

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

**MÔN HỌC: ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN
CẤP CỨU BAN ĐẦU**

**NGÀNH: XÉT NGHIỆM
TRÌNH ĐỘ: TRUNG CẤP**

Bạc Liêu, năm 2022

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN CẤP CỨU BAN ĐẦU

**NGÀNH: XÉT NGHIỆM
TRÌNH ĐỘ: TRUNG CẤP**

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 409A/QĐ-CDYT ngày 30 tháng 10 năm 2022
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu*

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Điều dưỡng cơ bản – Cấp cứu ban đầu* được biên soạn theo chương trình giáo dục Trung cấp Xét nghiệm của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Điều dưỡng tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Điều dưỡng cơ bản – Cấp cứu ban đầu cho học sinh trung cấp Xét nghiệm; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Xét nghiệm tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho học sinh và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Điều dưỡng nói chung và Điều dưỡng cơ bản – Cấp cứu ban đầu nói riêng.

Giáo trình Điều dưỡng cơ bản – Cấp cứu ban đầu đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực Điều dưỡng và Cấp cứu ban đầu, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho học viên trình độ cao đẳng.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn học viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, Ngày 30 tháng 9 năm 2022

NHÓM BIÊN SOẠN

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Võ Minh Đồi

Tổ biên soạn:

1. Trần Văn Bắc
2. Lâm Thị Kim Anh
3. Nguyễn Thị Lan Phương
4. Trịnh Thị Kiều Diễm
5. Ngô Kiều Lól
6. Võ Minh Đồi

MỤC LỤC

Bài 1: GIỚI THIỆU CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN VÀ CẤP CỨU BAN ĐẦU.....	1
Bài 2: ĐÓN TIẾP NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN – RA VIỆN.....	11
Bài 3: VÔ KHUẨN – TIỆT KHUẨN.....	17
(VÔ KHUẨN VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN).....	17
Bài 4: SƠ CỨU VẾT THƯƠNG KỸ THUẬT ĐẶT GARO CÀM MÁU	31
Bài 5: CẤP CỨU SỐC	43
Bài 6: CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH NGỪNG HÔ HẤP – TUẦN HOÀN.....	46
Bài 7: MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP.....	51
CẤP CỨU TAI NẠN BÔNG, ĐIỆN GIẬT, CHẾT ĐUỐI, SAY NÓNG, SAY NẮNG	51
Bài 8: KỸ THUẬT TIÊM CÁC LOẠI	54
Bài 9: DẤU HIỆU SINH TỒN	17
Bài 10: CỐ ĐỊNH TẠM THỜI CÁC LOẠI GÃY XƯƠNG	26
Bài 11: CÁC PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN BỆNH NHÂN	38
Bài 12: KỸ THUẬT BĂNG CÁC LOẠI.....	49
Tài liệu tham khảo.....	60

Tên môn học: ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN – CẤP CỨU BAN ĐẦU

Mã môn học : XN.C.04

Thời gian thực hiện môn học: 45 giờ (Lý thuyết: 14 giờ; Thực hành, thí nghiệm, thảo luận, bài tập: 29 giờ; Kiểm tra: 02 giờ)

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** Môn học Điều dưỡng cơ bản – cấp cứu ban đầu được bố trí sau khi học sinh học xong các môn học Giải phẫu sinh lý, Dược lý.

- **Tính chất:** Môn học Điều dưỡng cơ bản – cấp cứu ban đầu này giới thiệu cho học sinh biết kiến thức cơ bản về các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và áp dụng cho thực hành nghề sau này. Nội dung môn học này gồm những nguyên tắc cơ bản và các quy trình kỹ thuật cơ bản chăm sóc người bệnh; nội dung chế độ vô khuẩn, các thao tác khi chăm sóc người bệnh, các nội dung hướng dẫn người bệnh và cộng đồng tự chăm sóc sức khỏe. Sau khi học xong môn học này, người học có thể lập được kế hoạch và thực hiện được một số kỹ thuật chăm sóc người bệnh.

II. Mục tiêu môn học:

- Về kiến thức:

- + Trình bày được tầm quan trọng của Ngành điều dưỡng trong y học.
- + Trình bày chỉ định, chống chỉ định của các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và cấp cứu ban đầu.
- + Các nguyên tắc tiến hành của các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và cấp cứu ban đầu.
- + Trình bày được các biến chứng của các kỹ thuật điều dưỡng – cấp cứu ban đầu.

- Về kỹ năng:

- + Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ trong khi tiến hành các kỹ thuật điều dưỡng – cấp cứu ban đầu. thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và cấp cứu ban đầu theo đúng quy trình.
- + Thực hành được các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và cấp cứu ban đầu theo đúng quy trình.

- **Về Năng lực tự chủ và trách nhiệm:** Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

III. Nội dung môn học:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TH	Kiểm tra
1	Giới thiệu công tác điều dưỡng cơ bản và cấp cứu ban đầu	1	1	0	
2	Đón tiếp bệnh nhân vào viện – ra viện				
3	Vô khuẩn – tiệt khuẩn	5	1	4	
4	Sơ cứu vết thương, kỹ thuật đặt garo cầm máu	3	1	2	
5	Cấp cứu sốc	2	1	1	
6	Cấp cứu người bệnh ngưng hô hấp – tuần hoàn	5	2	2	
7	Một số cấp cứu thường gặp (Cấp cứu tai nạn bỏng, chết đuối, điện giật, say nóng – say nắng)			1	
8	Kỹ thuật tiêm các loại	12	3	8	1
9	Dấu hiệu sinh tồn	6	2	4	
10	Cổ định tạm thời các loại gãy xương	6	2	4	
11	Các phương pháp vận chuyển bệnh nhân				
12	Kỹ thuật băng các loại	5	1	3	1
Cộng		45	14	29	2

Bài 1: GIỚI THIỆU CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN VÀ CẤP CỨU BAN ĐẦU

Bài 1.1: SƠ LƯỢC LỊCH SỬ NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày sơ lược lịch sử ngành Điều dưỡng thế giới.
- 1.2. Trình bày sơ lược lịch sử ngành Điều dưỡng Việt Nam.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Nhận xét về sự hình thành của Điều dưỡng Việt Nam.
- 2.2. Điều dưỡng phải làm gì để giúp ngành Điều dưỡng Việt Nam.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Sơ lược lịch sử điều dưỡng thế giới.

1.1. Công cuộc chăm sóc giản đơn của những bà mẹ nguyên thủy

- Công việc chăm sóc, nuôi dưỡng bắt nguồn từ những bà mẹ đầu tiên làm nhiệm vụ chăm sóc và bảo vệ đứa con mới lọt lòng.

- Qua nhiều thế hệ với chức năng bảo vệ và duy trì nòi giống, bà mẹ đã thành công trong nhiệm vụ chăm sóc con cái và truyền thụ những kinh nghiệm đó cho những người xung quanh. Đây là bước đầu của những phương pháp chăm sóc đơn giản.

1.2. Việc chăm sóc trước kỷ nguyên Thiên Chúa

- Thuốc men và phương pháp chữa bệnh còn thô sơ, chưa thể giải quyết được mọi bệnh tật, nên con người tin đau bệnh là do ma quỷ hay thần thánh trừng phạt.

- Việc chữa bệnh được kết hợp với sự cầu xin thần thánh, ma quỷ thứ lỗi và được các pháp sư làm thầy chữa bệnh.

- Trên cơ sở đó, dần dần đền chùa được dựng lên để thờ phụng thần thánh. Mỗi pháp sư có một tổm nam nữ phụ giúp trong việc chăm sóc, từ đó hình thành mối liên kết Y khoa – Điều dưỡng – Tôn giáo.

1.3. Việc chăm sóc từ thế kỷ thứ nhất về sau

- **Năm 60:** Tại Hy Lạp có bà Phoebe đến từng nhà chăm sóc bệnh nhân, được suy tôn là người Điều dưỡng tại gia đầu tiên trên thế giới.

- **Thế kỷ thứ IV:** Tại La Mã có bà Fabiola tự nguyện biến căn nhà sang trọng của bà thành bệnh viện viện và đón những người nghèo khổ đau ốm về để tự tay bà chăm sóc nuôi dưỡng.

- **Thời kỳ từ 476 – 1096:** Đế quốc La Mã sụp đổ, người dân mất hẳn niềm tin nơi chính quyền phong kiến, từ đó con người tìm đến nơi từ thiện tại gia hay các tu viện làm việc thiện và chăm sóc người nghèo đói bệnh tật.

- **Đến thế kỷ thứ IX:** Các tu viện được biến thành trung tâm giáo dục, nơi đỡ đầu của ngành Y khoa và Điều dưỡng. Giai đoạn này ngành Điều dưỡng được coi trọng.

- **Đến thế kỷ XVI:** Chế độ nhà tù ở Anh và Châu Âu bị bãi bỏ. Các tổ chức tôn giáo bị giải tán, dẫn đến sự thiếu hụt trầm trọng người chăm sóc bệnh nhân. Những người phụ nữ bị

giam giữ được tuyển chọn làm điều dưỡng, thay vì phải thực hiện án tù. Bối cảnh này tạo ra những quan niệm và thái độ xấu của xã hội đối với Điều dưỡng.

- Qua thế kỷ XIX

+ Bà Florence Nightingale (1820 – 1910), sinh tại Ý đã đưa ngành Điều dưỡng trong bóng tối ra ánh sáng. Bà được xem là người đầu tiên đặt nền tảng cho ngành Điều dưỡng tiên tiến, làm cho cả thế giới thay đổi quan niệm sai lầm về ngành Điều dưỡng.

+ Năm 1860, bà đã sử dụng ngân sách do bà quyên góp để mở một trường Điều dưỡng đầu tiên tại bệnh viện Saint Thomas ở Luân Đôn.

+ Để tưởng nhớ công lao của bà và khẳng định quyết tâm tiếp tục sự nghiệp mà Florence đã dày công xây dựng. Hội Điều dưỡng thế giới đã quyết định lấy ngày 12 tháng 05 hàng năm là ngày sinh của Florence Nightingale là ngày Điều dưỡng Thế giới.

+ Năm 1899: Hội Điều dưỡng Quốc tế được thành lập ở Luân Đôn. Một trong những hoạt động của hội là khuyến khích các hội Điều dưỡng các nước nghiên cứu các khía cạnh đặc biệt về chăm sóc người bệnh và biên soạn tài liệu cho nghiệp vụ này.

- **Thế kỷ XX:** Ngành điều dưỡng phát triển mạnh ở những nước Châu Âu, Châu Mỹ. Ngày nay, nhiều nước phát triển đã nâng ngành Điều dưỡng lên trình độ đại học và sau đại học.

2. Sơ lược lịch sử Điều dưỡng Việt Nam.

- Cũng như các nơi trên thế giới, từ thời xa xưa các bà mẹ Việt Nam đã chăm sóc, nuôi dưỡng con cái và gia đình mình. Bên cạnh những kinh nghiệm chăm sóc gia đình, các bà mẹ được truyền lại các kinh nghiệm dân gian của các lương y trong việc chăm sóc người bệnh. Lịch sử y học của dân tộc ghi rõ phương pháp dưỡng sinh, đã được áp dụng trong việc điều trị và chăm sóc người bệnh. Hai danh y nổi tiếng thời xưa của dân tộc ta là Hải Thượng Lãn Ông (Lê Hữu Trác) và Tuệ Tĩnh đã sử dụng phép dưỡng sinh để trị bệnh rất có hiệu quả.

- Thời kỳ pháp thuộc, trước năm 1900, họ đã ban hành chế độ học việc cho những người muốn làm việc ở bệnh viện. Việc đào tạo không chính quy mà chỉ là chỉ việc cầm tay. Họ là những người giúp việc thạo kỹ thuật, vững tay nghề và chỉ phụ việc bác sĩ mà thôi.

+ Năm 1901, mở lớp nam y tá đầu tiên tại bệnh viện Chợ Quán nơi điều trị bệnh tâm thần và phong. Ngày 20-12-1906, toàn quyền Đông Dương ban hành nghị định thành lập ngạch nhân viên điều dưỡng bản xứ. Năm 1910, lớp học dời về bệnh viện Chợ Rẫy để đào tạo y tá đa khoa. Ngày 1-12-1912, công sứ nam kỳ ra nghị định mở lớp nhưng mãi đến ngày 18-6-1923 mới có nghị định mở trường Điều dưỡng bản xứ. Do chính sách của thực dân Pháp không tôn trọng người bản xứ và coi y tá chỉ là người giúp việc, về lương bổng chỉ xếp ở ngạch hạ đẳng. Năm 1937, Hội chủ thập đò Pháp tuyển sinh lớp nữ y tá đầu tiên ở Việt Nam. Lớp học tại 38 Nguyễn Tú Xương (Hiện là Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh quay ra số 59 Nguyễn Thị Minh Khai). Người nữ học viên còn lại duy nhất là cô Ngô Thị Hai, hiện vẫn cố vấn cho bệnh viện Nguyễn Tri Phương (thành phố Hồ Chí Minh).

+ Năm 1924, Hội y tá ái hữu và nữ hộ sinh Đông Dương thành lập, người sáng lập ra là cụ Lâm Quang Thiện nguyên giám đốc bệnh viện Chợ Quán. Chánh hội trưởng là ông Nguyễn Văn Mẫn. Hội đã đấu tranh với chính quyền thực dân Pháp yêu cầu đối xử công bằng với y tá bản xứ, chấp thuận cho y tá được thi chuyển ngạch trung đẳng, nhưng không được tăng lương mà chỉ được hưởng phụ cấp đắt đỏ.

- Sau cách mạng tháng 8 năm 1945, nhà nước Việt Nam Dân Chủ Cộng Hòa vừa mới thành lập đã phải bước ngay vào cuộc kháng chiến chống thực dân Pháp. Ngành y tế non trẻ mới ra đời, với việc chục Bác sĩ và vài trăm y tá được đào tạo thời Pháp thuộc. Lớp y tá đầu tiên được đào tạo 6 tháng do GS Đỗ Xuân Hợp làm hiệu trưởng được tổ chức tại quân khu X (Việt Bắc). Những y tá vào học lớp này được tuyển chọn tương đối kỹ lưỡng. Sau đó liên khu III cũng mở lớp đào tạo y tá. Năm 1950, ta mở nhiều chiến dịch. Nhu cầu chăm sóc thương bệnh binh tăng mạnh. Việc đào tạo y tá cấp tốc (3 tháng là phổ biến) đã cung cấp nhiều y tá cho kháng chiến. Để đáp ứng công tác quản lý chăm sóc và phục vụ người bệnh, trong những năm 1950, cục quân y cũng đã mở một số lớp đào tạo y tá trưởng, nhưng chương trình chưa được hoàn thiện. Mặt khác, kháng chiến rất gian khổ, ta có ít máy móc y tế, thuốc men cũng rất hạn chế, nên việc điều trị cho bệnh nhân chủ yếu dựa vào chăm sóc và chính nhờ điều dưỡng mà nhiều thương binh bị chấn thương, cắt cục chi, vết thương chiến tranh, sốt rét ác tính... đã qua khỏi.

- Năm 1954, cuộc kháng chiến chống Pháp thắng lợi. Đất nước ta bị chia làm 2 miền. Miền Bắc bắt tay vào xây dựng chủ nghĩa xã hội, miền Nam tiếp tục chịu sự xâm lược của Đế quốc Mỹ.

+ Ở miền Nam: Năm 1956 có trường điều dưỡng riêng đào tạo điều dưỡng 3 năm. Cô Lâm Thị Hạ, là nữ giám học đầu tiên. Năm 1963, cô đề xuất mở lớp đào tạo điều dưỡng đại học nhưng không được chấp thuận. Năm 1968 do thiếu điều dưỡng trầm trọng nên đã mở thêm ngạch điều dưỡng sơ học 12 tháng chính quy tại các trường điều dưỡng. Từ những năm 60 đã có điều dưỡng viên tại Bộ y tế và năm 1970, Hội điều dưỡng Việt Nam được thành lập. Cô Lâm Thị Hai là chánh sự vụ Sở điều dưỡng đầu tiên kim chủ tịch hội. Hàng tháng hội xuất bản nội san điều dưỡng. Năm 1973 mở lớp điều dưỡng y tế cộng đồng 3 năm, tại Viện quốc gia y tế công cộng.

+ Ở miền Bắc: năm 1954, Bộ y tế đã xây dựng chương trình đào tạo y tế sơ cấp hoàn chỉnh để bổ túc cho số y tá học cấp tốc trong chiến tranh. Năm 1968, Bộ y tế xây dựng tiếp chương trình đào tạo y tá trung cấp, lấy học sinh tốt nghiệp lớp 7 phổ thông cơ sở đào tạo y tá 2 năm 6 tháng. Khóa đầu tiên mở lớp y tá cạnh bệnh viện Bạch Mai và sau đó đưa vào các trường trung học cần trình độ văn hóa cao hơn, học sinh được tuyển chọn bắt buộc phải tốt nghiệp trung học phổ thông hay bổ túc văn hóa và chương trình đào tạo cũng hoàn thiện hơn.

Việc đào tạo điều dưỡng cũng đã được quan tâm. Ngay từ năm 1960, một số bệnh viện và trường trung học y tế trung ương đã mở lớp đào tạo y tá trưởng như lớp trung học y tế bệnh viện Bạch Mai. Tuy nhiên chương trình và tài liệu giảng dạy chưa được hoàn thiện. Ngày 21 tháng 11 năm 1963, Bộ trưởng Bộ y tế ra quyết định về chức vụ y tá trưởng ở các cơ sở điều trị: bệnh viện, viện điều dưỡng, trại phong, bệnh xá từ 30 giường trở lên. Ngày 27 tháng 11 năm 1979, Bộ y tế ra công văn số 4839 về chế độ phụ cấp trách nhiệm đối với y tá trưởng khoa và bệnh viện.

- Năm 1975, kháng chiến chống Mỹ thắng lợi, đất nước được thống nhất, Bộ y tế đã thống nhất chỉ đạo công tác chăm sóc và điều trị bệnh nhân ở cả 2 miền. Từ đó, nghề điều dưỡng bắt đầu có tiếng nói chung giữa 2 miền Nam - Bắc.

Có một điều cần ghi nhớ là trong hơn 40 năm (từ 1948 – 1989) phòng y vụ bệnh viện đã chỉ đạo công tác điều trị và điều dưỡng nên:

+ Kỹ thuật chăm sóc còn nhiều lúng túng

- + Các chính sách Điều dưỡng chưa được quan tâm đúng mức
- + Một số đơn vị đã tự động cho điều dưỡng viên giỏi chuyển ngạch để học chuyên tu bác sĩ. Mỗi tỉnh có trường trung học y tế riêng tự do tạo cán bộ điều dưỡng, nhưng vì thiếu phương tiện đào tạo và cũng do quan niệm điều trị bao trùm, không đánh giá đúng tầm quan trọng của công tác điều dưỡng nên đã đặt nặng phần bệnh lý, xem nhẹ phần kỹ thuật chăm sóc.
- Năm 1982 Bộ y tế ban hành chức danh y tá trưởng bệnh viện và y tá trưởng khoa.
- Năm 1985, một số bệnh viện đã xây dựng phòng điều dưỡng, tổ điều dưỡng tách ra khỏi phòng y vụ.
- Ngày 14 tháng 7 năm 1990, Bộ y tế ban hành quyết định số 570/ BYT – QĐ thành lập phòng điều dưỡng trong các bệnh viện có trên 150 giường bệnh. Ngày 14 tháng 3 năm 1992 Bộ trưởng Bộ y tế ra quyết định 356/ BYT – QĐ thành lập phòng y tá của Bộ đặt trong Vụ quản lý sức khỏe (Vụ điều trị).
- Ngày 10 tháng 6 năm 1993, Bộ y tế ra quyết định số 526/ BYT – QĐ quy định về chế độ trách nhiệm của y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện. Cùng ngày đó, Vụ quản lý sức khỏe (nay là vụ điều trị) ra công văn số 3722 về việc triển khai thực hiện quy định trên.
- Về đào tạo, năm 1985, Bộ y tế được Bộ Đại học và THCN đồng ý, đã tổ chức khóa đào tạo đại học Điều dưỡng đầu tiên tại trường Đại học y khoa H Nội, Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (năm 1986). Đây là mốc lịch sử quan trọng trong lĩnh vực đào tạo điều dưỡng ở nước ta. Tổ chức y tế thế giới rất hoan nghênh chủ trương này, vì từ đây Bộ y tế đã xác định được hướng đi của ngành Điều dưỡng, coi đây là ngành nghề riêng biệt, chứ không suy nghĩ như trước đây cho y tá giỏi học chuyên tu thành bác sĩ. Năm 1994 Bộ giáo dục – đào tạo và Bộ y tế lại tiếp tục cho phép đào tạo cử nhân Điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên y học khóa III tại Trường trung học kỹ thuật y tế Trung Ương III và Trường cao đẳng y tế Nam Định và dự kiến đào tạo cử nhân Điều dưỡng chính quy từ 1995 tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh.
- Riêng về đào tạo Điều dưỡng trưởng, liên tục từ năm 1982 đến nay nhiều lớp đào tạo Điều dưỡng trưởng đã được tổ chức tại các Trường trung học kỹ thuật y tế Trung Ương I, II, III, THYT Bạch Mai, THYT Hà Nội, Cao đẳng Y tế Nam Định. Khoảng 50% điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng trưởng bệnh viện đã được đào tạo qua các lớp quản lý điều dưỡng trưởng.
- Năm 1986, Hội điều dưỡng khu vực Thành phố Hồ Chí Minh mở đại hội thành lập. Năm 1989, Hội Điều dưỡng thủ đô Hà Nội và Hội Điều dưỡng Quảng Ninh ra đời. Sau đó lần lượt một số tỉnh thành khác cũng thành lập Hội Điều dưỡng , thôi thúc sự ra đời của Hội Điều dưỡng cả nước. Ngày 26 tháng 10 năm 1990, Hội y tá – Điều dưỡng Việt Nam mở đại hội lần thứ nhất tại hội trường Ba Đình lịch sử. Nhiệm kỳ thứ nhất của BCHTU Hội 3 năm (1990 – 1993), BCH có 31 ủy viên ở cả 2 miền. Bà Vi Thị Nguyệt Hồ là chủ tịch, 3 phó chủ tịch là: Cô Trịnh Thị Loan, Cô Nguyễn Thị Niên, Ông Nguyễn Hoa, Tổng thư ký là anh Phạm Đức Mục. Ngày 26 tháng 3 năm 1993, Đại hội đại biểu y tá – điều dưỡng toàn quốc lần thứ 2 (nhiệm kỳ 93 – 97) được tổ chức tại Bộ y tế và ban chấp hành mới gồm 45 ủy viên, chủ tịch là bà Vi Thị Nguyệt Hồ, 3 phó chủ tịch là: Ông Nguyễn Hoa, cô Trịnh Thị Loan, Ông Phạm Đức Mục (kim tổng thư ký).
- Từ khi thành lập đến 31-12-1994 đã có 28 tỉnh thành Hội và trên 200 chi hội ra đời. Sự hoạt động của Hội đã góp phần động viên đội ngũ y tá – điều dưỡng thêm yêu nghề nghiệp và thúc đẩy công tác chăm sóc tại các cơ sở khám bệnh, làm chuyển đổi một phần bộ mặt chăm sóc điều dưỡng.

- Trong quá trình phát triển nghề Điều dưỡng ở Việt Nam từ khi đất nước được thống nhất đến nay, chúng ta đã được nhiều tổ chức điều dưỡng Quốc tế giúp đỡ cả về tinh thần, vật chất và vốn kiến thức. Trong các tổ chức đó phải kể đến đội ngũ Điều dưỡng của Thụy Điển. Trong một thời gian dài (từ 1980 đến nay) tổ chức SIDA Thụy Điển đã liên tục đầu tư cho việc đào tạo hệ thống điều dưỡng. Nhiều chuyên gia điều dưỡng Thụy Điển đã để lại những kỷ niệm tốt đẹp cho anh chị em điều dưỡng Việt Nam như Eva Giohansson, Lola Carlson, Ann Mari Nilsson, Marian Advison, Emma Sunberg... Tổ chức y tế Thế giới cũng đã cử những chuyên gia điều dưỡng giúp chúng ta như Cheiko Sakamoto, Marget Truax, Miller Theresa... Cùng nhiều chuyên gia khác của tổ chức Care International, Tổ chức hợp tác khoa học Mỹ – Việt hỗ trợ kinh phí và cử giáo viên từ Mỹ sang Việt Nam để giúp Hội tổ chức 3 khóa học nâng cao kỹ năng quản lý và 3 khóa học kỹ năng giảng dạy cho 180 đại biểu điều dưỡng cả nước trong 2 năm 1994 và 1995.

- Hiệp hội Điều dưỡng quốc tế Nhật Bản mới mời đại biểu điều dưỡng Việt Nam tham dự hội thảo quốc tế do Nhật tổ chức, năm 1993: 1 người và từ năm 1994 mỗi năm 2 người. Hiện nay Hội điều dưỡng Việt Nam là một trong 16 nước thành viên tham gia Hiệp hội Điều dưỡng Quốc tế Nhật Bản... Các bạn đã giúp chúng ta cả về kinh phí, kiến thức và tài liệu. Chúng ta không thể quên ơn sự giúp đỡ quý báu của các bạn Điều dưỡng quốc tế. Chính các bạn đã giúp chúng ta hiểu rõ về nghề nghiệp của mình và phấn đấu cho sự nghiệp Điều dưỡng Việt Nam phát triển.

3. Kết luận:

Trên đây là vài nét sơ lược về Điều dưỡng thế giới và Việt Nam. Qua đây chúng ta cũng thấy lịch sử ngành Điều dưỡng Việt Nam gắn liền với lịch sử phát triển của đất nước. Trong kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ tuy ngành điều dưỡng Việt Nam chưa được coi là một ngành riêng biệt, nhưng đã được quan tâm và có nhiều cống hiến to lớn. Chính nhờ công tác Điều dưỡng mà nhiều thương binh đã được cứu sống trong điều kiện rất khó khăn. Chúng ta có quyền tự hào về nghề của chúng ta, về các điều dưỡng viên được phong danh hiệu anh hùng như: Hà Nguyên Thuy (chống Pháp), Trần Thị Huỳnh (chống Mỹ ở miền Nam) và hiện nay bà Vi Thị Nguyệt Hồ, chủ tịch Hội điều dưỡng Việt Nam được ngành y tế đề nghị nhà nước phong tặng danh hiệu thầy thuốc ưu tú.

Những thành tựu của ngành Điều dưỡng Việt Nam hiện nay chính là sự kết tinh truyền thống và kinh nghiệm của những người đi trước truyền lại cho những thế hệ Điều dưỡng hôm nay và mai sau. Đó cũng là nhờ sự giúp đỡ tận tình của các chuyên gia Quốc Tế. “ uống nước nhớ nguồn” thế hệ Điều dưỡng chúng ta ngày nay quyết phát huy truyền thống của dân tộc, của ngành Điều dưỡng Việt Nam, không ngừng học tập, rèn luyện để tiến bộ, góp phần xây dựng và phát triển ngành mạnh mẽ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Ai được suy tôn là người điều dưỡng tại gia?

- A. Phoebe B. Newman C. Maslow D. Florence Nighting

2. Người đã tự nguyện biến căn nhà sang trọng của mình thành bệnh viện để đón những người ốm đau bệnh tật để chăm sóc:

- A. Phoebe B. Fabiola C. Maslow D. Florence Nighting

3. Ngày Điều dưỡng Thế giới:

- A. 12/5 hàng năm B. 12/6 hàng năm C. 12/7 hàng năm D. 12/8 hàng năm

4. Người sáng lập ra ngành điều dưỡng thế giới là:

- A. Peplau B. Newman C. Maslow D. Florence Nightingale

5. Ở Việt Nam Phòng điều dưỡng bệnh viện có 150 giường bệnh được thành lập vào:

- A. 14/7/90 B. 14/8/90 C. 14/9/90 D. 14/10/90

Bài 1.2: TỔ CHỨC CẤP CỨU HÀNG LOẠT

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Công tác cấp cứu hàng loạt được tiến hành khi các thảm họa xảy ra cho con người, nó gây nên nhiều thương tích hàng loạt trong một số trường hợp như: cháy nổ các khu nhà cao tầng nơi tập chung nhiều dân cư, động đất, đổ sập các công trình kiến trúc, các tai nạn giao thông nghiêm trọng, một số sự cố do bom, mìn nổ...
- Do số nạn nhân quá nhiều, do nhiều thương tích với sự trên lệch lớn giữ cấp cứu viên và phương tiện nên tổ chức cấp cứu hàng loạt là cực kỳ quan trọng.
- Do đó cần nhanh chóng tổ chức và có thái độ xử trí chính xác, tích cực để phân loại chọn lọc nạn nhân nhằm giảm đau, chống sốc và giảm tỷ lệ tử vong nhằm đưa nạn nhân về với cuộc sống lao động sinh hoạt.

2. HỆ THỐNG CẤP CỨU

2.1. Yêu cầu

- Cấp cứu hiệu quả nhất cho số lượng nạn nhân nhiều nhất trong điều kiện có thể.
- Xử lý kịp thời từng loại chấn thương theo nguyên tắc: “Ai nặng cứu chữa trước, ai nhẹ chăm sóc sao, không bỏ quên, bỏ sót”.
- Tránh làm đau đớn, tránh các tai biến, di chứng cho nạn nhân, để hạ tỷ lệ tử vong.
- Tổ chức phối hợp tuyến sau giúp tuyến trước về phương tiện, nhân sự các trang thiết bị.

2.2. Tổ chức và nhiệm vụ các tuyến

2.2.1. Tuyến I

- Tổ chức:
 - + Địa điểm: nơi xảy ra tai nạn.
 - + Cán bộ: Hội viên hội chữ thập đỏ, cấp cứu viên, tự vệ cán bộ y tế cơ sở.

- Nhiệm vụ:

- + Tìm mọi cách thông tin nhanh nhất về trung tâm, về cơ sở tuyến sau xin hỗ trợ.
- + Đánh giá tính an toàn của hiện trường, cần đảm bảo an toàn cho người cấp nạn nhân để tránh tổn thương thêm.
- + Hướng dẫn lối thoát hiểm những người không bị thương tích, bố trí đường vào cho cán bộ ứng cứu.
- + Phát hiện và tìm kiếm nạn nhân, tiến hành phân loại sơ bộ nạn nhân và xử trí nhanh nhất... và đeo cho nạn nhân những tờ giấy màu:
 - Màu đỏ: Ưu tiên cấp cứu vận chuyển.
 - Màu vàng: Ưu tiên sau màu đỏ.
 - Màu xanh lá cây: Không cần ưu tiên.
 - Màu đen không cần cứu (những nạn nhân đã tử vong: Không tự thở, mất mạch cảnh, đồng tử giãn).
- + Đưa nạn nhân ra khỏi vùng nguy hiểm.
- + Trong khi chờ vận chuyển nạn nhân về tuyến sau, nếu có thời gian và điều kiện có thể sơ cứu, làm sạch và khai thông đường thở, cầm máu tạm thời bằng phương tiện thích ứng trong điều kiện tốt nhất khi có thể.
- + Tổ chức tập chung nạn nhân ra khỏi vùng ngoài, để đoàn vận chuyển tiếp cận nhanh và thuận tiện nhất.
- + Có thể tận dụng các phương tiện để chuyên chở nạn nhân, ưu tiên đến cơ sở y tế gần nhất. Khi vận chuyển: Ưu tiên theo màu sắc quy định đã đeo cho nạn nhân: Đỏ rồi mới đến vàng và cuối cùng là màu xanh lá cây. Riêng màu đen (đã tử vong) cần bố trí vào 1 nơi riêng để xử lý sau cùng.
- + Khi vận chuyển cần chú ý:
 - Tư thế đầu cao cho những nạn nhân khó thở.
 - Tư thế đầu thấp – cho những nạn nhân chảy máu nhiều.

2.2.2. Tuyến II

- Tổ chức:

- + Địa điểm: Trạm y tế xã, phường.
- + Cán bộ: Các Bác sĩ, Y sĩ, Điều dưỡng có tay nghề.

- Nhiệm vụ:

- + Tiếp nạn nhân khám lại và các nạn nhân cấp cứu và nạn nhân tuyến I chuyển về.
- + Phân loại bổ xung vết thương.
- + Hồi sức chống sốc, tiêm thuốc giảm đau (cho phép).
- + Rửa và xử lý vết thương.
- + Thực hiện các biện pháp và thủ thuật sơ cứu và cố định...nếu tuyến trước không đủ điều kiện thực hiện tốt.
- + Chuyển ngay nạn nhân nặng lên tuyến III.

2.2.3. Tuyển III

- Tổ chức:

- + Địa điểm: Bệnh viện huyện, trung tâm y tế quận, có điều kiện phẫu thuật.
- + Cán bộ: Các Bác sĩ, Y sĩ, Điều dưỡng, Hộ lý, các đội ngũ phẫu thuật lưu động.

- Nhiệm vụ:

- + Tiếp nhận và xử trí các trường hợp cấp cứu do 2 tuyến chuyển tới.
- + Khám và phân loại bổ sung đánh giá tổn thương.
- + Hồi sức cấp cứu, tiêm truyền huyết thanh, máu (nếu có điều kiện).
- + Mô điều trị những nạn nhân vừa.
- + Trường hợp nặng cần xử lý chuyên khoa chuyển tuyến IV.

2.2.4. Tuyển IV

- Tổ chức:

- + Địa điểm: Các bệnh viện lớn có nhiều chuyên khoa đầu ngành.
- + Cán bộ: Các Giáo sư, Bác sĩ, Điều dưỡng, Hộ lý.

- Nhiệm vụ:

- + Nhận tất cả các trường hợp cấp cứu và trường hợp vượt khả năng của tuyến III. Xử trí các thương tổn theo chuyên khoa.
- + Đào tạo cán bộ cho tuyến trước: Nghiên cứu và áp dụng nghiên cứu khoa học vào cấp cứu.

Tóm lại: Tổ chức cấp cứu hàng loạt là 1 tổ cực kỳ quan trọng trong công việc cấp cứu nạn nhân. Người cán bộ y tế phải biết tổ chức tốt thì mới có khả năng cứu sống nhiều nạn nhân nhất. Người cấp cứu giỏi chưa hẳn là người cán bộ y tế giỏi. Người cán bộ y tế giỏi trước hết phải là người biết tổ chức cứu giỏi.

Bài 1.3: PHÂN LOẠI CHỌN LỌC NGƯỜI BỊ NẠN

NỘI DUNG

1. MỤC ĐÍCH

Khi nhiều nạn nhân bị thương cùng một lúc, nặng nhẹ khác nhau, mà lực lượng cấp cứu lại ít, nên ta phải phân loại chọn lọc nạn nhân từ tuyến I để

- Cấp cứu kịp thời.
- Vận chuyển đến y tế phía sau.
- Nhằm giảm tỷ lệ tử vong và các tai biến cho nạn nhân.

2. PHÂN LOẠI CHỌN LỌC TẠI TỪNG TUYẾN

2.1. Tuyến I: Chuyển thương về tuyến sau là chính đả sơ cứu nạn nhân.

* Loại 1: Cần chuyển về tuyến sau ngay.

- Vết thương cổ, vết thương ngực gây khó thở.
- Vết thương mạch máu lớn, vết thương dập nát chảy nhiều máu.
- Vết thương bụng có khả năng thấu bụng.
- Vết thương sọ não nặng nhưng còn vận chuyển được.
- Nhiều ổ gãy xương lớn, bông nặng.

Nạn nhân có tình trạng toàn thân khá, chuyển trước, nạn nhân choáng phải chống choáng trước khi vận chuyển.

* Loại 2: Bị thương trung bình và nhẹ.

- Các vết thương phần mềm.
- Gãy xương chi trên, xương nhỏ ít dập nát da và cơ.
- Bông nhẹ.

* Loại 3: Loại hấp hối do vết thương quá nặng → cần chuyển vào nơi yên tĩnh, tiếp tục chăm sóc điều trị khi toàn thân khá mới chuyển về tuyến sau.

2.2. Tuyến II

* Loại 1: Bị thương cần can thiệp ngay để cứu sống trước mắt.

- Đe dọa ngạt thở → cần mở khí quản.
- Vết thương ngực làm khó thở.
- Bông nặng, bông mặt cổ.
- Vết thương garo hay băng ép vẫn tiếp tục chảy máu.

* Loại 2: Cần chuyển về tuyến sau ngay để can thiệp sớm.

- Vết thương thấu bụng (thủng ống tiêu hoá, chảy máu trong).
- Vết thương ngực hở, sọ não.
- Vết thương có đặt gao sau khi kiểm tra lại chỉ định và kỹ thuật.

* Loại 3: Vết thương trung bình và nhẹ.

* Loại 4: Vết thương quá nặng đang hấp hối: Tiếp tục săn sóc điều trị.

2.3. Tuyến III: Phân loại để xử lý thứ tự ưu tiên như sau:

*** Loại 1:**

- Shock nặng: Điều trị shock hoặc vừa điều trị vừa phẫu thuật (chảy máu trong).
- Tồn thương mạch máu mang garo vẫn tiếp tục chảy máu.
- Chấn thương bụng nghi viêm phúc mạc.
- Vết thương sọ não nghi máu chảy đè ép.
- Não lòi ra ngoài.

*** Loại 2:** Bị thương trung bình nhẹ.

*** Loại 3:** Bị thương quá nặng đang hấp hối.

2.4. Tuyến IV: Giải quyết các vết thương phức tạp theo chuyên khoa.

*** Lưu ý:**

- Cần chuyển về tuyến sau ngay ưu tiên số 1, các trường hợp đứt động mạch chảy máu ồ ạt.
- Đối với nạn nhân ngừng thở - ngừng tim thì cấp cứu ngay tại chỗ.
- Tuyến đối không di chuyển nạn nhân khi chưa làm xong các sơ cứu cần thiết.
- Thành thạo các động tác cấp cứu chưa đủ mà còn phải biết các tổ chức cấp cứu phân loại để giảm tỷ lệ tử vong và tránh tai biến cho nạn nhân ...

Bài 2: ĐÓN TIẾP NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN – RA VIỆN

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích và các thủ tục cần thiết của việc nhập viện.
- 1.2. Trình bày được mục đích và các thủ tục cần thiết của việc chuyển viện.
- 1.3. Trình bày được mục đích và các thủ tục cần thiết của việc xuất viện.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Nhận định được tình trạng bệnh nhân khi vào viện.
- 2.2. Thực hiện được các quy trình nhập viện, chuyển viện, xuất viện.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Tiếp đón bệnh nhân vào viện

1.1. Mục đích:

Bệnh nhân vào viện thường có trạng thái lo âu, sợ hãi, vì vậy điều quan trọng là người điều dưỡng phải tiếp đón bệnh nhân nhiệt tình, lịch sự, thông cảm với nỗi lo âu của bệnh nhân, làm cho bệnh nhân mới đến cảm thấy dễ chịu, gây ấn tượng ban đầu tốt đẹp cho bệnh nhân.

1.2. Các thủ tục hành chính khi bệnh nhân vào viện:

a. Trường hợp cấp cứu:

- Chuyển ngay vào phòng cấp cứu, ghi họ tên, tuổi, địa chỉ bệnh nhân, cơ quan và gia đình, ngày giờ, lý do đến phòng khám, ghi lại tên địa chỉ người đưa bệnh nhân đến, phương tiện vận chuyển và tình trạng bệnh nhân.
- Kiểm kê lại tài sản của bệnh nhân, để bàn giao lại cho người nhà hoặc khoa phòng tiếp nhận bệnh nhân.

b. Trường hợp bình thường: Khi bệnh nhân vào viện cần có

- Giấy giới thiệu của cơ quan y tế tuyến dưới.
- Giấy chứng nhận miễn, trừ viện phí.
- Lập hồ sơ cho bệnh nhân (cần ghi rõ và đủ các mục ở phần đầu bệnh lịch): Tên, tuổi, quê quán, lý do vào viện...
- Biên nhận tài sản bệnh nhân đã giữ lại.

1.3. Quy trình nhập viện:

1.3.1. Tiếp đón bệnh nhân tại phòng khám

*** Chuẩn bị phòng đợi:**

- Phòng phải sạch đẹp, gọn gàng yên tĩnh.
- Đầy đủ ghế cho bệnh nhân ngồi chờ.
- Có tranh ảnh, áp phích cho bệnh nhân ngồi xem, đọc trong thời gian chờ đợi.
- Phát phiếu vào khám theo thứ tự.

*** Chuẩn bị phòng khám:**

- Sắp xếp phòng khám gọn gàng, sạch sẽ, đảm bảo thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông.
- Chuẩn bị bình phong, giường khám bệnh, bàn ghế
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho bác sĩ khám bệnh:
 - + Dụng cụ tổng quát: Ống nghe, đèn, búa phản xạ, nhiệt kế, huyết áp kế.
 - + Dụng cụ khám chuyên khoa.
- Chuẩn bị đầy đủ các loại giấy tờ thủ tục hành chính (hồ sơ bệnh án, sổ theo dõi bệnh nhân ra vào bệnh viện, giấy xét nghiệm...).

*** Tiếp đón bệnh nhân:**

- Tiếp xúc với bệnh nhân:
 - + Chào hỏi bệnh nhân, tự giới thiệu mình với bệnh nhân, gọi tên bệnh nhân một cách thích hợp theo tập quán. Đối với bệnh nhân lớn tuổi, không được gọi tên không, mà phải gọi cả tên và thứ bậc theo tuổi (bác, ông...). Cách ứng xử và cách nói của điều dưỡng viên sẽ gây ấn tượng rất lớn cho bệnh nhân.
 - + Hướng dẫn các thủ tục cần thiết trước khi vào khám bệnh.
 - + Sắp xếp chỗ ngồi cho bệnh nhân ở phòng đợi, mời bệnh nhân vào khám theo thứ tự.

Lưu ý: Ưu tiên bệnh nhân cấp cứu, bệnh nhân nặng, người già, trẻ em.

- Nhận định bệnh nhân:
 - + Khai thác tiền sử bằng cách, phỏng vấn bệnh nhân hoặc thân nhân về thời gian mắc bệnh. Bệnh sử hiện tại và bệnh sử trước kia.
 - + Quan sát bệnh nhân: Sử dụng các giác quan: nhìn, sờ, nghe, ngửi.
- Đo các dấu hiệu sinh tồn (nếu là bệnh nhân cấp cứu, điều dưỡng viên phải chủ động xử trí trước khi mời bác sĩ).

Ví dụ: Bệnh nhân khó thở cho nằm đầu cao; Bệnh nhân tím tái cho thở oxy.

Bệnh nhân hôn mê cho nằm đầu ngửa tối đa, nghiêng về một bên.

- Mời bác sĩ khám và cho hướng xử trí:
 - + Hỗ trợ thầy thuốc khám bệnh
 - + Thực hiện tốt các kỹ thuật chuyên môn theo yêu cầu.
- Trường hợp bệnh nhân không phải nằm viện:
 - + Điều dưỡng nhắc nhở bệnh nhân thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh điều trị của thầy thuốc.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân biết cách chăm sóc sức khoẻ và phòng các bệnh khác.
- Trường hợp bệnh nhân vào viện:
 - + Làm thủ tục cho bệnh nhân nhập viện.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh cá nhân, giúp bệnh nhân thay quần áo nếu họ không tự làm được.

+ Đưa bệnh nhân vào khoa điều trị, trường hợp bệnh nhân không đi được dùng cáng hoặc xe lăn chuyển bệnh nhân.

1.3.2. Tiếp nhận bệnh nhân vào khoa:

* **Chuẩn bị dụng cụ và các phương tiện:** Chuẩn bị đầy đủ, các phương tiện cần thiết về thủ tục hành chính và dụng cụ chuyên môn như:

- Bảng kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.
- Phiếu theo dõi bệnh nhân.
- Các dụng cụ: huyết áp kế, ống nghe.
- Giường, quần áo, chăn màn.
- Các dụng cụ khác như: phích nước, ca, cốc, chén, muỗng . . .

*** Nhận bàn giao:**

- Bệnh nhân, tình trạng bệnh nhân, hồ sơ bệnh án.

* **Dẫn bệnh nhân vào buồng bệnh:** Giới thiệu giường bệnh nhân và giúp bệnh nhân nghỉ ngơi, an toàn khi vào nằm điều trị, phổ biến nội quy bệnh viện, giới thiệu các nơi để bệnh nhân tiếp xúc khi cần.

- Xếp giường nằm cho bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân nằm ở phòng riêng, đóng cửa phòng hoặc kéo bình phong cho kín đáo.
- Cung cấp các dụng cụ cá nhân (nếu cần), nâng thành giường lên đảm bảo an toàn cho bệnh nhân (nếu có).

* **Nhận định quan sát bệnh nhân:** mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân, đo cho bệnh nhân.

- Tình trạng chung của bệnh nhân (đặc biệt là bệnh nhân trẻ em).
- + Bệnh nhân tỉnh táo, lơ mơ hay li bì.
- + Tình trạng da: da xanh hay nhợt nhạt, bầm tím, da khô có lở loét, nhiễm khuẩn.
- Tình trạng khó thở, kiểu thở:
 - + Ho khan hay có đờm, tính chất màu sắc số lượng đờm.
 - + Đau: cảm giác, vị trí đau, tính chất đau: âm ỉ, dữ dội.
 - + Có rối loạn ngôn ngữ không.
 - + Khả năng nghe: (điếc).
 - + Nhìn (mù loà, cận thị).
 - + Các bộ phận giả (Răng giả, mắt giả, hậu môn nhân tạo...).
 - + Nghe những than phiền của bệnh nhân.

*** Giải thích hướng dẫn cho bệnh nhân và thân nhân:**

- Cách sử dụng các phương tiện của khoa: bật tắt công tắc điện, quạt, tivi, đài (nếu có), nhà tắm, nhà vệ sinh...
- Thông báo cho bệnh nhân và thân nhân chấp hành nội quy khoa phòng:
- + Giờ khám bệnh.

- + Thường quy đi buồng.
- + Giờ vào thăm.
- + Giữ gìn vệ sinh trật tự buồng bệnh, không hút thuốc lá, không gây ồn ào trong buồng bệnh, bỏ các đồ thải vào nơi quy định.
- Ghi vào hồ sơ bệnh nhân ngày giờ vào viện: Ghi chép các thông số theo dõi và phiếu theo dõi.
- Báo cáo với điều dưỡng trưởng và bác sĩ: Sau khi hoàn thành các thủ tục tiếp nhận bệnh nhân vào khoa và các dấu hiệu bất thường của bệnh nhân (nếu có).
- Trợ giúp bác sĩ khám bệnh và làm các xét nghiệm cần thiết.
- Thực hiện tốt các y lệnh điều trị.

2. Chuyển bệnh nhân:

2.1. Mục đích:

- Trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện do tính chất và quá trình diễn biến của bệnh tật. Khi bác sĩ ra quyết định, bệnh nhân có thể được chuyển từ phòng này sang phòng khác, khoa này sang khoa khác hoặc viện này sang viện khác.
- Bệnh nhân có thể lo lắng khi bác sĩ yêu cầu chuyển. Do đó, điều dưỡng viên nên giải thích cho bệnh nhân hiểu được sự di chuyển này, sẽ giúp cho bệnh nhân nhận được sự chăm sóc và điều trị tốt hơn.

2.2. Các thủ tục cần thiết của việc chuyển khoa, chuyển viện:

a. Chuyển khoa phòng:

- Điều dưỡng viên, phải liên hệ với khoa phòng mới để bố trí thời gian chuyển bệnh nhân đến.
- Báo cho y vụ biết, để làm mọi thủ tục chuyển bệnh nhân và chuẩn bị phương tiện vận chuyển nếu cần.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình lý do chuyển và ngày giờ chuyển .
- Khi đưa bệnh nhân đến khoa phòng mới, phải bàn giao đầy đủ hồ sơ bệnh án. Phản ánh những đặc điểm về tư tưởng và sinh hoạt của bệnh nhân, để khoa phòng mới tiếp tục quản lý. Đưa bệnh nhân tới tận giường bệnh, rồi mới trở về.

b. Chuyển viện:

- Điều dưỡng viên phải liên hệ với bệnh viện mới, để bố trí thời gian chuyển bệnh nhân đến. Nếu là bệnh nhân cấp cứu thì phải gọi điện thoại báo trước.
- Báo cho y vụ biết, để làm mọi thủ tục chuyển bệnh nhân và chuẩn bị phương tiện vận chuyển. Chuẩn bị giấy tờ chuyên môn: tóm tắt bệnh án và các tài liệu điều trị (X quang, xét nghiệm, v.v...).
- Báo cho bệnh nhân biết ngày, giờ chuyển viện, giải thích rõ lý do để bệnh nhân yên tâm, đồng thời báo cho gia đình họ biết. Bàn giao lại cho bệnh nhân đồ dùng, tư trang của họ gửi.
- Khi chuyển, điều dưỡng viên phải đi cùng với bệnh nhân và có chuẩn bị sẵn phương tiện xử trí khi đi đường (hộp thuốc cấp cứu...).

- Khi đến nơi, điều dưỡng viên phải bàn giao đầy đủ giấy tờ và phản ánh những đặc điểm về tư tưởng và sinh hoạt của bệnh nhân, để cơ sở điều trị mới tiếp tục quản lý. Đưa bệnh nhân tới phòng khoa, ký nhận bàn giao xong mới về.

2.3. Quy trình chuyển bệnh nhân:

a. Chuẩn bị phương tiện, giấy tờ và thuốc

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ theo điều trị.
- Sổ ký bàn giao bệnh nhân và thuốc.
- Cáng, xe đẩy bệnh nhân, xe cứu thương đầy đủ phương tiện cần thiết như: bình O₂, máy hút đờm, v.v

b. Chuyển khoa, phòng viện:

- Giúp bệnh nhân: Thu dọn tư trang cá nhân để chuyển đi.
- Chuyển bệnh nhân đến: Khoa mới, viện mới cùng với tư trang cá nhân, bằng phương pháp vận chuyển an toàn và thích hợp (diu, cáng, xe đẩy, ô tô...).
- Bàn giao bệnh nhân với nhân viên khoa mới, viện mới:
 - + Tình trạng bệnh nhân, các thủ tục hành chính chuyên môn, tư trang của bệnh nhân.
 - + Ký nhận bàn giao với điều dưỡng của khoa mới, viện mới.
- Trở về khoa mình báo cáo với điều dưỡng trưởng:
 - + Bệnh nhân đã chuyển đến khoa mới an toàn.
 - + Tình trạng bệnh nhân khi di chuyển.

3. Bệnh nhân xuất viện:

- Khi ốm đau, bệnh nhân chỉ nằm viện trong một thời gian ngắn. Bệnh nhân xuất viện, thường vẫn còn yếu, mệt, bệnh tật có khả năng còn tái phát. Khi bệnh nhân về nhà, là giai đoạn hồi phục sức khỏe, giai đoạn này sẽ dài hơn.
- Lúc này, điều dưỡng viên vẫn phải nhiệt tình, nhã nhặn và có trách nhiệm hướng dẫn, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, để người bệnh có khả năng chăm sóc bản thân họ tại nhà và nâng cao sức khỏe.

3.1. Các thủ tục cần thiết của việc xuất viện:

- Phải tập trung đầy đủ hồ sơ bệnh án. Có ghi rõ ngày, giờ ra viện và kết quả điều trị.
- Chuyển hồ sơ bệnh nhân lên phòng y vụ để làm thủ tục ra viện.
- Báo cho gia đình hoặc cơ quan bệnh nhân biết, để đón bệnh nhân và thanh toán viện phí.
- Dặn dò bệnh nhân, những điều cần lưu ý về điều trị phòng bệnh để duy trì kết quả điều trị. Nếu bệnh nhân có khám lại theo định kỳ, thì phải báo rõ ngày, giờ đến khám lại, giải quyết các thắc mắc của bệnh nhân nếu có.
- Giải thích cho bệnh nhân biết rõ kết quả điều trị, cách điều trị tiếp theo tại nhà, hướng dẫn cách ăn uống nâng cao thể trạng, chuẩn bị giấy tờ, báo cho gia đình biết trước để đón, thông báo cho bệnh nhân và thân nhân biết về tình trạng ra viện, ngày, giờ ra viện và thủ tục hành chính.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ: Các phương tiện vận chuyển thích hợp

3.3. Kỹ thuật tiến hành:

- Giúp cho bệnh nhân thu gọn tư trang cá nhân và trả lại đồ dùng cho khoa:
 - Thanh toán viện phí.
 - Giúp bệnh nhân thay, mặc quần áo, trả lại quần áo cho viện (đối với trẻ em, người già, tàn tật).
 - Kiểm tra: xem bệnh nhân đã nhận được giấy ra viện, y lệnh của bác sĩ để thực hiện tại nhà, giấy hẹn của bác sĩ hay khoa phòng.
 - Hướng dẫn giáo dục sức khỏe: Khuyên bảo bệnh nhân về chế độ ăn uống, tập luyện.
 - Giúp bệnh nhân: Ra khỏi phòng, lên xe, chào tạm biệt và chúc sức khỏe bệnh nhân.
 - Trở lại khoa thu dọn vải trải giường cho vào túi đựng đồ bẩn.
 - Thông báo cho hộ lý biết bệnh nhân đã ra viện để vệ sinh buồng bệnh.
- * Báo cáo cho điều dưỡng trưởng biết, đã hoàn thành nhiệm vụ cho bệnh nhân.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Người bệnh được chuyển khoa khi có quyết định của:

- A. Điều dưỡng trưởng
- B. Điều dưỡng viên
- C. Bác sĩ điều trị
- D. Phòng kế hoạch tổng hợp

2. Khi người bệnh chuyển khoa khác, điều dưỡng cần chuẩn bị:

- A. Liên hệ với điều dưỡng trưởng khoa người bệnh sắp đến.
- B. Thông báo và giải thích cho người bệnh an tâm.
- C. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án của người bệnh.
- D. Tất cả đúng.

3. Tại phòng nhận bệnh, điều dưỡng có trách nhiệm:

- A. Chuẩn bị phòng và dụng cụ khám bệnh.
- B. Mời tất cả người bệnh vào khám bệnh.
- C. Giúp đỡ người bệnh trong và sau khi khám.
- D. Tất cả đúng.

4. Khi chuyển người bệnh đến nơi mới, điều dưỡng phải báo cáo lại. Ngoại trừ:

- A. Tình trạng người bệnh.
- B. Y lệnh điều trị.
- C. Thời gian khi vận chuyển.
- D. Tiếp nhận bàn giao người bệnh.

5. Vai trò của người điều dưỡng khi người bệnh xuất viện:

- A. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh.
- B. Kiểm nhận các giấy tờ ra viện.
- C. Kiểm tra toa thuốc.
- D. Tất cả đúng.

Bài 3: VÔ KHUẨN – TIỆT KHUẨN (VÔ KHUẨN VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN)

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, học sinh có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được khái niệm vô khuẩn, tiệt khuẩn.
- 1.2. Trình bày được các nguyên tắc trong vô khuẩn ngoại khoa.
- 1.3. Trình bày được các phương pháp tiệt khuẩn.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện được các bước của quy trình rửa tay.
- 2.2. Soạn được mâm dụng cụ vô khuẩn.
- 2.2. Thực hiện được các bước của quy trình tiệt khuẩn.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

1. Các giai đoạn của đời sống con người liên quan đến sự nhiễm khuẩn.

- Lứa tuổi sơ sinh: thường do từ bà mẹ truyền sang từ kháng thể hoặc qua nhau.
- Lứa tuổi nữ nhi: khả năng miễn dịch lớn nhất ở hai tháng đầu.
- Tuổi nhà trẻ mẫu giáo: do tiếp xúc với môi trường có nguồn lây nhiễm.
- Tuổi đi học và thiếu niên: do ăn uống kém vệ sinh.
- Người lớn: thường do tiếp xúc bệnh nhân, môi trường có nguồn lây nhiễm khuẩn.
- Người già: kháng thể giảm, dinh dưỡng kém, dễ nhạy cảm với sự nhiễm trùng.

2. Các thành phần cơ bản của chuỗi nhiễm khuẩn.

2.1. Quá trình nhiễm khuẩn hay chuỗi nhiễm khuẩn bao gồm các thành phần sau:

- Tác nhân gây nhiễm.
- Nguồn chứa.
- Đường ra.
- Cách lây truyền.
- Đường xâm nhập.
- Sự nhạy cảm của cơ thể.

2.2. Tác nhân gây nhiễm:

- Thường là do các vi sinh vật. Khả năng gây bệnh của các vi sinh vật phụ thuộc vào các yếu tố sau đây:
 - + Số lượng vi sinh vật.
 - + Độc tính của vi sinh vật.
 - + Khả năng thích ứng với môi trường (nhiệt độ, ẩm độ, hóa chất)
 - + Khả năng đề kháng của cơ thể đối với môi trường.

2.3. Nguồn chứa:

- Nguồn chứa hay nguồn nhiễm là môi trường sống và sinh sản của vi sinh vật. Nó có thể là người, đồ vật hay động vật.
- Ở người: có thể là người bệnh hay người lành bệnh mang vi khuẩn.

- Ở động vật như: chó mang vi khuẩn dại, ở chuột mang vi khuẩn dịch hạch, ở bọ chét.
- Ở thực vật như: đất chứa vi khuẩn uốn ván, vi khuẩn hoại thư sinh hơi.

2.4. Đường ra của vi sinh vật: Đường hô hấp, đường tiêu hóa, qua vết thương, qua da, qua đường máu

2.5. Cách lây truyền:

- Có thể qua tiếp xúc trực tiếp như ho, hắt hơi, nôn, giao hợp, sờ mó.
- Hoặc qua vật tải trung gian như nước, sữa, đồ dùng, hay từ côn trùng như: ruồi, muỗi.

2.6. Đường vào cơ thể: Vi sinh vật xâm nhập vào cơ thể giống như đường ra.

2.7. Tính cảm thụ của cơ thể: Tính cảm thụ phụ thuộc vào khả năng đề kháng của cơ thể. Khả năng đề kháng của cơ thể phụ thuộc:

- Độ tuổi (trẻ sơ sinh, người già đề kháng kém).
- Sự dinh dưỡng (đầy đủ hay suy dinh dưỡng).
- Giới tính.
- Sự điều trị như dùng kháng sinh, điều trị không đúng phác đồ.
- Hệ thống miễn dịch của cơ thể.

2.8. Cắt đứt chuỗi nhiễm khuẩn: Để tránh sự nhiễm khuẩn, chúng ta có thể cắt đứt một hay nhiều thành phần của chuỗi nhiễm khuẩn như:

- Tiêu diệt hoặc hạn chế sự phát triển của vi sinh vật, loại bỏ tác nhân gây bệnh bằng các phương pháp vật lý hay hóa học.
- Xử lý, thanh thải nguồn chứa, dọn dẹp, tẩy uế các nơi có nguồn chứa.
- Mang khẩu trang khi tiếp xúc với các bệnh nhân lây qua đường hô hấp.
- Rửa tay trước và sau khi tiếp xúc với bệnh nhân, v.v.

3. Vô khuẩn: Vô khuẩn có hai hình thức: vô khuẩn nội khoa và vô khuẩn ngoại khoa.

3.1. Vô khuẩn nội khoa

3.1.1. Định nghĩa: Còn được gọi là sự làm sạch, làm hợp vệ sinh, có nghĩa là dùng các biện pháp cần thiết để giảm thiểu số lượng vi sinh vật hiện có trên một vật hay một vùng, cùng các hình thức để kiểm soát sự lây lan các tác nhân gây bệnh như:

- Rửa tay.
- Mang găng sạch.
- Mặc áo choàng.
- Giặt giũ

3.1.2. Mục đích của vô khuẩn nội khoa:

- Làm giảm sự lây truyền trực tiếp hay gián tiếp của vi sinh vật từ người này sang người khác, từ vùng này sang vùng khác.
- Giảm số vi khuẩn gây bệnh, tăng an toàn cho môi trường sống của con người.
- Tạo cho cơ thể có sức đề kháng cao.

3.1.3. Các biện pháp áp dụng của vô khuẩn nội khoa: Có nhiều biện pháp trong vô khuẩn nội khoa cụ thể như:

- Rửa tay:
 - + Trước và sau khi chăm sóc bệnh nhân.
 - + Trước và sau khi thực hiện các thủ thuật hay kỹ thuật trên người bệnh.
 - + Trước khi vào và sau khi rời khỏi phòng bệnh.

- + Sau khi sờ mó vào vật dơ bẩn.
- + Sau khi tháo găng.
- Cung cấp phương tiện, vật chứa cho bệnh nhân để chứa các dịch tiết, chất thải (đờm, nước tiểu, phân). Khi ho, hắt hơi nên bao phủ miệng và mũi để tránh nước bọt bắn ra ngoài.
- Không để các bệnh nhân dùng chung vật dụng.
- Tránh tung bụi khi quét dọn.
- Lau sạch sàn nhà và tường.
- Đặt vật sạch xa các vật bẩn.
- Phòng bệnh phải thoáng để không khí vận chuyển được.
- Áp dụng biện pháp cách ly cho bệnh nhân nhiễm.

3.2. Vô khuẩn ngoại khoa

3.2.1. Định nghĩa: Vô khuẩn ngoại khoa, là tình trạng trong đó những vùng, vật hoàn toàn không có sự hiện diện của vi khuẩn kể cả bào tử. Vô khuẩn ngoại khoa được áp dụng trong các thủ thuật mà dụng cụ:

- Phải xuyên qua da (tiêm, chọc, dò).
- Xuyên hoặc tiếp xúc với vùng vô trùng (thông tiểu).
- Tiếp xúc với các vùng da, niêm mạc không còn nguyên vẹn (như vết thương, phẫu thuật, sinh đẻ).

3.2.2. Mục đích: Vô khuẩn ngoại khoa là biện pháp để bảo vệ một vật hay một vùng được hoàn toàn vô khuẩn.

3.2.3. Nguyên tắc áp dụng của vô khuẩn

- Dùng kim vô khuẩn hay mang găng vô khuẩn để tiếp xúc với các vật vô khuẩn.
- Không được choàng tay qua vùng vô khuẩn.
- Không được nói chuyện, ho, hắt hơi vào vùng vô khuẩn.
- Khi đi ngang qua vùng vô khuẩn, không được quay lưng về hướng vô khuẩn.
- Vật vô khuẩn bị ướt được xem như không còn vô khuẩn.
- Bình kim tiếp liệu vô khuẩn phải được giữ khô ráo (không ngâm dung dịch).
- Mở gói đồ vô khuẩn phải để xa thân người, không để chạm vào áo quần.
- Phần dưới thắt lưng không được xem là vô khuẩn.
- Khi đã mang đồ vật ra khỏi hộp hay gói đồ vô khuẩn không được đặt trả lại.
- Nếu nghi ngờ tình trạng vô khuẩn của một vật phải xem vật đó không vô khuẩn.

4. Phương pháp khử khuẩn - tiệt khuẩn

4.1. Tiệt khuẩn.

4.1.4. Phương pháp vật lý

4.1.4.1. Hơi nóng ẩm dưới áp lực

- Áp lực chỉ để làm tăng nhiệt độ của hơi nước vì vậy căn bản của việc khử khuẩn này là bề mặt của vật phải được tiếp xúc với hơi nước.

- Khi sử dụng máy phải cho không khí ra ngoài để nhiệt độ được hoàn hảo. Thời gian tiệt khuẩn được tính từ khi nhiệt kế ở lối ra chỉ tới nhiệt độ cần thiết.
- Khi sử dụng máy đang hoạt động có áp lực phải khóa an toàn ở cửa của máy, không được mở đến khi không còn áp lực.

a. Ích lợi của phương pháp tiệt khuẩn bằng lò hấp hơi nước dưới áp lực là:

- Tiêu diệt các vi khuẩn kể cả bào tử trong một thời gian ngắn.
- Các vật dụng được hơi nước ngấm đều.
- Tiệt khuẩn được nhiều loại dụng cụ và vật dụng khác nhau.
- Dễ kiểm soát hơn các máy tiệt khuẩn khác.

b. Bất lợi của phương pháp này là:

- Không thể khử khuẩn các loại dầu mỡ, phấn bột.
- Sử dụng máy không đúng sẽ đưa đến mất an toàn và không hiệu quả.

Quy trình kỹ thuật	Lý do
Chuẩn bị dụng cụ	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Các đồ vật và dụng cụ phải được rửa sạch không được dính dầu mỡ rỉ sét v.v 2. Các đồ vật vải không có lỗ rách và vết dơ. 3. Cạnh các gói đồ không lớn quá 50 cm, không gói chặt quá, không lỏng nhưng vẫn giữ được đồ vật bên trong. 4. Các khóa khớp của đồ vật phải để hở. 5. Các hộp lọ có nắp khi để vào máy phải mở nắp để hơi nước thấm vào. 6. Các gói đồ có đồ vật bên trong khác tính chất như đồ kim loại và cao su phải được ngăn cách bằng gạc hoặc giấy ngăn. 7. Các gói kiểm tra sự tiệt khuẩn phải đặt giữa gói. 8. Các gói đồ để xen kẽ nhau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hơi nước sẽ không hòa tan được dầu mỡ. - Sẽ không đảm bảo vô khuẩn khi sử dụng. - Hơi nước tiếp xúc. - Sự chịu nóng của các đồ vật khác nhau. - Đảm bảo sự tiệt khuẩn
* Sử dụng máy	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Đóng và khóa cửa lại. 2. Mở van cho nước vào ngăn. 3. Khi nhiệt độ lên đến 250⁰F (121⁰C) thì bắt đầu tính thời gian (bảng 1). 4. Cuối thời gian tiệt khuẩn đóng van cho hơi nước vào ngăn lại, mở van thoát hơi. 5. Khi kim chỉ ở áp lực số không mở cửa máy, lấy dụng cụ ra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hơi nước vận hành khắp nơi trong lò. - Máy chưa thoát hơi, mở cửa áp suất thay đổi đột ngột sẽ nguy hiểm.

6. Chùi rửa máy mỗi ngày.	
---------------------------	--

Bảng 1. Bảng đề nghị thời gian để đồ vật trong máy tiệt khuẩn ở 250⁰F (121⁰C)

Dụng cụ đồ vật	Thời gian
- Dụng cụ để trong mâm, khay, gói lớp vải thường. - Găng tay, cao su để trong bao vải. - Các bộ dụng cụ dùng giải phẫu gói vải 2 lớp.	15 phút 15 phút 30 phút

4.1.4.2. Hơi nóng khô.

a. Ích lợi của việc tiệt khuẩn bằng sức nóng khô:

- Các dụng cụ nhọn sắc bén không bị cùn, mòn.
- Các dụng cụ bằng thủy tinh không bị cùn, mòn.
- Các loại dầu (chất nhờn) phân bột khi tiệt khuẩn sẽ hữu hiệu hơn.

b. Bất lợi của phương pháp này là:

- Thời gian tiệt khuẩn kéo dài hơn.
- Nhiệt độ cao của máy hấp nóng khô để làm hư hỏng vải và cao su.
- Thời gian và nhiệt độ được thay đổi tùy dụng cụ được tiệt khuẩn.
- Vật chứa gói đồ và số lượng dụng cụ cũng ảnh hưởng đến thời gian và nhiệt độ.

Quy trình kỹ thuật	Lý do
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cho các đồ vật cần tiệt khuẩn xen kẽ nhau vào các ngăn của lò. 2. Gói to và dài đặt ở bên dưới, gói nhỏ đặt ở bên trên, vật để xa thành lò. 3. Các lọ hộp phải mở nắp. 4. Cho những hộp có cùng tính chất, cùng thời gian và nhiệt độ như nhau thì hấp cùng một lúc. 5. Không được đặt thêm các đồ vật khác vào khi máy đang hoạt động. 	<p>Để hơi nóng tỏa đều khắp các bề mặt món đồ</p> <p>Bảo quản món đồ không bị hỏng.</p> <p>ảnh hưởng đến hiệu quả tiệt</p>
<ol style="list-style-type: none"> 6. Vận máy cho nóng, nếu có máy điều nhiệt nên sử dụng để duy trì nhiệt độ cần thiết. 7. Tính thời gian khi nhiệt kế chỉ đúng nhiệt độ cần thiết (bảng 2). Khi đủ thời gian tắt máy hấp. 8. Không được mở cửa trong suốt thời gian được tiệt khuẩn. 9. Khi các đồ vật nguội mang ra khỏi lò, hơi nóng tỏa đều khắp các bề mặt món đồ. 	

Bảng 2. Đề nghị thời gian và nhiệt độ cho các loại cần tiệt khuẩn bằng hơi nóng khô

Tên dụng cụ	Nhiệt độ (⁰ C)	Thời gian
Thủy tinh	160	60 phút
Kim để tiêm	160	120 phút
Chất nhờn	160	120 phút
Kim loại	160	60 phút

4.1.5. Phương pháp hoá học Các dụng cụ không chịu nhiệt.

- Glutaraldehyd: 2% (cidex) 10 giờ.
- Hydrogen peroxid 7,5% thời gian tiệt khuẩn kéo dài từ 3 giờ đến 12 giờ.

4.2. Khử khuẩn

4.2.1. Phương pháp khử khuẩn bằng tia cực tím:

- Chủ yếu dùng để khử khuẩn không khí, môi trường vùng rộng nên đóng kín cửa khi sử dụng. Tránh tiếp xúc vào mắt có thể làm hỏng mắt.
- Điều kiện phụ thuộc vào sự sạch sẽ và khô ráo của dụng cụ.
- Nồng độ của dung dịch.
- Thời gian ngâm dung dịch.
- Sự tiếp xúc của dung dịch với các bề mặt của dụng cụ.

4.2.2. Phương pháp khử khuẩn bằng hoá học:

- Một số loại hoá chất thường dùng:
- Amoni NH₄: Zepheran, Phemeron: dùng khử dụng cụ kim loại bén nhọn.
- Cồn Iod: gây ăn mòn dụng cụ.
- Chlor: Eau dakin, Eau Javel: khử khuẩn sàn nhà, tường.

4.2.3. Khử khuẩn bằng phương pháp đun sôi: Với nhiệt độ 100⁰C, không diệt được bào tử.

6. KỸ THUẬT RỬA TAY

6.1. Mục đích

- Ngăn ngừa sự lan truyền vi khuẩn qua đôi tay.
- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Tuỳ theo trường hợp mà áp dụng các hình thức rửa tay khác nhau.

6.2. Nguyên tắc rửa tay

- Tháo bỏ đồ trang sức ở tay (nhẫn, vòng, đồng hồ...).
- Mặc trang phục y tế.
- Móng tay phải cắt ngắn.
- Khi xả nước bàn tay luôn luôn ở tư thế ngón tay ở vị trí cao nhất.

6.3. Rửa tay thường quy

6.3.1. Chỉ định

- Trước và sau khi tiếp xúc với người bệnh.

- Trước và sau khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc người bệnh.
- Sau khi tháo găng tay.
- Trước và sau khi ăn.
- Sau khi đi vệ sinh.
- Sau khi tiếp xúc với vật bẩn, chất thải.
- Trước khi rời khỏi khoa phòng.

6.3.2. Dụng cụ

- Nguồn nước: phải có cần gạt bằng khuỷu tay, chân để tránh nhiễm khuẩn vào nơi vòi nước.
- Lavabo: đủ cao, rộng, tránh văng nước ra ngoài và ướt quần áo của người đứng rửa.
- Xà phòng: nước hoặc dung dịch rửa tay khử khuẩn.
- Dụng cụ làm khô tay:
- Khăn: hộp đựng, dùng 1 lần.
- Giấy: hộp đựng, dùng 1 lần.
- Máy cảm ứng (sấy khô bằng sức nóng).
- Vật chứa khăn đã dùng rồi hoặc túi rác giấy bẩn.

6.3.3. Tiến hành kỹ thuật

- Tháo trang sức, móng tay đã cắt ngắn
- Mang khẩu trang, mũ, mắt kính (nếu cần)
- Làm ướt tay
- Lấy 2 - 3 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay
- Cọ sát 2 lòng bàn tay, và kẽ ngón tay đan vào nhau
- Cọ sát 2 lưng bàn tay (úp lòng bàn tay này lên lưng bàn tay kia) và kẽ ngón tay (chú ý cạnh bên ngón út)
- Cọ sát khắp phần ngón tay cái (2 bên)
- Chụm các đầu ngón tay của bàn tay này, miết vào lòng của bàn tay kia và ngược lại
- Rửa sạch tay dưới vòi nước (bàn tay thấp hơn khuỷu tay)
- Lau khô tay



Các bước rửa tay thường quy

6.4. Rửa tay thủ thuật (rửa tay nhanh ngoại khoa)

6.4.1. Chỉ định: Trước khi làm các thủ thuật có xâm lấn (chọc dò màng bụng, màng phổi).

6.4.2. Dụng cụ

- Nguồn nước: phải có cần gạt bằng khuỷu tay, chân để tránh nhiễm khuẩn vào nơi vòi nước.
- Lavabo: đủ cao, rộng, tránh văng nước ra ngoài và ướt quần áo của người đứng rửa.
- Dung dịch rửa tay khử khuẩn cao.
- 1 bàn chải vô khuẩn.
- Khăn lau tay vô khuẩn.
- Vật chứa khăn đã dùng rồi hoặc giấy túi rác chứa giấy bẩn.
- Cồn 70 độ.

6.4.3. Tiến hành kỹ thuật

- Tháo trang sức, móng tay đã cắt ngắn
- Mang khẩu trang, mũ, mắt kính (nếu cần)
- Làm ướt tay
- Lấy 2 - 3 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay
- Cọ sát 2 lòng bàn tay, và kẽ ngón tay đan vào nhau

- Cọ sát 2 lòng bàn tay (úp lòng bàn tay này lên lòng bàn tay kia) và kẽ ngón tay (chú ý cạnh bên ngón út)
- Cọ sát khắp phần ngón tay cái (2 bên)
- Chụm các đầu ngón tay của bàn tay này, miết vào lòng của bàn tay kia và ngược lại
- Rửa sạch tay dưới vòi nước (bàn tay thấp hơn khuỷu tay)
- Dùng bàn chải vô khuẩn chà móng, ngón, bàn và cẳng tay với dung dịch rửa tay cho lần lượt từng bàn tay một
- Rửa sạch 2 bàn tay dưới vòi nước vô khuẩn
- Lau khô tay, mang găng tay vô khuẩn

6.4.4. Lưu ý

- Mũ che kín tóc, mang khẩu trang.
- Quan sát cắt ngắn móng tay.
- Tháo bỏ trang sức, nhẫn có mặt, đồng hồ.

6.5. Rửa tay phẫu thuật

6.5.1. Chỉ định

- Trước khi tham gia phẫu thuật
- Bác sĩ phẫu thuật.
- Bác sĩ phụ phẫu thuật.
- Điều dưỡng vòng trong.

6.5.2. Dụng cụ

- Nguồn nước: phải có cần gạt bằng khuỷu tay, chân để tránh nhiễm khuẩn vào nơi vòi nước.
- Lavabo: đủ cao, rộng, tránh văng nước ra ngoài và ướt quần áo của người đứng rửa.
- Dung dịch rửa tay khử khuẩn cao.
- 2 bàn chải vô khuẩn.
- Khăn lau tay vô khuẩn.
- Vật chứa: khăn đã dùng rồi hoặc giấy.
- Cồn 70 độ.

6.5.3. Tiến hành kỹ thuật

- Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo trang sức, kiểm soát móng tay, đeo khẩu trang, xắn tay áo quá khuỷu > 5 cm
- Làm ướt tay
- Lấy 2 - 3 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay
- Cọ sát 2 lòng bàn tay, và kẽ ngón tay đan vào nhau
- Cọ sát 2 lưng bàn tay (úp lòng bàn tay này lên lòng bàn tay kia) và kẽ ngón tay (chú ý cạnh bên ngón út)
- Cọ sát khắp phần ngón tay cái (2 bên)
- Chụm các đầu ngón tay của bàn tay này, miết vào lòng của bàn tay kia và ngược lại
- Rửa sạch tay dưới vòi nước (bàn tay thấp hơn khuỷu tay)

- 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
- Đánh cọ lòng và lưng bàn tay
- Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5 cm
- Rửa sạch tay dưới vòi nước vô khuẩn
- Thay bàn chải
- Thực hiện lại các bước đối với bàn tay kia
- Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn
- Để 2 tay phía trước mặt, trên thắt lưng

6.5.4. Lưu ý

- Tháo bỏ cả đồng hồ và nhẫn trơn.
- Mũ che kín tóc, mang khẩu trang.
- Quan sát cắt ngắn móng tay.
- Tháo trang sức.

7. MANG VÀ THÁO GĂNG TAY VÔ KHUẨN

7.1. Mục đích: Tiếp cận với vùng, vật vô khuẩn.

7.2. Dụng cụ: Chuẩn bị đôi găng tay phù hợp về kích cỡ và hạn dùng.

7.3. Tiến hành kỹ thuật

7.3.1. Mang găng vô khuẩn

- Chọn cỡ găng tay thích hợp
- Kiểm soát móng tay, tháo trang sức, đồng hồ
- Rửa tay thủ thuật
- Mở bao để lộ găng, không phạm vào vùng vô khuẩn
- Tay chưa mang găng cầm mặt trong của găng ở nếp gấp cổ tay, mang cho tay còn lại
- 4 ngón của bàn tay đang mang găng đặt vào nếp gấp mặt ngoài cổ găng, ngón cái dang ra
- Mang vào tay còn lại an toàn
- Sửa lại những ngón tay đeo găng
- Để 2 tay đã mang găng phía trước mặt trong tầm mắt, trên thắt lưng

7.3.2. Tháo găng tay

- Tay đang mang găng nắm vào mặt ngoài của găng ở cổ tay găng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài
- Tay đã tháo găng nắm vào mặt trong của găng ở cổ tay găng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài
- Cho găng dơ (bắn) vào túi rác y tế
- Rửa tay nội khoa

7.4. Những điểm cần lưu ý

7.4.1. Mang găng tay vô khuẩn

- Tay chưa mang găng chạm vào mặt trong của găng.
- Tay mang găng rồi chạm vào mặt ngoài của găng.
- Tay đã mang găng luôn để trước mặt, trong tầm mắt và cao hơn thắt lưng.
- Tay đang mang găng chạm vào mặt ngoài của găng ở cổ tay găng.
- Tay đã tháo găng rồi chạm vào mặt trong của găng ở cổ tay găng.
- Luôn chú ý giữ cho tay không chạm vào vùng bản của găng.
- Phải rửa tay thường quy lại sau khi tháo găng.

8. TẮY UẾ VÀ BẢO QUẢN DỤNG CỤ TRONG BUỒNG BỆNH

8.1. Mục đích

- Để ngừa sự lây nhiễm chéo trong phòng bệnh.
- Để bảo quản dụng cụ lâu bền.

8.2. Chỉ định: Dụng cụ thủy tinh, dụng cụ cao su, dụng cụ kim loại, dụng cụ tráng men, giường ghế, tủ đầu giường.

8.3. Dụng cụ

- Xà bông (phòng).
- Bàn chải
- Bột tẩy, acid Chlohydric (nếu cần).
- Dung dịch khử khuẩn.
- Khăn lau khô.
- Phần talc.
- Vải miếng, vải thưa.

8.4. Kỹ thuật tiến hành

8.4.1. Dụng cụ thủy tinh: ly, ống bơm hút.

- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 1 để khử nhiễm.
- Rửa các dụng cụ bằng nước ấm và xà phòng cho sạch, lau khô.
- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 2.
- Rửa lại sạch và lau khô bằng khăn vô khuẩn, trả về chỗ cũ.

8.4.2. Dụng cụ cao su: túi chườm nóng, lạnh, vòng hơi, tấm cao su

8.4.2.1. Túi chườm nóng lạnh

- Rửa mặt ngoài, mặt trong của túi bằng xà phòng và nước cho sạch.
- Lau khô mặt ngoài túi.
- Treo ngược túi ở nơi mát để lòng túi được khô.
- Thoa phần talc mặt ngoài túi, cho khí vào túi, đậy nút lại và cất vào chỗ mát.

8.4.2.2. Vòng hơi cao su lót vùng móng

- Dùng bàn chải, xà phòng và nước rửa sạch mặt ngoài vòng. (Nếu vòng có dính chất tiết thì phải ngâm dung dịch khử khuẩn trước khi rửa).
- Lau khô hoặc phơi ở nơi mát.
- Thoa phần talc mặt ngoài vòng.
- Cho khí vào vòng hơi, đậy nút lại cất vào nơi mát.

8.4.2.3. Tấm cao su

- Dùng bàn chải, xà phòng và nước rửa sạch 2 mặt của tấm cao su. (Nếu có dính chất tiết thì

phải ngâm dung dịch khử khuẩn trước khi rửa).

- Lau khô hoặc phơi ở nơi mát.
- Thoa phấn talc 2 mặt tấm cao su.
- Cuốn tròn lại và cất vào chỗ mát (tránh làm gập gãy tấm cao su).

8.4.3. Dụng cụ kim loại: bồn tiêu, tiểu, bồn hạt đậu, trụ treo.

8.4.3.1. Bồn hạt đậu

- Dùng bàn chải, xà phòng và nước rửa sạch. (Nếu có dính chất tiết thì phải ngâm dung dịch khử khuẩn trước khi rửa).
- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 2.
- Rửa sạch, lau khô bằng khăn vô khuẩn. Cất vào chỗ quy định.

8.4.3.2. Bồn tiêu - tiểu

- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 1 để khử nhiễm.
- Dùng bàn chải, xà phòng và nước chà rửa sạch bên trong và ngoài, lau khô.
- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 2.
- Rửa sạch, lau khô bằng khăn vô khuẩn. Cất vào chỗ quy định.

8.4.3.3. Trụ treo

- Lau rửa trụ treo bằng xà phòng và nước cho sạch.
- Lau khô.
- Dùng dầu hôi chà trụ cho thật bóng và trả về chỗ quy định.

8.4.4. Dụng cụ tráng men: thau, mâm, ống nhỏ cá nhân, bồn hạt đậu.

- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 1 để khử nhiễm.
- Dùng bàn chải, xà phòng, bột chùi và nước chà rửa sạch bên trong và ngoài, lau khô.
- Ngâm dung dịch khử khuẩn lần 2.
- Rửa sạch, lau khô bằng khăn vô khuẩn. Cất vào chỗ quy định.

8.4.5. Giường ghế, tủ đầu giường.

- Chùi rửa giống trong qui trình rửa giường và vùng phụ cận.
- Sắp xếp các dụng cụ ngăn nắp.

8.5. Dọn dẹp dụng cụ.

- Rửa thau với nước và xà bông thật sạch, lau khô.
- Giặt bàn chải, giẻ lau bằng xà bông và nước, phơi khô ngoài nắng.
- Bỏ rác vào thùng rác.
- Trả tất cả các dụng cụ về chỗ cũ.

8.6. Những điểm cần lưu ý

- Rửa và tẩy dụng cụ hàng ngày để tổng chất bẩn (dơ) bám chặt nhiều ngày khó rửa sạch.
- Đồ dùng riêng cho mỗi người bệnh không cần phải tiệt khuẩn mỗi ngày sau khi rửa.
- Chùi rửa đồ dùng riêng người bệnh hàng ngày để làm giảm sự hiện diện của vi khuẩn một cách tối đa.

9. CÁCH RỬA, LAU CHÙI VÀ CHUẨN BỊ DỤNG CỤ ĐỂ KHỬ KHUẨN, TIỆT KHUẨN

9.1. Mục đích:

- Để có dụng cụ và vật dụng để đảm bảo về mặt vô trùng.
- Để giữ vững vật dụng và dụng cụ được bền.

9.1. Chỉ định: Tất cả các loại dụng cụ

9.2. Dụng cụ: Thau đựng nước ấm, vải lau, bàn chải, que gòn, vải thưa, xà phòng, bột tẩy, khăn hoặc giấy lót, dây cột, băng keo.

9.3. Kỹ thuật tiến hành:

9.4.1. Dụng cụ kim loại:

- Kềm, kéo
- Sau khi ngâm dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Dùng bàn chải chà rửa chú ý các nếp gấp và chỗ nối
- Lau khô và kiểm soát dụng cụ có hư không.
- Đóng gói, dán nhãn và ghi ngày giờ, gởi tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm dưới áp lực.

9.4.2. Dụng cụ tráng men:

- Sau khi ngâm dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Dùng bàn chải chà rửa.
- Lau khô, dùng khăn hoặc giấy gói lại.
- Đóng gói, dán nhãn và ghi ngày giờ, gởi tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm dưới áp lực.

9.4.3. Dụng cụ cao su:

- Sau khi ngâm dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Các loại ống thông dùng bơm tiêm xà rửa.
- Lau khô, dùng khăn hoặc giấy gói lại.
- Đóng gói, dán nhãn và ghi ngày giờ, gởi tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm dưới áp lực.

9.4.4. Dụng cụ các ống nội soi:

- Tháo rời các phần tháo được của dụng cụ
- Sau khi ngâm dung dịch khử khuẩn ban đầu, rửa sạch bằng nước.
- Ngâm dung dịch khử khuẩn mức độ cao, kiểm tra dụng cụ.
- Rửa sạch lại bằng nước cất và lau khô vô khuẩn.
- Cho vào hộp vô khuẩn, ghi ngày giờ tiệt khuẩn. Cất vào nơi quy định.

9.4.5. Đồ vải, bông băng:

9.4.5.1. Đồ vải

- Giặt sạch bằng xà bông và nước (nếu có chất tiết thì ngâm dung dịch khử khuẩn ban đầu). Kiểm tra xem có bị rách không, phơi khô.
- Xếp rẽ quạt, gói lại vừa chặt trong khăn dày, dán nhãn và ghi ngày giờ, gởi tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm dưới áp lực.

9.4.5.2. Bông băng

- Gói từng gói nhỏ bằng khăn hoặc giấy hay xếp trong hộp.
- Dán nhãn và ghi ngày giờ, gởi tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm dưới áp lực.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trong phương pháp tiệt khuẩn bằng sấy khô, với nhiệt độ sấy 180°C thì thời gian cần thiết phải sấy là:

- A. 30 phút B. 1 giờ C. 1 giờ 30 phút D. 2 giờ

2. Trong phương pháp tiệt khuẩn bằng sấy khô, với nhiệt độ sấy 170°C thì thời gian cần thiết phải sấy là:

- A. 30 phút B. 1 giờ C. 1 giờ 30 phút D. 2 giờ

3. Nhiệt độ của tiệt khuẩn dụng cụ y tế bằng nhiệt nóng ẩm:

- A. 120°C trong 15 phút B. 134°C trong 5 phút
C. 125°C trong 25 phút D. Hai câu (A), (B) đúng

4. Đặc điểm của tiệt khuẩn là:

- A. Diệt và làm giảm hầu hết các vi sinh vật, trừ nha bào
B. Loại bỏ toàn bộ vi sinh vật kể cả nha bào trên dụng cụ y tế
C. An toàn cho người bệnh và nhân viên y tế
D. Phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh

Bài 4: SƠ CỨU VẾT THƯƠNG KỸ THUẬT ĐẶT GARO CẦM MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích và nguyên tắc xử trí vết thương.
- 1.2. Trình bày được các dấu hiệu và triệu chứng vết thương bụng, vết thương đầu và vết thương ngực.
- 1.3. Trình bày được chỉ định, nguyên tắc đặt garo.
- 1.4. Trình bày được 3 loại chảy máu trong hệ thống tuần hoàn và cách xử trí.
- 1.5. Trình bày được các triệu chứng và dấu hiệu mất máu.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện đúng các bước sơ cứu vết thương phần mềm, vết thương bụng, vết thương ngực, vết thương đầu trên người bệnh đóng vai theo bảng kiểm.
- 2.2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá kỹ năng sơ cứu của từng loại vết thương.
- 2.3. Thực hiện đúng kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu bằng băng ép và garo.
- 2.4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá kỹ năng cầm máu.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

Bài 4.1: SƠ CỨU VẾT THƯƠNG

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ VẾT THƯƠNG, MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN TẮC SƠ CỨU VẾT THƯƠNG

1.1. Thế nào là vết thương



- Vết thương là sự cắt đứt hoặc giập rách da và tổ chức dưới da hoặc các tổ chức khác của cơ thể.
- Vết thương kín là máu không thoát ra ngoài cơ thể.
- Vết thương hở là máu được thoát ra ngoài cơ thể.

1.2. Mục đích của việc sơ cứu vết thương phần mềm

- Cầm máu hoặc không 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 giảm nguy cơ nhiễm khuẩn).

1.3. Nguyên tắc

- Người cứu phải sử dụng găng cao su khi tiếp xúc vết thương (trường hợp không có găng cao su, có thể dùng găng nilon để đảm bảo da tay không tiếp xúc với máu nạn nhân).
- Sử dụng dụng cụ sơ cứu vô khuẩn hoặc sạch nhất trong điều kiện có thể.

2. Sơ cứu và sơ cứu những vết thương phần mềm (Điều dưỡng đi găng trước khi sơ cứu): Tất cả vết thương chảy máu đều phải tiến hành cầm máu.

2.1. Vết thương nhỏ

- Rửa sạch vết thương bằng nước chín, NaCl 0.9% (nếu có điều kiện)
- Thấm khô.
- Sát khuẩn xung quanh vết thương bằng Betadine/ Povidine hoặc cồn 70⁰ hoặc cồn iod loãng.
- Đặt gạc vô khuẩn kín vết thương rồi băng lại.



2.2. Vết thương lớn

- Đối với vết thương bề mặt rộng và sâu: Để vết thương liền nhanh ta có thể khâu vết thương khi:

- + Vết thương chưa xảy ra quá 12 giờ.
- + Vết thương không có đất cát và dị vật bên trong.
- + Không có cán bộ chuyên môn hoặc chuyển đến bệnh viện được.
- + Trước và sau khi khâu ta đều phải rửa và sát khuẩn xung quanh vết thương rồi đặt gạc vô khuẩn băng lại.
- + Chỉ lấy dị vật hoặc bụi bẩn ra khỏi vết thương khi có thể lấy ra dễ dàng, không được thăm dò vết thương.
- Không rút hoặc gắp dị vật nằm sâu và chắc bên trong (để phòng chảy máu).
- Chuyển ngay nạn nhân đến cơ sở Y tế ngoại khoa.
- Khi chuyển cần cố định vết thương vào phần không bị tổn thương (treo tay bị tổn thương vào ngực...)



3. Sơ cứu và chăm sóc vết thương bụng (Điều dưỡng đi găng trước khi sơ cứu)

3.1. Dấu hiệu triệu chứng

- Đau khắp ổ bụng.



- Chảy máu từ vết thương ở vùng bụng.
- Có thể nhìn thấy ruột.
- Nạn nhân có thể bị nôn.
- Có thể có dấu hiệu và triệu chứng của sốc.

3.2. Xử trí cấp cứu

3.2.1. Trường hợp ruột chưa lòi ra ngoài

- Sát khuẩn xung quanh vết thương, đặt gạc vô khuẩn băng ép cầm máu.
- Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi, chống 2 chân để tránh hở vết thương (đệm ở khoeo chân).
- Nếu nạn nhân ngừng thở ngừng tim thì tiến hành hồi sức hô hấp tuần hoàn ngay.
- Không cho nạn nhân ăn uống bất cứ thứ gì.
- Nếu nạn nhân ho hoặc nôn thì lấy tay ép nhẹ lên trên vùng vết thủng để tránh ruột lòi ra ngoài.
- Kiểm tra mạch đập, nhịp thở 10 phút/1 lần, ưu tiên chuyển ngay nạn nhân đến bệnh viện.

3.2.2. Trường hợp một phần ruột lòi ra ngoài

- Không được chạm vào vết thương, không được đẩy ruột vào trong.
- Phủ một miếng gạc có tẩm nước muối sinh lý (NaCl 0,9%) hoặc pha 1 thìa cà phê muối vào 1 lít nước) lên vết thương. Rồi dùng 1 bát vô khuẩn úp lên trên vùng bị thương rồi dùng băng cuộn băng lại.
- Nếu nạn nhân ho hoặc nôn thì lấy tay áp nhẹ lên trên vùng vết thủng để tránh ruột lòi ra thêm.



4. Sơ cứu và chăm sóc cấp cứu các vết thương ngực (Điều dưỡng đi găng trước khi sơ cứu).

4.1. Sơ cứu vết thương đâm xuyên

4.1.1. Dấu hiệu và triệu chứng

- Đau trong ngực.
- Khó thở và thở nông (vì không có khí trong lồng ngực)
- Tím tái mô và đầu chi.
- Ho ra máu đỏ tươi có lẫn bọt nếu tổn thương phổi.
- Có bọt màu hồng ở miệng vết thương khi thở.
- Có dấu hiệu và triệu chứng của sốc.

4.1.2. Xử trí

- Dùng bàn tay bịt kín miệng vết thương.
- Đặt nạn nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi nghiêng về phía phổi bị tổn thương để nạn nhân dễ thở.



- Đặt 1 miếng gạc vô khuẩn lên miệng vết thương.
- Phủ lên miếng gạc 1 miếng giấy bóng hoặc nilon.
- Dùng băng dính dán kín 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 băng dính cả 2 lỗ.
- Phòng và xử trí sốc.
- Cấp cứu ưu tiên chuyên ngay nạn nhân tới Bệnh viện.
- Trường hợp có dị vật thì không được rút ra mà đặt 1 vành khăn lên vết thương rồi băng lại.

4.2. 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 2 lồng ngực bị tổn thương ngực nạn nhân.
- Các bước sao xử trí như vết thương đâm xuyên.

4.3. Sơ cứu vết thương có mảng di động

- Vết thương ngực có gãy xương sườn làm nạn nhân khó thở và đau, có thể gây tràn khí màng phổi.
- Khi gặp vết thương ngực có mảng sườn di động, ta phải nhanh chóng cố định thành ngực nạn nhân lại.
- Áp một vật chắc như tấm vải gấp lại lên trên phần bị tổn thương của thành ngực dùng băng cuộn băng chặt.

5. Sơ cứu vết thương đầu (Điều dưỡng đi găng trước khi sơ cứu)

5.1. Dấu hiệu và triệu chứng

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

5.2. Xử trí

** Trường hợp rách da chảy máu:*

- Cắt tóc xung quanh vết thương.
- Sát khuẩn vết thương đặt gạc vô khuẩn kín băng lại.

** Trường hợp có não lòi ra ngoài:*

- Không được bôi lên não bất kỳ thứ thuốc gì.
- Phủ lên phần não lòi ra 1 miếng gạc vô khuẩn.
- Đặt 1 vành khăn xung quanh tổ chức não lòi ra rồi dùng băng cuộn băng lại, nếu không có vành khăn thì ta dùng băng lỏng để tránh gây chèn ép não.

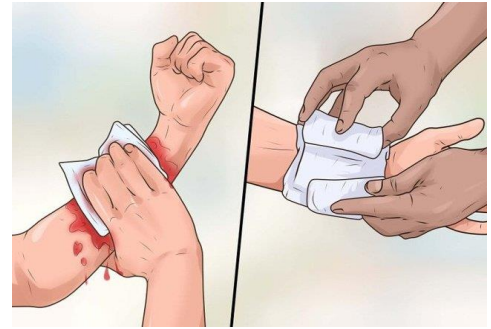


Bài: 4.2: KỸ THUẬT ĐẶT GARO CÂM MÁU

NỘI DUNG

1. 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 để 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.



2. Các loại chảy máu

2.1. Chảy máu động mạch: 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.

2.2. Chảy máu tĩnh mạch: Máu tĩnh mạch có màu đỏ sẫm (trừ máu tĩnh mạch phổi). Khi bị đứt tĩnh mạch máu chỉ tràn ra hoặc phun ra từ từ.

2.3. Chảy máu mao mạch: Mao mạch là những mạch máu nhỏ nối giữa động mạch và tĩnh mạch. Máu rỉ ra từ vết thương trong những trường hợp vết thương là vết cắt hoặc giập nát nhỏ.

3. Triệu chứng

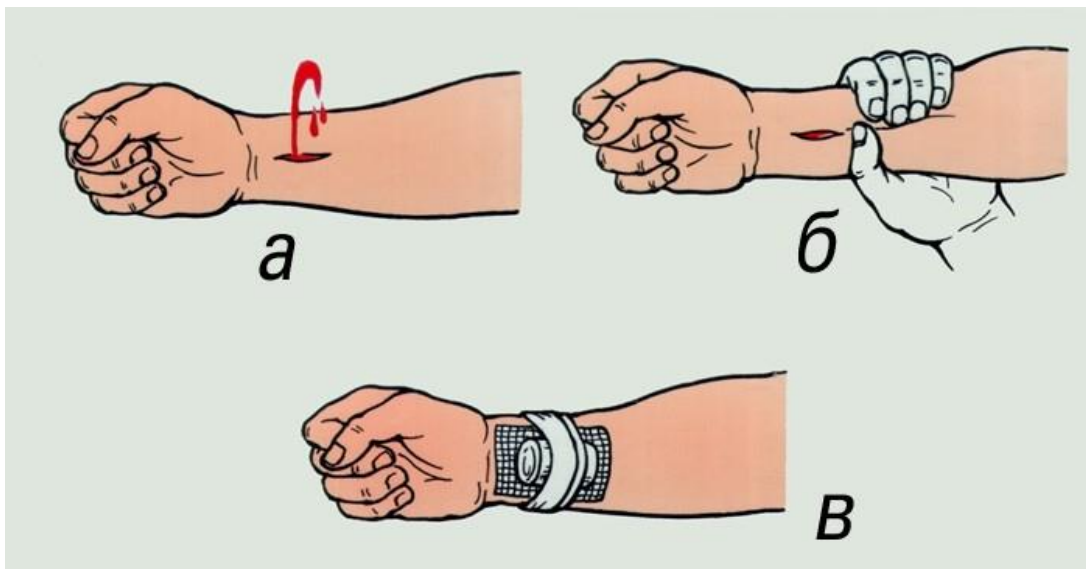
- Bằng chứng của sự mất máu: có thể có hoặc không.
- Da xanh nhợt, lạnh, vã mồ hôi.
- Hoảng hốt, giãy giụa, kích thích, ý thức lú lẫn, lộn xộn, thay đổi mức độ tỉnh táo.
- Nhịp thở nhanh nông (đói không khí).
- Mạch nhanh và yếu.
- Tiến triển dần tới tình trạng "sốc".

4. Kỹ thuật cầm máu

4.1. 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 garo.
- Nếu máu thấm qua bông thì dùng băng quấn thêm lên băng cũ. Đừng tháo bỏ băng cũ khi thấm máu.
- Giữ yên tĩnh cho nạn nhân, động viên an ủi nếu nạn nhân đến khi 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.



4.2. Cầm máu động mạch

4.2.1. Kỹ thuật cầm máu bằng garo

4.2.1.1. Chỉ định

- Đứt động mạch lớn mà băng ép không cầm máu được.
- Cắt cục chi.
- Chi bị dập nát, chảy máu ồ ạt.

4.2.1.2. Nguyên tắc đặt garo (6 nguyên tắc)

- Chặn động mạch: Chặn trên đường đi của động mạch tới vết thương.
- Không đặt garo trực tiếp lên da thịt nạn nhân mà phải có vòng đệm lót.
- Đặt garo trên vết thương từ 2 – 3 cm (2 đối với chi trên và 3 đối với chi dưới).
- Xử lý vết thương phần mềm.
- Tổng số giờ đặt không quá 6 giờ, mỗi giờ nới một lần, nới không quá 1 phút, nới từ từ tới khi đầu chi hồng trở lại.

- Viết phiếu garo, chữ màu đỏ, khung màu đỏ, ưu tiên số 1, buộc vào nạn nhân nơi dễ thấy.

4.2.1.3. Dụng cụ

- Băng cao su mỏng, mềm, đàn hồi tốt, to bản:

+ Chi trên rộng 3 – 5 cm, dài 1,2 m.

+ Chi dưới rộng 5 – 8 cm, dài 2m.

- Một hộp dụng cụ vô khuẩn để xử lý vết thương: Kẹp kocher, kéo, kẹp phẫu tích.

- Gạc vô khuẩn: Gạc cầu, gạc miếng.

- Băng cuộn: Để băng vết thương, để lót khi đặt garo, để treo tay (nếu không có băng chéo).

- Khăn tam giác.

- Dung dịch rửa vết thương: NaCl 0,9 %.....

- Dung dịch sát khuẩn vết thương: Betadine, cồn 70⁰ cồn iod loãng...

- Phiếu garo.

- Garo tùy ứng có thêm: Thanh gỗ hoặc chiếc đĩa bằng gỗ, dây buột.

- Một nẹp gỗ từ quá đầu đến quá khuỷu tay (dùng trong băng ép động mạch cánh).

4.2.1.4. Kỹ thuật tiến hành

*** *Đặt garo chính quy (đi găng tay trước khi tiến hành)***

- Chặn động mạch:

+ Đứt động mạch cẳng tay: Chặn động mạch nếp gấp khuỷu tay.

+ Đứt động mạch cánh tay: Chặn động mạch hõm nách.

+ Đứt động mạch cẳng chân: Chặn động mạch khoeo chân.

+ Đứt động mạch đùi: Chặn động mạch bẹn và cho nạn nhân nằm ngửa.

+ Đứt động mạch thái dương: Chặn ở gốc động mạch cánh.

- Đặt garo cách vết thương 2 - 3 cm đặt vòng băng lót trước khi đặt garo.

+ Vòng 1 cuộn chặt vừa.

+ Vòng 2 cuộn chặt hơn vòng 1.

+ Vòng 3 cuộn chặt nhất (quyết định sự cầm máu).

+ Vòng 4 cuộn lỏng để nhét phần garo còn lại.

- Xử lý vết thương:

+ Rửa sạch vết thương (nếu có di vật: đất, cát...).

+ Thấm khô.

+ Sát khuẩn xung quanh vết thương.

+ Đặt gạc vô khuẩn kín vết thương.

+ Dùng băng cuộn băng lại.

- Cố định tay hoặc chân nếu vết thương ở chi. Treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng khăn tam giác (với tổn thương ở tay).

- Ghi phiếu garo và cài vào nơi dễ nhìn thấy.

- Chuyển nạn nhân:
 - + Chuyển ngay đến khoa ngoại của Bệnh viện .
 - + Theo dõi sát mạch, nhịp thở, da và niêm mạc (trên đường vận chuyển).
- Nói garo theo đúng thời gian và nguyên tắc:
 - + Luồn 2 ngón tay vào vòng cuối cùng nâng lên, rút cuộn garo, vừa cuộn lại vừa nói hết vòng thứ 3 từ từ.
 - + Quan sát vùng dưới vết thương thấy hồng, ấm lại thì cuộn lại đến vòng thứ 3 chặt nhất, vòng thứ 4 nói lỏng để nhét cuộn garo còn lại vào.

*** Đặt garo tùy ứng**

- Chặn động mạch.
- Dùng gạc (vải) quấn quanh trên vết thương 2 - 3 cm.
- Buộc dây vải đè lên trên miếng gạc (vải).
- Dùng thanh gỗ (hoặc đũa gỗ) lồng vào dây vừa cột xoắn nhiều vòng theo chiều kim đồng hồ đến khi máu ngừng chảy.
- Giữ nguyên thanh gỗ (hoặc đũa gỗ), cố định vào chi bằng dây buộc, tránh va chạm vào vết thương.
- Xử lý vết thương phần mềm.
- Treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng khăn tam giác.
- Ghi phiếu garo cài vào nơi dễ nhìn thấy.
- Chuyển nạn nhân:
 - + Chuyển ngay đến khoa ngoại của Bệnh viện .
 - + Theo dõi sát mạch, nhịp thở, da và niêm mạc (trên đường vận chuyển).

4.2.2. Băng ép động mạch cảnh: Áp dụng cho các trường hợp đứt 1 bên mạch cảnh thái dương hoặc phần trên của động mạch cảnh.

- Chặn gốc mạch cảnh.
- Xử lý vết thương
- Đặt 1 vật (băng, gạc cuộn chặt lại) chặn ngăn lên trên động mạch.
- Đặt nẹp bên đối diện vết thương.
- Cố định vào nẹp, cố định nẹp vào đầu, cuộn băng vào nẹp xuống tương ứng vật chặn, tại chỗ để cầm máu.
- Tiếp tục băng cánh tay vào nẹp, vào thân bằng băng cuộn.
- Treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng khăn chéo.
- Viết phiếu garo nhưng không có giờ nói (không nói).
- Chuyển nạn nhân:
 - + Chuyển ngay đến khoa ngoại của Bệnh viện.
 - + Theo dõi sát mạch, nhịp thở, da và niêm mạc (trên đường vận chuyển).

4.2.3. Xử trí đứt động mạch tại bẹn, nách (ở vị trí sát sao gốc động mạch nách, bẹn)

- Đặt trực tiếp gạc vô khuẩn lên vết thương.
- Dùng nhiều gạc cuộn chặt lại đặt lên vết thương.
- Dùng băng cuộn to bản băng ép chặt (băng nhồi) để cầm máu.
- Đặt nạn nhân ở tư thế đầu thấp nếu điều kiện cho phép và chuyển thật nhanh đến Bệnh viện ngoại khoa gần nhất.

4.2.4. Chăm sóc trường hợp nạn nhân mất nhiều máu

- Đặt nạn nhân nằm ngửa đầu nghiêng về một bên.
- Nâng cao chân nếu điều kiện cho phép.
- Nới rộng quần áo, dây lưng cho nạn nhân.
- Đắp ấm cho nạn nhân.
- Kiểm tra mạch đập, nhịp thở 10 phút/lần.
- Không cho nạn nhân uống bất cứ thứ gì (nếu nghi có tổn thương ống tiêu hoá).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT GARO CHÍNH QUY CẦM MÁU

STT	KỸ THUẬT TIỀN HÀNH
1	Giải thích, động viên, để nạn nhân ngồi
2	Nhận định tình trạng vết thương
3	Chặn động mạch, hướng dẫn nạn nhân hoặc người phụ chặn động mạch
4	Chuẩn bị dụng cụ: - Mâm hoặc khay chữ nhật chứa: Băng Esmarch (băng cao su), gạc - Băng vải, băng tam giác, kim băng - Phiếu garo, găng tay, khăn tam giác (nếu cần)
5	Điều dưỡng mang găng, đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo vị trí vết thương và tình trạng nạn nhân
6	Quấn vòng băng lót quanh chi phía trên vết thương 3 - 5 cm
7	Đặt băng Esmarch quấn vòng lên băng lót, băng 4 vòng như sau: - Vòng 1: Băng vừa phải - Vòng 2: Băng chặt hơn vòng 1 - Vòng 3: Chặt nhất, quyết định sự cầm máu - Vòng 4: Cố định bằng kim băng hoặc nhét cuộn băng garo còn lại vào vòng băng trên đường đi của động mạch
8	Kiểm tra sự chảy máu tại vết thương, đặt gạc lên vết thương và băng lại
9	Đổi vị trí chi trên dùng khăn tam giác treo tay nạn nhân theo tư thế cơ năng
10	Viết phiếu garo cài trước ngực, ưu tiên số 1
11	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT ĐẶT GARO CHÍNH QUY CẦM MÁU

STT	KỸ THUẬT TIỀN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích, động viên, để nạn nhân ngồi		
2	Nhận định tình trạng vết thương		
3	Chặn động mạch, hướng dẫn nạn nhân hoặc người phụ chặn động mạch		
4	Chuẩn bị dụng cụ: - Mâm hoặc khay chữ nhật chứa: Băng Esmarch (băng cao su), gạc - Băng vải, băng tam giác, kim băng - Phiếu garo, găng tay, khăn tam giác (nếu cần)		
5	Điều dưỡng mang găng, đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo vị trí vết thương và tình trạng nạn nhân		
6	Quấn vòng băng lót quanh chi phía trên vết thương 3 - 5 cm		
7	Đặt băng Esmarch quấn vòng lên băng lót, băng 4 vòng như sau: - Vòng 1: Băng vừa phải - Vòng 2: Băng chặt hơn vòng 1 - Vòng 3: Chặt nhất, quyết định sự cầm máu - Vòng 4: Cố định bằng kim băng hoặc nhét cuộn băng garo còn lại vào vòng băng trên đường đi của động mạch		
8	Kiểm tra sự chảy máu tại vết thương, đặt gạc lên vết thương và băng lại		
9	Đổi với chi trên dùng khăn tam giác treo tay nạn nhân theo tư thế cơ năng		
10	Viết phiếu garo cài trước ngực, ưu tiên số 1		
11	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT GARO TÙY ỨNG CẦM MÁU

STT	KỸ THUẬT TIỀN HÀNH
1	Giải thích, động viên, để nạn nhân ngồi
2	Nhận định tình trạng vết thương
3	Chặn động mạch, hướng dẫn nạn nhân/ người phụ chặn động mạch
4	Tùy từng nơi, điều kiện, mà dụng cụ sử dụng khác nhau - 2 dây buột, 2 - 3 khăn mùi xoa, que xoắn, vải treo tay (khăn tam giác)

	- Băng vết thương, dây buộc - Bút chì, kim băng (nếu có)
5	Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo vị trí vết thương và tình trạng nạn nhân
6	Quấn vải lót nơi đặt garo phía trên vết thương 3 - 5 cm
7	Dùng que lồng vào dây xoắn nhiều vòng theo chiều kim đồng hồ, đến khi ngừng chảy, dùng dây cố định que xoắn
8	Giữ nguyên que cố định và chi (buộc 2 đầu que bằng dây cố định theo trục chi)
9	Kiểm tra sự chảy máu
10	Đổi với chi trên dùng khăn tam giác treo tay nạn nhân theo tư thế cơ năng
11	Viết phiếu garo cài trước ngực, ưu tiên số 1
12	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT ĐẶT GARO TÙY ỨNG CẢM MÁU

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích, động viên, để nạn nhân ngồi		
2	Nhận định tình trạng vết thương		
3	Chặn động mạch, hướng dẫn nạn nhân/ người phụ chặn động mạch		
4	Tùy từng nơi, điều kiện, mà dụng cụ sử dụng khác nhau - 2 dây buộc, 2 - 3 khăn mùi xoa, que xoắn, vải treo tay (khăn tam giác) - Băng vết thương, dây buộc - Bút chì, kim băng (nếu có)		
5	Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo vị trí vết thương và tình trạng nạn nhân		
6	Quấn vải lót nơi đặt garo phía trên vết thương 3 - 5 cm		
7	Dùng que lồng vào dây xoắn nhiều vòng theo chiều kim đồng hồ, đến khi máu ngừng chảy, dùng dây cố định que xoắn		
8	Giữ nguyên que cố định và chi (buộc 2 đầu que bằng dây cố định theo trục chi)		
9	Kiểm tra sự chảy máu		
10	Đổi với chi trên dùng khăn tam giác treo tay nạn nhân theo tư thế cơ năng		
11	Viết phiếu garo cài trước ngực, ưu tiên số 1		

NỘI DUNG PHIẾU GARO**PHIẾU GARO****Cấp cứu số 1 (Ghi chữ màu đỏ)**

Họ và tên nạn nhân:	.....	Tuổi	.....
Địa chỉ:	.....	
Nơi xảy ra tay nạn:	.....	
Vị trí tổn thương:	.....	Ngày	.....
		giờ	.....
Họ tên	.....	Chức vụ	.....
			người đặt garo
Ngày giờ chuyển	.....	
Nới garo lần 1	.....	giờ	.....
Nới garo lần 1	.....	giờ	.....
Nới garo lần 1	.....	giờ	.....
Nới garo lần 1	.....	giờ	.....
Nới garo lần 1	.....	giờ	.....

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**1. Chảy máu động mạch có các triệu chứng sau:**

- A. Màu đỏ tươi. B. Máu chảy ra thành tia và phun mạnh lên khi mạch đập.
 C. Câu A, B, đúng D. Câu A, B, sai

2. Chảy máu tĩnh mạch có các triệu chứng sau:

- A. Màu đỏ sẫm . B. Máu chỉ đùn ra hoặc phun ra từ từ.
 C. Câu A, B, đúng D. Câu A, B, sai

Bài 5: CẤP CỨU SỐC

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong người học có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được 5 nguyên nhân gây sốc.
- 1.2. Liệt kê đủ 5 triệu chứng của sốc.
- 1.3. Trình bày được các phương pháp phòng chống sốc.

2. Kỹ năng: Xử trí được bệnh nhân sốc.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

(SỐC PHẢN VỆ)

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Chẩn đoán phản vệ:

1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

1. Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2. Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

3. Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).

b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

II. Chẩn đoán phân biệt:

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

PHỤ LỤC II

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:

(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

- 1. Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.
- 2. Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:
 - a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
 - b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
 - c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
 - d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.
- 3. Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:
 - a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
 - b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
 - c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
 - d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.
- 4. Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

PHỤ LỤC III

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Nguyên tắc chung

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.**

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

4. Thở ô xy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ hở.

5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên $\geq 90\text{mmHg}$, trẻ em $\geq 70\text{mmHg}$ và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

Bài 6: CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH NGỪNG HÔ HẤP – TUẦN HOÀN

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích cấp cứu người bị ngưng hô hấp - tuần hoàn.
- 1.2. Trình bày được mục đích cấp cứu người bị ngưng hô hấp - tuần hoàn.
- 1.3. Trình bày và thực hiện kỹ thuật kiểm tra hơi thở và kiểm tra mạch đập.
- 1.4. Trình bày và áp dụng được kỹ thuật ép tim, thổi ngạt và kỹ thuật kết hợp ép tim + thổi ngạt.

2. Kỹ năng: Thực hiện được các bước cấp cứu nạn nhân ngưng hô hấp – tuần hoàn theo quy trình.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

1. CẤP CỨU NGƯỜI BỊ NGỪNG HÔ HẤP (THỔI NGẠT)

1.1. Mục đích

Cung cấp dưỡng khí cho người ngưng hô hấp bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi thở của mình qua miệng hoặc mũi người bị nạn.

1.2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân khác nhau như sập nhà, điện giật, thắt cổ tự tử, chết đuối, tai nạn giao thông, tai nạn lao động... Gây cho nạn nhân ngưng thở đột ngột.

1.3. Các dấu hiệu triệu chứng của ngưng hô hấp

- Da và sắc mặt tím tái nhợt nhạt.
- Cơ thể nằm lịm bất động, gọi không thấy đáp ứng.
- Lồng ngực không di động.
- Đồng tử giãn.

1.4. Xử trí

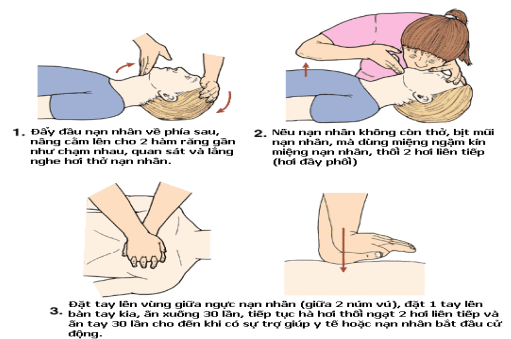
1.4.1. Phương châm: Can thiệp nhanh, tại chỗ, cấp cứu liên tục.

1.4.2. Dụng cụ

- Dụng cụ mở miệng: Đè lưỡi, kiếm mở miệng.
- Gạc miếng, khăn hoặc vải sạch.
- Khay hạt đậu hoặc túi nilon.

1.4.3. Kỹ thuật kiểm tra hơi thở

- Áp má cấp cứu viên vào vùng miệng nạn nhân không nghe thấy hoặc cảm nhận thấy hơi thở của nạn nhân. (Hoặc dùng vật mỏng nhẹ như tóc, mảnh nilon nhỏ đặt vào miệng nạn nhân không thấy di động hoặc dùng gương soi áp vào mũi, miệng nạn nhân không thấy gương mờ do hơi nước)



- Quan sát các cử động lồng ngực không thấy cử động.
- Kết hợp kiểm tra mạch đập (tiếng tim) Xem, nghe và cảm nhận trong 5 giây trước khi quyết định là nạn nhân còn thở hay không.

1.4.4. Khai thông đường thở

- Đặt nạn nhân: Nằm ngửa ưỡn cổ, ở nơi thoáng khí, trên nền phẳng cứng.
- Một tay cấp cứu viên đặt lên trán của nạn nhân đẩy trán ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa, ưỡn cổ tối đa hoặc dùng một tay cấp cứu viên đỡ dưới gáy nạn nhân, tay kia đè và đẩy mạnh xuống dưới lên trán nạn nhân (động tác này có tác dụng làm cổ dẫn ra và đẩy gốc lưỡi khỏi chèn vào vùng hầu họng). Trong khi thổi ngạt đầu luôn giữ ở tư thế này:

* Chú ý: Khi có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ thì chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều.

- Lấy dị vật đường thở:
 - + Móc sạch đờm dãi, dị vật, răng giả (nếu có)
 - + Làm thủ thuật Heimlich nếu nghi ngờ có dị vật đường hô hấp.
- Nới rộng quần áo nạn nhân.

1.4.5. Hỗ trợ hô hấp

- Thổi ngạt miệng – miệng:
 - + Cấp cứu viên quỳ ngang đầu nạn nhân hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường.
 - + Một tay cấp cứu viên đặt lên trán của nạn nhân đẩy trán ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa, ưỡn cổ tối đa hoặc dùng một tay cấp cứu viên đỡ dưới gáy nạn nhân, tay kia đè và đẩy mạnh xuống dưới lên trán nạn nhân (động tác này có tác dụng làm cổ dẫn ra và đẩy gốc lưỡi khỏi chèn vào vùng hầu họng). Trong khi thổi ngạt đầu luôn giữ ở tư thế này.
 - + Phủ gạc miếng, khăn hoặc vải sạch lên miệng nạn nhân.
 - + Cấp cứu viên hít vào thật sâu rồi áp miệng mình vào miệng nạn nhân, đồng thời bịt mũi nạn nhân (khi thổi), thổi mạnh 2 lần liên tiếp, kết hợp quan sát lồng ngực nạn nhân nếu phồng lên khi thổi và thổi xong lồng ngực xẹp xuống là thổi có hiệu quả.
 - + Sau 2 lần thổi liên tiếp ở trên, tạm thời bỏ miệng của cấp cứu viên ra khỏi miệng của nạn nhân, bỏ tay bịt mũi, kiểm tra xem nạn nhân tự thở chưa.
 - + Nếu nạn nhân chưa thở được thì kiểm tra lại tư thế và tiếp tục thổi 10 – 12 lần/phút với người lớn và trẻ lớn, (20 lần/phút với trẻ em từ 1 - 8 tuổi, thổi nhanh và nhẹ hơn so với tần số 30 lần/phút với trẻ bé và trẻ sơ sinh).
 - + Khi nạn nhân tự thở được cho nạn nhân nằm tư thế thoải mái.
- Thổi ngạt miệng mũi: Trường hợp không mở được miệng nạn nhân ra hoặc miệng nạn nhân có thương tích nặng, không thể áp kín môi vào nhau được hoặc trường hợp ngạt nước thì áp dụng thổi ngạt miệng – mũi.
 - + Đặt nạn nhân nằm ngửa ưỡn cổ tối đa.
 - + Một tay cấp cứu viên giữ đầu nạn nhân ngửa hẳn ra phía sau.

- + Tay kia đỡ dưới cằm đẩy lên để nạn nhân ngậm kín môi vào.
- + Cấp cứu viên hít thật sâu rồi ngậm môi kín quanh mũi nạn nhân, thổi mạnh từ từ cho tới khi ngực nạn nhân căng lên. Thổi liên tục như vậy 2 lần.
- + Bỏ miệng cấp cứu viên ra khỏi mũi nạn nhân, kiểm tra xem nạn nhân tự thở chưa.
- + Nếu nạn nhân chưa thở được thì kiểm tra lại tư thế và tiếp tục thổi 10 - 12 lần/phút với người lớn và trẻ lớn, (20 lần/phút với trẻ em từ 1 - 8 tuổi, thổi nhanh và nhẹ hơn so với tần số 30 lần/phút với trẻ bé và trẻ sơ sinh).
- + Khi nạn nhân tự thở được cho nạn nhân nằm tư thế thoải mái.
- Nếu có điều kiện tốt nhất ta dùng bóng Ambu.
 - + Chụp Ambu kín mũi, miệng nạn nhân (đầu nhỏ chụp lên sống mũi).
 - + Tay trái giữ Ambu và nâng cằm để đầu ngửa tối đa.
 - + Tay phải bóp bóng.

2. CẤP CỨU NGƯỜI BỊ NGỪNG TUẦN HOÀN (ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC HAY HỖ TRỢ TUẦN HOÀN)

2.1. Mục đích

Là một cấp cứu nhằm kích thích để tim đập lại khi tim ngừng đập, giúp cho sự lưu thông máu giữa tim, phổi, não và các tổ chức khác của cơ thể

2.2. Xác định ngừng tim

- Nạn nhân ngất, da xanh tím, bắt mạch bẹn không có, nạn nhân ngừng thở đồng tử giãn
- Để đầu nạn nhân ngửa ra sau ,cấp cứu viên ngồi cạnh một bên nạn nhân, dùng 3 đầu ngón tay kiểm tra động mạch cảnh (tại bờ trên cơ ức đòn trũng) hoặc động mạch bẹn không thấy đập hoặc áp tai trực tiếp lên vùng tim không thấy tim đập.

** Bắt mạch trong 5 giây trước khi quyết định là mạch còn đập hay không.*

2.3. Xử trí

- Nguyên tắc: Can thiệp ngay, vừa can thiệp vừa gọi người tiếp ứng.
- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Cấp cứu viên quỳ bên cạnh nạn nhân.
- Kiểm tra động mạch, nếu không thấy đập tiến hành ép tim ngoài lồng ngực như sau:
 - + Xác định vị trí trên xương ức: Dùng hai ngón tay kéo từ bờ sườn bên trái đến mũi ức, xong đặt tay sát hai ngón tay để ép.
 - + Hai tay để thẳng, đặt một gốc bàn tay nửa dưới xương ức, gốc bàn tay thứ hai đặt chồng lên trên bàn tay kia (không đè vào mũi xương ức).
 - + Dùng lực toàn thân ấn thẳng gốc xuống xương ức đảm bảo cho xương lún sâu vào phía xương sống 4 - 5 cm, nhịp nhàng liên tục với tần số 80 – 100 lần/phút.



+ Nếu nạn nhân là trẻ em, cấp cứu viên dùng gốc một bàn tay để ép tim, lún sâu về phía cột sống 2.5 – 3.7 cm, nhịp nhàng liên tục với tần số 100 lần/phút.

+ Nếu nạn nhân là trẻ sơ sinh, cấp cứu viên đặt 2 ngón tay trên xương ức, dưới đường giữa 2 núm vú hoặc dùng 2 bàn tay quanh ngực nạn nhân với ngón tay cái đặt nằm cạnh nhau trên xương ức và dưới đường thẳng giữa 2 núm vú, ấn sâu về phía xương sống 1.2 – 2.5 cm nhịp nhàng liên tục với tần số 100 – 120 lần trên/phút.

* *Chú ý:*

- Không để các ngón tay lên xương sườn vì có thể làm gãy xương sườn và không để vào mũi ỉc tránh làm dập gan và chảy máu trong.

- Không nhắc gốc bàn tay hoặc ngón tay (trẻ sơ sinh) khỏi xương ức khi ấn

3. CẤP CỨU NGƯỜI NGỪNG HÔ HẤP, NGỪNG TUẦN HOÀN (KẾT HỢP GIỮA ÉP TIM VÀ THỔI NGẠT)

3.1. Mục đích: Là một cấp cứu nhằm kích thích tim đập lại cung cấp dưỡng khí để phổi thở lại trong trường hợp nạn nhân vừa mới ngừng tim, vừa bị ngừng thở.

3.2. Tiến hành



3.2.1. Phương pháp chỉ có 1 người cấp cứu

- Khai thông đường thở.
- Cấp cứu viên quỳ ngang vai nạn nhân.
- Thổi ngạt 2 lần liên tiếp rồi tiến hành ép tim.
- Tiếp theo cứ ép tim 30 lần rồi lại thổi ngạt 2 lần, làm liên tục 5 lần như vậy thì dừng lại 5 giây để kiểm tra nhịp thở và nhịp tim.
- Nếu mạch đập trở lại nhưng nạn nhân chưa thở được thì tiếp tục thổi ngạt.

3.2.2. Phương pháp có 2 người cấp cứu

- Khai thông đường thở.
- Người thứ nhất thổi ngạt 2 lần.
- Người thứ hai ép tim 30 lần.

- Sau tiếp chu trình: Thổi ngạt 1 lần và ép tim 30 lần, sau phút đầu tiên cấp cứu viên kiểm tra lại mạch trong 5 giây và sau đó cứ 5 phút kiểm tra lại một lần, nếu thấy có mạch đập thì ngừng ép tim, kiểm tra lại hô hấp, nếu nạn nhân tự thở được thì ngừng thổi ngạt.

- Những dấu hiệu sau chứng tỏ ép tim – thổi ngạt có hiệu quả:

- + Lòng ngực nở ra mỗi khi thổi hơi vào phổi.
- + Sờ thấy mạch bẹn hoặc mạch cảnh mỗi khi ép tim.
- + Màu da bớt tím tái.
- + Có dấu hiệu tự thở.
- + Tim của nạn nhân đập lại.

- Ngừng ép tim thổi ngạt khi:

- + Nạn nhân mất hẳn tri giác.
- + Không tự thở được.
- + Đồng tử giãn và không còn phản xạ ánh sáng đã được 15 - 20 phút.

* **Tóm lại:** Cấp cứu người bị ngừng hô hấp - ngừng tuần hoàn là 1 cấp cứu rất khẩn trương và có hiệu quả nếu chúng ta cấp cứu kịp thời. Thời gian cấp cứu không cho phép quá 5 phút kể từ khi nạn nhân ngừng thở, ngừng tim và sau 5 phút không có oxy, não sẽ tổn thương không phục hồi. Do đó đòi hỏi người cấp cứu phải thao tác thật nhanh và đúng kỹ thuật.

Bài 7: MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP

CẤP CỨU TAI NẠN BỎNG, ĐIỆN GIẬT, CHẾT ĐUỐI, SAY NÓNG, SAY NẮNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân, triệu chứng của từng trường hợp.
- 1.2. Những điểm cần lưu ý khi cấp cứu nạn nhân.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Xử trí được nạn nhân tại chỗ và chuyển lên tuyến trên kịp thời những trường hợp quá khả năng.
- 2.2 Có khả năng giáo dục nhân dân phương pháp phòng tránh.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG:

I. SAY NẮNG

1. Đại Cương:

- Say nắng do tác dụng của mặt trời chiếu lên đầu trần. Say nắng không chỉ xảy ra lúc đang làm việc mà ngay cả lúc đang nghỉ ngơi hoặc tắm nắng nhiều quá.
- Say nóng là do cơ thể bị quá nóng, hệ thần kinh trung ương bị rối loạn làm cho mọi chuyển hóa của cơ thể cũng bị rối loạn: Chuyển hóa nước và Các chất điện giải, sự hoạt động của hệ thần kinh và hô hấp.

2. Triệu Chứng: Các trường hợp của lâm sàng say nóng-say nắng gần giống nhau:

1.1. Trường hợp nhẹ: Mệt mỏi, ngầy ngất, nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, mặt đỏ bừng, buồn nôn và có cảm giác tức ngực như bị chèn ép.

1.2. Trường hợp nặng: Nhiệt độ tăng rất cao 40 - 41⁰C và có thể hơn

- Mạch nhanh, thở nhanh nông có khi tới 60 lần/phút.
- Nạn nhân ngã gục xuống ngay nơi làm việc, mê sảng, co giật, đồng tử giãn, không phản xạ với ánh sáng.
- Nhiệt độ càng tăng, mạch càng nhanh và yếu, mặt tái nhợt, huyết áp hạ, rối loạn hô hấp (nhịp thở Cheynes – Stokes) và có thể chết trong hôn mê.

3. Xử Trí:

3.1. Trường hợp nhẹ:

- Để bệnh nhân nằm yên tĩnh, thông khí, nói rộng quần áo và quạt mát
- Lau mình cho bệnh nhân bằng nước lạnh, chườm khăn lạnh lên đầu, ngực, chân tay.
- Cho uống nước chè pha muối.
- Dùng thuốc trợ tim: Uabain, long não, cafein...

3.2. Trường hợp nặng:

- Chống trụy tim mạch và hô hấp: Thở Oxy, làm hô hấp nhân tạo.
- + Dùng các thuốc trợ tim mạch: Ubain, long não, cafein...

- Chống mất muối, máy nước bằng cách truyền tĩnh mạch các dung dịch Natriclorua đẳng trương 0,9%. Dung dịch Glucose đẳng trương 5% và dung dịch Natri Bicarbonat 1,4%.
- Chống phù não: Truyền tĩnh Mạch dung dịch Glucose (10 – 20 – 30%), Mannitol 20%.

4. Đề Phòng:

- Ở nhà máy, hầm mỏ phải có quạt thông gió và đủ nước cho công nhân.
- Tránh ra làm việc ngoài trời quá nắng
- Ra ngoài nắng phải có đội nón, mũ rộng vành hoặc che gáy bằng khăn thấm nước.
- Về mùa hè phải mặc quần áo rộng và thoáng.

II. ĐIỆN GIẬT

1. Đại Cương:

- Bất kỳ dòng điện nào cũng gây tai nạn, nhất là điện cao thế có thể gây chết người nhanh chóng.
- Nếu điện sử dụng trong thành phố hiện nay 110 – 220 KW, các tai nạn xảy ra chủ yếu gặp trong sinh hoạt do dùng điện không cẩn thận.
- Những điều kiện thuận lợi dễ gây ra điện giật: Đi chân đất, mặc quần áo ẩm ướt, dòng điện có cường độ cao.

2. Triệu Chứng: Trong trường hợp nặng điện giật gây hai loại tổn thương: Tại chỗ và toàn thân.

2.1. Tổn thương tại chỗ: Chủ yếu chỗ dòng điện và và ra. Điện gây bỏng khô, xa cháy xạm đen, hoặc cháy thành than, có khi da thịt bị nứt nẻ như bỏng lửa.

2.2. Tổn thương toàn thân: Các trung tâm thần kinh, các cơ tuần hoàn, hô hấp bị rối loạn nặng:

- Bệnh nhân mất tri giác, ngạt thở, tím tái.
- Mạch không bắt được, tim có thể ngừng đập, phổi ngừng thở (trong trường hợp những triệu chứng này có hiện tượng chết giả)

3. Xử trí:

- Cần xử trí khẩn trương, tiến hành cấp cứu ngay tại chỗ và thật kiên trì, không nản.
- Khi một nạn nhân bị điện giật cần được lần lượt tiến hành:

3.1. Đưa nạn nhân ra khỏi dòng điện:

- + Cắt dòng điện
- + Gỡ dây điện ra khỏi nạn nhân. Người cấp cứu phải thực hiện thật tốt: Đi găng cao su hoặc cuộn tay bằng vải cao su, đứng trên ván khô, hoặc giày cao su.

3.2. Tiến hành hồi sức:

- + Hô hấp nhân tạo, ép tim ngoài lồng ngực: Cần phải làm rất kiên trì, có khi 2 – 4 giờ. Chỉ chuyển nạn nhân đi khi nhịp tim và nhịp thở đã điều hòa trở lại.
- + Thở Oxy
- + Cho các thuốc trợ tim: Ubain, long não, cafein...
- + Chống tăng áp lực nội sọ: Truyền dung dịch ưu trương hoặc có thể chọc hút dịch não tủy

3.3. Đối với bỏng:

- + Rửa vết thương bằng dung dịch kiềm
- + Băng bó vô khuẩn
- + Truyền hoặc cho uống dung dịch kiềm (Natri Bicarbonat 1,4%)

III. ĐUỐI NƯỚC

1. Đại Cương:

- Đuối nước là tình trạng chết ở dưới nước, do nước đột nhập vào phổi thay không khí gây ngạt thở.
- Nước tràn vào đường hô hấp gây rách các phế nang, đứt các mao mạch phổi.
- Nguyên nhân có thể do tai nạn, tự tử hay án mạng.

2. Xử trí: Phải khẩn trương và kiên trì

2.1. Xử trí ngay tại chỗ, khi mới vớt ở nước lên:

- Trẻ em: Nắm 2 chân, đầu dốc ngược xuống
- Người lớn: Vác 2 chân nạn nhân lên vai, đầu ngược hoặc để nằm sấp, đầu dốc. Sau đó để nạn nhân nằm ngửa, đầu nghiêng, móc họng lấy hết đàm dãi, dị vật.

2.2. Hô hấp nhân tạo, ép tim ngoài lồng ngực kết hợp lau khô và ủ ấm, chà sát ngoài da cho nạn nhân.

2.3. Tiêm thuốc trợ tim.

2.4. Khi nạn nhân qua khỏi đưa tới bệnh viện:

- Tiếp tục hút đàm dãi.
- Thở Oxy, hô hấp hỗ trợ.
- Cho kháng sinh để phòng viêm phổi

Bài 8: KỸ THUẬT TIÊM CÁC LOẠI

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày các khái niệm của các kỹ thuật tiêm thuốc.
- 1.2. Trình bày được các nguyên tắc tiêm thuốc.
- 1.3. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định và góc độ đâm kim của từng kỹ thuật tiêm.
- 1.4. Trình bày được các tai biến và cách xử trí khi tiêm.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện từng bước kỹ thuật tiêm trong da theo đúng quy trình.
- 2.2. Thực hiện từng bước kỹ thuật tiêm dưới da theo đúng quy trình.
- 2.3. Thực hiện từng bước kỹ thuật tiêm bắp theo đúng quy trình.
- 2.4. Thực hiện từng bước kỹ thuật tiêm mạch theo đúng quy trình.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

A. NHỮNG NGUYÊN TẮC DÙNG THUỐC

1. Đại cương

Việc chọn đường dùng thuốc tùy thuộc vào tính chất của thuốc, tác dụng mong muốn, tình trạng bệnh hiện tại, thể chất của người bệnh: cân nặng, tuổi và cả trạng thái tinh thần và tri giác của người bệnh.

2. Những yêu cầu cần thiết khi dùng thuốc:

2.1. Có kiến thức về thuốc

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Tên thuốc, biệt dược- Tác dụng thuốc- Liều lượng thuốc- Thời gian bán hủy- Thời gian tác dụng | <ul style="list-style-type: none">- Đường đào thải của thuốc- Tương tác thuốc- Tác dụng phụ của thuốc- Năm vững quy chế về thuốc |
|---|---|

2.2. Tác phong làm việc của người điều dưỡng

2.2.1. Phải có tinh thần trách nhiệm

- Phải sáng suốt khi nhận y lệnh.
- Không thực hiện y lệnh qua miệng hoặc qua điện thoại.
- Nếu nghi ngờ phải hỏi lại, không được tự ý thay đổi y lệnh.
- Không được pha trộn các loại thuốc với nhau nếu không có y lệnh.
- Phải thành thật khai báo nếu có sai phạm.

2.2.2. Tác phong làm việc phải khoa học, chính xác

- Sắp xếp thuốc theo thứ tự để dễ tìm và tránh nhầm lẫn.

- Tủ thuốc phải để gần nơi làm việc.
- Thuốc phải có nhãn rõ ràng, sạch sẽ.
- Các loại thuốc độc bảng A, B phải được cất giữ đúng theo quy chế thuốc độc.
- Thuốc nước để riêng với thuốc viên, thuốc uống để riêng với thuốc bôi ngoài da.
- Phải kiểm tra thuốc mỗi ngày để bổ sung đủ cơ số hoặc xử lý nếu thuốc quá hạn dùng hoặc hư hỏng.
- Bàn giao thuốc mỗi ngày, mỗi ca trực, ghi vào sổ rõ ràng.

2.3. Nhận định về người bệnh

- Tên họ người bệnh (tránh nhầm lẫn thuốc).
- Chẩn đoán bệnh.
- Các triệu chứng hiện có trên người bệnh.
- Các tiền căn về dị ứng thuốc, thức ăn.
- Tổng trạng, tuổi, giới tính.
- Kiến thức và sự hiểu biết của người bệnh về thuốc.

2.4. Hiểu rõ y lệnh về thuốc, nếu nghi ngờ phải hỏi lại

- Tên thuốc
- Hàm lượng thuốc
- Liều lượng thuốc
- Đường dùng thuốc
- Thời gian dùng, số lần trong ngày

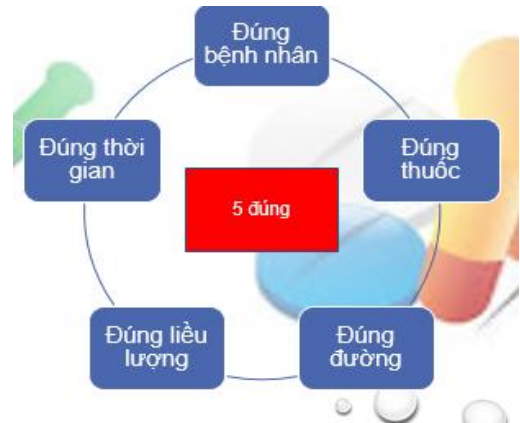
3. Nguyên tắc khi tiêm thuốc cho người bệnh.

- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong suốt quá trình chuẩn bị và tiêm thuốc cho người bệnh.
- Trước khi tiêm thuốc cho người bệnh phải thực hiện 5 đúng.

* 5 Đúng:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| + Đúng bệnh nhân | + Đúng thuốc |
| + Đúng liều lượng thuốc | + Đúng đường tiêm |
| + Đúng thời điểm (thời gian) | |

- Làm test lấy da đối với các thuốc dễ gây sốc phản vệ trước khi tiêm theo chỉ định Bác sỹ.
- Sử dụng bơm, kim tiêm phù hợp với số lượng thuốc và từng kỹ thuật tiêm.
- Trước khi tiêm thuốc cho người bệnh phải đuổi hết khí trong bơm tiêm.
- Đâm kim đúng góc độ quy định cho từng kỹ thuật tiêm.
- Sử dụng bơm tiêm, kim tiêm phải phù hợp với đường tiêm.
- Khi tiêm đảm bảo 2 nhanh 1 chậm.
- Khi tiêm thuốc cho người bệnh phải có hộp đựng thuốc và phương tiện chống sốc phản vệ.



4. Các yếu tố ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc

- Tuổi
- Cân nặng
- Giới tính
- Yếu tố di truyền, văn hoá
- Yếu tố tâm lý
- Tình trạng bệnh lý
- Môi trường thời tiết xung quanh
- Thời gian dùng thuốc

B. CÁC ĐƯỜNG DÙNG THUỐC

1. Cho người bệnh uống thuốc

2. Kỹ thuật tiêm trong da (INTRADERMAL) ID

2.1. Khái niệm: Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ vào dưới lớp thượng bì thuốc được hấp thu rất chậm.

2.2. Chỉ định:

- Tiêm vaccin phòng lao.
- Làm phản ứng BCG để chẩn đoán lao.
- Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc.

2.3. Vùng tiêm:

- 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay
- Mặt ngoài cơ delta.

2.4. Quy trình kỹ thuật tiêm trong da:

2.4.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.
- Giải thích để người bệnh yên tâm, dặn dò người bệnh những điều cần thiết

2.4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

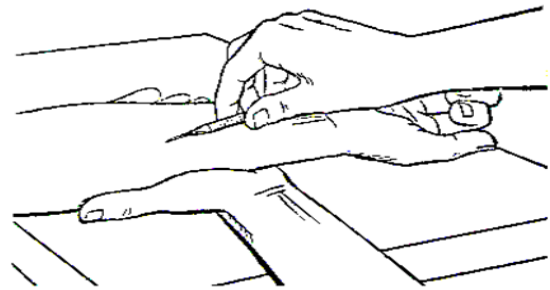
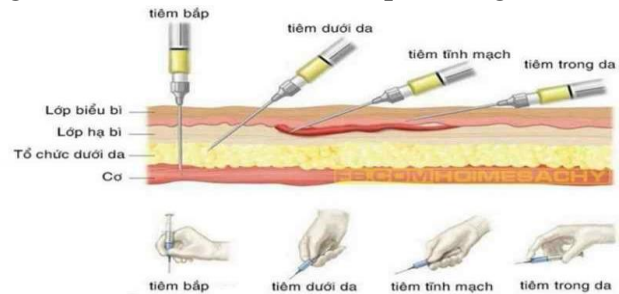
- Điều dưỡng phải có đầy đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

2.4.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

* Xe tiêm thuốc

- Mâm sạch.
- Hộp gòn còn vô khuẩn, hộp gòn khô hoặc gạc vô khuẩn.
- Thuốc theo chỉ định, phiếu thuốc.
- Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe.
- Bơm kim tiêm phù hợp với đường tiêm, kim rút thuốc.
- Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng rác sinh hoạt, rác lây nhiễm, rác tái chế.
- Chai cồn sát khuẩn tay nhanh

2.4.5. Kỹ thuật tiến hành:



- Thử bơm kim tiêm (thử kim tiêm trước, kim lấy thuốc sau).
- Kiểm tra phiếu thuốc và thuốc theo y lệnh.
- Sát khuẩn ống thuốc và dùng gạc bẻ ống thuốc.
- Hết thuốc vào bơm tiêm, đọc lại nhãn thuốc trước khi bỏ vỏ.
- Thay kim lấy thuốc bằng kim tiêm, đuổi hết khí, đẩy nắp kim tiêm.
- Điều dưỡng mang găng.
- Để người bệnh ở tư thế thuận lợi:
 - + Đối với người lớn: Ngồi kéo ống tay áo lên cao và đặt cẳng tay lên 1 gối nhỏ ở góc bàn đối diện với người tiêm hoặc nằm ngửa tay hơi dạng và đặt trên gối nhỏ.
 - + Đối với trẻ nhỏ: Người mẹ ngồi trên ghế ôm trẻ vào lòng dùng 2 đùi kẹp 2 chân trẻ, 1 tay vòng qua thân trẻ ôm và giữ cánh tay, 1 tay giữ lấy cẳng tay trẻ.
- Bộc lộ vùng tiêm.
- Sát khuẩn vùng tiêm theo đường xoay ốc từ trong ra ngoài bằng cồn 70⁰.
- Sát khuẩn tay điều dưỡng ngoài găng.
- Tay trái căng da nơi tiêm, tay phải cầm bơm kim tiêm mũi vát quay lên trên đâm kim chệch 10⁰ – 15⁰ so với mặt da, khi kim bén mặt da thì hạ sát bơm kim tiêm với mặt da để đẩy cho ngập hết mũi vát của kim, bơm 1/10 ml thuốc.
- Trong khi bơm thuốc vào phải theo dõi xem thuốc có vào đúng trong da không bằng 2 cách.
 - + *Cách 1:* Nhìn nơi tiêm: Khi bơm 1/10 ml thuốc vào trong da tại nơi tiêm thấy nổi cục to bằng hạt ngô, da từ màu hồng chuyển sang màu trắng bệch có sần da cam.
 - + *Cách 2:* Khi bơm thuốc vào cảm giác như kim bị tắc kim.
- Theo dõi sát người bệnh trong khi tiêm.
- Khi đã bơm đủ lượng thuốc, rút kim ra, kéo chệch da nơi tiêm.
- Khoanh tròn nơi tiêm nếu thử phản ứng thuốc.
- Dặn người bệnh không được chạm nơi vùng tiêm.
- Cho người bệnh nằm tiện nghi.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, nghỉ hồ sơ.

2.5. Tai biến của tiêm trong da:

- Phản ứng với thuốc biểu hiện mẩn ngứa hoặc sốt.
- Nếu tiêm Vacxin quá sâu hoặc quá liều quy định có thể gây nguy hiểm cho người bệnh.

3. Kỹ thuật tiêm dưới da (SUBCUTANEOUS) SC

3.1. Khái niệm: Tiêm dưới da là đưa một lượng dung dịch thuốc vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da.

3.2. Chỉ định: Tiêm dưới da được thực hiện đối với những loại thuốc có chỉ định tiêm dưới da, thường là những thuốc mong muốn hấp thu thuốc chậm và duy trì (kéo dài) thời gian tác dụng, ví dụ: Atropin Sulphat, Insulin....

3.3. Vùng tiêm:

- Cuối cơ delta.
- 1/3 giữa mặt ngoài đùi.
- Vùng bụng 2 bên rốn cách 3 – 5 cm.



3.4. Quy trình kỹ thuật tiêm dưới da:

3.4.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.

3.4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

3.4.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

* Xe tiêm thuốc

- Mâm sạch.
- Hộp gòn còn vô khuẩn, hộp gòn khô hoặc gạc vô khuẩn.
- Thuốc theo chỉ định, phiếu thuốc.
- Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe.
- Bơm kim tiêm phù hợp với đường tiêm, kim rút thuốc.
- Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng rác sinh hoạt, rác lây nhiễm, rác tái chế.
- Chai cồn sát khuẩn tay nhanh

3.4.4. Kỹ thuật tiến hành:

- Thử bơm kim tiêm (thử kim tiêm trước, kim lấy thuốc sau).
- Kiểm tra phiếu thuốc và thuốc theo y lệnh.
- Sát khuẩn ống thuốc và dùng gạc bẻ ống thuốc.
- Hết thuốc vào bơm tiêm, đọc lại nhãn thuốc trước khi bỏ vỏ.
- Thay kim lấy thuốc bằng kim tiêm, đuổi hết khí, đẩy nắp kim tiêm.

- Điều dưỡng mang găng.
- Để người bệnh ở tư thế thuận lợi
- Điều dưỡng mang găng.
- Giúp người bệnh nằm hoặc ngồi ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm.
- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70°, sát khuẩn tay điều dưỡng.
- Tay trái dùng ngón cái và ngón trỏ véo da nơi tiêm, tay phải cầm bơm kim tiêm đâm nhanh qua da 1 góc 30° - 45° so với mặt da.
- Xoay nhẹ ruột bơm tiêm nếu không có máu, từ từ bơm thuốc và luôn quan sát sắc mặt người bệnh.
- Bơm hết thuốc rút nhanh kim, kéo chệch da nơi tiêm, sát khuẩn lại vị trí tiêm.
- Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Dặn dò và quan sát người bệnh trước khi rời khỏi giường.

3.5. Tai biến tiêm dưới da:

- Sốc phản vệ
- Gãy kim, oằn kim.
- Áp xe nhiễm khuẩn.
- Áp xe vô khuẩn
- Gây hoại tử tổ chức

4. Kỹ thuật tiêm bắp (INTRA MUSCULAR) IM

4.1. Khái niệm: Tiêm bắp thịt là kỹ thuật đưa một lượng dung dịch, thuốc vào trong bắp thịt (trong cơ) của người bệnh bằng cách tiêm.

4.2. Chỉ định:

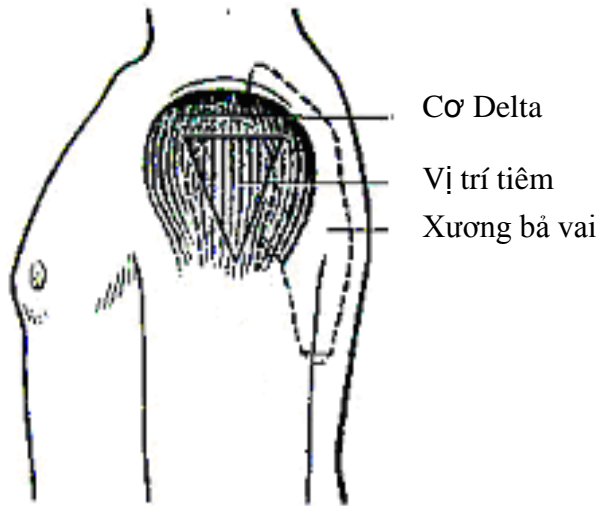
- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da.
- Thuốc dầu.
- Thuốc chậm tan và gây đau.

4.3. Chống chỉ định: Những thuốc gây hoại tử da cơ và các tổ chức như Canxiclorua, dung dịch ưu trương.

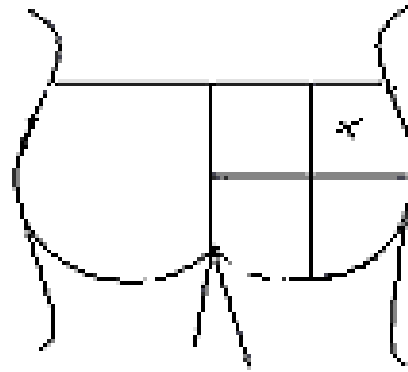
4.4. Vị trí tiêm:

- Tiêm bắp nông: Cơ delta cách ụ vai 5 cm.
- + Lượng thuốc không quá 1 ml.
- + Không dùng tiêm thuốc dầu.
- + Không dùng cho cơ delta chưa phát triển (trẻ < 2 tuổi, liệt).
- Tiêm bắp sâu:
 - + Đùi: 1/3 giữa mặt ngoài đùi: lượng thuốc không quá 5 ml (cơ rộng ngoài đùi), không quá 2 ml (cơ thẳng đùi).
 - + Mông: 1/3 trên ngoài đường nối giữa gai chậu trước trên và xương cùng.

- + Không dùng cho cơ mông chưa phát triển (trẻ < 2 tuổi, liệt).
- + Lượng thuốc tiêm không quá 3 ml.



Vị trí tiêm cơ đen ta



Vị trí tiêm mông



4.5. Quy trình kỹ thuật tiêm bắp:

4.5.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Thông báo về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.

4.5.2. Chuẩn bị người Điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

4.5.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

*** Xe tiêm thuốc**

- Mâm sạch.

- Hộp gòn còn vô khuẩn, hộp gòn khô hoặc gạc vô khuẩn.
- Thuốc theo chỉ định, phiếu thuốc.
- Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe.
- Bơm kim tiêm phù hợp với đường tiêm, kim rút thuốc.
- Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng rác sinh hoạt, rác lây nhiễm, rác tái chế.
- Chai cồn sát khuẩn tay nhanh

4.3.4. Kỹ thuật tiến hành:

- Kiểm tra ống thuốc theo y lệnh.
- Sát khuẩn ống thuốc và dùng gạc bẻ ống thuốc.
- Xé túi đựng bơm tiêm, thử kim tiêm (thử kim tiêm trước, kim lấy thuốc sau).
- Lấy hết thuốc vào bơm tiêm, thay kim lấy thuốc bằng kim tiêm.
- Giúp người bệnh nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế thoải mái.
- Bộc lộ vùng tiêm, vén tay áo lên đến nách nếu tiêm ở chi trên.
- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng gòn còn theo đường xoay ốc từ trong ra ngoài, sát khuẩn tay điều dưỡng.
- Tay cầm bơm kim tiêm để ngửa mũi vát lên trên, đâm kim chéch một góc từ 60° - 90° so với mặt da nơi tiêm.
- Lui pít tông (ruột bơm tiêm) nếu không có máu từ từ bơm thuốc và luôn quan sát sắc mặt người bệnh.
- Bơm hết thuốc, rút nhanh kim, ấn gòn lên vị trí tiêm.
- Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Dặn dò và quan sát người bệnh trước khi rời khỏi giường.

4.6. Tai biến tiêm bắp thịt và cách đề phòng:

- Sốc phản vệ
 - + Do người bệnh đau quá hoặc quá sợ hãi, do phản ứng của cơ thể đối với thuốc.
 - + Đề phòng: chuẩn bị người bệnh, thực hiện đúng các nguyên tắc khi tiến hành kỹ thuật tiêm
- Gãy kim, oằn kim.
 - + Do người bệnh giãy giụa hoặc do sai lầm về kỹ thuật.
 - + Đề phòng: Giữ người bệnh chắc chắn, không nên đâm ngập hết kim tiêm.
- Đâm nhầm vào dây thần kinh hông to (thần kinh tọa).
 - + Do không xác định đúng vị trí tiêm mông và sai góc độ của kim.
 - + Đề phòng: Xác định chính xác vị trí tiêm mông.
- Tắc mạch.
 - + Do tiêm thuốc dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu.
 - + Đề phòng: Trước khi bơm thuốc bao giờ cũng phải vừa xoay vừa rút nhẹ ruột bơm tiêm xem có máu không, nếu không có máu thì mới được bơm thuốc.

- Áp xe nhiễm khuẩn: Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.
- Áp xe vô khuẩn: Do thuốc không tan tạo thành hòn cứng như tiêm Quinin, thuốc dầu...
- Gây hoại tử tổ chức.
- + Do tiêm những chất gây hủy hoại mô (thuốc chống chỉ định tiêm vào bắp thịt).
- + Đề phòng: Phải thực hiện 5 đúng khi tiêm thuốc.

5. Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch (INTRAVENOUS) IV

5.1. Khái niệm: Tiêm tĩnh mạch là đưa một lượng thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch để tạo một tác dụng nhanh chóng và toàn thân.

5.2. Chỉ định và chống chỉ định:

* Chỉ định

- Những thuốc có tác dụng nhanh như thuốc tê, thuốc mê.
- Những thuốc có tác dụng toàn thân.
- Những thuốc ăn mòn các mô và có khả năng gây đau, hoại tử (calci clorua, Ouabain...)
- Những dung dịch ưu trương, đẳng trương nếu tiêm với khối lượng lớn.
- Máu, huyết tương và dung dịch keo.

* **Chống chỉ định:** Những loại thuốc dầu: (Durabolin, Propara...)

5.3. Vị trí tiêm: Về mặt lý luận tất cả những nơi tĩnh mạch ở nông dưới da, người điều dưỡng có thể chọn để thực hiện kỹ thuật tiêm vào tĩnh mạch. Thực tế người ta hay chọn các tĩnh mạch sau để tiêm:

- Chi trên:
 - + Tĩnh mạch ở nếp gấp khuỷu tay.
 - + Tĩnh mạch cẳng tay, tĩnh mạch mu bàn tay.
- Chi dưới:
 - + Tĩnh mạch mắt cá trong (hiển trong), tĩnh mạch mu bàn chân.
 - + Trong trường hợp cần thiết có thể tiêm vào tĩnh mạch cảnh, dưới đòn, tĩnh mạch bẹn. (Trẻ em tiêm tĩnh mạch đầu).

5.4. Quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

5.4.1. Chuẩn bị người bệnh

- Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Thông báo về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.

5.4.2. Chuẩn bị người Điều dưỡng



- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

5.4.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

*** Xe tiêm thuốc**

- Mâm sạch.
- Bơm tiêm, kim (phù hợp với đường tiêm), kim rút thuốc.
- Hộp đựng gòn khô hoặc gạc vô khuẩn, hộp đựng gòn tẩm cồn vô khuẩn.
- Thuốc theo y lệnh, phiếu thuốc.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Thùng đựng rác y tế, rác sinh hoạt, thùng đựng vật sắc nhọn.
- Dây garrot, găng tay sạch (nếu cần).
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

5.4.4. Tiến hành kỹ thuật

- Kiểm tra y lệnh của bác sĩ và làm phiếu thuốc, lấy thuốc, (kiểm tra thuốc lần 1).
- Điều dưỡng rửa tay, mang khẩu trang.
- Chuẩn bị dụng cụ.
- Mang dụng cụ đến giường, báo và giải thích thực hiện 5 đúng. hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.
- Rút thuốc:
 - + Thuốc ống: Sát khuẩn ống thuốc (đọc nhãn thuốc lần 2) và dùng gòn khô hoặc gạc bẻ ống thuốc, rút thuốc theo y lệnh, (đọc nhãn thuốc lần 3) thay kim tiêm.
 - + Thuốc bột: Bật nắp nhôm, sát trùng nắp lọ thuốc, rút nước cất bơm vào lọ thuốc, rút kim ra, lắc nhẹ để hòa tan thuốc. Bơm một lượng khí vào lọ thuốc tương ứng với lượng thuốc định rút ra. Rút đủ số lượng thuốc cần dùng, thay kim tiêm.
- Đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.
- Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm, đặt dây garrot, sát khuẩn tay nhanh.
- Mang găng, buộc dây garrot trên vị trí tiêm từ 3 – 5 cm.
- Sát khuẩn vị trí tiêm hình xoáy ốc từ trong ra ngoài.
- Lấy một viên gòn cầm trong lòng bàn tay. Để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.
- Để mặt vát của kim quay lên trên, căng da đâm kim qua da một góc 15° - 30° rồi luồn kim vào tĩnh mạch.
- Lùi nhẹ nòng bơm tiêm nếu có máu tháo dây garrot.
- Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt người bệnh.
- Bơm hết thuốc rút nhanh kim, ấn nhẹ vùng tiêm bằng gòn cồn, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn..
- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

5.5. Tai biến:

- Sốc phản vệ.
- Phù nơi tiêm.
- Tắc kim tiêm do cục máu đông.
- Tắc mạch do khí.
- Đâm nhầm vào động mạch.
- Viêm tĩnh mạch, nhiễm trùng huyết.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

STT	KỸ THUẬT TIÊN HÀNH
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).
2	Mang khẩu trang, rửa tay.
3	Chuẩn bị dụng cụ.
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, sát khuẩn tay nhanh.
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.
10	Đặt bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.
11	Một tay căng da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm, đưa kim vào bì chếch 1 góc $10^0 - 15^0$ so với mặt da ngấp mũi vát.
12	Bơm thuốc đủ lượng cần thiết
13	Rút kim nhanh, kéo nhẹ da làm khít da, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.
14	Dùng bút khoanh tròn lên vùng tiêm, ghi tên thuốc đã tiêm
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).		
2	Mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.		
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).		
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).		
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.		
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, sát khuẩn tay nhanh.		
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.		
10	Đỡ bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.		
11	Một tay căng da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm, đưa kim vào biểu bì chéch 1 góc 15° so với mặt da ngáp mũi vát.		
12	Bơm thuốc đủ lượng cần thiết		
13	Rút kim nhanh, kéo nhẹ da làm khít da, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.		
14	Dùng bút khoanh tròn lên vùng tiêm, ghi tên thuốc đã tiêm		
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.		
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).
2	Mang khẩu trang, rửa tay.
3	Chuẩn bị dụng cụ.
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, sát khuẩn tay nhanh.
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.
10	Điều dưỡng lấy một viên gòn cầm trong lòng bàn tay, để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.
11	Véo da, đâm kim 1 góc 45^0 so với mặt da.
12	Kéo lui nòng, không có máu vào bơm tiêm.
13	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt bệnh nhân.
14	Hết thuốc rút kim nhanh, ấn nhẹ cùng tiêm bằng gòn, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).		
2	Mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.		
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).		
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).		
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.		
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, sát khuẩn tay nhanh.		
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.		
10	Điều dưỡng lấy một viên gòn cầm trong lòng bàn tay, để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.		
11	Véo da, đâm kim 1 góc 45^0 so với mặt da.		
12	Kéo lui nòng, không có máu vào bơm tiêm.		
13	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt bệnh nhân.		
14	Hết thuốc rút kim nhanh, ấn nhẹ cùng tiêm bằng gòn, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.		
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.		
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).
2	Mang khẩu trang, rửa tay.
3	Chuẩn bị dụng cụ.
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, sát khuẩn tay nhanh.
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.
10	Điều dưỡng lấy một viên gòn cầm trong lòng bàn tay, để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.
11	Căng da, đâm kim 1 góc 90 độ (tiêm bắp sâu), 60 độ (tiêm bắp nông).
12	Kéo lui nòng, không có máu vào bơm tiêm.
13	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt bệnh nhân.
14	Hết thuốc rút kim nhanh, ấn nhẹ cùng tiêm bằng gòn, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

STT	KỸ THUẬT TIÊN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).		
2	Mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.		
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).		
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).		
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.		
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, sát khuẩn tay nhanh.		
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.		
10	Điều dưỡng lấy một viên gòn cầm trong lòng bàn tay, để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.		
11	Căng da, đâm kim 1 góc 90 độ (tiêm bắp sâu), 60 độ (tiêm bắp nông).		
12	Kéo lui nòng, không có máu vào bơm tiêm.		
13	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt bệnh nhân.		
14	Hết thuốc rút kim nhanh, ấn nhẹ cùng tiêm bằng gòn, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.		
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.		
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra y lệnh, ghi phiếu thuốc, lấy thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 1</i>).
2	Mang khẩu trang, rửa tay.
3	Chuẩn bị dụng cụ.
4	Mang dụng cụ đến giường báo và giải thích. Thực hiện 5 đúng. Hỏi tiền sử dị ứng thuốc. Sát khuẩn tay nhanh.
5	Đọc nhãn thuốc (<i>kiểm tra thuốc lần 2</i>), sát khuẩn và bẻ ống thuốc hoặc pha thuốc (<i>nếu là thuốc bột</i>).
6	Rút thuốc đủ số lượng (<i>kiểm tra thuốc lần 3</i>).
7	Thay kim, đặt bơm tiêm vào mâm kèm với phiếu thuốc.
8	Chọn vị trí tiêm, lót gối kê tay, thắt dây garo cách vị trí tiêm 3 – 5cm, sát khuẩn tay nhanh.
9	Sát trùng da theo hình xoắn ốc đủ rộng.
10	Điều dưỡng lấy một viên gòn cầm trong lòng bàn tay, để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí.
11	Căng da, đâm kim 1 góc $15^0 - 30^0$ qua da luôn vào tĩnh mạch.
12	Kéo lui nòng kiểm tra có máu vào bơm tiêm, tháo garo
13	Bơm thuốc chậm và quan sát sắc mặt bệnh nhân.
14	Hết thuốc rút kim nhanh, ấn nhẹ cùng tiêm bằng gòn, bỏ ống tiêm vào thùng đựng dụng cụ sắc nhọn.
15	Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

Bài 9: DẤU HIỆU SINH TỒN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích, chỉ định đo dấu hiệu sinh tồn.
- 1.2. Trình bày được những điểm cần lưu ý khi đo dấu hiệu sinh tồn.

2. Kỹ năng: Tiến hành đúng các bước đo huyết áp, nhiệt độ, mạch, nhịp thở đúng quy trình.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dấu hiệu sinh tồn bao gồm: nhiệt độ, mạch, nhịp thở, huyết áp là những dấu hiệu phản ánh chức năng sinh lý của cơ thể, được theo dõi trên người bệnh, hoặc người khỏe mạnh bình thường để kiểm tra sức khỏe định kỳ.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường của người bệnh. Ngoài ra những thay đổi về tình trạng sinh lý của cơ thể, những đáp ứng về thể chất, môi trường, tâm lý đều gây ảnh hưởng đến dấu hiệu sinh tồn.

Những thay đổi này có thể xảy ra đột ngột hay kéo dài một khoảng thời gian. Do đó, bất kỳ sự thay đổi bất thường nào của dấu hiệu sinh tồn đều cần được ghi nhận và báo với thầy thuốc để có những can thiệp kịp thời.

II. MỤC ĐÍCH

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.
- Theo dõi kết quả điều trị chăm sóc.
- Giúp chẩn đoán bệnh.
- Phát hiện biến chứng của bệnh.
- Theo dõi tình trạng bệnh, diễn tiến bệnh.
- Kết luận sự sống còn của người bệnh.

III. CHỈ ĐỊNH

- Nhận bệnh.
- Kiểm tra sức khỏe.
- Người bệnh đang nằm viện.
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật.
- Trước và sau dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp, tim mạch.
- Tình trạng người bệnh có những thay đổi về thể chất (mệt, đau, hôn mê ...)
- Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng.
- Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển viện.

IV. NGUYÊN TẮC

- Đo dấu hiệu sinh tồn 2 lần/ngày, sáng và chiều, ngoài ra có thể đo khi có chỉ định của bác sỹ.
- Trước khi đo dấu hiệu sinh tồn, bệnh nhân phải được nằm nghỉ 15 phút.
- Khi đo dấu hiệu sinh tồn không được tiến hành các thủ thuật trên bệnh nhân.
- Khi đo thấy dấu hiệu bất thường phải báo ngay cho bác sỹ để can thiệp kịp thời, nếu kết quả nghi ngờ, phải đo lại.

- Khi ghi kết quả vào phiếu theo dõi phải chính xác, đường biểu diễn nhiệt độ màu xanh, mạch màu đỏ, huyết áp và nhịp thở ghi bằng con số.

V. THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN

1. Theo dõi thân nhiệt

1.1. Khái niệm

Thân nhiệt là nhiệt độ cơ thể, bình thường nhiệt độ của cơ thể là 37°C , có thể dao động từ $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$. Thân nhiệt được cân bằng giữa hai quá trình tạo nhiệt và thải nhiệt. Khi nhiệt độ cơ thể cao hơn $37,5^{\circ}\text{C}$ thì gọi là sốt và khi nhiệt độ cơ thể thấp hơn $36,5^{\circ}\text{C}$ thì gọi là hạ thân nhiệt.

* Tạo nhiệt

- Sự co mạch.
- Sự vận động, co cơ, rung giật cơ.
- Chuyển hoá các chất.
- Hoạt động của hệ nội tiết.

* Thải nhiệt

- Sự bài tiết qua hơi thở, mồ hôi, giảm khối lượng tuần hoàn.
- Sự giãn mạch ngoại biên.
- Do ức chế thần kinh.

1.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến thân nhiệt

- Tuổi.
- Khi hoạt động nhiệt độ tăng.
- Nội tiết: phụ nữ nhiệt độ thường cao hơn nam giới đặc biệt trong thời kỳ rụng trứng.
- Stress thường làm thay đổi nhiệt độ: tăng hoặc hạ nhiệt độ.
- Nhiệt độ môi trường.
- Một số thuốc ảnh hưởng khả năng bài tiết mồ hôi, gây giãn mạch.

1.3. Vị trí đo thân nhiệt

- Đo thân nhiệt ở nách. (thấp hơn thân nhiệt ở miệng và hậu môn $0,5^{\circ}\text{C}$)
- Đo thân nhiệt ở miệng.
- Đo thân nhiệt ở hậu môn.



Hình 1: Đo nhiệt độ

1.4. Đơn vị đo thân nhiệt

- Độ C: Celsius, ký hiệu: $^{\circ}\text{C}$

- Độ F: Fahrenheit ký hiệu: $^{\circ}\text{F}$
- Chuyển đổi đơn vị độ F và độ C
- $^{\circ}\text{F} = (^{\circ}\text{C} \times 9/5) + 32$
- $^{\circ}\text{C} = (^{\circ}\text{F} - 32) \times 5/9$

1.5. Phân loại sốt

a. Theo độ sốt

- Sốt nhẹ: $> 37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$
- Sốt vừa: $> 38^{\circ}\text{C} - < 39^{\circ}\text{C}$
- Sốt cao: $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$
- Sốt rất cao: $> 40^{\circ}\text{C}$

b. Theo tính chất sốt

- Sốt cơn: sốt một ngày sau đó hạ trong vài ngày rồi lại sốt trở lại, thường có chu kì gặp trong sốt rét.
- Sốt liên tục: khi biên độ sốt không đáng kể thường gặp trong nhiễm trùng huyết, sốt xuất huyết.
- Sốt hồi quy: các cơn sốt lặp đi lặp lại nhiều lần với biên độ không thay đổi thường gặp sốt vàng da do *Leptospira*.
- Sốt dao động: sốt ở một khoảng thời gian nhất định trong ngày, sau đó giảm sốt, gặp trong lao phổi hoặc viêm đường hô hấp trên.

1.6. Ảnh hưởng của sốt đối với cơ thể

Sốt có thể gây ảnh hưởng đến các cơ quan trong cơ thể, nếu kéo dài còn ảnh hưởng đến toàn thân.

- Tuần hoàn: mạch máu ngoại biên giãn, nhịp tim tăng (sốt tăng 1°C , nhịp tim tăng 8 - 10 nhịp/ phút), tăng vận mạch, mặt môi đỏ.
- Hô hấp: nhịp thở tăng. Sốt tăng 1°C , nhịp thở tăng 2 – 3 lần/ phút
- Tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy hoặc táo bón.
- Bài tiết: mất nhiều mồ hôi, tiểu ít, nước tiểu cô đặc sậm màu.
- Thần kinh: gây nhức đầu, dễ kích động, cáu gắt, sốt cao có thể dẫn đến mê sảng, co giật nhất là trẻ em.
- Tăng chuyển hóa cơ bản: sốt kéo dài làm suy kiệt cơ thể.

2. Theo dõi mạch

2.1. Khái niệm: Mạch là cảm giác đập của tim khi ta sờ tay lên thành động mạch. Khi đếm mạch cần phải chú ý các yếu tố sau:

- Tần số: số lần tim đập trong 1 phút.
- Cường độ: tim đập mạnh hay yếu.
- Nhịp điệu: tim đập đều hay không đều.
- Sức căng: thành mạch mềm hay cứng.

2.2. Tần số mạch bình thường: Tần số mạch của người bình thường phụ thuộc vào lứa tuổi.

- Trẻ sơ sinh: 120 - 140 lần/phút.
- Trẻ 1 tuổi: 100 - 120 lần/phút.

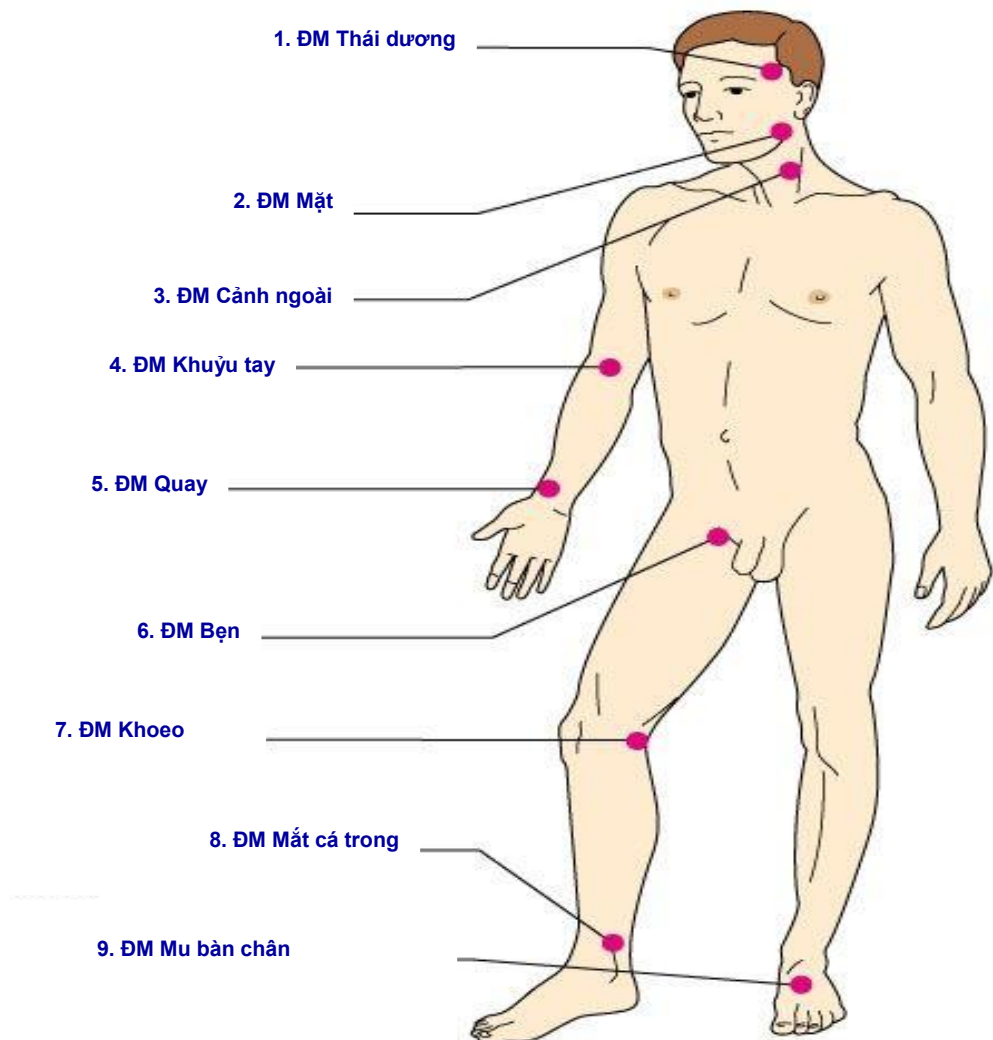
- Trẻ 2 - 4 tuổi: 90 - 100 lần/phút.
- Trẻ lớn: 80 - 90 lần/phút.
- Người lớn: 70 - 80 lần/phút.
- Người già: 60 - 70 lần/phút

2.3. Yếu tố ảnh hưởng đến tần số mạch

- Tuổi: Tần số mạch giảm dần từ trẻ sơ sinh đến người lớn tuổi.
- Giới: Nữ giới mạch đập nhanh hơn nam giới từ 8 – 10 nhịp/phút.
- Khi xúc động: mạch cũng tăng lên.
- Thân nhiệt tăng làm tần số mạch cũng tăng theo.
- Dùng thuốc: một số thuốc khi dùng cũng ảnh hưởng đến tần số mạch, như thuốc kích thích làm tần số mạch tăng lên, thuốc an thần làm giảm tần số mạch đập. Sự đau cũng làm mạch tăng lên (ví dụ như gãy xương đùi...có thể gây sốc và mạch bị tăng...).

2.4. Vị trí đếm mạch

- Động mạch quay, động mạch cánh tay, động mạch cánh, động mạch bẹn...
- Khi đếm mạch phải đếm trọn trong một phút, nếu mạch không đều đếm 2 – 3 lần rồi lấy trung bình.





Hình 3: Kỹ thuật đếm mạch

3. Theo dõi nhịp thở

3.1. Khái niệm

Nhịp thở gồm hai động tác chính, hít vào và thở ra. Khi hít vào, các cơ hô hấp co, cơ hoành hạ xuống để tăng thể tích khí trong lồng ngực. Khi thở ra, các cơ trở về bình thường, lồng ngực ép lại để đẩy khí ra ngoài.



Hình 4: Kỹ thuật đếm nhịp thở

3.2. Nhịp thở bình thường

Nhịp thở thay đổi theo lứa tuổi:

- Trẻ sơ sinh tần số thở là: 40 - 60 lần/phút.
- Trẻ dưới 6 tháng tuổi: Tần số thở là 35 - 40 lần/phút.
- Trẻ 6 tháng đến 1 tuổi: Tần số thở là 30 - 35 lần/phút.
- Trẻ 2 - 5 tuổi: Tần số thở là 25 - 30 lần/phút
- Trẻ 5 - 12: Tần số thở là 20 - 25 lần/phút.
- Người lớn: Tần số thở là 16 - 20 lần/phút.

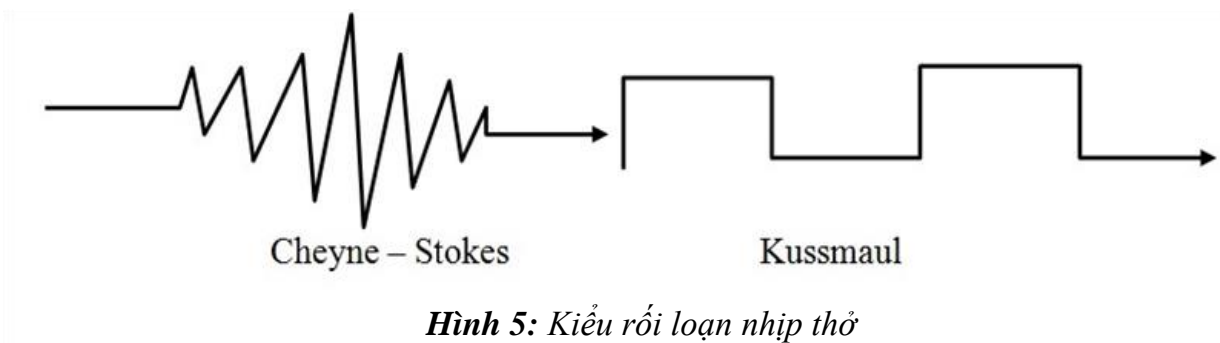
3.3. Nhịp thở thay đổi theo sinh lý

- Tần số nhịp thở tăng: Sau lao động, sau thể dục thể thao, khi xúc động.
- Tần số thở chậm: Khi ngủ, suy nghĩ nhiều . . .

3.4. Nhịp thở thay đổi theo bệnh lý

Khó thở: Là động tác thở trở nên nặng nề, khó chịu cánh mũi phập phồng co kéo các khoảng liên sườn, người bệnh phải cố gắng để thở, đó là hiện tượng khó thở. Các kiểu khó thở thường gặp:

- Khó thở thì hít vào: Dị vật đường thở, hẹp khí quản. . .
- Khó thở thì thở ra: Nguyên nhân thường do hen phế quản
- Khó thở cả 2 thì: Gặp trong phù phổi cấp, tràn dịch, tràn khí màng phổi...
- Khó thở liên tục: Suy hô hấp, suy tim...
- Kiểu thở Cheyne - Stockes: Thở nhẹ, cạn từ từ nhanh và sâu rồi từ từ nhẹ cạn, sau đó tạm ngừng thở ngắn rồi sau đó lặp lại chu chuyển mới. Thường gặp trong urê huyết cao, chảy máu não, viêm não, màng não...
- Kiểu thở Kussmaul: Ngưng thở ngắn sau đó hít vào sâu rồi ngưng thở vài giây sau đó thở ra nhanh rồi ngưng thở ngắn sau đó lặp lại chu chuyển mới. Gặp trong một số trường hợp như hôn mê gan, hôn mê do đái tháo đường.



Hình 5: Kiểu rối loạn nhịp thở

4. Theo dõi huyết áp

4.1. Khái niệm

Huyết áp là áp lực của máu trên thành động mạch, khi tim co bóp áp lực của máu trên thành động mạch lên tới mức cao nhất gọi là huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu), khi tim giãn ra, áp lực máu trong thành động mạch xuống tới mức thấp nhất gọi là huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương). Có 4 yếu tố tạo nên huyết áp:

- Sức co bóp của tim.
- Sự co giãn của động mạch lớn.
- Trở lực ngoại vi.
- Yếu tố thần kinh.

4.2. Chỉ số huyết áp bình thường

- Người lớn: Huyết áp tối đa là 90 - 140 mmHg, huyết áp tối thiểu là 60 - 90 mmHg.
- Trẻ em: Huyết áp trẻ em thấp hơn so với người lớn, càng ít tuổi huyết áp càng thấp.

- + Huyết áp tối đa ở trẻ sơ sinh: 70 mmHg
- + Huyết áp tối đa ở trẻ 1 tuổi: 80 mmHg
- + Huyết áp tối đa trẻ trên 1 tuổi tính theo công thức

$$HA (\text{max}) = 80 + 2N \quad (N \text{ là số tuổi tính theo năm}).$$

- + Huyết áp tối thiểu.

$$HA (\text{min}) = HA (\text{max}) / 2 + K$$

Hệ số K phụ thuộc vào lứa tuổi.

- Dưới 7 tuổi: 10
- 7 – 12 tuổi: 15
- 13 – 15 tuổi: 20

4.3. Yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp

a. Thay đổi sinh lý

- Tuổi: huyết áp thấp hơn ở trẻ nhỏ, tăng dần ở người lớn, người cao tuổi tăng hơn người trẻ tuổi.
- Sự đau nhiều: làm tăng huyết áp.
- Thuốc: dùng thuốc co mạch sẽ làm tăng huyết áp, dùng thuốc giãn mạch và thuốc ngủ sẽ làm giảm huyết áp.

b. Thay đổi bệnh lý

- Tăng huyết áp: Bệnh tim mạch, thận, nội tiết...
- Giảm huyết áp: Mất máu nhiều, mất nước...
- Huyết áp kẹp: Là hiệu số của huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu ≤ 20 mmHg.

4.4. Vị trí đo huyết áp

- Hai tay: đo ở cánh tay
- Hai chân: đo ở đùi (ít áp dụng)



Hình 7: Kỹ thuật đo huyết áp

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ ĐO DẤU HIỆU SINH TỒN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
Mâm đựng dụng cụ sạch bao gồm			
1	Máy đo huyết áp		
2	Ống nghe		
3	Nhiệt kế		
4	Đồng hồ		
5	Khăn lau nách.		
6	Bông gòn khô		
7	Bồn hạt đậu đựng dung dịch khử khuẩn có lót vải thưa		
8	Phiếu theo dõi		
9	Bút ghi (bút xanh, bút đỏ)		
10	Túi đựng rác y tế		

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO DẤU HIỆU SINH TỒN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Báo và giải thích việc sắp làm.		
2	Điều dưỡng rửa tay, mang khẩu trang.		
3	Chuẩn bị dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân đặt ở nơi thuận tiện.		
5	Cho bệnh nhân ở tư thế thuận tiện, đặt mâm dụng cụ nơi phù hợp.		
* Đo nhiệt độ ở nách			
6	Lau khô hõm nách bệnh nhân nhẹ nhàng bằng khăn.		
7	Vẫy cột thủy ngân của nhiệt kế xuống dưới 35 độ C (94 độ F).		
8	Đặt bầu thủy ngân vào giữa hõm nách, bảo bệnh nhân khép chặt tay vào nách, bàn tay đặt lên ngực.		
9	Duy trì nhiệt kế trong nách từ 5 - 10 phút (trong thời gian này đếm mạch, đếm nhịp thở, đo huyết áp).		
10	Lấy nhiệt kế ra lau sạch bằng bông khô.		
11	Cầm nhiệt kế ngang tầm mắt và đọc kết quả.		
12	Bỏ nhiệt kế vào khay hạt đậu, ghi kết quả vào bảng theo dõi hoặc sổ tay.		
* Kỹ thuật đếm nhịp thở			

13	Đặt một tay bệnh nhân lên ngang bụng, cầm tay bệnh nhân như đang đếm mạch. Quan sát bụng hoặc lồng ngực bệnh nhân nâng lên hoặc hạ xuống là đếm 1 nhịp.		
14	Đề đồng hồ trước mặt, đếm trọn trong 1 phút, ghi kết quả vào bảng theo dõi hoặc sổ tay.		
* Kỹ thuật đếm mạch			
15	Chọn vị trí bắt mạch nhẹ nhàng, đặt 3 ngón tay lên động mạch, ấn nhẹ cho đến khi sờ được mạch đập.		
16	Đề đồng hồ trước mặt, đếm trọn trong 1 phút, ghi kết quả vào bảng theo dõi hoặc sổ tay.		
* Kỹ thuật đo huyết áp			
17	Bộc lộ vị trí đo huyết áp.		
18	Quấn túi đo huyết áp cách vị trí đo 3 - 5cm (để 2 dây của huyết áp dọc theo đường đi của động mạch), đề đồng hồ hoặc cột thủy ngân vừa tầm mắt.		
19	Đặt ống nghe vào tai, tìm vị trí mạch đập để đặt ống nghe lên mạch vừa bắt.		
20	Khóa van của bóng cao su, bóp bóng hơi cho cột thủy ngân hoặc kim đồng hồ lên đến khi không nghe tiếng mạch đập, bơm thêm 20 - 30 mmHg.		
21	Mở van từ từ và lắng nghe tiếng mạch đập đầu tiên đó là huyết áp tối đa và tiếp tục nghe đến khi tiếng đập thay đổi âm sắc hoặc không còn nghe tiếng đập đó là huyết áp tối thiểu.		
22	Giúp bệnh nhân nằm lại tiện nghi		
23	Ghi kết quả vào bảng theo dõi hoặc sổ tay.		
24	Thu dọn dụng cụ.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nhịp thở bình thường ở người lớn là:

- A. 16 - 20 lần/ phút B. 20 - 30 lần/ phút C. 30 - 40 lần/ phút D. 40 - 60 lần/ phút

2. Tần số mạch bình thường ở người lớn là:

- A. 50 - 60 lần/ phút B. 60 - 70 lần/ phút
C. 70 - 80 lần/ phút D. 80 - 100 lần/ phút

3. Sốt ảnh hưởng đến hệ cơ quan nào sau đây?

- A. Tuần hoàn B. Hô hấp C. Tiêu hóa D. Câu A, B, C đúng

4. Vị trí nào thường được áp dụng đo nhiệt độ?

- A. Miệng B. Mách C. Hậu môn D. Trán

Bài 10: CỐ ĐỊNH TẠM THỜI CÁC LOẠI GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các triệu chứng và dấu hiệu của gãy xương.
- 1.2. Kể đủ 7 nguyên tắc của việc bất động gãy xương.
- 1.3. Trình bày được các mục đích của việc bất động gãy xương.

2. Kỹ năng: Tiến hành được các bước bất động gãy xương bằng nẹp gỗ.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Đại cương:

- Gãy xương là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp và gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên đối tượng trẻ em và trưởng thành hay gặp nhất.

- Gãy xương không phải là vấn đề gì quá nguy hiểm nếu như được sơ cứu và xử trí kịp thời và đúng lúc.

- Gãy xương sẽ gây nên nhiều tai biến cho nạn nhân nếu chúng ta không sơ cứu kịp thời, có thể gây tổn thương các tổ chức xung quanh, tổn thương mạch máu, dây thần kinh và gây kín thành gãy hở.

- Nếu nạn nhân có gãy xương chúng ta phải sơ cứu ngay bằng hình thức bất động xương gãy trước khi chuyển nạn nhân đến các cơ sở y tế.

2. Khái niệm:

- Gãy xương là tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện từ 1 vết rạn cho đến sự gãy hoàn toàn của xương.

- Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương, biểu hiện bằng nhiều hình thức khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân.

3. Nguyên nhân và các loại gãy xương:

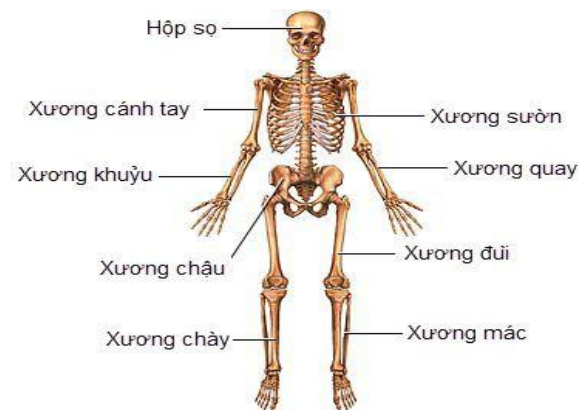
3.1. Nguyên nhân: Gãy xương thường là do tác động của một lực vào xương, dựa vào tác động của lực này người ta chia gãy xương làm 2 nguyên nhân chính:

- Gãy trực tiếp: Vị trí gãy ngang lực trực tiếp tác động.

- Gãy gián tiếp: Ổ gãy là nơi bị lực tác động gián tiếp, thường gây ra gãy xoắn (ngã chống tay, gãy xương đòn).

3.2. Các loại gãy xương:

3.2.1. Gãy xương kín: Da vùng ổ gãy không bị tổn thương hoặc có tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.



3.2.2. Gãy xương hở: Vết thương từ ổ gãy thông ra ngoài, máu chảy ra từ vết thương ổ gãy có kèm theo vầng mỡ tuỷ xương, hoặc đầu xương đâm ra ngoài da.

4. Triệu chứng

4.1 Triệu chứng không đặc hiệu:

- Đau, giảm khi bắt động tốt.
- Sưng nề chi.
- Bầm tím muộn thường sau 24 – 48 giờ.

4.2 Triệu chứng đặc hiệu của gãy xương:

- Biến dạng chi: Lệch trục, ngắn chi.
- Lao xao hai đầu xương.
- Cử động bất thường.
- Điểm đau chói.



5. Mục đích và nguyên nhân bất động gãy xương

5.1 Mục đích:

- Làm giảm đau cho nạn nhân khi vận chuyển.
- Tránh các tổn thương thứ phát: Xung quanh ổ gãy và tránh di lệch xương.
- Phòng và chống sốc cho nạn nhân.

5.2 Nguyên tắc (7 nguyên tắc):

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân mà phải có bông gòn, gạc đệm lót.
- Bất động theo tư thế cơ năng: Cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn chân vuông góc với cẳng chân, cẳng chân vuông góc với đùi thẳng 180° .
- Bất động chắc chắn trên, dưới ổ gãy, khớp trên, khớp dưới ổ gãy, với xương đùi bất động ba khớp: Khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân.
- Gãy kín phải kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian bất động.
- Gãy hở: Không được kéo, không nắn, không ấn đầu xương vào trong mà để nguyên tư thế gãy bất động.
- Cố định hai chi dưới thành một khối thống nhất khi không có nẹp.
- Nhanh chóng, nhẹ nhàng trong suốt thời gian bất động và vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

II. PHẦN THỰC HÀNH

1. Các bước sơ cứu nạn nhân gãy xương:

- Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thuận lợi.
- Chống sốc cho nạn nhân (nếu có).
- Bộc lộ vùng bị thương, quan sát đánh giá, xác định vị trí tổn thương
- Băng vết thương nếu có rách da gây chảy máu (gãy xương hở).

- Cố định xương gãy bằng nẹp.
- Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất.
- Quan sát và theo dõi tình trạng của nạn nhân.

2. Dụng cụ để cố định gãy xương:

- Nẹp: Nẹp gỗ, nẹp thomas, nẹp Kramer, nẹp kim loại, nẹp hơi... hoặc nẹp tùy ứng như thanh tre, thanh gỗ, gậy...

- Băng: To bản dùng để buộc, giữ nẹp ôm lấy phần thân cố định hoặc dây vải chắc (chi trên dùng 3 dây, căng chân dùng 7 dây, đùi dùng 10 dây).

- Bông: Bông mỡ hoặc đệm mềm để đệm các vùng nẹp tiếp xúc với đầu xương, nẹp, có thể dùng vải hoặc giấy mềm thay thế

- Khăn chéo: Để treo tay



BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ SƠ CỨU GÃY XƯƠNG

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
• Dụng cụ sơ cứu gãy xương ở chi trên và chi dưới bao gồm			
1	- Nẹp gỗ: + Bộ nẹp bất động gãy xương cẳng tay. + Bộ nẹp bất động gãy xương cánh tay. + Bộ nẹp bất động gãy xương cẳng chân. + Bộ nẹp bất động gãy xương đùi.		
2	- Băng thun.		
3	- Vải đệm lót/ bông/ gạc.		
4	- Khăn chéo/ khăn tam giác/ dây to bản		

3. Tiến hành kỹ thuật

3.1. Tiến hành kỹ thuật sơ cứu nạn nhân gãy xương cẳng tay:

- Một người phụ đỡ trên và dưới ổ gãy; nếu một mình nhờ nạn nhân phụ tiếp.

- Một người tiến hành:

+ Đặt căng tay sát thân, căng tay vuông góc với cánh tay.

+ Đặt 2 nẹp:

○ Nẹp trên: Từ nếp gấp khuỷu tay đến vừa quá đốt I bàn tay.

○ Nẹp dưới: Vừa quá góc khuỷu tay đến các đầu ngón tay.

+ Đặt các đệm lót: Đầu nẹp, đầu xương, các khuyết.

+ Buộc 3 dây to bản thứ tự như sau:

○ 1 dây trên ổ gãy

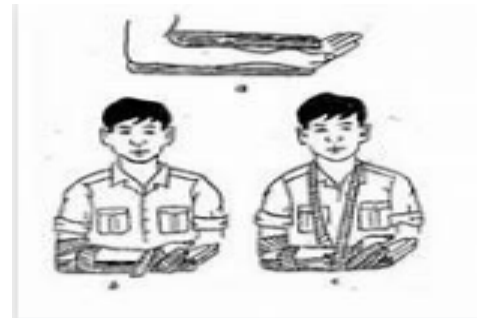
○ 1 dây dưới ổ gãy

○ 1 dây ở bàn tay, lưu ý bỏ ngón I ra.

+ Đỡ căng tay bằng khăn chéo (1 băng to bản/ khăn tam giác) treo trước ngực, lòng bàn tay ngửa, sau cho căng tay vuông góc với cánh tay.

+ Viết phiếu chuyển thương.

+ Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất/ bệnh viện.



BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT SƠ CỨU NẠN NHÂN GÃY XƯƠNG CĂNG TAY

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Đặt nạn nhân ở tư thế thuận tiện, tay lạnh đỡ tay đau, đỡ căng tay sát vào thân, căng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa.		
5	Đặt 2 nẹp gỗ phù hợp: - Nẹp phía dưới từ góc khuỷu tay đến vừa quá các ngón tay. - Nẹp phía trên từ nếp gấp khuỷu tay đến vừa quá đốt I bàn tay.		
6	Đệm bông, băng ở các đầu nẹp và chỗ lồi, lõm của xương.		
7	Đặt dây cố định trên ổ gãy, dưới ổ gãy và ở lòng bàn tay.		
8	Buộc dây thứ tự như sau: Trên ổ gãy, dưới ổ gãy, khớp dưới ổ gãy, các nút buộc trên nẹp.		

9	Dùng khăn tam giác hoặc dây rộng bản nâng đỡ cẳng tay, sao cho cẳng tay vuông góc cánh tay, lòng bàn tay ngửa.		
10	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

3.2. Tiến hành kỹ thuật sơ cứu nạn nhân gãy xương cánh tay:

- Một người phụ đỡ trên và dưới ổ gãy/ hoặc nạn nhân phụ.

- Một người tiến hành:

+ Đặt cẳng tay của nạn nhân sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay.

+ Đặt 2 nẹp:

o Nẹp dưới: Từ nách đến quá khuỷu tay.

o Nẹp trên: Từ quá mỏm vai đến quá khuỷu tay.

+ Hoặc có thể dùng nẹp Kramer làm thành góc 90° đỡ cả cánh tay và dưới cẳng rồi băng lại

+ Đặt các đệm lót: Đầu nẹp, đầu xương, các lổm, khuyết.

+ Buộc 2 dây to bản theo thứ tự sau:

o Một dây trên ổ gãy.

o Một dây dưới ổ gãy.

+ Đỡ cẳng tay bằng khăn chéo (băng to bản/ khăn tam giác) treo trước ngực bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân, sao cho cánh tay vuông góc với thân người.

+ Băng hoặc buộc cánh tay sát vào thân

+ Viết phiếu chuyển thương

+ Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất/ bệnh viện.



BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT SƠ CỨU NẠN NHÂN GÃY XƯƠNG CÁNH TAY

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Đặt nạn nhân ở tư thế thuận tiện, tay lạnh đỡ tay đau, đỡ cẳng tay sát vào thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa.		

5	Đặt 2 nẹp gỗ phù hợp: - 1 nẹp từ nách đến quá khuỷu tay. - 1 nẹp từ quá móm vai đến quá khuỷu tay.		
6	Đệm bông, băng ở các đầu nẹp và chỗ lõm, lồi của xương.		
7	Đặt dây cố định trên ổ gãy, dưới ổ gãy.		
8	Buộc dây thứ tự như sau: Trên ổ gãy, dưới ổ gãy, các nút buộc trên nẹp.		
9	Dùng khăn tam giác 1 treo cẳng tay trước ngực.		
10	Dùng khăn tam giác 2 buộc cánh tay sát vào thân.		
	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

3.3. Tiến hành kỹ thuật sơ cứu nạn nhân gãy xương cẳng chân:

- Hướng dẫn 2 người phụ/ một phụ và một nạn nhân.

+ Người phụ 1: Đỡ trên và dưới ổ gãy

+ Người phụ 2: Giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân và kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định (nếu gãy kín).

- Người tiến hành:

+ Đặt ba nẹp bằng nhau (phía dưới, bên trong và bên ngoài) từ giữa đùi đến vừa quá gót chân.

+ Đặt các đệm lót (hoặc lót bông không thấm nước) chú ý các vị trí sau:

- 3 đệm lót ở cổ chân.
- 3 đệm lót ở đầu gối.
- 3 đệm lót ở đầu nẹp (ở đùi).
- Và các đệm lót ở những vùng khuyết và lõm.

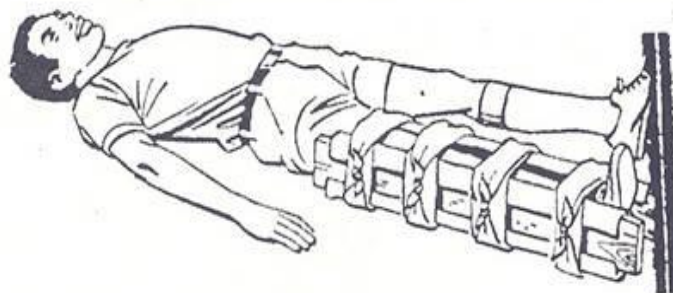
+ Buộc 4 dây to bản theo thứ tự sau:

- 1 dây trên ổ gãy.
- 1 dây dưới ổ gãy.
- 1 dây trên đùi gần đầu nẹp/ trên gối gối.
- 1 dây cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân hoặc băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.

+ Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy

+ Viết phiếu chuyển thương

+ Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất/ bệnh viện.



**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
SƠ CỨU NẠN NHÂN GÃY XƯƠNG CẰNG CHÂN**

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng hoặc gối, chân lạnh hơi dang ra.		
5	Người phụ 1: 1 tay đỡ trên và dưới ổ gãy		
6	Người phụ 2: 1 tay giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân		
7	Đặt 3 nẹp gỗ phù hợp: từ giữa đùi đến vừa quá gót chân.		
8	Đệm bông, băng ở các đầu nẹp và chỗ lồi, lõm của xương.		
9	Đặt dây cố định trên ổ gãy, dưới ổ gãy, khớp trên ổ gãy.		
10	Buộc dây thứ tự như sau: Trên ổ gãy, dưới ổ gãy, khớp trên ổ gãy, khớp dưới ổ gãy hoặc băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân, các nút buộc trên nẹp.		
11	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
12	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

3.4. Tiến hành kỹ thuật sơ cứu nạn nhân gãy xương đùi:

- Hướng dẫn người phụ

+ Người phụ 1: Đỡ trên và dưới ổ gãy

+ Người phụ 2: Giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân và kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định (trong gãy kín)

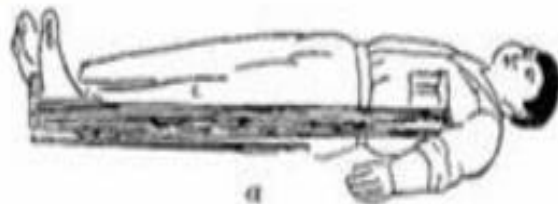
- Người tiến hành:

+ Đặt 3 nẹp:

- 1 nẹp ngoài từ nách đến vừa quá gót chân.
- 1 nẹp trong từ bẹn đến vừa quá gót chân.
- 1 nẹp phía dưới từ xương bả vai đến vừa quá gót chân.

+ Đặt các đệm lót (hoặc bông thấm nước) chú ý các điểm sau:

- 3 đệm lót ở cổ chân.
- 3 đệm lót ở đầu gối.
- 1 đệm lót ở đầu nẹp sát bẹn.
- 1 đệm lót ở hông.
- 1 đệm lót ở nách và đầu nẹp.
- 1 đệm lót ở dưới vai.



- Các vị trí còn khuyết hay lõm.
- + Buộc 6 dây to bản theo thứ tự sau:
 - 1 dây trên ổ gậy.
 - 1 dây dưới ổ gậy.
 - 1 dây ngang hông (khớp trên ổ gậy).
 - 1 dây dưới đầu gối (khớp dưới ổ gậy).
 - 1 dây ngang ngực.
 - 1 dây trên cổ chân hoặc băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
- + Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy
- + Viết phiếu chuyển thương
- + Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất/ bệnh viện.

**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
SƠ CỨU NẠN NHÂN GẦY XƯƠNG ĐÙI**

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, chân lành hơi dang ra.		
5	Người phụ 1: 1 tay đỡ trên và dưới ổ gậy		
6	Người phụ 2: 1 tay giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân		
7	Đặt 3 nẹp gỗ phù hợp: - Nẹp phía dưới từ xương bả vai đến vừa quá gót chân. - Nẹp phía ngoài từ hõm nách đến vừa quá gót chân. - Nẹp phía trong từ bẹn đến vừa quá gót chân.		
8	Đệm bông, băng ở các đầu nẹp và chỗ lồi, lõm của xương.		
9	Đặt dây cố định trên ổ gậy, dưới ổ gậy, khớp trên ổ gậy, khớp dưới ổ gậy, ngang ngực, cổ chân (nếu có).		
10	Buộc dây thứ tự như sau: Trên ổ gậy, dưới ổ gậy, khớp trên ổ gậy, khớp dưới ổ gậy hoặc băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân, các nút buộc trên nẹp.		
11	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
12	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

4. Sơ cứu nạn nhân gãy xương sườn:

- Dùng băng to bản băng vùng ngực có xương sườn bị gãy với một lực tùy theo nạn nhân, đảm bảo không gây khó thở cho nạn nhân.
- Nếu có điều kiện dùng băng dính to bản băng kín vùng gãy, xuất phát từ xương ức và kết thúc là cột sống.
- Dùng băng treo cổ định căng tay bên phía xương sườn bị gãy để đỡ trọng lượng của tay.
- Chuyển nạn nhân trong tư thế ngồi tựa sang bên đau.



BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT

SƠ CỨU NẠN NHÂN GÃY XƯƠNG SƯỜN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ. - Băng to bản/ băng dính to bản. - Dây treo tay. - Phiếu chuyển thương		
4	Đặt nạn nhân ngồi ở tư thế thoải mái.		
5	Dùng băng to bản băng vùng ngực có xương sườn bị gãy với một lực tùy theo nạn nhân/ dùng băng dính to bản băng kín vùng gãy, xuất phát từ xương ức và kết thúc là cột sống.		
6	Dùng băng treo cổ định căng tay bên phía xương sườn bị gãy		
7	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

5. Sơ cứu nạn nhân gãy xương đòn:

- Dùng băng to bản:
- + Một người phụ giữ hai khuỷu tay ra sau cho nạn nhân ưỡn ngực.
- + Chèn bông vào hai hố nách và hai bả vai
- + Băng kiểu số 8 ở sau lưng
- Dùng nẹp chữ T (tham khảo)
- + Đặt nẹp chữ T sau vai và dọc cột sống
- + Chèn bông vào hai nách và hai bả vai



+ 4 băng to bản buộc hai bả vai , thắt lưng, ngực

- Hiện tại và phổ biến nhất là bất động bằng đai xương đòn, chú ý size.

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT SƠ CỨU NẠN NHÂN GÃY XƯƠNG ĐÒN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ. - Băng to bản. - Bông đệm lót. - Băng cuộn. - Phiếu chuyển thương.		
4	Đặt nạn nhân ngồi ở tư thế thoải mái.		
5	Người phụ giữ hai khuỷu tay ra sau cho nạn nhân ưỡn ngực.		
6	Chèn bông vào hai hố nách và hai bả vai		
7	Dùng băng cuộn áp dụng kiểu băng số 8, tiến hành băng.		
8	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

6. Sơ cứu nạn nhân gãy gãy xương cột sống

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên cáng cứng

Đệm lót hai bên nạn nhân tránh di lệch

- Cố định nạn nhân vào cáng bằng nhiều dây buộc to bản như sau:

+ 1 dây ở ngang trán

+ 1 dây ở cằm

+ 1 dây ở ngang ngực

+ 1 dây ở ngang hông

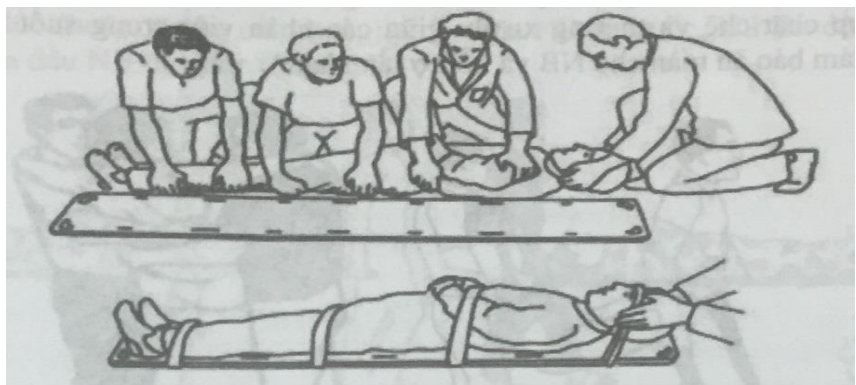
+ 1 dây ở ngang đùi

+ 1 dây ở ngang cẳng chân

+ 1 dây ở ngang cổ chân

- Viết phiếu chuyển thương

- Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất/ bệnh viện.



**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
SƠ CỨU NẠN NHÂN GÃY XƯƠNG CỘT SỐNG**

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân, xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân biết thủ thuật sắp làm.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ. - Cáng cứng. - Băng đệm lót. - Dây cố định. - Phiếu chuyển thương.		
4	Đặt nạn nhân nằm ngửa trên cáng cứng.		
5	Đệm lót hai bên nạn nhân tránh di lệch.		
6	- Cố định nạn nhân vào cáng bằng nhiều dây buộc to bản như sau: + 1 dây ở ngang trán + 1 dây ở cằm + 1 dây ở ngang ngực + 1 dây ở ngang hông + 1 dây ở ngang đùi + 1 dây ở ngang cẳng chân + 1 dây ở ngang cổ chân		
7	Viết phiếu chuyển thương.		
8	Nhanh chóng, nhẹ nhàng, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

7. Một số gãy xương khác

- Nếu nạn nhân bị vỡ xương sọ có não lò ra ngoài hộp sọ, ta dùng bát ăn cơm, gáo dừa sạch hoặc làm 1 vành khăn bằng vải hay bằng bông úp khoanh vào chỗ não lò ra, sao cho não không chạm vào các dụng cụ đó, không được dùng thuốc bôi hoặc dùng băng để ép trực tiếp lên não.

- Nếu nạn nhân bị gãy xương hàm dưới chỉ cần dùng băng cuộn hoặc băng tam giác cố định hàm nạn nhân lên phía trên.

- Trong trường hợp vỡ xương chậu dùng băng to bản hoặc mảnh vải luôn xuống dưới mông và buộc cố định khung chậu của nạn nhân lại, phát hiện các tổn thương tạng khác trong chậu hông.

- Nếu không có nẹp, với nạn nhân gãy xương cánh tay, cẳng tay ta có thể treo tay nạn nhân vào cổ và cố định tay vào thân mình bằng 1 băng to bản, với nạn nhân gãy xương đùi, xương cẳng chân có thể dùng 5 cuộn băng to bản hoặc vải cố định chi gãy vào chi lành.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Mục đích của bất động xương gãy, ngoại trừ:

- A. Giảm đau cho bệnh nhân
- B. Giảm tổn thương thêm
- C. Phòng ngừa nhiễm trùng
- D. Tránh mất máu

Câu 2. Câu nào sau đây là sai khi cố định tạm thời nạn nhân gãy đốt sống cổ?

- A. Giữ đầu và cổ bệnh nhân thẳng
- B. Cố định bằng 8 sợi dây/ băng cuộn
- C. Di chuyển bệnh nhân đến nơi an toàn trước
- D. Dùng gối chêm 2 bên cổ của nạn nhân

Câu 3. Số nẹp bất động gãy xương đùi thường là:

- A. 2
- B. 3
- C. 4
- D. 5

Câu 4. Số nẹp bất động gãy xương cánh tay thường là:

- A. 2
- B. 3
- C. 4
- D. 5

Câu 5. Hiện nay bất động xương đòn phổ biến nhất là:

- A. Dùng băng thun băng số 8
- B. Dùng nẹp chữ T
- C. Dùng đai xương đòn
- D. Không xử trí gì

Bài 11: CÁC PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN BỆNH NHÂN

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các phương pháp vận chuyển bệnh nhân.
- 1.2. trình bày được các nguyên tắc vận chuyển bệnh nhân.

2. Kỹ năng: Tiến hành được các vận chuyển bệnh nhân theo đúng quy trình.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

1. Quy tắc chung khi tiến hành vận chuyển người bệnh.

- Chỉ được di chuyển người bệnh khi có chỉ định của thầy thuốc (ghi rõ giờ, ngày, tháng, phương pháp di chuyển).
- Phải chuẩn bị đầy đủ, kiểm tra lại các phương tiện di chuyển người bệnh: cáng, xe lăn, xe ô tô ... để đảm bảo di chuyển người bệnh an toàn.
- Thực hiện di chuyển người bệnh nhẹ nhàng, cẩn thận nhất là đối với người bệnh mắc bệnh nặng, mới mổ, chấn thương cột sống, gãy xương đùi ... để giảm đau, đề phòng các tai biến có thể xảy ra.
- Nếu chuyển người bệnh từ khoa này sang khoa khác hoặc đưa người bệnh đi xét nghiệm, chiếu chụp X quang ... Điều dưỡng phải:
 - + Chuẩn bị hồ sơ, giấy tờ cần thiết đầy đủ trước (các giấy xét nghiệm, phiếu chiếu và chụp X quang có chữ ký của thầy thuốc).
 - + Thông báo cho khoa mới biết trước để chuẩn bị sẵn sàng đón tiếp người bệnh.
 - + Khi di chuyển người bệnh phải đắp chăn hoặc vải cho người bệnh để tránh mưa, nắng, gió ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.
- Chuyển người bệnh đi bệnh viện khác để điều trị, khám chuyên khoa phải:
 - + Mang đầy đủ hồ sơ giấy tờ cần thiết, thuốc, dụng cụ cấp cứu và các trang thiết bị khác: Nước uống, bô vệt... để sử dụng trên đường vận chuyển.
 - + Nếu di chuyển người bệnh bằng cáng, xe đẩy, ô tô... phải đệm lót cho người bệnh ngồi hoặc nằm được êm và di chuyển được nhẹ nhàng.
- Khi chuyển người bệnh đến khoa, bệnh viện mới phải bàn giao người bệnh, hồ sơ, giấy tờ cần thiết khác với điều dưỡng trưởng khoa mới hoặc người có trách nhiệm tiếp đón người bệnh.
- Khi trở về phải báo cáo toàn bộ diễn biến với điều dưỡng trưởng.

2. Các phương pháp vận chuyển người bệnh

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Trước khi di chuyển người bệnh và người nhà người bệnh phải được thông báo trước, giải thích cho người bệnh hiểu rõ lý do chuyển khoa, viện để họ yên tâm.
- Dặn dò người bệnh, người nhà những điều cần thiết.

- Trước khi di chuyển người bệnh phải được nhận định, khám lại cẩn thận.
- Người bệnh được thay, mặc quần áo chu đáo, không để người bệnh bị lạnh trong khi di chuyển.
- Đối với người bệnh gãy xương, bong, chấn thương nặng cần phải được băng bó cố định bằng nẹp trước để hạn chế đau, đề phòng sóc, ngất trong khi di chuyển.
- Nếu người bệnh mới mổ xong hoặc trong thời gian hậu phẫu đang truyền dịch thì phải mang theo trong lúc di chuyển.

2.2. Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ:

- Chuẩn bị thuốc và dụng cụ cấp cứu tùy theo tình trạng của bệnh.
- Trang thiết bị đồ dùng cá nhân: Nước uống, ca, cốc uống nước, xô, chậu, ống nhỏ...
- Nilon che mưa, chăn đắp, gối kê đầu.
- Cáng, xe lăn, hoặc ô tô.

BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Thuốc cấp cứu (Tùy theo điều kiện của cơ sở Y tế)		
2	Bộ dụng cụ cấp cứu (Tùy theo bệnh)		
3	Trang thiết bị/ đồ dùng cá nhân		
4	Nilon che nắng/ mưa		
5	Chăn đắp, gối kê đầu, kê chân (nếu cần)		
6	Dụng cụ vận chuyển (tùy theo cách vận chuyển): - Cáng; - Xe lăn; - Văng; - Ô tô,		

3. Kỹ thuật tiến hành

3.1. Vận chuyển người bệnh bằng xe lăn:

- Phương pháp một người: Áp dụng cho những trường hợp người bệnh tỉnh táo và có khả năng phối hợp được với người điều dưỡng.

+ Đặt xe lăn cách giường người bệnh khoảng 1m, phía đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh. Chốt giường và xe lăn. Nếu bệnh nhân nhìn kém phải giải thích vị trí của xe lăn hoặc đặt tay bệnh nhân lên xe lăn để an toàn cho người bệnh.

+ Để bệnh nhân tư thế nằm ngửa



- + Nâng đầu giường lên để bệnh nhân ở tư thế ngồi, nâng từ từ để bệnh nhân không chóng mặt.
- + Giúp bệnh nhân ngồi dậy, đưa chân bệnh nhân qua một bên giường.
- + Giúp bệnh nhân đứng lên đưa qua xe lăn, cho ngồi xuống hướng dẫn để tay và chân lên thành xe lăn.
- + Vận chuyển bệnh nhân đến nơi an toàn.



**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH BẰNG XE LĂN**
(Phương pháp một người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù hợp với phương pháp.		
2	Báo cáo vào giải thích cho người bệnh và người nhà an tâm.		
3	Đặt xe lăn cách giường người bệnh khoảng 1m, đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh.		
4	Chốt/ khóa an toàn giường và xe lăn.		
5	Giải thích vị trí của xe lăn hoặc đặt tay bệnh nhân lên xe lăn để an toàn cho người bệnh (nếu cần).		
6	Để người bệnh tư thế nằm ngửa, thoải mái.		
7	Nâng đầu giường lên để người bệnh ở tư thế ngồi, nâng từ từ để người bệnh không chóng mặt.		
8	Giúp người bệnh ngồi dậy, đưa chân người bệnh qua một bên giường.		
9	Giúp người bệnh đứng lên đưa qua xe lăn, cho ngồi xuống hướng dẫn để tay và chân lên thành xe lăn.		
10	Vận chuyển người đến nơi an toàn.		

- Phương pháp 2 người: Áp dụng cho những trường hợp người bệnh không có khả năng phối hợp được với người điều dưỡng.

+ Đặt xe lăn cách giường 1m, phía đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh.

+ Hai điều dưỡng đứng cạnh một bên giường.

+ Điều dưỡng thứ 1 luôn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.

+ Điều dưỡng thứ 2 một tay luôn dưới hông, một tay luôn dưới khoeo chân người bệnh.

+ Theo nhịp 1, 2, 3 cả hai người điều dưỡng cùng nâng người bệnh lên rồi quay 180⁰ đặt nhẹ nhàng lên xe lăn.



**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH BẰNG XE LĂN**
(Phương pháp hai người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù với phương pháp.		
2	Báo cáo vào giải thích cho người bệnh và người nhà an tâm.		
3	Đặt xe lăn cách giường người bệnh khoảng 1m, đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh.		
4	Chốt/ khóa an toàn giường và xe lăn.		
5	Hai điều dưỡng đứng cạnh một bên giường.		
6	Điều dưỡng thứ 1 luôn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.		
7	Điều dưỡng thứ 2 một tay luôn dưới mông, một tay luôn dưới khoeo chân người bệnh.		
8	Theo nhịp 1,2,3 cả hai người điều dưỡng cùng nâng người bệnh lên rồi quay 180 ⁰ đặt nhẹ nhàng lên xe lăn.		
9	Giúp người bệnh nằm thoải mái và an toàn.		
10	Vận chuyển người đến nơi an toàn.		

3.2. Vận chuyển người bệnh bằng xe cáng (xe đẩy):

3.2.1. Phương pháp song song gần: Áp dụng cho những trường hợp người bệnh không có khả năng phối hợp được với người điều dưỡng, bệnh nhân không ngồi được, bệnh hôn mê...

- Phương pháp 2 người:

- + Đặt xe cáng cách giường 1m, phía đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh.
- + Hai điều dưỡng đứng cạnh một bên giường.
- + Điều dưỡng thứ 1 luôn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.
- + Điều dưỡng thứ 2 một tay luôn dưới mông, một tay luôn dưới khoeo chân người bệnh.
- + Theo nhịp 1, 2, 3 cả hai người điều dưỡng cùng nâng người bệnh lên rồi quay 180⁰ đặt nhẹ nhàng lên xe lăn.

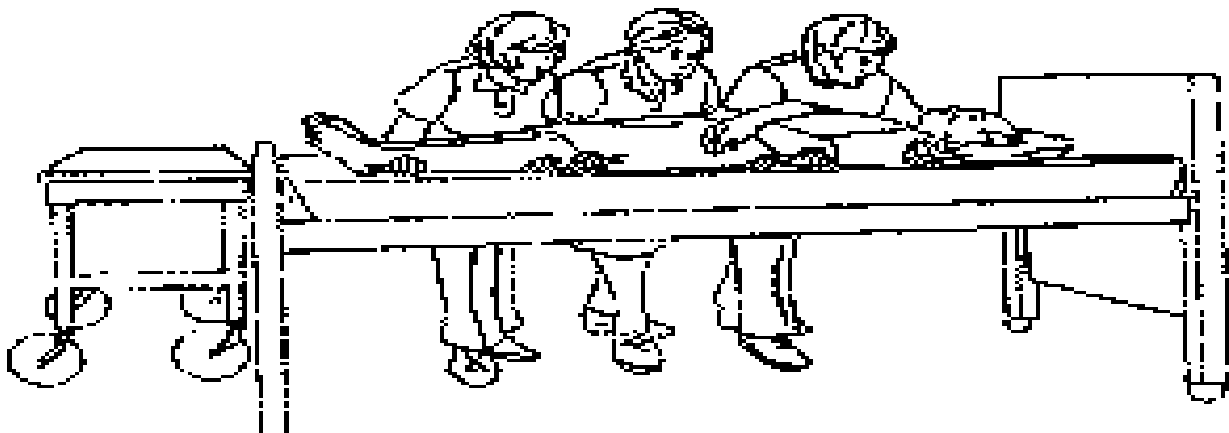


**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH BẰNG XE CÁNG**
(Phương pháp song song gần hai người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù với phương pháp.		
2	Báo cáo vào giải thích cho người bệnh và người nhà an tâm.		
3	Đặt xe lăn cách giường người bệnh khoảng 1m, đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh.		
4	Chốt/ khóa an toàn giường và xe lăn.		
5	Hai điều dưỡng đứng cạnh một bên giường.		
6	Điều dưỡng thứ 1 luôn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.		
7	Điều dưỡng thứ 2 một tay luôn dưới hông, một tay luôn dưới khoeo chân người bệnh.		
8	Theo nhịp 1,2,3 cả hai người điều dưỡng cùng nâng người bệnh lên rồi quay 180 ⁰ đặt nhẹ nhàng lên xe lăn.		
9	Giúp người bệnh nằm thoải mái và an toàn.		
10	Vận chuyển người đến nơi an toàn.		

- Phương pháp 3 người:

- + Đặt cáng hoặc xe cáng cách giường người bệnh khoảng 1m đầu cáng ngược với đầu của người bệnh.
- + Cả 3 điều dưỡng cùng đứng bên giường người bệnh phía đặt cáng.
- + Điều dưỡng 1: 1 tay dưới gáy, 1 tay dưới lưng người bệnh.
- + Điều dưỡng 2: 1 tay đỡ dưới thắt lưng, 1 tay dưới hông người bệnh.
- + Điều dưỡng 3: 1 tay đỡ dưới đùi, 1 tay đỡ dưới cẳng chân người bệnh.
- + Theo nhịp 1,2,3 cả hai người điều dưỡng cùng nâng người bệnh lên rồi quay 180⁰ đặt nhẹ nhàng lên xe lăn.





**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH BẰNG XE CÁNG**
(Phương pháp song song gần ba người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù với phương pháp.		
2	Báo cáo vào giải thích cho người bệnh và người nhà an tâm.		
3	Đặt xe lăn cách giường người bệnh khoảng 1m, đầu xe lăn ngược với đầu người bệnh.		
4	Chốt/ khoa an toàn giường và xe lăn.		
5	Cả 3 điều dưỡng cùng đứng bên giường người bệnh phía đặt cáng.		
6	Điều dưỡng 1: 1 tay dưới gáy, 1 tay dưới lưng người bệnh.		
7	Điều dưỡng 2: 1 tay đỡ dưới thắt lưng, 1 tay dưới mông người bệnh.		
8	Điều dưỡng 3: 1 tay đỡ dưới đùi, 1 tay đỡ dưới cẳng chân người bệnh.		
9	Theo nhịp 1, 2, 3 cả hai người điều dưỡng cùng nâng người bệnh lên rồi quay 180 ⁰ đặt nhẹ nhàng lên xe lăn.		
10	Giúp người bệnh nằm thoải mái và an toàn.		
11	Vận chuyển người đến nơi an toàn.		

3.2.2. Phương pháp song song xa: Phương pháp người bệnh tự trườn (cần 2 điều dưỡng)

- Hai điều dưỡng khiêng 2 đầu cáng đứng sát thành giường người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh tự trườn sang cáng.

3.3. Chuyển cáng người bệnh lên, xuống xe ô tô:

* Đưa cáng người bệnh lên xe ô tô

- Phương pháp 2 người: Sau khi chuyển người bệnh từ giường sang cáng, 2 điều dưỡng đi chuyển cáng lên xe ô tô rồi cố định cáng chắc chắn lại.



- Phương pháp 3 người:

- + Một điều dưỡng lên xe đón cáng.
- + Hai điều dưỡng khiêng cáng lại gần xe đưa cáng phía đầu người bệnh lên trước.
- + Điều dưỡng trên xe đón cáng.
- + Điều dưỡng khiêng phía chân đi dần lên chuyển cáng vào trong xe.
- + Cả 2 điều dưỡng cùng nâng cáng cho thẳng bằng để đưa cáng vào sàn xe.
- + Buộc dây (nếu có), cố định cáng an toàn khi di chuyển.



**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH LÊN XE Ô TÔ**
(Phương pháp ba người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù với phương pháp.		
2	Báo cáo vào giải thích cho người bệnh và người nhà an tâm.		
3	Một điều dưỡng lên xe đón cáng.		
4	Hai điều dưỡng khiêng cáng lại gần xe đưa cáng phía đầu người bệnh lên trước.		
5	Điều dưỡng trên xe đón cáng.		
6	Điều dưỡng khiêng phía chân đi dần lên chuyển cáng vào trong xe.		
7	Cả 2 điều dưỡng cùng nâng cáng cho thẳng bằng để đưa cáng vào sàn xe.		
8	Buộc dây (nếu có), cố định cáng an toàn khi di chuyển.		
9	Giúp người bệnh nằm thoải mái và an toàn.		
10	Vận chuyển người đến nơi an toàn.		

*** Đưa cáng người bệnh xuống xe ô tô:**

- Phương pháp 2 người: Hai điều dưỡng nâng 2 đầu cáng rồi đưa cáng người bệnh ra khỏi xe.
- Phương pháp 3 người:
 - + Hai điều dưỡng ở trên xe, một điều dưỡng ở dưới xe.
 - + Điều dưỡng ở trên xe tháo dây cố định cáng, chuyển cáng người bệnh ra phía ngoài.
 - + Điều dưỡng đứng dưới đỡ cáng phía chân cáng, cùng điều dưỡng trên xe chuyển cáng người bệnh ra ngoài hết sàn xe.
 - + Điều dưỡng trên xe chuyển phía đầu cáng cho người còn lại (vừa xuống đất).
 - + Khiêng cáng hoặc đẩy xe cáng người bệnh vào phòng bệnh.

**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH XUỐNG XE Ô TÔ**
(Phương pháp ba người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù với phương pháp.		
2	Báo cáo vào giải thích cho người bệnh và người nhà an tâm.		
3	Hai điều dưỡng ở trên xe, một điều dưỡng ở dưới xe.		
4	Điều dưỡng ở trên xe tháo dây cố định cáng, chuyển cáng người bệnh ra phía ngoài.		
5	Điều dưỡng đứng dưới đỡ cáng phía chân cáng, cùng điều dưỡng trên xe chuyển cáng người bệnh ra ngoài hết sàn xe.		
6	Điều dưỡng trên xe chuyển phía đầu cáng cho người còn lại (vừa xuống đất).		
6	Giúp người bệnh nằm thoải mái và an toàn.		
7	Vận chuyển người đến nơi an toàn.		

3.4. Chuyển người bệnh từ cáng hoặc xe cáng sang giường bệnh:

- Sau khi vận chuyển người bệnh đến bên giường bệnh người điều dưỡng thực hiện các động tác chuyển người bệnh từ cáng, xe cáng sang giường bệnh tương tự như chuyển người bệnh từ giường sang cáng đã mô tả ở mục 3.2.

3.5. Chuyển người bệnh bằng cáng:

- Chuyển người bệnh từ giường sang cáng: Như đã mô tả ở phần vận chuyển người bệnh bằng ô tô.

- Kỹ thuật khiêng cáng người bệnh.

+ Khiêng cáng với 2 người: 2 người ngồi, chân quỳ, chân co. Người đi trước nâng cáng phía đầu người bệnh. Người đi sau khiêng cáng phía chân người bệnh. Người chỉ huy (người đi sau) ra khẩu lệnh và cả 2 cùng đứng lên khiêng cáng đi.

+ Khiêng cáng với 3 người: Giống như cách khiêng cáng có 2 người. Người thứ 3 đứng phía ngoài bên trái người bệnh, là người chỉ huy và để thay đổi với 2 người khiêng khi cần thiết.

+ Khiêng cáng với 4 người: Mỗi điều dưỡng đứng ngoài ở mỗi tay cáng và cùng hiệu lệnh nâng cáng và chuyển người bệnh đi.

- Những điểm cần chú ý khi khiêng cáng:

+ Khi khiêng cáng 2 nhóm người (phía đầu và cuối) phải bước trái chân nhau để dễ đi và cáng không bị đu đưa.

+ Khi khiêng cáng lên dốc, lên gác, lên xe ô tô đầu người bệnh đi trước và nâng cao chân.

- + Khi xuống thang gác, xuống dốc hoặc xuống xe ô tô thì đầu phải xuống sau và nâng cao chân.
- + Khi nâng cáng lên hoặc khi đặt cáng xuống thì 2 người phải cùng một nhịp (theo khẩu lệnh).

3.6. Diu người bệnh

3.6.1. Phương pháp 1 người: Có 3 cách

- Điều dưỡng đưa tay cho người bệnh vịn cùng đi.
- Người bệnh vắt tay lên vai điều dưỡng và người điều dưỡng nắm lấy cổ tay người bệnh, tay kia vòng qua thắt lưng người bệnh, diu người bệnh đi.
- Người bệnh đưa 2 tay lên vai điều dưỡng vịn đi.

3.6.2. Phương pháp 2 người:

- Người bệnh đứng giữa 2 người điều dưỡng 2 tay của người bệnh quàng lên 2 vai của 2 điều dưỡng.
- Người điều dưỡng:
 - + Tay phía ngoài nắm lấy cổ tay của người bệnh.
 - + Tay phía trong vòng qua lưng, đỡ lấy thắt lưng người bệnh diu người bệnh cùng đi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên tắc vận chuyển nạn nhân là:

- A. Vận chuyển theo nhu cầu của người bệnh
- B. Vận chuyển theo nhu cầu người nhà
- C. Vận chuyển khi có y lệnh điều trị và chăm sóc
- D. Vận chuyển khi người bệnh đồng ý

Câu 2. Khi vận chuyển người bệnh qua xe lăn điều dưỡng cần lưu ý:

- A. Xe lăn mới hay cũ
- B. Người bệnh có chịu ngồi hay không
- C. Chốt/ khóa xe hay chưa
- D. Người nhà có đồng ý hay không

Câu 3. Khi Điều dưỡng khiêng cáng cần lưu ý vấn đề sau:

- A. Cáng to hay nhỏ
- B. Di chuyển thoải mái
- C. Di chuyển theo nhịp và đồng bộ
- D. Đi theo hiệu lệnh người bệnh

Câu 4. Khi diu người bệnh người điều dưỡng cần lưu ý:

- A. Tinh thần người bệnh
- B. Thể trạng người bệnh
- C. Vấn đề tiêu hóa
- D. Người nhà khó hay dễ

Câu 5. Phương pháp diu người bệnh bằng một người có mấy cách ?

- A. 2
- B. 3
- C. 4
- D. 5

Bài 12: KỸ THUẬT BĂNG CÁC LOẠI

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các loại băng.
- 1.2. Trình bày được mục đích băng.
- 1.3. Trình bày được các kiểu băng cơ bản và áp dụng.
- 1.4. Trình bày được nguyên tắc băng.

2. Kỹ năng: Thực hiện được các bước trong kỹ thuật băng cơ bản theo quy trình.

3. Thái độ: Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.

NỘI DUNG

1. Mục đích:

- Cầm máu: Băng ép đối với vết thương phần mềm có chảy máu.
- Bảo vệ, che chở vết thương.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch máu mủ.
- Phối hợp với nẹp để cố định gãy xương tạm thời.
- Nâng đỡ các phần bị thương hoặc các bộ phận bị sa.

2. Nguyên tắc:

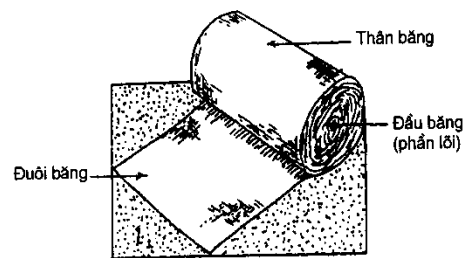
- Cho người bệnh ở tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái, người thầy thuốc đứng trước mặt bệnh nhân.
- Lau chi sạch nơi sắp băng, nơi 2 mặt da cọ vào nhau phải đệm bông
- Băng từ chi theo hướng từ ngọn về đến gốc và để hở ngón.
- Khi băng để ngửa cuộn băng và vừa băng vừa nói cuộn băng, khi bắt đầu và kết thúc thường băng 2 vòng cho chắc.
- Băng đều tay, không lỏng quá (trừ vết bong), không chặt quá.
- Không băng chồng nhiều vòng lên nhau gây lãng phí, nóng. Vòng sau chồng lên 1/2 - 2/3 chiều rộng của vòng băng trước.
- Cố định băng bằng kim băng hoặc buộc gút (nút). Cần tránh cố định lên những nơi có vết thương, nơi dễ cọ sát...

3. Các loại băng:

3.1. Băng cuộn:

- Băng cuộn là loại băng dùng để: Băng ép tại chỗ vết thương, ngăn chặn sự chảy máu. Hạn chế cử động để cố định xương trong trường hợp bị gãy xương.
- Băng cuộn thường làm bằng vải, len hay thun hoặc bằng gạc...., một cuộn băng gồm có 3 phần: Đầu băng là phần đã cuộn chặt ở bên trong, thân băng là phần lõi; Đuôi băng là phần chưa cuộn lại.

3.2. Băng tam giác: Loại băng này dùng đơn giản và nhanh chóng hơn băng cuộn, rất phù hợp trong các trường hợp cấp cứu. Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ vật liệu băng ở đầu và ở chân.



3.3. Băng keo (băng dính): Dùng thuận tiện nhưng không có tác dụng băng ép chặt

3.4. Băng Esmarch.

4. Các kiểu băng cơ bản: Có 6 kiểu băng cơ bản tùy từng vị trí để áp dụng băng cho thích hợp: Băng vòng; Băng rắn quấn; Băng xoay ốc; Băng chữ nhân; Băng vòng gấp lại (băng hồi quy); Băng số 8.

5. Cách cuộn và mở cuộn băng:

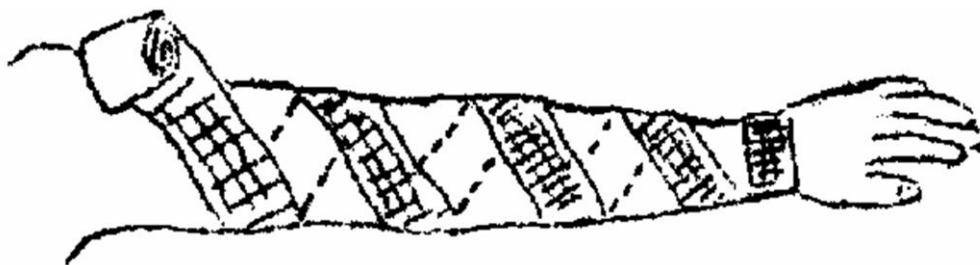
5.1. Cách cuộn: Muốn cuộn lại một cuộn băng, ta gấp đầu băng thành một cái lõi trục tương đối cứng. Dùng ngón trỏ (hoặc ngón giữa) và ngón cái của tay phải cuộn lại, tay trái giữ chặt thân băng bằng cách kẹp giữa ngón trỏ và ngón giữa, có thể giữ phụ thân băng ngón cái và ngón đeo nhẫn. Chỉ cần dùng tay phải xoay tròn lõi trục băng bằng các ngón tay là cuộn băng từ từ cuộn vào, thỉnh thoảng tay trái lại kéo ngược chiều băng lại cho cuộn băng được chặt thêm.

5.2. Mở băng: tháo ngược chiều lúc cuộn, trao từ tay này sang tay kia. Có thể dùng kéo cắt băng để mở băng từng đoạn trong trường hợp băng dơ quá, khẩn cấp.

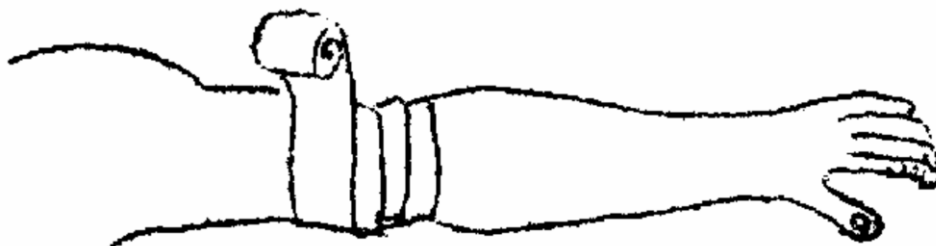
6. Kỹ thuật băng:

6.1. Băng vòng: Băng nhiều vòng trên một chỗ của thân thể, vòng sau đè lên vòng trước, áp dụng để băng trên, cổ tay hoặc dùng giữ chắc đầu và cuối băng.

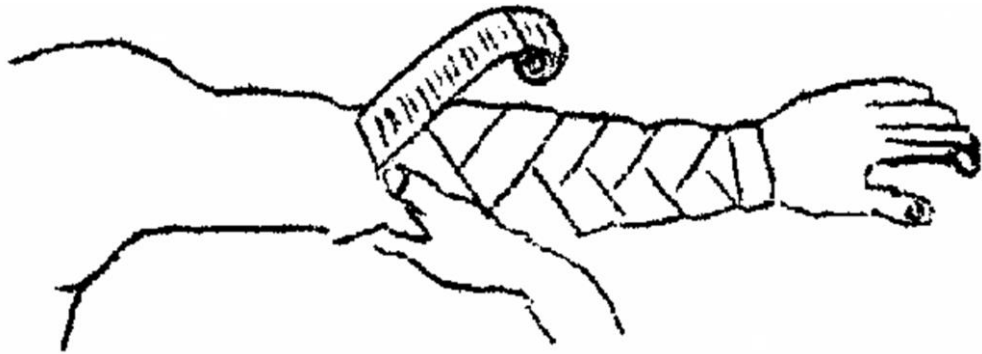
6.2. Băng hình rắn (rắn quấn): Băng chéo lên trên và xuống dưới, vòng sau không quấn lên vòng trước và giữa 2 vòng có một khoảng trống, áp dụng để băng đỡ nẹp, băng bắt đầu.



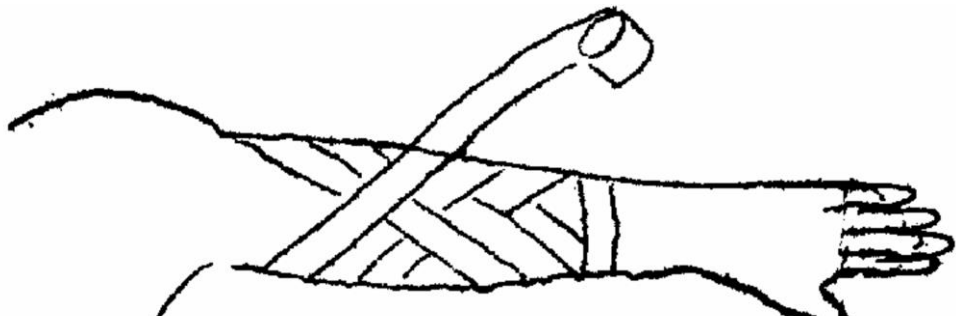
6.3. Băng xoay ốc: băng chéo lên trên, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 chiều rộng của vòng trước, áp dụng băng những phần cơ thể có kích thước đều nhau (cánh tay, đùi, ngón tay...).



6.4. Băng chữ nhân: giống băng xóay ốc nhưng mỗi vòng đều lật gấp lại, nơi gấp tránh vết thương hoặc nơi xương lồi, áp dụng băng những nơi vòng cơ thể có kích thước thay đổi nhiều, tiết diện không đều nhau (cẳng tay, cẳng chân...).



6.5. Băng số 8: hướng băng giống như viết số 8 (từ trong ra ngoài, từ dưới lên trên, từ trước ra sau và ngược lại). Lướt trên và lướt dưới bắt chéo nhau, vòng sau bắt chéo vòng trước ở phía trên và chồng mí lên 1/2 - 2/3. Dùng cố định hoặc băng kín mặt gấp của khớp xương (khủy tay, đầu gối...), cố định gãy xương đòn...



6.6. Băng vòng qua lại: băng qua lại nhiều lần từ sau ra trước, từ trước ra sau. Lướt thứ nhất ở giữa, các lướt sau lan dần sang 2 bên, mỗi lướt đều trở lại nơi bắt đầu băng, đến khi kín nơi cần băng mới thôi. Dùng để băng đầu, mồm cụt, các đầu ngón...



6.7. Băng rẻ quạt: Cố định 2 vòng tại nơi định băng, các vòng sau chồng mí lên vòng trước và lần lượt rẽ về 2 phía, trong giống như hình quạt xếp. Dùng băng kín mặt lồi của khớp xương, nơi dễ tuột như mặt sau khuỷu tay, gối, gót...

7. Áp dụng 6 kiểu băng cơ bản vào các vị trí cơ thể:

A. Băng cuộn:

1. Băng đầu:

* Băng với một cuộn băng.

- Bắt đầu từ giữa trán, băng hai vòng cố định quanh đầu, và trên vành tai.

- Cuối vòng 2, khi qua giữa trên thì gấp băng lại để hướng lên đỉnh đầu (ngón 1 và ngón 2 giữ lấy nơi gấp). Tiếp tục đưa băng qua đỉnh đầu đến xương chẩm thì gấp lại để đưa băng trở lại phía trên (nhờ bệnh nhân hoặc người phụ giữ nơi gấp thứ 2). Tiếp tục đưa băng qua lại giữa trên và chẩm cho đến khi băng kín đỉnh đầu.

- Kết thúc băng cách băng 2 vòng quanh đầu, đè lên nơi gấp băng.

* Băng với hai cuộn băng:

- Cuộn thứ nhất để băng qua lại che kín đỉnh đầu.

- Cuộn thứ hai băng vòng quanh đầu, để giữ nơi gấp lại của cuộn 1.

2. Băng ngón tay:

* Băng 1 ngón tay:

- Băng 2 vòng ở cổ tay để cố định.

- Kéo băng từ lưng bàn tay đến gốc ngón tay.

- Băng kiểu rấn quần đến đầu ngón.

- Băng một vòng ở đầu ngón rồi trở về gốc ngón bằng kiểu xóy ốc.

- Không băng từ gốc ngón tay về cổ tay, cố định bằng 2 vòng ở cổ tay.

* Băng năm ngón: băng lần lượt từ ngón 1 đến ngón 5.



Băng 1 ngón

Băng từ 2 đến 5 ngón

3. Băng khuỷu:

* Băng mặt trước khuỷu tay (băng số 8)

- Băng 2 vòng ở dưới khuỷu để cố định.
- Băng hình số 8, với chỗ bắt cho của băng ngay mặt trước khuỷu.
- Kết thúc băng cách cố định 2 vòng ở cánh tay.

* Băng mặt sau khuỷu (băng rẽ quạt)

- Cố định băng 2 vòng tại khuỷu.
- Các vòng sau lan dần sang 2 bên, nhưng gặp nhau và bắt chéo ở mặt trước khuỷu.
- Kết thúc băng cách cố định 2 vòng ở cánh tay.

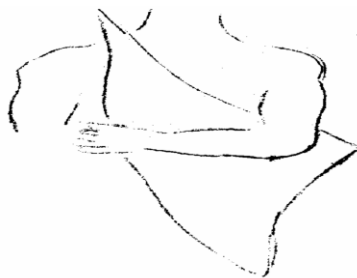


4. Băng gót và băng gối tương tự như băng mặt sau khuỷu.

B. Băng tam giác:

1. Băng treo tay:

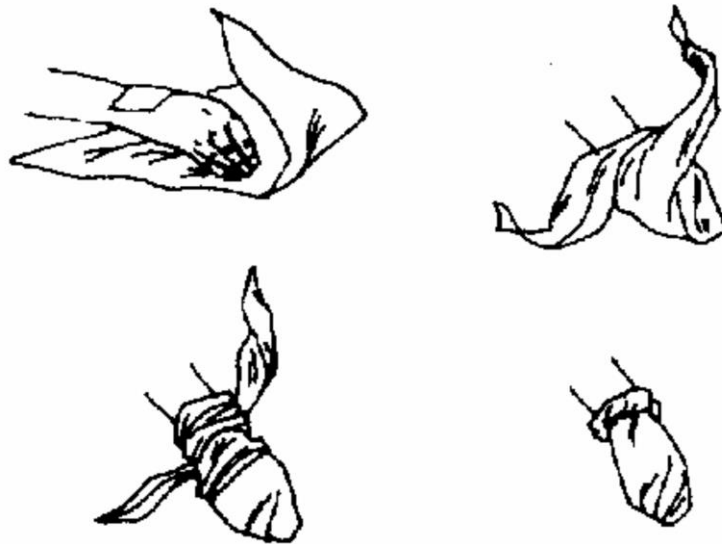
- Đặt một góc nhọn của băng ở vai lành, góc vuông ở khuỷu tay đau.
- Đặt căng tay đau thẳng góc với khuỷu, gấp băng lại để đỡ căng tay.
- Kéo góc còn lại từ dưới lên vòng qua cổ rồi buộc với góc nhọn thứ nhất bằng một nút dẹt đặt ở một bên cổ (tránh buộc ngay sau cổ vì sẽ đè cần gậy đau).
- Gấp góc nơi khuỷu lại rồi cài kim băng.





2. Băng bàn tay:

- Đặt khăn tam giác sao cho góc vuông ở phía đầu ngón tay, cạnh đáy ngang với cổ tay.
- Đặt sấp bàn tay vào khăn tam giác, các ngón tay hướng về góc vuông.
- Gấp góc vuông về phía lưng bàn tay.
- Cầm hai góc nhọn bắt chéo nhau qua lòng bàn tay, buộc gút ở cổ tay đè lên phần góc vuông để cố định.
- Gấp góc đỉnh che nơi buộc gút.



Băng bàn tay bằng băng tam giác

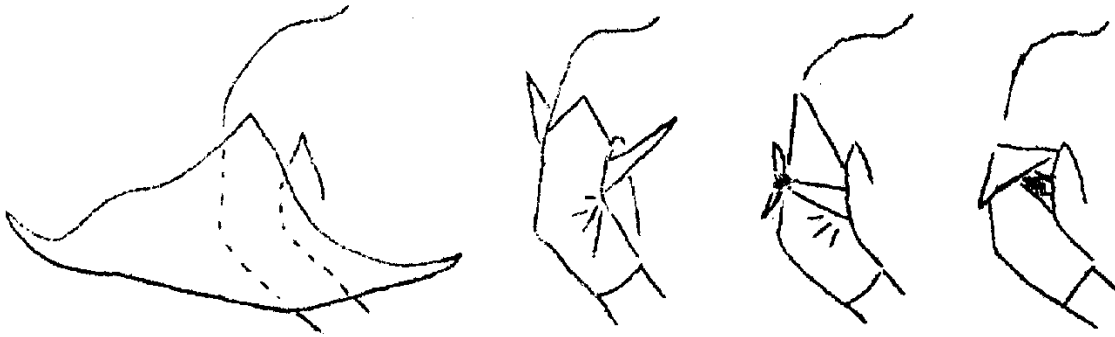
3. Băng bàn chân giống như bàn tay



Băng bàn chân bằng băng tam giác

4. Băng mặt sau khuỷu tay:

- Đặt khăn tam giác ở mặt sau khuỷu, góc vuông quay lên trên, cạnh đáy ở phía dưới khuỷu.
- Cầm hai góc còn lại vòng qua cẳng tay và bắt chéo phía trước khuỷu tay, rồi vòng lên cánh tay và buộc gút đè lên góc vuông ở mặt sau.
- Gấp góc vuông xuống để che kín nút buộc.



5. Băng gối giống như băng ở mặt sau khuỷu.



Băng gôi bằng băng tam giác

6. Băng gót chân:

- Đặt bàn chân lên khăn tam giác, góc vuông ở phía sau gót chân và gấp lên phía cẳng chân, cạnh đáy ở ngang lòng bàn chân.
- Cầm hai góc còn lại bắt chéo nhau qua lưng bàn chân, vòng ra phía sau cổ chân và buộc nút đè lên góc vuông.
- Gập góc vuông xuống để che kín nút buộc.

7. Băng dãn bằng băng tam giác



QUY TRÌNH KỸ THUẬT CÁC KIỂU BĂNG BẰNG BĂNG CUỘN

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
BĂNG VÒNG KHÓA	
1	Băng nhiều vòng chồng lên nhau
2	Vòng sau chồng khít lên vòng trước
3	Cố định băng
4	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi
BĂNG RẪN QUẦN	
1	Bắt đầu hai vòng băng khóa
2	Băng chéo lên trên và xuống dưới
3	Vòng sau và vòng trước có khoảng trống ở giữa
4	Kết thúc hai vòng băng khóa ở đầu trên. Cố định băng
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi
BĂNG XOẮN ỐC	
1	Bắt đầu hai vòng băng khóa
2	Băng xoắn ốc đường sau chéo lên trên và song song với những đường băng trước
3	Vòng sau chồng lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$ bề mặt cuộn băng
4	Kết thúc hai vòng băng khóa ở đầu trên. Cố định băng
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi

BĂNG CHỮ NHÂN	
1	Băng hai vòng băng khóa ở cổ tay hoặc cổ chân
2	Đường băng chéo lên trên. Dùng ngón cái tay trái đè lên chỗ định gấp
3	Tay phải lật băng xuống và gấp lại rồi quấn chặt vùng băng
4	Tiếp tục băng chữ nhân đến khi kín nơi băng
5	Kết thúc để cuộn băng giữa và băng hai vòng băng khóa. Cố định băng
6	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi
BĂNG SỐ 8	
1	Bắt đầu hai vòng băng khóa dưới khuỷu
2	Hướng đường băng qua mặt trước khuỷu, đem băng xuống vòng khóa
3	Tiếp tục băng số 8 từ dưới khuỷu dần lên đến khi kín nơi băng (băng từ trong ra ngoài, từ dưới lên trên, từ trước ra sau, lượt trên lượt dưới bắt chéo nhau kiểu số 8).
4	Kết thúc hai vòng băng khóa ở cánh tay. Cố định băng
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi
BĂNG VÒNG QUA LẠI (GẤP LẠI)	
1	Băng hai vòng ngang trán quanh đầu làm vòng khóa
2	Kéo băng đến giữa trán lật cuộn băng lên trên, ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ lấy băng và đưa băng qua đỉnh đầu tới xương chẩm (nhờ người bệnh hoặc người phụ giữ lấy).
3	Cứ tiếp tục lật cuộn băng từ sau ra trước, nhưng mỗi vòng phải trở về chỗ ban đầu tỏa dần ra hai bên cho đến khi băng kín vết thương
4	Kết thúc hai vòng cố định quanh đầu. Cố định băng
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi
BĂNG RẼ QUẠT	
1	Băng hai vòng băng khóa ở khuỷu hoặc cổ chân
2	Các vòng sau lan dần sang 2 bên, gấp nhau và bắt chéo ở mặt trước khuỷu hoặc cổ chân
3	Kết thúc 2 vòng khóa ở cánh tay hoặc cẳng chân. Cố định băng
4	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CÁC KIỂU BĂNG BĂNG BĂNG CUỘN

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
BĂNG VÒNG KHÓA			
1	Băng nhiều vòng chồng lên nhau		
2	Vòng sau chồng khít lên vòng trước		
3	Cố định băng		
4	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		
BĂNG RẮN QUẢN			
1	Bắt đầu hai vòng băng khóa		
2	Băng chéo lên trên và xuống dưới		
3	Vòng sau và vòng trước có khoảng trống ở giữa		
4	Kết thúc hai vòng băng khóa ở đầu trên. Cố định băng		
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		
BĂNG XOẢN ỐC			
1	Bắt đầu hai vòng băng khóa		
2	Băng xoắn ốc đường sau chéo lên trên và song song với những đường băng trước		
3	Vòng sau chồng lên vòng trước $\frac{1}{2}$ hay $\frac{2}{3}$ bề mặt cuộn băng		
4	Kết thúc hai vòng băng khóa ở đầu trên. Cố định băng		
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		
BĂNG CHỮ NHÂN			
1	Băng hai vòng băng khóa ở cổ tay hoặc cổ chân		
2	Đường băng chéo lên trên. Dùng ngón cái tay trái đè lên chỗ định gấp		
3	Tay phải lật băng xuống và gấp lại rồi quấn chặt vùng băng		
4	Tiếp tục băng chữ nhân đến khi kín nơi băng		
5	Kết thúc để cuộn băng ngửa và băng hai vòng băng khóa. Cố định băng		
6	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		
BĂNG SỐ 8			
1	Bắt đầu hai vòng băng khóa dưới khuỷu		
2	Hướng đường băng qua mặt trước khuỷu, đem băng xuống vòng khóa		
3	Tiếp tục băng số 8 từ dưới khuỷu dần lên đến khi kín nơi		

	băng (băng từ trong ra ngoài, từ dưới lên trên, từ trước ra sau, lượt trên lượt dưới bắt chéo nhau kiểu số 8).		
4	Kết thúc hai vòng băng khóa ở cánh tay. Cố định băng		
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		
BĂNG VÒNG QUA LẠI (GẤP LẠI)			
1	Băng hai vòng ngang trán quanh đầu làm vòng khóa		
2	Kéo băng đến giữa trán lật cuộn băng lên trên, ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ lấy băng và đưa băng qua đỉnh đầu tới xương chẩm (nhờ người bệnh hoặc người phụ giữ lấy).		
3	Cứ tiếp tục lật cuộn băng từ sau ra trước, nhưng mỗi vòng phải trở về chỗ ban đầu tỏa dần ra hai bên cho đến khi băng kín vết thương		
4	Kết thúc hai vòng cố định quanh đầu. Cố định băng		
5	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		
BĂNG RẼ QUẠT			
1	Băng hai vòng băng khóa ở khuỷu hoặc cổ chân		
2	Các vòng sau lan dần sang 2 bên, gặp nhau và bắt chéo ở mặt trước khuỷu hoặc cổ chân		
3	Kết thúc 2 vòng khóa ở cánh tay hoặc cẳng chân. Cố định băng		
4	Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Băng vòng được áp dụng băng những phần nào cơ thể?

A. Cổ tay B. Cánh tay C. Cẳng chân D. Gót chân

2. Băng chữ nhân được áp dụng băng những phần nào cơ thể?

A. Cổ tay B. Cánh tay C. Cẳng chân D. Gót chân

3. Băng xoáy ốc được áp dụng băng những phần nào cơ thể?

A. Cổ tay B. Cánh tay C. Cẳng chân D. Gót chân

4. Băng rẽ quạt được áp dụng băng những phần nào cơ thể?

A. Cổ tay B. Cánh tay C. Cẳng chân D. Gót chân

5. Băng số tám được áp dụng băng những phần nào cơ thể?

A. Cổ tay B. Cánh tay C. Cẳng chân D. Bàn tay

Tài liệu tham khảo

- [1]. BYT, TS. Đỗ Đình Xuân, Ths. Trần Thị Thuận, Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 1, nhà xuất bản giáo dục, năm 2010.
<https://giaotrinhpdf.com/huong-dan-thuc-hanh-55-ky-thuat-dieu-duong-co-ban-tap-1.html#gsc.tab=0>
- [2]. BYT, TS. Đỗ Đình Xuân, Ths. Trần Thị Thuận, Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2, nhà xuất bản giáo dục, năm 2010.
<https://thuvienhoc.edu.vn/2019/08/18/huong-dan-thuc-hanh-55-ky-thuat-dieu-duong-co-ban-2-tap-bo-y-te/>
<https://giaotrinhpdf.com/dieu-duong-co-ban-tap-2.html>
- [3]. TT 51/2017/TT-BYT, Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ, ngày 29/12/2017.
<https://vbpl.vn/boyte/Pages/vbpq-van-ban-goc.aspx?ItemID=128248>
- [4]. BYT, Ths. Trần Thị Thuận, Điều dưỡng cơ bản tập 1, nhà xuất bản y học, năm 2007.
<https://vietbooks.info/threads/dieu-duong-co-ban-tap-1-nxb-y-hoc-2012-do-dinh-xuan-305-trang.90189/>
- [5]. BYT, Ths. Trần Thị Thuận, Điều dưỡng cơ bản tập 2, nhà xuất bản y học, năm 2007.
<https://vietbooks.info/threads/dieu-duong-co-ban-tap-2-nxb-y-hoc-2007-tran-thi-thuan-359-trang.6054/>
- [6]. BYT, PGS.TS. Phạm Văn Linh, TS. Lê Văn An, Điều dưỡng cơ bản 1, nhà xuất bản giáo dục, năm 2007.
<https://123docz.net/document/3125416-giao-trinh-dieu-duong-co-ban-1.htm>
- [7]. BYT, PGS.TS. Phạm Văn Linh, TS. Lê Văn An, Điều dưỡng cơ bản 2, nhà xuất bản giáo dục, năm 2007.
<https://123docz.net/document/3125416-giao-trinh-dieu-duong-co-ban-2.htm>
- [8]. Nhà xuất bản y học, Ths Trần Thị Thuận, Điều dưỡng cơ sở tập 1, năm 2007
- [9]. Nhà xuất bản y học, Ths Trần Thị Thuận, Điều dưỡng cơ sở tập 2, năm 2007
- [10]. Nhà xuất bản giáo dục, TS Phạm Văn Linh, Lê Văn An, Điều dưỡng cơ bản 1, năm 2007
- [11]. Nhà xuất bản giáo dục, TS Phạm Văn Linh, Lê Văn An, Điều dưỡng cơ bản 2, năm 2007