn để tiêm.
- Mang cùng một đôi găng để vừa chăm sóc bệnh nhân, vừa tiêm.
- Sau khi tiêm xong, dùng tay để tháo bơm kim tiêm bằng tay, bẻ cong kim tiêm, đậy nắp kim tiêm.

1.3. Phân loại, thu gom, xử lý chất thải không an toàn:

- Sau khi tiêm xong không cô lập bơm kim tiêm ngay vào hộp an toàn mà để trên bàn, khay thuốc, xe tiêm…
- Bơm kim tiêm để vào hộp an toàn quá đầy, dùng tay để đóng nắp hộp gây tổn thương.
- Thu gom bơm kim tiêm đã sử dụng để tái sử dụng hoặc bán ra thị trường bên ngoài.
- Thu gom bơm kim tiêm không đúng: đặt, để bơm kim tiêm sau sử dụng vào khay tiêm hoặc túi nilon dẫn tới nguy cơ tổn thương cho cán bộ y tế và người thu gom chất thải.
- Thải bỏ bơm kim tiêm bừa bãi ra môi trường.

2. Nguyên nhân:

2.1. Thiếu thông tin:

- Cộng đồng, người bệnh thiếu thông tin, chưa nhận thức đúng, đủ về tác dụng và nguy cơ của tiêm.
- Cán bộ y tế chưa được cập nhật thông tin, kiến thức, kỹ năng về tiêm an toàn.

2.2. Tác động của cơ chế thị trường:

- Sự quảng cáo quá mức về thuốc tiêm của các phương tiện thông tin, truyền thông.
- Tác động cơ chế thị trường khiến người thầy thuốc tăng kê đơn thuốc tiêm để có lợi nhuận.
- Thiếu thuốc uống cùng dạng thuốc tiêm, thiếu dạng thuốc cho trẻ nhỏ nên cán bộ y tế phải sử dụng liều thuốc cho người lớn để chia nhỏ liều tiêm cho trẻ em.

2.3. Thiếu phương tiện, dụng cụ:

- Không đủ bồn rửa tay, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, kim tiêm quá to hoặc quá nhỏ so với chỉ định tiêm.
- Cơ sở vật chất còn hạn chế: không có buồng thủ thuật trong môi trường chật chội, hoặc ô nhiễm.

2.4. Các nguyên nhân khác:

- Ý thức và sự tuân thủ quy trình tiêm của cán bộ y tế.
- Tình trạng quá tải người bệnh, quá tải công việc.
- Thiếu nhân lực

CÁC GIẢI PHÁP VỀ TIÊM AN TOÀN

1. Với các cơ sở y tế:

1.1. Tổ chức thực hiện:

- Thành lập và vận hành mạng lưới tiêm an toàn và các biện pháp theo dõi, phòng ngừa, xử trí phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn.
- Tổ chức hội nghị triển khai thực hiện hướng dẫn tiêm an toàn cho cán bộ y tế.

1.2. Tăng cường đầu tư điều kiện và phương tiện tiêm an toàn:

- Bơm kim tiêm sử dụng một lần phù hợp cỡ số và số lượng, các phương tiện và dung dịch sát khuẩn da.
- Phương tiện rửa tay, nước rửa tay, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, khăn lau tay sử dụng một lần, găng tay y tế.
- Hộp chứa vật sắc nhọn, phương tiện vận chuyển, quản lý và xử lý chất thải sau tiêm phù hợp với điều kiện của đơn vị.
- Danh mục thuốc có thể thay thế thuốc tiêm bằng thuốc uống.

1.3. Tổ chức truyền thông, phát động phong trào và đào tạo liên tục:

- Tuyên truyền rộng rãi cho người bệnh, người nhà và cán bộ y tế về nguy cơ tác hại của chưa tiêm an toàn và các giải pháp hướng tới mũi tiêm an toàn.
- Phát động phong trào thi đua, áp dụng các biện pháp khuyến khích cho những đơn vị, cá nhân thực hiện tốt hướng dẫn tiêm an toàn.
- Tổ chức đào tạo liên tục về tiêm an toàn cho thày thuốc, dược sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, hộ lý, y công và cả những người đặt hàng mua hàng bơm kim tiêm nhằm mục đích cập nhật thông tin về kỹ thuật tiêm để hướng tới cải thiện hành vi trong tiêm an toàn.

1.4. Thực hành:

- Mỗi nhân viên phải tuân thủ các quy định, quy trình kỹ thuật tiêm, góp phần tăng an toàn, giảm nguy hại do tiêm cho bản thân, người bệnh và cộng đồng.
- Tổ chức phân loại, thu gom, vận chuyển và quản lý chất thải nguy hại.
- Thiết lập, vận hành và duy trì hệ thống báo cáo tai nạn rủi ro nghề nghiệp do vật sắc nhọn.

1.5. Kiểm tra, giám sát:

- Đưa tiêu chuẩn tiêm an toàn vào đánh giá, kiểm tra bệnh viện hàng năm.
- Kiểm tra, giám sát việc kê đơn nhằm giảm chỉ định thuốc tiêm không an toàn thông qua các hoạt động đi buồng của trưởng khoa, Giám đốc hoặc bình bệnh án.
- Thực hiện các giải pháp hành chính, kinh tế đối với các cá nhân, tập thể vi phạm quy định tiêm an toàn.

2. Với bác sĩ:

- Chỉ ra y lệnh và kê đơn thuốc tiêm khi không có thuốc uống thay thế hoặc khi thật cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình của người bệnh về tác dụng, nguy cơ của thuốc tiêm.
- Không ra y lệnh theo yêu cầu của người bệnh, gia đình người bệnh.
- Không để trình dược viên điều khiển sự kê đơn cho người bệnh.
- Tuân thủ đúng quy định báo cáo và quy trình xử trí khi xảy ra phơi nhiễm.

3. Với người thực hiện mũi tiêm:

- Tham gia đầy đủ các chương trình đào tạo vê tiêm an toàn
- Thực hiện đúng quy trình tiêm an toàn.
- Thực hiện phân loại, thu gom chất thải sắc nhọn đúng quy định
- Tuân thủ đúng quy trình báo cáo, xử trí khi xảy ra phơi nhiễm

4. Với người thu gom chất thải sắc nhọn:

- Thực hiện đúng quy trình thu gom, vận chuyển, quản lý chất thải sắc nhọn.
- Tuân thủ đúng quy định báo cáo và quy trình xử trí khi xảy ra phơi nhiễm.

5. Với người bệnh và người nhà người bệnh:

- Tuân thủ y lệnh của thày thuốc.
- Nên hỏi bác sĩ có thuốc uống để thay thế thuốc tiêm khi được thày thuốc kê đơn hoặc ra y lệnh tiêm.
- Nhắc nhở cán bộ y tế rửa tay trước khi tiêm.

6. Các giải pháp khác:

6.1. Giáo dục, tuyên truyền:

- Lợi ích của thuốc uống.
- Lợi ích của việc thu gom, tiêu hủy bơm, kim tiêm đúng cách, an toàn
- Mô tả các dụng cụ, trang thiết bị phục vụ cho tiêm an toàn

6.2. Áp dụng các phương pháp tuyên truyền về tiêm an toàn:

- Thiết kế tờ rơi về tiêm an toàn để phát cho người bệnh, người dân khi tới các cơ sở y tế.
- Tổ chức truyền thông trên các phương tiện truyền thông như: chuyên mục Sức khỏe đời sống của đài phát thanh truyền hình Tây Ninh, VTV2, O_2TV, Trung tâm giáo dục sức khỏe các cấp, báo sức khỏe đời sống, các đài báo và chương trình truyền thông …
- Nội dung truyền thông: lợi ích của thuốc uống, các loại thuốc uống có thể thay cho thuốc tiêm, các phương tiện tiêm an toàn, phương pháp thu gom, xử lý chất thải sắc nhọn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Đối tượng của tiêm an toàn:
   A. Người bệnh
   B. Nhân viên y tế
   C. Cộng đồng
   D. Một câu trả lời khác
2. Đây là những tiêu chuẩn của tiêm an toàn, NGOẠI TRỪ:
   A. Có sử dụng xe khi tiêm
   B. Rửa tay nhanh trước khi chuẩn bị thuốc tiêm
   C. Đảm bảo "hai nhanh một chậm"
   D. Mang găng trước khi tiêm
3. Điều nào KHÔNG ĐÚNG với tiêm an toàn:
   A. Không đâm lút kim
   B. Không pha trộn các thuốc trong cùng bơm tiêm
   C. Đậy nắp kim bằng hai tay
   D. Kim tiêm xong cho vào hộp cứng đựng vật sắc nhọn
4. Đây là những giải pháp về tiêm an toàn đối bác sỹ, NGOẠI TRỪ:
   A. Giải thích cho người bệnh về tác dụng và nguy cơ của thuốc
   B. Không ra y lệnh theo yêu cầu của nười bệnh, gia đình người bệnh
   C. Không để trình dược viên can thiệp công tác kê đơn
   D. Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật tiêm an toàn
5. Đây là những nguyên nhân ảnh hưởng đến tiêm an toàn, NGOẠI TRỪ:
   A. Thiếu thông tin
   B. Tác động của cơ chế thị trường
   C. Thiếu phương tiện, dụng cụ
   D. Mức lương quá thấp

TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH VÀO - CHUYỂN - XUẤT VIỆN

CN. Võ Thị Mỹ Linh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được ý nghĩa của việc tiếp nhận người bệnh vào, chuyển, ra viện.***
2. ***Thực hiện kỹ năng giao tiếp với người bệnh.***
3. ***Nêu được quy trình tiếp nhận người bệnh vào, chuyển, ra viện.***

TIẾP ĐÓN NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN

1. Mục đích:

Khi vào viện tùy theo tình trạng của người bệnh mà có những tâm tư tình cảm và ý nghĩa khác nhau. Họ có một tâm lý đặc biệt, lo lắng, sợ hãi vì vậy sự tiếp xúc đầu tiên giữa người bệnh và nhân viên y tế rất quan trọng, nó ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh. Người điều dưỡng chúng ta cần phải tiếp đón người bệnh với tất cả nhiệt tình thông cảm với sự lo âu của người bệnh để người bệnh tinh tưởng vào chức năng chăm sóc, điều trị của bệnh viện để tạo một ấn tượng tốt ban đầu của người bệnh đối với bệnh viện.

2. Tiếp đón người bệnh tại phòng khám:

2.1. Chuẩn bị phòng đợi:

- Phòng phải sạch đẹp, gọn gàng yên tĩnh.
- Đủ ghế cho người bệnh ngồi đợi.
- Nên có những tranh ảnh hướng dẫn về sức khoẻ.
- Phát phiếu vào khám theo thứ tự.

2.2. Chuẩn bị phòng khám:

- Sạch sẽ, yên tĩnh, không khí lưu thông tốt, kín đáo.
- Chuẩn bị chổ ngồi hoặc nằm khám sẵn sàng.
- Dụng cụ phải đầy đủ.
- Chuẩn bị đầy đủ các loại giấy tờ thủ tục hành chính.

2.3. Tiếp đón người bệnh:

2.3.1. Tiếp xúc người bệnh:

- Chào hỏi người bệnh.
- Giới thiệu mình với người bệnh (tuỳ theo tuổi của người bệnh để ứng xử).
- Hướng dẫn người bệnh những thủ tục cần thiết khi khám.
- Sắp xếp để người bệnh vào khám theo thứ tự ưu tiên.

2.3.2. Nhận định tình trạng người bệnh:

- Khai thác tiền sử bằng cách phỏng vấn người bệnh hoặc người nhà.

- Quan sát người bệnh sử dụng các kỹ thuật chuyên môn.
- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Chuẩn bị tốt các dụng cụ, thuốc để xử trí cho việc điều trị và chăm sóc.

2.3.3. Bác sĩ khám – xử trí:

- Phụ giúp khi Bác sĩ khám.
- Thực hiện tốt các kỹ thuật chuyên môn.
- Hướng dẫn nhắc nhở, theo dõi người bệnh thực hiện những y lệnh.
- Lập thủ tục nhập viện, hướng dẫn người bệnh hoặc thân nhân người bệnh. Cung cấp các phương tiện cần thiết trong quá trình nằm tại bệnh viện.
- Biên nhận đầy đủ những tài sản của người bệnh.
- Di chuyển người bệnh vào khoa, nếu không đi được phải cho xe đẩy.

3. Tiếp nhận người bệnh vào khoa:

3.1. Chuẩn bị dụng cụ – phương tiện:

- Người điều dưỡng phải chuẩn bị đầy đủ các giấy tờ của hồ sơ bệnh án, dụng cụ chuyên môn.
- Dụng cụ để thực hiện dấu sinh hiệu, chổ nằm của người bệnh, các dụng cụ khác như: ly đựng nước uống, dụng cụ đượng chất tiết, tiêu, tiểu.

3.8. Nhận, bàn giao:

- Tình trạng người bệnh
- Nhận hồ sơ người bệnh: phải ghi vào hồ sơ rõ ràng tình trạng người bệnh và giờ nhận người bệnh do ai bàn giao.

3.3. Đưa người bệnh vào buồng bệnh:

- Sắp xếp chổ nằm theo tình trạng của người bệnh.
- Giúp người bệnh tiện nghi, an toàn khi nằm điều trị.

3.4. Kiểm tra sức khỏe của người bệnh: lấy lại dấu sinh hiệu.

3.5. Quan sát người bệnh:

- Theo dõi những trừơng hợp người bệnh đặc biệt, xem người bệnh tri giác tỉnh hay lơ mơ
- Đánh giá tình trạng màu sắc, da niêm.
- Đánh giá tình trạng tri giác, sự đau đớn, bài tiết, giác quan,…
- Trao đổi để xem người bệnh có than phiền gì không từ lúc mới vào viện.

3.6. Giải thích hướng dẫn:

- Thông báo cho người bệnh và thân nhân người bệnh thực hiện những qui định của khoa phòng.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng những phương tiện được phép sử dụng tại khoa phòng.

3.7. Ghi chép hồ sơ:

Ghi rõ ràng ngày giờ người bệnh vào khoa, các thông số và phiếu cần thiết.

3.8. Báo cáo:

Sau khi mọi thủ tục đã hoàn tất, Điều dưỡng phải báo cáo lại cho điều dưỡng trưởng khoa và Bác sĩ trực tại khoa tình hình tiếp nhận bệnh.

Lưu ý: nếu bệnh nặng phải cho thăm khám trước, các thủ tục sẽ được hoàn tất sau.

3.9. Trợ giúp Bác sĩ:

- Về y lệnh điều trị.
- Xét nghiệm cận lâm sàng

CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

1. Ý nghĩa – mục đích:

- Trong thời gian nằm bệnh viện, do đặc điểm của bệnh lý, do diễn biến của bệnh, mà người bệnh được chuyền từ khoa này đến khoa khác
- Việc chuyển người bệnh do Bác sĩ điều trị quyết định
- Khi có quyết định chuyển bệnh để giảm lo lắng cho người bệnh, người điều dưỡng phải giải thích cặn kẽ, để người bệnh yên tâm và tin tưởng.

2. Quy trình vận chuyển người bệnh:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo cho người bệnh, thân nhân biết người bệnh sẽ được chuyển vào khoa, ngày giờ chuyển khoa và giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Nên có bản tên và vòng đeo tay cho người bệnh hôn mê.
- Liên hệ với khoa để đưa người bệnh đến để họ bố trí thời gian và chuẩn bị sẵn sàng để đón bệnh.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

Chuẩn bị đầy đủ phương tiện, hồ sơ bệnh án, sổ giao nhận bệnh, xe lăn hoặc cán đẩy.

2.3. Kỹ thuật:

2.3.1. Giúp người bệnh thu dọn tư trang:

- Tất cả những dụng cụ cá nhân của người bệnh phải được đưa theo người bệnh cùng một lúc
- Khi chuyển bệnh phải kèm theo hồ sơ bệnh án.

2.3.2. Bàn giao người bệnh:

- Bàn giao người bệnh đến khoa mới.
- Bàn giao rõ ràng tình trạng người bệnh, hồ sơ bệnh án, và có sự ký nhận của đôi bên, khi chuyển người bệnh phải có điều dưỡng đi theo.

2.3.3. Trở lại khoa làm việc:

- Báo cáo lại với điều dưỡng trưởng khoa về tình trạng người bệnh đến nơi và ngày giờ đến

NGƯỜI BỆNH RA VIỆN

1. Ý nghĩa – mục đích:

Sau quá trình điều trị tại bệnh viện, người bệnh ra viện có thể là đã khỏi nhưng thực tế vẫn còn yếu, mệt và có thể tái phát nên tâm trạng người bệnh trong lúc ra viện khác nhau.

Khi người bệnh về với gia đình, bệnh trạng tốt, đây là thời gian phục hồi sức khỏe. Thời gian này có thể dài hơn thời gian điểu trị. Người điều dưỡng nên tuyên truyền giáo dục cho người bệnh, nhiệt tình giúp đỡ để thân nhân chăm sóc tại nhà.

Công việc cụ thể cần hướng dẫn cho người bệnh và thân nhân bao gồm chế độ ăn uống, chế độ chăm sóc phòng ngừa bệnh tật và phòng chống các bệnh khác.

2. Quy trình kỹ thuật:

2.1. Các thủ tục cần thiết:

- Tập trung đầy đủ hồ sơ, bệnh án.
- Chuyển hồ sơ lên phòng kế hoạch tổng hợp để làm thủ tục.
- Báo cho người bệnh và người nhà ngày giờ ra viện, thủ tục hành chính và thanh toán viện phí.
- Giải thích cho người bệnh biết kết quả điều trị, cách điều trị tiếp tại nhà, hướng dẫn cách ăn uống, nghỉ ngơi để nâng cao thể trạng.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

Phương tiện hoặc dụng cụ thích hợp cho người bệnh.

2.3. Quy trình kỹ thuật:

- Giúp người bệnh thu dọn tư trang, trả lại đồ dùng cho khoa và các thủ tục khác như viện phí ...
- Giúp người bệnh thay áo quần (nếu là trẻ em, ngưòi tàn tật …)
- Kiểm tra lại giấy tờ của người bệnh, dặn dò người bệnh ngày giờ tái khám hoặc những bất thường trở lại.
- Giáo dục sức khỏe: hướng dẫn người bệnh cách ăn uống, tập luyện tại nhà.
- Tiễn người bệnh ra khỏi phòng bệnh.
- Giúp người bệnh lên xe – chúc sức khỏe người bệnh.
- Trở lại khoa phòng thu dọn vải trải giường cho vào túi đồ dơ.
- Thông báo với hộ lý để làm vệ sinh buồng bệnh nhất là đối với người bệnh truyền nhiễm.
- Báo cáo điều dưỡng trưởng khoa đã thực hiện tốt cho người bệnh ra viện.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

6. Người bệnh được chuyển khoa phòng khi có quyết định của:
   A. Điều dưỡng buồng bệnh
   B. Điều dưỡng trưởng khoa
   C. Bác sĩ buồng bệnh
   D. Bác sĩ trưởng khoa
7. Việc chuẩn bị phòng đợi bệnh cần có các điều kiện sau, NGOẠI TRỪ
   A. Sạch sẽ
   B. Đủ ghế ngồi
   C. Tranh ảnh về sức khỏe
   D. Có sách báo
8. Khi tiếp nhận người bệnh tại khoa phòng, điều dưỡng cần trợ giúp Bác sỹ những vấn đề sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Lấy dấu sinh hiệu
   B. Lập thủ tục nhập viện
   C. Cho người bệnh thở oxy
   D. Các y lệnh điều trị
9. Người bệnh nào sau đây được ưu tiên vào khám trước:
   A. Người bệnh cao huyết áp
   B. Người bệnh tâm thần
   C. Người già
   D. Trẻ em
10. Để sắp xếp thứ tự cho người bệnh vào khám, Điều dưỡng cần làm các việc sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Lấy dấu sinh hiệu
   B. Đánh giá tri giác
   C. Đánh giá sự đau đớn
   D. Khám sức khỏe

SỬ DỤNG BẢO QUẢN DỤNG CỤ THƯỜNG DÙNG TRONG BUỒNG BỆNH

CN. Trần Thị Nô

BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được mục đích và tầm quan trọng của việc sử dụng và bảo quản dụng cụ thường dùng trong buồng bệnh***
2. ***Liệt kê được một số dụng cụ thường dùng trong buồng bệnh***
3. ***Nêu quy trình tẩy uế và bảo quản dụng cụ trong buồng bệnh***

ĐẠI CƯƠNG

Buồng bệnh là nơi điều trị thuốc men đồng thời cũng là nơi tĩnh dưỡng của người bệnh. Vì vậy trong buồng bệnh tuy phải hết sức đơn giản nhưng phải có đầy đủ điều kiện sinh hoạt cần thiết đảm bảo cho người bệnh được thoải mái.

Việc sử dụng và bảo quản dụng cụ trong buồng bệnh là một nội dung không thể thiếu được trong công tác chăm sóc và điều trị cho người bệnh, giúp cho buồng bệnh được sạch sẽ thoáng mát. Sử dụng và bảo quản đúng các dụng cụ sẽ giúp:

- Dụng cụ được sử dụng và bảo quản đúng mục đích, đúng kỹ thuật.
- Đảm bảo vệ sinh, tránh lây nhiễm bệnh từ dụng cụ.
- Kéo dài tuổi thọ của dụng cụ.
- Đạt hiệu quả cao trong khám, chữa bệnh.

Việc tuân thủ nguyên tắc sử dụng, bảo quản dụng cụ nhằm mục đích:

- Phòng ngừa sự lây truyền bệnh
- Khi cần có dụng cụ sạch để dùng ngay.
- Tránh lãng phí và hư hỏng dụng cụ, dụng cụ được bảo quản lâu hơn.

MỘT SỐ DỤNG CỤ THƯỜNG DÙNG TRONG BUỒNG BỆNH

- Giường nằm: loại thông thường có cấu tạo đơn giản, nhẹ gọn, dễ di chuyển, dễ tẩy uế, dễ sát khuẩn, thường dùng giường sắt nhẹ, ống rỗng, phía đầu giường có bậc nâng cao, thấp, chân có bánh xe bọc cao su dễ dàng khi di chuyển.
- Đệm: phải phẳng, nhẹ xốp, vỏ bọc ngoài phải làm bằng vải bền dễ tẩy uế
- Đệm chống loét: đệm nước, đệm hơi dùng cho người bệnh gầy yếu.
- Gối và áo gối, chiếu, chăn, màn.
- Tủ đầu giường.
- Ghế tựa.
- Xe đẩy.

- Chậu thau: dùng để rửa mặt, vệ sinh cá nhân.
- Bô tròn: dùng cho người bệnh tiêu tiểu tại buồng bệnh khi còn ngồi được.
- Bô dẹt để giường: dùng để tiêu tiểu, làm vệ sinh vùng hậu môn sinh dục.
- Bình đái, vịt đái:
- Dùng cho nam giới đi tiểu tiện.
- Bô can đựng nước tiểu: là bình thuỷ tinh trong suốt có vạch để đo lượng nước tiểu, dung tích bình khoảng 2 lít.
- Ống nhổ: chỉ dùng để khạc nhổ, không được phép bỏ vào những thứ khác.
- Dưới đáy ống nhổ có một ít dung dịch sát khuẩn. Hết ngày đem đổ vào nơi qui định, rửa và tẩy uế ống nhổ.
- Túi chườm đá: túi bằng cao su có nắp vặn ở giữa mặt túi.
- Túi chườm nóng: túi bằng cao su có nắp vặn ở đầu.

XỬ LÝ VÀ BẢO QUẢN DỤNG CỤ

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Thau chứa nước.
- Xà phòng.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bột tẩy.
- Giẻ để lau chùi.
- Khăn để lau khô.
- Bàn chải có cán nhỏ.
- Một số vải thưa, gạc.
- Phấn tale.

2. Kỹ thuật tiến hành:

2.1. Dụng cụ kim loại tráng men:

Gồm các vật dụng như mâm, ca, thau, bô dẹt...

2.1.1. Cách rửa:

- Chải rửa bằng bàn chải có tẩm xà phòng
- Chỗ có máu rửa bằng xà phòng, chỗ dầu mỡ rửa bằng nước kiềm nóng.
- Lau lại với bột tẩy nếu có vết bẩn.
- Dội nước sạch và lau khô.

2.1.2. Cách khử khuẩn:

- Đối với bô, ống nhổ: cần ngâm vào dung dịch khử khuẩn (resept, cidezyme, nước javel...) trong 1 giờ hoặc nước đun sôi sau đó xả nước sạch và lau khô.
- Cốc súc miệng: mỗi tuần cọ rửa bằng xà phòng với nước sạch và luộc sôi 5 phút.

2.2. Dụng cụ bằng kim loại:

2.2.1. Dụng cụ chịu nhiệt:

Là những dụng cụ hấp sấy ở nhiệt độ cao không bị thay đổi hình dạng và tính chất, các loại này gồm dụng cụ phẫu thuật, thủ thuật, nội soi cứng, khay đựng dụng cụ, ống cắm panh, kim chọc dò ...

Quy trình xử lý như sau:

- Ngâm vào dung dịch khử khuẩn ban đầu. Nếu có dính máu hoặc chất tiết của người bệnh thì rửa dưới vòi nước để loại bỏ chất bẩn, sau đó ngâm vào dung dịch khử khuẩn trong 15 phút.
- Cọ rửa dụng cụ.
- Làm khô dụng cụ và lau dầu bảo dưỡng (nếu cần thiết).
- Đóng gói, tiệt khuẩn: cho vào hộp dụng cụ, khăn gói hay túi chuyên dụng. Dán băng chỉ thị màu. Dán băng dính cố định. Dán nhãn ghi ngày xử lý, hạn dùng và người xử lý.
- Lưu ý: nhân viên xử lý dụng cụ phải đeo kính, đi găng, rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.

2.2.2. Dụng cụ không chịu nhiệt:

Gồm đèn soi nội khí quản, soi dạ dày, đặt stent, dụng cụ trong máy thở, máy gây mê …

Quy trình xử lý như sau:

- Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Cọ rửa dụng cụ.
- Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao từ 20 phút đến 1 giờ.
- Tráng và làm khô dụng cụ: tráng sạch bằng nước cất vô khuẩn, sau đó lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc treo khô bằng khí nén.
- Bảo quản dụng cụ trong hộp vô khuẩn hoặc túi nylon hàn kín. Không để dụng cụ quá 7 ngày. Nếu quá 7 ngày phải thực hiện lại quy trình từ công đoạn tráng và làm khô dụng cụ.
- Lưu ý: khi ngâm và cọ rửa dụng cụ có thể dùng găng tay sạch nhưng từ công đoạn ngâm dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn mức độ cao trở đi phải dùng găng vô khuẩn.

2.3. Dụng cụ cao su:

2.3.1. Dụng cụ cao su chịu nhiệt:

Các dụng cụ cao su chịu nhiệt như các loại ống thông tiểu như Foley, Nelaton, ống thông Levin, ống thông đặt hậu môn, dây cao su nối hệ thống dẫn lưu bằng nhựa, ống dẫn lưu, bóng thông khí loại chịu nhiệt … chỉ dùng một lần nên không phải rửa.

2.3.2. Dụng cụ cao su không chịu nhiệt:

Quy trình xử lý chỉ đặt ra với các loại dụng cụ cao su không chịu nhiệt như các vật dụng như bóng hút, bóng bơm hơi, túi chườm, vòng cao su, vòng chống loét...

Quy trình xử lý như sau:

- Ngâm vào dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Nếu có dính máu hoặc chất tiết của người bệnh thì rửa dưới vòi nước để loại bỏ chất bẩn.
- Cọ rửa dụng cụ.
- Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao.
- Tráng và lau khô dụng cụ: tráng sạch bằng nước cất vô khuẩn, lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc treo khô bằng khí nén.
- Bảo quản dụng cụ trong hộp vô khuẩn hoặc túi nylon hàn kín.

2.4. Túi chườm nóng, chườm lạnh và đệm hơi:

Cách rửa như trên như cần lưu ý:

- Phơi chổ mát, không gần lò hấp
- Dùng phấn talk thoa khắp bề mặt túi
- Cho lượng khí vào bên trong túi để tránh dính vào nhau.

2.5. Dụng cụ thuỷ tinh:

Gồm các vật dụng như ly, chai, lọ, bô, can...

2.5.1. Cách rửa:

- Dụng cụ dùng xong xả ngay với nước sạch, sau đó rửa lại với xà phòng và nước sạch.
- Tráng lại nước cho sạch.
- Lau khô bằng vải hoặc bằng khăn.
- Trường hợp bô can đựng nước tiểu có đóng cặn vôi cần ngâm trong dung dịch HCl loãng để làm mất cặn, sau đó rửa nước sạch và lau khô.

2.5.2. Cách khử khuẩn:

- Lấy gạc hoặc khăn gói lại, cho vào nước sôi trong 5 phút.
- Lấy ra, cho vào khay vô khuẩn.
- Lưu ý:
  - Nhiệt kế ngâm trong cồn 70^0 pha với iode 2% trong 30 phút hoặc trong dung dịch sát khuẩn
  - Các dụng cụ khác: ngâm dung dịch khử khuẩn, xả lại bằng nước sạch.
  - Ống bơm hút: tháo rời phần thuỷ tinh và cao su, gói riêng bằng gạc vải.

2.6. Bô tiêu-tiểu, khay chữ nhật, khay hạt đậu, bốc thụt:

- Rửa mặt trong, mặt ngoài bằng bàn chải với xà phòng và nước sạch.
- Tẩy sạch bằng các dung dịch tẩy.
- Ngâm trong dung dịch khử khuẩn.
- Xả lại với nước sạch.
- Lau khô, cất nơi quy định.

2.7. Cọc truyền:

- Lau rửa bằng xà phòng và nước sạch.
- Lau khô bằng vải.
- Dùng dầu chà cọc cho bóng, để về chỗ quy định.

2.8. Đồ vải:

- Dùng xong giặt sạch bằng nước lần thứ nhất.
- Giặt lại bằng nước xà phòng.
- Dũ sạch bằng nước lần hai.
- Đem phơi khô.
- Kiểm tra xem có bị rách không, gấp hình nang quạt để dể lấy và hơi nước thấm qua dể dàng, cho vào hộp gửi tiệt khuẩn.
- Khử khuẩn bằng phương pháp hấp.
- Lưu ý: quy định lưu trữ đồ vải sạch trong bệnh viện như sau:
  - Phải được đóng gói hay bọc kín để tránh bị ô nhiễm.
  - Phải đựng trong tủ, phòng riêng, sắp xếp gọn gàng, thuận tiện để cấp phát, thay thế.
  - Tại khoa phẫu thuật: sau ca mổ phải được phân loại ngay, cho vào túi và chuyển xuống nhà giặt..

2.9. Ong nhổ cá nhân:

- Ngâm trong dung dịch khử khuẩn.
- Rửa bằng xà phòng và nước cho thật sạch.
- Lau khô.
- Đun trong nước sôi 20 phút hoặc đưa đi hấp sấy.
- Trả về chỗ cũ.

2.10. Giường, ghế, tủ:

- Dọn sạch các ngăn.
- Lau rửa bằng xà phòng và nước sạch.
- Lau khô bằng vải.
- Để lại ngay ngắn.

3. Những điểm cần lưu ý:

- Rửa dụng cụ hàng ngày để loại các chất bẩn bám lâu ngày, khó rửa sạch.
- Đồ dùng riêng của mỗi người bệnh cần tiệt khuẩn mỗi ngày sau khi rửa.
- Chùi rửa mỗi ngày các đồ dùng riêng để giảm số vi khuẩn đến mức tối đa.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Công đoạn đầu tiên trong quá trình xử lý dụng cụ kim loại chịu nhiệt là:
   A. Cọ rửa dụng cụ.
   B. Lau dầu.
   C. Ngâm trong dung dịch khử khuẩn.
   D. Chà bằng xà phòng.
2. Dụng cụ kim loại không chịu nhiệt:
   A. Khay đựng dụng cụ.
   B. Ong cắm panh.
   C. Kim chọc dò.
   D. Túi chườm.
3. Dụng cụ cao su chịu nhiệt:
   A. Túi chườm.
   B. Ống thông tiểu.
   C. Vòng chống loét.
   D. Bóng bơm hơi.
4. Dụng cụ nào nên ngâm trong HCl loãng trước khi rửa:
   A. Ly.
   B. Bô đựng nước tiểu.
   C. Chai đựng dung dịch sát khuẩn.
   D. Lọ ống nghiệm.
5. Đồ vải dùng xong phải được giặt tối thiểu:
   A. 2 lần.
   B. 3 lần.
   C. 4 lần.
   D. 5 lần.
6. Dung dịch khử khuẩn thường dùng để ngâm ống bô, ống nhổ sau khi dùng là:
   A. Resept.
   B. Cồn 70^0.
   C. Oxy già.
   D. Thuốc tím.

VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỊ NẠN

CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày được các yêu cầu cần thiết khi vận chuyển nạn nhân.***
2. ***Áp dụng các phương pháp vận chuyển và tư thế thích hợp cho nạn nhân.***
3. ***Tổ chức vận chuyển nạn nhân khi có tai nạn xảy ra.***

ĐẠI CƯƠNG

Trong khi xảy ra tai nạn, việc vận chuyển nạn nhân có 2 tình huống:

- Giải thoát nạn nhân khỏi nơi xảy ra tai nạn và những đe dọa sự sống của nạn nhân.
- Vận chuyển nạn nhân đến nơi an toàn để điều trị tốt hơn.

Khi tiếp cận nạn nhân, cấp cứu viên cần làm ngay:

- Nhanh chóng di chuyển nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm một khoảng cách tối thiểu.
- Giữ thông đường thở.
- Cầm máu ngay cho nạn nhân (nếu có).
- Bất động tạm thời gãy xương (nếu có).
- Giữ tư thế thích hợp, thoải mái, an toàn cho nạn nhân.
- Chuẩn bị phương tiện, lộ trình di chuyển.

Phải thực hiện nhanh nhất theo thứ tự sau: Nạn nhân - Cáng (phương tiện vận chuyển) - Phiếu di chuyển.

CÁC PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN

Việc vận chuyển nạn nhân tuỳ thuộc vào:

- Địa hình nơi xảy ra tai nạn.
- Phương tiện sẵn có.
- Tình trạng, mức độ tổn thương của nạn nhân.
- Lộ trình vận chuyển.

Có nhiều cách để vận chuyển nạn nhân:

1. Vận chuyển bằng tay không:

Áp dụng để vận chuyển một đoạn ngắn hoặc khi tại nơi xảy ra tai nạn không có phương tiện nào khác.

1.1. Với một cấp cứu viên:

Đầu tiên cần đánh giá xem nạn nhân tỉnh hay mê, đứng được hay không và địa hình có cho phép đứng hay không.

- Nạn nhân đứng được: dìu đi.
- Nạn nhân không đứng được: có thể dùng các phương pháp cõng, bế, bồng nạn nhân, lôi lui hoặc vác theo phương pháp cứu hỏa.
- Nạn nhân mê: áp dụng phương pháp lôi lui hoặc đặt lên đùi, trườn nghiêng.

1.2. Với 2 cấp cứu viên:

Tương đối an toàn hơn. Có thể áp dụng các phương pháp:

- Dìu đi với hai người.
- Làm kiệu.
- Khiêng kiểu xe cút kít, bệnh nhân không tổn thương cột sống.

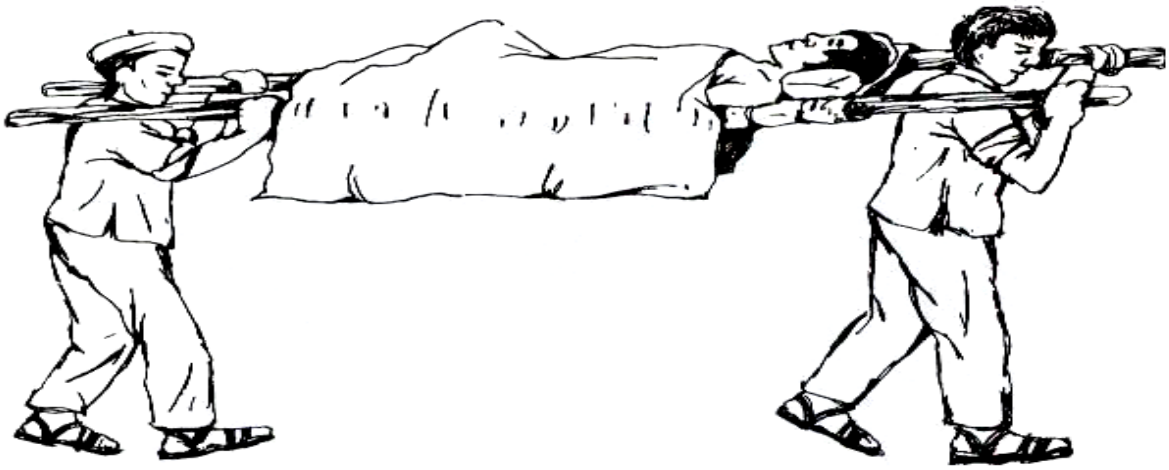
2. Vận chuyển bằng cáng khiêng:

Đây là phương tiện thích hợp và an toàn cho bệnh nhân hơn. Các loại cáng:

- Cáng tiền chế: cáng bố, cáng thiếc.
- Cáng ứng chế: mền, vải, dây, bao tải, áp vải dày, cánh cửa, tấm ván đủ rộng...

Khi khiêng cáng cần lưu ý:

- Cáng phải đủ rộng và chắc.
- Giữ thăng bằng đầu, cổ, thân.
- Động tác đồng bộ.
- Giữ an toàn khi vận chuyển.
- Khi khiêng cáng hai người bước trái chân nhau.
- Cấp cứu viên ở phía chân là toán trưởng có nhiệm vụ quan sát nạn nhân khi vận chuyển.
- Khi khiêng cáng lên dốc, lên tàu, lên xe thì phần cáng phía đầu nạn nhân đưa lên trước và ngược lại.



3. Vận chuyển bằng ghế:

Áp dụng trong trường hợp nạn nhân ngồi được và cần có 2 cấp cứu viên.

TƯ THẾ NẠN NHÂN KHI VẬN CHUYỂN

Tuỳ theo tình trạng của nạn nhân mà đặt nạn nhân ở tư thế thích hợp để tránh sự tổn thương thêm.

1. Tổn thương vùng đầu:

Tư thế nằm ngửa, nếu tỉnh thì đầu hơi cao, nếu mê thì đầu nghiêng một bên. Có thể chèn hai bên đầu tránh sự lay động khi di chuyển.

2. Tổn thương ngực:

Đầu hơi cao, ngồi có lưng tựa. Nếu gãy sườn thì nghiêng bên sườn gãy.

3. Tổn thương xương chậu, cột sống:

Ngửa thẳng trên mặt cáng cứng (gỗ, thiếc) nâng đỡ trọn khối tránh gây đau và tổn thương thêm.

4. Tổn thương vùng bụng:

Nếu nạn nhân còn tỉnh thì nằm ngửa thẳng đầu hơi cao, gối co lại. Nếu choáng thì nằm ngửa thẳng, kê chân cao.

5. Tổn thương chi dưới:

Nằm ngửa thẳng, chân đã cố định tạm thời.

6. Tổn thương chi trên:

Ngồi, nằm nghiêng bên lành, chi đã cố định.

7. Nạn nhân choáng:

Nằm ngửa thẳng, đầu nghiêng một bên, giữ ấm nạn nhân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Điều nào KHÔNG ĐÚNG khi sử dụng cáng:
   A. Động tác phải đồng bộ.
   B. Giữ an toàn khi vận chuyển.
   C. 2 cấp cứu viên bước cùng chân.
   D. Khi lên dốc phía đầu lên trước.
2. Nạn nhân tổn thương vùng đầu, tư thế vận chuyển thích hợp là:
   A. Nằm ngửa, đầu cao nếu nạn nhân mê.
   B. Nằm ngửa, thẳng, đầu nghiêng nếu mê.
   C. Nằm đầu bằng nếu tỉnh.
   D. Nằm nghiêng một bên.
3. Tư thế vận chuyển thích hợp đối với nạn nhân tổn thương vùng bụng:
   A. Nằm ngửa, thẳng, đầu thấp, chân co.
   B. Nằm ngửa, thẳng nếu có choáng.
   C. Nằm đầu hơi cao nếu còn tỉnh.
   D. Nằm ngửa, chân kê cao nếu choáng
4. Khi vận chuyển, cần thực hiện nhanh thứ tự sau:
   A. Nạn nhân-Phương tiện-Cáng
   B. Nạn nhân-Phương tiện- Phiếu
   C. Nạn nhân-Phiếu-Cáng
   D. Nạn nhân-Phiếu-Phương tiện
5. Phương tiện vận chuyển người bệnh nào được xem là an tòan nhất:
   A. Tay không
   B. Cáng khiêng
   C. Ghế
   D. Xe cút kít

THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN

CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được tính chất, mục đích của việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn.***
2. ***Trình bày các yếu tố ảnh hưởng, vị trí, tính chất của dấu hiệu sinh tồn.***
3. ***Mô tả đúng các kỹ thuật lấy dấu hiệu sinh tồn.***

ĐẠI CƯƠNG

1. Ý nghĩa-mục đích:

Dấu hiệu sinh tồn là dấu hiệu biểu hiện của sự sống. Dấu hiệu sinh tồn bao gồm mạch, thân nhiệt, huyết áp, nhịp thở - là những dấu hiệu tổng quát của tình trạng sức khoẻ.

Các chức năng sinh lý của cơ thể sẽ thay đổi khi có bệnh hoặc do những tác động từ bên ngoài như: thời tiết, tâm lý, môi trường, điều trị … vì vậy các yếu tố này cũng làm thay đổi dấu hiệu sinh tồn.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường, giúp chẩn đoán, xử trí kịp thời những tai biến có thể xảy ra. Cụ thể:

- Theo dõi diễn tiến và tiến triển của bệnh.
- Theo dõi kết quả điều trị và biến chứng của bệnh.
- Xác định dấu hiệu sống còn của một người.
- Khám sức khoẻ, tiếp nhận người bệnh và trước khi được phẩu thuật

2. Nguyên tắc chung:

- Khi người bệnh ổn thì thực hiện tối thiểu hai lần trong ngày, sáng và chiều. Trường hợp nặng có thể thực hiện mỗi 15 phút/lần tuỳ theo tình trạng bệnh hoặc chỉ định của bác sỹ.
- Trước khi lấy dấu sinh hiệu phải cho người bệnh nằm nghỉ ngơi tại giường ít nhất 15 phút.
- Khi nhận thấy dấu sinh hiệu bất thường phải báo ngay cho bác sỹ để có can thiệp kịp thời. Nếu kết quả nghi ngờ phải thực hiện lại.
- Không được tiến hành các thủ thuật trên người bệnh khi lấy dấu sinh hiệu.
- Khi ghi kết quả vào phiếu theo dõi phải đảm bảo trung thực, chính xác.

KỸ THUẬT ĐO THÂN NHIỆT

Thân nhiệt được trung khu điều hòa thân nhiệt điều khiển để giữ nhiệt độ trung bình (37 ^{0} C hay 98,6 ^{0} F). Dụng cụ để đo thân nhiệt bao gồm: nhiệt kế thuỷ ngân, điện tử, đồng hồ, hoá chất. Hai đơn vị đo nhiệt độ thường dùng là độ celcius và fahreinheit.

- Độ Celcius = (Độ Fahreinheit - 32) x 5/9
- Nhiệt độ đo bằng Celcius (C): thang nhiệt độ từ 35 – 42 ^{0}C
- Nhiệt độ đo bằng Fahrenheit (F): thang nhiệt độ từ 94 – 106 ^{0}F

1. Vị trí đo thân nhiệt:

- Ở trực tràng: chỉ số nhiệt độ có tính chất hằng định nhất.
- Ở miệng: thấp hơn trực tràng 0,2 – 0,6 ^{0}C.
- Ở nách: thấp hơn trực tràng 0,5-1^0 C, dao động, song đây là vị trí tiện nhất.

2. Yếu tố ảnh hưởng thân nhiệt:

2.1. Sinh lý:

- Tuổi: tuổi càng cao thì thân nhiệt càng giảm
- Giới: ở phụ nữ thân nhiệt tăng lên 0,3-0,5^{0}C trong nửa sau chu kỳ kinh nguyệt, giai đoạn cuối thời kỳ thai nghén thân nhiệt tăng 0,5-0,8 ^{0}C.
- Tình trạng vận động cơ, nhiệt độ môi trường thay đổi.

2.2. Bệnh lý:

Thân nhiệt tăng trong các bệnh nhiễm khuẩn, giảm trong bệnh tả ...

3. Phân loại sốt:

Khi nhiệt độ cơ thể người bệnh > 37,5^0 C gọi là sốt.

3.1. Theo mức độ:

- Sốt nhẹ: 37,5 - 38 ^{0} C.
- Sốt vừa: 38 - 39 ^{0} C.
- Sốt cao: 39 - 40 ^{0} C.
- Sốt quá cao: > 40 ^{0} C.

3.2. Theo tính chất:

- Sốt cao liên tục.
- Sốt dao động.
- Sốt hồi qui.

<u>Lưu ý</u>: khi thân nhiệt hạ dưới mức 36^{0}C gọi là hạ thân nhiệt.

4. Anh hưởng của sốt đối với cơ thể:

- Tuần hoàn: làm giãn mạch (mạch tăng, mặt đỏ)
- Hô hấp: thở nhanh
- Thần kinh: nhức đầu, trẻ vật vã mê sảng, co giật
- Tiêu hóa: buồn nôn, chán ăn, ăn không ngon, ăn không tiêu
- Tiết niệu: tiểu sẫm màu và ít

5. Kỹ thuật đo thân nhiệt:

5.1. Nguyên tắc:

Ngoài những nguyên tắc chung khi lấy dấu hiệu sinh tồn, cần lưu ý thêm những nguyên tắc sau:

- Phải kiểm tra và vẩy nhiệt kế xuống dưới vạch 35^0C.
- Đảm bảo đủ thời gian để nhiệt kế tiếp xúc với vị trí đo.
- Đường biểu diễn nhiệt độ trên bảng biểu thị màu xanh.

5.2. Quy trình kỹ thuật:

Quy trình kỹ thuật chung gồm các bước sau:

5.2.1. Chuẩn bị:

- Giao tiếp, báo trước cho ngươi bệnh biết công việc sắp tiến hành.
- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đo.
- Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Dụng cụ: nhiệt kế, ống cắm kềm, kềm kocher, lọ dung dịch sát khuẩn, cốc đựng bông cồn, gạc, lọ đựng nhiệt kế, dầu nhờn, khay chữ nhật, khay hạt đậu, bảng theo dõi, bút xanh, thước.

5.2.2. Tiến hành kỹ thuật:

- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp (mỗi vị trí lấy thân nhiệt có tư thế khác nhau).
- Kiểm tra và vẩy nhiệt kế xuống dưới vạch 35 ^{0}C.
- Đặt nhiệt kế đúng kỹ thuật theo từng vị trí.
- Giữ nhiệt kế đủ thời gian quy định.
- Lấy nhiệt kế ra, để ngang tầm mắt, đọc kết quả.
- Lau sạch nhiệt kế.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi bằng mực xanh.
- Thu dọn dụng cụ.

5.3. Những vấn đề cần lưu ý khi đo thân nhiệt ở các vị trí:

5.3.1. Đo thân nhiệt ở miệng:

- Đánh giá tình trạng người bệnh: người bệnh có cộng tác và đảm bảo an toàn khi đo nhiệt ở miệng không?
- Trường hợp không áp dụng: hôn mê, co giật, tâm thần, nôn ói...
- Bảo người bệnh há miệng và đặt nhiệt kế nhẹ nhàng vào một bên miệng, dưới lưỡi, nhắc người bệnh ngậm môi.
- Thời gian giữ nhiệt kết trong 5 phút.

5.3.2. Đo thân nhiệt ở hậu môn:

- Ap dụng: người bệnh lú lẫn, hôn mê, trẻ em.
- Không áp dụng: người bệnh tiêu chảy, lỵ, trĩ hoặc sau khi thụt tháo.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng, chân dưới duỗi, chân trên co.

- Đưa nhiệt kế vào hậu môn sâu 2-3cm.
- Thời gian giữ nhiệt kế ở hậu môn khoảng 3-5 phút.

5.3.3. Đo thân nhiệt ở nách:

- Lau khô hố nách cho người bệnh.
- Đặt bầu thuỷ ngân vào giữa hố nách, nhiệt kế chếch theo hướng vú, bảo người bệnh khép cánh tay vào thân, cẳng tay lên ngực ở tư thế thoải mái.
- Thời gian giữ nhiệt kế khoảng 10 phút.

KỸ THUẬT ĐẾM MẠCH

Mạch là cảm giác đập nhịp nhàng theo nhịp tim khi ta đặt tay lên động mạch ngoại biên.

Thường bắt mạch ở động mạch thái dương, cảnh, mỏm tim, cánh tay, quay, khoeo, chày sau, mu bàn chân.

1. Tần số mạch bình thường:

- Trẻ sơ sinh: 130 - 140 lần/phút.
- Trẻ 1 tuổi: 100 - 120 lần/phút.
- Trẻ 2 - 4 tuổi: 90 - 100 lần/phút.
- Trẻ lớn: 80 - 90 lần/phút.
- Người lớn: 70 - 80 lần/phút.
- Người cao tuổi: 60 - 70 lần/phút.

Như vậy mạch bình thường ở người lớn khoảng 70-80 lần phút. Gọi là mạch nhanh khi tần số > 100 lần/ phút, mạch chậm khi < 60 lần/phút.

2. Yếu tố ảnh hưởng lên mạch:

2.1. Sinh lý:

- Giới tính: chỉ số mạch ở nữ thường đập nhanh hơn nam khoảng 8-10 nhịp/phút.
- Tuổi tác: tần số mạch giảm dần từ khi sinh ra đến lúc tuổi già
- Thời gian: mạch buổi chiều thường nhanh hơn buổi sáng.
- Trạng thái tâm lý: xúc động mạnh làm tăng tần số mạch.
- Vận động luyện tập: tần số tăng lên.
- Thuốc: một số thuốc làm tăng nhịp tim như salbutamol, theophyllin … một số thuốc làm chậm nhịp tim như các thuốc an thần …
- Thân nhiệt: thân nhiệt tăng làm tăng tần số mạch.
- Sự đau đớn: làm tăng tần số mạch.

2.2. Bệnh lý :

- Mạch nhanh thường gặp trong các bệnh: Basedow, xuất huyết nội tạng ...
- Mạch chậm thường gặp trong các bệnh: thương hàn, ngộ độc Digitalin...

3. Mối liên quan giữa mạch và nhiệt độ:

Bình thường có sự song hành giữa mạch và nhiệt độ: nhiệt độ tăng thì mạch cũng tăng theo (trong sốt nhiễm khuẩn)

Khi không có sự song hành giữa mạch và nhiệt thì gọi là hiện tượng mạch nhiệt phân ly:

- Bệnh thương hàn: mạch chậm, nhiệt độ tăng cao.
- Xuất huyết nội tạng: mạch nhanh nhưng nhưng nhiệt độ không cao.

4. Kỹ thuật đếm mạch:

4.1. Nguyên tắc:

Ngoài những nguyên tắc chung khi lấy dấu hiệu sinh tồn, cần lưu ý thêm những nguyên tắc sau:

- Ngoài thời gian phải thực hiện theo quy định, có thể đếm mạch khi thực hiện các kỹ thuật như truyền máu, cho người bệnh uống một số thuốc hoặc khi có chỉ định của bác sỹ.
- Sử dụng 2 hoặc 3 ngón tay để bắt mạch, không sử dụng ngón tay cái.
- Khi đếm mạch phải đếm trọn trong 1 phút.
- Khi đếm cần đánh giá: tần số, cường điệu, nhịp điệu, sức căng ...
- Đường biểu diễn mạch là màu đỏ trên bảng theo dõi.

4.2. Chuẩn bị:

- Giao tiếp, báo trước người bệnh công việc sẽ làm.
- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đếm.
- Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Chuẩn bị đồng hồ đếm mạch, bảng theo dõi, bút, thước.

4.3. Tiến hành:

- Đặt người bệnh tư thế thoải mái.
- Kê gối dưới vị trí đếm, đặt tay người bệnh dọc theo thân mình.
- Đặt nhẹ đầu ngón tay lên vị trí đếm mạch.
- Đếm mạch trong một phút và nhận định kết quả.
- Bỏ gối kê tay, ghi kết quả vào phiếu theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ.

KỸ THUẬT ĐO HUYẾT ÁP

Huyết áp là áp lực của máu tác động lên thành động mạch. Khi tim co bóp huyết áp động mạch lên tới mức cao nhất gọi là huyết áp tối đa hay huyết áp tâm thu, khi tim giãn ra, áp lực máu xuống tới mức thấp nhất gọi là huyết áp tối thiểu hay huyết áp tâm trương.

Ở người trưởng thành, huyết áp tối đa khoảng 90-130mmHg, huyết áp tối thiểu khoảng 60-90mmHg.

Chỉ số huyết áp tối thiểu = 1/2 chỉ số huyết áp tối đa/2 + 10-20mmHg.

Ở trẻ nhỏ chỉ số huyết áp tối đa = 80 + 2n.

1. Yếu tố ảnh hưởng lên huyết áp:

1.1. Sinh lý:

- Tuổi: trẻ em chỉ số huyết áp thấp, huyết áp tăng dần theo tuổi.
- Giới tính: cùng độ tuổi nhưng nữ huyết áp thường thấp hơn nam.
- Vận động, luyện tập, xúc động làm tăng huyết áp.
- Thuốc: các thuốc co mạch làm tăng huyết áp, các thuốc giãn mạch và thuốc ngủ làm giảm huyết áp.

1.2. Bệnh lý:

- Tăng huyết áp: khi chỉ số ≥ 140/ 90 mmHg. Thường gặp trong các bệnh lý tim mạch, bệnh thận.
- Tụt huyết áp: mất máu nhiều, mất nước, sốc …
- Huyết áp kẹp: hiệu áp ≤ 20 mmHg, dấu hiệu sắp vào sốc.

2. Nguyên tắc:

Ngoài những nguyên tắc chung khi lấy dấu hiệu sinh tồn, cần lưu ý thêm những nguyên tắc sau:

- Cho người bệnh nằm ngữa đầu bằng.
- Kiểm tra để đảm bảo máy phải ở tình trạng tốt.
- Kích cỡ bao huyết áp phải phù hợp với lứa tuổi và vị trí đo.
- Vị trí đo huyết áp và máy đo phải ngang tim.
- Không được bơm nhồi trong quá trình đo.
- Nếu nghi ngờ kết quả phải xả huyết áp xuống 0, cho người bệnh nghỉ ngơi ít phút và đo lại. Kết quả lần đầu chưa đủ để kết luận là cao huyết áp.
- Ơ người bệnh cao huyết áp, tốt nhất nên đo cùng máy, cùng thời điểm.

3. Quy trình kỹ thuật:

3.1. Chuẩn bị:

- Giao tiếp, báo trước người bệnh công việc sẽ làm.
- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đo.
- Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Chuẩn bị huyết áp kế, ống nghe, bảng theo dõi, bút ghi.

3.2. Tiến hành:

- Đặt người bệnh nằm ngửa trên giường thoải mái.

- Bộc lộ cánh tay và đặt bao huyết áp trên cánh tay cách khuỷu 3 – 5 cm.
- Đặt đồng hồ của máy vào bao huyết áp ngang mực tim.
- Sờ động mạch cánh tay và đặt màng ống nghe trên động mạch cánh tay
- Khóa van của máy đo và bóp bóng bơm khí vào túi hơi cho đến khi tai không nghe tiếng đập và bơm tiếp 30 mmmHg nữa.
- Mở van từ từ xả hơi, chú ý nghe tiếng đập vừa quan sát mặt kính đồng hồ.
- Ghi nhận trị số huyết áp tối đa khi nghe tiếng đập đầu tiên
- Tiếp tục xả hơi, chú ý ghi nhận chỉ số huyết áp tối thiểu khi nghe tiếng đập cuối cùng hoặc tiếng đập thay đổi âm sắc.
- Xả hơi cho đến khi kim đồng hồ về số 0.
- Tháo băng huyết áp, gấp gọn.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ.

KỸ THUẬT ĐẾM NHỊP THỞ

Thở là chức năng của bộ máy hô hấp. Hoạt động hít-thở giúp cung cấp oxy cho tế bào và thải CO_2 ra ngoài.

1. Nhịp thở bình thường:

Nhịp thở bình thường êm dịu, đều đặn và sâu. Tần số nhịp thở thay đổi theo độ tuổi:

- Sơ sinh: 40 - 60 lần/phút.
- Trẻ em < 1 tuổi: 30 - 40 lần/phút.
- Trẻ 2-6 tuổi: 20 -30 lần/phút.
- Trẻ lớn: 18 - 20 lần/phút.
- Người lớn: 14 - 18 lần/phút.

2. Yếu tố ảnh hưởng:

2.1. Sinh lý:

Nhịp thở tăng trong những trường hợp sau:

- Đang làm việc, lao động chân tay.
- Đang chơi thể thao, các hoạt động gắng sức.
- Trạng thái tâm lý, xúc động …

2.2. Bệnh lý:

Khó thở là tình trạng khi lượng oxy không cung cấp đủ cho cơ thể. Khó thở thường gặp trong những bệnh về hô hấp, tuần hoàn.

Các biểu hiện khó thở gồm: thay đổi tần số, biên độ nhịp thở, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím tái …

Khó thở có thể xảy ra khi đang vận động, ngồi, nằm, khó thở khi hít vào, thở ra, khó thở ban ngày hoặc ban đêm.

Khi theo dõi nhịp thở cần nhận định 4 yếu tố: tần số, nhịp điệu, biên độ và âm sắc.

- Khó thở thì thở ra: bệnh hen.
- Thở nhanh: thường gặp trong viêm phổi, nhất là trẻ em.
- Nhịp thở cheyne-stockes: khó thở rồi tạm ngừng thở luân phiên nhau. Thường gặp trong bệnh ure máu cao, xuất huyết não …
- Nhịp thở kussmaul: nhịp thở nhanh dần rồi chậm dần theo chu kỳ. Thường gặp trong một số trường hợp như hôn mê do đái tháo đường …

2. Nguyên tắc đếm nhịp thở:

- Không đếm nhịp thở khi vừa tiêm thuốc hoặc uống các loại thuốc kích thích hô hấp.
- Không để người bệnh bị ảnh hưởng tâm lý gây sai lệch kết quả.
- Phải đếm trọn trong một phút.
- Đối với trẻ nhỏ tốt nhất nên đếm lúc trẻ ngủ.

3. Quy trình kỹ thuật:

3.1. Chuẩn bị:

- Giao tiếp, báo trước người bệnh công việc sẽ làm.
- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đếm.
- Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Chuẩn bị đồng hồ có kim giây, bảng theo dõi, bút ghi.

3.2. Tiến hành:

- Người bệnh nằm ngửa trên giường thoải mái, tay người bệnh đặt trên bụng
- Điều dưỡng cầm tay người bệnh kiểu như bắt mạch rồi quan sát: cứ mỗi lần bàn tay của người bệnh nâng lên rồi hạ xuống là một nhịp thở.
- Đếm nhịp thở trong thời gian trọn một phút.
- Ghi kết quả và tính chất của nhịp thở vào phiếu theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ.

<u>Chú ý</u>:

- Khi đếm nhịp thở cần quan sát các biểu hiện tím da và niêm mạc ở môi, đầu chi.
- Khi đếm nhịp thở ở trẻ em không nên chạm vào người bé vì dễ làm bé quấy khóc. Có thể đếm nhịp thở cho bé bằng cách quan sát sự di động của ngực, bụng và các cơ hô hấp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY DẤU SINH HIỆU

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ
3.	Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghỉ 10 - 15 phút trước khi đếm.
B. TIẾN HÀNH	
	Đo thân nhiệt ở nách:
4.	Báo và giải thích cho người bệnh
5.	Lau khô hõm nách
6.	Kiểm tra và vẩy mực thuỷ ngân xuống dưới 35°C.
7.	Đặt bầu thuỷ ngân vào hõm nách, khép cánh tay sát vào thân, giữ yên nhiệt kế trong 10 phút
	Đếm mạch - đếm nhịp thở:
8.	Đặt nhẹ 2-3 ngón tay lên động mạch của người bệnh và đếm trong 1 phút
9.	Quan sát cử động của ngực bụng để đếm nhịp thở trong đúng một phút.
10.	Ghi kết quả và tính chất bất thường của mạch vào phiếu theo dõi (bút đỏ)
11.	Ghi kết quả và những bất thường của nhịp thở (nếu có) vào phiếu theo dõi
	Đo huyết áp động mạch:
12.	Kiểm tra máy đo và ống nghe
13.	Đặt bao huyết áp trên cánh tay, bờ dưới bao trên nếp khuỷu 2,5 – 5 cm
14.	Đặt đồng hồ đo ngang mức tim người bệnh
15.	Khoá ốc vít của quả bóng cao su
16.	Đặt ống nghe vào 2 tai
17.	Tìm động mạch và đặt ống nghe lên động mạch
18.	Bơm hơi cho đến khi nghe thấy tiếng mạch đập, tiếp tục bơm hơi và lắng nghe cho đến khi không còn nghe tiếng mạch đập nữa, bơm thêm 30 mmHg
19.	Mở ốc vít từ từ và lắng nghe tiếng đập đầu tiên, xác định chỉ số HA tối đa
20.	Tiếp tục xả đến khi không còn nghe tiếng đập nữa hoặc tiếng đập thay đổi âm sắc, xác định chỉ số huyết áp tối thiểu.
21.	Xả hết hơi, tháo băng vải, xếp máy gọn gàng
22.	Ghi kết quả vào phiếu theo dõi, thông báo kết quả cho người bệnh
23.	Lấy nhiệt kế ra, để ngang tầm mắt đọc kết quả.
24.	Lau sạch nhiệt kế, đặt vào bồn hạt đậu có lót gạc và chứa nước xà phòng
25.	Giúp người bệnh thoải mái.
26.	Kẻ kết quả vào phiếu theo dõi (bút xanh)
C. KẾT THÚC	
27.	Thu dọn dụng cụ, rửa sạch nhiệt kế và khử khuẩn

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Trẻ sơ sinh nhịp thở trung bình là:
   A. 22 – 28 l/p
   B. 30 – 40 l/p
   C. 40 – 60 l/p
   D. 50 – 60 l/p
2. Trẻ 2 – 4 tuổi có chỉ số mạch trung bình là:
   A. 100 – 110 l/p
   B. 90 – 100 l/p
   C. 110 – 120 l/p
   D. 120 –130 l/p
3. Thời gian đặt nhiệt kế khoảng:
   A. 1-3 phút
   B. 3-5 phút
   C. 5-7 phút
   D. 7-9 phút
4. Trường hợp nào sau đây đặt nhiệt ở miệng:
   A. Gãy xương hàm
   B. Bỏng miệng
   C. Trẻ < 3 tuổi
   D. Sốt nhiễm trùng
5. Trường hợp nào sau đây đặt nhiệt ở hậu môn:
   A. Tiêu chảy
   B. Hôn mê
   C. Viêm loét niệm mạc hậu môn
   D. Thương hàn
6. Trường hợp mạch chậm, nhiệt độ tăng cao gặp trong bệnh lý nào sau đây:
   A. Thương hàn
   B. Lỵ
   C. Xuất huyết nội tạng
   D. Tả
7. Khi người bệnh khó thở, bước đầu tiên điều dưưỡng cần làm là:
   A. Cho thở oxy
   B. Đặt người bệnh nằm đầu cao
   C. Báo Bác sĩ
   D. Chuẩn bị dụng cụ mở khí quản

KỸ THUẬT TIÊM BẮP

GV. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Trình bày những ưu điểm, chỉ định và xác định đúng vị trí tiêm bắp thịt***
2. ***Tiêm được thuốc vào tiêm bắp đúng kỹ thuật***
3. ***Nêu được các biến chứng, cách xử trí và dự phòng***

ĐẠI CƯƠNG

Tiêm bắp thịt là đưa một liều lượng thuốc vào trong cơ.

1. Ưu điểm:

- Cơ được tưới máu nhiều và luôn luôn co bóp nên sự hấp thu thuốc của bắp thịt nhanh hơn mô liên kết lỏng lẻo dưới da.
- Cơ ít có cảm giác nên có thể tiêm thuốc kích thích mạnh như: penicillin, Streptomycin …
- Chịu đựng được các dung dịch ăn mòn nên không bị hoại tử.

2. Chỉ định:

- Có thể tiêm vào bắp thịt nhiều loại thuốc dầu, thuốc sữa, các dung dịch đẳng trương khác nhau như: Ete, kháng sinh, hormon, muối bạc (các chất này dễ kích thích, chậm tan, gây đau) …
- Về mặt nguyên tắc, tất cả các loại thuốc tiêm vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm được bắp thịt.
- Thuốc tiêm bắp thịt trên ống thuốc ghi rõ chữ “IM” (*intra muscular*)

3. Chống chỉ định:

Những thuốc gây hoại tử tổ chức như $CaCl_2$, Ouabain ….

4. Vị trí tiêm:

Thường tiêm vào 3 vùng:

- 1/3 trên cơ đenta, cách u vai 5cm.
- Vùng mông: 1/3 trên ngoài điểm nối từ gai chậu trước trên tới xương cùng hoặc ¼ trên ngoài của mông.
- Vùng đùi: 1/3 giữa mặt ngoài đùi.

5. Nguyên tắc: (xem bài Nguyên tắc dùng thuốc)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị: (xem bài Kỹ thuật tiêm trong da)

2. Tiến hành:

- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm hoặc ngồi.

- Bộc lộ vùng tiêm và xác định đúng vị trí tiêm.
- Sát khuẩn nơi tiêm bằng cồn 70^0, rộng 5cm, từ trong ra ngoài theo hình xoắn ốc.
- Tay trái: dùng ngón trỏ và ngón cái căng da nơi định tiêm
- Tay phải: cầm bơm tiêm đâm kim thẳng góc vào mặt phẳng của da, ấn nhanh kim vào sâu bắp thịt khoảng 2/3 kim (không ngập đốc kim mà chừa lại 0,5 cm).
- Xoay nhẹ và lùi nòng xem có máu hay không?
- Nếu không có máu thì bơm nhẹ từ từ vào, vừa bơm vừa theo dõi sắc mặt người bệnh. Nếu có máu thì rút bơm tiêm, thay kim, đâm ở vị trí khác.
- Khi bơm hết thuốc, nhẹ nhàng rút kim nhanh theo phương thẳng đứng, đặt gòn cồn lên vị trí tiêm.
- Đặt người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

TAI BIẾN – XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG

1. Gãy kim, quằn kim:

- Do người bệnh giãy giụa, do tiêm không đúng kỹ thuật.
- Đề phòng:
  - Giữ người bệnh tốt (đặt biệt là trẻ em)
  - Không tiêm ngập đốc kim.

2. Sốc:

- Do phản ứng của cơ thể đối với thuốc
- Phát hiện: người bệnh lơ mơ, vật vã, chân tay lạnh, mạch nhanh nhẹ khó bắt, huyết áp tụt.
- Dự phòng, xử trí:
  - Luôn mang theo hộp chống sốc.
  - Xử trí sốc theo phác đồ.

3. Tiêm nhầm dây thần kinh hông to:

- Nguyên nhân:
  - Không xác định đúng vị trí.
  - Góc độ đâm kim không đúng.
- Biểu hiện: đau, liệt chân.
- Đề phòng:
  - Xác định chính xác vị trí tiêm mông.
  - Góc độ tiêm đúng 90°.

4. Áp xe nhiễm khuẩn:

- Nguyên nhân:
  - Không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.
  - Dùng thuốc không tan như tiêm quinin, Hydrocortison và những thuốc dầu khó tan gây áp xe tại chỗ.
- Phát hiện: chổ tiêm sưng nóng đỏ đau.
- Xử trí: chườm nóng, rạch tháo áp xe nếu cần thiết.

5. Tắc mạch:

- Do tiêm thuốc dạng dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu
- Đề phòng: khi tiêm bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm xem có máu không rồi mới được bơm thuốc.

6. Gây mảng mục do tiêm những chất gây hoại tử mô:

- Do tiêm thuốc chống chỉ định vào bắp thịt
- Phát hiện: chổ tiêm sưng nóng đỏ đau, lúc đầu cứng sau mềm nhũn giống ổ áp xe.
- Xử trí: lúc đầu chườm nóng, lúc hoại tử băng mỏng giữ khỏi nhiễm khuẩn thêm. Chích rạch nếu ổ hoại tử lớn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay.
2.	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm
B. TIẾN HÀNH	
3.	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.
4.	Bộc lộ và xác định vị trí tiêm
5.	Mang găng tay sạch (nếu cần)
6.	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài bằng gòn cồn 70^0
7.	Đuổi khí trong bơm tiêm đã có thuốc
8.	Căng da, đâm kim xuyên qua da một góc 90^0
9.	Rút nòng xem có máu không ?
10.	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt người bệnh
11.	Rút kim nhanh, đặt gòn cồn lên nơi tiêm
12.	Dặn dò và giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái
C. KẾT THÚC	
13.	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
14.	Ghi hồ sơ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Vị trí thường dùng nhất để tiêm bắp:
   A. 1/3 trên mặt trước ngoài cẳng tay.
   B. 1/4 trên ngoài mông.
   C. 1/3 giữa mặt ngoài đùi.
   D. Vùng cơ denta.
2. Thao tác đúng trong kỹ thuật tiêm bắp:
   A. Véo da trước khi đâm kim.
   B. Bơm tiêm chếch mặt da 15-30^0.
   C. Sát khuẩn vùng tiêm từ dưới lên trên.
   D. Bơm thuốc chậm, rút kim nhanh.
3. Trong kỹ thuật tiêm bắp, khi bơm hết thuốc thì rút kim:
   A. Nghiêng một góc 15-30^0.
   B. Nghiêng một góc 30-40^0.
   C. Theo hướng song song với mặt da.
   D. Theo hướng vuông góc với mặt da.
4. Nguyên nhân hàng đầu gây liệt chân khi tiêm bắp:
   A. Bơm thuốc quá nhanh.
   B. Bơm thuốc dạng dầu.
   C. Xác định sai vị trí tiêm.
   D. Không đảm bảo vô khuẩn khi tiêm.
5. So với tiêm tiêm trong da, tiêm bắp có các ưu điểm sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Hấp thu thuốc nhanh hơn.
   B. Ít đau hơn.
   C. Ít bị áp xe hơn.
   D. Áp dụng được với nhiều thuốc hơn.

KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

GV. Phan Thị Ánh Gương
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được chỉ định và xác định đúng vị trí tiêm trong da***
2. ***Trình bày cách pha thuốc thử phản ứng***
3. ***Mô tả đúng kỹ thuật tiêm trong da***
4. ***Nêu các biến chứng và cách dự phòng***

ĐẠI CƯƠNG

Tiêm trong da là kỹ thuật đưa một lượng thuốc rất nhỏ, khoảng 0,1ml vào lớp dưới thượng bì của da.

1. Chỉ định:

- Thử phản ứng của cơ thể với một số thuốc như IDR (Phản ứng lao tố), các kháng sinh như penicillin, streptomycin …
- Tiêm một số loại vaccin phòng bệnh.

2. Vùng tiêm:

Lựa chọn vùng da màu nhạt, ít lông, sẹo, mạch máu, dễ phân biệt. Hai vị trí thường được chọn là:

- 1/3 trên mặt trước và trong cẳng tay: thường dùng để thử phản ứng.
- 1/3 trên mặt trước ngoài cánh tay: đây là vị trí thường được áp dụng để tiêm phòng vaccin.

3. Nguyên tắc: (xem bài Nguyên tắc dùng thuốc)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM

1. Chuẩn bị:

1.1. Chuẩn bị địa điểm:

Tiến hành tại phòng tiêm hoặc tại giường bệnh.

1.2. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.
- Hỏi người bệnh đã có bị phản ứng với thuốc gì không ?
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

1.3. Chuẩn bị dụng cụ:

1.3.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Khay chữ nhật, khăn vô khuẩn để trải khay.

- Kềm kelly, ống cắm kềm.
- Bông gạc, hộp đựng gòn.
- Bơm tiêm, kim tiêm: chọn cỡ và số thích hợp. Nên chọn bơm tiêm 1ml, 3ml, 5ml có khắc vạch để tính liều chính xác. Chọn kim tiêm dài khoảng 1,5cm, đường kính 4/10-6/10, mũi vát ngắn.

1.3.2. Dụng cụ sạch và thuốc:

- Cồn 70^0.
- Thuốc theo y lệnh.
- Khay hạt đậu (túi nylon).
- Sổ thuốc, phiếu thuốc.

1.3.3. Dụng cụ khác:

- Hộp đựng vật sắc nhọn.
- Xô đựng rác.

1.4. Chuẩn bị điều dưỡng:

- Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu hoặc 5 đúng.
- Chọn bơm tiêm, kim tiêm thích hợp.
- Lấy thuốc, đọc nhãn thuốc lần 1.

2. Tiến hành:

2.1. Rút thuốc:

2.1.1. Rút thuốc ống (đọc tên thuốc lần 1):

- Dùng bông tẩm cồn lau đầu ống thuốc.
- Xem lại nhãn thuốc lần 2, dùng bông khô hoặc gạc vô khuẩn để bẻ ống thuốc.
- Tay cầm bơm tiêm, tay cầm ống thuốc, tựa đầu bơm tiêm vào lòng bàn tay, cho kim tiêm ngập vào ống thuốc, rút đủ số lượng thuốc cần dùng.
- Đẩy hết không khí trong bơm tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.
- Xem lại nhãn thuốc lần cuối cùng trước khi bỏ ống thuốc vào hộp đựng vật sắc nhọn.

2.1.2. Rút thuốc bột trong lọ (đọc tên thuốc lần 1):

- Sát khuẩn nút lọ thuốc và ống dung dịch pha tiêm.
- Rút dung dịch pha tiêm (cách rút giống như rút thuốc ống)
- Bơm dung dịch pha tiêm vào lọ thuốc.
- Rút kim ra, lắc để hòa tan thuốc, đọc nhãn lần thứ 2.
- Cầm bơm tiêm rút thuốc trong lọ đủ số lượng. bỏ lọ thuốc và đọc tên thuốc lần 3.
- Thay kim tiêm, đẩy hết không khí trong bơm tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.

2.2. Tiêm thuốc:

- Chọn vị trí tiêm.
- Bộc lộ và xác định vùng tiêm.
- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70°:
  - Sát khuẩn từ trong ra ngoài.
  - Theo hình xoắn ốc.
  - Sát khuẩn 2 lần.
- Cầm bơm tiêm thẳng đứng, đẩy nhẹ nòng để đuổi hết không khí ra ngoài.
- Một tay căng mặt da vùng tiêm, một tay cầm bơm tiêm, mũi vát ngữa lên trên, tiêm vào mặt da.
- Khi mũi vát đã bén vào mặt da thì hạ thấp bơm tiêm xuống sát mặt da, chếch khoảng từ $10\text{-}15^o$ so với mặt da, rồi đẩy nhẹ kim cho ngập hết mũi vát của kim.
- Bơm đủ số lượng thuốc. Nếu thuốc vào đúng trong da thì:
  - Vết tiêm chỗ thuốc vào nổi cục to bằng hạt đậu.
  - Bơm thuốc vào rất chặc tay, có cảm giác như tiêm bị tắc.
- Sau khi bơm thuốc đã đủ liều (1/10 ml) rút kim ra, sát khuẩn lại bằng gòn cồn (nếu tiêm vaccin phòng bệnh thì không sát khuẩn lại).
- Dặn người bệnh những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ và phiếu thử phản ứng (nếu có)

Lưu ý:

Nếu là tiêm để thử phản ứng thì sau khi rút kim lấy bút xanh đánh dấu vẽ vòng quanh chỗ tiêm lại, ghi tên thuốc dùng để thử trên mặt da. Theo dõi 15-20 phút sau đọc kết quả như bảng sau:

Mức độ	***Ký hiệu***	***Biểu hiện***
Am tính	-	Không có biêu hiện gì trên da.
Nghi ngờ	+/-	Mày đay tại vết tiêm nhẹ.
Dương tính nhẹ	+	Ban mày đay quanh vết tiêm.
Dương tính vừa	++	Ban mày đay d >10mm rõ quanh vết tiêm
Dương tính mạnh	+++	Ban mày đay d >20mm rõ quanh vết tiêm
Dương tính rất mạnh	++++	Ban mày đay d >30mm rõ quanh vết tiêm

- ***Cách pha dung dịch để thử phản ứng thuốc kháng sinh:***

	Thứ tự pha nước cất và rút lấy ra	***Loại 200.000 đv***	***Loại 400.000 đv***	***Loại 500.000 đv***	***Loại 1.000.000 đv***
1.	Pha nước cất	2 ml	4 ml	5 ml	10 ml
	Rút lấy ra	1/10 ml	1/10 ml	1/10 ml	1/10 ml
2.	Pha thêm với	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml
	Rút lấy ra	1/10 ml	1/10 ml	1/10 ml	1/10 ml
3.	Pha thêm với	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml
	Rút lấy ra	1/10 ml	1/10 ml	1/10 ml	1/10 ml
4.	Pha thêm với	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml
	Được dung dịch 4	100 UI	100 UI	100 UI	100 UI

Cuối cùng 1 ml dung dịch 4 có 100 đv thuốc kháng sinh thử phản ứng. 1/10 ml = 10 đv thuốc kháng sinh.

BIẾN CHỨNG – CÁCH XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG

1. Biến chứng:

- Gây sẹo, xơ chai.
- Nhiễm trùng nơi tiêm: nhiễm trùng da, nhiễm trùng máu …
- Sốc phản vệ.
- Tiêm vào bắp thịt.
- Tiêm quá liều chỉ định.

2. Xử trí và dự phòng:

- Thực hiện đúng y lệnh về thuốc.
- Thực hiện đúng nguyên tắc vô trùng và kỹ thuật tiêm.
- Theo dõi vùng tiêm và sắc mặt người bệnh trong và sau quá trình tiêm.
- Luôn mang theo hộp chống sốc khi tiêm thuốc.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay.
2.	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm
B. TIẾN HÀNH	
3.	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.
4.	Xác định vị trí tiêm
5.	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài bằng gòn cồn 70^0
6.	Đuổi khí trong bơm tiêm đã có thuốc
7.	Căng da, đâm kim xuyên qua da một góc 15^0
8.	Bơm 1/10ml thuốc
9.	Rút kim nhanh
10.	Khoanh tròn nơi tiêm (nếu thử phản ứng thuốc)
11.	Dặn dò và giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái
C. KẾT THÚC	
12.	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
13.	Ghi hồ sơ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT THUỐC ỐNG

TT	NỘI DUNG
1.	Sao phiếu thuốc
2.	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1
3.	Mang khẩu trang, rửa tay
4.	Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc
5.	Sát khuẩn đầu ống thuốc, kiểm tra lần 2
6.	Dùng gòn khô lau, bẻ ống thuốc
7.	Chọn bơm tiêm và kim thích hợp
8.	Rút thuốc tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm
9.	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc
10.	Che thân kim
11.	Soạn dụng cụ khác cho đủ mâm tiêm

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT THUỐC LỌ

TT	NỘI DUNG
1.	Sao phiếu thuốc
2.	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1
3.	Mang khẩu trang, rửa tay
4.	Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc
5.	Mở nắp lọ thuốc, sát khuẩn nắp lọ (kiểm tra lần 2)
6.	Chọn bơm tiêm và kim pha thuốc. Rút dung dịch pha tiêm
7.	Đâm kim vào giữa lọ, bơm dung dịch pha thuốc tiêm vào
8.	Hút khí trả lại, rút kim an toàn, lắc cho thuốc hoà tan
9.	Bơm khí vào lọ, rút thuốc đủ liều
10.	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ lọ thuốc
11.	Thay kim thích hợp
12.	Che thân kim
13.	Soạn dụng cụ khác cho đủ mâm tiêm

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Đây là những vị trí tiêm trong da, NGOẠI TRỪ:
   A. Đầu dưới cơ Delta
   B. Dưới dạ vú
   C. Vùng rốn, cách rốn 5 cm
   D. 1/3 giữa mặt ngoài đùi
2. Trường hợp nào sau đây không áp dụng được kỹ thuật tiêm trong da:
   A. Tiêm vaccin BCG
   B. Tiêm Insulin
   C. Thử phản ứng Streptomycin
   D. Thử phản ứng Penicillin
3. Điều nào đúng trong kỹ thuật rút thuốc ống:
   A. Dùng gạc cồn bẻ ống thuốc.
   B. Tựa đầu kim tiêm vào lòng bàn tay.
   C. Không cho kim ngập ống thuốc.
   D. Dùng bông cồn lau đầu ống thuốc.
4. Điều nào sau đây chứng tỏ đã tiêm đúng vào trong da:
   A. Vùng tiêm nổi ban đỏ.
   B. Người bệnh đau buốt nhiều.
   C. Bơm thuốc rất chặt tay.
   D. Kim chưa ngập hết mũi vát.
5. Sau thử phản ứng xuất hiện ban mày đay d>20mm rõ quanh vết tiêm. Mức độ:
   A. Dương tính nhẹ.
   B. Dương tính vừa.
   C. Dương tính mạnh.
   D. Dương tính rất mạnh.
6. Tiêm trong da là đưa một lượng thuốc rất ít vào lớp:
   A. Thượng bì.
   B. Mỡ.
   C. Cơ.
   D. Hạ bì.
7. Vị trí tiêm trong da:
   A. 1/3 trên mặt trước cẳng tay.
   B. 1/3 trên mặt trong cẳng tay.
   C. 1/3 trước mặt trong cẳng tay.
   D. 1/3 trên mặt ngoài cẳng tay.

KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

GV. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được chỉ định và chống chỉ định tiêm dưới da***
2. ***Xác định đúng vùng tiêm***
3. ***Thực hiện đúng kỹ thuật tiêm dưới da***
4. ***Trình bày biến có, biến chứng và cách xử trí, dự phòng***

ĐẠI CƯƠNG

Tiêm dưới da là kỹ thuật đưa một lượng thuốc vào lớp mô lỏng lẻo dưới da (lớp mỡ).

1. Chỉ định:

Chỉ định khá rộng rãi, chủ yếu là cho một số thuốc mà ta muốn cho thuốc thấm dần vào cơ thể. Ví dụ: Atropin, Insulin....

2. Chống chỉ định:

Một số thuốc dạng dầu khó tan như Testoteron ...

3. Vùng tiêm:

Chọn vùng mô dưới da lỏng lẻo, ít cọ xát, ít nguy cơ nhiễm bẩn, ít đau, không có sẹo, viêm, lở loét. Thường chọn ở những vị trí sau:

- 1/3 dưới cơ đen ta.
- 1/2 giữa mặt ngoài đùi.
- Vùng bả vai, dưới dạ vú.
- Hai bên bụng, ngang rốn, cách rốn 5cm ra phía ngoài.

4. Nguyên tắc: (xem bài Nguyên tắc dùng thuốc)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM

1. Chuẩn bị: (xem bài Kỹ thuật tiêm trong da)

2. Tiến hành:

- Bộc lộ và xác định vùng tiêm.
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng cồn70^0: sát khuẩn hai lần theo hình xoắn ốc từ trong ra ngoài, rộng khoảng 5cm.
- Cầm bơm tiêm thẳng đứng, đẩy nhẹ nòng bơm tiêm để đuổi hết không khí ra ngoài.
- Một tay dùng ngón cái và ngón trỏ nhíu da người bệnh lên.
- Tay kia cầm bơm tiêm, ngữa mũi vát lên trên chếch mặt da 45^0, đâm kim nhanh qua da, đâm ngập 2/3 kim và giữ bơm tiêm.

- Buông tay vùng da véo, xoay nhẹ và lùi nòng bơm tiêm xem có máu vào bơm tiêm không.
- Nếu không có máu thì bơm thuốc từ từ đến khi đủ lượng thuốc. Vừa bơm vừa quan sát nét mặt người bệnh. Nếu có máu thì rút kim, thay kim tiêm và tiêm ở vị trí khác.
- Khi bơm đủ số lượng thuốc thì rút kim, đặt gòn cồn lên chỗ tiêm.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

BIẾN CHỨNG – XỬ TRÍ VÀ CÁCH DỰ PHÒNG

1. Các biến chứng:

- Gãy kim.
- Ap xe tại chỗ: chỗ tiêm tấy đỏ, sưng nóng, sốt …
- Nhiễm trùng da, nhiễm trùng huyết
- Ngất.
- Sốc.
- Mảng mục: khi tiêm insulin, bismit, muối quinin, các chất dầu …

2. Xử trí và dự phòng:

- Không tiêm ngập đốc kim, đối với trẻ cần có người nhà giữ khi tiêm.
- Theo dõi và phát hiện nếu xảy ra áp xe. Chườm nóng, chích áp xe nếu cần thiết.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn khi tiêm, theo dõi da vùng tiêm.
- Làm công tác tư tưởng để người bệnh yên tâm, tránh sợ hãi, thực hiện nguyên tắc hai nhanh – một chậm.
- Thực hiện thuốc đúng y lệnh, 3 tra – 5 đối trước khi tiêm.
- Mang theo hộp chống sốc và theo dõi người bệnh trong quá trình tiêm.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay.
2.	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm
B. TIẾN HÀNH	
3.	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.
4.	Bộc lộ và xác định vị trí tiêm
5.	Mang găng tay sạch (nếu cần)
6.	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài bằng gòn cồn 70^0
7.	Đuổi khí trong bơm tiêm đã có thuốc
8.	Véo da, đâm kim xuyên qua da một góc 45^0
9.	Rút nòng xem có máu không ?
10.	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt người bệnh
11.	Rút kim nhanh, đặt gòn cồn lên nơi tiêm
12.	Dặn dò và giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái
C. KẾT THÚC	
13.	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
14.	Ghi hồ sơ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Tiêu chuẩn để chọn vị trí tiêm dưới da:
   A. Vùng da có nhiều cơ.
   B. Có nhiều mạch máu.
   C. Ít bị cọ xát.
   D. Ít mô mỡ.
2. Thuốc không được tiêm dưới da:
   A. Atropin.
   B. Vaccin sởi.
   C. Testosteron.
   D. Insulin.
3. Thao tác nào đúng trong kỹ thuật tiêm dưới da:
   A. Cầm bơm tiêm 45^0 để đuổi khí.
   B. Dùng ngón cái và ngón trỏ nhíu da..
   C. Đâm ngập đến đốc kim.
   D. Nếu có máu thì đâm sâu rồi bơm.
4. Biện pháp nào hưũ ích nếu xảy ra áp xe do tiêm:
   A. Chườm lạnh.
   B. Chích rạch áp xe..
   C. Tiêm thuốc chống sốc.
   D. Rửa vùng da apxe bằng cồn 90^0.
5. Đây là những vị trí thường dùng để tiêm dưới da, NGOẠI TRỪ:
   A. 1/3 mặt trước trong cánh tay..
   B. 1/3 mặt ngoài đùi.
   C. Vùng bả vai, dưới dạ vú.
   D. Ngang rốn, cách rốn 5cm ra ngoài.

KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

GV. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được chỉ định và chống chỉ định của tiêm tĩnh mạch***
2. ***Thực hiện đúng kỹ thuật tiêm tĩnh mạch***
3. ***Trình bày được cách xử trí và dự phòng các tai biến do tiêm tĩnh mạch***

ĐẠI CƯƠNG

Tiêm tĩnh mạch là đưa lượng thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch.

1. Chỉ định:

- Những thuốc cần tác dụng nhanh hay có tính cấp cứu như thuốc gây mê, gây ngủ, truỵ mạch …
- Những thuốc có tác dụng toàn thân.
- Những thuốc có nguy cơ ăn mòn các mô, có khả năng gây đau, gây mãn mục nếu tiêm vào dưới da hay bắp thịt.
- Những thuốc có màu hay nhuộm màu (như Glutylen)
- Những dung dịch ưu trương, đẳng trương nếu tiêm truyền khối lượng lớn
- Máu, huyết tương, huyết thanh và các dung dịch keo như Dextran, Subtosan…

2. Chống chỉ định:

- Những thuốc kích thích mạnh hệ tim mạch như Adrenalin (chỉ tiêm Adrenalin trong trường hợp cấp cứu dị ứng penicillin khi không bắt được mạch, huyết áp)
- Những loại thuốc dầu như Testosteron …

3. Vùng tiêm:

Thường chọn những vị trí sau:

- Tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay: ở mặt trước khuỷu tay, nơi chụm lại hình chữ V.
- Tĩnh mạch mu bàn tay, mu bàn chân, cẳng tay, mắt cá trong, tĩnh mạch đùi, cổ, dưới đòn …
- Đối với trẻ em: hai tĩnh mạch thường được chọn là tĩnh mạch trán hoặc tĩnh mạch thái dương.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị: (xem bài Kỹ thuật tiêm trong da)

2. Tiến hành:

- Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm

- Chọn vị trí mạch trước khi tiêm (tránh chọn mạch có vùng ngã ba hoặc mạch vùng khớp)
- Đặt gối kê tay vùng tiêm, buộc dây garo phía trên nơi tiêm, cách nơi tiêm khoảng 5cm
- Dặn người bệnh nắm bàn tay lại, co vào duỗi ra vài lần để cho tĩnh mạch nổi rõ.
- Sát khuẩn rộng vùng tiêm xoắn ốc hoặc dưới lên rộng 5cm bằng cồn iod 70^0.
- Cầm bơm tiêm thẳng đứng, ngang tầm mắt và đẩy bọt khí ra ngoài.
- Một tay dùng ngón cái cố định tĩnh mạch.
- Tay kia cầm bơm tiêm, ngữa mũi vát kim lên trên, trục bơm tiêm tạo với da một góc chếch 15°, đâm kim ngay trên tĩnh mạch, hướng về tim, qua da, đẩy vào tĩnh mạch.
- Khi đâm trúng vào tĩnh mạch, máu sẽ chảy vào bơm tiêm. Nếu không thấy máu chảy ra có thể xoay nhẹ nòng bơm tiêm. Nếu vẫn không thấy máu chảy thì rút bơm tiêm ra.
- Khi đã chắc đúng vào tĩnh mạch thì tay trái giữ bơm tiêm, tay phải tháo nhẹ dây garo, bảo người bệnh mở bàn tay.
- Từ từ bơm thuốc vào tĩnh mạch đồng thời quan sát sắc mặt người bệnh. Hỏi người bệnh xem có đau hay chóng mặt.
- Nếu người bệnh than đau hoặc phồng nơi tiêm phải điều chỉnh lại kim bằng cách đưa kim sâu hơn hoặc rút kim bớt ra một chút và hút nhẹ xem máu có còn vào bơm tiêm không. Bơm thử nếu không thấy phồng thì tiếp tục bơm thuốc từ từ.
- Khi bơm hết thuốc đặt gòn cồn lên nơi tiêm, rút kim.
- Tháo bỏ kim tiêm vào hộp đựng vật sắc nhọn.
- Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

BIẾN CHỨNG – CÁCH XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG

	Tai biến	***Cách xử trí và phòng ngừa***
1	Sốc hoặc ngất - Do sợ quá, do phản ứng thuốc. - Do bơm quá nhanh	- Thực hiện thuốc đúng y lệnh - Thực hiện 3 tra – 5 đối - Thực hiện 2 nhanh – 1 chậm - Theo dõi, quan sát sắc mặt người bệnh - Mang theo hộp chống sốc

	Tai biến	***Cách xử trí và phòng ngừa***
2	Tắc mạch - Do để khí hoặc cục máu đông lọt vào mạch máu khi tiêm	- Đuổi khí trước khi tiêm - Nếu kim bị tắc do cục máu đông mà không bơm thuốc vào được thì rút kim ra thay kim khác và tiêm lại
3	Phồng nơi tiêm - Do xuyên mạch hoặc vỡ mạch	- Điều chỉnh lại mũi kim - Chườm nóng chổ máu tụ hoặc dùng thuốc tan nhanh
4	Nhiễm trùng da, nhiễm trùng huyết	- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn - Sát trùng đúng kỹ thuật
5	Gây hoại tử mô xung quanh	- Theo dõi và phát hiện nơi tiêm: sưng, nóng, đỏ, đau. Lúc đầu cứng sau mềm nhũn giống như áp xe - Tiêm đúng vị trí - Băng mỏng giữ khỏi nhiễm khuẩn thêm, có thể chích rạch nếu ổ hoại tử lớn

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm
B. TIẾN HÀNH	
3.	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.
4.	Chọn tĩnh mạch thích hợp, kê gối kê tay (nếu cần).
5.	Mang găng tay sạch.
6.	Buộc garô trên nơi tiêm 5cm.
7.	Sát khuẩn vùng tiêm từ dưới lên trên rộng 5 cm.
8.	Đuổi khí trong bơm tiêm đã có thuốc.
9.	Tay căng da, tay cầm kim mặt vát lên trên, đâm xuyên qua da một góc 15^0 so với mặt da, luồn vào tĩnh mạch hướng về tim.
10.	Rút nòng bơm tiêm xem có máu không.
11.	Tháo garô.
12.	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt người bệnh.
13.	Đặt gòn cồn lên nơi tiêm và rút kim nhanh, tháo găng.
14.	Dặn dò và đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái.
C. KẾT THÚC	
15.	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
16.	Ghi hồ sơ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Biến chứng nguy hiểm nhất do tiêm tĩnh mạch là:
   A. Nhiễm trùng huyết
   B. Ap xe vùng tiêm
   C. Thủng mạch
   D. Sốc
2. Trong kỹ thuật tiêm tĩnh mạch, thao tác nào KHÔNG ĐÚNG:
   A. Góc kim so với mặt da 30 – 45^0.
   B. Sát khuẩn nơi tiêm bằng cồn iod.
   C. Bơm thuốc thật chậm.
   D. Đuổi khí trước khi tiêm.
3. Vị trí thường dùng để tiêm tĩnh mạch cho người lớn:
   A. Tĩnh mạch mu bàn tay.
   B. Tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay.
   C. Tĩnh mạch đùi.
   D. Tĩnh mạch thái dương.
4. Thao tác đúng trong kỹ thuật tiêm tĩnh mạch:
   A. Buộc garot trên nơi tiêm 3-5cm.
   B. Sát khuẩn vùng tiêm từ trên xuống.
   C. Nhíu da trước khi đâm kim.
   D. Bơm thuốc xong thì tháo garot.
5. Sau khi đâm kim vào tĩnh mạch, nếu không thấy máu chảy ra thì:
   A. Rút kim, đâm nơi khác.
   B. Rút kim, thay kim, đâm nơi khác.
   C. Xoay nhẹ nòng xem thử có máu.
   D. Bơm thuốc vào xem có bị phồng.

KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH – TRUYỀN MÁU

CN. Trần Thị Nô.
BS. Nguyễn Văn Thịnh.

MỤC TIÊU

1. ***Nêu nguyên tắc, chỉ định, chống chỉ định của truyền dịch, truyền máu.***
2. ***Áp dụng được công thức tính thời gian truyền dịch.***
3. ***Mô tả đúng kỹ thuật tiêm truyền dung dịch và truyền máu.***
4. ***Nêu được các tai biến có thể xảy ra khi truyền dịch, truyền máu.***

ĐẠI CƯƠNG

Truyền dịch, truyền máu là đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch một khối lượng dịch hay máu với mục đích:

- Bù lại số lượng dịch đã mất, nâng huyết áp.
- Lợi tiểu, giải độc khi bị nhiễm độc.
- Bồi phụ một số thành phần thiếu hụt.
- Nuôi dưỡng người bệnh trong thời gian ngắn.
- Cung cấp oxy cho tế bào, cung cấp kháng thể cho người bệnh.
- Đưa thuốc vào cơ thể duy trì liên tục trong thời gian dài để điều trị bệnh.

TRUYỀN DỊCH

1. Chỉ định:

- Các trường hợp giảm thể tích tuần hoàn: tiêu chảy mất nước, bỏng, xuất huyết tiêu hóa …
- Các trường hợp ngộ độc, nhiễm độc.
- Trước và sau phẫu thuật.
- Viêm tuỵ.
- Các trường hợp cần duy trì truyền dịch liên tục để pha thuốc theo y lệnh điều trị như: cấp cứu, hôn mê, nhiễm trùng nặng …

2. Chống chỉ định:

- Phù phổi cấp.
- Bệnh tim nặng.
- Cao huyết áp.

3. Một số dịch truyền thông dụng:

- Dung dịch ưu trương: Glucose 20-30%, Nacl 10-20% …

- Dung dịch đẳng trương: Glucose 5%, Nacl 9%o, Ringer lactat …
- Dung dịch có phân tử lượng lớn: Dextran, acid amin, panthogen …

4. Nguyên tắc truyền dịch:

- Tuân thủ nguyên tắc 3 kiểm tra, 5 đối chiếu (hay 5 đúng).
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền. Nếu thấy bất thường phải báo ngay cho bác sỹ.
- Dịch truyền và các dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn.
- Phải đảm bảo đúng quy trình và đảm bảo vô khuẩn đến khi kết thúc.
- Tuyệt đối không để bọt khí lọt vào tĩnh mạch.
- Đảm bảo áp lực dịch truyền cao hơn áp lực máu người bệnh.
- Tốc độ chảy của dịch phải theo đúng y lệnh.
- Theo dõi sát tình trạng người bệnh để phát hiện sớm các tai biến có thể xảy ra, xử trí kịp thời.
- Không lưu kim quá 24 giờ ở cùng một vị trí, kim luồn không lưu quá 72 giờ, dây và dịch truyền không sử dụng quá 24 giờ. Gạc che kim thay mỗi 24 giờ hoặc mỗi khi bị ẩm ướt.
- Nơi tiếp xúc với kim và mặt da phải giữ vô khuẩn.

5. Các vị trí truyền dịch:

- Tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay: thường áp dụng vì lớn, ít di động.
- Tĩnh mạch cánh tay.
- Tĩnh mạch cẳng tay.
- Tĩnh mạch mu bàn tay.
- Tĩnh mạch cổ chân.

Riêng ở trẻ nhỏ thường áp dụng một số vị trí như tĩnh mạch thái dương, trán, mang tai, cổ …

3. Cách tính thời gian truyền dịch:

$$\textbf{Thời gian truyền (phút)} = \frac{\textbf{Thể tích dịch (ml) x số giọt/ml}}{\textbf{Số giọt/phút}}$$

Với các dây truyền dịch thông thường thì mỗi ml dịch tương ứng với 20 giọt, vì vậy công thức trên có thể được áp dụng gọn hơn như sau:

$$\textbf{Thời gian truyền (phút)} = \frac{\textbf{Thể tích dịch (ml) x 20}}{\textbf{Số giọt/phút}}$$

Ví dụ với y lệnh truyền 500ml dung dịch Lactat ringer, tốc độ L giọt/phút (50 giọt/phút) thì thời gian truyền sẽ là: 500*20/50 = 200 (phút)

7. Quy trình kỹ thuật:

7.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích, nói rõ thời gian truyền để người bệnh yên tâm.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn, nếu thấy bất thường phải báo ngay bác sỹ.
- Khai thác tiền sử dị ứng với thuốc, dịch truyền.
- Dặn người bệnh đi đại, tiểu tiện.
- Kiểm tra các kết quả xét nghiệm của người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp.

7.2. Chuẩn bị dụng cụ:

7.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Chai dịch: kiểm tra thật cẩn thận nhãn mác, thời hạn sử dụng, chất lượng…
- Dây truyền dịch
- Gạc miếng
- Kềm Kocher vô khuẩn
- Gòn tẩm cồn iode
- Bơm tiêm.

Lưu ý: dụng cụ vô khuẩn phải đựng trong mâm có trải khăn vô khuẩn.

7.2.2. Dụng cụ khác:

- Hộp thuốc chống sốc.
- Găng tay sạch.
- Phiếu tiêm truyền
- Bồn hạt đậu
- Băng keo, kéo cắt băng keo.
- Dây garô
- Túi giấy đựng gòn dơ
- Trụ treo
- Giấy lót (nếu cần)
- Máy đo huyết áp
- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác.

7.3. Tiến hành:

- Điều dưỡng rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Kiểm tra dụng cụ và chỉ định truyền.(áp dụng 3 kiểm tra, 5 đối chiếu)
- Sát khuẩn nhanh tay điều dưỡng bằng cồn.

- Sát khuẩn nút chai dung dịch, kiểm tra lại chai dịch.
- Pha thuốc vào chai (nếu có)
- Mở bộ dây cắm vào chai dịch truyền, khoá lại, để vào khay vô khuẩn.
- Treo chai lên trụ, đuổi khí.
- Cắt băng dính.
- Chọn vị trí tiêm.
- Lót giấy báo hoặc gối dưới tay người bệnh.
- Mang găng tay.
- Buột dây garô phía trên vùng tiêm khoảng 3-5cm.
- Sát khuẩn da vùng tiêm bằng cồng 70^0 theo chiều xoắn ốc từ dưới lên trên.
- Một tay cố định tĩnh mạch, tay kia cầm bơm tiêm chếch $15\text{-}30^0$ so mặt da, đưa kim nhanh vào tĩnh mạch như tiêm tĩnh mạch.
- Khi thấy máu chảy ra thì mở dây garô rồi mở khoá cho dịch chảy từng giọt vào tĩnh mạch, quan sát sắc mặt người bệnh.
  - Nếu truyền dịch bằng catheter thì dùng catheter đưa vào tĩnh mạch như tiêm tĩnh mạch. Khi thấy máu vào catheter thì rút nòng trong catheter ra, lắp dây truyền vào, mở khoá cho dịch chảy từng giọt vào tĩnh mạch.
- Cố định đốc kim.
- Che kim bằng gạc vô khuẩn.
- Cố định dây truyền bằng băng keo.
- Rút gối kê tay, dây garô, giấy báo.
- Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh.
- Giúp người bệnh về tư thế thuận tiện, dặn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay
- Ghi hồ sơ.

8. Những vấn đề cần lưu ý:

- Theo dõi chặt chẽ những dấu hiệu, triệu chứng, tai biến có thể xảy ra. Quan sát người bệnh mỗi 15 phút trong giờ đầu, sau đó mỗi 30 phút/lần.
- Dặn người bệnh nếu có cảm giác đau nơi tiêm truyền, cảm giác khó chịu hoặc quan sát thấy dịch không chảy, dịch chảy ra ngoài, các dấu hiệu của sốc dịch truyền như: lạnh run, khó thở, vã mồ hôi… thì báo ngay.
- Dặn người bệnh và gia đình tuyệt đối không được thay đổi tốc độ truyền.
- Khi dịch truyền còn một ít trong chai, khoá dây truyền lại, rút kim ra (nếu truyền tiếp thì thay chai khác).
- Ngoài những thông tin theo quy định khi tiêm thuốc, điều dưỡng cần ghi thêm các thông tin sau trong phiếu:

- Tình trạng trong và sau khi truyền dịch.
- Các thông số theo dõi trong mỗi 15 phút trong giờ đầu và 30 phút trong thời gian tiếp theo cho đến khi hết chai dịch truyền.
- Các tai biến (nếu có).

9. Các tai biến có thể xảy ra khi truyền dịch:

9.1. Dịch không chảy:

- Do kim bị lệch, do lỗ kim áp sát thành mạch, cục máu đông hoặc tắc kim (kim không thông).
- Xử trí: điều chỉnh lại kim. Nếu do cục máu đông hay tắc kim thì cần thay kim, thực hiện ở vị trí khác.

9.2. Phồng nơi tiêm:

- Do kim không nằm trong tĩnh mạch, người bệnh than buốt.
- Xử trí: điều chỉnh lại kim. Nếu nặng rút kim, đâm lại vị trí khác.

9.3. Sốc:

- Do dịch, dây truyền có các yếu tố gây sốc, do tốc độ truyền quá nhanh …
- Các biểu hiện: rét run, khó thở, sắc mặt tái, mạch nhanh, huyết áp hạ …
- Xử trí: ngưng truyền, ủ ấm, bác bác sỹ.

9.4. Phù phổi cấp:

- Do truyền tốc độ nhanh, truyền với khối lượng lớn dịch … hoặc do người bệnh mắc bệnh tim mạch …
- Người bệnh khó thở dữ dội, thở nhanh nông, sùi bọt hồng ở mũi, miệng, sắc mặt tím tái …
- Xử trí: ngưng truyền, báo ngay cho bác sỹ đồng thời chuẩn bị phương tiện, dụng cụ để cấp cứu.

9.5. Tắc mạch phổi:

- Do không khí trong dây truyền lọt vào tĩnh mạch.
- Biểu hiện: người bệnh đau ngực dữ dội, khó thở …
- Xử trí: ngưng truyền, báo ngay cho bác sỹ, chuẩn bị thực hiện khẩn trương thuốc theo y lệnh.

9.6. Nhiễm khuẩn:

- Do vô khuẩn không tốt, có thể gây nhiễm khuẩn huyết, viêm gan virus, Nhiễm HIV

TRUYỀN MÁU

1. Nguyên tắc truyền máu:

- Chắc chắn phải có chỉ định của bác sỹ.

- Tốt nhất là truyền cùng nhóm máu tương đồng. Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm tuân thủ theo nguyên tắc truyền máu (xem phần Sinh lý máu/giáo trình Giải phẫu sinh lý)
- Trước khi truyền máu phải chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cần thiết như nhóm máu, phản ứng chéo …
- Kiểm tra chất lượng túi máu: đảm bảo không có bất kỳ một biểu hiện nghi ngờ nào như sự thay đổi màu sắc, hiện tượng vỡ hồng cầu, không đục, không vón cục… Túi máu toàn phần bao giờ cũng có màu sắc 2 lớp rõ ràng: phía trên là phần huyết tương, phía dưới là phần huyết cầu.
- Kiểm tra số lượng máu trong túi máu, nhóm máu, số hiệu chai máu và đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền, nếu có bất thường báo bác sỹ.
- Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn, dây truyền máu phải có bầu lọc, kim đúng cỡ.
- Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng thời gian theo y lệnh.
- Phải làm phản ứng sinh vật:
  - Bắt đầu cho chảy 20ml với tốc độ bình thường.
  - Chảy chậm 8-10 giọt / phút trong 5 phút.
  - Cho chảy 20ml với tốc độ bình thường.
  - Chảy chậm 8-10 giọt / phút trong 5 phút.
  - Cho chảy bình thường.
- Khi chai máu đem về buồng bệnh không để quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh.
- Theo dõi chặt chẽ quá trình truyền để đề phòng các tai biến có thể xảy ra.

2. Quy trình kỹ thuật truyền máu:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn, nếu có bất thường phải báo ngay bác sỹ.
- Hỏi người bệnh có tiền sử dị ứng gì không.
- Kiểm tra các xét nghiệm của người bệnh.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.2.1. Dụng cụ vô khuẩn: đựng trong mâm có trải khăn vô khuẩn

- Túi máu: mỗi túi chứa 1 đơn vị máu. Đây là khâu rất quan trọng, điều dưỡng phải kiểm tra kỹ.
  - Túi máu phải có nhãn. Nhãn phải ghi đầy đủ thông tin: số túi, nhóm máu, tên người cho, người nhận, ngày, giờ, tháng lấy máu.

- Nút túi máu phải còn nguyên vẹn, máu vừa lấy ở tủ lạnh ra, phân biệt các lớp rõ ràng, màu sắc tươi, không có hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn hay vón cục.
- Đối chiếu túi máu có phù hợp với phiếu, tên, nhóm máu người bệnh, phản ứng chéo (lần 1).

- Dây truyền máu + catheter
- Kẹp kocher
- Gạc che kim
- Hộp đựng gòn tẩm cồn iode
- Bơm tiêm

2.2.2. Dụng cụ khác:

- Bồn hạt đậu.
- Găng tay sạch.
- Giấy báo hoặc gối để lót tay.
- Băng keo, kéo.
- Dây garô
- Hộp thuốc chống sốc
- Máy đo huyết áp
- Dụng cụ làm phản ứng chéo
- Phiếu truyền máu
- Túi giấy đựng gòn dơ.
- Trụ treo

2.3. Tiến hành:

- Rửa tay, mang khẩu trang
- Đối chiếu phiếu lĩnh máu với chai máu (lần 2).
- Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh
- Giải thích cho người bệnh an tâm
- Kiểm tra, đối chiếu người bệnh
- Cho người bệnh đi tiêu tiểu trước khi truyền
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái
- Lấy mạch và huyết áp
- Đặt gối hoặc giấy báo dưới vùng cần tiêm truyền
- Lắc nhẹ chai máu để hoà tan hồng cầu với huyết thanh
- Sát khuẩn nút chai
- Cắm dây truyền vào chai máu

- Treo chai máu lên cọc truyền
- Mở khoá cho máu chảy vào bầu lọc (khoảng 1/2 ống), đuổi hết khí.
- Lấy một giọt máu vào lam kính để làm phản ứng chéo, khoá lại.
- Mang găng
- Buột dây garô.
- Sát khuẩn vùng tiêm truyền
- Đưa catheter vào tĩnh mạch
- Tháo nòng catheter, lắp dây truyền máu
- Mở khoá cho máu chảy
- Che kim bằng gạc vô khuẩn
- Cố định kim bằng băng keo
- Làm phản ứng sinh vật
- Điều chỉnh số giọt theo chỉ định
- Ghi phiếu tiêm truyền tình trạng người bệnh 15 phút đầu khi đưa máu vào tĩnh mạch, sau 30 mỗi phút kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi chặt chẽ những dấu hiệu, triệu chứng của phản ứng xảy ra như đau đầu, mắc ói, sốt, nổi ban, thiểu niệu, rối loạn nhịp thở … để phát hiện sớm các tai biến truyền máu.
- Khi trong túi máu còn khoảng 10ml thì ngừng truyền, để lại làm chứng.
- Rút kim, lấy bông gòn cồn đặt lên chỗ tiêm.
- Để người bệnh về tư thế thuận tiện và tiếp tục theo dõi các dấu hiệu.
- Ghi lại tình trạng người bệnh từ lúc bắt đầu truyền đến khi ngừng truyền vào phiếu truyền máu. Ghi các thông số cần theo dõi trong 15 phút đầu, giờ đầu và sau mỗi 30 phút cho đến khi truyền xong.
- Thu dọn dụng cụ.

3. Các tai biến có thể xảy ra khi truyền máu và cách xử trí:

3.1. Bất đồng nhóm máu hệ ABO:

- Nguyên nhân: định nhầm nhóm máu, sai kỹ thuật, kiểm tra không kỹ, nhầm người bệnh, nhầm bệnh phẩm …
- Biểu hiện: sau khi truyền 1-2ml người bệnh thấy khó thở, rét run, mạch nhanh, yếu, huyết áp hạ, tiểu huyết sắc tố, vô niệu, đau cột sống dữ dội …
- Xử trí: ngưng truyền, báo bác sỹ và ngân hàng máu đến định lại nhóm máu tại giường, nhanh chóng thực hiện các y lệnh thuốc, duy trì huyết áp tối đa > 80mmHg, theo dõi liên tục người bệnh.
- Thực hiện đúng các quy định pháp lý về truyền máu: mời nhân viên ngân hàng máu kiểm tra tại giường, niêm phong túi máu, lập biên bản.

3.2. Bất đồng nhóm máu các hệ khác:

- Các hệ khác bao gồm Rhesus, Lewis, N, M …
- Biểu hiện: rét run, hạ huyết áp, nước tiểu đỏ …
- Xử trí: ngưng truyền, báo bác sỹ.

3.3. Sốc phản vệ:

- Nguyên nhân: do protein huyết thanh, chất gây sốt trong dụng cụ …
- Biểu hiện: 20-30 phút sau khi truyền người bệnh có biểu hiện nhức đầu, mắc ói, khó thở, rét run kèm sốt , mạch yếu, vật vã, hốt hoảng …
- Xử trí: ngưng truyền, mời bác sỹ, chống sốc theo y lệnh (xem sốc phản vệ)

3.4. Rét run, nổi mề đay:

- Nguyên nhân: thường do các chất trung gian bạch cầu phóng thích.
- Biểu hiện: da nổi ban sẩn đỏ, ngứa, lạnh run …
- Xử trí: khóa túi máu, mời bác sỹ và thực hiện các y lệnh. Khi huyết áp và thể trạng người bệnh về bình thường thì tiếp tục truyền và theo dõi.

3.5. Sốc nhiễm trùng:

- Nguyên nhân: không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.
- Biểu hiện: giống truyền nhầm nhóm máu, người bệnh sốt cao > 40^0C, mất ý thức, vật vã, nôn ra máu …
- Xử trí: ngưng truyền, mời bác sỹ, chống sốc theo y lệnh (thường dùng noredrenalin).

3.6. Phù phổi cấp:

- Nguyên nhân: do truyền tốc độ quá nhanh.
- Người bệnh khó thở dữ dội, thở nhanh nông, sùi bọt hồng ở mũi, miệng, sắc mặt tím tái …
- Xử trí: ngưng truyền, báo ngay cho bác sỹ đồng thời chuẩn bị phương tiện, dụng cụ để cấp cứu.

3.7. Các tai biến muộn:

- Tắc mạch.
- Viêm gan.
- Sốt rét.
- Nhiễm HIV …

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1	Mang khẩu trang, rửa tay
2	Chuẩn bị dụng cụ
B. TIẾN HÀNH	
3	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích
4	Cho người bệnh tiêu, tiểu (nếu được)
5	Treo chai lên trụ, cho dịch vào ½ bầu đếm giọt
6	Đuổi khí trong dây truyền dịch vào bồn hạt đậu, khoá lại, để kim an toàn
7	Chọn tĩnh mạch thích hợp, kê gối kê tay (nếu cần)
8	Mang găng tay sạch
9	Buộc garô trên nơi tiêm 5cm
10	Sát khuẩn vùng tiêm rộng 5 cm
11	Tay căng da, tay cầm kim mặt vát lên trên, đâm xuyên qua da một góc 15^0 so với mặt da, luồn vào tĩnh mạch.
12	Bóp dây truyền thử có máu.
13	Tháo garô
14	Mở khoá cho dịch chảy (tốc độ chậm)
15	Cố định đốc kim, che kim bằng gạc vô khuẩn.
16	Cố định dây truyền, tháo găng tay.
17	Điều chỉnh giọt theo y lệnh.
C. KẾT THÚC	
18	Dặn người bệnh những điều cần thiết
19	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Trước khi truyền dịch cần hướng dẫn người bệnh:
   A. An no.
   B. Uống nước nhiều.
   C. Đi tiểu tiện.
   D. Làm vệ sinh thân thể sạch sẽ.
2. Chỉ định truyền máu đối với người mắc bệnh:
   A. Chấn thương sọ não
   B. Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng
   C. Viêm não
   D. Huyết áp cao
3. Chống chỉ định truyền dịch đối với người bệnh**:**
   A. Xuất huyết
   B. Bỏng
   C. Sau mổ
   D. Huyết áp cao
4. Phản ứng sinh vật được áp dụng trong trường hợp:
   A. Truyền dịch.
   B. Truyền máu
   C. Cho trẻ uống sabin
   Tiêm kháng sinh
5. Chai máu đem về buồng bệnh không được để lâu quá:
   A. 15 phút.
   B. 30 phút.
   C. 60 phút.
   D. 120 phút.
6. Thời gian truyền 250ml Metronidazol với tốc độ XL giọt/phút là:
   A. 250 phút.
   B. 275 phút.
   C. 2 giờ 5 phút.
   D. 2 giờ 15 phút.

RỬA TAY - MẶC ÁO - MANG GĂNG VÔ KHUẨN

CN. Trần Thị Nô
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày được khái niệm, mục đích của rửa tay, mặc áo choàng và mang găng vô khuẩn.***
2. ***Chuẩn bị dụng cụ và thực hiện đúng quy trình rửa tay, mặc áo và mang găng vô khuẩn***

ĐẠI CƯƠNG

Để tiến hành phẫu thuật, cần một nhóm làm việc với nhau gọi là ekíp mổ. Nhóm này gồm có phẫu thuật viên, phụ mổ, gây mê, tiếp dụng cụ … Đây là những người trực tiếp tiếp xúc với người bệnh.

Để đảm bảo vô khuẩn trước phẫu thuật, ekíp mổ phải tiến hành các thao tác tiệt khuẩn một cách nghiêm ngặt như rửa tay, mặc áo choàng, đeo khẩu trang, mang găng …

CÁC PHƯƠNG PHÁP RỬA TAY

1. Rửa tay nội khoa:

1.1. Ap dụng:

- Trước khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc người bệnh.
- Trước khi ăn.
- Sau khi đi vệ sinh, sau khi tiếp xúc với chất thải.

1.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Lavabo chuyên dụng, vòi nước có gạt.
- Xà phòng có chất diệt khuẩn.
- Hộp đựng khăn tay vô khuẩn, khăn lau tay sạch.
- Thùng hoặc túi đựng khăn bẩn.

1.3. Tiến hành:

- Mở vòi nước, làm ướt bàn tay, cho xà phòng vào lòng bàn tay.
- Chà hai lòng bàn tay vào nhau.
- Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại.
- Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay.
- Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia.
- Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại.

- Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại.
- Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay.
- Lấy khăn sạch thấm khô bàn tay, các kẽ ngón tay.
- Khóa vòi nước bằng khăn vừa dùng, bỏ khăn vào thùng thu gom khăn.

Chú ý: Mỗi bộ phận chà 5 lần, thời gian tối thiểu là 30 giây.

3. Rửa tay ngoại khoa:

3.1. Áp dụng:

- Trước khi tiến hành phẫu thuật.
- Trước khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc ngoại khoa như thay băng, rửa vết thương, cắt chỉ…
- Áp dụng đối với phẫu thuật viên, kỹ thuật viên dụng cụ, điều dưỡng …

3.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Đồng hồ.
- Lavabo, vòi nước chuyên dụng (có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân).
- Bàn chải vô khuẩn, xà phòng có chất diệt khuẩn.
- Đồ bấm móng tay.
- Hộp đựng khăn tay vô khuẩn.

3.3. Chuẩn bị điều dưỡng:

- Tháo bỏ đồ trang sức.
- Cắt ngắn móng tay.
- Đội mũ kín tóc và đeo khẩu trang.

3.4. Tiến hành:

3.4.1. Lần thứ nhất:

- Vén tay áo quá khuỷu 10-20 cm.
- Mở vòi nước.
- Làm ướt bàn tay, cẳng tay, trên khuỷu tay 5cm.
- Dùng bàn chải thứ nhất lấy xà phòng có chất sát khuẩn chà khắp bàn tay, các ngón tay lên đến tận khuỷu tay.
- Dùng bàn chải đánh rửa trong 5 phút các bộ phận: đầu ngón tay, kẽ ngón tay, cạnh ngón tay, lòng bàn tay, mu bàn tay, cổ tay, cẳng tay lên quá khuỷu 5-10cm.
- Bỏ bàn chải vào thùng đựng bàn chải bẩn.
- Rửa tay dưới vòi nước chảy từ bàn tay xuống khuỷu tay.

3.4.2. Lần thứ hai:

- Dùng bàn chải thứ hai đánh rửa như lần thứ nhất trong 5 phút.

3.4.3. Lần thứ ba:

- Dùng bàn chải thứ ba đánh rửa như lần thứ hai trong 5 phút.
- Bỏ bàn chải vào thùng đựng bàn chải bẩn.
- Để hai bàn tay hướng lên trên, xả thật nhiều nước để dội hết nước xà phòng, chất bẩn từ các ngón tay, bàn tay, cổ tay, khuỷu tay chảy xuống vòi nước.
- Lau tay bằng khăn khô vô trùng, lau khô tay từ ngón tay, lòng bàn tay, mu tay, cổ tay đến khuỷu tay. Khi lấy khăn lưu ý tránh nhỏ nước vào hộp.
- Bỏ khăn lau tay vào khay đựng khăn bẩn.
- Để tay trước ngực, tránh va chạm vào quần áo, các vật dụng xung quanh.

3.5. Những điểm cần lưu ý:

- Phải tháo tất cả các vật trang sức ở tay trước khi rửa tay.
- Trong suốt quá trình rửa hai bàn tay luôn giơ cao.
- Khăn lau tay chỉ dùng một lần.

MẶC VÀ CỞI ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN

1. Mục đích:

Mặc áo choàng vô khuẩn nhằm ngăn ngừa vi khuẩn từ thầy thuốc lây lan vào vùng phẫu thuật hoặc ngược lại, ngăn ngừa vi khuẩn từ các vùng phẫu thuật lây sang thầy thuốc.

Mặc áo choàng vô khuẩn áp dụng cho tất cả các trường hợp tiến hành phẫu thuật.

2. Dụng cụ:

- Áo choàng vô khuẩn được gấp đúng quy cách, mặt ngoài vào trong, hình đèn xếp, đựng trong hộp vô khuẩn.
- Kẹp kocher vô khuẩn.

3. Tiến hành:

3.1. Mặc áo:

- Người phụ: mở hộp áo đã hấp, dùng kẹp kocher vô khuẩn lấy áo đưa cho thầy thuốc.
- Thầy thuốc đón lấy áo choàng bằng cách hai tay cầm lấy bờ vai phía trong (mặt trái) của áo buông nhẹ xuống.
- Hai tay luồn vào 2 tay áo và đưa thẳng ra phía trước.
- Người phụ đứng sau lưng luồn tay vào mặt trái của áo kéo dây cổ áo lên và buộc lại.
- Thầy thuốc cầm 2 đầu dây khẩu trang đưa sang ngang và lên trên. Người phụ đón lấy vòng trên tai và buộc phía sau đầu.

- Thầy thuốc cầm 2 đầu dây lưng áo đưa sang ngang. Người phụ đứng phía sau đón lấy và buộc lại.

3.2. Cởi áo:

- Sau khi đã cởi bỏ găng.
- Tay phải nắm lấy vai áo bên trái, kéo áo ra. Tương tự với bên đối diện
- Cuộn áo mặc ngoài vào trong
- Bỏ áo vào chỗ để đồ vải bẩn.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Không được sờ vào mặt ngoài của áo choàng.
- Tay người phụ không được chạm vào tay, áo choàng của thầy thuốc.
- Trường hợp phải cởi áo giữa hai cuộc mổ thì cởi áo trước, cởi găng sau.

MANG GĂNG TAY VÔ KHUẨN

1. Mục đích:

Mang găng tay vô khuẩn để tránh đưa vi khuẩn vào cơ thể người bệnh hoặc ngược lại thông qua đôi tay của thầy thuốc khi phẫu thuật hoặc khi làm các thủ thuật.

Mang găng tay vô khuẩn áp dụng cho tất cả các trường hợp làm phẫu thuật và các thủ thuật vô khuẩn.

2. *Quy trình kỹ thuật*:

2.1. Dụng cụ:

- Đôi găng tay được để trong túi giấy vô khuẩn.

2.2. Mang găng:

2.2.1. Cách 1: có người phụ:

- Rửa tay và lau khô.
- Người phụ mở túi đựng găng và lấy phần giấy được bọc găng vô khuẩn bên trong túi mở ra theo đúng chiều tay phải và tay trái.
- Người phụ dùng hai tay mở rộng cổ găng.
- Thầy thuốc đưa nhẹ nhàng tay vào găng.
- Sau khi đã mang được cả hai găng thì thầy thuốc tự chỉnh găng.

2.2.2. Cách 2: tự mang găng:

- Rửa tay và lau khô.
- Lấy găng ra khỏi bao: dùng ngón tay cái và ngón trỏ của bàn tay này nắm vào mặt trong phần gấp của găng.
- Đưa bàn tay kia vào trong để mang găng.

- Đưa 4 ngón tay đã mang găng (chừa ngón tay cái) vào mặt dưới phần gấp của găng còn lại để nhấc lên.
- Mang găng vào tay còn lại.
- Lật cổ găng, điều chỉnh găng vào đúng vị trí.

2.3. Tháo găng:

- Tháo găng thứ 1: tay này nắm lấy mặt ngoài của găng kia chỗ cổ tay, kéo nhẹ ra, tránh đụng vào da cổ tay.
- Tháo găng thứ 2: tay đã cởi găng nắm mặt trong của găng bên chưa cởi kéo nhẹ ra.

MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG

- Rửa tay, đội nón.
- Lấy khẩu trang, mở ra.
- Đặt khẩu trang kín miệng và mũi.
- Buộc dây phía sau đầu và cổ.
- Quá hai giờ thay khẩu trang khác.
- Dùng xong mở khẩu trang bằng cách tháo dây buộc, không tiếp xúc với các bộ phận còn lại của khẩu trang.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA TAY NỘI KHOA

TT	NỘI DUNG
1	Tháo trang sức, quan sát móng tay (cắt ngắn)
2	Làm ướt bàn tay bằng nước,
3	Lấy dung dịch rửa tay cho vào lòng bàn tay
4	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau
5	Chà lòng bàn tay này lên lưng bàn tay kia và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại
6	Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay
7	Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia
8	Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại
9	Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay.
10	Lau khô tay

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA TAY NGOẠI KHOA

TT	NỘI DUNG
1.	Mặc áo choàng, đội nón che kín tóc. Tháo bỏ trang sức, cắt ngắn móng tay, đeo khẩu trang.
2.	Rửa tay thường quy (không lau tay)
3.	Dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ các đầu, kẽ và cạnh ngón tay theo chiều dọc hay xoắn ốc.
4.	Đánh cọ lòng và lưng bàn tay.
5.	Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm.
6.	Rửa sạch tay dưới vòi nước vô khuẩn.
7.	Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Trường hợp nào áp dụng kỹ thuật rửa tay nội khoa:
   A. Trước khi cho người bệnh ăn.
   B. Trước khi rửa vết thương.
   C. Trước khi phẫu thuật.
   D. Trước khi phụ mổ.
2. Trong các thao tác rửa tay nội khoa sau đây, thao tác nào thực hiện đầu tiên:
   A. Miết mạnh các kẽ ngón tay.
   B. Xoay đầu ngón tay vào lòng bàn tay.
   C. Chà mu bàn tay.
   D. Chà hai lòng bàn tay vào nhau.
3. Thao tác đánh bàn chải xà phòng trong rửa tay ngoại khoa thực hiện mấy lần:
   A. 1 lần.
   B. 2 lần.
   C. 3 lần.
   D. 4 lần.
4. Thao tác nào đúng trong kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn:
   A. Bác sỹ cầm bờ vai phía ngoài của áo.
   B. Người phụ đứng phía sau bác sỹ.
   C. Bác sỹ tự buộc dây khẩu trang.
   D. Bác sỹ tự buộc dây lưng áo.
5. Trong các thao tác tự mang găng sau đây, thao tác nào thực hiện đầu tiên:
   A. Đưa ngón tay vào mặt dưới phần gấp
   B. Ngón cái và trỏ nắm mặt trong.
   C. Lật cổ găng, điều chỉnh găng.
   D. Đưa các ngón tay vào trong găng.

CHUẨN BỊ GIƯỜNG BỆNH

ĐD. Phan Thị Ánh Gương
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được tầm quan trọng của việc trải giường.***
2. ***Nêu được nguyên tắc trải giường và phân loại giường bệnh.***
3. ***Mô tả quy trình kỹ thuật trải giường.***

ĐẠI CƯƠNG

Giường bệnh là nơi nghỉ ngơi, khám bệnh, điều trị và sinh hoạt của người bệnh. Một số người bệnh không có khả năng ra khỏi giường nên việc nuôi dưỡng, tắm rửa hay đại tiểu tiện đều phải tiến hành tại giường. Vì vậy, việc chuẩn bị giường bệnh khá quan trọng. Chuẩn bị giường cẩn thận, chu đáo sẽ tạo sự thoải mái và giúp ích rất nhiều trong điều trị.

1. Nguyên tắc chung:

- Không được sử dụng vải trải bị rách.
- Không được sử dụng vải trải giường cho mục đích khác.
- Kiểm tra đồ vải trước khi thay vì người bệnh có thể để những đồ vật có giá trị ở dưới vải trải hoặc trong giỏ.

2. Nguyên tắc đảm bảo vệ sinh:

- Không được giũ tung vải trải giường. Giũ vải sẽ làm phát tán mầm bệnh, gây lây lan cho những người trong buồng bệnh và bản thân.
- Không được vứt bỏ vải bẩn dưới sàn nhà, phải bỏ vào túi đựng vải bẩn. Túi để đồ vải bẩn ở xa buồng bệnh.
- Không được để đồ vải chạm vào quần áo của điều dưỡng.

3. Nguyên tắc đảm bảo kỹ thuật:

- Giường phải trải phẳng, căng và tấn sâu dưới đệm.
- Giường nệm phải có vải trải, nylon và vải lót.
- Không được để người bệnh nằm trực tiếp trên tấm nylon, phải có vải lót lên trên.
- Trải xong bên này rồi mới sang bên kia làm tiếp, Tránh di chuyển nhiều.

PHÂN LOẠI

1. Các loại giường và phương tiện:

1.1. Giường thông thường:

Giường được cấu tạo đơn giản, gọn, dễ di chuyển, tẩy uế … thường dùng khung sắt, ống rỗng, đầu giường có bậc nâng cao-thấp, chân có bánh xe bọc cao su. Kích thước: dài 1.8m -2m, rộng 0.8m -1m, cao 0.6m.

1.2. Giường hiện đại:

Giường làm bằng Inox, ống rỗng, chân có bánh xe bọc cao su dễ di chuyển, giát giường làm bằng lò xo, hai bên giường có thanh chắn để đảm bảo an tòan cho người bệnh.

Giường có nhiều tính năng, tác dụng.

Giường có nút ấn hoặc tay quay để điều chỉnh cao thấp khác nhau, có 4 cọc ở 4 góc giường dùng để treo chai dịch truyền hay mắc màn khi cần.

1.3. Các phương tiện kèm theo:

- Đệm phẳng nhẹ xốp, vải bọc đệm làm bằng vải bền dể tẩy uế.
- Vải trải giường, tấm nylon, vải phủ.
- Mền (vải đắp), gối, áo gối.

2. Phân loại:

2.1. Giường trống:

2.1.1. Giường kín:

Là giường đợi người bệnh. Giường được chuẩn bị sau khi đã làm vệ sinh khoa phòng.

2.1.2. Giường mở:

Gồm 2 loại:

- Giường nội khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chăn được gấp làm 3 nếp về phía cuối giường.
- Giường ngoại khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chăn được xếp làm 3 nếp theo chiều dọc của giường.

2.2. Giường có người bệnh:

Người bệnh nằm nghĩ hoàn toàn trên giường đã được đắp chăn. Các phần vải còn lại 2 bên được dắt xuống đệm.

KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG

1. Trải giường đợi bệnh:

1.1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Vải trải giường, gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngòai.
- Vải nylon.
- Vải phủ nylon.
- Chăn gấp mặt phải ra ngoài.
- Gối và áo gối.

1.2. Tiến hành:

- Sắp xếp ghế, tủ, bàn, đệm cho gọn.

- Điều chỉnh giường, đệm ngay ngắn, cao thấp vừa phải. Nếu giường có bánh xe thì khóa lại.
- Sắp xếp dụng cụ theo thứ tự sử dụng.
- Đặt vải lên 1/4 về phía đầu giường, sau đó trải 1/2 dọc giường và trải đều lên mặt đệm.
- Kéo vải trải phẳng về phía hai đầu đệm và nhét chặt xuống dưới đệm, gập vuông góc hai đầu đệm.
- Trải nylon và vải lót, nhét vải thừa ở hai bên xuống đệm.
- Đi về phía cuối giường, sang bên kia giường, thực hiện phần còn lại tương tự như bên đã gấp.
- Kéo căng phẳng vải và nhét sâu phần vải thừa ở giữa giường xuống đệm.
- Trải chăn:
- Trải chăn cách đầu đệm phía đầu giường khoảng 20cm.
- Nhét phần chăn còn lại phía cuối giường, xuống dưới đệm, gấp góc cuối đệm, mép chăn ở hai bên giường buông thõng.
- Lồng áo gối và xếp gối lên đầu giường.
- Xếp đặt ghế, tủ gọn gàng.

2. Trải giường ngoại khoa đợi bệnh:

2.1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Giống như trải giường nội khoa.
- Thêm khay hạt đậu, vài miếng gạc và khăn lau miệng.
- Những tấm nylon và vải phủ phải kín bằng mặt đệm.

2.2. Tiến hành:

- Cách trải giống kỹ thuật trải giường nội khoa nhưng vải nylon và vải phủ trên tấm nylon phải phủ kín mặt đệm.
- Trải chăn:
  - Chăn được gấp làm ba phần về một bên chiều dọc của giường.
  - Mép chăn còn lại nhét xuống đệm.
- Đặt khay hạt đậu, gạc, khăn lau miệng lên tủ đầu giường.
- Sắp xếp ghế, tủ đầu giường gọn gàng..

3. Trải giường có người bệnh:

3.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích, động viên người bệnh trước khi làm.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Vải trải giường, gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngòai.
- Vải nylon, vải phủ lên tấm nylon.

- Chăn gấp theo chiều dọc, mặt phải ra ngoài.
- Gối và áo gối.
- Găng tay (nếu cần).
- Túi đựng dồ dơ.
- Phiếu theo dõi.

3.3. Tiến hành:

- Sắp xếp ghế, tủ, bàn, đệm cho gọn.
- Tắt quạt, đóng cửa để tránh gió lùa (nếu trời lạnh), khóa bánh xe lại.
- Thay chăn: đặt chăn phủ đã gấp theo kiểu đèn xếp lên trước ngực, giữ một mép của chăn phủ, keo mép chăn phủ còn lại cùng chăn đắp của người bệnh xuống phía chân.
- Bỏ chăn đắp của người bệnh ra ghế.
- Đặt người bệnh nằm về một bên giường.
- Thaó vải dơ, cuộng mặt dơ vào trong đến 1/2 giường, để sát cạnh lưng người bệnh.
- Đặt vải lên 1/4 về phía đầu giường, sau đó trải đều 1/2 dọc giường. Cuộn nửa vải trải đặt sát lưng người bệnh.
- Kéo phẳng, nhét chặt vải trải xuống dưới hai đầu đệm và gấp vuông góc, nhét sâu phần vải còn lại ở bên mép giường xuống dưới đệm.
- Đặt vải trải nylon và vải lót vào 1/3 giữa giường, nửa bên đối diện cuộn lại, đặt cạnh lưng người bệnh. Nếu trải giường ngoại khoa thì thì vải nylon và vải lót trải rộng khắp mặt đệm.
- Nhét sâu phần vải và nylon ở bên mép giường xuống đệm.
- Chuyển người bệnh về bên giường vừa trải xong.
- Đi về phía cuối giường, sang bên kia giường, tháo phần vải dơ cho vào túi đựng đồ dơ.
- Kéo phần vải trải, nhét xuống hai đầu đệm, gấp vuông góc, nhét sâu phần vải thừa ở giữa giường xuống đệm.
- Kéo phẳng, nhét sâu phần vải, nylon ở giữa giường xuống dưới đệm.
- Chuyên người bệnh nằm lại giữa giường.
- Thay chăn đắp cho người bệnh, nhét mép chăn xuống dưới đệm, kéo rộng chăn về phía chân người bệnh để tiện co duỗi chân.
- Thay áo gối.
- Xếp đặt ghế, tủ gọn gàng.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Phải giải thích cho người bệnh và thân nhân biết.

- Đảm bảo sự an tòan cho người bệnh đặc biệt là người bệnh khó thở phải duy trì tư thế Fowler, người bệnh sau mổ gãy xương đùi, liệt, xuất huyết não, vỡ xương chậu … Cần chuyển người bệnh sang một bên nhẹ nhàng, thích hợp tùy theo tình trạng người bệnh.
- Sắp xếp dụng cụ theo thứ tự, bề sống ra ngoài.
- Tránh di chuyển nhiều lần, hoàn tất một bên rồi tiếp bên kia.
- Kéo thật thẳng vải trải trước khi tấn sâu phần dư dưới nệm.
- Khi thực hiện phần dưới thấp, điều dưỡng nên cong đầu gối và giữ lưng luôn luôn thẳng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẰM VỚI MỘT VẢI TRẢI

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang
2.	Sắp xếp dụng cụ đầy đủ, bề sống ra ngoài
B. TIẾN HÀNH	
3.	Báo và giải thích cho người bệnh
4.	Xếp bàn ghế, tắt quạt, kéo thẳng nệm, khoá bánh xe chân giường
5.	Cho người bệnh nằm một bên giường an toàn
6.	Tháo vải dơ vào trong nhét dưới lưng người bệnh
7.	Đặt vải trải giường, sóng đôi ở giữa giường (lai lớn đầu giường)
8.	Xếp rẻ quạt 1/2 vải trải ra giữa giường
9.	Bọc 2 đầu nệm
10.	Làm góc 2 đầu nệm
11.	Tấn vải dư từ giữa giường ra 2 đầu
12.	Đỡ người bệnh về 1/2 giường đã trải xong
13.	Qua bên kia giường tháo vải dơ, thực hiện 1/2 giường còn lại
14.	Lặp lại giống các bước 8, 9, 10
15.	Cho người bệnh nằm lại giữa giường.
16.	Thay áo gối
17.	Sắp xếp lại bàn ghế, tủ đầu giường
18.	Báo cho người bệnh biết việc đã xong
C. KẾT THÚC	
19.	Dọn dẹp dụng cụ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Khi thay vải trải giường, vải lót nylon đặt ở:
   A. 1/3 giữa giường
   B. 1/4 giữa giường
   C. Phía đầu giường
   D. Phía chân giường.
2. Khi thay vải trải giường cho người bệnh liệt, nên cho người bệnh nằm tư thế:
   A. Nghiêng một bên giường.
   B. Ngữa một bên giường
   C. Nghiêng giữa giường
   D. Ngửa giữa giường
3. Đây là những nguyên tắc khi trải giường, NGOẠI TRỪ:
   A. Không giũ tung vải trải.
   B. Không vứt vải bẩn dưới sàn nhà.
   C. Trải hai bên cùng lúc.
   D. Tránh di chuyển nhiều.
4. Giường đã chuẩn bị xong, chăn xếp làm 3 nếp theo chiều dọc. Đây là giường:
   A. Kín.
   B. Giường mở nội khoa.
   C. Giường mở ngoại khoa.
   D. Giường có người bệnh.
5. Trải chăn cách đầu đệm phía đầu giường khoảng:
   A. 10cm.
   B. 20cm.
   C. 30cm.
   D. 40cm.

CHĂM SÓC VỆ SINH CHO NGƯỜI BỆNH

ĐD. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày được mục đích giữ vệ sinh cho người bệnh.***
2. ***Nêu được những công việc cần thực hiện để chăm sóc vệ sinh hằng ngày cho người bệnh.***

ĐẠI CƯƠNG

Khi bị bệnh, vệ sinh thân thể kém sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể như qua da, niêm mạc ... gây ảnh hưởng không tốt đến việc điều trị bệnh.

Vì vậy, cần giữ vệ sinh cho người bệnh tốt, góp phần phòng tránh các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra đồng thời rút ngắn thời gian điều trị.

CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG THÔNG THƯỜNG

Chăm sóc răng miệng áp dụng cho người bệnh tỉnh táo, nhưng không đi lại được, nhằm mục đích:

- Giữ răng miệng luôn sạch sẽ, giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu, ăn ngon
- Phòng chống viêm răng, lợi, nhất là tổn thương ở miệng.

1. Chuẩn bị người bệnh:

Báo và giải thích cho người bệnh hiểu về việc chăm sóc răng miệng.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bàn chải đánh răng, kem đánh răng.
- Khăn mặt, ly súc miệng.
- Khay quả đậu.
- Khăn lông to.

3. Kỹ thuật tiến hành:

- Đỡ người bệnh ngồi dậy.
- Quàng khăn lông vào cổ, tránh ướt áo.
- Đặt khay quả đậu ở miệng người bệnh.
- Làm ướt bàn chải và bôi kem lên bàn chải.
- Đưa nước và bàn chải cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh tự đánh răng: chải hàm trên từ trên xuống, hàm dưới chải từ dưới lên, chải các kẽ răng. Răng hàm đánh theo chiều ngang.
- Khi xong cho người bệnh súc miệng lại cho sạch.
- Lau miệng lại cho người bệnh.

- Dọn dẹp dụng cụ.
- Cho người bệnh nằm nghĩ.
- Ghi hồ sơ: tình trạng răng miệng, ngày giờ săn sóc răng miệng, tên điều dưỡng thực hiện.

CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

1. Chăm sóc người bệnh có răng giả:

1.1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bàn chải đánh răng, kem đánh răng.
- Khăn mặt.
- Ly súc miệng.
- Khai quả đậu.
- Khăn lông to.
- Cốc đựng răng giả, dung dịch sát khuẩn, gạc.

1.2. Kỹ thuật tiến hành:

- Dùng gạc lót tay tháo răng giả, rửa ngâm dung dịch sát khuẩn.
- Cho người bệnh súc miệng, lấp răng giả cho người bệnh

2. Vệ sinh răng miệng cho người bệnh nặng, hôn mê:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích hướng dẫn cho người nhà chăm sóc răng miệng người bệnh.
- Nếu lưỡi đóng trắng bôi glycerin hoặc nước cốt chanh 15 phút trước săn sóc.
- Môi khô thoa vaseline 15phút trước khi săn sóc.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Một chén chun dung dịch NaCl 0,9%.
- Một chén chun nước cốt chanh hoặc glycerin.
- Bông gòn.
- Gạc.
- Kềm kelly
- Que đè lưỡi.
- Khăn mặt, khăn lông to.
- Khay quả đậu.

2.3. Kỹ thuật tiến hành:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng một bên.
- Quàng khăn qua cổ.
- Đặt khay quả đậu dưới má.

- Dùng que đè lưỡi mở miệng.
- Dùng kềm gấp gòn thấm dung dịch nước muối sinh lý 0,9% lau sạch răng, má (người bệnh) vòm họng, mặt trên, dưới lưỡi người bệnh.
- Bôi vaselin vào môi chống khô môi.
- Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ: tình trạng răng miệng, tên điều dưỡng thực hiện.

RỬA MẶT CHO NGƯỜI BỆNH

1. Dụng cụ:

- Nước ấm.
- Khăn mặt.

2. Tiến hành:

- Báo và giải thích cho người bệnh.
- Dùng khăn ướt lau mắt từ trong ra ngoài.
- Lau mặt: từ trán, hai má, miệng, cằm, cổ, gáy.

VỆ SINH VÙNG ĐÁY CHẬU

- Che bình phong.
- Trải nylon dưới mông người bệnh.
- Phủ khăn, bỏ quần người bệnh ra.
- Đặt bô dưới mông.
- Dội nước rửa cho người bệnh.
- Lau khô lại vùng mông cho người bệnh.
- Thu dọn dụng cụ.
- Mặt quần cho người bệnh.

GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH

1. Mục đích:

- Làm cho tóc và da đầu sạch.
- Kích thích tuần hoàn da đầu.
- Phòng được các bệnh ở da đầu.

2. Ap dụng:

- Được áp dụng cho người bệnh nằm lâu không tự gội đầu được.
- Không áp dụng cho người bệnh sốt cao, mê sảng, co giật, đang trong cơn đau, trong tình trạng trụy mạch.

3. Chuẩn bị người bệnh:

3.1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Thau nước ấm, ca múc nước.
- Xà phòng.
- Khăn lông to, khăn nhỏ.
- Lược.
- Tấm nylon.
- Máng chữ U.
- Bông gòn đen.

3.2. Tiến hành:

- Đem dụng cụ đến giường bệnh (báo và giải thích).
- Trải tấm nylon lên gối.
- Đặt máng chữ U.
- Nâng đầu người bệnh đặt lên trên lòng máng, đầu thấp hơn vai.
- Quàng khăn ở cổ.
- Gấp khăn, đặt lên trán người bệnh.
- Đặt bông gòn đen vào tai người bệnh.
- Chải tóc cho người bệnh.
- Dội nước cho ướt tóc.
- Xoa dầu gội đầu lên tóc.
- Dội nước nhiều lần cho sạch.
- Gội xong lấy khăn lau mặt cho người bệnh.
- Bỏ bông gòn ở tai, bỏ máng chữ U, khăn quàng cổ.
- Dùng khăn lông lau tóc, chải tóc.
- Đặt người bệnh nằm lại thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ: rửa sạch.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thực hiện, tình trạng tóc và da đầu, tên người điều dưỡng thực hiện.

Lưu ý: nếu đầu người bệnh có vết thương thì đắp gạc vaselin lên vết thương trước khi gội.

TẮM CHO NGƯỜI BỆNH

1. Mục đích:

- Giữ da luôn sạch, đem lại sự thỏai mái cho người bệnh.
- Giúp cho sự bài tiết da dễ dàng.
- Phòng tránh được lở loét và nhiễm khuẩn da.

2. Ap dụng:

- Được áp dụng cho người bệnh nằm lâu, gãy xương, liệt, sau phẩu thuật.
- Không áp dụng cho người bệnh quá nặng (người bệnh đang trụy mạch, sốc…), đa vết thương.

3. Tắm cho người bệnh nhẹ:

- Kiểm tra mạch, huyết áp ổn định, người bệnh không có bệnh động kinh cho tắm ở bể tắm.
- Nếu người bệnh không tự làm được thì người điều dưỡng phải giúp người bệnh tắm.
- Chú ý: nên tắm trước bữa ăn hoặc trước khi đi ngủ.
- Rửa mặt, gội đầu, tắm hai chi trên, mình, hai chi dưới rồi rửa bộ phận sinh dục, hậu môn.
- Tắm xong lau khô, mắt đủ quần áo, đắp chăn cho người bệnh.

4. Tắm tại giường:

4.1. Áp dụng cho người bệnh nặng không đi lại được.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Quần áo.
- Hai khăn lông lớn, hai khăn nhỏ.
- Vải trải giường.
- Thau nước ấm, xà phòng (nếu cần).
- Bình phong.
- Cồn.
- Phấn tale.
- Thùng đựng đồ bẩn.
- Bô dẹt (nếu cần).

4.3. Tiến hành:

- Đem dụng cụ đến giường, đóng cửa sổ, tắt quạt.
- Che bình phong.
- Phủ khăn đắp.
- Bỏ quần áo bẩn của người bệnh vào thùng đựng đồ bẩn.
- Dùng khăn ướt rửa mặt.
- Lau tai, cổ, gáy …
- Tắm hai tay đến nách – bàn tay.
- Ngực, bụng.
- Lưng, mông.

- Hai chân đến bẹn, bàn chân.
- Rửa bộ phận sinh dục, hậu môn.
- Dùng cồn hoặc phấn tale xoa bóp vùng lưng và những nơi xương lồi ra.
- Mặc quần áo cho người bệnh.
- Thu dọn dụng cụ.
- Thay vải trải.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ tắm, tình trạng người bệnh, tên điều dưỡng thực hiện.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI TÓC TẠI GIƯỜNG

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho người bệnh biết
2.	đóng cửa tránh gió lùa, tắt quạt
3.	Cho người bệnh nằm xéo trên giường, đầu sát cạnh giường, đắp mền cho người bệnh (nếu cần)
4.	Mang áo gối cao su vào gối
5.	Đặt gối giúp người bệnh thoải mái (ở dưới vai)
6.	Đặt xô để hứng nước chảy ra (lót giấy nếu để dưới đất)
7.	Choàng khăn qua cổ người bệnh (khăn xếp rẻ quạt)
8.	Đặt máng dưới đầu người bệnh
9.	Chải suông tóc
10.	Che trán bằng khăn nhỏ
11.	Nhét bông không thấm nước vào 2 lỗ tai
12.	Làm ước tóc với nước xong chế xà bông
13.	Chà xát khắp đầu và tóc bằng những đầu ngón tay
14.	Dội nước lên tóc, xả lại nhiều lần cho tóc thất sạch
15.	Chế nước chanh lên tóc rồi xả nước sạch lại (nếu cần)
16.	Lấy bông ở tai ra
17.	Lấy khăn che trán, lau trán và tai
18.	Tháo máng, khéo khăn bao tóc
19.	Cho người bệnh nằm trên gối hoặc ngồi thoải mái
20.	Làm khô tóc và chải suông
21.	Sửa lại giường bệnh và sắp xếp gọn gàng vùng phụ cận
22.	Thu dọn dụng cụ đem về phòng làm việc
23.	Ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Tắm bệnh tại giường áp dụng cho người bệnh:
   A. Tỉnh táo.
   B. Trong tình trạng nặng.
   C. Không đi lại được.
   D. Đang sốt.
2. Tắm bệnh tại giường giúp phòng ngừa được bệnh:
   A. Viêm phổi.
   B. Loét da.
   C. Ngứa.
   D. Nhiễm trùng da.
3. Gội đầu tại giường được áp dụng cho người bệnh:
   A. Tỉnh táo bình thường
   B. Trong tình trạng nặng
   C. Nằm lâu không đi lại được
   D. Hấp hối
4. Đầu người bệnh có vết thương khi gội tóc, Điều dưỡng cần lưu ý:
   A. Rửa vết thương trước
   B. Rửa vết thương sau
   C. Đắp gạc vaselin vết thương rồi gội
   D. Không gội tóc quá lâu.
5. Dung dịch sát khuẩn không được dùng cho người bệnh súc miệng:
   A. Nước oxy già.
   B. Cồn
   C. Nước cất.
   D. Nước muối sinh lý.
6. Vệ sinh răng miệng cho người bệnh hôn mê, Điều dưỡng cần lưu ý
   A. Thực hiện thường xuyên
   B. Dụng cụ vô trùng
   C. Dùng bông gòn với nước muối
   D. Không để nước muối vào khí quản
7. Trong khi chăm sóc răng miệng, môi người bệnh khô nên bôi:
   A. Glycerin.
   B. Vaselin.
   C. Mỡ Tetracylin.
   D. Mỡ Betadin.
8. Dung dịch sát khuẩn không được dùng để rửa bộ phận sinh dục khi thông tiểu:
   A. Betadin.
   B. Nước cất.
   C. Natri clorua 0,9%
   D. Cồn.

KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM LÀM XÉT NGHIỆM

CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu tầm quan trọng của việc lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm***
2. ***Kể được tác dụng của từng loại xét nghiệm***
3. ***Mô tả đúng quy trình lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm***

ĐẠI CƯƠNG

Trong việc khám chữa bệnh, ngoài việc khai thác các dấu hiệu lâm sàng, để chẩn đoán chính xác bệnh còn cần phải tiến hành các xét nghiệm.

Tiến hành các xét nghiệm nhằm mục đích:

- Giúp cho việc chẩn đoán và theo dõi bệnh được chính xác, khách quan.
- Giúp việc điều trị bệnh đạt hiệu quả cao hơn.

Để kết quả xét nghiệm chính xác, người điều dưỡng phải tuyệt đối tuân thủ các thao tác kỹ thuật khi lấy mẫu bệnh phẩm.

KỸ THUẬT LẤY MÁU

Xét nghiệm máu là xét nghiệm cơ bản và quan trọng vì máu liên hệ và chịu ảnh hưởng của tất cả các bệnh của các tổ chức cơ quan trong cơ thể.

Xét nghiệm máu có nhiều phương diện: vật lý, sinh hoá, tế bào, huyết thanh, nhiễm vi khuẩn và ký sinh trùng …

Có 2 cách: lấy máu tĩnh mạch và mao mạch

1. Lấy máu tĩnh mạch:

Thường lấy ở tĩnh mạch khuỷu tay, trường hợp cấp cứu có thể lấy ở tĩnh mạch bẹn. Đối với trẻ có thể lấy ở tĩnh mạch thái dương hoặc cổ. Cách lấy máu này áp dụng cho các xét nghiệm cần nhiều máu (từ 0,5 ml trở lên).

1.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Đối chiếu hồ sơ, tên, tuổi, số giường, số buồng …
- Giải thích cho người bệnh sự cần thiết lấy máu làm xét nghiệm, nói rõ số lượng máu định lấy để bệnh nhân yên tâm.
- Báo cho người bệnh biết trước để người bệnh nhịn ăn sáng và nghỉ ngơi.
- Để người bệnh nằm tư thế thoải mái, trẻ nhỏ thì phải có người giữ.

1.2. Chuẩn bị dụng cụ:

1.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Bơm tiêm: tuỳ theo số lượng chọn bơm tiêm phù hợp.

1.2.2. Dụng cụ khác:

- Cồn 70^0, cồn iod.
- Bông gòn.
- Ong nghiệm
- Gối kê tay.
- Dây garot.
- Kẹp kocher.
- Khay chữ nhật.
- Hộp đựng vật sắc nhọn.
- Găng tay.
- Phiếu xét nghiệm, hồ sơ bệnh án.

1.3. Tiến hành:

- Để bệnh nhân nằm tư thế thoải mái, vị trí lấy máu để sát ra cạnh giường
- Lót gối kê tay, buộc dây garot
- Sát khuẩn vị trí lấy máu từ trong ra ngoài hình xoắn ốc bằng cồn 70^0
- Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đâm kim chếch 30^0 so với mặt da vào tĩnh mạch.
- Khi thấy máu trào ra thì tháo dây garot.
- Rút nhẹ nòng bơm tiêm, lấy đủ lượng máu. Theo dõi sắc mặt người bệnh.
- Tháo dây garo, rút kim, sát khuẩn lại vị trí lấy máu, bảo người bệnh gập tay lại.
- Tháo kim, tay trái cầm ống nghiệm nghiêng 45^0, bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu.
- Lắc nhẹ ống máu và đậy nút ống nghiệm.
- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ: tháo găng, rửa tay …
- Gửi bệnh phẩm.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ, số lượng máu, loại xét nhgiệm, tên người thực hiện.

1.4. Những điểm cần lưu ý:

- Chỉ lấy máu khi có chỉ định.
- Chuẩn bị cẩn thận người bệnh trước khi lấy máu.
- Kỹ thuật cần đảm bảo vô khuẩn, một số xét nghiệm cần lấy máu ngay tại phòng xét nghiệm: Sinh hóa …

2. Lấy máu mao mạch:

Thường lấy máu ở đầu ngón tay hoặc dái tai. Phương pháp này áp dụng cho các trường hợp sau:

- Tìm ký sinh trùng sốt rét.
- Tìm ấu trùng giun chỉ.
- Làm phản ứng chéo.
- Đếm số lượng hồng cầu, bạch cầu.

Khi lấy máu cần chú ý:

- Lấy máu tìm ký sinh trùng sốt rét: lấy máu khi người bệnh sốt.
- Tìm ấu trùng giun chỉ: lấy vào lúc 12 giờ trưa hoặc 24 giờ đêm.
- Đếm số lượng hồng cầu, bạch cầu: lấy vào buổi sáng khi chưa ăn uống gì.

2.1. Chuẩn bị người bệnh: như lấy máu tĩnh mạch

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- 5 phiến kính sạch, khô.
- Kim vô khuẩn.
- Bông gồn cồn, gòn khô.
- Bút chì, túi giấy.
- Găng tay.
- Khay hạt đậu.
- Phiếu xét nghiệm, hồ sơ bệnh án.

2.3. Tiến hành:

- Sát khuẩn đầu ngón tay đeo nhẫn hoặc dái tai người bệnh, vuốt nhẹ ngón tay cho máu dồn xuống đầu ngón tay.
- Dùng ngón cái và ngón trỏ bóp chặt đầu ngón tay người bệnh.
- Dùng kim trích một bên đầu ngón tay với động tác nhanh, vết trích vừa phải đủ sâu không quá 2 mm, lau bỏ giọt máu đầu.
- Áp nhẹ mặt dưới lam kính xuống đầu ngón tay người bệnh đủ cho máu dính vào lam kính thành một vòng tròn đường kính khoảng 5 mm.
- Lấy 2 giọt như vậy gần nhau khoảng 1/3 ngoài theo chiều dọc lam kính.
- Sau khi lấy máu xong, sát khuẩn vết trích bằng bông cồn. Hướng dẫn người bệnh tự ép sát đầu ngón tay.
- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ: tháo găng, rửa tay …
- Gửi bệnh phẩm.
- Ghi hồ sơ.

KỸ THUẬT LẤY ĐỜM, PHÂN, MỦ ĐỂ XÉT NGHIỆM

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Kiểm tra tên người bệnh với hồ sơ.

- Thông báo, giải thích, động viên để người bệnh hợp tác.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Bơm kim tiêm.
- Tăm bông, que vô khuẩn, kẹp.

2.1. Dụng cụ khác:

- Lọ nhỏ hấp hoặc luộc.
- Phiến kính hay ống nghiệm.
- Đèn cồn.
- Khay hạt đậu.

3. Kỹ thuật lấy đờm làm xét nghiệm:

3.1. Mục đích: lấy mẫu bệnh phẩm tìm BK, các vi trùng khác ở đường hô hấp

3.2. Tiến hành:

- Cho người bệnh đánh răng, súc miệng.
- Bảo người bệnh ho mạnh, khạc đờm vào vật chứa.
- Dùng que lấy một chút đờm cho vào ống tiệt khuẩn, đậy kín lại. Có thể dùng tăm bông quệt vào miệng, niêm mạc họng rồi phết lên lam kính hoặc để tăm bông vào ống nghiệm tiệt khuẩn.
- Ghi nhãn vào ống nghiệm, gửi lên phòng xét nghiệm.
- Thu dọn dụng cụ.

4. Kỹ thuật lấy phân làm xét nghiệm:

4.1. Mục đích:

- Làm các xét nghiệm sinh hoá như sắc tố mật, mỡ ...
- Tìm vi khuẩn và ký sinh trùng đường ruột.
- Áp dụng trong những bệnh về tiêu hoá, gan, tuỵ …

4.2. Tiến hành:

- Cho người bệnh đi tiểu, hứng nước tiểu riêng. Trường hợp cấy vi khuẩn thì dùng bồn hạt đậu vô khuẩn và phải rửa hậu môn trước.
- Cho người bệnh đi cầu vào bô dẹt (không lẫn nước tiểu).
- Dùng que sạch lấy phân (khoảng 10-15g) ngay giữa bãi phân hoặc nơi nghi ngờ (nơi có đờm, máu, mủ trong bệnh lỵ).
- Cho phân vào lọ và đậy kín.
- Ghi nhãn: tên người bệnh, số giường, số phòng.
- Thu dọn dụng cụ.
- Gửi bệnh phẩm lên phòng xét nghiệm.

4.3. Lưu ý:

- Nếu cần tìm giun kim, trứng giun kim thì dùng tăm bông cho vào hậu môn ngoáy rối phết lên kính.
- Khi xét nghiệm tìm amib: trời lạnh phải gửi lọ phân ngay lên phòng xét nghiệm.
- Trường hợp tìm máu trong phân, người bệnh phải kiêng ăn thịt nạt và không dùng thức ăn, nước uống có màu dễ nhầm lẫn với máu trong 24 giờ.
- Không lấy phân lẫn nước tiểu.

5. Kỹ thuật lấy mủ làm xét nghiệm:

5.1. Mục đích:

- Tìm các vi khuẩn gây mủ để điều trị bệnh, làm kháng sinh đồ.
- Áp dụng trong các vết thương có mủ như áp xe vỡ hoặc chưa vỡ, lỗ rò...

5.2. Tiến hành:

5.2.1. Phương pháp phết lên kính:

- Mở vết thương, dùng tăm bông vô khuẩn lấy ít mủ.
- Phết lên lam kính và để khô.
- Rửa và băng vết thương lại.

5.2.2. Phương pháp bỏ vào ống nghiệm:

- Dùng bơm tiêm hút mủ, cho vào ống nghiệm.
- Hoặc dùng tăm bông lấy mủ cho vào ống nghiệm

KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU XÉT NGHIỆM

Xét nghiệm nước tiểu có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán các bệnh về thận, gan, tuyến nội tiết, thai ngén, về nhiễm khuẩn và ký sinh trùng. Tuỳ theo yêu cầu phải lấy nước tiểu trong suốt 24 giờ hoặc chỉ lấy một ống nghiệm (20 ml)

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Phải dặn trước người bệnh ngày giờ lấy nước tiểu. Nếu lấy nước tiểu 24 giờ cần dặn người bệnh lấy nước tiểu khi đại tiện.
- Nữ đang hành kinh nếu cần lấy nước tiểu để xét nghiệm thì phải thông bàng quang.
- Trước khi tiến hành lấy nước tiểu phải vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Một bộ dụng cụ như thông tiểu.
- Ong nghiệm, giá đựng ống nghiệm.
- Bình chứa nước tiểu.
- Tấm nylon.
- Bình phong.

3. Tiến hành:

3.1. Lấy nước tiểu 24 giờ:

3.1.1. Ap dụng:

Người bệnh bị bệnh thận hoặccó biểu hiện lâm sàng về bệnh thận nhưng làm các xét nghiệm thông thường cho kết quả bình thường.

3.1.2. Kỹ thuật tiến hành:

- Khoảng 8 giờ sáng cho người bệnh đi tiểu hết và ghi giờ.
- Lấy bình sạch ghi họ tên người bệnh, giường bệnh.
- Cho các dung dịch chống phân huỷ vào bình như thymol 1%, phenol …
- Dặn người bệnh phải đi tiểu vào bô, kể cả lúc đại tiện.
- Để bình nước tiểu nơi mát, đậy kín.
- Đến 8 giờ sáng hôm sau bảo người bệnh đi tiểu lần cuối vào bình.
- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Lắc đều và lấy 50 ml nước tiểu gửi lên phòng xét nghiệm.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ, ghi số lượng nước tiểu trong ngày vào bảng mạch nhiệt

3.2. Lấy nước tiểu thông thường làm xét nghiệm:

3.2.1. Ap dụng:

Người bệnh bị bệnh thận, người bệnh đang mang thai.

3.2.2. Kỹ thuật tiến hành:

- Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng hoặc nước sát khuẩn và nước chín.
- Cho người bệnh đi tiểu, bỏ phần nước tiểu đầu, lấy nước tiểu giữa bãi cho vào ống nghiệm. Lấy khoảng 2/3 ống nghiệm, đậy nút ống nghiệm lại.
- Ghi nhãn ống nghiệm.
- Ghi phiếu xét nghiệm và gửi kèm với nước tiểu lên phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

3.3. Lưu ý:

- Để tránh bị phân huỷ cần cho phenol hoặc Thymol 1% 1ml vào100ml nước tiểu (1 giọt phenol trong 30 ml nước tiểu).
- Lấy nước tiểu trong vòng 1 giờ hoặc 2 giờ trong
- Trường hợp người bệnh hôn mê, nhiễm toan máu: lấy nước tiểu trước khi ăn và khi tiêm Insulin.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Vị trí phổ biến nhất lấy máu tĩnh mạch để xét nghiệm:
   A. Tĩnh mạch mu tay.
   B. Tĩnh mạch bẹn.
   C. Tĩnh mạch khuỷu tay.
   D. Tĩnh mạch cảnh.
2. Xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng sốt rét thường lấy máu vào thời điểm:
   A. Sau khi ăn.
   B. Lúc bụng đói.
   C. Lúc đang lên cơ sốt.
   D. Lúc 12 giờ trưa hoặc 24 giờ đêm.
3. Đây là những thao tác lấy máu đầu ngón tay, NGOẠI TRỪ:
   A. Sát khuẩn đầu ngón tay đeo nhẫn.
   B. Vuốt nhẹ cho máu dồn xuống.
   C. Bóp chặt đầu ngón tay người bệnh.
   D. Dùng kim chích sâu ít nhất 2mm.
4. Trường hợp tìm máu trong phân cần dặn người bệnh:
   A. Không uống cà phê.
   B. Kiêng ăn thịt nạt.
   C. Đi tiểu chung bô với đi cầu.
   D. Uống ít nước.
5. Điều nào đúng khi lấy nước tiểu thông thường làm xét nghiệm:
   A. Lấy nước tiểu giữa dòng.
   B. Lấy khoảng 1/3 ống nghiệm.
   C. Lấy nước tiểu sau khi ăn.
   D. Lấy nước tiểu sau khi tiêm Insulin.

KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG - CHƯỜM LẠNH

CN. Vương Thị Thúy Hoa
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày được mục đích, chỉ định của chườm nóng – chườm lạnh.***
2. ***Trình bày được tác dụng của chườm nóng – chườm lạnh.***
3. ***Mô tả đúng kỹ thuật chườm nóng chườm lạnh cho người bệnh.***

MỤC ĐÍCH

Chườm nóng - chườm lạnh có ý nghĩa quan trọng trong công tác chăm sóc người bệnh, điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn và một số trường hợp chấn thương.

KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG

1. ***Tác dụng:***

- Làm cho người bệnh ấm.
- Gây xung huyết cục bộ, làm tăng tuần hoàn tại chỗ, giúp quá trình liền vết thương nhanh hơn, giảm sự xung huyết ở sâu.
- Làm người bệnh dễ chịu, thư giãn.
- Giảm sự co thắt của gân cơ, giảm cứng khớp, giảm đau.

2. ***Trường hợp áp dụng:***

- Cắt cơn đau dạ dày, gan, thận.
- Viêm thanh quản thể co rít, viêm khí quản.
- Trẻ thiếu tháng, người già khi trời rét.

3. ***Trường hợp không áp dụng:***

- Viêm ruột thừa, viêm phúc mạc.
- Các bệnh nhiễm khuẩn gây mủ nặng.
- Nhiễm độc nặng.
- Các trường hợp xuất huyết.
- 24 giờ đầu sau khi chấn thương (vì dễ gây chảy máu trở lại do giãn mạch).
- Những người bệnh bị mất cảm giác.
- Đau bụng không rõ nguyên nhân.

4. ***Phân loại:***

4.1. Chườm nóng khô:

- Sức nóng không sâu.
- Giảm đau nhanh, giúp người bệnh dễ chịu.

4.2. Chườm nóng ướt:

- Sức nóng thấm sâu hơn.
- Giãn cơ tốt hơn, tăng trao đổi chất và hấp thu.

5. Các yếu tố ảnh hưởng:

5.1. Nhiệt độ chườm:

- Nhiệt độ trung bình của nước trong chườm nóng ướt khoảng 40^0C, nhiệt độ cao nhất cho phép là 50^0C. Vì chườm khăn trực tiếp nên nhiệt độ bao giờ cũng thấp hơn chườm khô.
- Nhiệt độ của nước chườm khô khoảng 43-45^0C, cao nhất là 50-60^0C.

5.2. Thời gian chườm:

- Trung bình mỗi lần chườm khoảng 25-30 phút.
- Nếu cần chườm liên tục phải thay nước khác. Có thể chườm đến 2-3 giờ nhưng hạn chế chườm lâu vì gây giãn lỗ chân lông.

6. Quy trình kỹ thuật chườm nóng khô:

6.1. Chuẩn bị người bệnh: giải thích hướng dẫn, người bệnh nằm hoặc ngồi.

6.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Túi chườm, nước nóng.
- Nhiệt kế đo nước chườm, nhiệt kế đo thân nhiệt người bệnh.
- Khăn bọc ngoài túi chườm.
- Băng cuộn, kim băng, dầu nhờn.
- Vaselin.
- Hồ sơ bệnh án.

6.3. Tiến hành:

- Kiểm tra túi chườm.
- Kiểm tra nước.
- Đỗ nước vào túi 1/2 - 2/3 dung tích túi chườm, đuổi không khí trong túi chườm, vặn nắp túi lại.
- Dốc ngược túi kiểm tra một lần nữa.
- Lau khô túi chường, bọc trong khăn bông.
- Đặt người bệnh tư thế thuận tiện, bộc lộ vùng chườm.
- Đặt túi chườm lên vùng chườm.
- Theo dõi vùng chườm và thân nhiệt.
- Sau 30 phút lấy ra. Nếu chườm tiếp thì thay đổi nước và vị trí.
- Giúp người bệnh thoải mái, dặn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa túi, mở nắp dốc ngược, phơi nơi thoáng mát.

- Ghi phiếu theo dõi: ngày giờ, nơi chườm, nhiệt độ nước chườm, thời gian chườm, kết quả, tình trạng người bệnh trong và sau khi chườm, tên người thực hiện.

6.4. Những điểm cần lưu ý:

- Phải đo nhiệt độ đúng chỉ định.
- Những người bệnh nặng, mê man, trẻ em suy dinh dưỡng, người già, người rối loạn cảm giác phải thận trọng.
- Không để người bệnh nằm đè lên túi chườm.
- Không chườm kéo dài, phải đảm bảo đúng thời gian.
- Nếu người bệnh than nóng rát, da vùng chườm đỏ rực thì dùng vaselin xoa lên vùng da chườm.

7. Quy trình kỹ thuật chườm nóng ướt:

Áp dụng để chườm vết thương hở, u nhọt, nhiễm khuẩn nhẹ ở mắt … có thể áp dụng nhiều cách như ngâm vùng chườm vào nước ấm, đắp Parafin nóng, khăn gạc tẩm nước nóng ...

7.1. Chuẩn bị người bệnh: giải thích hường dẫn, người bệnh nằm hoặc ngồi.

7.2. Điều dưỡng: rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang

7.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bình hoặc phích đựng nước hay cồn boric, rượu quế, rượu hồi …
- Nước nóng có nhiệt độ khoảng 40-50^{0}C.
- Nhiệt kế đo nước.
- Gạc, khăn bông.
- Kẹp phẩu tích hoặc kềm kocher 2 cái.
- Tấm nylon hoặc vải dày.
- Khay quả đậu.
- Dầu nhờn parafin.

7.4. Tiến hành:

- Pha nước, đo nhiệt độ.
- Để người bệnh nằm tư thế thích hợp.
- Nhúng gạc hoặc khăn vào nước chườm. Dùng kẹp vắt gạc cho hết nước rồi mở rộng gạc ra đặt lên vùng chườm. Đối với vết thương hở phải vô khuẩn.
- Phủ tấm nilon hoặc vải dày lên trên lớp gạc hoặc khăn chườm.
- Thay gạc hoặc khăn chườm khi hết nóng (khoảng 10-15 phút).
- Lấy gạc hoặc khăn ra khi không chườm nữa (thời gian mỗi lần chườm từ 20-40 phút).

- Lau khô vùng chườm. Nếu vùng chườm đỏ, rát da thì thoa dầu parafin. Trừ vết thương hở không được thoa dầu nhờn.
- Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Ghi phiếu theo dõi: ngày giờ, nơi, thời gian chườm, kết quả, tình trạng người bệnh trong và sau khi chườm, tên người thực hiện.

Lưu ý: trường hợp chườm ở mắt thì dùng gạc 5x5cm, nếu chỉ một bên mắt đau thì che mắt kia lại, cho người bệnh nằm nghiêng về bên mắt đau.

KỸ THUẬT CHƯỜM LẠNH

1.Mục đích, tác dụng:

- Gây co mạch, giảm xung huyết, cầm máu trong một số trường hợp.
- Giảm đau, giảm co thắt ruột.
- Khu trú nhiễm khuẩn.
- Gây hạ nhiệt độ.

2.Trường hợp áp dụng:

- Xuất huyết nội ngoại trừ nguyên nhân xuất huyết do phổi.
- Sốt cao trong các bệnh nhiễm khuẩn.
- Bệnh ở não, màng não, chấn thương sọ não.
- Viêm màng bụng, viêm ruột thừa, viêm phần phụ.
- Sau mổ cắt tuyến giáp.
- Nhiễm khuẩn sau khi sinh

3.Trường hợp không được áp dụng:

- Tuần hoàn cục bộ kém.
- Xuất huyết ở phổi.
- Thân nhiệt thấp.
- Người già yếu.
- Táo bón.

4.Quy trình chườm lạnh bằng túi chườm:

4.1. Chuẩn bị người bệnh:

Giải thích hướng dẫn, cho người bệnh nằm hoặc ngồi.

4.2. Điều dưỡng:

Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang

4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Túi chườm.

- Phích đựng đá đập nhỏ.
- Khăn bông nhỏ.
- Khăn hoặc túi bọc.
- Bột tale.
- Hồ sơ, bệnh án

4.4. Tiến hành:

- Kiểm tra xem túi có bị thủng.
- Đá đập nhỏ bỏ vào túi chườm từ 1/2-1/3 túi.
- Đuổi không khí ra khỏi túi chườm
- Vặn nút chặt, dốc ngược kiểm tra lại túi chườm.
- Lau khô và cho túi vào bao hoặc dùng khăn bọc lại.
- Bộc lộ vùng chườm, đặt từ từ túi chườm lên vùng chườm.
- Theo dõi vùng chườm trong thời gian chườm.
- Sau 30 phút cho người bệnh nghỉ. Nếu chườm tiếp phải đổi vị trí hoặc bọc thêm khăn và thay đá sau khoảng 2-3 giờ một lần.
- Khi chườm xong lấy túi ra, lau khô vùng chườm, xoa bột tale lên vùng chườm.
- Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ: rửa túi, dốc ngược, phơi nơi mát.
- Ghi phiếu theo dõi (nội dung như phần chườm nóng)

4.5. Những điểm cần lưu ý:

- Khi cần hạ nhiệt độ nhanh đặt túi chườm lên vùng có mạch máu lớn như vùng bẹn, trán, nách ...
- Không đặt túi chườm lạnh lên vùng ngực người bệnh, tránh lạnh quá gây viêm phổi.
- Nếu chườm kéo dài phải ngưng chườm vài giờ sau đó chườm tiếp.
- Nếu thấy da người bệnh tím tái, mất cảm giác, tê lạnh, nhiệt độ giảm phải ngưng chườm ngay.

5. Quy trình chườm lạnh bằng khăn, gạc ẩm:

5.1. Chuẩn bị người bệnh: giải thích hường dẫn, người bệnh nằm hoặc ngồi.

5.2. Điều dưỡng: rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang

5.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Gạc, khăn để thấm nước.
- Chậu, thau đựng nước lạnh.
- Khăn bông nhỏ.

- Tấm nylon.
- Hồ sơ, bệnh án

5.4. Tiến hành:

- Trải nylon dưới vùng chườm.
- Nhúng khăn, gạc vào nước lạnh vắt hết nước đắp lên vùng chườm.
- Khi gạc hoặc khăn ấm lên phải thay gạc, khăn khác.
- Tiếp tục chườm 20-30 phút hoặc đến khi nhiệt độ giảm đến bình thường.
- Chườm xong bỏ khăn hoặc gạc ra.
- Dùng khăn lau khô vùng chườm.
- Cho người bệnh nằm lại thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng (như phần chườm nóng).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG KHÔ

TT	NỘI DUNG
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Để người bệnh nằm tư thế thuận tiện
3	Bộc lộ vùng chườm và quan sát vùng da
4	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm, miệng túi để lên trên
5	Giữ yên túi chườm tại chổ
6	Theo dõi da nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm
7	Chườm 20 – 40 phút, cho người bệnh nghỉ
8	Thay đổi vị trí hoặc lót thêm khăn khi chườm tiếp tục
9	Giúp người bệnh thoải mái
10	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay
11	Đánh giá kết quả, ghi hồ sơ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG ƯỚT

TT	NỘI DUNG
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Để người bệnh nằm tư thế thuận tiện
3	Bộc lộ vùng chườm
4	Nhúng vải thưa vào dung dịch (40 – 50^{0}C)
5	Vắt ráo vải thưa với kềm
6	Mở rộng vải thưa ra, từ từ đắp lên vùng bị đau
7	Phủ tấm cao su lên lớp vải thưa
8	Thay vải thưa mỗi 1 – 2 phút (thời gian đắp 10 – 20 phút)
9	Lau khô vùng da
10	Giúp người bệnh thoải mái
11	Thu dọn dụng cụ, rửa tay
12	Đánh giá kết quả, ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Chườm nóng được áp dụng trong trường hợp:
   A. Viêm ruột thừa
   B. Viêm màng bụng
   C. Trẻ sơ sinh thiếu tháng
   D. Xuất huyết dạ dày
2. Chườm lạnh được áp dụng trong trường hợp:
   A. Chấn thương sọ não
   B. Xuất huyết ở phổi
   C. Người già yếu
   D. Người bệnh táo bón
3. Các trường hợp được áp dụng chườm nóng khô, NGOẠI TRỪ:
   A. Viêm khi quản
   B. Viêm phúc mạc
   C. Viêm thanh quản
   D. Viêm khớp
4. Chườm lạnh được áp dụng trong các trường hợp, NGOẠI TRỪ:
   A. Xuất huyết phổi
   B. Xuất huyết đường tiêu hoá
   C. Chấn thương sọ não
   D. Sau phẩu thuật cắt tuyến giáp
5. Tác dụng của chườm nóng nhằm các mục đích sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Làm giảm xuất huyết
   B. Làm giãn mạch máu, dây chằng
   C. Làm tăng tuần hoàn tại chỗ
   D. Làm kích thích thần kinh

PHƯƠNG PHÁP ĐO LƯỢNG DỊCH VÀO VÀ RA

CN. Trần Thị Nô

MỤC TIÊU

1. ***Xác định được nguồn dịch vào - ra khỏi cơ thể.***
2. ***Giải thích để người bệnh hiểu được tầm quan trọng của đo lượng dịch vào và ra để họ hợp tác chặt chẽ.***
3. ***Tiến hành đo lượng dịch vào – ra đúng qui trình kỹ thuật.***

ĐẠI CƯƠNG

- Trong cơ thể con người tỷ lệ cân đối của dịch khác nhau phụ thuộc vào tuổi, người béo, gầy, chiều cao ...
- Tất cả các loại dịch trong cơ thể được chuyển hoá thành các điện tử ion (-) và (+) phối hợp cho đến khi chuyển động liên tục trong cơ thể giúp cho việc vận chuyển chất dinh dưỡng và chất thải bỏ vào ra tế bào.
- Bình thường lượng nước đưa vào cơ thể bằng lượng nước thoát ra: Thận và các lá phổi có trách nhiệm lớn đối với việc điều chỉnh cân bằng dịch trong cơ thể.
- Khi cơ thể bị bệnh có nhiều kiểu mất dịch hoặc thừa dịch.

Vậy người điều dưỡng phải biết nguồn dịch và nguồn điện giải. Sự đáp ứng cho các nhu cầu của các nguồn đó bằng thức ăn, rau, quả ... để theo dõi và đảm bảo lượng dịch vào- ra hoặc hạn chế lượng dịch vào.

Các nguồn nước trung bình của người lớn:

- Nguồn vào 2600ml/ngày: gồm
  - Nước tiêu thụ: 1.500ml
  - Nước trong thức ăn: 750ml.
  - Oxy hóa: 350ml.
- Nguồn ra:
  - Nước tiểu thải qua thận: 1500ml.
  - Phổi (hơi nước): 400ml.
  - Da: 500ml.
  - Mồ hôi: 100ml.
  - Phân: 10-20 ml

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà (nếu người bệnh không tỉnh) biết tầm quan trọng của việc đo lường dịch vào ra để họ giữ lại nước tiểu, chất nôn, dịch ở tất cả các ống dẫn lưu.

- Hướng dẫn người bệnh ghi cẩn thận thức ăn, nước uống (đặc, lỏng), hoa quả ... giúp người điều dưỡng đo lường kết quả ngày càng chính xác.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bảng theo dõi dịch vào và ra có ghi chi tiết.
- Bút chì để ghi.
- Dụng cụ để đo lường.
- Ca (có vạch chia chia độ), cốc,bát.
- Cốc có chân, ống đong, bô, túi nylon, các dụng cụ này đều có chia độ rõ ràng để biết được số lượng chính xác.

3. Tiến hành:

- Ghi tên người bệnh, ngày tháng trên phiếu theo dõi.

3.1. Đo lượng dịch vào từ các đường:

- Đường miệng (ăn, uống): đo bằng chén ly.
- Đường truyền tĩnh mạch.
- Đường tiêm.
- Cho ăn bằng ống thông.
- Cộng tất cả các dịch trên, ghi vào phiếu theo dõi.

3.2. Đo lượng dịch ra:

- Nước tiểu: dặn người bệnh đi tiểu vào bô. Hết ca trực cộng lại 24 giờ.
- Chất nôn.
- Dịch tiết qua các ống thông.
- Phân.
- Dùng ống đong chia độ để đo (chú ý để nơi có bề mặt phẳng, đọc kết quả đọc ngấn phía trên). Đo xong đổ chất thải vào nhà vệ sinh, rửa sạch ống đo hoặc bô, để vào nơi quy định.
- Cộng lượng dịch thải tất cả các đường.
- Ghi vào phiếu theo dõi.

3.3. Các thông số khác:

- Đếm nhịp thở: nếu thở nhanh mất nhiều nước qua hơi thở.
- Đo thân nhiệt: sốt gây mất nước.
- Ghi lại tình trạng mồ hôi thoát ra.
- Cân người bệnh hàng ngày.

3.4. Tổng kết lượng dịch vào, ra:

- Lấy kết quả hiệu của hai thông số lượng dịch vào và ra.
- Đặt phiếu theo dõi lượng dịch vào, ra cạnh giường người bệnh.

BẢNG THEO DÕI LƯỢNG DỊCH VÀO – DỊCH RA

Ngày ……. Tháng …….. năm ……..

Họ và tên người bệnh …… Cân nặng ……

Chẩn đoán: ……..……

Dịch vào: …… Dịch ra: ……

T.gian	Uống	An	Truyền	Nôn	Thở	N.tiểu	Phân	Mô tả
8 giờ								
9 giờ								
10 giờ								
11 giờ								
12 giờ								
13 giờ								
14 giờ								
15 giờ								
….	….	….	….	….	….	….	….	….
23 giờ								
24 giờ								
1 giờ								
2 giờ								
3 giờ								
4 giờ								
5 giờ								
6 giờ								
7 giờ								
8 giờ								
Cộng								

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Trường hợp nào cần thiết phải đo lượng dịch vào, ra cho người bệnh:
   A. Mất máu.
   B. Rối loạn tiêu hoá
   C. Sau phẩu thuật lớn.
   D. Người bệnh mới vừa nhập viện
2. Hàng ngày lượng nước tiểu thải ra ở người lớn trung bình là:
   A. 1600ml
   B. 1200ml
   C. 1000ml
   D. 1500ml
3. Một người lớn trung bình một ngày lượng nước đưa vào cơ thể là:
   A. 100 ml
   B. 2600 ml
   C. 1500
   D. 500
4. Nguồn nước qua phổi hàng ngày là:
   A. 200 ml
   B. 400 ml
   C. 1000 ml
   D. 1500 ml

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HẤP HỐI – TỬ VONG

CN. Võ Thị Mỹ Linh
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nhận biết được những dấu hiệu trước khi tử vong.***
2. ***Chăm sóc được người bệnh ở giai đoạn cuối.***
3. ***Tiến hành được các công việc khi người bệnh đã tử vong.***

ĐẠI CƯƠNG

Không ít trường hợp, mặc dù đã được cán bộ y tế tận tình cứu chữa nhưng tình trạng bệnh ngày càng nặng và ngày càng sát dần đến giai đọan cuối của cuộc đời.

Cũng có trường hợp, cái chết diễn ra quá đột ngột với nhiều nguyên nhân, bệnh cảnh khác nhau.

Cái chết ở giai đọan cuối của cuộc đời rất đáng sợ. Người bệnh cảm thấy cô đơn, tuyệt vọng, bất lực, buông xuôi …

Trong những tình huống đó, người điều dưỡng phải cố gắng để tạo sự thoải mái cho người bệnh, ít nhất cũng đáp ứng được nhu cầu về tinh thần. Điều dưỡng phải luôn có mặt bên cạnh để an ủi, giúp đỡ, trấn an, giúp người bệnh thanh thản ở giai đoạn cuối cuộc đời.

Khi bác sỹ xác nhận người bệnh đã tử vong, ngoài việc đáp ứng các nhu cầu của người bệnh và thân nhân theo phong tục, tập quán, tôn giáo riêng, điều dưỡng cần phải thực hiện các công vệc cần thiết theo quy định chuyên môn.

GIAI ĐOẠN HẤP HỐI TỬ VONG

1. Các giai đoạn diễn biến:

1.1. Sự từ chối:

Người bệnh không chấp nhận cái chết. Họ nghĩ điều này xảy ra với ai khác chứ không thể xảy ra với họ. Họ đổ lỗi là do thầy thuốc nhầm lẫn …

1.2. Sự tức giận:

Người bệnh tìm cớ để thoả mãn sự giận dữ với người nhà, nhân viên y tế với đủ mọi lý do. Đây là phản ứng bình thường với sự mất mát vĩnh viễn mà họ cảm nhận được và không thể níu kéo một cách tuyệt vọng.

1.3. Sự mặc cả:

Người bệnh tìm cách mặc cả để mong có một kết quả khác, miễn sao tránh được cái chết. Sự mặc cả này liên quan đến tội lỗi, sự ăn năn, hối hận về bất cứ sự việc nào đã xảy ra trong cuộc đời mà người bệnh nhớ ra. Người bệnh có thể sẽ yêu cầu gọi thầy cứng, thầy pháp …

1.4. Sự buồn rầu:

Người bệnh bắt đầu có những cảm giác đau đớn về thể xác, cảm giác cái chết đến kề cận, cảm nhận rõ ràng hơn về giá trị cuộc sống. Người bệnh bắt đầu kể về những cảm nghĩ từ đáy lòng và mong muốn có sự lắng nghe của những người xung quanh.

1.5. Sự chấp nhận:

Người bệnh tuyệt vọng và đi đến giai đoạn bị buộc phải chấp nhận cái chết. Sự giao tiếp trở nên khó khăn. Một số người trầm lặng, một số nói nhiều hơn.

Giai đoạn này nên cho thân nhân gặp người bệnh để họ nói lên nguyện vọng của mình trước khi chết.

2. Các biểu hiện:

- Chân tay lạnh, sắc mặt nhợt nhạt, móng tay tím tái. Đây là biểu hiện sự lưu thông của máu giảm.
- Người bệnh có thể vã mồ hôi đầm đìa mặc dù cơ thể lạnh.
- Giảm trương lực cơ: ủ rũ, quai hàm trề, miệng lệch, mũi vẹo, nói khó …
- Mắt lõm xuống, đờ dại, khi đưa tay ngang qua mắt không thấy cử động
- Các phản xạ mất dần.
- Y thức lú lẫn.
- Hô hấp thay đổi: nhịp thở chậm đi và khó thở hơn, họng ứ đọng đờm, chất nhầy. Khi thở phát ra âm thanh gọi là "tiếng nấc hô hấp".
- Mạch nhanh, nhỏ, rối loạn, khó bắt. Trước lúc người bệnh ngừng thở, mạch sẽ mờ dần đi rồi không sờ thấy mạch nữa.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN CUỐI

1. Nguyên tắc chăm sóc:

- Chuyển người bệnh đến phòng riêng, để cách ly với người bệnh khác.
- Tránh ồn ào ảnh hưởng đến người bệnh khác.
- Giúp đỡ người bệnh về mặt tâm lý, tinh thần, thể chất.
- Tiến hành khẩn trương mọi y lệnh, đồng thời tìm mọi cách để làm giảm sự đau đớn của người bệnh.
- Tận tình chăm sóc cứu chữa người bệnh đến phút cuối.
- Đảm bảo cho người bệnh không bị đơn độc trong giai đoạn cuối này.
- Khi người bệnh hấp hối, nếu không có thân nhân ở bên cạnh người bệnh có trăng trối điều gì điều dưỡng phải ghi chép đầy đủ để báo cáo cho gia đình hoặc cơ quan biết

2. Đáp ứng nhu cầu của người bệnh:

- Nhu cầu cá nhân: tắm, lau người, vệ sinh răng miệng cho người bệnh.

- Tư thế: giúp người bệnh thoải mái, chêm lót. Trong trường hợp người bệnh không tự xoay trở được chúng ta giúp người bệnh xoay trở.
- Giao tiếp: đối với người bệnh còn tỉnh táo, giúp người bệnh nói chuyện hoặc gặp gỡ người thân.
- Thị giác: khi hấp hối sự nhìn nhận của người bệnh sẽ tan dần đi, căn phòng tối om làm cho người bệnh sợ hãi do vậy phòng của người bệnh phải đảm bảo sạch sẽ, thoáng khí và giữ ánh sáng dịu.
- Dinh dưỡng: nhiều năng lượng, mềm, chia nhiều bữa nhỏ.
- Bài tiết: điều dưỡng luôn giữ cho cơ thể người bệnh và giường sạch sẽ. Người bệnh tiết nhiều đờm dãi phải hút đờm dãi.
- Oxy liệu pháp: trợ giúp oxy theo y lênh bác sỹ.
- Tinh thần: đáp ứng những lo lắng cho người bệnh.

3. Đối với thân nhân:

- Tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của thân nhân khi họ đến thăm người bệnh (trong điều kiện cho phép). Khi có người nhà đến thăm, điều dưỡng không được ngừng các công việc chăm sóc người bệnh, tránh để người thân nghĩ rằng người bệnh sắp chết nên thờ ơ, xao lãng.
- Giải thích những thắc mắc cho gia đình người bệnh nhưng không vượt ra ngoài phạm vi cho phép.
- Thông báo và giải thích cho thân nhân về việc mình cần làm. Đôi khi phải mời người nhà ra ngoài để tiến hành một số công việc.
- Mọi công việc được thực hiện nhẹ nhàng, nhanh chóng, hiệu quả.
- Khi tiếp cận với gia đình người bệnh, điều dưỡng luôn nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ.

CÁC VIỆC CẦN LÀM KHI NGƯỜI BỆNH TỬ VONG

1. Chuẩn bị phương tiện:

- Bình phong
- Kềm Kocher, kéo.
- Bồn hạt đậu, bông không thấm nước, gòn, gạc.
- Băng dính, băng cuộn.
- Quần áo sạch, khăn bông.
- Vải phủ, túi đựng đồ bẩn.
- Phiếu người bệnh, hồ sơ bệnh án.
- Cáng hoặc xe đẩy.

2. Các bước tiến hành:

- Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng, che bình phong.

- Rút các ống thông, ống dẫn lưu, tháo nẹp bột, tháo băng cũ, thay băng mới,tháo đồ trang sức trên người người bệnh (nếu có).
- Đặt người bệnh nhẹ nhàng ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.
- Vuốt hai mắt, khép kín miệng cho người bệnh.
- Lấy bông không thấm nước nút các lỗ tự nhiên (tai, mũi ...)
- Cởi bỏ quần áo cũ, lau rửa sạch thi thể, mặt quần áo mới cho người bệnh.
- Để cánh tay người bệnh dọc theo cạnh sườn, lòng bàn tay úp lên bụng, buột hai ngón tay cái lại với nhau. Để hai chân duỗi thẳng, buột hai ngón chân cái lại với nhau.
- Đặt nhẹ nhàng thi thể người bệnh lên cáng hoặc xe đẩy, phủ vải lên toàn thân, gài phiếu người bệnh lên ngực bên ngoài vải phủ.
- Báo nhân viên phụ trách đến nhận thi thể.
- Chuyển người bệnh xuống nhà xác (chú ý: khi di chuyển phải nhẹ nhàng).
- Về phòng thu dọn đồ bẩn, báo cho hộ lý tẩy uế phòng bệnh.
- Ghi chép ngày giờ người bệnh tử vong. Chú ý trường hợp thân nhân không có mặt khi người bệnh tử vong, điều dưỡng phải lập biên bản tài sản của người bệnh và có sự chứng kiến của đại diện khoa và bàn giao đầy đủ cho thân nhân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Khi người bệnh hấp hối cần đáp ứng nhu cầu, NGOẠI TRỪ:
   A Vệ sinh cá nhân.
   B Giúp người bệnh ngủ, nghỉ ngơi.
   C Trợ giúp hô hấp.
   D Trợ giúp bài tiết.
2. Khi người bệnh hấp hối thường có dấu hiệu nào sau đây:
   A Sự lưu thông của máu tăng.
   B Trương lực cơ tăng.
   C Người bệnh thở nhanh.
   D Mạch nhanh nhỏ khó bắt, mờ dần.
3. Khi người bệnh hấp hối thường có các dấu hiệu sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Các phản xạ mất dần
   B. Mắt lõm xuống, đờ dại
   C. Giảm trương lực cơ
   D. Đồng tử co lại
4. Các việc cần làm khi người bệnh tử vong, NGOẠI TRỪ:
   A. Vuốt hai mắt, khép kín miệng.
   B. Động viên an ủi người bệnh.
   C. Tắm rửa cho người bệnh.
   D. Thay quần áo mới cho người bệnh.

CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG

CN. Vương Thị Thúy Hoa

MỤC TIÊU

1. ***Mô tả được một số tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường.***
2. ***Tiến hành kỹ thuật đặt người bệnh ở các tư thế nghỉ ngơi thích hợp.***

ĐẠI CƯƠNG

Tư thế nằm có vài trò khá quan trọng trong điều trị bệnh. Đặc biệt một số bệnh đòi hỏi người bệnh phải tuân thủ tư thế phù hợp.

Mỗi tư thế nằm có những chỉ định rõ ràng nhằm tạo điều kiện thoải mái cho người bệnh tránh được biến chứng, mặt khác còn giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị, chăm sóc người bệnh đạt kết quả tốt.

Tuân thủ tư thế nghỉ ngơi, trị liệu có tác dụng:

- Tạo tư thế thoải mái cho người bệnh.
- Tránh được một số biến chứng.
- Hỗ trợ và nâng cao hiệu quả chăm sóc, điều trị.

Để có tư thể nghỉ ngơi trị liệu tốt cần chuẩn bị những vấn đề sau:

- Chuẩn bị người bệnh: giải thích và hướng dẫn người bệnh trước khi tiến hành áp dụng.
- Chuẩn bị dụng cụ: có đầy đủ các loại gối phù hợp như gối cứng, gối mềm, gối hình trụ …; có các vòng đệm chống loét như vòng cao su, vòng bơm hơi, vòng bông …

CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG

1. Tư thế nằm ngửa thẳng:

1.1. Trường hợp áp dụng:

- Tư thế trị liệu sau ngất, sốc, chóng mặt.
- Xuất huyết

1.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh hôn mê.
- Người bệnh nôn (đề phòng chất nôn lạc vào đường hô hấp).
- Người bệnh khó thở.

1.3. Tiến hành:

- Đặt người bệnh nằm thẳng lưng, đầu không có gối.
- Chân duỗi thẳng, hai bàn chân được giữ vuông góc với cẳng chân.

2. Tư thế nằm ngửa đầu thấp:

2.1. Trường hợp áp dụng:

- Sau xuất huyết đề phòng ngất, sốc,
- Sau chọc ống sống,
- Lao đốt sống cổ,
- Kéo duỗi trong trường hợp gãy xương đùi.

2.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh hôn mê.
- Người bệnh nôn.

2.3. Tiến hành:

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên giường, đầu không có gối.
- Chân giường được kê cao hay thấp tùy theo chỉ định.

3. Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao:

3.1. Trường hợp áp dụng:

- Người bệnh hô hấp – bệnh tim,
- Thời kỳ dưỡng bệnh, người già.

3.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có rối loạn về nuốt,
- Người bệnh ho khó khăn,
- Người bệnh hôn mê, sau gây mê.
- Người bệnh có phẩu thuật bụng trừ khi có chỉ định của bác sĩ

3.3. Tiến hành:

- Cho người bệnh nằm ngửa, nâng nhẹ đầu, kê gối dưới đầu và vai.
- Chân hơi co, dưới khoeo chân kê 1 gối dài.
- Trường hợp nằm lâu nên lót vòng đệm chống loét dưới mông.

3.4. Lưu ý:

Chuẩn bị vòng đệm chống loét và gối phù hợp.

4. Tư thế nửa nằm – nửa ngồi*:*

4.1. Trường hợp áp dụng:

- Sau một phẩu thuật ổ bụng,
- Bệnh tim, bệnh đường hô hấp: khó thở, hen phế quản,

4.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có rối loạn về nuốt,

- Người bệnh hôn mê, sau gây mê.

4.3. Tiến hành:

- Nâng người bệnh ngồi dậy, nâng cao phía đầu giường lên 40-50^0
- Đặt gối lên phía đầu, đỡ người bệnh nhẹ nhàng nằm xuống. Lót vòng đệm cao su dưới mông, đặt gối cứng đỡ bàn chân để người bệnh khỏi tụt xuống.
- Trường hợp người bệnh ngủ tư thế ngồi nên dùng gối chồng lên bàn để trước ngực cho người bệnh tựa vào.

5. Tư thế nằm sấp:

5.1. Trường hợp áp dụng:

- Loét ép vùng lưng, vùng cùng cụt,
- Chướng hơi ở bụng.

5.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có thai hay có tổn thương vùng lòng ngực.

5.3. Tiến hành:

- Điều dưỡng đặt một tay ở bả vai, một tay ở mông cho người bệnh nghiêng về phía mình và nhẹ nhàng đặt người bệnh nằm sấp, đầu nghiêng bên.
- Kê gối mềm ở mặt, hai tay đặt trên gối phía đầu.

6. Tư thế nằm nghiêng sang bên phải hoặc bên trái

6.1. Trường hợp áp dụng:

- Nghỉ ngơi
- Người bệnh viêm màng phổi, viêm phổi (nghiêng về phía viêm).
- Người bệnh mổ thận, mổ phần cuối đại tràng.

6.2. Tiến hành:

- Một tay ở bả vai, một tay ở mông cho người bệnh nghiêng về phía mình.
- Đầu người bệnh có gối hoặc không gối, chân trên co nhiều, chân dưới hơi co hoặc duỗi thẳng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Tư thế nằm đầu hơi cao áp dụng trong các trường hợp, NGOẠI TRỪ:
   A. Bệnh viêm phế quản.
   B. Bệnh tim mạch
   C. Người bệnh ho khó khăn
   D. Người già
2. Trường hợp áp dụng cho người bệnh nằm trị liệu tư thế ngửa thẳng
   A. Sau khi ngất
   B. Người bệnh nôn.
   C. Người bệnh suy tim
   D. Người già
3. Trường hợp áp dụng trị liệu cho người bệnh nằm ngửa đầu hơi cao:
   A. Có rối loạn về nuốt
   B. Người bệnh hôn mê
   C. Sau gây mê
   D. Bệnh lý đường hô hấp
4. Tư thế trị liệu cho người bệnh nằm ngửa đầu thấp áp dụng trong các trường hợp, NGOẠI TRỪ:
   A. Sau xuất huyết
   B. Lao đốt sống cổ
   C. Hen phế quản
   D. Kéo duỗi do gãy xương đùi
5. Trường hợp áp dụng trị liệu cho người bệnh nằm nghiêng:
   A. Viêm màng phổi
   B. Chướng hơi ở bụng
   C. Sau phẩu thuật ổ bụng
   D. Lao đốt sống cổ

SƠ CỨU VÀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

CN. Trần Thị Nô

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày mục đích sơ cứu vết thương.***
2. ***Trình bày cách sơ cứu theo từng loại vết thương.***

ĐẠI CƯƠNG

Vết thương là sự cắt đứt hay dập rách da và tổ chức dưới da hoặc các tổ chức khác của cơ thể. Vết thương có thể là vết thương kín hoặc vết thương hở.

Vết thương kín (vết thương bên trong) là loại vết thương để cho máu thoát ra ngoài hệ thống tuần hoàn nhưng không chảy ra khỏi cơ thể. Loại này bao gồm: bầm tím, tụ máu dưới da hoặc có thể không có dấu tích ở bên ngoài.

Vết thương hở (vết thương bên ngoài) là loại vết thương để cho máu chảy ra khỏi cơ thể. Loại này bao gồm: các vết trích rạch, vết thương đâm xuyên hoặc thậm chí là vết trượt sây sát trên da.

Trên thực tế có nhiều vết thương vừa là vết thương kín vừa là vết thương hở. Mục đích chính của việc cấp cứu và chăm sóc cấp cứu một vết thương là:

- Cầm máu hoặc khống chế sự chảy máu
- Phòng hoặc điều trị sốc
- Duy trì các chức năng sinh tồn (giúp nạn nhân thở và lưu thông tuần hoàn)
- Tránh các biến chứng (đặc biệt là giảm nguy cơ nhiễm khuẩn)

SƠ CỨU VÀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Nếu vết thương chảy nhiều máu phải tiến hành xứ trí cầm máu ngay (xem phần cấp cứu chảy máu ngoài)

1. Vết thương nhỏ:

1.1. Vết thương bề mặt nhỏ:

Vết thương bề mặt nhỏ là vết thương chỉ làm tổn thương những lớp bề mặt của da nên chỉ cần rửa loại vết thương này bằng nước chín hoặc nước máy nếu biết chắc chắn rằng nước máy này đảm bảo chất lượng vệ sinh.

Nếu vết thương quá bẩn phải rửa bằng nước xà phòng. Khi rửa vết thương phải:

- Rửa tay kỹ trước khi bắt đầu
- Nếu phải dùng dụng cụ như cái kẹp, cái nhíp để gắp những hạt sạn, sỏi... ra khỏi vết thương thì phải đun sôi dụng cụ ít nhất là 5 phút.

- Sau khi rửa vết thương, nếu có điều kiện thì dùng dung dịch sát khuẩn để sát khuẩn xung quanh vết thương rồi dùng gạc vô khuẩn đặt lên trên vết thương, sau đó dùng băng dính hoặc băng cuộn băng lại. Nếu không có điều kiện thì gấp một miếng vải càng sạch càng tốt để đặt lên trên vết thương (Lưu ý để mặt có mép gấp ra ngoài) rồi cũng dùng băng đính hoặc băng cuộn băng lại.
- Nếu vết thương ở tay hoặc chân thì luôn nâng cao vết thương bằng dây đeo hoặc gối kê..

1.2. Vết thương bề mặt rộng và sâu:

Để vết thương liền nhanh hơn thì có thể đóng kín hoặc khâu vết thương lại. Nhưng chỉ đóng kín miệng một vết thương bề mặt sâu và rộng trong những điều kiện sau đây:

- Vết thương xảy ra chưa quá 12 giờ.
- Đảm bảo chắc chắn rằng vết thương không còn đất cát hoặc dị vật ẩn náu trong đó.
- Không có khả năng tìm được cán bộ y tế chuyên khoa hoặc chuyên môn cao hơn và cũng không thể chuyển nạn nhân tới bệnh viện được.

2. Vết thương lớn:

Đối với vết thương lớn sau khi xử trí cầm máu có thể rửa xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn hoặc bằng nước chín. Chỉ lấy dị vật hoặc bụi bẩn ra khỏi vết thương khi có thể lấy ra dễ dàng. Không được thăm dò vết thương. Sau đó băng bó vết thương rồi chuyển ngay nạn nhân tới cơ sở điều trị càng sớm càng tốt.

Trong khi chờ đợi và trên đường vận chuyển phải theo dõi sát nạn nhân. Giữ nạn nhân ở tư thế đúng, phòng chống và xử trí ngay nếu sốc xảy ra.

Chú ý: nếu có thể nên cố định vết thương vào phần không bị tổn thương của cơ thể và nâng cao vết thương, ví dụ: treo tay bị thương vào ngực, cố định chân bị tổn thương vào chân lành...

SƠ CỨU VÀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG NẶNG

Một vết thương sâu ở thành bụng là rất nguy hiểm không phải chỉ vì sự chảy máu ngoài mà còn vì những cơ quan bên trong cơ thể bị thủng, rách hoặc gây chảy máu trong và nhiễm khuẩn. Một phần của ruột có thể bị lòi ra khỏi thành bụng.

1. Dấu hiệu và triệu chứng:

- Đau khắp ổ bụng
- Chảy máu từ vết thương ở vùng bụng

- Có thể nhìn thấy một phần của ruột hoặc một phần ruột đang lòi ra khỏi vết thương
- Nạn nhân có thể bị nôn
- Có thể có dấu hiệu và triệu chứng của sốc.

2. Xử trí cấp cứu:

2.1. Mục đích:

Hạn chế nhiễm khuẩn và khống chế chảy máu, trong khi xử trí tránh để ruột bị lòi ra ngoài: Thu xếp chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.

2.2. Hành động:

2.2.1. Trường hợp ruột chưa bị lòi ra ngoài:

- Khống chế sự chảy máu bằng cách ép thận trọng các mép vết thương với nhau.
- Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi chống 2 chân để tránh hở vết thương và giảm áp lực lên vùng bị thương. Dùng gối đệm hoặc quần áo gấp lại để đỡ vai, đầu và dưới khoeo chân.
- Đặt một miếng gạc trùm lên vết thương rồi dùng băng cuộn hoặc băng dính băng vết thương lại.
- Nếu nạn nhân bất tỉnh nhưng vẫn thở bình thường thì đặt nạn nhân ở tư thế hồi phục có gối hoặc đệm đỡ vùng bụng.
- Nếu nạn nhân ngừng thở ngừng tim thì tiến hành hồi sức hô hấp tuần hoàn ngay.
- Phòng chống và xử trí sốc
- Kiểm tra tần số hô hấp và mạch 10 phút/lần. Phát hiện kịp thời dấu hiệu chảy máu trong.
- Nếu nạn nhân ho hoặc nôn thì dùng tay áp nhẹ lên vùng vết thủng để tránh ruột bị lòi ra ngoài.
- Chuyển nạn nhân tới bệnh viện ngay. Phải coi đây là một cấp cứu ưu tiên. Trong quá trình vận chuyển phải tiếp tục theo dõi sát và xử trí những diễn biến xảy ra.

* Chú ý: Không cho nạn nhân ăn uống bất cứ một thứ gì.

2.2.2. Trong trường hợp một phần ruột bị lòi ra ngoài:

- Khống chế sự chảy máu nhưng tránh dùng áp lực ép trực tiếp mạnh quá. Không chạm vào vết thương, không được đẩy ruột vào trong.
- Đặt một miếng gạc nhỏ hoặc vải tẩm nước muối hoặc nước muối ăn tự pha trùm lên vết thương rồi băng lỏng lại. Phải thường xuyên làm ẩm vết thương bằng dung dịch này. Cách pha dung dịch nước muối: cho 1 thìa cà phê muối ăn vào 1 lít

nước chín. Hoặc có thể dùng vành khăn hay một cái bát đã luộc để nguội để úp lên vùng bị thương rồi dùng băng cuộn băng lại.

- Nếu nạn nhân ho hoặc nôn thì cũng dùng tay áp lên vết thương để tránh ruột bị lòi thêm ra ngoài.
- Đặt nạn nhân nằm và tiến hành chăm sóc cấp cứu như trường hợp ruột không bị lòi ra ngoài.

SƠ CỨU VÀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG NGỰC

Vết thương ngực có nhiều hình thức khác nhau từ những vết thương do dao đâm tới những vết thương do tai nạn bởi những máy móc công nghiệp nặng hoặc do bị bánh xe đè qua trong tai nạn giao thông.

- Vết thương đâm xuyên
- Vết thương giập lồng ngực
- Vết thương có mảng sườn di động.

1. Sơ cứu vết thương đâm xuyên:

Vết thương đâm xuyên thường do dao đâm, hoặc những vật cứng nhọn đâm vào hoặc do đạn bắn hoặc do xương sườn bị ép ra phía ngoài da để cho không khí tràn vào khoang ngực. Những vết thương này có thể trở nên phức tạp và phát triển thành vết thương ngực hở.

Trong vết thương này, phổi bên bị thương bị xẹp ngay cả khi phổi đó không bị thủng và không còn khả năng hít khí vào... Hơn nữa khi xương sườn nâng lên lúc bệnh nhân thở vào làm cho không khí bên ngoài bị hút vào khoang lồng ngực qua vết thương sẽ chèn ép bên phổi lành dẫn đến tình trạng hô hấp không có hiệu quả và ngạt có thể xảy ra.

3.1. Dấu hiệu và triệu chứng:

- Đau trong ngực
- Khó thở, thở nông vì có không khí trong lồng ngực
- Tím tái môi, đầu chi và da biểu thị sự bắt đầu của ngạt
- Ho ra máu đỏ tươi có lẫn bọt nếu phổi bị tổn thương
- Có thể nghe thấy tiềng thở "phì phò" Ở miệng vết thương khi nạn nhân thở.
- Có bọt màu hồng ở miệng vết thương khi thở ra.
- Dấu hiệu và triệu chứng của sốc.

3.2. Xử trí cấp cứu:

3.2.1. Trường hợp không có dị vật:

Mục đích là làm dễ thở bằng cách làm kín ngay vết thương, thu xếp chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.

- Ngay lập tức dùng bàn tay bịt kín miệng vết thương.
- Tư thế nửa nằm ngửa ngồi nghiêng về bên phổi bị thương để bên phổi lành hoạt động được thuận lợi. Dùng gối hoặc đệm hay quần áo gấp lại để ở lưng và đầu.
- Nhẹ nhàng dặt một miếng gạc vô khuẩn hoặc vải sạch lên trên miệng vết thương.
- Phủ lên trên miếng gạc hoặc miếng vải một miếng giấy bóng.
- Dùng băng dính dán các mép của miếng giấy bóng vào da.
- Dùng băng cuộn băng ép lại.
- Nếu vết thương có lỗ vào và lỗ ra thì phải kiểm tra và có thể phải băngkín cả 2 vết thương.
- Phòng chống và xử trí sốc.
- Kiểm ra tần số mạch nhịp thở và mức độ tỉnh táo 10 phút/lần. Phát hiện kịp thời dấu hiệu chảy máu trong.
- Chuyển nạn nhân tới ngay bệnh viện. Phải coi đây là một cấp cứu ưu tiên. Trong khi vận chuyển vẫn phải theo dõi sát nạn nhân, giữ nạn nhân ở tư thế đúng và xử trí những diễn biến xảy ra.

3.2.2. Trường hợp vẫn còn dị vật:

- Không được rút dị vật ra.
- Bịt kín vết thương bằng cách ép mép vết thương sát với dị vật.
- Đặt gạc hoặc miếng vải xung quanh dị vật.
- Đặt một vành khăn lên trên vết thương sau đó băng kín lại như vết thương không có dị vật.
- Chăm sóc và theo dõi tiếp theo như đã nêu ở trên.

2. Sơ cứu vết thương giập lồng ngực:

- Băng bó vết thương bề mặt nếu có.
- Băng ép tay bên bị thương hoặc cả 2 tay nếu cả hai lồng ngực đều bị tổn thương vào ngực nạn nhân (khi băng để nguyên cả áo). Băng ép chặt vừa đủ (thắt nút khi thở ra). Nhưng nếu các xương sườn gãy thì không được băng ép chặt quá vì có thể làm đầu xương sườn chọc vào phổi.
- Đặt nạn nhân nằm tư thế như trường hợp bị vết thương đâm xuyên.
- Phòng chống và xử trí sốc nếu xảy ra.
- Chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.

3. Sơ cứu vết thương có mảng sườn di động:

Vấn đề chính của vết thương ngực có gãy nhiều xương sườn là làm nạn nhân rất khó thở và đau. Hơn nữa đầu của các xương sườn gãy có thể làm thủng hoặc rách màng phổi và phổi và gây nên tràn khí dưới da và tràn khí màng phổi gây chèn ép phổi và nếu các xương sườn gãy liền nhau và gãy thành nhiều mảnh thì sẽ tạo thành mảng sườn di động và gây nên "hô hấp đảo ngược". Mảng sườn này di động ngược chiều với phần còn lại của thành ngực làm cho hô hấp không hữu hiệu và gây nên xẹp bên phổi tổn thương.

Mảng sườn di động vào trong khi thở vào và ra ngoài khi thở ra. Phần còn lại của thành ngực di động ra ngoài khi thở vào và vào trong khi thở ra.

Khi gặp một nạn nhân bị vết thương thành ngực có mảng sườn di động ta phải nhanh chóng cố định thành ngực nạn nhân.

Cách cố định:

- Áp một vật chắc như một tấm vải gấp lại (hoặc dùng một gói nhỏ) lên trên phần bị tổn thương của thành ngực rồi dùng băng cuộn băng chặt lại.
- Hoặc buộc tay nạn nhân vào ngực.
- Hoặc dùng băng dính to bản giữ mảng sườn di động vào phần còn lại của thành ngực.

Với sự cố định này sẽ giúp nạn nhân tự thở dễ dàng, hô hấp sẽ hữu hiệu hơn.

Sau khi cố định đặt nạn nhân nằm tư thế nào mà nạn nhân cảm thấy thoải mái nhất. Thường là đặt nạn nhân nằm tư thế nửa nằm nửa ngồi, nghiêng về bên bị tổn thương dùng gối hoặc đệm để ở đầu và lưng.

Đề phòng và xử trí sốc và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới bệnh viện.

Trong khi chờ đợi và trên đường vận chuyển phải theo dõi sát nạn nhân, xử trí và chăm sóc kịp thời những diễn biến xảy ra.

SƠ CỨU VẾT THƯƠNG Ở ĐẦU

Chấn thương ở đầu là chấn thương thường gặp do các nguyên nhân: tai nạn lao động, giao thông, sinh hoạt hoặc do hỏa khí gây tổn thương rất phức tạp, đa dạng.

1. Dấu hiệu và triệu chứng:

- Rách da đầu gây chảy nhiều máu.
- Có thể thấy não lòi ra ngoài.
- Nạn nhân tỉnh táo hoặc nửa tỉnh nửa mê hoặc hôn mê.
- Có thể rối loạn hô hấp, khó thở, xuất tiết nhiều đờm dãi...

2. Xử trí cấp cứu:

2.1. Trường hợp rách da đầu gây chảy nhiều máu:

- Ép chặt 2 mép vết thương lại với nhau để cầm máu sơ bộ.
- Cắt tóc xung quanh vết thương
- Đặt gạc hoặc bông vô khuẩn lên trên vết thương rồi dùng băng cuộn băng ép lại. Nếu có điều kiện thì dùng kẹp agraf để bấm 2 mép vết thương lại với nhau sau đó băng lại.
- Chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế để xử trí tiếp..

2.2. Trường hợp vỡ xương sọ có não lòi ra ngoài:

- Không được bôi lên não bất kỳ thứ thuốc gì
- Phủ lên phần não lòi ra một miếng gạc vô khuẩn.
- Nếu có điều kiện thì đặt một vành khăn xung quanh tổ chức não lòi ra rồi dùng băng cuộn băng lại.
- Nếu không dùng vành khăn thì chỉ được băng lỏng để tránh gây chèn ép não.

• Chú ý:

- Nếu nạn nhân không tỉnh táo, lơ mơ hoặc mê man thì cần chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.
- Nếu nạn nhân có xuất tiết đờm dãi thì phải hút sạch đờm dãi, làm thông đường hô hấp.
- Đặt nạn nhân nằm tư thế thoải mái an toàn. Nếu tình trạng nạn nhân cho phép thì nên đặt nạn nhân Ở tư thế đầu cao, đầu nghiêng về bên lành.
- Theo dõi sát tình trạng nạn nhân 10 phút/lần.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1 Khi có vết thương bụng ruột bị lòi ra ngoài ta phải xử trí ngay:

A. An phần ruột lòi ra ngoài vào trong bụng
B. Bôi mỡ kháng sinh lên đoạn ruột lòi ra
C. Phủ miếng gạc có tẩm nước muối sinh lý lên
D. Sát khuẩn lên đoạn ruột lòi ra

2 Đối với vết thương ở đầu có não lòi ra ta xử trí:

A. Bôi ngay mỡ kháng sinh lên bịt kín lại
B. Ấn phần não lòi ra vào trong hộp sọ
C. Bôi ngay mỡ kháng sinh lên phần mỡ lòi ra.
D. Băng lỏng tránh gây chèn ép não làm một vành khăn xung quanh phần não đó.

3 Nếu có vết thương ở ngực có tiếng phì phò ta xử trí:

A. Băng ép thật chặt vết thương lại
B. Bôi ngay mỡ kháng sinh lên bịt kín lại
C. Đặt gạc vào vết thương ấn nhẹ tạo thành cái nút bên ngoài, phủ một miếng gạc rồi băng lại.
D. khâu ngay vết thủng lại

4 Đối với vết thương rộng và sâu chỉ khâu vết thương trong thời gian trước:

A.06 giờ C.12giờ
B.08 giờ D.10 giờ

5 Vết thương ở bụng ruột bị lòi ra ngoài phải xử trí:

A. Đắp gạc vô khuẩn có tẩm nước muối sinh lý băng vết thương lại.
B. Dùng một chén vô khuẩn úp lên trên đoạn ruột lòi ra, băng lỏng vết thương
C. Để nguyên vết thương chuyển đến bệnh viện
D. Rửa sạch vết thương, đẩy đoạn ruột vào trong ổ bụng rồi băng lại

CẤP CỨU NGƯNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu nguyên nhân và cách nhận định ngưng tim ngưng thở.***
2. ***Trình bày nguyên tắc cấp cứu ngưng tim ngưng thở.***
3. ***Mô tả các kỹ thuật cấp cứu ngưng tim ngưng thở.***

ĐẠI CƯƠNG

Ngừng hô hấp tuần hoàn có thể xảy ra bất cứ nơi nào trên đường phố, trong bệnh viện, tại các khoa phòng. Nguyên nhân ngừng hô hấp tuần hoàn rất nhiều, thậm chí có trường hợp không rõ nguyên nhân. Vì vậy bất cứ cán bộ y tế nào cũng phải biết tham gia cấp cứu ngừng hô hấp tuần hoàn.

Chết lâm sàng là tình trạng xảy ra ở bệnh nhân kể từ khi ngừng hoạt động của tuần hoàn cho tới khi những tổn thương cơ thể được hồi phục. Thời gian này kéo dài khoảng 5 phút. Quá thời gian này não sẽ xuất hiện những tổn thương không hồi phục, giai đoạn này được gọi là chết sinh vật. Các biện pháp hồi sinh thường không mang lại kết quả khi đã chết sinh vật.

Hoạt động của não phụ thuộc vào cung lượng máu và glucose lên não. Mỗi phút não cần 3,5ml oxy và 5mg glucose. Dự trữ glucose và oxy tiếp tục cung cấp cho tế bào não 2 phút sau khi ngừng tuần hoàn. Khi cung lượng máu lên não giảm xuống còn 25ml (bình thường là 75ml) tổn thương não sẽ không hồi phục sau 4-5 phút ngừng tuần hoàn, tim vẫn tiếp tục đập trong 2-3 giờ trong tình trạng thiếu oxy.

Hậu quả của ngừng tuần hoàn dẫn tới toan chuyển hóa, tăng acid lactic, tăng kali máu. Nếu can thiệp kịp thời tim có thể đập trở lại. Trường hợp muộn não có thể không hồi phục hoặc hồi phục chậm. Hồi sinh não tiếp tục ngừng sau khi giải quyết tình trạng cấp cứu là một công việc rất phức tạp.

NGUYÊN NHÂN

1. Các nhóm nguyên nhân thường gặp:

1.1. Ngoại khoa:

- Ngừng tuần hoàn xảy ra lúc đang phẫu thuật do tai biến gây mê, do mất máu nhiều dẫn đến thiếu oxy tổ chức.
- Đa chấn thương gây chấn thương sọ não và sốc.

1.2. Nội khoa:

1.2.1. Do tim:

- Rối loạn nhịp (Blốc nhĩ thất như Blốc xoang nhĩ).

- Kích thích trực tiếp vào tim khi luồn catheter hoặc dây điện cực vào tim.
- Tắc động mạch vành do khí, cục máu, chụp mạch vành bằng thuốc cản quang.

1.2.2. Do thuốc:

Do dùng quá liều các thuốc điều trị suy tim hoặc chữa loạn nhịp tim không đúng quy cách: uống lợi tiểu và dùng Digital nhưng không bù kali ...

1.2.3. Tai biến mạch máu não:

Gây tăng áp lực nội sọ, tụt não gây ngừng thở, ngừng tim.

1.2.4. Do tai nạn nhiễm độc:

- Điện giật, sét đánh gây rung thất.
- Ngộ độc Aconitin, nọc cóc làm chậm nhịp tim hoặc rung thất.
- Tình trạng nhiễm toan trong các bệnh như đái đường do tuỵ, suy thận hoặc tuần hoàn ngoài cơ thể không đảm bảo kỹ thuật.

1.2.5. Do suy hô hấp cấp:

Đây là nguyên nhân thường gặp nhất trong lâm sàng, cũng như ở khoa hồi sức cấp cứu. Một bệnh nhân hôn mê, rối loạn nhịp thở mất phản xạ ho có thể ngừng tuần hoàn vì tụt lưỡi sặc gây suy hô hấp cấp.

1.2.6. Do phản xạ:

Gặp trong khi làm một số thủ thuật, đặc biệt là ở vùng cổ.

Tiên lượng phụ thuộc vào thời gian từ lúc bị đến lúc được can thiệp cấp cứu, và đến lúc thiết lập lại được chức năng sống và nguyên nhân gây ngưng tuần hoàn.

2. Phân loại:

2.1. Ngừng tim (vô tâm thu):

- Ở thì tâm trương: tim giãn nhẽo, tím nếu thiếu oxy gây ngừng tim, nhạt màu nếu thiếu máu cấp.
- Ở thì tâm thu: hiếm hơn như trong ngộ độc các thuốc co mạch.

2.2. Rung thất:

- Rung thất biên độ lớn: lớn hơn 1,5 mm gặp ở các bệnh nhân mới ngừng tuần hoàn chưa thiếu oxy nhiều.
- Rung thất sóng nhỏ: biên độ dưới 1,5 mm.

2.3. Tim không hiệu quả:

Trên lâm sàng có ngừng tuần hoàn, tim vẫn hoạt động nhưng co bóp không hiệu quả.

- Không còn máu để tống ra ngoại biên như trong thiếu máu cấp.
- Rối loạn nhịp tim: nhịp tự thất.
- Phân ly điện cơ: điện tâm đồ gần như bình thường hoặc gần như bình thường nhưng tâm thất không co bóp chỉ còn vài nhóm cơ hoạt động trên mặt ngoài của tim.

Hậu quả của ngừng tuần hoàn gây thiếu oxy tổ chức. Các tổ chức muốn được hoạt động trở lại phải được cung cấp oxy đầy đủ. Điều này nói lên tầm quan trọng của việc thông khí nhân tạo trong hồi sinh tim - phổi - não.

Khi có rung thất dù sóng to, sóng nhỏ thì việc thông khí nhân tạo vẫn rất cần thiết.

XÁC ĐỊNH NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

1. Các dấu hiệu quan trọng:

- Mất ý thức đột ngột ở bệnh nhân đang tỉnh.
- Đột ngột ngừng thở:
  - Thường ngừng thở xuất hiện cùng lúc với ngừng tim, cũng có thể bệnh nhân còn một giai đoạn ngắn thở rời rạc (thở ngáp).
  - Ngừng thở hẳn thường xảy ra sau ngừng tuần hoàn khoảng 45-60 giây.
- Mất mạch cảnh hay mạch bẹn: dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán xác định ngưng tuần hoàn.

2. Các dấu hiệu gợi ý khác:

- Da nhợt nhạt nếu thiếu máu cấp. Da tím ngắt nếu có suy hô hấp cấp.
- Đồng tử giãn to, mất phản xạ ánh sáng. dấu hiệu này xảy ra sau khi ngừng tuần hoàn khoảng 30-40 phút chứng tỏ não đã bắt đầu bị tổn thương.
- Thấy máu không chảy khi đang phẫu thuật.

Tóm lại, 3 dấu hiệu cơ bản để tiến hành cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn là:

- Gọi không thấy đáp ứng.
- Nghe, nhìn không thấy thở.
- Không có mạch.

Khi đó không nên mất thời gian để nghe tim, đo huyết áp. Cũng không cần chờ có điện tim để xác định chẩn đoán. Điện tim sẽ được làm sau, khi có điều kiện, để xác định cơ chế của ngừng tuần hoàn.

Việc cần làm bây giờ là tranh thủ từng giây để hồi sinh tim phổi.

NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

Mục đích hồi sinh là nhanh chóng phục hồi lại tuần hoàn và hô hấp hữu hiệu chống lại quá trình bệnh lý cơ bản thiếu oxy bảo vệ não, đồng thời phát hiện và giải quyết nguyên nhân cơ bản gây ra ngừng tuần hoàn.

Khi xử trí phải tuân thủ nguyên tắc: Nhanh chóng, khẩn trương tranh thủ từng phút để cứu bệnh nhân vì não chỉ chịu đựng quá trình thiếu oxy tối đa trong vòng 4-5 phút.

1. Trình tự xử trí cấp cứu:

1.1. Tại tuyến ban đầu: giai đoạn 1: ABC

- A (Airway control: Làm thông đường thở
- B (Breathing Support): Tái lập hô hấp
- C (Circulation Suport): Tái lập tuần hoàn

1.2. Tại bệnh viện:

1.2.1. Giai đoạn 2: DEF

- D (Drugs and fluids): Thuốc và dịch
- E (Electrocardiographie): Đo điện tim
- F (Fibrilation): Sốc điện

1.2.2. Giai đoạn 3: GHI

- G (Ganging): Tìm nguyên nhân
- H (Human mentation): Hồi sinh não
- I (Intnsive care): Điều trị hỗ trợ tích cực

2. Thời gian cấp cứu:

Thời gian cấp cứu phụ thuộc vào tình trạng bệnh, nguyên nhân gây ngừng hô hấp tuần hoàn. Diễn biến trong cấp cứu có ba tình huống xảy ra:

- Tim đập trở lại, hô hấp tự nhiên trở lại: cần phải sử dụng các biện pháp theo dõi điều trị tích cực để hồi phục chức năng hô hấp, tuần hoàn và rối loạn khác.
- Mất não: tim đập nhưng bệnh nhân hôn mê sâu đồng tử giãn to, truỵ mạch, không thở tự nhiên. Co cứng kiểu mất não: hai tay và hai chân duỗi cứng. Sau 24 giờ có thể ngừng cấp cứu. Nếu điện não đã là đường thẳng có thể ngừng hồi sức sau 8 giờ.
- Tim không đập trở lại: mặc dù đã xử lý đúng cách, có thể ngừng cấp cứu sau 60 phút.

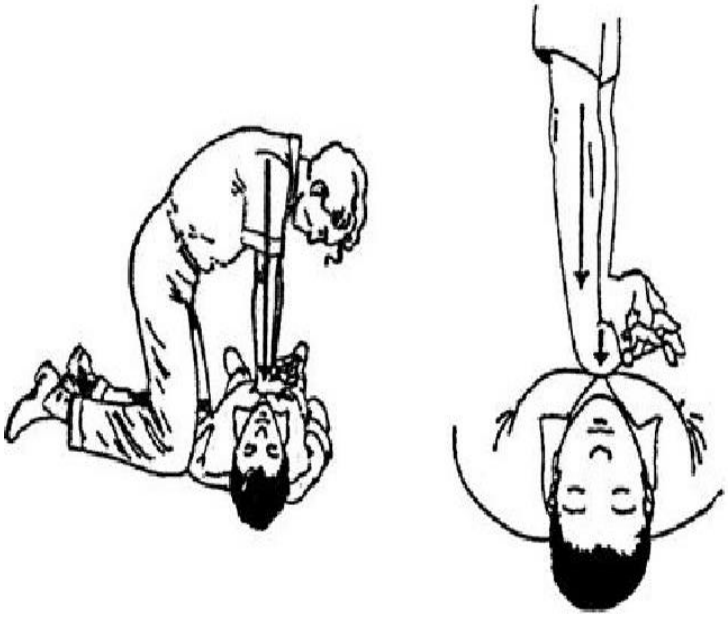
CÁC PHƯƠNG PHÁP CẤP CỨU NGƯNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

1. Ép tim ngoài lồng ngực:

Ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng ép lên 1/3 dưới của xương ức. Tim được ép giữa xương ức và xương sống nằm ở phía sau, giúp cho sự lưu thông máu giữa tim, phổi, não và các tổ chức khác của cơ thể đồng thời kích thích để tim đập lại khi tim ngừng đập. Ép tim thường có hiệu quả hơn nếu kết hợp với hô hấp nhân tạo.

1.1. Kỹ thuật tiến hành:

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, chân cao hơn đầu. Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván hoặc khay dưới lưng. Cấp cứu viên quỳ bên cạnh nạn nhân (ngang tim). Đặt bàn tay trái lên 1/3 dưới xương ức, hướng sang bên trái, bàn tay phải úp lên mu bàn tay trái, 2 tay duỗi thẳng hai vai hướng thẳng vào hai tay. Phải xác định rõ vị trí trước khi đặt tay lên ngực nạn nhân.



Dồn sức nặng của toàn thân ép xuống lồng ngực của nạn nhân nhịp nhàng, liên tục với tốc độ như sau:

- Một cấp cứu viên: 60-80 lần/1 phút.
- Hai cấp cứu viên: cứ 5 lần ép tim thì thổi ngạt 1 lần.

Kiên trì ép cho đến khi tim đập trở lại. Khi cần thiết có thể thay người khác, nhưng phải đảm bảo liên tục. Trong khi cấp cứu phải theo dõi sắc mặt, mạch, đồng tử của nạn nhân. Sau 60 phút tim không đập trở lại, đồng tử giãn to thì thôi. Khi tim đã đập trở lại, toàn trạng ổn định, cho nạn nhân nằm thoải mái, đắp ấm và tiếp tục theo dõi mạch, nhịp thở của nạn nhân.

1.2. Những điểm cần lưu ý:

- Cấp cứu ép tim ngoài lồng ngực phải được tiến hành ngay tức khắc, tại chỗ và liên tục.
- Trong khi tiến hành tay của cấp cứu viên không được nhấc rời khỏi lồng ngực nạn nhân (đề phòng sai vị trí tay) ép 80 lần/ 1 phút.
- Đối với trẻ em từ 1 đến 8 tuổi chỉ cần dùng 1 tay ép từ 80-100 lần/ phút.

2. Thổi ngạt:

Thổi ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột do nhiều nhân khác nhau gây nên: sập hầm, điện giật, trúng độc... nhưng tim vẫn còn đập. Thổi ngạt được tiến hành bằng cách thổi trực tiếp hơi của mình qua miệng hoặc mũi người bị nạn.

2.1. Kỹ thuật tiến hành:

2.1.1. Làm thông đường hô hấp trên:

Đặt nạn nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên. Dùng một nút gạc chèn giữa 2 hàm răng phía má để miệng nạn nhân mở ra. Dùng ngón tay trỏ cuốn gạc móc đờm dãi, lấy hết ngoại vật, răng giả, nếu có. Nới rộng quần áo, thắt lưng, cravat, áo lót phụ nữ. Kê gối dưới vai để đầu ngửa ra phía sau.

2.1.2. Thổi ngạt:

Cấp cứu viên quỳ một bên ngang đầu nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường. Một tay đặt dưới cằm, đẩy cằm ra phía trước, lên trên. Tay kia đặt lên trán nạn nhân, ngón trỏ và ngón cái bịt mũi nạn nhân khi thổi vào. Cấp cứu viên hít vào thật sâu rồi áp miệng mình vào miệng nạn nhân và thổi mạnh, đồng thời quan sát lồng ngực nạn nhân xem có phồng lên, xẹp xuống theo nhịp thổi không.

Phải đảm bảo miệng mình trùm kín lên miệng nạn nhân. Lúc bắt đầu thổi nên thổi tiếp 5 lần liền để phổi nạn nhân có nhiều oxy. Nếu không thấy lồng ngực nạn nhân phồng lên trong khi thổi vào, phải kiểm tra lại tư thế của đầu và cằm, xem đường hô hấp có thông không. Ngẩng đầu hít vào thật sâu đồng thời bỏ tay bịt mũi nạn nhân.

Tiếp tục thổi 15-20 lần/phút cho người lớn, 20-25 lần/phút cho trẻ em, 30-40 lần/phút cho trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh, thổi cho đến khi nạn nhân tự thở lại được. Khi cần thay đổi người khác cần phải duy trì động tác, không được để gián đoạn.

Lấy gối dưới vai ra, cho nạn nhân nằm thoải mái và đắp ấm. Theo dõi sát mạch, nhịp thở và chăm sóc nạn nhân cho đến khi tình trạng ổn định.

2.2. Những điểm cần lưu ý:

- Kỹ thuật thổi ngạt cần được thực hiện ngay tức khắc, tại chỗ và liên tục.
- Trong khi thổi ngạt phải đồng thời theo dõi mạch, đồng tử của nạn nhân để kết hợp đánh giá tình trạng nạn nhân.

- Đối với trẻ nhỏ: miệng của cấp cứu viên có thể trùm kín cả miệng và mũi của trẻ nhưng thổi với nhịp nhanh hơn và nhẹ hơn.
- Luôn luôn đảm bảo đường thở được thông suốt.

3. Phối hợp ép tim và thổi ngạt:

Khi xác định một bệnh nhân vừa ngừng hô hấp vừa ngừng tuần hoàn, cấp cứu viên nhanh chóng đặt nạn nhân nằm trên nền cứng và tiến hành khai thông hô hấp.

Dùng nắm đấm bàn tay đấm 5 lần vào giữa điểm 1/3 dưới xương ức với độ cao tay đấm 50cm. Ngay sau khi đấm, bắt mạch bẹn hoặc cổ nếu thấy có mạch thì đấm tiếp tục (thay ép tim) với tần số 60-80 lần/phút. Thổi ngạt (hoặc bóp bóng ambu) tần số 15-20 lần/phút.

- Phương pháp 1 người: thổi ngạt 2 lần rồi ép tim 15 lần. Làm như vậy ép tim với tần số 80 lần/phút.
- Phương pháp 2 người: 1 người thổi ngạt, 1 người ép tim phối hợp nhịp nhàng sao cho ép tim và thổi ngạt không được tiến hành cùng một lúc. Cứ 5 lần ép tim 1 lần thổi ngạt. Tần số ép tim 60-80 lần/phút.

4. Cấp cứu dị vật đường thở:

Dị vật lọt vào họng trong những tai nạn như: thức ăn trào ngược từ dạ dày lên họng khi nôn, răng giả tụt sâu vào họng, hóc phải hạt cây, viên bi, trong lúc chơi đùa (ở trẻ em)... Đối với mỗi đối tượng, trong từng hoàn cảnh, các động tác sơ cứu phải được thực hiện khác nhau.

4.1. Cấp cứu người lớn:

4.1.1. Tự cấp cứu khi chỉ có một mình:

Nếu bị nạn khi chỉ có một mình, bạn hãy tự đẩy ép bụng để tống vật lạ ra ngoài bằng hai bàn tay của mình theo các bước sau:

- Đứng tựa lưng vào bờ tường phẳng. Dùng một bàn tay nắm chặt, tì sát phần ngón cái và ngón trỏ vào vùng bụng phía trên, ngay dưới xương ức (lòng bàn tay úp xuống).
- Nắm tay còn lại ép mạnh vào nắm tay trên bụng, theo chiều từ trước ra sau và từ dưới lên.
- Nếu không kết quả thì dùng ghế dựa, hãy áp phần bụng phía trên rốn lên bờ trên của tấm tựa lưng, sau đó dùng sức nặng của thân người gập xuống thành ghế, tạo một sức ép đẩy không khí từ trong ra. Vật lạ sẽ bị bắn ra ngoài.

4.1.2. Khi có người cứu trợ:

4.1.2.1. Thủ thuật Heimlich:

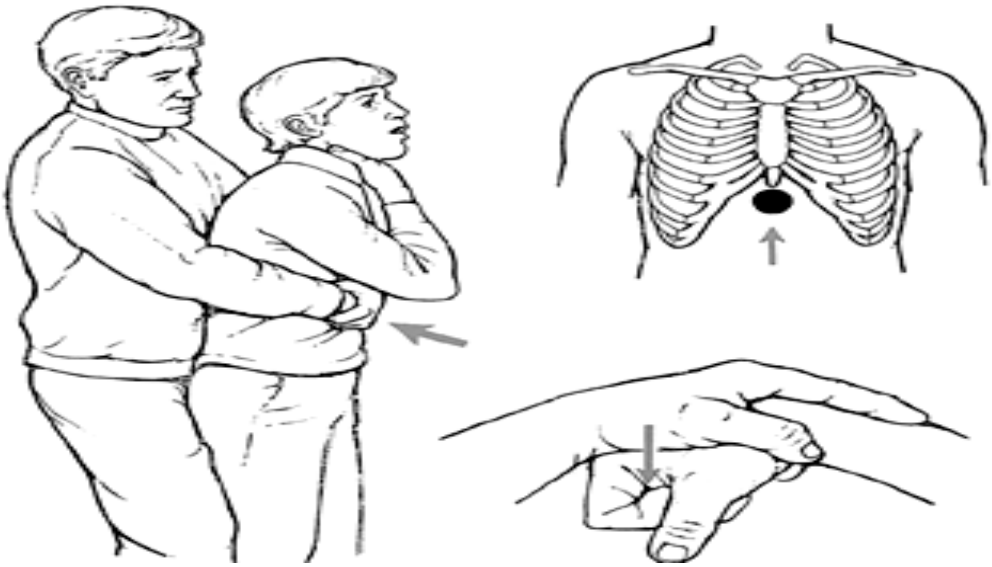
Heimlich là thủ thuật dùng để cấp cứu khi có dị vật lọt vào đường thở và choán gần hết diện tích của đường thở.

Nguyên tắc của Heimlich là tạo một lực tác động mạnh, đột ngột vào 2 buồng phổi bằng cách vỗ từ lưng hoặc ép vào cơ hoành, mục đích tạo ra một áp lực lớn đột ngột trong đường hô hấp đẩy dị vật ra ngoài. Vì thế Heimlich có hiệu quả rất tốt với những dị vật choán gần hết đường thở và dễ di chuyển như viên bi, kẹo... còn những vật khác không choán hết đường thở hoặc có hình dáng góc cạnh thì phải nhờ chuyên khoa tai mũi họng lấy dị vật ra.

Heimlich có hiệu quả từ cú vỗ hoặc cú ép hoành đầu tiên, càng về sau hiệu quả càng giảm dần.

- Bước 1: Người cứu đứng sau lưng nạn nhân, một chân trước, một chân sau; chân trước lồng giữa hai chân nạn nhân.
- Bước 2: Vòng hai tay ra trước, quàng lấy bụng nạn nhân, bàn tay ngoài nắm lấy nắm đấm của bàn tay trong (lòng bàn tay này úp xuống), áp sát vào vùng bụng phía trên rốn, ngay dưới xương ức của nạn nhân.
- Bước 3: Giật lên thật mạnh và đột ngột theo hướng từ trước ra sau và từ dưới lên, liên tục 4-5 cái. Động tác này phải được thực hiện dứt khoát và không đè ép vào lồng ngực thì mới có hiệu quả.

Đối với phụ nữ có thai hoặc người béo phệ, vị trí đặt tay trên ngực tốt nhất là ngay giữa xương ức, cách mỏm ức 2-3 cm. Nên để nạn nhân ngồi tựa vào ghế để thao tác dễ hơn.



4.1.2.2. Thủ thuật vỗ lưng:

Đặt nạn nhân ngồi gập người ra trước, đầu thấp hơn ngực. Người cứu dùng một tay đặt ép giữa ngực ngay trên xương ức, tay kia vỗ mạnh 4- 5 cái liên tục vào lưng, vùng giữa hai bả vai của nạn nhân (có thể cho nạn nhân đứng khom người ra phía trước để vỗ lưng).

4.1.2.3. Đối với nạn nhân bất tỉnh:

- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền đất hoặc ván cứng. Người cứu quỳ, cưỡi ngang đùi nạn nhân, hai đầu gối đặt mé ngoài gối của nạn nhân.
- Hai bàn tay chồng lên nhau, đặt gót bàn tay dưới lên vùng bụng trên, ngay dưới xương ức. Dùng sức chồm thân người ấn đẩy từ trên xuống dưới và từ bụng hướng lên ngực nạn nhân liên tục 4-5 cái.

Khi vật lạ ra khỏi họng và nằm tại miệng nạn nhân, cần lấy vật này ra một cách thận trọng. Việc thao tác không đúng có thể đẩy vật lạ tụt vào họng trở lại.

4.2. Cấp cứu trẻ dưới 1 tuổi:

4.2.1. Tư thế nằm sấp:

Đặt tay và chân trẻ ở hai bên đùi người cứu, kê cằm trên gối người cứu, tư thế đầu thấp hơn ngực (không để đầu chúc xuống quá vì vật lạ khi lọt ra dễ chui vào mũi). Vỗ nhanh 1-5 cái lên vùng lưng, giữa hai bả vai của trẻ, giúp tống vật lạ ra.

4.2.2. Tư thế nằm ngửa:

Cho trẻ nằm dọc theo một cẳng tay người cứu (bàn tay này giữ đầu trẻ). Đặt hai ngón của bàn tay còn lại lên vùng ngực, giữa hai núm vú của trẻ. Dùng sức đẩy của cánh tay người cứu ấn nhanh và mạnh 4 cái liên tục. Nếu chưa có hiệu quả, có thể thực hiện tiếp tục 4-5 lần. Mọi thao tác phải thực hiện nhanh, dứt khoát, không quá mạnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1 Điều nào đúng với chết lâm sàng:
A. Ngừng hoạt động tuần hoàn
B. Thời gian thường không quá 5 phút
C. Còn gọi là chết sinh vật
D. Tổn thương cơ thể có thể hồi phục

2 Nguyên nhân gây ngưng tim ngưng thở do suy hô hấp:
A. Tụt lưỡi
B. Tăng áp lực nội sọ
C. Ngộ độc Aconitin
D. Dùng Digital mất bù kali

3 Dấu hiệu quan trọng xác định ngưng hô hấp tuần hoàn:
A. Đột ngột ngừng thở
B. Da nhợt nhạt, thiếu máu cấp
C. Đồng tử giãn to, mất phản xạ ánh sáng
D. máu ngưng chảy khi đang phẫu thuật

4 Nội dung nào thực hiện ở giai đoạn 2 trong trình tự xử lý ngưng hô hấp tuần hoàn:
A. Tái lập hô hấp
B. Thuốc và dịch
C. Tìm nguyên nhân
D. Hồi sinh não

5 Thao tác đúng trong cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn:
A. Đặt nạn nhân nằm nghiêng một bên
B. Bàn tay đặt trên xương ức hướng sang phải
C. Tốc độ xoa bóp tim khoảng 80 lần/phút
D. Tay ép tim không nhấc khỏi lồng ngực nạn nhân

KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG

CN. Võ Thị Mỹ Linh

BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Trình bày nguyên nhân, phân loại, triệu chứng chung của gãy xương***
2. ***Trình bày mục đích, nguyên tắc cố định gãy xương***
3. ***Mô tả cách sơ cứu và xử trí nạn nhân khi gãy xương***

ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương (là một chấn thương) là tình trạng phá huỷ đột ngột cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học gây gián đoạn về truyền lực qua xương.

Gãy xương là một tai nạn gặp bất cứ nơi đâu, bất cứ lúc nào và bất cứ tuổi nào.

1. Nguyên nhân:

Xương vừa cứng vừa dẻo. Xương gãy tuỳ thuộc vào 2 yếu tố: chấn thương bên ngoài và tình trạng xương bên trong.

1.1. Chấn thương bên ngoài:

Sức chấn động bên ngoài tác động vào quá sức chịu đựng của xương làm cho xương gãy.

Sức chấn động này được chia làm 2 loại :

- Chấn động trực tiếp: tình trạng xương gãy do tác động trực tiếp vào xương như :
  - Bánh xe ô tô, xe bò , xe máy cán hoặc đè trực tiếp lên chi và các xương khác trong cơ thể.
  - Mảnh bom, mãnh đạn trực tiếp phá huỷ xương.
  - Cây đổ, gậy, đòn gánh đánh trực tiếp vào xương
- Chấn động gián tiếp: tình trạng xương gãy ở xa nơi trực tiếp bị tổn thương như :
  - Ngã từ trên cao xuống theo tư thế đứng nhưng lại gãy cột sống hay gãy xương đùi.
  - Ngã chống tay nhưng lại gãy lồi cầu xương cánh tay, khuỷ tay

1.2. Tình trạng xương bên trong:

Do xương bị bệnh, người bệnh không bị chấn thương mạnh từ bên ngoài, chỉ vấp hay bước trật nhẹ mà vẫn bị gãy xương.

Trường hợp này, nguyên nhân do cấu tạo xương thoái hoá làm xương không đủ sức đảm nhận chống đỡ bình thường cho cơ thể. Xương trở nên yếu do những nguyên nhân sau :

- Nhiễm khuẩn.
- Bướu phá mất xương.
- Xương dòn vì già yếu, hay do dùng thuốc (Prednisolon, Dexamethason …).
- Bệnh tạo xương, do dị tật bẩm sinh

2. Phân loại:

Gãy xương có 2 tình trạng :

- Gãy xương hở: là tình trạng gãy xương mà ổ gãy thông với môi trường bên ngoài.
- Gãy xương kín: là tình trạng gãy xương mà tổ chức da xung quanh không bị tổn thương (đầu xương gãy không thông ra ngoài)

TRIỆU CHỨNG

1. Đau:

Đau ngay sau chấn thương, điểm đau cố định tại nơi xương gãy, đau tăng khi cử động.

2. Sưng nề bầm tím:

Có thể xảy ra ngay sau khi chấn thương hoặc sau 1 vài giờ. Thời gian càng lâu thì sự sưng nề càng rỏ, tuỳ teo nơi gãy hoặc mức độ gãy mà mức độ sưng nề ít hay nhiều. Hiện tượng sưng nề bầm tím ở một số vị trí có giá trị cho chẩn đoán.

3. Cử chỉ bất thường:

Khi thăm khám, giữ tay vào đoạn chổ nghi là gãy còn 1 tay lắc nhẹ đoạn dưới thì đoạn trên thấy cử động theo

4. Biến dạng trục của chi:

- Trục của chi bị gãy lệch vẹo
- Chi gãy ngắn so với chi lành
- Chi bị gấp góc

5. Có tiếng lạo xạo:

Do cọ sát 2 đầu xương gãy

6. Giảm hoặc mất cử động chân tay:

- Gãy xương đùi hay xương cẳng chân nạn nhân không nhấc gót lên được
- Gãy xương cánh tay, cẳng tay: không đưa tay ra xa được,không tự cầm nắm
- Mất hoặc giảm một phần vận động: trường hợp xương bị nứt hoặc 2 đầu xương gãy còn cài vào nhau

KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH XƯƠNG GÃY

1. Mục đích:

- Làm cho bệnh nhân đỡ đau và phòng ngừa sốc.

- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ.
- Trong trường hợp gãy hở: cố định giúp phòng ngừa nhiễm khuẩn vết thương

2. Nguyên tắc:

- Nẹp phải đủ dài để bất động chắc khớp trên và khớp dưới ổ gãy.
- Bất động chi tư thế thuận lợi đơn giản (chi dưới duỗi 180 độ, chi trên gấp khuỷu 90°).
- Gãy hở , gãy nội khớp phải bất động theo tư thế gãy không kéo nắn sau khi đã cố định, băng vết thương.
- Gãy kín phải nhẹ nhàng cẩn thận khi tiến hành cố định. Phải có 1 người kéo chi liên tục cho tới khi cố định xong.
- Không nên cởi áo quần nạn nhân, nếu cần bộc lộ vết thương thì cắt quần áo theo đường chỉ, nếu cởi thì cởi bên lành trước.
- Không đặc nẹp vào sát da nạn nhân, các chổ mấu lồi của đoạn xương thì phải chêm lót bông rồi mới đặt nẹp.
- Nẹp phải được cố định chặt vào chi bị thương thành 1 khối.
- Sau khi cố định xong buộc khăn chéo lên trên cổ đối với chi trên, buộc 2 chi vào nhau đối với chi dưới

3. Kỹ thuật:

3.1. Gãy xương cánh tay:

Thường do té ngã chống tay hoặc do gậy đập vào. Có thể gãy kín song cũng có trường hợp gãy hở.

- Dùng 2 nẹp cố định theo tư thế gãy: một nẹp đặt phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu, một nẹp đặt phía ngoài từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay. Chú ý không được kéo nắn.
- Dùng khăn tam giác hoặc băng cuộn treo cẳng tay lên cổ (chú ý: cẳng tay vuông góc với cánh tay).
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

Bất động gãy xương cánh tay

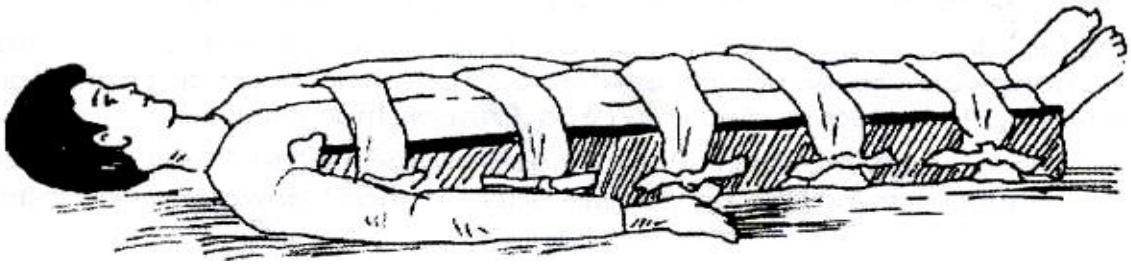
3.2. Gãy xương cẳng tay:

- Dùng 2 nẹp cố định theo tư thế gãy: một nẹp đặt phía ngoài ép vào mu bàn tay đến lhớp khuỷu, một nẹp đặt phía trong lòng bàn tay đến khớp khuỷu tay.

- Treo cẳng tay lên cổ, bàn tay để ngửa, cẳng tay vuông góc với cánh tay.
- Chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

3.3. Gãy xương đùi:

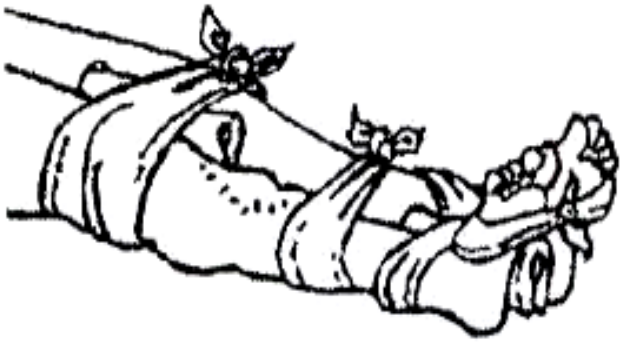
- Dùng 2 nẹp cố định theo tư thế gãy: một nẹp đặt phía trong mắt cá đến sát bẹn, một nẹp đặt phía ngoài mắt cá đến sát nách. Buộc ở trên và dưới vị trí gãy, ở cổ chân, lồng ngực, thắt lưng, chậu hông, trên và dưới gối.
- Buộc 2 chân vào nhau ở các vị trí trên, dưới chỗ gãy, gối, cẳng chân, bàn chân.
- Chỉ được di chuyển sau khi cố định xong, chú ý phòng chống sốc khi chuyển.



Bất động gãy xương đùi

3.4. Gãy xương cẳng chân:

- Dùng 2 nẹp cố định theo tư thế gãy: một nẹp đặt phía mắt cá trong, một nẹp đặt phía mắt cá ngoài đến giữa đùi. Cố định 2 nẹp ở trên và dưới ổ gãy, ở đùi và bàn chân.
- Buộc 2 chân vào nhau ở cổ chân, gối và đùi. Chuyển nạn nhân đến bệnh viện, chú ý phòng chống sốc.



Bất động xương cẳng chân

3.5. Gãy xương sườn:

- Cởi cúc áo, bộc lộ vùng ngực. Nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Dùng băng dính to bản băng từ cột sống qua nơi xương gãy đến xương ức, che kín toàn bộ vị trí xương gãy khi quấn cần bảo nạn nhân thở ra hết sức.
- Chuyển nạn nhân đến bệnh viện, theo dõi dấu hiệu hô hấp.

3.6. Gãy xương đòn:

Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn, đặt nằm hoặc ngồi ở tư thế thuận lợi. Có thể cố định bằng một trong 3 phương pháp sau:

- Dùng băng treo: đặt bàn tay bên tổn thương qua ngực bám vào mỏm cùng vai bên lành, treo tay lên cổ rồi cố định vào ngực bằng băng to bản.
- Băng số 8: 2 tay sát nách, kéo ra sau, dùng băng to bản quấn số 8 để kéo vai ra sau.
- Dùng nẹp chữ T: nạn nhân ưỡn ngực ra trước, 2 vai kéo về sau, đặt nẹp chữ T và cố định.
- Xử trí xong nhanh chóng chuyển đến bệnh viện.

Bất động gãy xương đòn

3.7. Gãy xương hàm dưới:

- Để nạn nhân ngồi, đầu cúi ra trước.
- Kiểm tra trong miệng nạn nhân có dị vật không.
- Dùng băng cuộn hoặc băng tam giác quấn từ dưới hàm lên đỉnh đầu và vòng quanh trán đến sau gáy.
- Chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

3.8. Gãy cột sống:

- Đặt nạn nhân nằm ngửa hoặc nằm theo tư thế ngã trên tấm ván cứng.
- Dùng gối đệm chèn 2 bên cổ để giữ đầu và cổ không di động sang 2 bên.
- Buộc cố định nạn nhân vào cáng ở các vị trí: cổ chân, cẳng chân, gối, đùi, xương chậu, ngực, hàm và trán.
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu đúng nhất

1. Điều nào KHÔNG ĐÚNG khi cố định gãy xương:
   A. Không đặt nẹp sát da.
   B. Chi dưới duỗi 180°, chi trên gập 90°.
   C. Gãy hở phải bất động theo tư thế gãy.
   D. Cắt quần áo theo đường chỉ để bộc lộ
2. Xương yếu có thể do những nguyên sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Nhiễm khuẩn.
   B. Bướu xương.
   C. Dị tật bẩm sinh.
   D. Dùng thuốc kháng sinh thường xuyên.
3. Khi sơ cứu bệnh nhân gãy xương đòn, điều nào sau đây KHÔNG ĐÚNG:
   A. Nạn nhân cúi người về trước.
   B. Đặt nẹp cố định sau vai.
   C. Nhanh chóng đưa đến bệnh viện.
   D. Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai.
4. Khi sơ cứu gãy xương sọ, điều nào KHÔNG ĐÚNG:
   A. Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
   B. Đặt nạn nhân ở tư thế thuận lợi.
   C. Theo dõi và phòng chống sốc.
   D. Không dùng thuốc bôi

KỸ THUẬT GAROT CẦM MÁU

BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được vị trí và phân loại chảy máu.***
2. ***Mô tả các kỹ thuật cầm máu.***
3. ***Nêu các lưu ý khi thực hiện kỹ thuật garot cầm máu.***

ĐẠI CƯƠNG

Máu lưu thông trong cơ thể cung cấp cho các tổ chức tế bào oxy và chất dinh dưỡng, do đó để đảm bảo cho sự cung cấp này thì phải duy trì sự lưu thông tuần hoàn của máu trong cơ thể. Huyết áp và áp lực dể duy trì sự lưu thông tuần hoàn của máu.

Mất nhiều máu làm giảm huyết áp. Nếu chảy máu ở mức độ ít trầm trọng thì cơ thể sẽ bù, lại bằng cách tăng nhịp tim và hạn chế máu tới tổ chức dưới da và ruột, để tăng cường lượng máu tới các cơ quan sống còn của cơ thể như não. Nếu như huyết áp thấp bất thường vì bất cứ nguyên nhân gì thì chỉ sau một thời gian, thậm chí chỉ sau 30 phút thì những cơ quan quan trọng của cơ thể như não, tim và thận sẽ bị tổn thương nghiêm trọng.

Thận là cơ quan đặc biệt nhạy cảm với sự giảm lưu lượng tuần hoàn và suy thận có thể xảy ra ngay sau một giai đoạn sốc ngắn.

Cơ thể có những cơ chế bảo vệ để chống lại sự chảy máu. Khi mạch máu bị cắt đứt thì đầu mạch máu bị đứt co lại để giảm sự chảy máu.

Mạch máu co lại làm giảm lưu lượng máu tới các đầu mạch bị tổn thương tạo điều kiện để các cục máu đông được hình thành, do đó chống lại sự mất máu thêm.

1. Vị trí chảy máu:

- Máu động mạch (trừ máu động mạch phổi) có màu đỏ tươi. Khi bị đứt động mạch, máu chảy ra thành tia và phun mạnh lên khi mạch đập.
- Máu tĩnh mạch có màu đỏ sẫm (trừ máu tĩnh mạch phổi). Khi bị đứt tĩnh mạch máu chỉ đùn ra hoặc phun ra từ từ.
- Mao mạch: máu rỉ ra từ vết thương trong những trường hợp vết thương là vết cắt hoặc giập nát nhỏ. Khi tổn thương cả động mạch tĩnh mạch thì các mao mạch chảy ra bị máu tĩnh mạch và động mạch át đi.

2. Phân loại:

2.1. Chảy máu ngoài:

Máu chảy ra từ vết thương trên cơ thể nhìn thấy được.

2.2. Chảy máu trong:

Máu chảy ra từ vết thương bên trong cơ thể (không nhìn thấy được). Mất máu trong cơ thể là: mất máu trong ẩn dấu (máu đọng lại bên trong cơ thể không nhìn thấy) và mất máu trong lộ ra (nhìn thấy).

Những nguyên nhân gây nên chảy máu trong:

2.2.1. Chảy máu trong ẩn giấu:

- Gãy xương: Xương chậu, các xương dài, xương sọ
- Chấn thương các cơ quan: Gan, lách, phổi, thận, tim, não và các cơ quan khác.

2.2.2. Chảy máu trong lộ ra:

- Vỡ nền sọ: máu chảy ra qua lỗ tai, lỗ mũi.
- Chấn thương trực tiếp: mũi, miệng, họng.
- Loét tiêu hóa: ói ra máu đen, đi cầu phân đen (máu biến đổi). Chú ý: nếu máu đỏ tươi là chảy ra từ trực tràng.
- Chấn thương phổi hoặc đường thở: ho ra máu đỏ tươi có lẫn bọt
- Chấn thương thận hoặc bàng quang: đi tiểu ra nước tiểu đỏ máu
- Vỡ xương chậu có tổn thương niệu đạo: đi tiểu ra máu đỏ tươi
- Thai ngoài tử cung vỡ.

Bất kỳ một bệnh nhân nào trong tình trạng sốc do bị chấn thương đều phải được coi là có chảy máu trong cho đến khi được chứng minh.

Khi đã nhận định, đánh giá tình trạng chảy máu xong thì phải có những ưu tiên để cầm máu và chăm sóc. Trong những trường hợp chảy máu nặng thì cần sự hồi sinh cho nạn nhân.

Có những trường hợp không thể cầm máu hoàn toàn được nhưng tiến hành cầm máu và hồi sinh ngay cho nạn nhân nên đã duy trì được sự sống của nạn nhân cho đến khi chuyển tới cơ sở y tế có khả năng giải quyết và nạn nhân đã được cứu sống.

3. Biểu hiện của mất nhiều máu:

- Da xanh nhợt, lạnh, vã mồ hôi.
- Hoảng hốt, giãy giụa, kích thích, ý thức lú lẫn, lộn xộn, thay đổi mức độ tỉnh táo.
- Nhịp thở nhanh nông.
- Mạch nhanh và yếu.
- Tiến triển dần tới tình trạng sốc.

CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU

1. Cầm máu mao mạch, tĩnh mạch:

Nhanh chóng ép trực tiếp lên vết thương hoặc dùng tay ép vết thương lại. Nếu có điều kiện thì đặt lên vết thương một miếng gạc hoặc miếng vải sạch trước khi ép trực tiếp lên vết thương.

Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thoải mái thuận tiện, nâng cao vùng bị tổn thương vì sự nâng cao làm giảm áp lực máu ở vùng đó nên làm giảm chảy máu. Dùng băng cuộn hoặc dây vải băng ép miếng gạc hoặc miếng vải vào vết thương. Không băng quá chặt như hình thức garot. Nếu máu thấm qua bông thì dùng băng quấn thêm lên băng cũ. Không tháo băng cũ thấm máu.

Giữ yên tĩnh cho nạn nhân, động viên an ủi nếu nạn nhân tỉnh táo. Chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế nếu thấy cần thiết. Trong khi chờ đợi hoặc trên đường vận chuyển phải luôn kiểm tra theo dõi tình trạng hô hấp, tuần hoàn của nạn nhân.

Giữ ấm cho nạn nhân. Nâng cao chân và tay bị tổn thương. Nếu nạn nhân tỉnh táo thì cho uống nhiều nước.

Sử dụng phương pháp ấn vào động mạch chi phối vùng có vết thương. Điểm ấn vào động mạch là điểm mà ở chỗ đó động mạch đi trên một nền cứng ví dụ như xương.

Khi ấn vào điểm này động mạch sẽ bị ép vào xương do đó cắt đứt luồng máu cung cấp cho vùng ở phía bên kia của điểm ấn nên sẽ kiềm chế được sự chảy máu ở vết thương tạo điều kiện cho vết thương tự cầm máu. Ví dụ: Khi ấn động mạch đùi thì toàn bộ chi dưới không được cung cấp máu. Phương pháp này chỉ được áp dụng khi đã băng ép trực tiếp lên vết thương và nâng cao phần bị thương mà vẫn không cầm được máu.

Có 6 điểm ấn chính được sử dụng để làm ngừng chảy máu trên những vùng khác nhau của cơ thể.

- Động mạch cảnh: động mạch này nằm ở bên cạnh khí quản. khi ấn phải ấn về phía sau lên trên cột sống vì nếu ấn sang bên thì sẽ ấn vào khí quản làm tắc đường thở. Ấn động mạch cảnh để khống chế sự chảy máu ở vùng cổ và đầu.
- Động mạch thái dương: điểm ấn của động mạch này ở ngay phía trước tai.
- Động mạch mặt: điểm ấn của động mạch này ở cách góc hàm khoảng 2,5cm về phía trước. Khi ấn phải ấn vào mặt ngoài xương hàm dưới ...
- Động mạch dưới đòn: điểm ấn ở ngay phía sau đầu trong xương đòn. Khi ấn phải ấn xuống dưới về phía xương sườn thứ nhất.
- Động mạch cánh tay: điểm ấn ở mặt trong của tay ở đoạn giữa của khuỷu tay và vai. Khi ấn dùng tay bóp vào trong xương cánh tay.

- Động mạch đùi: điểm ấn ở đoạn giữa của nếp bẹn. Khi ấn thường dùng 2 đầu ngón tay cái ấn xuống phía xương chậu hoặc dùng cả bàn tay để ấn thẳng xuống vùng nếp bẹn.

- Một số điểm chú ý khi xử trí vết thương chảy máu:

- Nếu các vết thương chảy máu có dị vật như mảnh gỗ, kim loại hoặc bất kỳ một vật gì đâm vào mà vẫn còn cắm ở vết thương thì không bao giờ dược rút những dị vật đó ra khỏi vết thương. Trong trường hợp này một vòng đệm (vành khăn) làm bằng một miếng vải vuông hoặc một khăn tam giác quấn lại thành vòng đệm xung quanh dị vật sau đó dùng băng ép lại rồi chuyển nạn nhân tới bệnh viện.
- Nếu băng ép áp lực trực tiếp lên vết thương mà không cầm được máu, máu vẫn chảy ra nhiều thì phải dùng các biện pháp khác để cầm máu.

2. Cầm máu động mạch:

2.1. Đặt garot:

2.1.1. Garot chính quy:

Dùng một băng cao su mỏng mềm đàn hồi tốt, to bản, dài (Esmarch). Chi trên rộng 3 - 5cm, dài: 1,2 - 2m; chi dưới rộng 5 - 8cm, dài 2 -3m. Nguyên tắc đặt garot là chặn động mạch trên đường đi của động mạch dẫn tới vết thương.

- Đặt garot cách vết thương 2 - 3cm
- Không đặt garot trực tiếp lên da thịt của bệnh nhân, phải có vòng đệm
- Xử trí vết thương phần mềm.
- Tổng số giờ đặt garot không quá 6 giờ, 1 giờ nới garot một lần, mỗi lần nới không quá 1 phút.
- Phải có phiếu garot đặt ở nơi dễ nhìn thấy nhất. Viết chữ phiếu garot màu đỏ, khung của phiếu garot màu đỏ trong đó có ghi nội dung của phiếu garot. Vận chuyển ưu tiên số 1.

▪ Kỹ thuật tiến hành như sau:

- Chuẩn bị dụng cụ: garot Esmarch, vòng băng lót, bông gạc vô khuẩn, băng cuộn, phiếu garot
- Chặn động mạch để cầm máu trên đường đi của động mạch dẫn đến vết thương.
- Đặt garot cách vết thương 2-3cm.
  - Vòng 1: Vừa phải
  - Vòng 2: Chặt hơn
  - Vòng 3: Chặt nhất (quyết định sự cầm máu)
  - Vòng 4: Nới rộng để nhét cuộn garot còn lại vào

- Xử trí vết thương: sát khuẩn xung quanh, đặt gạc băng lại, viết phiếu garot
- Nới garot: luồn 2 ngón tay vào vòng cuối cùng nâng lên, rút cuộn garot vừa cuộn lại vừa nới hết vòng thứ 3 từ từ.
- Quan sát vùng dưới vết thương thấy hồng, ấm lại thì cuốn lại vòng thứ 3 chặt, vòng thứ 4 nới lỏng để nhét cuộn garot còn lại.

PHIẾU GAROT CẤP CỨU SỐ ……..
Họ tên nạn nhân: ……...tuổi: ….
Tình trạng vết thương: …….
Tên người đặt garot: ……
Thời gian làm garot: …….
Nới garot lần thứ nhất lúc:….giờ….. phút
Lần thứ 2 lúc:……giờ …. Phút
Lần thứ 3 lúc:……giờ……phút
Lần thứ 4 lúc :…..giờ ……phút
Lần thứ 5 lúc;…….giờ……phút
Ký tên….
(phiếu ghi bằng mực đỏ)

Mẫu phiếu garot

2.1.2. Garot tùy ứng:

▪ Chuẩn bị dụng cụ:

- Khăn mùi xoa 2-3 chiếc.
- Bút chì, thước kẻ, đũa, dây buộc.

▪ Kỹ thuật tiến hành như sau:

- Chặn động mạch:
  - Quấn một khăn lót trên vết thương.
  - Một khăn gấp chéo nhỏ lại buộc lỏng trên khăn thứ nhất.
  - Luồn một que vừa nâng vừa xoắn khăn thứ hai đến khi máu ngừng chảy.
  - Cố định que tránh va chạm vào vết thương.
- Xử trí và băng vết thương chuyển nhanh đến tuyến trên.

2.2. Băng ép động mạch cổ:

2.2.1. Dụng cụ:

- 1 nẹp dài từ quá đầu đến quá khuỷu tay.
- Băng cuộn: 2-3 cuộn.
- Gạc vô khuẩn.

2.2.2. Tiến hành:

- Chặn động mạch cổ.
- Xử trí vết thương.
- Đặt một vật (băng, gạc cuộn chặt lại) chặn lên động mạch.

- Cố định nẹp vào đầu, cánh tay và giữ vật chặn tại chỗ.
- Treo cánh tay vuông góc với cẳng tay bằng khăn chéo.
- Chuyển ưu tiên cấp cứu số 1 đến khoa ngoại.

3. Xử trí chảy máu trong:

Chảy máu trong cơ thể gây mất máu rất trầm trọng mà không nhìn thấy một chút máu nào chảy ra ngoài cả. Loại mất máu này gọi là mất máu ẩn giấu: Chảy máu trong có thể xảy ra sau gãy một xương lớn như xương chậu, xương đùi hoặc sau chấn thương các tạng đặc như gan, lách.

Mặc dù máu không bị mất khỏi cơ thể như trong chảy máu ngoài nhưng máu bị mất khỏi hệ thống tuần hoàn nên cũng gây hậu quả hạ huyết áp.

Có những trường hợp chảy máu trong lượng máu mất rất ít nhưng lại gây những vấn đề trầm trọng như trong trường hợp chảy máu nội sọ hoặc màng tim vì lượng máu chảy ra tích tụ lại trong sọ não hoặc quanh tim gây nên áp lực chèn ép não hoặc tim.

Chảy máu trong ẩn giấu có thể trở thành chảy máu trong lộ ra (nhìn thấy) qua sự đi tiểu ra máu, đi ngoài phân đen, nôn hoặc ho ra máu hoặc sự hình thành khối máu tụ bầm tím ngay trên phần bị chấn thương.

Tiến hành xử trí như sau:

- Đặt nạn nhân nằm ngửa đầu thấp và mặt nghiêng về một bên để cung cấp đủ máu cho não. Khuyên nạn nhân nằm yên.
- Nâng cao chân nạn nhân nếu điều kiện cho phép.
- Nới lỏng dây áo, dây lưng,cravat... cho nạn nhân.
- Đắp ấm cho nạn nhân, nếu có điều kiện thì đắp thêm cho nạn nhân một tấm chăn nữa.
- Kiểm tra mạch, nhịp thở và mức độ đáp ứng (tỉnh táo) 10 phút/lần, ghi chép lại kết quả.
- Thăm khám nạn nhân để phát hiện những chỗ thủng khác.
- Nếu nạn nhân trở nên bất tỉnh nhưng vẫn thở bình thường thì đặt nạn nhân nằm tư thế hồi phục, nếu ngừng thở phải tiến hành cấp cứu ngay.
- Theo dõi tính chất của các dịch xuất tiết, bài tiết khỏi cơ thể.
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân tới các cơ sở y tế có điều kiện phẫu thuật.

Phải coi đây là một cấp cứu ưu tiên. Trong khi vận chuyển vẫn phải theo dõi sát nạn nhân và duy trì tư thế đúng. Lưu ý không cho nạn nhân ăn uống bất cứ một thứ gì.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu đúng nhất

1. Đặc điểm nổi bậc của trường hợp chảy máu động mạch:
   A. Máu chảy thành tia
   B. Máu màu đỏ sẫm
   C. Máu phun từ từ
   D. Da vùng chảy máu nhợt nhạt
2. Dấu hiệu quan trọng của vỡ nền sọ:
   A. Máu chảy qua lỗ tai
   B. Oi ra máu
   C. Vết thương ở vùng đầu
   D. Nhức đầu nhiều
3. Kỹ thuật cầm máu phù hợp với chảy máu mao mạch hoặc tĩnh mạch:
   A. Ep trực tiếp lên vết thương
   B. Đặt garot chính quy
   C. Đặt garot tùy ứng
   D. Băng ép có trọng điểm
4. Khi đặt garot chính quy, vòng nào quyết định sự cầm máu:
   A. Vòng 1
   B. Vòng 2
   C. Vòng 3
   D. Vòng 4
5. Khi đặt garot chính quy, vòng nào nới lỏng nhất:
   A. Vòng 1
   B. Vòng 2
   C. Vòng 3
   D. Vòng 4
6. Điều nào đúng với kỹ thuật đặt garot chính quy:
   A. Cách dưới vết thương 2-3cm
   B. Garot trên vòng đệm
   C. Không garot quá 1 giờ
   D. Mỗi lần nới garot không quá 15 phút

KỸ THUẬT BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG

ĐD. Phan Thị Ánh Gương
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được mục đích và chỉ định của băng.***
2. ***Nêu được nguyên tắc dùng băng cuộn.***
3. ***Trình bày đúng kỹ thuật 6 kiểu băng cơ bản.***

MỤC ĐÍCH

- Giữ bông gạc, che kín vết thương, phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát.
- Thấm hút dịch tiết, máu, mủ.
- Cầm máu: băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
- Phối hợp với nẹp để bất động trong trường hợp gãy xương tạm thời.
- Nâng đỡ các phần bị thương hoặc các bộ phận bị sa.

CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương rộng của phần mềm
- Các tổn thương xương, khớp.
- Chảy máu các vết thương.

CÁC LOẠI BĂNG VÀ CÁCH DÙNG

1. Băng cuộn:

Băng cuộn là loại băng thường sử dụng để băng ép vết thương ngăn chảy máu, băng giữ nẹp trong cố định gãy xương. Băng cuộn thường làm bằng vải, len, gạc hoặc thun. Băng cuộn có nhiều kích cỡ, rộng từ 2-10cm, dài từ 2-10m.

Mỗi cuộn băng gồm 3 phần: đầu, thân, đuôi. Đầu băng là phần cuộn ở trong, thân băng là phần lõi và đuôi băng là phần chưa cuộn lại.

2. Băng tam giác:

Loại này dùng đơn giản và nhanh chóng hơn băng cuộn, phù hợp với trường hợp cấp cứu hay sơ cứu. Băng tam giác dùng để garot, treo đỡ cánh tay, cẳng tay, bàn tay; băng bàn tay, bàn chân, băng lòng bàn tay, băng khuỷu ...

3. Băng dính:

Dùng thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

NGUYÊN TẮC BĂNG BÓ

- Sát khuẩn vết thương sạch sẽ.
- Đảm bảo vô khuẩn khi băng. Chổ da băng bó phải sạch sẽ, khô ráo, băng gạc lót chổ 2 mặt da tiếp xúc.
- Che kín vết thương, ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

- Cho người bệnh ngồi hoặc nằm theo tư thế thoải mái.
- Điều dưỡng đứng, ngồi ở vị trí thuận lợi để băng vết thương.
- Đặt đầu băng vào chỗ băng, tay trái cầm đầu băng, tay phải cầm thân băng vừa băng vừa cuộn băng, bắt đầu thường phải băng 2 vòng khóa.
- Những chỗ cần kê cao như cẳng chân, đùi, xương chậu … thì cần giá đỡ.
- Cuộn băng lăn sát cơ thể người bệnh từ trái sang phải, không để rơi băng.
- Khi băng tứ chi phải băng từ ngọn đến gốc, để hở các đầu chi để theo dõi tuần hoàn nơi đó.
- Mỗi vòng băng phải đều tay, vừa chặt, lỏng quá dễ tuột, chặt quá gây đau.
- Băng vòng sau chồng lên vòng trước khoảng 1/2 -2/3, trên đường băng giữa 2 vòng băng không để hở bông gạc, cự ly chồng lên nhau đều đặn.
- Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tỳ đè, chỗ dễ cọ xát.

KỸ THUẬT CHUNG

1. Cách bắt đầu băng:

- Băng vòng thứ nhất, gấp 1 góc của đầu băng làm vòng khoá.
- Băng lại vòng thứ 2.
- Vòng thứ 3 sẽ băng theo kiểu băng cơ bản.

2. Cách cuộn băng:

- Gập đầu băng thành một cái lõi.
- Tay phải dùng ngón trỏ và ngón giữa kẹp lấy thân băng.
- Ngón cái và ngón nhẫn kẹp vào giữa lõi băng.
- Tay trái: ngón cái và ngón trỏ giữ lấy 2 đầu lõi băng.
- Tay phải đưa cuộn băng vào cuộn.
- Tay trái quay cuộn băng.

3. Cách cố định băng:

- Cố định bằng: kim băng, móc sắt, keo, buột nút.

4. Cách tháo băng:

- Tháo băng bằng cách dồn các vòng băng đã tháo từ tay này sang tay kia.
- Trường hợp băng bẩn hoặc cần nhanh thì dùng kéo cắt ngang vòng băng.

CÁC KIỂU BĂNG CƠ BẢN

1. Băng vòng tròn:

Áp dụng để băng những vùng đều và ngắn như trán, cổ.

Băng bắt đầu và kết thúc 2 vòng tròn. Băng những vòng chồng lên nhau, vòng sau chồng lên vòng trước.

2. Băng xoáy ốc:

Áp dụng để băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, thân mình ...

Bắt đầu bằng 2 vòng tròn, băng xoáy ốc đường sau chếch lên và chồng lên đường trước 1/2 hoặc 2/3 bề rộng cuộn băng.

3. Băng rắn quấn:

Áp dụng cho những trường hợp cần để đỡ gạc hoặc nẹp khi bất động gãy xương.

Băng chếch lên trên và xuống dưới, vòng sau không đè lên vòng trước, giữa 2 vòng có khoảng trống.

4. Băng số 8:

Áp dụng để băng những chỗ không đều trên cơ thể và dài như cánh tay, cẳng tay, cẳng chân, khuỷu, gối, vai ...

Bắt đầu băng 2 vòng tròn, các đường băng sau chéo lần lượt thay đổi hướng lên băng 1/2 vòng số 8 rồi hướng xuống làm thành hình số 8. Tiếp tục băng vòng số 8 cho đến khi kín. Kết thúc 2 vòng đường băng cuối cùng.

5. Băng chữ nhân:

Áp dụng để băng những vùng không đều nhau và dài trên cơ thể như cẳng chân, cẳng tay.

Bắt đầu băng 2 vòng tròn. Đường băng sau chếch lên, dùng ngón tay cái đè lên chỗ định gấp, tay phải lãt băng xuống và gấp lại và quấn chặt vùng băng. Tiếp tục băng chữ nhân đến khi kín nơi băng. Kết thúc để cuộn băng ngữa và 2 vòng chồng lên đường băng cuối cùng.

6. Băng hồi quy: (băng vòng gấp lại).

Băng những phần như đầu, các chi cắt cụt.

Bắt đầu băng 2 vòng tròn (đầu). Tiếp theo lật đường băng, băng từ trước ra sau rồi lật băng từ sau ra trước, đến khi phủ kín nơi băng. Các đường băng theo thứ tự đường thứ nhất ở giữa, các lần sau tỏa dần ra 2 bên kiểu rẻ quạt. Kết thúc 2 vòng tròn ở chân mối băng rẻ quạt.

ÁP DỤNG BĂNG CÁC VỊ TRÍ CỦA CƠ THỂ

1. Băng đầu:

Áp dụng để băng tổn thương ở vùng đầu. Dùng cỡ băng 5cm, kiểu băng hồi qui.

2. Băng vai:

Áp dụng cho tổn thương vùng vai. Dùng cỡ băng 6cm.

2.1. Kiểu đường băng lần lên:

- Để mối băng nơi đầu trên cánh tay, hạ nằm lên mối băng.

- Hướng đường băng vòng qua nách lên vai đau ra sau lưng qua nách bên kia và trở lại nơi bắt đầu.
- Tiếp tục băng đường số 8 như trên đến khi kín vai.
- Kết thúc theo đường băng sau cùng ở trước ngực và cố định.

2.2. Kiểu đường băng lần xuống:

- Để mối băng trên xương bả vai đau.
- Hướng đường băng qua ngang vai vòng xuống nách lên vai nằm lên mối băng trước ra sau lưng qua nách và trở lại nơi bắt đầu .
- Tiếp tục băng như trên đến khi kín vai.
- Kết thúc theo đường băng sau cùng ở trước ngực và cố định.

3. Băng gót chân:

Áp dụng cho tổn thương gót chân, trật khớp cổ chân.

- Bắt đầu 2 vòng tròn quanh gót chân gọi là vòng 1.
- Vòng 2, 3 băng lệt về phía trước sau gót và đem băng tiếp qua bên kia ra sau hoặc trước gót.
- Vòng 4, 5 nằm ngang từ sau gót ra trước hướng xuống lòng bàn chân, tiếp theo lên lưng bàn chân, qua cổ chân, đi tiếp đường ngang của mắt cá chân.
- Tiếp theo băng số 8 từ giữa lưng bàn chân dần vào cổ chân.
- Kết thúc 2 vòng quanh cổ chân và cố định.

4. Băng số 8 ở khuỷu:

Áp dụng tổn thương vùng khuỷu, hạn chế cử động. Cỡ băng khoảng 6-7cm.

- Bắt đầu 2 vòng tròn dưới khuỷu. Hướng đường băng qua mặt trước khuỷu, quấn một vòng tròn, đem băng xuống vòng tròn bắt đấu.
- Tiếp theo băng số 8 từ dưới khuỷu dần lên đến khi kín khuỷu.
- Kết thúc 2 vòng tròn trên khuỷu và cố định.

5. Băng số 8 lưng bàn tay, bàn chân:

Áp dụng cho tổn thương lưng bàn tay, lưng bàn chân. Dùng cỡ băng khoảng 4 – 5cm.

- Bắt đầu 2 vòng tròn trên cổ tay, trên cổ chân.
- Hướng đường băng qua lưng bàn tay băng một vòng tròn vùng xương bàn tay hoặc bàn chân.
- Đưa băng lên vòng tròn bắt đầu, tiếp tục băng số 8 đến khi kín.
- Kết thúc 2 vòng quanh cổ tay, cổ chân.

6. Băng rẻ quạt gối hoặc khuỷu:

Áp dụng cho tổn thương đầu gối, khuỷu, không hạn chế cử động. Dùng cỡ 6-7cm.

- Bắt đầu 2 vòng tròn ngay gối hoặc ngay khuỷu. Tiếp theo băng những đường kiểu rẽ quạt xen kẻ 1 đường trên và 1 đường dưới vòng bắt đầu Tiếp tục băng cho đến khi kín.
- Kết thúc 2 vòng tròn phía trên gối hoặc phía trên khuỷu và cố định.

7. Băng chi cụt:

7.1. Trên đùi:

Dùng cỡ băng 7 – 8cm.

- Bắt đầu đặt mối băng mặt trên đùi vòng qua mặt sau đùi là số 1.
- Tiếp theo băng 2 vòng xoắn ốc số 2, số 3 đưa băng ra sau lưng qua thắt lưng xuống đùi. Tiếp tục băng số 8 cho đến khi kín.
- Kết thúc theo đường băng sau cùng ở mặt trên đùi và cố định.

7.2. Trên cẳng chân:

Dùng cỡ băng 5-6cm.

- Bắt đầu đặt mối mặt bên cẳng chân vòng qua mặt bên đối diện là số 1.
- Tiếp theo băng đường số 2 dần lên mối băng và qua khỏi khớp gối, băng nữa vòng tròn, đưa đường băng trở xuống.
- Tiếp tục băng số 8 và băng đến khi kín.
- Kết thúc theo đường băng sau cùng và cố định.

7.3. Trên cánh tay:

Dùng cỡ băng 4-5cm.

- Bắt đầu đặt mối băng mặt bên cánh tay băng qua mặt bên đối diện là số 1.
- Tiếp theo băng 2 đường hồi qui là số 2, số 3. Băng 1 vòng tròn quanh cánh tay để giữ mối băng hồi qui là số 4.
- Tiếp tục đưa đường băng trở xuống băng số 8 đến khi kín.
- Kết thúc 1 vòng tròn chồng lên đường băng số 4 và cố định.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SƠ CỨU BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG Ở BÀN TAY

TT	NỘI DUNG
1	Đội nón, rửa tay, đeo khẩu trang
2	Chuẩn bị dụng cụ, dung dịch sát khuẩn
3	Giải thích, động viên người bệnh
4	Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương, lau rửa, đặt gạc kín vết thương
5	Băng hai vòng cố định ở cổ tay
6	Băng từ mu bàn tay đến gốc ngón tay út. Băng rắn quấn hay xoắn ốc đến đầu ngón tay cái rồi cuộn một vòng
7	Băng xoáy ốc về đến gốc ngón rồi trở về mép bàn tay
8	Từ mu bàn tay đến ngón tay tiếp theo băng kín theo cách như trên. Tiếp tục băng với các ngón kế tiếp, vòng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng trước
9	Băng hai vòng khóa cổ tay, cố định bằng băng dính hay kim băng
9	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi
10	Ghi phiếu

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SƠ CỨU BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG Ở ĐẦU

TT	NỘI DUNG
1	Đội nón, rửa tay, đeo khẩu trang
2	Chuẩn bị dụng cụ, dung dịch sát khuẩn
3	Giải thích, động viên người bệnh
4	Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương, lau rửa, đặt gạc kín vết thương
5	Băng hai vòng cố định quanh trán, bắt đầu từ trên tai phải qua trán phía trên tai trái, phía dưới xương chẩm, đến chỗ bắt đầu
6	Lần thứ hai, băng từ giữa trán thì lật lên trên ra sau chẩm băng lại. Ngón cái và ngón trỏ giữa lấy băng và đưa băng qua đỉnh đầu tới xương chẩm, nhờ người khác giữ.
7	Cứ băng như thế từ sau ra trước nhưng mỗi vòng phải trở về chỗ ban đầu và băng lan tỏa cả hai bên, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3 cho đến khi kín cả đầu
9	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn trán
10	Ghi phiếu

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Băng số 8 được áp dụng để băng những vùng trên cơ thể là:
   A. Ngón tay.
   B. Bàn tay.
   C. Đầu.
   D. Gót chân.
2. Kiểu băng chữ nhân được áp dụng để băng ở những vùng trên cơ thể là:
   A. Gót chân
   B. Cẳng chân.
   C. Khớp gối .
   D. Khuỷu tay
3. Băng lật lại áp dụng băng vị trí nào trên cơ thể:
   A. Cẳng tay
   B. Chi cụt
   C. Khớp gối
   D. Bàn tay
4. Băng xoắn ốc áp dụng băng vị trí nào trên cơ thể:
   A. Cẳng chân.
   B. Cẳng tay.
   C. Ngón tay
   D. Khuỷu tay.
5. Sau khi băng cho người bệnh xong, Điều dưỡng cần theo dõi:
   A. Dấu sinh hiệu
   B. Tuần hoàn phía dưới nơi băng
   C. Dấu hiệu đau nơi vết thương
   D. Dịch thấm nơi vết thương.
6. Băng số 8 thường dùng băng ở các vị trí sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Bàn tay.
   B. Bàn chân.
   C. Khủyu tay
   D. Mắt

THAY BĂNG VÀ RỬA VẾT THƯƠNG

CN. Trần Thị Nô

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được mục đích thay băng và rửa vết thương.***
2. ***Trình bày nguyên tắc chung khi thay băng và rửa vết thương.***
3. ***Phân loại được vết thương.***
4. ***Trình bày được quy trình thay băng và rửa vết thương.***

MỤC ĐÍCH

- Làm sạch, thấm hút dịch tiết, giúp tăng cường sự lành vết thương.
- Che chở vết thương, tránh bội nhiễm, va chạm từ bên ngoài.
- Cầm máu.
- Nâng đỡ các vị trí tổn thương bằng nẹp, bằng băng.
- Bảo vệ, che chở cho người bệnh không nhìn thấy vết thương, tránh lo sợ.
- Cung cấp, duy trì làm ẩm mô vết thương.

MỘT SỐ DUNG DỊCH RỬA VẾT THƯƠNG

- Oxy già: dùng trong vết thương bẩn, dính nhiều đất cát, vết thương đang chảy máu.
- Betadine: dung dịch có độ khử khuẩn cao dùng để rửa vết thương, dùng sát trùng da, niêm, các xoang của cơ thể...
- Eaudakin: dùng để rửa hay đắp vết thương có mô chết.
- Cồn 70^0, cồn iode: chỉ dùng sát khuẩn trên da.
- NaCl 9%*o*: dung dịch dùng để rửa vết thương thông dụng nhất và ít gây biến chứng nhất.
- Dầu mù u: đắp lên vết thương sạch giúp mô hạt mọc tốt

NGUYÊN TẮC

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn tuyệt đối khi thay băng vết thương.
- Mỗi mâm băng chỉ dùng riêng cho một người bệnh.
- Rửa vết thương đúng nguyên tắc từ trong ra ngoài.
- Trên một người bệnh có nhiều vết thương cần ưu tiên rửa vết thương vô khuẩn trước vết thương sạch, vết thương nhiễm sau.
- Bông băng đắp lên vết thương phải phủ kín và cách rìa vết thương ít nhất 3-5cm.
- Dung dịch thường rửa vết thương là nước muối sinh lý hoặc một loại dung dịch khác, nếu có lệnh.

- Một số loại vết thương đặc biệt khi thay băng phải có y lệnh bác sỹ (vết thương ghép da...)
- Vết thương có tóc, lông cần được cạo sạch trước khi thay băng.
- Vết thương mô hạt đỏ: Phải hạn chế thay, dùng dung dịch rửa vết thương nhẹ làm tróc lớp gạc rồi mới thay băng.
- Các vết thương có mủ phải lấy mủ vào ống nghiệm để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Đối với vết thương vô trùng chỉ thay băng khi thấm ướt hoặc đến ngày cắt chỉ (5-10 ngày tuỳ vết thương).
- Dùng kiềm vô khuẩn hoặc mang găng tay vô khuẩn khi rửa vết thương.
- Thời gian bộc lộ vết thương càng ngắn, càng tốt.
- Các hộp bông gạc đã mở ra dùng, số còn lại trong hộp phải đem hấp sấy để dùng cho ngày hôm sau.
- Phải dùng một kẹp vô khuẩn riêng để gấp dụng cụ, bông gạc từ trong hộp vô khuẩn để ra dùng, không xử dụng kẹp này để làm việc khác.
- Dụng cu, bông gạc, tay người thay băng, nước rửa tay, bàn chải, bàn thay băng mỗi tuần phải được kiểm tra bằng nuôi cấy vi khuẩn 1 lần.
- Buồng thay băng rửa vết thương trong 1 tuần phải được rửa 1-2 lần.
- Nếu vết thương có mầm bệnh truyền nhiễm khi thay băng xong, buồng phải được tẩy rửa ngay. Sau khi rửa buồng được tiệt khuẩn bằng các dung dịch sát khuẩn hoặc tia cực tím.

PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG

Trong thực tế có nhiều loại vết thương, mỗi loại có biểu hiện tính chất khác sau, song có thể chia làm 3 loại.

1. Vết thương vô trùng: vết thương không có sự hiện diện của vi khuẩn

2. Vết thương sạch:

- Vết thương mới khâu: vết thương phẳng, các chân chỉ không có dấu hiệu sưng tấy, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn (sưng, nóng, đỏ đau, sốt hoặc không sốt).
- Vết thương không khâu: là vết thương mới bị tổn thương nhưng nhỏ, hoặc vết thương quá trình diễn tiến tốt, mép vết thương phẳng không sưng tấy, không có mủ hoặc dịch mủ, tổ chức hạt phát triển tốt.

3. Vết thương nhiễm khuẩn:

- Vết thương khâu: sưng tấy, đỏ, xung huyết quanh vết thương và chân chỉ. Có biểu hiện nhiễm khuẩn: sưng, nóng , đỏ. đau, sốt hoặc không sốt.
- Vết thương không khâu: xung quanh tấy đỏ, trong có nhiều mủ hoặc có tổ chức thối, tổ chức hoại tử, nhất là vết thương ở sâu hay những cỡ lớn (áp xe phổi, áp xe gan, áp xe cơ mông ...)

CHỈ ĐỊNH CẮT CHỈ

- Thông thường vết thương nhỏ < 15-20cm sẽ cắt chỉ vào ngày 7.
- Những vết thương dài hơn 20cm cắt chỉ sau 7 ngày hoặc cắt bỏ mối
- Vết thương thẩm mỹ cắt chỉ sau 3-5 ngày, vết thương khâu bị nhiễm khuẩn cắt chỉ sớm hơn.

QUY TRÌNH THAY BĂNG VÀ RỬA VẾT THƯƠNG

1. Chuẩn bị dụng cụ:

1.1. Dụng cụ vô khuẩn: để trong mâm trải khăn vô khuẩn:

- Gòn viên, gạc
- 1 kềm thẳng
- 1 kềm cong
- 1 kéo cắt chỉ (nếu cần)
- Cốc nhỏ: 2-3 cái (đựng dung dịch sát khuẩn)

1.2. Dụng cụ khác:

- Dung dịch sát khuẩn
- Vải nilon, giấy báo
- Khay quả đậu (nếu cần)
- Túi đựng băng dơ
- Băng keo, kéo cắt băng
- Kềm gắp băng dơ
- Găng sạch.

2. Kỹ thuật tiến hành:

Quan sát vết thương trước khi soạn dụng cụ.

- Rửa tay, mang khẩu trang.
- Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh
- Báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện
- Trải nilon hoặc giấy báo phía dưới vết thương
- Mang găng tay sạch.
- Tháo bỏ băng cũ bằng kềm sạch. Nếu dịch, máu thấm vào băng mà khô thì phải tưới nước sát khuẩn cho ẩm rồi tháo băng ra bỏ vào thùng đựng đồ dơ.
- Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn.
- Dùng kềm vô khuẩn gắp gòn viên nhúng vào dung dịch sát khuẩn, chuyển gòn sang kềm thứ 2, rửa vết thương từ trong ra ngoài.

- Rửa trong vết thương trước, sau đó rửa da xung quanh rộng 5cm.
- Rửa lại bằng viên gòn khác đến khi sạch.
- Dùng gạc chặm khô bên trong vết thương.
- Gắp gòn khô lau khô da xung quanh vết thương.
- Dùng dung dịch sát khuẩn sát khuẩn da xung quanh vết thương.
- Đắp gạc phủ kín vết thương ra ngoài khoảng 5cm.
- Cố định băng bằng băng dính hoặc băng cuộn.
- Đặt người bệnh nằm lại thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ
B. TIẾN HÀNH	
3.	Báo và giải thích người bệnh.
4.	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp, bộc lộ vết thương
5.	Đặt tấm lót dưới vết thương;để dụng cụ; túi đựng đồ dơ nơi thuận tiện.
6.	Tháo băng bẩn bằng kềm sạch
7.	Điều dưỡng mang găng tay sạch
8.	Mở mâm dụng cụ vô khuẩn
9.	Dùng 2 kẹp vô khuẩn rửa vết thương từ trong ra ngoài, trên cao xuống nơi thấp, bên xa đến bên gần với dung dịch rửa vết thương
10.	Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương
11.	Dùng gạc chậm khô bên trong vết thương
12.	Lau khô vùng da xung quanh vết thương bằng gòn
13.	Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát trùng da
14.	Đặt gạc, gòn bao che kín vết thương rộng ra ngoài da 5cm
15.	Cố định bông băng
16.	Báo cho người bệnh biết việc đã xong giúp người bệnh tiện nghi
C. KẾT THÚC	
17.	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay
18.	Ghi hồ sơ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
THAY BĂNG CẮT CHỈ VẾT KHÂU

TT	NỘI DUNG
1	Báo, giải thích cho người bệnh
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp
3	Bộc lộ vùng vết thương (giữ cho người bệnh kín đáo và thoải mái)
4	Đặt tấm lót dưới vết thương; để dụng cụ, túi đựng đồ dơ nơi thuận tiện
5	Tháo băng bẩn bằng kềm sạch
6	Mang găng tay sạch
7	Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn
8	Dùng kềm rửa vết khâu từ đường giữa, hai bên chân chỉ
9	Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu
10	Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng sát mặt da
11	Rút chỉ đúng kỹ thuật
12	Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ
13	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5 cm
14	Đặt gạc lên vết khâu (rộng ra 5 cm)
15	Cố định bông băng
16	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
17	Dọn dụng cụ, rửa tay
18	Ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Dung dịch rửa vết thương phù hợp với trường hợp đã lên mô hạt:
   A. Cồn 70^0.
   B. Ôxy già.
   C. NaCl 0,9%.
   D. Betadin.
2. Đây là những nguyên tắc rửa vết thương, NGOẠI TRỪ:
   A. Rửa từ trong ra ngoài.
   B. Rửa vết thương vô khuẩn trước.
   C. Một mâm dùng cho một phòng.
   D. Cạo sạch lông, tóc trước khi rửa.
3. Thông thường vết thương thẩm mỹ sẽ cắt chỉ sau:
   A. 1-2 ngày.
   B. 3-5 ngày.
   C. 5-7 ngày.
   D. 7-10 ngày.
4. Nếu dịch, máu thấm vào băng nhưng đã khô thì trước khi rửa vết thương phải:
   A. Tháo băng bằng kềm kocher.
   B. Sát khuẩn bằng betadin.
   C. Tưới dung dịch sát khuẩn.
   D. Gắp gòn thấm khô.
5. Để giúp vết thương sạch lên mô hạt tốt ta dùng:
   A. Eaudakin.
   B. Betadin.
   C. Dầu mù u.
   D. Nước muối sinh lý.

KỸ THUẬT ĐƯA THỨC ĂN VÀO CƠ THỂ

CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được tầm quan trọng của thức ăn đối với người bệnh***
2. ***Trình bày được ưu điểm, nhược điểm của các phương pháp nuôi ăn.***
3. ***Trình bày cách phòng ngừa biến chứng của các phương pháp nuôi ăn.***

ĐẠI CƯƠNG

Cơ thể sống, dù ở tư trạng thái nghỉ ngơi, cũng phải tiêu hao năng lượng để cung cấp cho những hoạt động của các cơ quan. Để đáp ứng về nhu cầu năng lượng, cơ thể phải sử dụng vật chất chính bản thân mình và phải bù đắp thường xuyên.

Đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của con người chính là khẩu phần ăn hàng ngày với tiêu chuẩn phải đủ cả về lượng và chất. Đặc biệt, khi ốm đau, bệnh tật người bệnh càng cần đủ lượng và chất trong dinh dưỡng hơn để chống đỡ với bệnh tật, duy trì sự sống và tồn tại.

Thức ăn cung cấp dinh dưỡng và chất giúp cơ thể tồn tại, phát triển, chống lại bệnh tật. Không những thế, ăn uống còn có vai trò quan trọng ngang như thuốc trong điều trị bệnh. Vì vậy cần tuân thủ theo chế độ ăn mà người thầy thuốc qui định.

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG KHẨU PHẦN ĂN

1. Đảm bảo chất lượng và tỷ lệ:

Đảm bảo tỷ lệ các chất trong khẩu phần ăn như sau: .

- Người trưởng thành: Protein:Lipid:Glucid = 1:1:4.
- Trẻ em: Protein:Lipid:Glucid = 1:1:5 hoặc 1:1:6.
- Đảm bảo cân đối protein và lipid giữa thực vật và động vật.

Khi bị rối loạn tiêu hóa, tỷ lệ các chất trong khẩu phần có thể thay đổi tuỳ theo từng trường hợp bệnh cụ thể.

2. Đảm bảo nhu cầu năng lượng:

Khi bị bệnh, nhu cầu về calo thường không cao vì ít sử dụng cho vận động. Tuy nhiên, nhu cầu về protein khá lớn để chống đỡ với bệnh tật. Trong đó, protein động vật chiếm khoảng 30-65%.

3. Phụ thuộc chế độ bệnh lý:

- Chế độ ăn hạn chế sợi và xơ: bệnh đường tiêu hóa.
- Chế độ ăn hạn chế chất béo: bệnh gan mật, béo phì, tim mạch …
- Chế độ ăn hạn chế protein: bệnh cầu thận, suy thận, viêm thận mạn …

- Chế độ tăng protein: hội chứng thận hư, bệnh suy kiệt, thiếu máu …
- Chế độ ăn hạn chế muối: bệnh thận, bệnh tim mạch, phù …

4. Phân phối thời gian, số lượng hợp lý:

Đảm bảo phù hợp với tình trạng bệnh tật, tuân thủ theo y lệnh của bác sỹ.

KỸ THUẬT ĐƯA THỨC ĂN VÀO CƠ THỂ

1. Cho ăn qua đường miệng:

1.1. Ưu-Nhược điểm:

1.1.1. Ưu điểm:

- Dễ thực hiện.
- Ít tốn kém.
- Đạt hiệu quả về mặt dinh dưỡng.

1.1.2. Nhược điểm:

- Không thực hiện được đối với những bệnh nhân hạn chế về phản xạ nuốt như trường hợp liệt cơ vòng thực quản do chấn thương, hẹp thực quản, ung thư thực quản, hẹp môn vị, tổn thương vùng miệng do gãy xương hàm, bỏng miệng …
- Không thực hiện được đối với bệnh nhân không có ý thức để nuốt như trường hợp hôn mê, liệt đốt sống cổ hoặc trong trường hợp không thể cho thức ăn qua đường dạ dày do yêu cầu điều trị …

1.2. Chuẩn bị người bệnh:

- Kiểm tra tên người bệnh, đối chiếu với hồ sơ, thực đơn theo tình trạng bệnh lý trong hồ sơ.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm, động viên, hướng dẫn những điều cần thiết.
- Sắp xếp lại giường bệnh cho gọn gàng.
- Để người bệnh thoải mái, thuận tiện phù hợp với tình tạng bệnh lý.
- Rửa tay cho người bệnh.

1.3. Chuẩn bị dụng cụ: khay ăn bao gồm:

- Chén, đĩa, đũa ...
- Khăn ăn, khăn bông nhỏ.
- Cốc đựng nước.
- Nước uống.
- Thức ăn theo bệnh lý.
- Thức ăn tráng miệng.
- Khay ăn.

1.4. Tiến hành:

- Lấy thức ăn ra bát, đĩa.
- Sắp xếp thức ăn vào khay.
- Mang khay ăn đến giường bệnh, đặt nơi thích hợp.
- Để người bệnh nằm tư thế đầu cao, choàng khăn ăn trước ngực.
- Cho người bệnh súc miệng.
- Lấy cơm, thức ăn vào chén, xúc cho người bệnh từng muỗng một (nếu người bệnh không tự làm được)
- Động viên để người bệnh ăn ngon miệng và hết suất.
- Cho người bệnh ăn hoa quả tráng miệng.
- Bỏ khăn choàng cổ, đặt người bệnh về tư thế thuận tiện, dặn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ ăn, khẩu phần, số lượng, loại thức ăn, người bệnh tự ăn hay cần giúp đỡ, lý do ăn ít hay không ăn, tên người cho ăn.

1.5. Những điểm cần lưu ý:

- Phải loại bỏ những yếu tố làm người bệnh ăn mất ngon như bô vịt, ống nhổ... đặt trong tầm mắt người bệnh.
- Khi cho người bệnh ăn phải có thái độ ân cần, vui vẻ, luôn động viên, khuyến khích người bệnh ăn hết suất.
- Đảm bảo ăn đúng giờ quy định.
- Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ.
- Trong khi cho người bệnh ăn nên giải thích, động viên, hướng dẫn những vấn đề về dinh dưỡng và chế độ ăn bệnh lý.

2. Cho ăn bằng ống thông dạ dày qua mũi miệng:

2.1. Trường hợp áp dụng:

- Hôn mê.
- Co giật, uốn ván.
- Chấn thương vùng hàm mặt.
- Gãy xương hàm cần cố định.
- Ung thư vòm họng, thực quản.
- Tre đẻ non phản xạ bú kém.
- Người bệnh đang thở máy.

2.2. Ưu-Nhược điểm:

2.2.1. Ưu điểm:

- Thức ăn vào trực tiếp trong dạ dày, kích thích men tiêu hóa hoạt động tốt.
- Cơ thể được bơm đủ thức ăn đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng.
- Cơ thể điều chỉnh theo nhu cầu bệnh lý.
- Rẻ tiền, có thể áp dụng thường xuyên và lâu dài.

2.2.2. Nhược điểm:

- Không áp dụng được trong trong những trường hợp: bỏng thực quản, áp xe thành họng, hóc xương cá …..
- Thức ăn phải lỏng.
- Tuyến nước bọt kém hoạt động, nếu không chăm sóc răng miệng viêm hoặc tắc tuyến nước bọt.

2.3. Chuẩn bị người bệnh:

- Kiểm tra tên người bệnh, đối chiếu với hồ sơ, thực đơn theo tình trạng bệnh lý trong hồ sơ.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm, động viên, hướng dẫn những điều cần thiết.
- Để người bệnh thoải mái, thuận tiện phù hợp với tình trạng bệnh lý.

2.4. Chuẩn bị dụng cụ:

2.4.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Ong thông Levin.
- Bơm cho ăn 50ml
- Gạc miếng.
- Que đè lưỡi.
- Găng tay.

2.4.2. Dụng cụ khác:

- Thức ăn, cốc đựng thức ăn có chia độ.
- Cốc nước chín.
- Tấm nylon, khăn bông.
- Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn.
- Kẹp kocher, ống cắm kẹp.
- Băng dính, kéo cắt băng dính.
- Ong nghe.
- Bệnh án, phiếu ghi.

2.5. Tiến hành:

- Đưa dụng cụ đến giường bệnh, kéo bình phong che chắn.
- Đặt người bệnh nằm tư thế nằm đầu cao, quay mặt về phía điều dưỡng.

- Choàng tấm nylon, phủ khăn bông trước ngực, đặt khay hạt đậu cạnh cằm hoặc má người bệnh.
- Vệ sinh mũi.
- Cắt băng dính, đi găng tay.
- Đo ống thông: từ cánh mũi đến dái tai, từ dái tai đến mũi ức, đánh dấu.
- Dùng gạc cầm ống thông nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống.
- Cầm đầu ống thông như kiểu cầm bút, một tay cầm phần ống còn lại đã cuộn tròn. Đưa ống nhẹ nhàng qua mũi. Khi đưa vào đến hầu (khoảng 10cm) thì bảo người bệnh nuốt, đồng thời một tay nâng đầu người bệnh cho cổ hơi gập về trước, một tay đẩy ống thông vào đến nơi đánh dấu.
- Dùng que đè lưỡi kiểm tra xem ống thông có cuộn trong miệng không.
- Khi ống đã qua hầu thì đưa ống thông vào tiếp theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu.
- Thử xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa bằng các phương pháp:
  - Nhúng đầu ống vào ly nước: nếu không sủi bọt khí là vào đúng dạ dày
  - Rút dịch trong dạ dày: nếu có dịch là ống đã vào đúng dạ dày.
  - Bơm hơi vào dạ dày (# 10 ml), đặt ống nghe vùng thượng vị kiểm tra.
- Cố định ống ở mũi và má, để đầu người bệnh nghiêng sang bên.
- Gắn phểu vào đầu ống thông
- Cho ít nước vào ống - tráng ống
- Kiểm tra nhiệt độ thức ăn.
- Cho thức ăn vào từ từ với áp lực nhẹ (phểu cách mặt người bệnh 15- 20cm và liên tục tránh để bọt khí vào. Theo dõi sắc mặt người bệnh.
- Tráng ống sạch bằng nước chín
- Lau khô, gập ống và che kín đầu ống thông
- Lau sạch miệng mũi người bệnh
- Giúp người bệnh nằm lại tư thế thỏai mái.
- Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay
- Ghi hồ sơ

2.6. Những điểm cần lưu ý:

- Phải chắc chắn ống thông vào đúng dạ dày mới cho thức ăn vào.
- Khi đưa ống thông vào dạ dày nếu người bệnh ho sặc sụa thì phải rút ống ngay.
- Khi cho ăn để đầu người bệnh cao khoảng 30^0.
- Theo dõi thật cẩn thận ở lần cho ăn đầu tiên.

- Tránh để thức ăn trào ngược.
- Khi lưu ống thông cần lưu ý thêm:
  - Không lưu ống quá 48 giờ.
  - Khi cho ăn những lần sau phải đánh giá xem còn nhiều thức ăn trong dạ dày không, nhất là trẻ sơ sinh, để đưa số lượng thức ăn cho phù hợp.
  - Thường quy vệ sinh mũi, miệng, chân ống thông. Nếu có hiện tượng sưng tấy đỏ, viêm loét phải thay đổi vị trí cố định ống hoạc thay đổi vị trí đặt ống.

2.7. Biến chứng và cách phòng ngừa:

2.7.1. Viêm loét niêm mạc mũi, thực quản, dạ dày, tuyến nước bọt:

- Chăm sóc mũi – Miệng mỗi ngày
- Không đặt ống quá 5 ngày
- Khi thay ống phải đổi vị trí, không đặt mũi khi mũi bị viêm
- Nhai kẹo cao su, uống nước cốt chanh khi bệnh nhân tỉnh

2.7.2. Hít sặc:

- Cho ăn đúng kỹ thuật
- Đặt ống đúng vị trí (kiểm tra ống chắc chắn vào dạ dày)
- Khi đặt ống nếu người bệnh tím tái khó thở thì ngưng ngay, rút ống ra

2.7.3. Hiện tượng trào ngược:

- Nằm đầu cao 10 – 15 phút tránh hiện tượng trào ngược, nếu trào ngược thì dùng máy hút
- Tráng ống sạch trước và sau khi ăn.

2.7.4. Hội chứng " dupping " (dồn đống)

- Tránh bơm hơi, giảm áp lực.
- Đảm bảo nhiệt độ của dịch bơm bằng nhiệt độ cơ thể .

3. Các phương pháp cho ăn khác:

3.1. Cho ăn qua đường truyền tĩnh mạch (PIV: *Perfusion Intra veineuse*)

3.1.1. Ưu điểm:

- Thức ăn trực tiếp vào máu.
- Tác dụng nhanh chóng.
- Hiệu quả ngay.

3.1.2. Nhược điểm:

- Dễ dị ứng, dễ gây phản ứng viêm ở thành mạch.
- Khi thức ăn vào đường này thì thiếu sự tham gia dịch tiêu hoá, ảnh hưởng sự tiết ra men tiêu hoá dẫn đến rối loạn tiêu hóa.
- Tốn kém (đắt tiền), chỉ cung cấp đạm, nước và điện giải.

3.1.3. Quy trình kỹ thuật: xem bài kỹ thuật truyền dịch

3.2. Cho ăn bằng ống thông dạ dày qua da:

Mở dạ dày là phẩu thuật được thực hiện để tạo ra một lỗ hở vào dạ dày nhằm mục đích cho thức ăn và chất lỏng. Mở dạ dày là can thiệp điều trị chỉ được làm khi có bệnh nặng, mãn tính, bệnh của giai đoạn cuối đời. Sử dụng ống thông (Nelaton, Pezzer).

Phương pháp này có một số nhược điểm sau:

- Phải chăm sóc chân ống ở mặt da như một vết thương.
- Gây đau và kém về mặt thẫm mỹ.
- Không áp dụng khi trào ngược dạ dày-thực quản nặng, nguy cơ viêm phổi.

Do tạo ra vết thương nên có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ ở chân ống. Cách phòng ngừa như sau:

- Chăm sóc ống sonde mỗi ngày.
- Thực hiện kỹ thật vô khuẩn khi thay băng vết thương.
- Theo dõi và quan sát vùng da xung quanh ống dẫn lưu.
- Đảm bảo vùng da xung quanh ông luôn sãch sẽ, khô ráo.

3.3. Cho ăn qua ống thông hậu môn (thụt giữ):

Phương pháp này có một số nhược điểm sau:

- Phải tháo nước cho sạch (thụt tháo) 1 – 2 giờ trước đặt ống thông nuôi ăn.
- Tốc độ cho ăn thật chậm và làm giữ ấm.
- Gây khó chịu cho bệnh nhân, kém hiệu quả về mặt dinh dưỡng.

Phương pháp này có thể gây viêm loét hậu môn. Có thể hạn chế biến chứng này như sau:

- Đặt ống đùng kỹ thuật.
- Thao tác cần nhẹ nhàng tránh làm trầy xước niêm mạc.
- Bôi trơn ống trước khi đặt

Vì có quá nhiều khiếm khuyết nên ngày này phương pháp này rất ít được sử dụng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN BẰNG ỐNG THÔNG

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ
B. TIẾN HÀNH	
3.	Báo và giải thích cho người bệnh.
4.	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao.
5.	Choàng tấm nylon và khăn qua cổ người bệnh.
6.	Vệ sinh 2 lỗ mũi.
7.	Đặt bồn hạt đậu cạnh má.
8.	Mang găng tay sạch.
9.	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến dái tai, từ dái tai đến mũi xương ức.
10.	Làm dấu bằng băng keo nhỏ.
11.	Dùng gạc cầm ống thông nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống.
12.	Đưa ống qua mũi (miệng) đến hầu bảo người bệnh nuốt
13.	Dùng que đè lưỡi kiểm tra, ống qua khỏi hầu
14.	Đưa ống thông vào tiếp theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu
15.	Thử ống: - Nhúng đầu ống vào ly nước, nếu không sủi bọt khí là vào đúng dạ dày - Rút dịch trong dạ dày. Nếu có dịch là ống đã vào đúng dạ dày - Bơm hơi vào dạ dày (# 10 ml), đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra
16.	Cố định ống ở mũi và má
17.	Gắn phểu vào đầu ống thông
18.	Cho ít nước vào ống - tráng ống
19.	Cho thức ăn vào từ từ với áp lực nhẹ (phểu cách mặt người bệnh 15- 20cm và liên tục tránh để bọt khí vào. Theo dõi sắc mặt người bệnh.
20.	Tráng ống sạch bằng nước chín
21.	Lau khô, gập ống và che kín đầu ống thông
22.	Lau sạch miệng mũi người bệnh
23.	Giúp người bệnh nằm lại tư thế thỏai mái.
C. KẾT THÚC	
24.	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay
25.	Ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Chế độ ăn hạn chế chất béo áp dụng cho trường hợp:
   A. Bệnh đại tràng.
   B. Bệnh gan mật.
   C. Hội chứng thận hư.
   D. Bệnh táo bón.
2. Ong thông thường dùng để đặt vào dạ dày nuôi ăn cho người bệnh:
   A. Foley.
   B. Malecot.
   C. Levin.
   D. Nelaton.
3. Đây là những mốc đo khi đặt ống thông dạ dày, NGOẠI TRỪ:
   A. Cánh mũi.
   B. Dái tai.
   C. Mũi ức.
   D. Tâm vị.
4. Đây là những phương pháp xác định ống thông vào đúng dạ dày, NGOẠI TRỪ:
   A. Nhúng đầu ống vào ly nước.
   B. Rút xem có dịch dạ dày.
   C. Đặt tay lên đầu ống xem có hơi.
   D. Bơm hơi, nghe.
5. Biện pháp giúp tránh hiện tượng trào ngược khi đặt ống thông dạ dày:
   A. Nhai kẹo cao su.
   B. Cố định mũi má thật chặt.
   C. Giữ nhiệt độ dịch bơm phù hợp.
   D. Cho nằm đầu cao 10-15 phút.

KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY- TÁ TRÀNG

CN. Võ Thị Mỹ Linh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được mục đích của hút dịch dạ dày-tá tràng.***
2. ***Nêu được chỉ định và chống chỉ định hút dịch dạ dày-tá tràng.***
3. ***Trình bày đúng quy trình kỹ thuật hút dịch dạ dày-tá tràng.***

ĐẠI CƯƠNG

Hút dịch dạ dày tá tràng là thủ thuật đưa ống thông bằng cao su hoặc nhựa qua đường miệng hoặc mũi vào dạ dày - tá tràng, để hút dịch dạ dày hoặc dịch mật.

Hút dịch dạ dày tá tràng nhằm mục đích điều trị và chẩn đoán.

1. Điều trị:

- Hút dịch ứ động sau mổ, hoặc sau những bệnh lí.
- Cần theo dõi các dịch tiết tại dạ dày.
- Làm trống dạ dày sau mổ, Giúp cho vết mổ đường tiêu hóa chóng lành.
- Theo dõi dịch tiết để phát hiện những biến chứng sau mổ.
- Hút dịch ư đọng ở dạ dày, đường ruột khi bị tắc nghẽn ruột hay môn vị.
- Hút chất ứ đọng, hơi trong dạ dày khi người bệnh chướng bụng.

2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán để tìm nồng độ acid của dịch vị hoặc tìm vi khuẩn H. pylori.
- Lấy dịch để làm xét nghiệm như: tìm trực khuẩn lao, xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày.

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định:

- Các bệnh về dạ dày:viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư tá tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị.
- Nghi ngờ lao phổi ở trẻ em
- Các trường hợp chướng bụng.
- Người bệnh mổ đường tiêu hóa.
- Mổ có gây mê.
- Liệt ruột, tắc ruột.

2. Chống chỉ định:

- Bệnh đường thực quản: co thắt, chít hẹp, phình mạch máu thực quản.
- Tổn thương thực quản như u, dò, bỏng thực quản, dạ dày do acíd kiềm mạnh.
- Nghi ngờ thủng dạ dày.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Xem hồ sơ bệnh án, đối chiếu và thông báo cho người bệnh hoặc thân nhân người bệnh biết thủ thuật sắp làm, động viên, an ủi người bệnh, yên tâm hợp tác và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Nếu lấy dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày tá tràng, dặn người bệnh không ăn uống trước 12 giờ.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Ống Levine
- Ống bơm hút (có thể dùng bơm tiêm 20ml)
- Ly nước chín.
- Bồn hạt đậu.
- Chất trơn.
- Vải thưa hoặc tăm bông.
- 6 - 10 ống nghiệm
- Vải cao su
- Khăn lông
- Túi giấy
- Phiếu xét nghiệm.

3. Tiến hành:

- Choàng tấm nylon quanh cổ ngực người bệnh, đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh.
- Đo ống thông: từ cánh mũi đến trái tai, từ trái tai đến giữa mũi ức và rốn, dán băng keo làm dấu.
- Đưa ống đã bôi dầu nhờn vào đường mũi, tới hầu bảo người bệnh nuốt, tiếp tục đưa ống đến vạch đã đánh dấu.
- Kiểm tra ống thông xem đã vào đúng dạ dày bằng cách:
  - Nhúng đầu ống vào cốc nước không thấy sủi bọt là đúng vào dạ dày.
  - Dùng bơm tiêm hút dịch trong dạ dày nếu có dịch chảy ra là đúng.
  - Bơm khoảng 30ml không khí vào trong dạ dày cùng lúc đặt ống nghe lên vùng thượng vị nghe thấy không khí đi qua là được.
- Khi ống đã vào đúng dạ dày dùng băng keo cố định ống.
- Tiến hành hút bằng tay hoặc bằng máy hút tùy theo tình trạng người bệnh. Nếu dùng máy hút phải điều chỉnh áp lực hút trước với:
  - Người lớn 300mmHg.
  - Trẻ em tối đa 150mmHg.

- Người bệnh chướng bụng hút cho hết chướng, nếu tìm vi khuẩn thì lấy 5 – 10 ml dịch cho vào ống nghiệm. Rồi dùng gạc rút ống hút ra cho đầu ống vào thau đựng nước sát khuẩn.
- Hút xong lau mũi, súc miệng, lau mặt cho người bệnh.
- Tháo bỏ khăn lông, nylon trên ngực người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.
- Thu dọn dụng cụ: cọ rửa, lau khô, để về nơi quy định.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ, thời gian kết thúc, số lượng dịch, tính chất dịch, màu sắc, tình trạng chung của người bệnh bệnh án.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Theo dõi người bệnh đề phòng đưa ống thông vào khí quản (khi hôn mê), đặt ống phải nhẹ nhàng, tránh gập ống, tránh cuộn ống.
- Khi hút không di động ống, cố định ống chắc chắn trong quá trình hút.
- Bơm $MgSO_4$ thật chậm để tránh gây phản xạ nôn cho người bệnh.
- Khi hút liên tục phải chú ý dặn người nhà không tự động điều chỉnh áp lực hoặc rút ống thông ra
- Theo dõi áp lực hút thường xuyên.
- Đánh giá tình trạng bụng người bệnh.
- Theo dõi đường ống trong quá trình hút, nếu bị nghẹt chúng ta bơm khoảng 20ml NaCl 0,9%.
- Theo dõi lượng nước xuất nhập, bồi hoàn lượng nước mất cho người bệnh.
- Theo dõi, chăm sóc răng miệng 3-4giờ/ lần, làm ẩm thường xuyên.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Ống thông thường được áp dụng để hút dịch dạ dày - tá tràng cho người lớn là:
   A. Ống Levine.
   B. Ống Faucher.
   C. Ống Nelaton.
   D. Ống Foley.
2. Đây là những chỉ định hút dịch dạ dày, NGOẠI TRỪ:
   A. Mổ có gây mê.
   B. Liệt ruột, tắc ruột.
   C. Nghi ngờ thủng dạ dày.
   D. Hẹp môn vị.
3. Ap lực hút dịch dạ dày tối đa ở trẻ em là:
   A. 100mmHg.
   B. 150mmHg.
   C. 200mmHg.
   D. 250mmHg.
4. Đây là những thao tác đúng trong kỹ thuật hút dịch dạ dày, NGOẠI TRỪ:
   A. Theo dõi áp lực hút thường xuyên.
   B. Tránh gập ống, cuộn ống.
   C. Di chuyển ống khi hút.
   D. Cố định chắc chắn ống hút.
5. Đây là những điểm mốc để đo ống thống hút dịch dạ dày, NGOẠI TRỪ:
   A. Cánh mũi.
   B. Dái tai.
   C. Rốn.
   D. Điểm Mac burney.

KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

CN. Võ Thị Mỹ Linh
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu chỉ định, chống chỉ định của kỹ thuật rửa dạ dày.

2. Trình bày nguyên tắc rửa dạ dày.

3. Mô tả quy trình kỹ thuật rửa dạ dày.

4. Nêu những điểm cần lưu ý và tai biến có thể xảy ra khi rửa dạ dày.

ĐẠI CƯƠNG

Rửa dạ dày là thủ thuật đưa ống thông vào dạ dày để hút các chất trong dạ dày ra ngoài như thức ăn, dịch vị, chất độc … Rửa dạ dày nhằm mục đích:

- Làm sạch dạ dày để phẫu thuật.
- Thải trừ bớt các chất độc.
- Trị chứng nôn trớ ở trẻ em, nôn nặng ở người lớn …

1. Chỉ định:

- Ngộ độc: thức ăn, thuốc, hoá chất trước 6 giờ.
- Trước phẩu thuật đường tiêu hóa, những phẩu thuật lớn chuẩn bị gây mê, trước khi nọi soi (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ).
- Người bệnh hẹp môn vị (thức ăn dịch vị ứ trong dạ dày)
- Người bệnh có bệnh cảnh nghẽn đường ruột.
- Say rượu nặng.
- Người bệnh nôn không cầm.
- Viêm loét dạ dày hoặc tăng tiết dịch ở dạ dày.

2. Chống chỉ định:

- Người bệnh hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản).
- Người bệnh uống nhầm acid kiềm mạnh.
- U, dò thực quản, phồng động mạch chủ.
- Người bệnh thủng dạ dày.
- Người bệnh ngộ độc sau 6 giờ.
- Người bệnh suy kiệt nặng.

NGUYÊN TẮC

- Phải làm công tác tư tưởng để người bệnh hợp tác, vì có thể gây khó chịu hoặc gây nôn.

- Phải giữ an toàn cho người bệnh trong quá trình đặt: theo dõi tình trạng người bệnh khi rửa, nhất là những người bệnh bị ngộ độc.
- Tránh gây tổn thương khi đặt ống, chúng ta phải đặt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, không nên cố gắng đạt đến đích.
- Trong quá trình đặt ống nếu người bệnh có nôn cả ống ra thì chúng ta cho người bệnh uống ít nước và nghỉ ngơi vài phút, đặt lại ống khác và tiếp tục rửa cho người bệnh.
- Khi đặt ống thấy người bệnh sặc, tím tái, vật vã … ta phải rút ống ra ngay.
- Phải chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới rửa.
- Khi rửa mà dịch ra có máu tươi thì ngưng rửa, báo với bác sĩ điều trị.
- Khi rửa dạ dày trách hơi vào dạ dày, chỉ cho nước vào dạ dày (áp dụng nguyên tắc bình thông nhau).
- Trong trường hợp cần chẩn đoán bệnh, lấy dịch rửa để làm xét nghiệm, nên lấy những nơi bất thường như màu khác, lợn cợn, dịch nhầy.
- Tư thế khi rửa dạ dày người bệnh nằm đầu bằng hoặc đầu thấp 30^0 và nghiêng sang bên trái.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Đối chiếu người bệnh với hồ sơ.
- Thông báo cho người bệnh biết thủ thuất sắp làm, động viên an ủi người bệnh yên tâm hợp tác với người điều dưỡng trong khi làm (nếu là trẻ em cần giải thích cho bố mẹ trẻ).
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà những điều cần thiết.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, tháo răng giả.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Ong Faucher hoặc Levin (với trẻ nhỏ).
- Xô đựng nước rửa với nhiệt độ khoảng 37-40^0C. Dùng nước chín có pha muối hoặc thuốc theo chỉ định của bác sỹ. Số lượng nước tuỳ tình trạng bệnh, tình trạng ngộ độc.
- Xô chứa nước thải.
- Ca múc nước.
- Kềm mở miệng, đè lưỡi.
- Bơm 50ml để hút dịch.
- Tấm nylon.
- Khăn mặt.
- Khay chữ nhật.

- Khay hạt đậu.
- Dầu nhờn.
- Gạc.
- Ong ngiệm.
- Phiếu xét nghiệm.
- Băng dính, kéo.
- Than hoạt hoặc thuốc theo y lệnh.
- Ong nghe.
- Hai kềm kocher.
- Phiếu xét nghiệm, bệnh án.

3. Tiến hành:

- Choàng tấm nylon quanh cổ ngực người bệnh, đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh.
- Đạt thùng chứa nước rửa nơi thuận tiện.
- Cắt băng dính, mang găng tay.
- Đo ống thông: từ cánh mũi đến trái tai, từ trái tai đến giữa mũi ức và rốn, dán băng keo làm dấu.
- Đưa ống đã bôi dầu nhờn vào đường miệng, tới hầu bảo người bệnh nuốt, tiếp tục đưa ống đến vạch đã đánh dấu. Kiểm tra ống thông xem đã vào đúng dạ dày.
- Khi ống đã vào đúng dạ dày dùng băng keo cố định ống.
- Trước khi tiến hành rửa phải hạ thấp phễu xuống dưới mực dạ dày và nghiêng phễu để dịch ứ động trong dạ dày chảy ra, hoặc dùng bơm tiêm hút hết dịch ra. Nếu có chỉ định lấy dịch để làm xét nghiệm, phải lấy vào ống nghiệm sau đó mới tiến hành đổ nước rửa.
- Rửa đi rửa lại đến khi nước chảy ra trong và hết mùi hôi là được.
- Khi rút ống: phải gập ống, rút ra khỏi miệng người bệnh bỏ ống vào bồn hạt đậu.
- Lau mũi, miệng và cho người bệnh sút miệng, lắp răng giả.
- Tháo bỏ nylon, khăn bông trên người bệnh.
- Cho người bệnh về phòng hoặc nằm lại ngay ngắn thoải mái.
- Dặn dò người bệnh những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, cọ rửa, kau khô, để về nơi quy định.
- Ghi hồ sơ:
    - Ngày, giờ, thời gian rửa.
    - Dung dịch, số lượng nước rửa và tính chất nước chảy ra.
    - Tình trạng người bệnh: trước, trong và sau khi rửa.

- Mẫu nghiệm gửi xét nghiệm (nếu có).
- Tên điều dưỡng rửa.

4. Tai biến:

- Tổn thương thực quản hay niêm mạc đường tiêu hóa.
- Hiện tượng trào ngược trong quá trình rửa: dịch tiết hoặc thức ăn trong dạ dày có thể lọt vào khí quản.
- Sốc hoặc trụy tim mạch trong khi rửa do nước đưa vào quá lạnh, do người bệnh quá sợ, do đưa nước vào quá nhiều, do độc chất trong dạ dày của người bệnh.

5. Những điểm cần lưu ý:

- Khi rửa cần hạn chế không khí vào trong dạ dày.
- Trong khi rửa luôn quan sát sắc mặt người bệnh. Phải ngưng rửa ngay khi người bệnh kêu đau bụng hoặc dịch chảy ra có lẫn máu, đồng thời theo dõi chặt người bệnh.
- Nếu bị ngộ độc thuốc trừ sâu hoặc cloroquin khi rửa phải có mặt bác sĩ.
- Khi rửa dạ dày người bệnh có thể bị tổn thương thực quản do kỹ thuật rửa thô bạo, ống thông cứng hoặc rửa trong trường hợp ngộ độc acid, bazơ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

TT	NỘI DUNG
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Để tư thế người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng một bên
3	Trải nylon và khăn choàng trước ngực người bệnh
4	Đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh
5	Tháo răng giả (nếu có)
6	Đặt xô hứng nước nơi thuận tiên
7	Điều dưỡng mặc áo choàng nylon
8	Mang găng tay sạch
9	Đo ống thông: từ miệng đến trái tai, từ trái tai đến dưới mũi ức
10	Làm dấu bằng băng keo nhỏ
11	Dùng kẹp mở miệng người bệnh (nếu cần)
12	Làm trơn ống thông
13	Đưa ống thông qua miệng đến hầu bảo người bệnh nuốt
14	Kiểm tra xem ống có cuộn trong miệng không
15	Tiếp tục đẩy ống vào theo động tác nuốt của người bệnh, đẩy nhẹ nhàng tới vị trí làm dấu.
16	Kiểm tra ống thông: - Nhúng phễu vào nước không bọt khí. - Nghe hơi vùng thượng vị. - Hút dịch, thử bằng giấy quì
17	Hút dịch dạ dày, cho vào ống nghiệm (nếu cần)
18	Đỗ nước vào phễu mỗi lần từ 300 – 500 ml, khi còn một ít nước trong phễu hạ nhanh xuống cho dịch chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau)
19	Tiếp tục rửa nhiều lần cho đến khi sạch.
20	Khi rút ống: bẻ gập ống vài đoạn và rút từ từ
21	Cho người bệnh sút miệng, lau mặt
22	Giúp người bệnh tiện nghi
23	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Khi bị ngộ độc acid hoặc Bazờ mạnh cần phải tiến hành giải độc bằng cách:
   A. Rửa dạ dày bằng nước sạch
   B. Kích thích cho người bệnh nôn.
   C. Cho uống sữa, lòng trắng trứng
   D. Truyền dịch giải độc.
2. Rửa dạ dày nhằm các mục đích sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Chẩn đoán
   B. Thải trừ những chất độc.
   C. Phẩu thuật
   D. Loãng nồng độ acid trong dạ dày
3. Trường hợp nào sau đây có chỉ định rửa dạ dày cho người bệnh
   A. Ngộ độc sau 6 giờ
   B. Thủng dạ dày
   C. Có lỗ dò thực quản
   D. Say rượu nặng
4. Trường hợp nào sau đây chống chỉ định rửa dạ dày cho người bệnh
   A. Hẹp môn vị
   B. Phình động mạch chủ
   C. Nôn không cầm
   D. Viêm loét dạ dày
5. Trong quá trình đặt ống rửa dạ dày, nếu người bệnh có nôn cả ống ra thì Điều dưỡng phải:
   A. Ngưng rửa và báo bác sỹ
   B. Đặt lại ống, tiếp tục rửa
   C. Báo thân nhân người bệnh biết
   D. Báo Điều dưỡng trưởng khoa biết
6. Những vấn đề Điều dưỡng cần ghi hồ sơ sau khi rửa dạ dày, NGOẠI TRỪ:
   A. Thời gian rửa
   B. Dung dịch rửa
   C. Tình trạng người bệnh
   D. Tư thế người bệnh khi rửa

KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

CN. Võ Thị Mỹ Linh
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nhận biết được những người bệnh có nguy cơ bị thiếu oxy.***
2. ***Trình bày được những biểu hiện chính của chứng thiếu oxy máu.***
3. ***Mô tả được kỹ thuật cho người bệnh thở oxy qua ống thông mũi – hầu và qua cannula.***

ĐẠI CƯƠNG

Nhờ có sự trao đổi oxy mà cơ thể sống hấp thụ được oxy từ môi trường và đào thải CO_2 ra ngoài. Người ta có thể nhịn ăn, nhịn uống trong thời gian dài nhưng không thể nín thở quá 5 phút. Điều đó chứng tỏ hô hấp có vai trò vô cùng quan trọng đối với sự sống.

Quá trình này bao gồm những giai đoạn chính sau:

- Thông khí: là sự lưu thông của không khí ở phổi và đường hô hấp trên.
- Sự trao đổi khí tại phổi: là sự khuếch tán O_2 vào mao mạch phế nang và thải CO_2 từ máu vào các phế nang.
- Vận chuyển: quá trình đưa O_2 từ mao mạch phế nang đến mô và đưa CO_2 từ mao mạch mô đến phế nang.
- Hô hấp tế bào: là sự trao đổi khí O_2 và CO_2 giữa các mao mạch và tế bào.

Không có hiện tượng dự trữ oxy trong cơ thể. Tất cả các tế bào điều cần cung cấp oxy liên tục, đặt biệt là tế bào não, tế bào cơ tim …

1. Dấu hiệu thiếu oxy:

1.1. Tình trạng suy hô hấp: được biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Khó thở: Nhịp thở tăng lên > 24 lần/phút. Người bệnh thở bằng các cơ thở phụ như: cơ ức đòn chũm, cơ liên sườn, co kéo các cơ thành ngực. Ở trẻ em còn thấy cánh mũi phập phồng.
- Da xanh, niêm nhạt màu.
- Rối loạn tri giác: lo âu hốt hoảng bồn chồn, vật vã kích thích …
- Giảm trương lực cơ.
- Giảm thị lực, mắt mờ

1.2. Giai đoạn đầu:

Huyết áp, mạch, tần số hô hấp tăng và tim đập tăng lên để đáp ứng nhu cầu oxy của cơ thể.

1.3. Giai đoạn muộn:

Người bệnh có biểu hiện tím tái, thở dốc, co kéo các cơ hô hấp, huyết áp và mạch giảm.

1.4. Cận lâm sàng:

Ap lực riêng phần oxy động mạch (PaO_2) giảm, độ bảo hoà oxy động mạch (SaO_2) giảm.

2. Nguyên nhân:

Một số nhóm nguyên nhân thường gặp bao gồm:

3.1. Chướng ngại ở đường hô hấp:

- Phù họng, u đường hô hấp, chất tiết, bị thương, thắt cổ …
- Viêm phế quản, hen hế quản, viêm phổi … gây tăng tiết dịch nhầy

3.2. Hạn chế cử động lồng ngực:

- Liệt cơ hô hấp.
- Chấn thương ngực, cột sống, gãy xương sườn …
- Tràn khí, tràn dịch màng phổi …

3.3. Các bệnh gây rối loạn vận chuyển oxy:

3.3.1. Do thiếu máu:

- Người bệnh xuất huyết do tai nạn, bệnh lý.
- Bệnh huyết sắc tố.
- Ngộ độc CO, clorat, nitrit …
- Người bệnh bị sốc.
- Khi sống ở những độ cao trên 7000m, không đủ oxy để thở.

3.3.2. Do suy tuần hoàn:

- Người bệnh suy tim.
- Bệnh tim bẩm sinh: thông liên thất, thông liên nhĩ, còn ống động mạch …
- Các bệnh gây tràn khí, tràn dịch màng phổi.

3.4. Do sự trao đổi oxy tại mô:

- Do mô bị tổn thương không trao đổi oxy được.
- Do ngộ độc như ngộ độc rượu, oxyd carbon …

NGUYÊN TẮC THỞ OXY

1. Sử dụng đúng liều lượng:

Cho người bệnh thở oxy theo đúng chỉ định của thầy thuốc:

- Xông oxy: 1-6 lít/phút.
- Mặt nạ đơn giản: 6-12 l1it/phút.
- Mặt nạ có túi áp lực đủ mạnh để túi không xẹp.

2. Đảm bảo vệ sinh, phòng chống nhiễm khuẩn:

- Sử dụng dụng cụ vô khuẩn, dụng cụ sạch.
- Vệ sinh mũi, miệng cho người bệnh 3 – 4 giờ/lần.
- Ong thông dùng một lần.
- Với phương pháp ống thông mũi hầu, nếu thời gian sử dụng kéo dài cần thay đổi ống thông và bên mũi của người bệnh mỗi 8 giờ.

3. Phòng tránh khô niêm mạc đường hô hấp:

- Thực hiện tốt việc làm ẩm oxy bằng nước sạch.
- Đảm bảo lượng nước uống hoặc dịch truyền hằng ngày cho người bệnh.

4. Phòng chống cháy, nổ:

- Dùng biển "cấm lửa", "không hút thuốc lá" treo ở nơi có bình chứa oxy.
- Nhắc nhở người bệnh, thân nhân người bệnh làm tốt công tác phòng cháy, nổ khi họ tiếp xúc với những phòng có sử dụng khí oxy như không hút thuốc lá, không sử dụng bếp điện, bếp ga,...
- Bình chứa oxy phải để nơi khô ráo sạch sẽ gọn gàng, phải được cố định chắc chắn.
- Hạn chế vận chuyển bình oxy. Nếu cần vận chuyển thì phải dùng xe đẩy riêng và di chuyển nhẹ nhàng.

THỞ OXY BẰNG ỐNG THÔNG MŨI HẦU

Sử dụng một ống thông được nối với nguồn oxy và đặt theo đường mũi đến hầu người bệnh để tiếp dưỡng khí với lưu lượng trung bình khoảng từ 4-6 lít/phút.

Lượng oxy cung cấp cho người bệnh chỉ đạt khoảng 30% nồng độ oxy cung cấp.

Phương pháp này làm người bệnh rất khó chịu, gây viêm nhiễm đường hô hấp qua catheter. Vị vậy cần chú ý vệ sinh mũi, thay catheter, đặt lại qua mũi khác và theo dõi nhịp thở, màu sắc da, tri giác …

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Hệ thống oxy trung tâm hay bình oxy.
- Ong nối, lưu lượng kế, bình làm ẩm chứa nước cất hoặc nước chín.
- Khay chữ nhật.
- Ong thông mũi hầu đầu tù có các lỗ xung quanh hoặc ống catheter vô khuẩn cỡ phù hợp: trẻ em cỡ số 8-10, người lớn cỡ số 12-14.
- Lọ đựng dầu nhờn.
- Cốc dựng nước chín.
- Gạc miếng, tăm bông.
- Khăn bông nhỏ.

- Băng dính, kéo.
- Kim băng.
- Đèn pin.
- Que đè lưỡi.
- Túi nylon.
- Máy hút đờm dãi.

2. Chuẩn bị người bệnh:

- Đánh giá tình hình chung, chú ý tình trạng hô hấp.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.
- Hút đờm dãi cho người bệnh.
- Vệ sinh mũi miệng người bệnh.
- Giải thích việc sắp làm

3. Tiến hành:

- Kiểm tra hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy.
- Rửa tay.
- Lắp ống oxy vào hệ thống oxy, mở van điều chỉnh lưu lượng.
- Thử trên mu bàn tay hoặc nhúng vào cốc nước xem có oxy không. Thử xong đóng van lại.
- Đo từ cánh mũi đến dái tai. Dùng băng dính để đánh dấu.
- Bôi trơn đầu ống thông.
- Nhẹ nhàng đưa ống vào một bên mũi cho tới điểm đánh dấu.
- Dùng que đè lưỡi kiểm tra vị trí đầu ống.
- Cố định ống bằng băng dính vào má hoặc dán vào đỉnh mũi. Cài kim băng, dây dẫn phía trên đầu giường.
- Vặn van điều chỉnh lưu lượng cho đúng chỉ định.
- Theo dõi tình trạng người bệnh về màu da, hô hấp …
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Ghi phiếu.

THỞ OXY BẰNG ỐNG THÔNG HAI ĐƯỜNG

Dẫn oxy từ nguồn qua 2 mũi người bệnh để tiếp dưỡng khí với lưu lượng trung bình 4-6 khoảng lít/phút.

Lượng oxy cung cấp cho người bệnh đạt khoảng 30-40% nồng độ oxy cung cấp. Phương pháp này có 02 ưu điểm:

- Tránh gây khó chịu cho người bệnh.
- Ít gây tai biến do nhiễm trùng.

Lưu ý:

- Mỗi ca trực làm vệ sinh mũi một lần.
- Luôn theo dõi: nhịp thở, màu sắc da, tri giác …

1. Chuẩn bị: giống thở qua mũi hầu nhưng dùng ống thông hai đường.

2. Tiến hành:

- Kiểm tra hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy.
- Rửa tay.
- Lắp ống oxy vào hệ thống oxy. Mở van điều chỉnh lưu lượng.
- Thử trên mu bàn tay hoặc nhúng vào cốc nước xem có oxy không. Thử xong đóng van lại.
- Nhẹ nhàng đưa ống vào hai lỗ mũi người bệnh. Chú ý phần cong úp xuống phía dưới mũi.
- Cố định ống bằng cách đeo hai dây dẫn oxy vào hai bên vành tai, sau đó cột hai dây vào dưới cằm của người bệnh.
- Vặn van điều chỉnh lưu lượng cho đúng chỉ định.
- Theo dõi tình trạng người bệnh về màu da, hô hấp …
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Ghi phiếu.

THỞ OXY QUA MẶT NẠ

Mặt nạ là dụng cụ phủ kín miệng, mũi người bệnh và được dùng trong những trường hợp khẩn cấp hoặc khi người bệnh có tổn thương ở mũi, hầu. Bình thường lưu lượng khí cho vào mặt nạ khoảng 8-12 lít/phút. Lượng oxy cung cấp cho người bệnh đạt 35 - 60% nồng độ oxy cung cấp.

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Hệ thống oxy hoặc bình oxy, áp kế, lưu lượng kế.
- Bình làm ẩm.
- Mặt nạ có kích cỡ phù hợp.
- Dây dẫn, ống nối.

2. Chuẩn bị người bệnh: giống các phương pháp khác.

3. Tiến hành:

- Kiểm tra hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy.
- Rửa tay.
- Lắp ống oxy vào hệ thống oxy.
- Lắp mặt nạ vào hệ thống, mở van điều chỉnh lưu lượng đến mức chỉ định.
- Thử trên mu bàn tay hoặc nhúng vào cốc nước xem có oxy không.

- Nhẹ nhàng áp mặt nạ từ phía mũi xuống miệng.
- Điều chỉnh mặt nạ cho khít với khuôn mặt người bệnh.
- Cố định băng co giãn quanh đầu người bệnh. Buộc băng vừa phải, tránh chặt quá sẽ gây khó chịu, tránh lỏng quá làm mặt nạ bị xê dịch.
- Vặn van điều chỉnh lưu lượng cho đúng chỉ định.
- Theo dõi tình trạng người bệnh về màu sắc da, tình trạng hô hấp và các dấu hiệu khác.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Ghi phiếu.

4. Chú ý:

- Quan sát da mặt người bệnh xem có bị kích thích do dị ứng với cao su hoặc nhựa của mặt nạ không.
- Sau 1-2 giờ cần tháo mặt nạ ra, lau khô và lau mặt mũi, thoa phấn tale cho người bệnh. Nếu thấy mặt nạ có nhiều hơi nước cần tháo và lau khô ngay.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ
B. TIẾN HÀNH	
3.	Báo và giải thích cho người bệnh
4.	Cho người bệnh nằm tư thế thích hợp
5.	Mang găng tay sạch
6.	Vệ sinh 2 lỗ mũi
7.	Gắn ống vào hệ thống oxy
8.	Đo ống từ cánh mũi đến rái tai, làm dấu ống (dùng cho người bệnh thở oxy 1 mũi)
9.	Dùng gạc cầm ống, nhúng đầu ống vào ly nước làm trơn ống và kiểm tra hệ thống oxy
10.	Đặt ống vào mũi đến đến nơi làm dấu ống (tránh kích thích người bệnh)
11.	Kiểm tra lại bằng que đè lưỡi, xem đầu ống đến hầu (dùng cho người bệnh thở oxy 1 mũi)
12.	Cố định ống an toàn
13.	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh
14.	Quan sát người bệnh
C. KẾT THÚC	
15.	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay
16.	Ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Ống thông dùng cho người bệnh thở oxy một mũi phải thay:
   A. 6 giờ/1lần.
   B. 8 giờ/1lần.
   C. 10 giờ/1lần
   D. 12 giờ/1lần
2. Đề phòng chống nhiễm khuẩn cho người bệnh thở oxy, cần làm vệ sinh miệng cho người bệnh:
   A. 2 – 3 giờ/lần
   B. 3 – 4 giờ/lần
   C. 4 – 5 giờ/lần
   D. 5 – 6 giờ/lần
3. Để phòng tránh khô niêm mạc đường hô hấp khi cho người bệnh thở oxy, Điều dưỡng cần làm:
   A. Làm ẩm oxy
   B. Vệ sinh miệng cho người bệnh
   C. Sử dụng dụng cụ vô khuẩn
   D. Thay ống thông mỗi 8 giờ
4. Khi cho người bệnh thở oxy cần phòng ngừa các biến chứng, NGOẠI TRỪ:
   A. Khô niêm mạc hô hấp
   B. Cháy nổ
   C. Thiếu máu
   D. Mù mắt
5. Đây là những dấu hiệu của người bệnh thiếu oxy, NGOẠI TRỪ:
   A. Da xanh niêm nhạt màu.
   B. Tăng trương lực cơ.
   C. Khó thở.
   D. Độ bảo hoà oxy động mạch giảm

KỸ THUẬT HÚT ĐÀM NHỚT CHO NGƯỜI BỆNH

CN. Võ Thị Mỹ Linh
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Trình bày mục đích, chỉ định hút thông đường hô hấp.***
2. ***Mô tả quy trình hút thông đường hô hấp.***
3. ***Nêu được những điểm cần lưu ý khi hút thông đường hô hấp.***

ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Hút thông đường hô hấp là thủ thuật đưa ống thông vào mũi, miệng để hút đờm, dịch xuất tiết ở đường hô hấp. Đây là một kỹ thuật rất quan trọng trong cấp cứu nhằm khai thông và kiểm soát đường thở người bệnh.

2. Mục đích:

- Người bệnh thở được dễ dàng, giúp cho quy trình hô hấp có hiệu quả.
- Tránh các biến chứng ở đường hô hấp do ứ đọng dịch.
- Lấy đờm, dịch xuất tiết để xét nghiệm làm chẩn đoán.
- Hút sâu còn có tác dụng kích thích phản xạ ho.

3. Tai biến:

- Ngưng tim, ngưng thở.
- Nhiễm trùng, tăng áp lực nội sọ.
- Tổn thương đường hô hấp.

KỸ THUẬT HÚT ĐỜM DÃI ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

1. Trường hợp áp dụng:

- Người bệnh có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được.
- Người bệnh hôn mê, co giật có xuất tiết nhiều đờm dãi.
- Người bệnh hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột.
- Trẻ sơ sinh.
- Người bệnh mở khí quản, đặt ống nội khí quản thở máy ...
- Lấy bệnh phẩm đờm để làm xét nghiệm vô khuẩn.

***2. Chuẩn bị người bệnh**:*

- Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm.
- Thông báo cho gia đình biết nếu người bệnh hôn mê hoặc trẻ nhỏ.

- Vỗ rung vùng ngực cho người bệnh (tránh vỗ rung khi bệnh tim).
- Kích thích để người bệnh ho, khạc đàm.
- Đặt người bệnh nằm đầu thấp (nếu không có chống chỉ định).

3. Chuẩn bị dụng cụ:

3.1. Máy hút đàm hoặc hệ thống hút trung tâm.

3.2. Mâm dụng cụ vô khuẩn gồm:

- 2 chén chung: 1 đựng nước cất hoặc nước muối sinh lý, 1 đựng dung dịch sát khuẩn
- Gạc.
- Ống hút đàm.
- 1 kềm vô khuẩn.

3.3. Dụng cụ ngoài mâm:

- Găng tay.
- Que đè lưỡi.
- Chai dịch làm loãng đàm ($NaHCO_3$)
- Túi giấy.
- Khăn sạch.
- Bệnh án.

4. Tiến hành:

- Mang găng.
- Tra ống hút vào hệ thống máy hút an toàn.
- Dùng kềm vô khuẩn kẹp giữ phần vô khuẩn của ống thông.
- Mở máy, kiểm tra hệ thống hút bằng cách hút một ít nước vô khuẩn.
- Tắt máy (hoặc bấm ống)
- Cho ống vào đúng vị trí cần hút.
- Mở máy, khi hút vừa xoay ống vừa rút ống từ từ ra ngoài.
- Mỗi lần hút không quá 10-15 giây.
- Rút nước vô khuẩn làm sạch ống trước khi hút tiếp lần hai.
- Lập lại nhiều lần đến khi thông đường hô hấp.
- Hút lại một ít dung dịch sát khuẩn làm sạch ống.
- Ngâm ống vào dung dịch sát khuẩn.
- Tắt máy hút.
- Lau mũi miệng, giúp người bệnh về tư thế thoải mái.
- Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay.
- Ghi hồ sơ.

KỸ THUẬT HÚT KHÍ QUẢN

1. Trường hợp áp dụng:

- Ư đọng đờm dãi.
- Người bệnh hôn mê, co giật có xuất tiết nhiều đờm dãi.
- Người bệnh không có khả năng khạc đàm.
- Người bệnh mở khí quản, đặt ống nội khí quản thở máy ...

2. Chuẩn bị người bệnh*:* như hút thông đường hô hấp trên.

3. Chuẩn bị dụng cụ*:* như hút thông đường hô hấp trên.

4. Tiến hành:

- Trải khăn bông nhỏ vô khuẩn dưới khu vực hút.
- Mang găng.
- Tra ống hút vào hệ thống máy hút an toàn.
- Dùng kềm vô khuẩn kẹp giữ phần vô khuẩn của ống thông.
- Mở máy, kiểm tra hệ thống hút bằng cách hút một ít nước vô khuẩn.
- Tắt máy (hoặc bấm ống)
- Cho ống vào đúng vị trí cần hút:
  - Nếu không đặt nội khí quản: luồn ống qua mũi, họng, đến độ sâu phù hợp.
  - Trường hợp có đặt nội khí quản: đưa ống qua nội khí quản đến khi chạm vào carina, rút ra khoảng 1cm.
- Mở máy, khi hút vừa xoay ống vừa rút ống từ từ ra ngoài. Tránh để đầu ống bám chặt vào niêm mạc, không đẩy đi, đẩy lại ống.
- Mỗi lần hút ≤ 10-15 giây. Quan sát, theo dõi sắc mặt, ý thức, người bệnh.
- Giữa hai lần hút cho người bệnh thở oxy 100% từ 30 giây đến 1 phút. (nếu người bệnh đang thở máy).
- Rút nước vô khuẩn làm sạch ống trước khi hút tiếp lần hai.
- Nếu đàm đặc thì làm loãng bằng cách bơm vào khí quản 1-2ml dung dịch $NaHCO_3$, sau đó hút tiếp.
- Lặp lại nhiều lần đến khi thông đường hô hấp.
- Hút lại một ít dung dịch sát khuẩn làm sạch ống.
- Ngâm ống vào dung dịch sát khuẩn.
- Tắt máy hút.
- Nếu người bệnh đặt ống nội khí quản thì cho thở oxy 100% trong 3 phút.
- Lau mũi miệng, giúp người bệnh về tư thế thoải mái.
- Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay.
- Ghi hồ sơ.

NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Người bệnh phẫu thuật đường hầu họng, khi hút phải nhẹ nhàng.
- Đưa ống vào đúng vị trí rồi mới hút:
  - Mũi, miệng: 13cm
  - Mở khí quản, nội khí quản:10-12,5cm.
- Thời gian một lần hút không quá 15 giây.
- Tổng thời gian một lần hút không quá 5 phút.
- Cần tăng nồng độ oxy trước và sau khi hút vài phút trong trường hợp người bệnh đang thở oxy.
- Hút đàm nhớt nơi ống NKQ hoặc mở KQ trước khi hút đàm ở mũi, miệng.
- Nếu đàm nhớt quá đặc: nhỏ 2-5ml NaCl 0,9% hoặc $NaHCO_3$.
- Áp lực hút:
  - Hệ thống trung tâm: 100-120mmHg (140-160cmH_2O).
  - Máy xách tay: 10-15mmHg (15-20cmH_2O)
- Khuyến khích người bệnh ho và hít thở sâu giữa 2 lần hút (nếu được).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT THÔNG HÔ HẤP TRÊN

TT	NỘI DUNG
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Trải khăn vô khuẩn
3.	Soạn dụng cụ trong khăn, dụng cụ ngoài mâm
4.	Mang dụng cụ đến bên giường, kiểm tra dụng cụ, máy hút
5.	Báo và giải thích cho người bệnh
6.	Vỗ lưng kích thích ho (nếu được)
7.	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp
8.	Mở mâm vô trùng
9.	Mang găng tay
10.	Gắn ống hút vào dây nối an toàn, dùng kềm giữ đầu ống
11.	Hút nước thử máy
12.	Đưa ống hút vào mũi đến hầu
13.	Mở máy, vừa xoay ống vừa rút từ từ ống ra
14.	Hút nước tráng ống
15.	Tiếp tục hút đến khi sạch
16.	Hút ở miệng: đưa ống hút vào miệng và tiếp tục như các bước 10,11,12
17.	Tháo ống hút và găng tay cho vào túi giấy
18.	Theo dõi tình trạng người bệnh trong suốt thời gian hút
19.	Giúp người bệnh thoải mái
20.	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Hút thông đường hô hấp được áp dụng trong trường hợp:
   A. Viêm amidan mủ
   B. Viêm thành sau họng
   C. Người bệnh ung thư vòm họng
   D. Người bệnh mở khí quản
2. Thời gian mỗi lần hút thông đường hô hấp trên tối đa là:
   A. 15 giây
   B. 20 giây
   C. 25 giây
   D. 30 giây
3. Áp lực hút đối với máy xách tay thường dùng:
   A. 10 - 15 mmHg.
   B. 15 – 20mmHg
   C. 20 - 25mmHg.
   D. 25 – 30 mmHg
4. Khi hút đàm, nếu đàm nhớt quá đặc điều dưỡng cần nhỏ 2 – 5 ml dung dịch:
   A. NaCl 0,9%
   B. Nước cất
   C. Cồn iốt
   D. Nước cốt chanh.

KỸ THUẬT THỤT THÁO – THỤT GIỮ

ĐD. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. ***Nêu được mục đích của thụt tháo – thụt giữ.***
2. ***Nêu được những trường hợp áp dụng và không áp dụng.***
3. ***Mô tả các bước thụt tháo – thụt giữ đúng quy trình kỹ thuật.***

ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là phương pháp đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm phân, làm cho thành ruột nở rộng, kích thích để đại tràng đẩy phân và hơi ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được hoặc giúp làm sạch khung đại tràng.

Thụt giữ là phương pháp đưa dịch, thức ăn hoặc thuốc với một số lượng nhỏ qua hậu môn vào đại tràng.

Thụt giữ nhằm mục đích:

- Điều trị một số bệnh tại chỗ ở đại tràng.
- Hạ sốt.
- Nuôi dưỡng.

PHƯƠNG PHÁP THỤT THÁO

1. ***Chỉ định:***

- Người bệnh táo bón.
- Trước khi phẩu thuật đường tiêu hóa.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi thụt giữ.
- Trước khi sanh.
- Trước khi soi trực tràng.

2. ***Chống chỉ định:***

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn, trực tràng.

3. ***Quy trình kỹ thuật:***

3.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh công việc sắp làm, đề nghị họ hợp tác.
- Dặn người bệnh cố gắng nhịn đi cầu sau khi thụt 10-15 phút.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Dung dịch thụt: nước muối sinh lý 0,9%, nước thuốc tím 0,1%, nước sôi để nguội 37^0C. Số lượng khoảng 500-1000ml, không quá 1500ml. (Trẻ em: 200-750ml, tùy theo tuổi). Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của Bác sĩ.
- Bốc đựng nước có dây cao su dài khoảng 1,2-1,5m, có canul nối với bốc. Trẻ em dùng quả bơm bằng cao su và ống nelaton.
- 1 khay chữ nhật.
- Ca múc nước.
- Dầu nhờn parafin.
- Bông gòn, gạc.
- Giấy vệ sinh, vải nylon
- Trụ treo, bình phong.
- Bô, khay quả đậu.

3.3. Tiến hành:

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh.
- Báo và giải thích cho người bệnh biết.
- Bỏ quần người bệnh ra.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng bên trái, nếu người bệnh liệt cho nằm ngữa.
- Lót nylon dưới mông.
- Đổ nước vào bốc.
- Treo bốc cách mặt giường 50 – 80cm.
- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu nhờn vào canul.
- Bỏ vải đắp, một tay vạch mông người bệnh, một tay cầm canul đưa nhẹ vào hậu môn khỏang 2-3cm đưa ngược lên trên, chệch về phía trước bụng khoảng 1/2 – 2/3 .
    - Chú ý: khi đưa vòi thụt vào bảo người bệnh thở đều.
- Mở khóa cho nước chảy từ từ.
- Kiểm tra xem nước có chảy vào đại tràng không bằng cách quan sát nước trong bốc. Hỏi người bệnh có cảm giác nước chảy vào ruột không?
- Trong khi thụt nếu người bệnh kêu đau bụng mót rặn muốn đi ngòai thì ta kiểm tra vòi thụt lại để người bệnh nghỉ một lát, khi các dấu hiệu trên giảm hoặc hết ta tiếp tục thụt cho người bệnh với áp lực thấp.
- Khi nước hết khóa vòi thụt lại, rút ra bỏ vào khay quả đậu.
- Treo ống cao su lên trụ treo.
- Cho người bệnh nằm ngửa lại, dặn nhịn đi trong vòng 10-15phút.

- Đặt bô hoặc giúp người bệnh vào nhà vệ sinh.
- Thay drap, giúp người bệnh về tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ: rửa dụng cụ, trả về chỗ cũ, gởi tiệt trùng.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thụt, dung dịch thụt, số lượng, tên người điều dưỡng thực hiện.

4. Tai biến:

- Thủng ruột do đưa canul không đúng, động tác đưa canul quá thô bạo.
- Trầy xướt trực tràng chảy máu.

5. Những điểm cần lưu ý:

- Thử nước trước khi thụt để tránh bỏng cho người bệnh.
- Đưa vòi nước thụt vào phải nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật để tránh gây tổn thương niêm mạc trực tràng hậu môn của người bệnh.
- Nếu nước không chảy vào ruột, kiểm soát lại canul hoặc ống thông.
- Trong lúc nước vào nếu người bệnh kêu đau bụng hoặc muốn đi tiêu, ngưng ngay không cho nước chảy, khi các triệu chứng trên giảm bớt, tiếp tục cho nước chảy với áp lực nhẹ hơn.

PHƯƠNG PHÁP THỤT GIỮ

1. Chỉ định:

- Sốt cao.
- Viêm đại tràng.
- Chướng hơi sau mổ.
- Người bệnh tổn thương đường tiêu hóa, không ăn uống được, không truyền dịch được.

2. Chống chỉ định: giống như thụt tháo

3. Quy trình kỹ thuật:

3.1. Chuẩn bị: giống như thụt tháo

3.2. Tiến hành:

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh.
- Báo và giải thích cho người bệnh biết.
- Bỏ quần người bệnh ra.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng bên trái, nếu người bệnh liệt cho nằm ngữa.
- Lót nylon dưới mông.
- Đổ nước vào bốc.
- Treo bốc cách mặt giường 50 – 80cm.

- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu nhờn vào canul.
- Bỏ vải đấp 1 tay vạch mông người bệnh, 1 tay cầm canul đưa nhẹ vào hậu môn khỏang 2-3cm đưa ngược lên trên, chệch về phía trước bụng khỏang 1/2 –2/3 . Chú ý: khi đưa vòi thụt vào bảo người bệnh há miệng thở đều.
- Dùng băng dính cố định ống thông vào mông.
- Mở khóa cho dịch chảy từ từ, duy trì tốc độ 40-50giọt/phút. Tránh cho chảy nhanh vì sẽ gây kích thích ruột mạnh.
- Khi dung dịch trong bốc gần hết khóa ống lại.
- Nhẹ nhàng rút ống thông ra, dùng giấy lau sạch, bỏ vào khay quả đậu.
- Lau mông, mặc quần cho người bệnh.
- Để người bệnh nằm nghiêng khép mông để giữ nước ở trong ruột.
- Sau 1 giờ cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ: rửa dụng cụ, trả về chỗ cũ, gởi tiệt trùng.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thụt, dung dịch thụt, số lượng, tên người điều dưỡng thực hiện.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Kiểm tra nhiệt độ nước, thuốc hay thức ăn để tránh bỏng.
- Đưa ống thông nhẹ nhàng, tránh gây tổn thương niêm mạc trực tràng, hậu môn của người bệnh.
- Theo dõi tình trạng chung để phát hiện những thay đổi bất thường.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ
B. TIẾN HÀNH	
3.	Báo, giải thích người bệnh
4.	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh
5.	Bỏ hẳn quần người bệnh ra
6.	Tư thế BN: nằm nghiêng trái.
7.	Đổ nước vào bốc
8.	Treo bốc cách mặt giường 50-80cm
9.	Lắp canul vào dây cao su
10.	Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt
11.	Mang găng tay sạch
12.	Đuổi khí vào bồn hạt đậu
13.	Bôi dầu nhờn vào canul
14.	Mở vải đắp, bảo người bệnh thở đều, một tay vạch mông người bệnh, một tay cầm canul đưa nhẹ vào hậu môn khoảng 2-3cm, đưa ngược lên trên chếch về phía trước bụng khoảng 1/2-2/3
15.	Mở khóa cho nước chảy từ từ, tay giữ canul, theo dõi dịch ở bốc, hỏi cảm giác người bệnh
16.	Khi nước trong bốc gần hết khóa vòi thụt lại, rút ra bỏ vào bồn hạt đậu
17.	Treo ống cao su lên trụ treo
18.	Dặn người bệnh nhịn đi tiêu trong vòng 10-15 phút
19.	Đặt bô hoặc giúp người bệnh vào nhà vệ sinh
20.	Giúp người bệnh tiện nghi
C. KẾT THÚC	
21.	Dọn dụng cụ, rửa tay
22.	Ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Đây là những dung dịch thường dùng để thụt tháo, NGOẠI TRỪ:
   A. Nước muối sinh lý.
   B. Thuốc tím 0,1%.
   C. Lactat ringer.
   D. Nước đun sôi, để nguội ở 37^0C.
2. Tư thế thụt tháo phù hợp nhất:
   A. Nằm ngửa, đầu thẳng.
   B. Nằm nghiêng trái.
   C. Nằm chổng mông.
   D. Nằm sấp.
3. Khi thụt tháo, bốc phải treo cao hơn mặt giường khoảng:
   A. 10-30cm.
   B. 30-50cm.
   C. 50-80cm.
   D. 80-100cm.
4. Đây là những thao tác đúng trong kỹ thuật thụt tháo, NGOẠI TRỪ:
   A. Bôi dầu nhờn vào canul.
   B. Đưa nhẹ canul vào hậu môn 2-3cm.
   C. Đưa ngược xuống dưới.
   D. Khi đưa bảo người bệnh thở đều.
5. Khi cho nước chảy vào để thụt tháo, nếu người bệnh than đau bụng thì:
   A. Ngưng ngay, rút bỏ ống.
   B. Ngưng, chờ tạm ổn rồi tiếp tục.
   C. Tiếp tục cho chảy chậm hơn.
   D. Cho chảy nhanh hơn một tí.

KỸ THUẬT THÔNG TIỂU

ĐD. Phan Thị Ánh Gương
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được mục đích, trường hợp áp dụng và không áp dụng thông tiểu.***
2. ***Mô tả các bước thông tiểu theo đúng quy trình.***

ĐẠI CƯƠNG

Thông tiểu là kỹ thuật đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

- Chẩn đoán: làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, cấy nước tiểu tìm vi khuẩn ...
- Điều trị: tháo nước tiểu khi bí tiểu hoặc bơm rửa bàng quang, bơm thuốc vào bàng quang để làm thủ thuật và điều trị tại chỗ.

1. Chỉ định:

- Bí tiểu.
- Trước khi mổ cơ quan tiết niệu, sinh dục, ổ bụng …
- Điều trị bệnh: người bệnh hôn mê, cần theo dõi lượng nước tiểu, phòng ngừa loét vùng chậu …
- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm chẩn đoán và điều trị bệnh đường tiết niệu.

2. Chống chỉ định:

- Dập rách niệu đạo.
- Chấn thương tuyến tiền liệt.
- Nhiễm khuẩn niệu đạo.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG TIỂU THƯỜNG

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Đối chiếu hồ sơ.
- Giải thích công việc để người bệnh cùng hợp tác, động viên, an ủi người bệnh an tâm.
- Vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục, trường hợp nhẹ có thể hướng dẫn người bệnh tự làm.
- Thông thường phải đưa người bệnh đến phòng thủ thuật hoặc che chắn bình phong kín đáo.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Khay chữ nhật.

- Kềm.
- Dầu nhờn parafin.
- Chén chun.
- Khăn có lỗ.
- Dung dịch rửa nước muối sinh lý, povidin hay thuốc tím 0,1%.
- Bông gòn, gạc.
- Ống thông Nelaton kích cở 16-20 (trẻ em 8-12).
- Ống nghiệm.
- Găng tay vô khuẩn.

2.2. Dụng cụ khác:

- Tấm nylon.
- Mền đấp.
- Túi giấy.
- Bình phong.

3. Tiến hành:

3.1. Thông tiểu nữ:

- Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân, che bình phong.
- Lót tấm nylon dưới mông.
- Che vải đắp, bỏ quần áo người bệnh ra, phủ vải đắp hai chân, trên bụng.
- Để người bệnh nằm tư thế ngữa, hai chân co.
- Mở gói dụng cụ vô khuẩn.
- Đặt khay dụng cụ vô khuẩn vào giữa hai đùi người bệnh, đổ dung dịch sát khuẩn vào chén trong khay.
- Rửa tay lần hai, mang găng vô khuẩn.
- Bôi trơn đầu ống thông khoảng 5-6cm.
- Trải khăn có lỗ, đặt khay hạt đậu vô khuẩn gần lỗ tiểu.
- Cầm kềm gắp bông gòn thấm nước rửa âm hộ từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Cuối cùng sát khuẩn lỗ tiểu.
- Dùng hai ngón tay bộc lộ lỗ tiểu.
- Cầm ống thông nhẹ nhàng đưa vào lỗ niệu đạo cho đến khi có nước tiểu chảy ra (khoảng 4-5cm).
- Nếu có chỉ định lấy nước tiểu xét nghiệm thì bỏ nước tiểu đầu và cuối dòng, lấy nước tiểu khoảng giữa vào ống nghiệm.
- Hết nước tiểu rút ống thông ra.
- Sát khuẩn lại lỗ tiểu, lau khô bộ phận sinh dục.

- Mặc quần áo cho người bệnh, để nằm tư thế thoải mái, dặn dò.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi vào phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm (nếu có).

3.2. Thông tiểu nam:

- Tư thế người bệnh nằm ngửa.
- Từ bước mang dụng cụ đến bước rửa tay, mang găng thực hiện giống như thông tiểu nữ.
- Bôi trơn đầu ống thông khoảng 15-20cm.
- Trải khăn có lỗ, đặt khay hạt đậu vô khuẩn nơi tiện hứng nước tiểu.
- Kéo da quy đầu xuống để lộ lỗ tiểu, sát khuẩn lỗ tiểu từ phía trong ra ngoài 2 lần.
- Một tay cầm dương vật thẳng đứng, giữa da quy đầu để lộ lỗ tiểu. Tay còn lại cầm ống thông đưa từ từ vào niệu đạo khỏang 10cm thì hạ dương vật xuống song song với thành bụng.
- Tiếp tục đưa nhẹ nhàng ống thông vào cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra (khoảng 15-20cm).
- Các bước còn lại thực hiện giống như thông tiểu nữ.

4. Chú ý:

- Thông tiểu sử dụng ống thông Nelaton.
- Tuyệt đối vô khuẩn khi thực hiện thủ thuật.
- Lúc đưa ống thông vào niệu đạo bảo người bệnh thở đều. Thao tác đưa ống thông phải nhẹ nhàng, không nên dùng sức để đẩy ống thông vào khi gặp trở ngại.
- Tránh thông tiểu nhiều lần trong ngày. Nếu cần thì nên để dẫn lưu liên tục, vì thông tiểu nhiều lần dễ làm nhiễm trùng niệu đạo.
- Trường hợp bí tiểu, cầu bàng quang căng to nên để nước tiểu chảy từ từ, không để nước tiểu chảy hết vì làm giảm áp lực đột ngột gây chảy máu.
- Khi thực hiện nếu nhận thấy dấu hiệu bất thường (như chảy máu) phải ngưng ngay thủ thuật.
- Nếu lấy nước tiểu thử vi trùng thì lấy trực tiếp vào ống nghiệm vô trùng.
- Hết nước tiểu gập ống rút ra.
- Các thông tin cần ghi: ngày giờ thông tiểu, số lượng, màu sắc, xét nghiệm, tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi thông tiểu, người thực hiện.

DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

1. Trường hợp áp dụng:

- Trường hợp người bệnh không tiểu được như hôn mê, liệt cơ vòng …

- Bí tiểu thường xuyên hoặc cần theo dõi lượng nước tiểu.
- Sau mổ tầng sinh môn, âm đạo, niệu đạo, bàng quang, tuyến tiền liệt, niệu quản, thận.

2. Chuẩn bị: giống kỹ thuật thông tiểu thường nhưng dùng ống thông Foley.

3. Tiến hành:

- Từ bước đầu tiên đến khi đưa ống thông vào bàng quang có nước tiểu chảy ra: thực hiện giống kỹ thuật thông tiểu.
- Đưa ống thông vào sâu thêm 3-5cm nữa.
- Dùng bơm tiêm hút một lượng dung dịch hoặc không khí bơm vào bong bóng, bơm hết tháo bơm tiêm ra, rút nhẹ không thấy ống tụt ra là được.
- Cố định ống thông vào dây dẫn lưu nước tiểu.
- Các bước còn lại giống kỹ thuật thông tiểu.

4. Những điểm lưu ý:

- Ống thông 5 ngày thay 1 lần, chai đựng nước tiểu phải thay hằng ngày.
- Cần săn sóc bộ phận sinh dục hằng ngày để tránh nhiễm trùng.
- Theo dõi và quan sát sự lưu thông của nước tiểu và vị trí ống thông, tình trạng của người bệnh, số lượng, tính chất của nước tiểu.
- Cần tập bàng quang hoạt động bình thường nên cột lại mỗi 3 giờ mở một lần cho nước tiểu chảy ra.
- Rút ống thông: dùng bơm tiêm rút hết dung dịch trong bong bóng ra rồi rút ống thông ra.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

TT	NỘI DUNG
A. CHUẨN BỊ	
1.	Mang khẩu trang, rửa tay
2.	Chuẩn bị dụng cụ
B. TIẾN HÀNH	
3.	Báo, giải thích người bệnh
4.	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh
5.	Phủ vải đắp, bỏ hẳn quần người bệnh ra
6.	Quấn vải đắp vào bàn chân (nữ), Cổ chân (nam)
7.	Tư thế BN: Nữ: tư thế sản khoa, Nam: 2 chân dang rộng
8.	Đặt mâm dụng cụ giữa 2 chân người bệnh
9.	Đặt túi đựng đồ dơ nơi thuận tiện
10.	Treo túi chứa nước tiểu thấp hơn mặt giường 40-60cm, cách sàn 10-20cm.
11.	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục.
12.	Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn
13.	Mang găng tay vô khuẩn
14.	Thử bóng
15.	Rút dịch bơm bóng vào bơm tiêm (5 – 10ml)
16.	Bôi trơn đầu ống thông
17.	Trải khăn có lỗ
18.	Dùng kềm sát khuẩn bộ phẫn sinh dục, lỗ tiểu: - Nữ: từ ngoài vào trong, bên xa đến bên gần - Nam: từ trong ra ngoài (từ lỗ tiểu đi rộng ra ngoài)
19.	Kềm kẹp gòn để nơi xa
20.	Đặt bồn hạt đậu dọc giữa 2 đùi
21.	Cầm ống thông đuôi ống để vào bồn hạt đậu
22.	Đưa đầu ống vào lỗ tiểu: nữ: 4-5cm, nam: 16-20cm. khi có nước tiểu chảy ra thì đưa ống thông vào sâu thêm 3-5cm.
23.	Bơm bong bóng giữ ống thông
24.	Lấy khăn có lỗ ra
25.	Nối đuôi ống thông vào dây câu
26.	Chậm khô vùng sinh dục bằng gạc
27.	Cố định sonde: Nữ: mặt trong đùi; Nam: bẹn
28.	Dán băng keo nơi nối, quan sát hệ thống dẫn lưu
29.	Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
C. KẾT THÚC	
30.	Thu dọn dụng cu, tháo găng, rửa tay
31.	Ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Trường hợp nào không được thông tiểu:
   A. Dập rách niệu đạo.
   B. Bí tiểu thường xuyên
   C. U xơ tuyến tiền liệt
   D. Trước khi sanh
2. Tai biến thường gặp nhất khi thông tiểu:
   A. Đau.
   B. Chảy máu.
   C. Nghẹt ống.
   D. Thủng bàng quang
3. Trường hợp thông tiểu thường điều dưỡng dùng ống thông:
   A. Foley
   B. Melacot
   C. Nelaton.
   D. Levin
4. Tư thế người bệnh khi đặt thông tiểu nữ:
   A. Nằm ngửa 2 chân dang ra
   B. Nằm ngửa 2 chân chống dang ra
   C. Nằm ngửa 2 chân một bên
   D. Nằm ngửa, đầu cao
5. Dẫn lưu nước tiểu cho người bệnh không để lưu ống thông quá:
   A. 3 ngày
   B. 5 ngày
   C. 7 ngày
   D. 10 ngày
6. Khi rút ống thông Foley, Điều dưỡng cần lưu ý:
   A. Gập ống lại rút ra
   B. Rút hết nước trong bong bóng
   C. Rút ống ra khi hết nước tiểu
   D. Theo chỉ định của Bác sỹ

KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

ĐD. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU

1. ***Mô tả được quy trình kỹ thuật rửa bàng quang.***
2. ***Trình bày được tai biến và những điểm cần lưu ý khi rửa bàng quang***

ĐẠI CƯƠNG

Rửa bàng quang là phương pháp nhằm mục đích làm sạch bàng quang để bơm thuốc vào điều trị theo y lệnh.

Phương pháp rửa bàng quang áp dụng cho các trường hợp:

- Người bệnh đặt thông tiểu liên tục.
- Bàng quang bị nhiễm khuẩn, chảy máu như sau: mỗ u xơ tuyến tiền liệt, hoặc rửa xong bơm thuốc vào.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp rửa bàng quang thường được tiến hành khi đã có sẵn ống dẫn lưu nước tiểu. Trường hợp chưa có ống dẫn lưu thì phải đặt ống thông trước khi rửa.

Có hai phương pháp:

- Bơm rửa bằng ống bơm tiêm 50ml
- Rửa liên tục bằng chai dịch treo.

1. Phương pháp 1: rửa liên tục bằng chai dịch treo.

1.1. Chuẩn bị:

- Giống kỹ thuật thông tiểu.
- Bộ dụng cụ thông tiểu (nếu chưa đặt thông tiểu).
- Dung dịch rửa.
- Gạc, bông gòn.
- Khay hạt đậu.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Chai đựng dung dịch có nút kín.
- Một ống nối hình chữ Y.
- Dây cao su có khóa.
- Băng keo, trụ treo, chai đựng nước chảy ra.

1.2. Tiến hành:

- Các bước đặt thông tiểu: xem bài kỹ thuật thông tiểu.

- Cắm kim vào chai dịch rửa, cho dịch chảy, đuổi không khí trong dây, đặt vào khay vô khuẩn.
- Người bệnh nằm ngữa hai chân co chống 2 bàn chân trên mặt giường.
- Treo chai dung dịch rữa lên trụ cách mặt giường 60-80cm.
- Gắn dây cao su từ chai dung dịch có khóa vào ống nối hình chữ Y.
- Gắn ống có khoá vào nhánh chữ Y để vào chai hứng nước chảy ra: một nhánh để vào chai hứng nước chải ra, nhánh kia gắn vào ống thông.
- Mở khóa ở chai dung dịch rửa cho nước chải vào bàng quang 250ml. Khóa lại để 30 phút sau đó mở khóa ở chai hứng nước chảy ra, để nước từ bàng quang chảy ra. Rửa đến khi nước chảy ra trong là được.
- Mỗi ngày rửa hai lần vào một giờ quy định mỗi lần rửa 150-400ml dung dịch Natriclorua 0.9%. Phương pháp này nhằm giúp cho bàng quang làm việc trở lại bình thường.
- Rửa xong lau khô bộ phận sinh dục, cho người bệnh tiện nghi.
- Thu dọn dụng cụ – Ghi hồ sơ.

2. Phương pháp 2: bơm rửa.

2.1. Dụng cụ:

- Bơm tiêm 50ml.
- 2 bồn hạt đậu.
- Gạc.
- Túi nước tiểu.
- Tấm nylon.
- Dung dịch rửa.

2.2. Tiến hành:

- Tháo ống dẫn lưu ra khỏi ống thông.
- Dùng bơm tiêm hút nước muối sinh lý (hay nước sát khuẩn) bơm vào ống thông từ từ mỗi lần 200 – 250ml.
- Rút bơm tiêm ra cho nước từ bàng quang chảy ra.
- Tiếp tục rửa cho đến khi nước chảy ra đến trong thì thôi. Nếu có chỉ định bơm thuốc thì sau khi rửa bàng xong bơm thuốc vào và buộc ống thông lại.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Dung dịch thường dùng nhất để rửa bàng quang:
   A. Thuốc tím 1/ 5000.
   B. Nước cất.
   C. Natri clorua 0, 9%
   D. Betadin.
2. Lượng dung dịch cần rửa bàng quang mỗi lần là:
   A. 200ml.
   B. 300ml.
   C. 400ml.
   D. 500ml.
3. Thực hiện kỹ thuật rửa bàng quang, Điều dưỡng cần lưu ý:
   A. Khi có máu chảy phải báo Bác sĩ
   B. Cho người bệnh nằm đúng tư thế.
   C. Giữ người bệnh được kín đáo.
   D. Nước rửa ra trong mới ngưng rửa.
4. Lượng dịch trung bình trong một lần bơm rửa bàng quang là:
   A. 100-150ml.
   B. 150-200ml.
   C. 200-250ml.
   D. 250-300ml.
5. Khi rửa bàng quang liên tục, chai dịch treo phải cao hơn mặt giường khoảng:
   A. 20-40cm.
   B. 40-60cm.
   C. 60-80cm.
   D. 80-100cm.

TRỢ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM CHỮA BỆNH

CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các tư thế khám bệnh.

2. Trình bày quy trình trợ giúp bác sỹ khám bệnh.

ĐẠI CƯƠNG

Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ chu đáo đầy đủ và đặt người bệnh ở tư thế thích hợp để bác sỹ khám bệnh là công tác cần thiết của người điều dưỡng, giúp cho việc thăm khám sẽ thuận lợi, đầy đủ, nhanh gọn, chính xác. Công tác khám bệnh có thể tiến hành tại phòng khám hoặc bệnh phòng.

Vì vậy trước buổi khám bệnh cần có sự chuẩn bị phòng khám bệnh, dụng cụ và người bệnh chu đáo.

CÁC TƯ THẾ KHÁM BỆNH

1. Nằm ngữa thẳng:

Tư thế này áp dụng để khám tổng quát.

- Người bệnh nằm ngữa thẳng, hai chân hơi dang ra, đầu gối hơi co lại để giúp thư giãn cơ bụng.
- Đặt gối mỏng dưới đầu người bệnh.

2. Nằm ngửa chống chân:

Áp dụng để khám ngực, bụng.

- Nằm ngữa thẳng 2 đầu gối chụm lại vào nhau.
- Hai bàn chân đặt thẳng trên mặt giường.

3. Tư thế Fowler:

Áp dụng để khám người bệnh khó thở.

- Người bệnh nửa nằm nửa ngồi. Đầu giường cao một góc 45^0
- Đầu gối hơi chùng.

4. Tư thế chổng mông:

Áp dụng để khám âm đạo, trực tràng.

- Hai đầu gối quỳ xuống giường ngực tỳ vào gối.
- Đầu nghiêng về một bên và áp má lên gối.
- Đùi và cẳng chân vuông gốc với nhau

5. Tư thế nằm ngửa chống chân và hơi dạng:

Áp dụng để khám bàng quang, âm đạo, tầng sinh môn.

- Người bệnh nằm ngửa.
- Hai chân hơi dạng ra, đầu gối gập lại.

6. Nằm sấp:

Áp dụng để khám gáy, lưng, cột sống.

- Người bệnh nằm sấp, đầu nghiêng một bên.
- Hai tay co lại và để phía trên đầu.

7. Nằm nghiêng trái:

Áp dụng khám hậu môn.

- Nằm nghiêng trái, hông gần phía thành giường hơn so với vai.
- Đầu gối gập lại.

8. Tư thế đứng:

Áp dụng để khám thần kinh, chỉnh hình.

9. Tư thế ngồi:

Người bệnh ngồi trên ghế. Tư thế này áp dụng để khám tim, phổi, tai mũi họng, răng hàm mặt.

- Khám tai trẻ: điều dưỡng bế trẻ ngồi trong lòng, tai trẻ quay ra ngòai. Một tay quàng qua thân giữ trẻ, một tay giữ đầu.
- Khám tai mũi họng: điều dưỡng bế trẻ lưng quay vào lòng. Một tay quàng qua thân trẻ, một tay giữ đầu trẻ, lấy hai chân mình kẹp hai chân trẻ lại.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị nơi khám:

- Phòng khám thóang, sáng, gọn gàng, sạch sẽ.
- Nhiệt độ đủ ấm về mùa đông, mát về mùa hè, tránh gió lùa.
- Chuẩn bị, rèm khi cầm khám đặc biệt. Ví dụ khám âm đạo …
- Giường bệnh, bàn, ghế …

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Hồ sơ bệnh nhân.
- Ong nghe, huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ bấm dây.
- Búa phản xạ.
- Que đè lưỡi, đèn soi.
- Vãi đắp, khăn lông, bình phong.
- Dầu nhờn.
- Một số dụng cụ khám chuyên khoa.
- Bô chậu, ống nhổ.
- Khay đựng dụng cụ bẩn.

3. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích.
- Hướng dẫn người bệnh đi tiểu tiện trước khi khám vùng chậu.

4. Tiến hành:

- Rửa tay, đội nón, đeo khẩu trang.
- Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng.
- Điều chỉnh ánh sáng trong phòng.
- Khép cửa che bình phong nếu cần.
- Điều chỉnh giường ở mức độ thích hợp theo tư thế khám.
- Mang dụng cụ thăm khám để nơi qui định.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp theo yêu cầu của bác sỹ.
- Bộc lộ vùng cần khám cho Bác sỹ khám.
- Lấy bệnh phẩm theo yêu cầu của Bác sỹ.
- Khám xong điều dưỡng giúp người bệnh về tư thế thích hợp.
- Ghi ngày giờ khám, tình trạng người bệnh, y lệnh điều trị vào hồ sơ.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Ghi phiếu xét nghiệm, gởi bệnh phẩm xét nghiệm (nếu có).
- Báo cáo điều dưỡng trưởng về tình trạng người bệnh (những trường hợp đặc biệt).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Tư thế nằm ngửa, chống chân hơi dạng được áp dụng để khám:
   A. Bàng quang
   B. Hậu môn
   C. Ngực, bụng
   D. Khám tổng quát
2. Tư thế Fowler được áp dụng khám cho người bệnh:
   A. Tim
   B. Phổi
   C. Răng hàm mặt.
   D. Khó thở
3. Tư thế chổng mông áp dụng để khám:
   A. Tổng quát.
   B. Bàng quang, tầng sinh môn.
   C. Gáy, lưng, cột sống.
   D. Trực tràng, âm đạo.
4. Tư thế ngồi thường áp dụng để khám:
   A. Cột sống, lưng.
   B. Thần kinh, chỉnh hình.
   C. Tai mũi họng, răng hàm mặt.
   D. Người bệnh khó thở.
5. Trong tư thế fowler, đầu giường kê cao một góc:
   A. 15^0.
   B. 30^0.
   C. 45^0.
   D. 60^0

DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC LOÉT ÉP

ĐD. Phan Thị Ánh Gương

MỤC TIÊU

1. ***Kể được các vị trí thường gặp và dấu hiệu loét.***
2. ***Nêu nguyên nhân gây loét và nguyên tắc đề phòng loét.***
3. ***Thực hiện được công tác dự phòng và điều trị loét.***

ĐẠI CƯƠNG

Khi cơ thể bị bệnh, kém dinh dưỡng nên những vùng bị tỳ, đè trong thời gian dài làm cản trở sự lưu thông máu dễ dẫn đến thiếu máu nên làm tăng nguy cơ bị loét ép.

Khi đó máu tĩnh mạch ứ lại gây sung huyết, phù nề. Vùng da ở những nơi đó dễ bị trợt, hoại tử.

1. Mục đích dự phòng loét ép:

- Phát hiện sớm các dấu hiệu của mảng mục.
- Ngăn chặn tình trạng lan rộng của mảng mục.
- Giúp mảng mục mau lành.

2. Nguyên nhân gây loét ép:

- Liệt hai chi dưới do tổn thương tủy sống.
- Hôn mê do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.
- Sau phẫu thuật thần kinh, sau bó bột.
- Ơ người già thiếu dinh dưỡng, người béo phì,…

3. Những vị trí dễ bị loét ép:

- Thường gặp ở những chổ xương lồi lên mà không có cơ bao bọc hoặc có nhưng quá ít.
- Người bệnh nằm ngữa thường bị vùng chẩm, xương bả vai, khủyu tay, xương cùng, gót chân.
- Người bệnh nằm nghiêng thường bị bên ngoài lồng ngực, đầu gối, mắt cá, cổ xương đùi, gai chậu.
- Người bệnh ở tư thế ngồi trong những trường hợp suy hô hấp thường bị loét ụ ngồi.

4. Biểu hiện:

- Lúc đầu người bệnh có thể đau hoặc không đau ở vị trí đè.
- Màu sắc da: lúc đầu đỏ do sung huyết sau đó có nốt phỏng.
- Nốt phỏng vỡ có màu đỏ bầm hoặc xanh nhạt rồi đen lại.

- Cảm giác tại chổ giảm.
- Nhiệt độ tại chổ giảm.
- Vết loét có thể bị bội nhiễm, phát triển rất nhanh, khó điều trị làm cho người bệnh đau đớn.

DỰ PHÒNG LOÉT ÉP

1. Nguyên tắc:

- Thường xuyên thay đổi tư thế cho người bệnh tối đa 2giờ/lần.
- Giữ da khô, sạch sẽ nhất là những vùng dễ bị loét.
- Thường xuyên xoa bóp những vùng dễ bị loét.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chậu nước ấm.
- Xà phòng.
- Khăn lông to, khăn nhỏ.
- Cồn 70^0, bột tale.
- Vòng hơi cao su.
- Vòng bông và khăn phủ.
- Đệm hơi hay đệm bông.
- Vải trải giường.

3. Tiến hành:

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh.
- Báo và giải thích.
- Cho người bệnh nằm tư thế thuận tiện.
- Lau sạch những vùng ẩm ướt cho người bệnh bằng xà phòng và nước ấm.
- Lau khô.
- Xoa bóp với cồn và bột tale những vùng dễ bị loét như vùng mông, xương mắt cá, gót chân, khủyu tay, bả vai, phía sau đầu.
- Lót khăn dưới mông cho người bệnh tiêu tiểu không tự chủ.
- Thay vải trải giường.
- Thay đổi tư thế nằm 2giờ/lần
- Đặt vòng hơi cao su dưới mông người bệnh (bọc vòng hơi bằng khăn vải)
- Đặt vòng bông ở những ụ xương như mắc cá, gót chân, bả vai,…

SĂN SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ LOÉT

1. Dụng cụ:

- 1 khay dụng cụ thay băng.
- Dung dịch sát khuẩn và thuốc theo y lệnh.

***2. Tiến hành**:*

- Không để vùng lóet bị đè ép nữa.
- Rửa sạch vết lóet như rửa vết thương. Nếu có họai tử cần cắt lọc.
- Đắp thuốc theo y lệnh.
- Băng lại hoặc để thóang tùy theo tình trạng loét.
- Xoa bóp xung quanh vùng bị loét, để kích thích tuần hòan.
- Cho người bệnh ăn đầy đủ chất đạm như trứng sửa, thịt, cá, đủ vitamin như đậu, quả tươi.
- Cho thêm vitamin A, vitamin C.
- Mang dụng cụ về phòng.
- Rửa sạch với nước, xà bông. Lau khô, trả về chổ cũ.
- Đem tiệt khuẩn (nếu cần).
- Ghi hồ sơ: tình trạng da, tình trạng loét, lọai thuốc dùng, tên điều dưỡng thực hiện.

3. Những điều cần lưu ý:

- Nên phòng lóet hơn là điều trị loét.
- Những người bệnh dễ bị loét phải được nằm trên mặt phẳng êm và thay đổi tư thế, xoa bóp thường xuyên.
- Đặc biệt theo dõi để phát hiện sớm những dấu hiệu lóet.
- Giữ cho người bệnh được sạch sẽ và khô ráo ngay mỗi khi bẩn ẩm ướt.
- Dinh dưỡng người bệnh khẩu phần ăn cần nhiều đạm và vitamin.
- Nên thay đổi vị trí các vòng, để lâu cũng gây loét.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGỪA LOÉT

TT	NỘI DUNG
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Để người bệnh nằm tư thế thuận tiện
3	Tắm vùng ẩm ướt, đè cấn
4	Massage vùng đè cấn (thoa cồn, phấn tale): xoa nhẹ, nhồi sâu
5	Thay quần áo, drap giường (nếu cần)
6	Quản lý chất tiết (mặc tả, dẫn lưu nước tiểu) (nếu cần)
7	Chêm lót vùng đè cấn
8	Cho người bệnh nằm nệm dầy 15 – 20 cm (nệm nước, hơi)
9	Đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh
10	Giúp người bệnh thoải mái
11	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay
12	Đánh giá kết quả, ghi hồ sơ

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Vị trí nào sau đây không gây loét khi nằm nghiêng:
   A. Lồng ngực.
   B. Đầu gối.
   C. Xương bả vai.
   D. Gai chậu.
2. Để phòng loét phải thay đổi tư thế người bệnh:
   A. 2 giờ/1 lần
   B. 3 giờ/1 lần
   C. Ngày 2 lần
   D. 8 giờ/1 lần
3. Đây là những biểu hiện của loét, NGOẠI TRỪ:
   A. Nốt phỏng màu đỏ bầm.
   B. Nhiệt độ vùng loét tăng.
   C. Giảm cảm giác vùng loét.
   D. Vết loét xanh nhạt rồi đen lại.
4. Nguyên tắc đề phòng loét:
   A. Giữ da sạch.
   B. Thường xuyên xoa bóp.
   C. Làm ẩm da.
   D. Đổi tư thế thường xuyên.
5. Để tránh loét nên xoa bóp vùng nguy cơ bằng:
   A. Cortibion.
   B. Dầu mù u.
   C. Pomad Tetracyclin.
   D. Phấn tale.

SỬ DỤNG THUỐC CHO NGƯỜI BỆNH

CN. Võ Thị Mỹ Linh
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu nguyên tắc dùng thuốc, những kiến thức cần thiết khi dùng thuốc.***
2. ***Trình bày các đường dùng thuốc, những vấn dề lưu ý khi dùng thuốc.***
3. ***Trình bày quy trình kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc.***

NGUYÊN TẮC CHUNG KHI DÙNG THUỐC

Cho người bệnh dùng thuốc là một nội dung rất quan trọng trong công tác điều trị.

Vì vậy khi thực hiện phải nhận thức rõ trách nhiệm và phải chú ý các điểm quan trọng để tránh nhầm lẫn, hạn chế tối đa những hậu quả tai hại cho người bệnh.

1. Đảm bảo an toàn cho người dùng thuốc.

2. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu:

2.1. Ba kiểm tra:

- Họ và tên người bệnh.
- Tên thuốc.
- Liều dùng.

2.2. Năm đối chiếu:

- Số giường, số buồng, họ tên người bệnh.
- Nhãn thuốc.
- Chất lượng thuốc hiện tại.
- Đường dùng thuốc.
- Thời gian dùng thuốc.

2.3. Năm đúng:

- Đúng người bệnh.
- Đúng thuốc.
- Đúng liều.
- Đúng đường dùng thuốc.
- Đúng thời gian.

3. Tập trung tư tưởng:

Phải tập trung tư tưởng cho viêc dùng thuốc, sao chép y lệnh phải thật chính xác, tránh nhầm lẫn.

4. Một số lưu ý:

- Tác phong làm việc phải chính xác, khoa học.
- Trung thành với chỉ định của bác sỹ, nếu nghi ngiờ phải hỏi lại.
- Tuyệt đối không được thay đổi y lệnh.
- Khi thực hiện y lệnh sai lầm phải báo bác sỹ để xử lý kịp thời.
- Theo dõi tác dụng phụ và phản ứng của thuốc (nếu có).
- Sắp xếp thuốc theo thứ tự, dễ tìm, tránh nhầm lẫn.
- Thuốc độc phải để ngăn riêng trong tủ thuốc và thêm một lần khóa.
- Kiểm tra hàng ngày, thuốc kém chất lượng phải đổi ngay ở khoa dược.

NHỮNG YÊU CẦU KIẾN THỨC CẦN THIẾT

1. Tên thuốc:

- Hoạt chất: là tên quốc tế quy ước chung, tên gốc, được ghi trong dược điển hay các văn bản kỹ thuật.
- Biệt dược: hay tên thương mại, là tên thuốc do nhà sản xuất đặt tên. Thường có rất nhiều tên biệt dược.

Theo quy định của Vụ điều trị, khi viết đơn thuốc phải viết tên hoạt chất.

2. Dạng thuốc:

- Thuốc viên: viên nén, bao phim, bao đường, viên nang, viên sủi, ngậm …
- Thuốc bột: bột uống, bột pha tiêm, bột sủi, bột dùng ngoài …
- Dung dịch: ống dung dịch uống, ống tiêm, dung dịch rửa phụ khoa, thuốc nhỏ mắt, thuốc nhỏ mũi, nhỏ tai …
- Hỗn dịch, nhũ tương: hỗn dịch chữa ho, phosphalugel … dạng này trước khi dùng phải lắc kỹ.
- Cồn thuốc, cao thuốc, sirop, potio, lotion: dùng đường uống, dùng ngoài …
- Khí dung: tác dụng tại đường hô hấp, viêm xoang, suyễn …
- Thuốc mỡ, pomad, kem … : thường dùng ở khoa da liễu, bỏng …
- Thuốc đạn, thuốc trứng, viên tọa dược …: dùng hạ sốt trẻ em, sản khoa …
- Thuốc dán: salonpas, nitroderm …

3. Tác dụng của thuốc:

- Tác dụng điều trị đặc hiệu: kháng sinh, hạ áp, trị tiểu đường ...
- Tác dụng điều trị triệu chứng: giảm ho, giảm đau, hạ sốt …
- Tác dụng nâng đỡ: vitamin, bổ dưỡng, thực phẩm chức năng …
- Tác dụng toàn thân, tại chỗ …
- Tác dụng phụ: là những tác dụng không mong muốn, nhưng không thể tránh khỏi khi dùng thuốc.

4. Tính chất của thuốc:

- Độc tính của thuốc: phải đọc hướng dẫn trong toa thuốc, cần biết để phòng ngừa hoặc để báo với bác sĩ như đối với gan, thận, mắt, tế bào thần kinh. Tuyệt đối tuân thủ thông tin về chỉ định, chống chỉ định.
- Đường thải: chủ yếu qua thận, một số qua gan, hơi thở, sữa mẹ, mồ hôi...
- Thời gian bán hủy: áp dụng để tính khoảng cách giữa các lần dùng trong ngày.
- Cách sử dụng: có những thuốc sử dụng trước khi ăn, những thuốc sử dụng sau khi ăn, những thuốc phải nhai.
- Biết sự tương tác của thuốc hoặc tính cộng hưởng của thuốc để chúng ta sử dụng hai loại thuốc cùng một lúc có hại hay có lợi.

5. Quy chế về thuốc độc, thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần:

- Nhãn thuốc: Rx là thuốc kê đơn.
- Hàm lượng, liều lượng: hàm lượng là lượng thuốc có trong thành phẩm. Liều lượng là lượng thuốc dùng cho người bệnh.
- Thuốc gây nghiện: theo quy định hàm lượng, liều lượng phải ghi bằng chữ.

KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

1. Chỉ định:

Áp dụng cho tất cả những người bệnh có thể uống được và các loại thuốc không bị dịch dạ dày phá huỷ.

2. Chống chỉ định:

- Người bệnh hôn mê, bán hôn mê.
- Oí mửa liên tục.
- Bệnh ở thực quản: teo hẹp, u …
- Người bệnh tâm thần không chịu uống thuốc.

3. Những vấn đề cần lưu ý:

- Khi dùng thuốc nên cho uống khoảng 50-100ml nước ấm. Đối với một số thuốc đặc biệt như nhóm sulfamide, thuốc có nguy cơ lắng đọng ở thận... nên cho người bệnh uống nhiều nước.
- Nhưng thuốc dạng bao phim, bao tan trong ruột, viên nang … phải uống nguyên viên, không bẻ hoặc rút vỏ nang ra khi uống.
- Những thuốc có tính acid làm hại men răng trước khi uống phải pha loãng và cho uống qua ống hút.
- Sau khi uống các thuốc dầu nên cho người bệnh uống nước chanh hay nước cam để giảm cảm giác mắc ói.
- Những thuốc ảnh hưởng đến niêm mạc hoặc những thuốc có chỉ định sử dụng lúc bụng no như Aspirin thì không uống chung với các loại thuốc có tính chất kiềm.

- Phải đếm mạch và đo huyết áp trước khi sử dụng các thuốc tim mạch
- Khi sử dụng nhiều thuốc với nhau nếu không biết được sự tương tác của thuốc thì cho uống mỗi loại thuốc cách nhau khoảng 30 phút, không nên hòa lẫn với nhau.
- Những thứ thuốc gây nôn, mùi vị đắng khó nuốt nên cho người bệnh ngậm nước đá sau khi uống vài phút.
- Khi cho người bệnh sử dụng.
- Đối với người bệnh không uống được qua đường tự nhiên, cho người bệnh uống qua đường sonde mũi dạ dày.

4. Quy trình kỹ thuật:

4.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Xem hồ sơ, bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra, 5 dối chiếu (hoặc 5 đúng).
- Thông báo, giải thích cho người bệnh những điều cần thiết.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Thuốc theo chỉ định.
- Cốc đựng nước, đựng thuốc, bình đựng nước.
- Dụng cụ đo lường: cốc chia độ, muổng, ống đếm giọt …
- Phiếu, sổ thuốc.
- Khay hạt đậu.
- Gạc miếng.

4.3. Tiến hành:

- Điều dưỡng đội nón, rửa tay, đeo khẩu trang.
- Xem lại y lệnh và phiếu điều trị thuốc, thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.
- Lấy thuốc:
  - Thuốc viên: dùng nắp chai hoặc cốc để hứng thuốc. Dùng muổng đếm đủ số lượng thuốc cho vào cốc hoặc giấy. Không dùng tay bốc thuốc.
  - Thuốc nước: lấy chai thuốc, xoay nhãn hiệu lên để khỏi ướt khi rót thuốc. Mở nắp chai để ngửa lên mặt bàn. Một tay cầm cốc đưa ngang tầm mắt, đầu ngón tay cái để ngang mức số lượng chỉ định. Đọc lại nhãn thuốc lần hai, rót thuốc, không để chai thuốc chạm vào miệng cốc. Lau miệng chai thuốc, đậy nắp, đọc nhãn thuốc lần cuối.
  - Thuốc giọt: cho ít nước vào cốc, để thẳng, nhỏ đủ số giọt chỉ định.
- Đặt thuốc lên khay, kèm theo mỗi cốc thuốc là một phiếu thuốc, bình nước và cốc nước uống.
- Đẩy xe hoặc mang khay thuốc đến bên giường bệnh.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu (hoặc 5 đúng).

- Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao.
- Đưa thuốc và nước uống cho người bệnh. Nếu là trẻ nhỏ thì bế vào lòng, để đầu hơi cao, dùng thìa nhỏ từ từ vào phía góc hàm. Khi uống xong cần cho thêm ít nước tráng vào cốc cho trẻ uống hết.
- Lau miệng, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết và những dấu hiệu bất thường cần báo ngay cho điều dưỡng như ói, chóng mặt, nhức đầu …
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi phiếu điều dưỡng:
  - Ngày giờ cho uống thuốc.
  - Tên thuốc.
  - Liều dùng.
  - Thời gian dùng.
  - Phản ứng (nếu có).
  - Tên người thực hiện.
- Rửa sạch dụng cụ, trả về chỗ quy định.

KỸ THUẬT NHỎ VÀ RỬA TAI

1. Dụng cụ:

- Thuốc nhỏ theo y lệnh.
- Ống thuốc nhỏ giọt.
- Tấm nylon (nếu rửa tai)
- Bông gòn.
- Khay quả đậu.

2. Quy trình kỹ thuật nhỏ tai:

- Điều dưỡng rửa tay sạch.
- Tay phải cầm ống thuốc nhỏ giọt.
- Tay trái kéo vành tai lên trên và ra sau. Nhỏ đúng số giọt thuốc chỉ định vào thành ống tai.
- Dặn người bệnh giữ đầu ở tư thế đó vài phút.
- Lấy bông gòn nút tai lại để thuốc không chảy ra ngoài.
- Sau đó đỡ người bệnh ngồi dậy.

3. Quy trình kỹ thuật rửa tai:

- Choàng tấm nylon trên vai người bệnh, để đầu nghiêng về phía bên tai rửa, người bệnh cầm khay quả đậu hứng nước bẩn dưới tai.

- Tay phải điều dưỡng cầm ống bơm hút. Tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái kéo vành tai lên trên.
- Bơm thuốc từ từ vào thành ống tai ngoài (tránh bơm quá nhanh làm cho người bệnh chóng mặt, nhứt tai).
- Sau khi rửa xong lấy bông lau khô ống tai và vành tai cho người bệnh.

Lưu ý: người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng bên tai lành.

KỸ THUẬT NHỎ VÀ RỬA MẮT

1. Dụng cụ:

- Thuốc nước, thuốc mỡ theo y lệnh.
- Gạc vô khuẩn.
- Bông hấp thấm nước.
- Khai quả đậu.
- Dung dịch rửa nước mắt:
  - Dung dịch nước muối 0,9%, $NaHCO_3$ 1,4%
  - Thuốc tím pha loãng 0,25%
  - Boric.

2. Quy trình kỹ thuật:

2.1. Nhỏ mắt:

- Điều dưỡng rửa tay sạch.
- Tay trái cầm miếng gạc kéo mi dưới xuống.
- Tay phải cầm ống thuốc nhỏ 2 giọt thuốc vào niêm mạc mi dưới.
- Bảo người bệnh nhắm mắt, lấy bông vô khuẩn thấm phần thuốc tràn ngoài mắt.

2.2. Tra thuốc mỡ:

- Tay trái kéo mi dưới xuống.
- Tay phải cầm ống thuốc bóp lượng thuốc vừa đủ bằng hạt thóc vào niêm mạc mi dưới chờ một chút cho thuốc tan rối thả tay ra.

2.3. Lau rửa nước mắt:

- Dùng bông vô khuẩn thấm vào nước chín để nguội hoặc nước muối sinh lý 0,9%, lau mi dưới từ trong ra ngoài hoặc từ ngoài vào trong. Lấy bông khác lau tiếp mắt thứ 2.
- Rửa mắt người bệnh (nằm đầu nghiêng sang bên rửa).
- Hứng khay quả đậu dưới mắt.
- Dùng ống bơm hút, hút dung dịch bơm rửa mắt 2-3 lần.
- Lấy gạc vô khuẩn lau sạch và bảo người bệnh nhắm mắt lại.

Lưu ý: người bệnh nằm ngửa, hoặc ngồi tựa đầu trên ghế tựa.

KỸ THUẬT NHỎ MŨI

1. Dụng cụ:

- Dung dịch thuốc nhỏ mũi.
- Hoặc tiếp thuốc mỡ.

2. Quy trình kỹ thuật:

- Điều dưỡng rửa tay sạch.
- Tay trái giữ đầu người bệnh.
- Tay phải cầm đầu ống thuốc, nhỏ 2-3 giọt vào thành bên mũi. Sau đó bóp nhẹ cánh mũi cho thuốc ngấm đều.
- Nếu là thuốc mỡ cho vào mũi 1 ít thuốc bằng hạt thóc, bảo người bệnh hít nhẹ từ từ (nếu hít mạnh thuốc sẽ xuống họng).

Lưu ý: người bệnh nằm hoặc ngồi tựa đầu ra sau vào ghế tựa.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC

TT	NỘI DUNG
1.	Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ, người bệnh lần 1, kiểm tra dụng cụ
2.	Rửa tay
A. THUỐC UỐNG	
1.	Kiểm tra thuốc lần 2.
2.	Lấy thuốc: dùng nắp hoặc khay đếm thuốc viên; lắc đều, đo đúng lượng thuốc nước; cho ít nước vào ly để thẳng ống đếm giọt và nhỏ.
3.	Kiểm tra thuốc lần 3, cất lọ thuốc
4.	Đặt thuốc, phiếu thuốc lên khay, mang đến giường bệnh
5.	Báo và giải thích, cho người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi
6.	Đưa thuốc và nước giúp người bệnh uống. Đảm bảo thuốc vào dạ dày
7.	Lau miệng, dặn những điều cần thiết
8.	Thu dọn, ghi phiếu, rửa tay
B. THUỐC NHỎ – THUỐC TRA	
1.	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra thuốc lần 2
B1. ***Nhỏ mắt***	
2.	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa
3.	Kéo nhẹ mi mắt dưới, nhỏ thuốc vào
4.	Bảo người bệnh chớp mắt
5.	Chậm khô nước mắt chay ra
B2. ***Tra mắt***	
2.	Kéo mi mắt dưới, tra thuốc vào mắt
3.	Bảo người bệnh chớp mắt
B3. ***Nhỏ mũi***	
2.	Để người bệnh nằm ngửa, đầu hơi thấp hoặc ngồi ngửa đầu ra sau
3.	Nhỏ thuốcvào từng lỗ mũi
4.	Bảo người bệnh hít nhẹ từ từ
B4. ***Nhỏ tai***	
2.	Để người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng về bên lành
3.	Kéo nhẹ vành tai hướng lên trên và ra sau
4.	Nhỏ thuốc vào lỗ tai

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

2. Dùng thuốc cho người bệnh bằng đường uống có những nhược điểm sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Gây hại men răng
   B. Gây nôn khi uống
   C. Thuốc tác dụng chậm
   D. Gây hại niêm mạc đường tiêu hoá
3. Không dùng thuốc bằng đường uống cho người bệnh trong các trường hợp sau, NGOẠI TRỪ:
   A. Người bệnh hôn mê
   B. Người bệnh nôn liên tục
   C. Người bệnh tâm thần
   D. Người bệnh có rối loạn về nuốt
4. Điều nào sau đây KHÔNG CÓ trong nội dung "5 đúng":
   A. Đúng thuốc.
   B. Đúng số giường, số buồng.
   C. Đúng liều.
   D. Đúng thời gian.
5. Điều nào KHÔNG ĐÚNG khi nhỏ thuốc vào tai người bệnh:
   A. Dùng tay trái kéo vành tai.
   B. Kéo vành tai xuống lên trên.
   C. Nhỏ thuốc nhanh, dứt khoát.
   D. Nhỏ thuốc vào thành ống tai ngoài
6. Khi sử dụng nhiều thuốc, nếu không biết sự tương tác của thuốc thì uống mỗi thuốc cách nhau:
   A. 30 phút
   B. 40 phút
   C. 50 phút
   D. 60 phút

PHỤ GIÚP BÁC SỸ CHỌC DỊCH NÃO TUỶ MÀNG PHỔI - MÀNG BỤNG - MÀNG TIM

CN. Nguyễn Hữu Đức Hưng
BS. Nguyễn Văn Thịnh

MỤC TIÊU

1. ***Nêu được mục đích của từng phương pháp chọc dò.***
2. ***Mô tả kỹ thuật phụ giúp bác sỹ chọc dò đúng qui trình.***
3. ***Nêu các tai biến và cách chăm sóc người bệnh sau khi chọc.***

ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch là thủ thuật dùng kim đưa vào các khoang nhằm hai mục đích chính:

- Chẩn đoán: bằng cách quan sát màu sắc dịch, đ áp lực chảy của dịch hay làm các xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi khuẩn ...
- Điều trị: qua kim chọc dò để bơm rửa các khoang, bơm thuốc theo chỉ định điều trị tại chỗ hay chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép.

Khi hút số lượng ít thì gọi là chọc dò, khi hút số lượng nhiều thì gọi là chọc tháo.

Khi trợ giúp bác sỹ chọc dò cần tuân thủ các nguyên tắc sau:

- Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.
- Vùng chọc phải được sát khuẩn hai lần từ trong ra ngoài rộng 20cm.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, hồ sơ, các xét nghiệm, thuốc và phương tiện phòng chống tai biến.
- Chuẩn bị địa điểm: tiến hành tại phòng thủ thuật có đủ thuốc và phương tiện cấp cứu.
- Giải thích, động viên để người bệnh an tâm, tin tưởng, cùng phối hợp với thầy thuốc.
- Khi tiến hành luôn theo dõi người bệnh để kịp thời phát hiện và xử lý những tai biến.
- Phối hợp nhịp nhàng với thầy thuốc để tiến hành đúng kỹ thuật.
- Sau khi chọc xong vẫn phải theo dõi để xử trí kịp thời những tai biến có thể xảy ra sau khi chọc.

CHỌC DỊCH NÃO TUỶ

Chọc dịch não tuỷ là phương pháp đâm kim vào khoang dưới nhện tương ứng với khoảng giữa gai thắt lưng III và IV hoặc IV và V nhằm lấy dịch não tuỷ.

1. Trường hợp áp dụng:

- Chẩn đoán: đo áp lực, xét nghiệm ...
- Gây tê ống sống để điều trị.
- Các bệnh về não, màng não.

2. Chống chỉ định:

- Tăng áp lực nội sọ.
- Nghi ngờ chèn ép tuỷ.
- Nhiễm trùng tại chỗ.
- Phẫu thuật bướu não, áp xe não …
- Bệnh cột sống nặng.

3. Quy trình kỹ thuật:

3.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích, hướng dẫn, động viên, nhắc người bệnh đi tiểu tiện.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: vùng thắt lưng III-IV hoặc giao điểm của đường nối mào chậu với cột sống.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ:

3.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Hai kim chọc dò dài 5-8cm, đường kính 0.8-1mm.
- Khăn có lỗ, kềm kẹp khăn.
- Lọ đựng dung dịch sát khuẩn.
- Bơm, kim tiêm.
- Găng, gạc, bông gòn.
- Khay chữ nhật, khăn trải khay.
- Kẹp kocher

3.2.2. Dụng cụ sạch:

- Cồn iod, cồn 70^0.
- Thuốc cấp cứu.
- Băng dính, kéo cắt.
- Huyết áp, đồng hồ đếm mạch.
- Khay hạt đậu, tấm nylon.
- Phiếu xét nghiệm.
- Ong nghiệm có dán nhãn.
- Hồ sơ, bệnh án.

3.2.3. Dụng cụ khác:

- Hộp đựng gòn dơ.
- Chậu đựng dung dịch khử khuẩn.

3.3. Tiến hành:

Cần có 2 người phụ: một giữ người bệnh, một chuẩn bị và đưa dụng cụ.

3.3.1. Người phụ thứ nhất:

- Đặt người bệnh ở tư thế theo chỉ định: nằm nghiêng sát mép giường, lưng cong tối đa quay về phía bác sỹ. Kê gối mỏng dưới đầu, kê một gối ở giữa hai chân vùng đầu gối.
- Giữ người bệnh bằng cách một tay đặt ở gáy, một tay đặt ở khoeo. Ơ tư thế kéo vào để lưng người bệnh cong tối đa. Lưu ý cố định tư thế đề phòng người bệnh cử động khi đâm kim.

3.3.2. Người phụ thứ hai:

- Mở khay vô khuẩn, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.
- Bộc lộ vùng chọc.
- Giúp bác sỹ sát khuẩn tay.
- Sát khuẩn vùng chọc theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài đường kính 20cm bằng cồn iod hoặc cồn 70^0.
- Đưa bác sỹ găng tay vô khuẩn, khăn có lỗ, kềm kẹp khăn. Đặt khay hạt đậu ngay dưới vùng chọc.
- Khi bác sỹ gây tê cần động viên người bệnh cố gắng giữ nguyên tư thế.
- Đưa kim để bác sỹ chọc vào ống sống. Theo dõi sắc mặt người bệnh.
- Khi dịch chảy ra giúp người bệnh duỗi thẳng chân và bảo thở đều.
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm, không chạm vào đốc kim, mỗi ống lấy khoảng 2-3ml (nếu xét nghiệm vi khuẩn thì lấy 1ml).
- Theo dõi áp lực dịch:
  - Bình thường: dịch chảy qua kim từng giọt.
  - Áp lực mạnh: chảy nhanh.
- Khi bác sỹ rút kim thì sát khuẩn lại vết chọc, đặt gạc, băng lại.
- Đặt người bệnh nằm sấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp trong 1-2 giờ. Dặn người bệnh không được ngồi dậy, kể cả đi vệ sinh. Khi thấy chóng mặt, đau đầu phải báo ngay.
- Theo dõi toàn trạng người bệnh trong 24 giờ.
- Dán nhãn, gửi mẫu bệnh phẩm.
- Thu dọn dụng cụ: đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa, đặt dụng cụ khác về vị trí cũ.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ làm thủ tục, áp lực dịch, số lượng dịch, loại xét nghiệm, tình trạng người bệnh, tên bác sỹ, tên người phụ.

5. Tai biến:

- Tụt hạnh nhân tiểu não: do dịch chảy nhanh quá hoặc nhiều quá, chèn ép hành não gây ngừng thở, ngừng tim. Đề phòng bằng cách khi lấy dịch não tuỷ phải từ từ và thận trọng.
- Viêm màng não mủ sau chọc dò: do quá trình chọc dụng cụ, tay thủ thuật viên không đảm bảo vô khuẩn.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Tuyệt đối tuân thủ chế độ chăm sóc, theo dõi người bệnh trước , trong và sau khi tiến hành làm 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 cần hướng dẫn người bệnh báo ngay nếu có biểu hiện nôn mửa, mạch chậm, co giật …
- Áp lực dịch não tuỷ bình thường:
  - Tư thế nằm: 120mmH_2O.
  - Tư thế ngồi: 180mmH_2O.
- Theo dõi sự bất thường của dịch:
  - Chỉ có ống đầu màu đỏ: chọc vào mạch máu.
  - Cả ống đều màu đỏ, để trong 24 giờ đầu không có máu cục: chảy máu màng não.

CHỌC DỊCH MÀNG PHỔI

Chọc dò màng phổi là đưa kim vào khoang màng phổi để lấy dịch xét nghiệm hoặc tháo dịch điều trị, bơm rửa màng phổi.

1. Trường hợp áp dụng:

- Tràn dịch màng phổi.
- Tràn máu màng phổi.
- Tràn mủ màng phổi.

2. Quy trình kỹ thuật:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích, hướng dẫn, động viên
- Nhắc người bệnh đi tiểu tiện.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Vệ sinh vùng chọc bằng xà phòng và nước ấm:
  - Chọc hút khí: khoang liên sườn 1-2, đường giữa xương đòn.
  - Chọc hút dịch: liên sườn 8-9, bờ trên xương sườn dưới, đường nách sau.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Hai kim chọc dò dài 5-8cm, đường kính 1-2mm.
- Khăn có lỗ, kềm kẹp khăn.
- Lọ đựng dung dịch sát khuẩn.
- Bơm, kim tiêm 5-20-50ml, có thể dùng bơm tiêm 3 đường.
- Đoạn cao su có khóa điều chỉnh chữ T để nối ambu của bơm tiêm với đốc kim chọc dò khi có chỉ định chọc tháo dịch.
- Găng, gạc, bông gòn.
- Khay chữ nhật, khăn trải khay.
- Kẹp kocher

2.2.2. Dụng cụ sạch:

- Cồn iod, cồn 70^0.
- Thuốc gây tê: novocain, xylocain 1-2%, thuốccấp cứu.
- Băng dính, kéo cắt.
- Ong nghiệm có dán nhãn.

2.2.3. Dụng cụ khác:

- Khay hạt đậu hoặc hộp đựng gòn dơ.
- Tấm nylon.
- Cốc có chia vạch.
- Chậu đựng dung dịch khử khuẩn.
- Huyết áp, ống nghe.
- Hô sơ, phiếu theo dõi.

2.3. Tiến hành:

- Đặt người bệnh ở tư thế theo chỉ định:
  - Nằm: nằm thẳng, đầu cao, nghiêng bên lành, cánh tay bên chọc đưa cao lên đầu.
  - Tư thế ngồi: ngồi ter6n ghế tựa, mặt quay phía quai ghế, hai chân dang hai bên, hai tay khoanh phía trước, đặt lên vai ghế, tỳ ngựcvào vai ghế có đệm gối mỏng.
- Bộc lộ vùng chọc.
- Mổ khăn vô khuẩn, cho cồn và gòn vào chén chung.
- Giúp bác sỹ sát khuẩn tay.
- Sát khuẩn vùng chọc theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài đường kính 20cm bằng cồn iod hoặc cồn 70^0.

- Đưa bác sỹ găng tay vô khuẩn, khăn có lỗ, kềm kẹp khăn.
- Chuẩn bị thuốc gây tê, giúp bác sỹ lấy thuốc tê.
- Khi bác sỹ gây tê cần động viên người bệnh cố gắng giữ nguyên tư thế, cố gắng không ho mạnh.
- Đưa kim để bác sỹ chọc. Theo dõi sắc mặt người bệnh.
- Khi kim vào đúng vị trí đưa ống dẫn lưu có khóa chữ T để bác sỹ lắp vào đốc kim.
- Khi dịch chảy ra hứng dịch vào ống nghiệm, không chạm vào đốc kim.
- Phối hợp với bác sỹ đóng, mở khóa khi tháo, lắp bơm tiêm hút dịch, điều chỉnh tốc độ chảy theo y lệnh.
- Khi bác sỹ rút kim thì sát khuẩn lại vết chọc, đặt gạc, băng vết chọc bằng băng dính.
- Đặt người bệnh nằm tư thế fowler, nghiêng bên lành sau khi chọc.
- Tiếp tục theo dõi và dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường, tránh đi lại, vận động trong vài giờ sau khi chọc.
- Kiểm tra lãi mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Dán nhãn, gửi mẫu bệnh phẩm.
- Thu dọn dụng cụ: đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa, đặt các dụng cụ khác về vị trí cũ.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ làm thủ tục, áp lực dịch, số lượng dịch, loại xét nghiệm, tình trạng người bệnh, tên bác sỹ, tên người phụ.

3. Tai biến:

3.1. Ngất:

- Do sợ hãi, do sự thay đổi áp lực đột ngột trong màng phổi …
- Xử trí: làm thông đường thở, nằm đầu thấp, hồi sinh hô hấp, tuần hoàn (nếu cần).

3.2. Tràn khí màng phổi:

- Do không đảm bảo hệ thống kim, dâu nối kín nên khí từ ngoài lọt vào khoang màng phổi.
- Biểu hiện: ho, khó thở, rũ rượi ...
- Xử trí: động viên, an ủi, thực hiện theo y lệnh bác sỹ.

3.3. Phù phổi cấp:

- Do hút quá nhiều, quá nhanh làm thay đổi áp lực đột ngột khoang màng phổi.
- Xử trí: cho người bệnh nằm tư thế fowler, chuẩn bị cấp cứu theo y lệnh.

3.4. Mủ màng phổi:

- Do dụng cụ không vô khuẩn hoặc do khi làm thủ thuật các thao tác không đảm bảo vô khuẩn.
- Xử trí: động viên, an ủi, thực hiện theo y lệnh bác sỹ.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Tiếp tục theo dõi và chăm sóc sau khi chọc dò. Phát hiện và báo cáo kịp thời những dấu hiệu bất thường xảy ra sau khi tiến hành thủ thuật như khó thở, ho ra máu, tức ngực …
- Nếu có dẫn lưu: bình chứa to và hút dịch phải là áp lực âm để không khí không tràn vào khoang màng phổi. Hệ thống dẫn lưu và dây câu nối phải kín và đảm bảo nguyên tắc vô trùng.

CHỌC DỊCH MÀNG BỤNG

Chọc dịch màng bụng là thủ thuật đâm kim vào khoang màng bụng để hút dịch nhằm xác định chẩn đoán hay tháo dịch để điều trị.

Chọc dịch màng bụng được áp dụng cho tất cả các trường hợp cổ chướng để:

- Xác định cổ trướng: trong trướng hợp cổ trướng có ít dịch, biểu hiện lâm sàng còn nghèo nàn, kín đáo.
- Chẩn đoán nguyên nhân của dịch cổ trướng.
- Chọc tháo bớt dịch: khi cổ trướng quá căng có nhiều dịch, để làm người bệnh dễ thở và thầy thuốc khám bụng người bệnh được dể dàng.
- Bơm thuốc vào khoang màng bụng trong các trường hợp cần điều trị.

Không được chọc dịch màng bụng trong trường hợp vàng da nặng, đe dọa gây hôn mê gan.

1. Quy trình kỹ thuật:

1.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích, hướng dẫn, động viên
- Nhắc người bệnh đi tiểu tiện.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Vệ sinh vùng chọc bằng xà phòng và nước ấm:

1.2. Chuẩn bị dụng cụ:

1.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Kim chọc dò dài 5-8cm, đường kính 1mm.
- Kim chọc tháo dài 5-8cm, đường kính 1.5-2mm.
- Đoạn cao su hoặc ống thông nhựa có đầu nối với đốc kim, có khóa điều chỉnh tốc độ.
- Khăn có lỗ, kềm kẹp khăn.
- Lọ đựng dung dịch sát khuẩn.
- Bơm, kim tiêm 5-20-50ml, có thể dùng bơm tiêm 3 đường.

- Móc bấm hoặc kim khâu.
- Găng, gạc, bông gòn.
- Khay chữ nhật, khăn trải khay.
- Kẹp kocher

1.2.2. Dụng cụ sạch và thuốc:

- Cồn iod, cồn 70^0.
- Thuốc gây tê: novocain, xylocain 1-2%, thuốc cấp cứu.
- Băng dính, kéo cắt.
- Ong nghiệm có dán nhãn.
- Huyết áp, ống nghe.

1.2.3. Dụng cụ khác:

- Khay hạt đậu hoặc hộp đựng gòn dơ.
- Tấm nylon.
- Cốc có chia vạch để làm phản ứng rivalta.
- Chậu đựng dung dịch khử khuẩn.
- Lọ chứa dịch.
- Hô sơ, phiếu theo dõi.

1.3. Tiến hành:

- Đặt người bệnh ở tư thế theo chỉ định:
  - Tư thế nằm: nằm ngửa, bên chọc sát mép giường.
  - Tư thế nửa nằm nửa ngồi.
  - Tư thế ngồi: ngồi trên ghế tựa, đặt chân lên ghế con.
- Lót tấm nylon dưới lưng hoặc mông người bệnh.
- Bộc lộ và xác định vùng chọc: 1/3 ngoài, điểm nối từ gai chậu trước trên đến rốn. Thường chọc bên trái.
- Mổ khăn vô khuẩn, cho cồn và gòn vào chén chung.
- Giúp bác sỹ sát khuẩn tay.
- Sát khuẩn vùng chọc theo hình xoáy ốc hai lần bằng cồn iod hoặc cồn 70^0.
- Đưa bác sỹ găng tay vô khuẩn, khăn có lỗ, kềm kẹp khăn.
- Chuẩn bị thuốc gây tê, giúp bác sỹ lấy thuốc tê.
- Khi bác sỹ gây tê cần động viên người bệnh cố gắng giữ nguyên tư thế.
- Đưa kim để bác sỹ chọc. Theo dõi sắc mặt người bệnh.
- Khi dịch chảy ra hứng dịch vào ống nghiệm, không chạm vào đốc kim. Nếu chọc tháo thì lắp dây câu vào lọ đựng dịch tháo.
- Khi bác sỹ rút kim thì sát khuẩn vết chọc, đặt gạc, băng vết chọc bằng băng dính.

- Giúp người bệnh nằm nghiêng về bên lành.
- Tiếp tục theo dõi và dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường, nếu thấy khó chịu, đau bụng nhiều, bụng trướng … phải báo ngay.
- Kiểm tra lại mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Dán nhãn, gửi mẫu bệnh phẩm.
- Thu dọn dụng cụ: đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa, đặt các dụng cụ khác về vị trí cũ.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ làm thủ tục, áp lực dịch, số lượng dịch, loại xét nghiệm, tình trạng người bệnh, tên bác sỹ, tên người phụ.

2. Tai biến:

- Ngất: do sợ hãi, do sự thay đổi áp lực đột ngột trong ổ bụng. Đặt người bệnh nằm đầu thấp, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, hà hơi thổi ngạt, tiêm thuốc trợ tim.
- Quai ruột bít kín đầu kim.
- Chọc vào ruột.
- Chọc vào mạch máu.
- Xuất huyết trong ổ bụng.
- Nhiễm khuẩn thứ phát sau chọc.

3. Những điểm cần lưu ý:

- Tiếp tục theo dõi và chăm sóc sau khi chọc.
- Phát hiện và báo cáo kịp thời những dấu hiệu bất thường xảy ra sau khi tiến hành thủ thuật như bụng chướng, đau bụng …
- Báo với bác sỹ nếu dịch chảy ra khác với lúc đầu.
- Nếu chọc bằng kim to thì phải theo dõi dấu hiệu xuất huyết ổ bụng.

CHỌC DỊCH MÀNG TIM

Chọc hút dịch màng tim là thủ thuật dùng kim đưa vào khoang màng tim để:

- Lấy dịch xét nghiệm đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân.
- Tháo dịch trong một số trường hợp tràn máu, tràn mủ ở màng ngoài tim ... để điều trị triệu chứng chèn ép tim.
- Rửa màng tim bằng dung dịch thuốc để điều trị tại chỗ trong một số trường hợp bệnh lý.

1. Quy trình kỹ thuật:

1.1. Chuẩn bị: tương tự chọc dịch màng bụng, màng phổi.

1.2. Tiến hành:

- Đặt người bệnh tư thế thoải mái, lưng kê gối, đầu cao, nâng đầu giường lên khoảng 60^0.

- Cởi cúc áo, vén vạt áo sang hai bên. Bôc lộ vị trí chọc: liên sườn V trên đường trung đòn trái hoặc đường Marfan (dưới mũi ức).
- Mổ khăn vô khuẩn, cho cồn và gòn vào chén chung.
- Giúp bác sỹ sát khuẩn tay.
- Sát khuẩn vùng chọc theo hình xoáy ốc hai lần bằng cồn iod hoặc cồn 70^0.
- Đưa bác sỹ găng tay vô khuẩn, khăn có lỗ, kềm kẹp khăn.
- Chuẩn bị thuốc gây tê, giúp bác sỹ lấy thuốc tê.
- Đưa kim để bác sỹ chọc, dặn người bệnh không được ho khi bác sỹ đâm kim. Giữ người bệnh, theo dõi sắc mặt người bệnh, theo dõi điện tâm đồ,
- Khi dịch chảy ra hứng dịch vào ống nghiệm, không chạm vào đốc kim. Nếu chọc tháo thì lắp dây câu vào lọ đựng dịch tháo.
- Khi bác sỹ rút kim thì sát khuẩn lại vết chọc, đặt gạc, băng vết chọc.
- Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn nghỉ ngơi tại giường, nếu thấy khó chịu, tức ngực, khó thở, hồi hộp … phải báo ngay.
- Kiểm tra lại mạch, huyết áp, nhịp thở: mỗi 30 phút trong 2 giờ đầu, mỗi 3 giờ trong 24 giờ tiếp theo.
- Dán nhãn, gửi mẫu bệnh phẩm.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

2. Tai biến:

- Ngất: do phản xạ, tâm lý. Biểu hiện: mạch nhanh, nhẹ, khó bắt, người bệnh ngất xỉu. Cho nằm tại chỗ, thở oxy, ủ ấm, thuốc vận mạch để nâng huyết áp nếu huyết áp tụt ...
- Chảy máu: do chọc vào mạch máu hoặc chọc sâu vào cơ tim.
- Nhiễm khuẩn: do dụng cụ, thao tác không đảm bảo vô khuẩn. Xuất hiện 2 đến 3 ngày sau chọc người bệnh sốt, tăng bạch cầu.
- Ngưng tim.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn trả lời hợp lý nhất:

1. Nằm nghiêng, sát mép giường, lưng cong tối đa là tư thế của chọc dò:
   A. Màng phổi.
   B. Màng bụng.
   C. Màng tim.
   D. Tuỷ sống.
2. Tư thế người bệnh chọc dò màng phổi:
   A. Nằm đầu thấp, nghiên bên lành.
   B. Nằm đầu cao, nghiêng bên lành.
   C. Ngồi trên ghế, mặt quay về trước.
   D. Ngồi trên ghế, hai chân chụm.
3. Đây là những tư thế người bệnh chọc dịch màng bụng, NGOẠI TRỪ:
   A. Nằm ngửa, bên chọc sát mép giường
   B. Nửa nằm, nửa ngồi.
   C. Nằm nghiêng, đầu thấp.
   D. Ngồi trên ghế, đặt chân lên ghế con
4. Đây là những vị trí chọc dò màng tim, NGOẠI TRỪ:
   A. Liên sườn V.
   B. Đường trung đòn phải.
   C. Dưới mũi ức.
   D. Đường Marfan.
5. Vị trí chọc hút khí màng phổi:
   A. Liên sườn 1-2.
   B. Liên sườn 3-4.
   C. Liên sườn 5-6.
   D. Liên sườn 7-8.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Điều dưỡng cơ bản*. Nhà xuất bản Y học. 1996
2. *Thực hành bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học.
3. *Hướng dẫn chống nhiễm khuẩn bệnh viện*. Bộ Y tế. 2003.
4. *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh*. Bộ Y tế. Nhà xuất bản Y học. 2003
5. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện*. Bộ Y tế. Nhà xuất bản Y học. 2001.
6. *Mẫu hồ sơ bệnh án dùng trong bệnh viện*. Bộ Y tế. 2002.
7. *Clinical nursing skills and techniques* (MOSBY). 1998.
8. *Giáo trình Kỹ thuật điều dưỡng*. Bộ Y tế-Vụ khoa học và Đào tạo. Nhà xuất bản Y học. Hà nội. 2005.
9. *Bảng kiểm*. Bộ môn Điều dưỡng- Khoa Điều dưỡng-Kỹ thuật y học-Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.