

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



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

Bạc Liêu, năm 2020

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



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 63A/QĐ-CDYT ngày 26 tháng 03 năm 2020
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu*

Bạc Liêu, năm 2020

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 sở* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Điều dưỡng 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 sở cho sinh viên Cao đẳng điều dưỡng; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Điều dưỡng 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 sinh viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Điều dưỡng nói chung và Điều dưỡng cơ sở nói riêng.

Giáo trình Điều dưỡng cơ sở 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 cơ sở, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh 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 sinh 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 10 tháng 01 năm 2020

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: LỊCH SỬ NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG	1
BÀI 2: XU HƯỚNG PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM	7
BÀI 3: CÁC HỌC THUYẾT VÀ LÝ LUẬN CƠ BẢN THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG	13
BÀI 4: QUY TRÌNH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG	23
BÀI 5: HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁCH GHI CHÉP	32
BÀI 6: THĂM KHÁM THỂ CHẤT	38
Bài 7: VÔ KHUẨN VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN	52
BÀI 8: TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN, CHUYỂN VIỆN, XUẤT VIỆN	67
BÀI 9: KỸ THUẬT THEO DÕI CHỨC NĂNG SINH LÝ	73
BÀI 10: NHU CẦU CƠ BẢN CON NGƯỜI	84
BÀI 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN HẤP HỐI, TỬ VONG	89
BÀI 12: DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC NGỪA LOÉT	94
BÀI 13: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY	99
BÀI 14: KỸ THUẬT HÚT ĐÀM CHO NGƯỜI BỆNH	105
BÀI 15: KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG DẠ DÀY CHO NGƯỜI BỆNH	111
BÀI 16: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY CHO NGƯỜI BỆNH	122
BÀI 17: KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH	131
BÀI 18: KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIÊU CHO NGƯỜI BỆNH	136
BÀI 19: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG CHO NGƯỜI BỆNH	145
Bài 20: KỸ THUẬT RỬA VẾT THƯƠNG, CẮT CHỈ, KHÂU VẾT THƯƠNG	149
BÀI 21: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC	170
BÀI 22: KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH, TRUYỀN MÁU	191
BÀI 23: KỸ THUẬT TRẢI GA GIƯỜNG	199
BÀI 24: TƯ THẾ KHÁM BỆNH VÀ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU	206
BÀI 25: KỸ THUẬT BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG	210
BÀI 26: KỸ THUẬT CÁC KIỆU BĂNG	223
BÀI 27: KỸ THUẬT CÀM MÁU	234
BÀI 28: KỸ THUẬT CHĂM SÓC MỖ KHÍ QUẢN	242
BÀI 29: KỸ THUẬT CHĂM SÓC DẪN LƯU MÀNG PHỔI	246
BÀI 30: CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO	254
BÀI 31: KỸ THUẬT VỆ SINH CHO NGƯỜI BỆNH	261
BÀI 32: PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN CHO NGƯỜI BỆNH	268
BÀI 33. CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH BỊ NGỪNG HÔ HẤP, NGỪNG TUẦN HOÀN	281
TÀI LIỆU THAM KHẢO	283

Tên môn học: ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

Mã số môn học: DD.06

Thời gian thực hiện môn học: 120 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; Thực hành, thảo luận, bài tập: 87 giờ; Kiểm tra: 05 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** môn học Điều dưỡng cơ sở được bố trí sau khi học sinh học xong môn học Sinh lý bệnh.
- **Tính chất:** môn học Điều dưỡng cơ sở là môn học cơ sở, giúp giới thiệu những kiến thức cơ bản về lý luận cơ bản về điều dưỡng: lịch sử điều dưỡng, mục đích, nguyên tắc và các chuẩn thực hành điều dưỡng, đạo đức, định hướng phát triển, các học thuyết về điều dưỡng, qui trình điều dưỡng; an toàn của người bệnh trong môi trường bệnh viện, các kỹ thuật cơ bản chăm sóc người bệnh.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được lịch sử điều dưỡng Thế giới, Việt Nam và hệ thống ngành Điều Dưỡng Việt Nam.
- 1.2. Trình bày được các chức năng – nhiệm vụ của Điều Dưỡng, chiến lược phát triển ngành điều dưỡng Việt Nam.
- 1.3. Phân tích được các vấn đề về tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh.
- 1.4. Trình bày được ý nghĩa, theo dõi được các dấu hiệu sinh tồn và thể trạng của người bệnh và kiến thức cơ bản của người Điều Dưỡng.
- 1.5. Trình bày được các quy trình kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Nhận ra những thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe người bệnh và biết xử trí cấp cứu cho người bệnh.
- 2.2. Áp dụng quy trình điều dưỡng để xác định mục tiêu, chẩn đoán Điều dưỡng để lập kế hoạch chăm sóc, can thiệp điều dưỡng.
- 2.3. Tiến hành thực hiện đầy đủ và đúng các kỹ năng thăm khám thể chất của người bệnh, đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- 2.4. Thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu cho người bệnh.
- 2.5. Thực hiện được các kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng

3. Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm:

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên.
- 3.2. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC:

Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

T T	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TH	KT
1	Lịch sử ngành Điều dưỡng	1	1	0	
2	Xu hướng phát triển ngành điều dưỡng Việt Nam	1	1	0	
3	Các học thuyết và lý luận cơ bản thực hành Điều dưỡng	2	2	0	
4	Quy trình chăm sóc điều dưỡng	12	3	8	1
5	Hồ sơ người bệnh và cách ghi chép	2	2	0	
6	Thăm khám thể chất	10	2	8	
7	Vô khuẩn và những vấn đề liên quan	9	1	8	
8	Tiếp nhận người bệnh vào viện, chuyển viện, xuất viện	1	1	0	
9	Kỹ thuật theo dõi chức năng sinh lý	6	1	4	1
10	Nhu cầu cơ bản con người	2	2	0	
11	Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối, tử vong	1	1	0	
12	Dự phòng và chăm sóc ngừa loét	1	1	0	
13	Kỹ thuật cho người bệnh thở oxy	3	1	1	1
14	Kỹ thuật hút đàm cho người bệnh	3	1	2	
15	Kỹ thuật đặt thông dạ dày cho người bệnh	3	1	2	
16	Kỹ thuật rửa dạ dày cho người bệnh	2	0	2	
17	Kỹ thuật thụt tháo cho người bệnh	3	1	2	
18	Kỹ thuật đặt thông tiểu cho người bệnh	8	2	5	1
19	Kỹ thuật rửa bàng quang cho người bệnh	2	0	2	
20	Kỹ thuật rửa vết thương, cắt chỉ, khâu vết thương	5	1	4	
21	Kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc	11	3	8	
22	Kỹ thuật truyền dung dịch, truyền máu	4	0	4	
23	Kỹ thuật trái giường	2	0	2	
24	Tư thế khám bệnh và nghỉ ngơi trị liệu	2	0	2	
25	Kỹ thuật bất động gãy xương	2	0	2	
26	Kỹ thuật các kiểu băng	2	0	2	
27	Kỹ thuật cầm máu	2	0	2	
28	Kỹ thuật chăm sóc mở khí quản	4	0	4	
29	Kỹ thuật chăm sóc dẫn lưu màng phổi	4	0	3	1
30	Kỹ thuật chăm sóc hậu môn nhân tạo.	2	0	2	
31	Kỹ thuật vệ sinh cho người bệnh	4	0	4	
32	Phương pháp vận chuyển	2	0	2	
33	Cấp cứu bệnh nhân ngưng tuần hoàn - hô hấp	2	0	2	
Tổng số		120	28	87	5

BÀI 1: 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 và Việt Nam.
- 1.2. Nhận xét về sự hình thành của Điều dưỡng Việt Nam. Điều dưỡng phải làm gì để giúp ngành Điều dưỡng Việt Nam.

2. Thái độ:

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

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 dùi 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 đỏ 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 đất 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 đo 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 trường, 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 trường 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 trường 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 trường 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 trường bệnh viện và y tá trường 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 qui 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 l 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 Thụy (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

6. Đào tạo thạc sỹ Điều dưỡng đầu tiên của Việt Nam tại đâu?

A. Huế B. Đà Nẵng C. Hồ Chí Minh D. Hà nội

BÀI 2: XU HƯỚNG PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các hướng đi mới của điều dưỡng Quốc tế.
- 1.2. Trình bày được về dịch vụ điều dưỡng của các nước khu vực.

2. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Hướng đi mới của điều dưỡng Quốc tế

Hiện nay nhu cầu điều dưỡng ở các nước phát triển đang có chiều hướng thiếu hụt để đáp ứng những nhu cầu phức tạp của người bệnh tại các cơ sở y tế và gia đình. Những yếu tố gây ra sự thiếu hụt là:

- Có sự thay đổi về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh.
- Điều kiện kinh tế xã hội ảnh hưởng đến chăm sóc y tế gây biến động nghề nghiệp.

1.1. Có sự thay đổi về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh:

Người bệnh bị bệnh cấp tính cần nằm viện, nhưng đòi hỏi nằm ngắn ngày trong bệnh viện tạo ra những nhu cầu mới cho dịch vụ chăm sóc do vậy đã tạo cơ hội mới cho ngành điều dưỡng phát triển để đáp ứng nhu cầu này. Đó là:

- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh biết cách làm thế nào để tự chăm sóc cho họ sau khi xuất viện. Công việc giáo dục bắt đầu vào viện và trong lúc nằm viện.
- Coi trọng việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc người bệnh và gia đình tại các cơ sở y tế và gia đình là vấn đề không thể thiếu được. Điều quan trọng là việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc cần liên tục, việc chăm sóc này đòi hỏi người điều dưỡng cần có đủ kiến thức và kỹ năng thành thạo, ngoài ra họ cần có sự ân cần chu đáo khi chăm sóc người bệnh.
- Sự thay đổi khác đó là việc gia tăng dân số người cao tuổi trong cộng đồng họ cần được chăm sóc kể cả việc duy trì và nâng cao sức khỏe.
- Đối tượng khác cần được quan tâm đó là những người có hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải cũng cần được chăm sóc đặc biệt.

1.2. Mở rộng kỹ thuật cao:

Việc nâng cao kỹ thuật và gia tăng tính độc lập cũng ảnh hưởng đến thực hành điều dưỡng. Các cơ sở y tế hiện đại đều có các trang thiết bị với kỹ thuật cao. Từ quy trình khám bệnh, quy trình điều trị nội, ngoại trú, các đơn vị chăm sóc tích cực tất cả đều đòi hỏi người điều dưỡng có kiến thức tốt và trình độ kỹ thuật cao để đáp ứng với nhu cầu sử dụng này vào việc chăm sóc người bệnh như máy giúp thở, máy chạy thận nhân tạo, các kỹ thuật đưa dịch vào lòng mạch và nhiều loại máy móc khác hiện đại tân tiến hơn đòi hỏi người điều dưỡng cần được huấn luyện để đáp ứng một cách thành thạo và an toàn. Người điều dưỡng cần phải

liên tục cập nhật kiến thức và kỹ năng này để có thể xử dụng các kỹ thuật cao vào trong công việc chăm sóc một cách hiệu quả. Thêm vào đó việc ứng dụng tin học đã trở thành phổ biến trong công việc của điều dưỡng giúp vào việc theo dõi, ghi chép, lượng giá người bệnh được chính xác hơn.

1.3. Tăng cường tính tự chủ:

Trong chăm sóc những chẩn đoán điều dưỡng, để người điều dưỡng có hướng can thiệp và hành động điều dưỡng nói lên tính độc lập tự chủ của điều dưỡng, đó là nét đặc biệt của điều dưỡng, họ cần phải ý thức rằng trách nhiệm mình về những việc làm này. Ngay cả việc thực hiện y lệnh của thầy thuốc họ cũng phải cân nhắc suy nghĩ dựa vào kiến thức hiểu biết của mình để chắc chắn rằng việc làm đó có sự an toàn cho người bệnh.

2. Quan điểm chung của điều dưỡng các nước khu vực về dịch vụ điều dưỡng

- Điều dưỡng là lực lượng tạo sự thay đổi tích cực trong hệ thống y tế, các nước trong khu vực đã lựa chọn điều dưỡng là công cụ chiến lược thực hiện các chính sách công bằng y tế và tăng cường sự tiếp cận người nghèo đối với dịch vụ y tế.
- Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng vừa mang tính phổ biến vừa mang tính thiết yếu. Các dịch vụ điều dưỡng diễn ra liên tục tại các cơ sở khám chữa bệnh 24 giờ/ngày tác động đến hiệu quả việc điều trị và phòng bệnh cho người dân.
- Trong các hoạt động chuyên môn, công tác điều dưỡng thường diễn ra trong suốt quá trình điều trị. Do đó sự phát triển điều dưỡng cần song song sự phát triển của y học.

3. Những đặc điểm hiện tại của điều dưỡng Việt nam

3.1. Những thuận lợi:

- Chính sách chăm sóc sức khỏe Đảng và Nhà nước đang có chính sách đầu tư cho sức khỏe bằng cách nâng cao đời sống kinh tế xã hội cho người dân.
- Sự đóng góp của điều dưỡng vào những thành tựu y tế
 - + 50% nguồn nhân lực y tế chăm sóc sức khỏe cho dân là điều dưỡng.
 - + Người điều dưỡng có mặt khắp mọi nơi về dịch vụ y tế từ bệnh viện đến cộng đồng.
 - + Tại bệnh viện, người điều dưỡng luôn bên cạnh bệnh nhân 24/24 giờ.
 - + Dịch vụ y tế trong cộng đồng, đặc biệt là chăm sóc bệnh nhân tại gia cũng đều cần có điều dưỡng.
- Giới tính nghề điều dưỡng đa phần là nữ giới, do đó bản tính chịu thương, chịu khó, chịu cực khổ cũng rất thích hợp với nghề.
- Điều dưỡng bắt đầu hòa nhập với quốc tế: Một số tổ chức quốc tế đã bắt đầu giao lưu với điều dưỡng trong nước: tổ chức WHO (Tổ chức Y tế thế giới), HVO (Thầy thuốc Tình nguyện) của Mỹ, Friendship của Úc, Canada, Nhật và đã có sự giao lưu với nhau qua các hội nghị điều dưỡng quốc tế.

3.2. Những khó khăn:

- Nguồn nhân lực còn thiếu.
- Vị thế xã hội của điều dưỡng còn thấp, chưa được đánh giá đúng mức.
- Các nhà lập kế hoạch và hoạch định chính sách về y tế ở các cấp tuy có chú ý về điều dưỡng nhưng chưa dành đủ sự ưu tiên về nguồn lực, nhân lực và tài chính để nhằm nâng cao và phát triển dịch vụ chăm sóc.

3.3. Những thành tựu:

Hệ thống tổ chức quản lý điều dưỡng đã được thành lập ở 3 cấp:

- Trung ương: Phòng Điều dưỡng tại Bộ Y tế được đặt trong vụ điều trị để hoàn thành nhiệm vụ là tham mưu cho bộ trong lãnh vực điều dưỡng.
- Tỉnh: Sở Y tế, điều dưỡng trưởng Sở y tế (nay là chuyên viên phụ trách).
- Địa phương: Bệnh viện có Phòng điều dưỡng.
- + Dịch vụ chăm sóc được phát triển vững về số lượng cũng như chất lượng. Sự phân công điều dưỡng toàn năng, điều dưỡng làm việc theo nhóm được thay thế cho phân công theo công việc để tiện việc chăm sóc bệnh nhân một cách toàn diện.
- Chăm sóc toàn diện được thực hiện ở hầu hết các khoa phòng ở các bệnh viện.
- Vai trò chủ động của điều dưỡng ngày càng được khẳng định.
- Điều dưỡng được nhân rộng ở một số chuyên khoa: tim mạch can thiệp, thận nhân tạo, hậu môn nhân tạo.
- Hội Điều dưỡng đã được thành lập.
- Chức năng của điều dưỡng đã được mở rộng, dần dần đã khẳng định được vai trò và vị trí của mình trong xã hội, phát triển được ngành nghề
- Hội Điều dưỡng Việt Nam càng ngày càng phát triển chỉ sau Hội Y dược học.
- Chất lượng điều dưỡng được nâng cao dần.
- Các trường điều dưỡng được đầu tư nâng cấp: một số Trường Trung cấp Y tế đã chuyển thành Trường Cao đẳng Y tế, từ Cao đẳng Y tế đã được chuyển lên Đại học Y tế.
- Bậc học của điều dưỡng cũng được nâng cao dần: sơ cấp - trung cấp - cao đẳng - đại học, và đã bắt đầu đào tạo thạc sĩ.
- Chính sách về điều dưỡng có một số thay đổi dù rất nhỏ: có giấy phép hành nghề điều dưỡng tư nhân.

3.4. Những tồn tại và thách thức

* Nhân lực: Theo thống kê y tế năm 2018:

- Dân số Việt Nam: 94,66 triệu người
- Tổng số cán bộ y tế: 472.558 người
 - + Bác sĩ : 82.043 (8,7 BS/vạn dân)
 - + Điều dưỡng : 108.113 (11,4 ĐD/vạn dân)
 - + Tỷ lệ Điều dưỡng/Bác sĩ = 1,3 (hiện nay khoảng 1,4)

* Trình độ:

- Sau đại học: 2,1%

- Đại học: 15,7%

- Cao đẳng và trung cấp: 81,3%

- Sơ cấp: 0,9%

* Giới tính

- Nam: 32,2%

- Nữ: 86,8%

* Hệ thống đào tạo điều dưỡng chưa được chuẩn hóa: Cơ sở đào tạo đại học điều dưỡng còn ít, đội ngũ giáo viên dạy điều dưỡng chủ yếu là bác sĩ, giáo viên điều dưỡng chưa có trình độ cao, chủ yếu là đa khoa, chưa có chuyên khoa sâu.

* Chất lượng chăm sóc phục vụ người bệnh: Các kỹ thuật thực hành chăm sóc chưa được chuẩn hóa, chăm sóc toàn diện mới áp dụng bước đầu còn ở mức thấp, năng lực điều hành của hệ thống điều dưỡng trưởng còn nhiều hạn chế.

* Chưa có hệ thống quy định về pháp lý của điều dưỡng

- Danh hiệu thi đua: thầy thuốc Nhân dân.

- Chưa có hệ thống đăng ký hành nghề.

* Chính sách tiền lương: đào tạo trình độ cao đẳng nhưng chưa có mức lương cho bậc cao đẳng.

4. Sáu bất cập đối với tương lai điều dưỡng:

- Thiếu đội ngũ giáo viên chuyên ngành (bác sĩ đào tạo điều dưỡng)

- Nhiều cấp điều dưỡng, dẫn đến sử dụng kém hiệu quả

- Mất cân đối nghiêm trọng về số lượng và cơ cấu nhân lực

- Chất lượng điều dưỡng còn hạn chế

- Hệ thống chính sách điều dưỡng thiếu đồng bộ và thiếu yếu tố kích thích nghề nghiệp

- Thiếu điều kiện hội nhập điều dưỡng khu vực và điều dưỡng thế giới

5. Mục tiêu phát triển điều dưỡng

- Tăng cường sự tham gia của điều dưỡng trong việc xây dựng những chính sách về y tế.

- Phát huy cơ chế dân chủ và cơ sở.

- Tăng cường số lượng và phạm vi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của điều dưỡng.

- Chuẩn hóa hệ thống đào tạo điều dưỡng về khung chính trị, giáo trình giảng dạy cho đội ngũ giáo viên, học sinh, sinh viên và cơ sở thực hành.

6. Các giải pháp

6.1. Thành lập hội đồng điều dưỡng quốc gia để xây dựng và ban hành tiêu chuẩn hành nghề điều dưỡng

- Bộ Y tế nên cần có Vụ Điều dưỡng.

- Bệnh viện có Phòng điều dưỡng, trưởng phòng phải có trình độ đại học hoặc sau đại học, có phó giám đốc bệnh viện là kiêm trưởng phòng điều dưỡng.

- Các Trung tâm y tế có phòng điều dưỡng trưởng của trung tâm, Phó Giám đốc trung tâm y

tế phải là điều dưỡng.

- Trạm y tế có 1 điều dưỡng quản lý về hành chính là phó trưởng trạm y tế.
- Phát huy hệ thống thông tin đại chúng.
- Các trường trung học, cao đẳng, đại học trường bộ môn điều dưỡng phải là điều dưỡng.

6.2. Nâng cao chất lượng phục vụ chăm sóc

- Xây dựng các mô hình, các dự án tiêu biểu để làm chuẩn.
- Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng như kỹ thuật chăm sóc theo chuẩn mực của các nước khu vực.
- Xây dựng hệ thống dữ liệu, thống kê điều dưỡng.
- Đầu tư các cơ sở vật chất y dụng cụ và điều kiện làm việc của điều dưỡng.
- Tăng cường chất lượng công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện: rút ngắn ngày điều trị.
- Hội Điều dưỡng vận động nâng cao Ý thức và đạo đức nghề nghiệp để hướng đến hoàn thiện kỹ năng điều dưỡng.
- Tăng cường nghiên cứu trong các lĩnh vực quản lý, đào tạo cho ngành điều dưỡng và hộ sinh.

6.3. Tăng cường chất lượng đào tạo, đảm bảo học đi đôi với hành

- Thành lập Trường Đại học điều dưỡng, chuẩn hóa cơ sở thực hành.
- Mở các lớp tập huấn cho giáo viên và người quản lý.
- Nghiên cứu xây dựng chương trình đào tạo các bậc học có nội dung ngang bằng với các nước.
- Soạn thảo các chương trình chuyển đổi thích hợp với các bậc học.

6.4. Phát triển nguồn nhân lực

- Điều tra xác định nhu cầu về nhân lực trong các bệnh viện, cơ sở y tế, cộng đồng.
- Chính sách tuyển dụng, ưu đãi, sử dụng nghề nghiệp, danh hiệu thi đua.
- Đề xuất và triển khai thí điểm, mô hình sử dụng nhân lực tại BV và cộng đồng.
- Phân công nhiệm vụ theo văn bằng và chính sách tuyển dụng chuyên khoa, qui định về chức danh nghề nghiệp và chức danh viên chức tương ứng với văn bằng đào tạo.

7. Kết luận

Với những thay đổi của xã hội trong thế kỷ XXI về dân số, về môi trường, những yếu tố nguy cơ về lối sống, kinh tế và chăm sóc sức khỏe, luật pháp quy định về chăm sóc sức khỏe v.v. Những thay đổi của xã hội sẽ thay đổi việc thực hành điều dưỡng và giáo dục điều dưỡng. Vai trò của người điều dưỡng sẽ khác, việc thực hành của điều dưỡng sẽ định hướng căn bản về cộng đồng.

Người điều dưỡng có thể làm sáng tỏ cho việc chăm sóc tốt hơn người bệnh và họ luôn tiếp tục sưởi ấm, nhân bản hóa việc chăm sóc trong môi trường của tiến bộ khoa học và kỹ thuật.

Thách thức lớn nhất của việc đào tạo điều dưỡng là đáp ứng được sự thay đổi nhanh chóng của xã hội bằng những chương trình đào tạo thích hợp, cung cấp một đội ngũ điều dưỡng có tay nghề vững vàng trong hoàn cảnh thiếu giáo viên giàu kinh nghiệm lớn tuổi, sự thay đổi nhanh chóng của khoa học kỹ thuật, thiếu nhân lực và nguồn tài chính cho việc đào tạo cao hơn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục tiêu phát triển điều dưỡng Việt Nam là:

- A. Phát huy cơ chế dân chủ và cơ sở.
- B. Chuẩn hóa hệ thống đào tạo điều dưỡng về khung chính trị,
- C. Chuẩn hóa công tác giảng dạy cho sinh viên và cơ sở thực hành.
- D. Câu A, B, C, đúng

2. Nội dung tăng cường chất lượng đào tạo, đảm bảo học đi đôi với hành là:

- A. Thành lập Trường Đại học điều dưỡng, chuẩn hóa cơ sở thực hành.
- B. Mở các lớp tập huấn cho giáo viên và người quản lý.
- C. Nghiên cứu xây dựng chương trình đào tạo các bậc học có nội dung phù hợp.
- D. Câu A, B, C, đúng.

3. Hệ thống tổ chức quản lý điều dưỡng đã được thành lập mấy cấp?

- A. 3
- B. 4
- C. 5
- D. 6

4. Nội dung phát triển nguồn nhân lực:

- A. Điều tra xác định nhu cầu về nhân lực trong các bệnh viện, cơ sở y tế, cộng đồng.
- B. Chính sách tuyển dụng, ưu đãi, sử dụng nghề nghiệp, danh hiệu thi đua.
- C. Đề xuất và triển khai thí điểm, mô hình sử dụng nhân lực tại bệnh viện.
- D. Câu A, B, C, đúng.

5. Chức năng điều dưỡng, ngoại trừ:

- A. Độc lập
- B. Phụ thuộc
- C. Phối hợp
- D. Liên kết

BÀI 3: CÁC HỌC THUYẾT VÀ LÝ LUẬN CƠ BẢN THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG

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

1. Kiến thức:

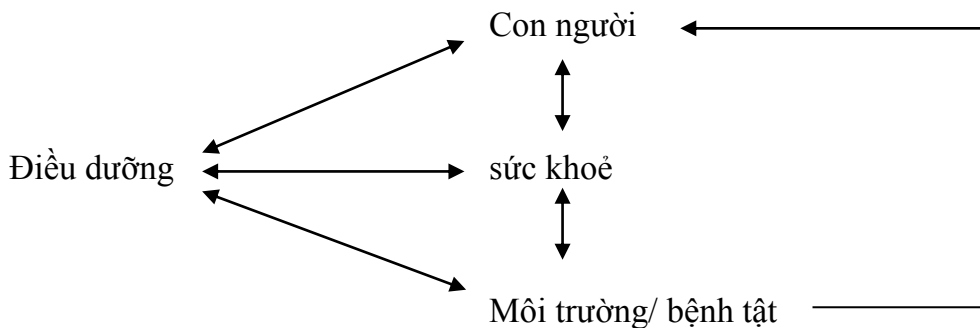
- 1.1. Trình bày được định nghĩa và các ý nghĩa về học thuyết điều dưỡng.
- 1.2. Trình bày được các loại học thuyết điều dưỡng.
- 1.3. Các mô hình học thuyết điều dưỡng thường được ứng dụng trong thực hành điều dưỡng.
- 1.4. Trình bày được vai trò và chức năng nhiệm vụ của người điều dưỡng

2. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Mối tương quan của điều dưỡng trong lĩnh vực thực hành:

Theo Alligood v Marrner-Tomey (2002) đã chỉ dẫn các thành phần trong mối quan hệ thực hành điều dưỡng là:



1.1. Con người:

Là con người nhận sự chăm sóc của điều dưỡng bao gồm cá nhân, gia đình, và cộng đồng. Con người được xem là trung tâm của việc cung cấp dịch vụ chăm sóc, họ có những nhu cầu liên quan đến sức khỏe cần điều dưỡng đáp ứng. Do đó, con người là đối tượng quan trọng trong việc chăm sóc điều dưỡng.

1.2. Sức khỏe:

Sức khỏe con người được xác định có khác nhau tùy thuộc vào đối tượng khách hàng và tùy thuộc vào lĩnh vực chuyên khoa đối tượng mà điều dưỡng chăm sóc. Phục hồi, duy trì sức khỏe hoặc nâng cao sức khỏe cho khách hàng là mục tiêu của việc chăm sóc điều dưỡng. Theo Hội điều dưỡng Mỹ (ANA,1995), xác định: “sức khỏe là một tình trạng thể chất, tinh thần, xã hội hoàn hảo của cá nhân và họ có khả năng tự đáp ứng một cách liên tục khi có sự thay đổi về chức năng bên trong của họ”. Người điều dưỡng cung cấp dịch vụ chăm sóc dựa

vào mức độ sức khỏe của cá nhân và nhu cầu cần thiết cơ bản của con người liên quan đến sức khỏe mà điều dưỡng sắp xếp thời gian để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho đối tượng đó.

1.3. Môi trường và bệnh tật:

Môi trường: Bao gồm các điều kiện xung quanh và khách hàng đang sinh sống, như không khí, thời tiết, phương tiện sinh hoạt, thức ăn thức uống, kể cả những người có liên quan hàng ngày với họ.

Bệnh tật: Các hiện tượng, các thay đổi về chức năng, cấu trúc trên con người và khả năng thích nghi của con người đối với nhu cầu thực tế của họ. *Thí dụ:* Mức độ chăm sóc đối tượng của điều dưỡng tùy thuộc vào điều kiện của nhà ở, trường học, nơi làm việc hoặc cộng đồng, thời gian làm việc của họ. Việc lên kế hoạch phối hợp việc chăm sóc cần phù hợp với điều kiện khả năng của người bệnh hoặc thời gian họ làm việc, thời gian mà họ chấp nhận hoặc không chấp nhận dịch vụ chăm sóc, từ đó họ đồng ý phối hợp, cộng tác một cách tích cực hoặc có thái độ tiêu cực không cộng tác do không phù hợp với điều kiện sống của họ. Do đó điều dưỡng cần nắm rõ yếu tố ảnh hưởng môi trường để có kế hoạch đáp ứng nhu cầu của họ một cách phù hợp và hiệu quả.

1.4. Điều dưỡng

Điều dưỡng là chẩn đoán và điều trị để đáp ứng những vấn đề bất thường liên quan đến sức khỏe con người (ANA, 1995).

Chức năng điều dưỡng cần nhận định, đánh giá tình trạng người bệnh, đánh giá về sự đáp ứng của họ đối với bệnh tật như một mối, sự thay đổi thể hình và cấu trúc của cơ thể. Từ đó để xác định chẩn đoán điều dưỡng họ sẽ vận dụng kỹ năng tư duy kết hợp với kiến thức, kinh nghiệm và các tiêu chuẩn về điều dưỡng để xây dựng kế hoạch chăm sóc cho từng khách hàng.

2. Học thuyết điều dưỡng

Học thuyết điều dưỡng là kết quả khái niệm được xác định, được công nhận một cách có hệ thống qua các nghiên cứu khoa học điều dưỡng, có liên quan những hiện tượng, sự kiện chăm sóc thực hành điều dưỡng nhằm hướng dẫn việc chăm sóc điều dưỡng đạt được hiệu quả tốt. Thí dụ, như học thuyết “ Sự khiêm khuyết về việc tự chăm sóc của Orem's, năm 1995 đưa ra rằng điều dưỡng được xác định là dịch vụ hỗ trợ, giúp đỡ chăm sóc con người một cách thích hợp. Học thuyết này diễn giảng, mô tả điều dưỡng viên chăm sóc con người không chỉ hoàn toàn phục vụ họ mà tùy tình trạng mức độ thuộc của họ, chỉ nên hỗ trợ hoặc tiên đoán về một vấn đề sẽ xảy ra cho người bệnh, điều dưỡng sẽ lập kế hoạch chăm sóc hỗ trợ hoặc hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc theo mức độ phụ thuộc để việc phục hồi sức khỏe đạt được sức khỏe nhanh chóng hơn.

Học thuyết điều dưỡng đưa ra tiêu chí khái niệm mục đích miêu tả hoặc tiên đoán thông tin cần thiết để hướng dẫn điều dưỡng chăm sóc hỗ trợ người bệnh (Meleis 1997).

Mô hình học thuyết điều dưỡng nhằm cung cấp kiến thức để nâng cao thực hành điều dưỡng, hướng dẫn cho việc nghiên cứu điều dưỡng nối tiếp hoặc liên quan để phát triển thực hành điều dưỡng trong phạm vi và mục tiêu của điều dưỡng.

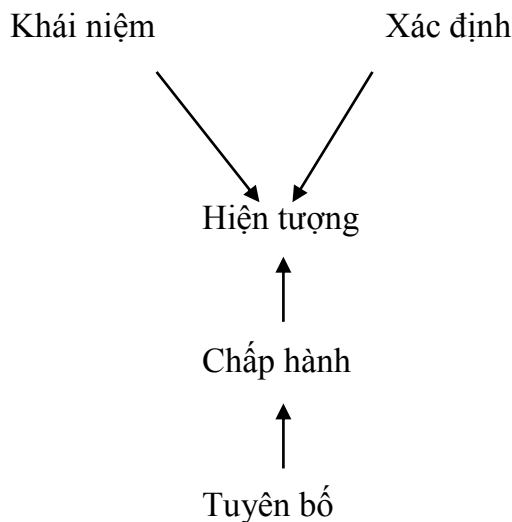
Học thuyết điều dưỡng được xác định theo mức độ của mục tiêu hoặc quan điểm bao gồm:

- Học thuyết chính thống: là học thuyết hoàn chỉnh có đầy đủ bằng cấu trúc, hướng dẫn, có ý kiến tóm lược.
- Học thuyết trung gian là học thuyết giới hạn trọng việc hướng dẫn và không có tóm lược. Đây là học thuyết hiện tượng chuyên biệt hoặc khái quát và phản ánh thực hành.
- Học thuyết chuyên dịch: Học thuyết có ý kiến toàn cầu về cá nhân, nhóm, tình huống hoặc sự kiện cần tuân thủ đặc biệt.

2.1. Thành phần của học thuyết

Học thuyết là khái niệm, là sự khẳng định, xác nhận, giải thích về một sự kiện, một lĩnh vực liên quan đến điều dưỡng, nó được phát triển sau khi đã nghiên cứu và được cho phép những người nghiên cứu là sáng tỏ rộng rãi hơn những khía cạnh vấn đề về nghiên cứu đó.

Thành phần của học thuyết theo Swanson 1991 mô tả: (Xem sơ đồ bên dưới)



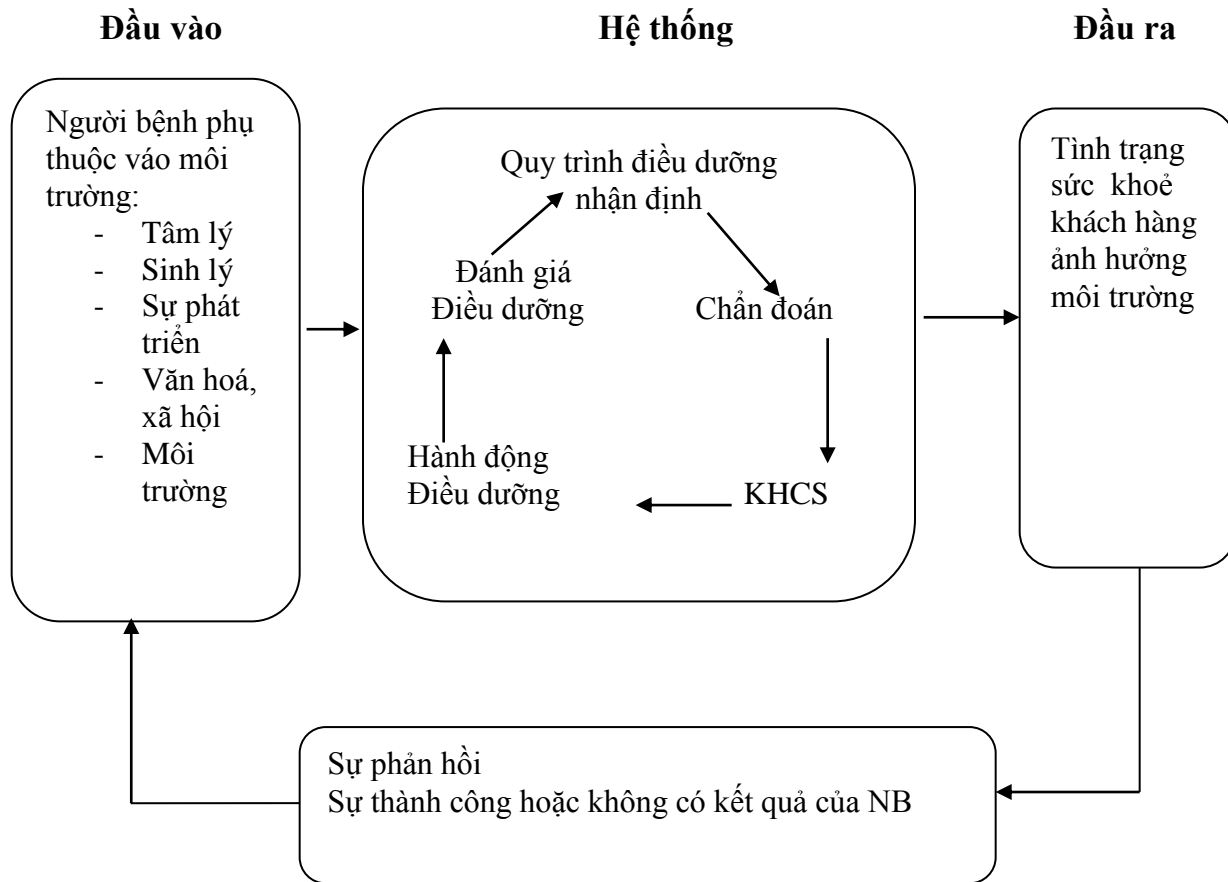
2.2. Mối liên quan học thuyết điều dưỡng với quy trình điều dưỡng và nhu cầu của người bệnh:

Trong hệ thống chăm sóc, vấn đề thực hành ngày nay đòi hỏi điều dưỡng cần có hệ thống chăm sóc, kiến thức hiểu biết về khoa học, và kiến thức cơ bản về điều dưỡng, kiến thức khoa học hành vi các kiến thức này rất cần để lý giải các vấn đề cần nghiên cứu và phát triển các kết quả sau nghiên cứu.

2.2.1. Học thuyết hệ Quy trình điều dưỡng

Hệ thống này bao gồm Quy trình điều dưỡng, mục tiêu của quy trình điều dưỡng là cung cấp dịch vụ chăm sóc đáp ứng cho từng cá nhân.

Quy trình điều dưỡng gồm 5 thành phần: nhận định, chẩn đoán điều dưỡng, lập kế hoạch, thực hiện và lượng giá. Nội dung là những thông tin chứa đựng liên quan với nhau. Quy trình điều dưỡng là hệ thống mở, điều dưỡng áp dụng quy trình điều dưỡng để chăm sóc người bệnh. Quy trình điều dưỡng cần được thực hiện liên tục và thay đổi khi nhu cầu người bệnh thay đổi. Đầu ra là sự tái lập như sự phản hồi của hệ thống.



2.2.2. Học thuyết liên quan nhu cầu cơ bản của con người

Học thuyết Maslows đề cập đến nhu cầu cơ bản con người bao gồm 5 mức độ:

- *Mức độ 1:* bao gồm nhu cầu thể chất như không khí, nước và thức ăn.
- *Mức độ 2:* bao gồm sự an ninh và an toàn cho thể chất và sinh lý.
- *Mức độ 3:* nhu cầu về tình cảm như mối quan hệ bạn bè tình yêu và những người xung quanh.
- *Mức độ 4:* nhu cầu về vấn đề tôn trọng, kính nể trong xã hội.
- *Mức độ 5:* sự hoàn thiện, độc lập, tự giải quyết mọi vấn đề, điều dưỡng khi

chăm sóc mọi đối tượng cần đáp ứng nhu cầu cá nhân khách hàng hoặc đối với người thân trong gia đình của họ. Học thuyết về nhu cầu cơ bản con người là kim chỉ nam hữu ích để điều dưỡng cụ thể xác định nhu cầu cá nhân và lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh. Người điều dưỡng tận dụng nhu cầu để đưa vào các bước của quy trình điều dưỡng.

2.2.3. Học thuyết về sức khoẻ và sự khoẻ mạnh

Học thuyết này chỉ dẫn sự tham gia tự giác về thái độ người bệnh hướng về y tế và thực hành y tế để bảo vệ sức khoẻ. Học thuyết này hỗ trợ cho điều dưỡng có kiến thức hiểu biết và ứng dụng vào hành vi chăm sóc dùng để hướng dẫn cá nhân, gia đình và cộng đồng tham gia vào các yêu cầu chăm sóc và điều trị để phát triển hiệu quả các hoạt động điều dưỡng, góp phần vào việc phát hiện và ngăn ngừa bệnh tật cho người bệnh.

2.2.4. Học thuyết về stress và sự đáp ứng

Học thuyết nêu kinh nghiệm của stress và tìm ra các đáp ứng, đối kháng stress vào đời sống người bệnh stress cung cấp chỉ dẫn kinh nghiệm hành vi và thái độ cho người bị stress. Điều dưỡng sẽ đưa vào kế hoạch chăm sóc can thiệp điều dưỡng của mình.

2.2.5. Học thuyết về phát triển

Sự tăng trưởng của con người và phát triển là quy luật của con người từ lúc sinh ra đến già nua và chết. Nó mô tả sự thay đổi qua từng giai đoạn của đời sống dựa vào nhóm tuổi của cuộc sống. Điều dưỡng ý thức sự thay đổi này bình thường hoặc bất bình thường để can thiệp hoặc hướng dẫn cho những người liên quan.

2.2.6. Học thuyết về tâm lý xã hội học

Điều dưỡng chọn lựa ứng dụng nhu cầu chăm sóc toàn diện của con người như tâm sinh lý, thể chất, xã hội, văn hoá, tinh thần, yêu cầu tâm linh. Dựa vào các yêu cầu này để điều dưỡng đáp ứng cho cá thể, gia đình hoặc cho những người chăm sóc trong gia đình biết để hỗ trợ, đáp ứng chăm sóc cho người bệnh một cách toàn diện, kể cả sự hỗ trợ khi người thân có những đau buồn, chết và mất mát.

3. Các mô hình học thuyết điều dưỡng thường ứng dụng trong thực hành điều dưỡng:

3.1. Học thuyết Nightingale

Việc làm của Florene Nightingale, được xưng như mô hình học thuyết và khái niệm cho ngành điều dưỡng. Theo Meleis(1997) ghi nhận rằng học thuyết Nightingale dùng môi trường như một phương tiện để điều dưỡng chăm sóc người bệnh, và cũng đề nghị rằng điều dưỡng cần biết tất cả môi trường ảnh hưởng bệnh tật để tận dụng các môi trường xung quanh người bệnh để tác động vào việc chăm sóc. Môi trường bao gồm: sự thông khí trong lành, ánh sáng, sức nóng, sự sạch sẽ, yên tĩnh, vệ sinh cá nhân để lồng ghép vào điều dưỡng và điều trị. (Nightingale, 1969).

Học thuyết này đến nay vẫn còn giá trị trong thực hành bệnh viện của điều

dưỡng, đó là kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, việc quản lý các nguy cơ dẫn đến nhiễm trùng, đề cao những vấn đề vệ sinh và sạch sẽ trong môi trường.

3.2. Học thuyết Peplau's

Theo Peplau's mối quan hệ gắn bó giữa điều dưỡng và người bệnh cần được xác định và học thuyết này cũng chỉ rõ quy trình lồng ghép cùng kết quả của việc lồng ghép này. Theo học thuyết này, khách hàng là một cá thể, họ có những nhu cầu cá nhân và điều dưỡng là người đáp ứng cho người bệnh trong mối quan hệ giữa cá nhân với cá nhân để chăm sóc điều trị người bệnh. Mục tiêu của điều dưỡng là giáo dục cho người bệnh và gia đình họ để giúp đỡ cho người bệnh đạt được việc tự chăm sóc cho chính mình. Người điều dưỡng cố gắng phát triển mối quan hệ mật thiết giữa điều dưỡng và người bệnh và điều dưỡng là người cung cấp dịch vụ, là người tư vấn là người đại diện cho người bệnh.

Thí dụ:

Khi người bệnh có vấn đề cần giúp đỡ, điều dưỡng trước tiên thảo luận với người bệnh, giải thích cho họ hiểu vấn đề và các khả năng cần đáp ứng, điều dưỡng hỗ trợ hoặc hướng dẫn người bệnh làm.

Theo Chinn and Khamer (1999), học thuyết này chỉ dẫn quy trình trong mối quan hệ điều dưỡng - người bệnh là:

- Định hướng.
- Xác định vấn đề.
- Giải thích.
- Cam kết thực hiện.

3.3. Học thuyết Henderson

Virginia Henderson xác định rằng điều dưỡng là sự hỗ trợ cho người bệnh hoặc người khoẻ mạnh nếu họ có khả năng hoạt động để hồi phục, giữ gìn sức khoẻ hoặc có chết cũng được chết trong cái chết yêm ả miễn là họ có đủ nghị lực, kiến thức, ý chí để hợp tác thực hiện. Mục tiêu của điều dưỡng là sớm giúp người bệnh đạt được tính độc lập càng sớm càng tốt, học thuyết Henderson chỉ dẫn có 14 nhu cầu cơ bản cho người bệnh bao gồm các nhu cầu về.

1. Hô hấp bình thường.
2. Ăn uống đầy đủ.
3. Chăm sóc bài tiết
4. Ngủ và nghỉ ngơi
5. Vận động và tư thế đúng
6. Mặc quần áo thích hợp
7. Duy trì nhiệt độ cơ thể.
8. Vệ sinh cơ thể.
9. Tránh nguy hiểm, an toàn

10. Được giao tiếp tốt.
11. Tôn trọng tự do tín ngưỡng.
12. Được tự chăm sóc, làm việc.
13. Vui chơi và giải trí.

Học tập có kiến thức cần thiết.

3.4. Học thuyết về Orem's

Dorothea Orem's (1971) xác định việc chăm sóc điều dưỡng cần nhấn mạnh về việc người bệnh tự chăm sóc. Orem's khẳng định việc tự chăm sóc người bệnh cần được hướng dẫn, chỉ dẫn họ cách thức để họ tự làm, người bệnh sẽ thích thú vì thấy đời sống của họ vẫn còn ý nghĩa, sức khoẻ dần dần từng bước được nâng cao. Mục tiêu của học thuyết Orem's là giúp người bệnh có năng lực tự chăm sóc. Khi họ có khả năng về tâm lý và nhu cầu của xã hội, việc nâng cao này phát triển đến khi người bệnh tự làm lấy tất cả (Orem's, 2001). Bà đã đưa ra 3 mức độ có thể tự chăm sóc:

- *Phụ thuộc hoàn toàn*: người bệnh không có khả năng tự chăm sóc, theo dõi và kiểm soát các hoạt động hàng ngày của mình phải nhờ vào điều dưỡng hoặc người chăm sóc trực tiếp của họ.

- *Phụ thuộc một phần*: chăm sóc hỗ trợ khi người bệnh bị hạn chế về việc tự chăm sóc, điều dưỡng cung cấp, giúp đỡ việc chăm sóc một phần của họ.

- *Không cần phụ thuộc*: người bệnh tự mình hoàn toàn chăm sóc, điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn cho họ tự làm.

3.5 Học thuyết Newman:

Betty Neumans (1995) xác định việc chăm sóc toàn diện cho con người. Người điều dưỡng nhận định, quản lý và đánh giá hệ thống khách hàng. Hành động điều dưỡng bao gồm 3 mức độ: phòng ngừa cấp I, II và III.

- *Phòng ngừa cấp I*: ngay khi con người phát hiện có vấn đề liên quan nguy cơ bệnh tật họ có thể có và cần can thiệp ngay để không xảy ra.

- *Phòng ngừa cấp II*: khi người bệnh có những triệu chứng, dấu chứng phát hiện của bệnh, cần có kế hoạch điều trị sớm, không để bệnh nặng thêm.

- *Phòng ngừa cấp III*: bệnh rõ ràng cần tích cực điều trị không để bệnh tái phát và không để lại bệnh di chứng thông qua giáo dục người bệnh và hỗ trợ họ phòng ngừa.

BẢNG TÓM LƯỢC HỌC THUYẾT ĐIỀU DƯỠNG

HỌC THUYẾT GIA ĐIỀU DƯỠNG	MỤC TIÊU CỦA ĐIỀU DƯỠNG	TÓM LƯỢC THỰC HÀNH
Nightingale	Làm cho các quá trình hồi	Môi trường người bệnh được kiểm soát

	phục của cơ thể trở nên dễ dàng hơn bằng cách tác động lên môi trường người bệnh.	bao gồm: quản lý về tiếng ồn, ánh sáng, vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng, tạo sự thoải mái, giao tiếp xã hội, niềm tin, hi vọng cho người bệnh.
Peplau's-1952	Phát triển mối quan hệ giữa điều dưỡng và người bệnh	Điều dưỡng giữ vai trò quan trọng liên quan đến việc chăm sóc điều trị bệnh đến mối quan hệ giữa điều dưỡng và người bệnh (Peplau,1952). Người điều dưỡng tham gia vào hệ thống chăm sóc sức khỏe làm phát triển các mối quan hệ cá nhân được diễn ra một cách tự nhiên và dễ dàng hơn (Marrier- Tomey và Alligood, 2002)
Henderson-1996	Làm việc độc lập với những nhân viên y tế khác (Marriner Tomey và Alligood, 2002); giúp người bệnh có thể phát triển tính độc lập càng sớm càng tốt (Henderson, 1996); giúp người bệnh hồi phục sức khỏe.	Điều dưỡng giúp người bệnh thực hiện 14 nhu cầu cơ bản của con người theo Hendersons (Hendersons, 1996).
Abdellah-1960	Cung cấp các dịch vụ cho cá nhân, gia đình và xã hội, vừa quan tâm khéo léo, nhẹ nhàng, vừa thể hiện sự thông minh, thành thạo về thao tác kỹ thuật khi chăm sóc người bệnh	Học thuyết này liên quan 21 vấn đề của điều dưỡng của Abdellah (Abdellah, và cộng sự, 1960)
Rogers-1970	Duy trì và nâng cao sức khỏe, ngăn ngừa bệnh tật, chăm sóc và phục hồi chức năng thông qua môn khoa học và nhân văn của ĐD (Rogers, 1970).	Con người tiến triển suốt cuộc đời. Người bệnh thay đổi liên tục và cùng tồn tại với môi trường
King-1971	Dùng sự giao tiếp và truyền đạt thông tin để giúp người bệnh củng cố, xây dựng lại khả năng thích ứng chủ động với môi trường	Quy trình điều dưỡng được định nghĩa như một quá trình tương tác qua lại lẫn nhau giữa người điều dưỡng, người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe (King, 1981)

Newman-1972	Giúp đỡ các nhân, gia đình và các nhóm trong việc đạt được và duy trì tình trạng sức khỏe toàn diện ở mức độ nhất bằng những can thiệp có mục đích.	Việc giảm tình trạng stress là mục tiêu của những hệ thống kiểu mẫu trong thực hành điều dưỡng. Những hoạt động của điều dưỡng là phòng ngừa cấp 1, cấp 2 hay cấp 3 (newman, 1972).
Leininger-197	Cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp với khoa học và kiến thức chăm sóc như một điểm quan trọng.	Với học thuyết chăm sóc này, việc chăm sóc được tập trung và thống nhất về lĩnh vực thực hành và chăm sóc điều dưỡng.
Roy-1979	Xác định các loại nhu cầu của người bệnh, nhận định sự thích nghi của người bệnh với nhu cầu đó và giúp người bệnh thích nghi.	Mô hình sự thích nghi này dựa vào những cách thích nghi của người bệnh về tâm sinh lý, xã hội, và sự độc lập hay sự phụ thuộc.
Watson-1979	Nâng cao sức khỏe, phục hồi sức khỏe và ngăn ngừa bệnh tật	Học thuyết này liên quan đến triết học và khoa học chăm sóc: chăm sóc là quá trình tương tác lẫn nhau bao gồm những can thiệp để đáp ứng những nhu cầu của con người.
Benner và Wrubel-1989	Tập trung vào nhu cầu của người bệnh giúp cho việc chăm sóc như là một cách để đối đầu với bệnh tật (chinn và Kramer, 2004).	Chăm sóc tập trung vào nhu cầu cần thiết của người bệnh. Công việc chăm sóc của điều dưỡng tạo ra những khả năng đối đầu những vấn đề và chăm lo những khả năng đó ngày càng nâng cao, phát triển, (Benner và Wrubel,1989.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Ngày nay học thuyết Nightingale được ứng dụng trong:

- A. Kỹ thuật thực hành điều dưỡng B. Mô hình chăm sóc toàn diện
C. Mô hình chăm sóc đội nhóm D. Câu A, B, C, sai

2. Yếu tố nào được nhấn mạnh trong học thuyết của Nightingale:

- A. Ánh sáng B. Sự yên tĩnh, sạch sẽ
C. Vệ sinh cá nhân D. Câu A, B, C, đúng

3. Vai trò nào của người điều dưỡng và người bệnh được miêu tả trong học thuyết Peplau:

- A. Người bảo hộ B. Người chăm sóc sức khỏe
C. Người đại diện cho người bệnh D. Câu A, B, C, đúng

4. Học thuyết Orem nhấn mạnh nhu cầu nào của con người:

- A. Cá nhân về tự chăm sóc
- B. Cải thiện hành vi để tăng cường sức khỏe
- C. Thể chất và sinh lý
- D. Vệ sinh cá nhân

5. Điều dưỡng đi tiên phong về ứng dụng các bằng chứng nghiên cứu trong chăm sóc:

- A. Florence Nightingale
- B. Orem
- C. Henderson
- D. Câu A, B, C, đúng

6. Mục đích của học thuyết Peplau:

- A. Cải thiện mối quan hệ điều dưỡng và bệnh nhân
- B. Cải thiện mối quan hệ điều dưỡng và bác sĩ
- C. Cải thiện mối quan hệ bác sĩ và bệnh nhân
- D. Cải thiện mối quan hệ điều dưỡng và thân nhân bệnh nhân

BÀI 4: QUY TRÌNH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, ý nghĩa và mục đích quy trình chăm sóc điều dưỡng.
- 1.2. Trình bày và phân tích được nội dung của quy trình chăm sóc điều dưỡng.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Vẽ và mô tả được sơ đồ quy trình điều dưỡng.
- 2.2. Ứng dụng được 4 bước quy trình điều dưỡng để lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả riêng biệt. Nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, hạn chế những khó khăn của bệnh nhân và thỏa mãn các nhu cầu của người bệnh trong mọi hoàn cảnh.

2. Quy trình chăm sóc điều dưỡng:

Trong công tác chăm sóc điều dưỡng ở nước ta, theo tổ chức y tế thế giới (WHO) xác định về chức năng nhiệm vụ của điều dưỡng ở các nước đang phát triển gồm 3 chức năng: chức năng chủ động, chức năng phụ thuộc và chức năng phối hợp

Quy trình chăm sóc ở Việt Nam ta tiến hành 4 bước, đó là:

Bước 1: Nhận định.

Bước 2: Lập kế hoạch chăm sóc.

Bước 3: Thực hiện kế hoạch

Bước 4: Đánh giá công tác chăm sóc

2.1. Nhận định người bệnh: Thu thập thông tin, phân tích, chẩn đoán điều dưỡng.

- Người điều dưỡng tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân.
- Thu thập thông tin, dữ kiện về tình trạng bệnh, sức khỏe hiện tại, nhu cầu để đưa ra chẩn đoán. Muốn làm được như vậy người điều dưỡng cần phải:

2.1.1. Phỏng vấn bệnh nhân, người nhà:

- Nói chuyện, giao tiếp với bệnh nhân.
- Hỏi bệnh là một nghệ thuật đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức, khả năng phán đoán, sự khéo léo tế nhị, có kinh nghiệm và nhạy bén.

* Nguyên tắc khi hỏi bệnh nhân:

- + Đặt câu hỏi, lắng nghe bệnh nhân (nghe nhiều hơn hỏi bệnh).
- + Quan sát nét mặt, thái độ, cử chỉ, điệu bộ... (Sử dụng giác quan để quan sát).
- + Lưu ý các đề nghị, yêu cầu của người bệnh (nhu cầu).

- Dựa vào người nhà bệnh nhân (nếu bệnh nhân hôn mê, trẻ nhỏ, tâm thần).
- Dựa vào chẩn đoán của bác sĩ (ở phòng khám cấp cứu, khoa điều trị).

2.1.2 Khám thực thể:

- Tùy thuộc vào tình trạng, thể chất, tâm hồn của người bệnh trong và sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc.
- Khám thực thể nhằm xác định chức năng về thể chất của người bệnh (tình trạng bệnh).

Người điều dưỡng sử dụng 4 giác quan:

Nhìn:	<ul style="list-style-type: none"> - Nhìn sự biểu lộ trên nét mặt. - Tư thế nằm trên giường - Màu sắc da, vết thương. - Kiểu thở, mức độ tỉnh táo - Quan sát tình trạng vệ sinh cá nhân
Nghe:	<ul style="list-style-type: none"> - Lời phàn nàn của người bệnh, gia đình người bệnh. - Tiếng tim, âm phổi, nhu động ruột.
Sờ:	<ul style="list-style-type: none"> - Đếm mạch, sự đàn hồi của da... - Cảm giác nhiệt độ của da. - (Véo da) tìm dấu hiệu mất nước. - Da ẩm ướt, nhợt nhạt, vã mồ hôi - Da khô
Ngửi:	<ul style="list-style-type: none"> - Mùi nước tiểu, mùi phân - Mùi dịch dẫn lưu - Mùi hơi thở ra

Đánh giá tình trạng toàn thân bệnh nhân từ đầu đến chân. Sau khi phỏng vấn thu thập thông tin, theo dõi khám thực thể, dựa vào sự vận dụng kiến thức giải phẫu sinh lý, triệu chứng, bệnh học, điều dưỡng tổng hợp, phân tích đưa ra chẩn đoán điều dưỡng (Chẩn đoán chăm sóc)

2.1.3 Chẩn đoán điều dưỡng

- Giai đoạn nhận định kết thúc bằng chẩn đoán điều dưỡng.
- So sánh sự khác nhau giữa chẩn đoán điều dưỡng và chẩn đoán điều trị điều dưỡng.

CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ	CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG
- Mô tả một quá trình bệnh riêng biệt mà nó cũng giống nhau đối với tất cả	- Mô tả sự phản ứng đối với một bệnh của bệnh nhân mà nó khác nhau ở mỗi người.

bệnh nhân. - Hướng tới xác định bệnh. - Tồn tại trong quá trình bệnh.	- Hướng tới một cá nhân người bệnh - Thay đổi trong quá trình theo đáp ứng của con người.
---	--

Chẩn đoán điều dưỡng và chẩn đoán điều trị liên quan và bổ sung cho nhau

Khi nêu chẩn đoán điều dưỡng cần lưu ý:

- Ngắn gọn, rõ ràng
- Chính xác dựa trên dữ kiện có thật.
- Gồm hai vế: Vấn đề bệnh nhân + nguyên nhân (nếu có).

2.2. Lập kế hoạch chăm sóc.

2.2.1. Xác định mục tiêu chăm sóc:

- **Xác định ưu tiên:** Đe dọa tính mạng người bệnh (cấp cứu, khó thở, điện giật...). Ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh; xác định ưu tiên dựa vào 14 nhu cầu cơ bản.
- **Xác định vấn đề trước mắt:** những vấn đề xảy ra trong hiện tại, trong thời gian ngắn và cần có sự can thiệp ngay.
- **Xác định vấn đề lâu dài:** những vấn đề có thể xảy ra ở hiện tại và kéo dài, hoặc những vấn đề có thể xảy ra ở biến chứng.

2.2.2. Mục tiêu chăm sóc:

- Mục tiêu đặt ra có hướng đạt được khi giải quyết vấn đề người bệnh.
- Mục tiêu mà bệnh nhân đạt được.
- Mục tiêu nên viết ngắn gọn, từ ngữ dễ dàng và có tiêu chuẩn đạt được thì càng tốt.
- Phải gắn với chẩn đoán điều dưỡng.
- Nếu có thể nên ấn định thời gian đạt được mục tiêu thì càng cụ thể hơn.
- Kết quả liên quan tới bệnh nhân, không phải là hành động của điều dưỡng.

2.2.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

Các kế hoạch lập ra nên đi từ các việc chăm sóc đơn giản đến phức tạp, những dự trù trên bệnh nhân để đạt được kế hoạch chăm sóc.

- Hành động chăm sóc phải phối hợp với chỉ định điều trị.
- Hành động chăm sóc phải phù hợp với chế độ chính sách của bệnh viện (Bảo hiểm y tế).
- Hành động chăm sóc phải truyền đạt tới bệnh nhân.

2.2.4. Viết kế hoạch chăm sóc:

- Viết kế hoạch chăm sóc có tính chất bắt buộc người điều dưỡng phải xem xét lại kế hoạch theo từng thời kỳ để đảm bảo thực hiện những gì đề ra có đúng mục tiêu hay không?
- Nó minh họa cho sự chăm sóc toàn diện từ lúc vào cho đến khi ra viện.
- Khi viết kế hoạch chăm sóc phải đặt câu hỏi: Cái gì? Tại sao? Làm như thế nào? Ở đâu? Ai làm? Làm khi nào?

- Viết đơn giản dễ hiểu cho tất cả các nhân viên khác.
- + Ngày, tháng.
- + Viết đúng động từ hành động.

Kết luận: Viết kế hoạch chăm sóc có tác dụng:

- Giám sát các hành động của nhân viên.
- Truyền đạt tới nhân viên khác về tình hình bệnh nhân.
- Tiết kiệm thời gian. Nhân viên biết việc phải làm. Nâng cao hiệu quả chăm sóc..

2.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Các kế hoạch nên có khả năng thực thi.
- Kế hoạch trước mắt theo các vấn đề ưu tiên đã được xác định.
- Kế hoạch giải quyết các vấn đề trước mắt phải làm ngay.
- Kế hoạch ưu tiên cũng phải đề ra.
- Việc phải làm từ kế hoạch đặt ra, làm đến khi nào có kết quả chứ không làm hết kế hoạch.
- + Thực hiện các mệnh lệnh điều trị của bác sĩ (tiêm, uống, thay băng...).
- + Thực hiện các kế hoạch liên quan đến nhu cầu của người bệnh.
- + Kế hoạch chăm sóc phải theo dõi hàng ngày, giờ...
- + Phải phù hợp với phương tiện, trang thiết bị hiện có và nhân lực của khoa.
- Hành động chăm sóc phải được thực hiện với trách nhiệm cao và mỗi điều dưỡng viên phải chịu trách nhiệm về công tác của mình làm.
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc thấy có gì bất thường phải báo ngay bác sĩ để phối hợp điều trị và chăm sóc tốt hơn.

2.4. Đánh giá:

- Kế hoạch chăm sóc là phương tiện đánh giá sự hoàn thành các mục tiêu đề ra.
- Kết quả của kế hoạch chăm sóc là ở chỗ tình trạng bệnh nhân khá hơn.
- Lập được kế hoạch chăm sóc, thực hiện mà không có sự đánh giá sẽ không thể nâng cao được chất lượng chăm sóc.
- Có tiêu chuẩn đánh giá từng vấn đề (dựa vào mục tiêu), không được nói chung chung và dựa vào hỏi bệnh nhân.
- Đánh giá xem việc chăm sóc ở mức độ nào để kết thúc công việc, hoặc bổ sung hoặc thay đổi cho phù hợp những ngày, giờ sau.
- Phải đánh giá kết quả, ghi nhận tình trạng hiện tại, các số liệu.
- Lượng giá trong khi thực hiện, sau khi thực hiện và tái thẩm định lại.

3. Ý nghĩa và mục đích quy trình điều dưỡng:

- Là những bước mà người điều dưỡng trải qua để đạt được mục tiêu chăm sóc người bệnh. Không bỏ sót công việc chăm sóc người bệnh.
- Việc chăm sóc đạt được liên tục.

- Có kinh nghiệm cải tiến nâng cao kiến thức và nghiệp vụ.
- Giúp người điều dưỡng có trách nhiệm, ý thức việc mình làm.
- Là thông tin về bệnh nhân giữa các điều dưỡng, các nhân viên.
- Giúp việc quản lý của điều dưỡng được tốt, điều dưỡng tương đánh giá trình độ, khả năng của nhân viên mình.
- Quy trách nhiệm cho người điều dưỡng.
- Qua tài liệu này có thể thống kê công tác nghiên cứu điều dưỡng.
- Trong vấn đề đào tạo, kế hoạch chăm sóc giúp cho hướng dẫn công tác chăm sóc bệnh hay truyền đạt kinh nghiệm lâm sàng giải quyết tình huống trong chăm sóc.
- Đối với bệnh nhân yên tâm tin tưởng vào vấn đề chăm sóc vì đây là công việc mang tính khoa học.

THỰC HÀNH QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

I/ Thu Thập Dữ Liệu

1. Hành chánh:

- Họ tên bệnh nhân:..... - Tuổi:..... - Giới:.....
- Số giường:..... - Buồng:.....
- Nghề nghiệp:.....
- Địa chỉ:.....
- Địa chỉ cần báo tin (nếu cần):.....

2. Ngày, giờ vào viện:.....

3. Lý do nhập viện:.....

4. Bệnh sử:

- Diễn tiến bệnh xảy ra liên tục, không ngắt quãng, nêu từng triệu chứng, hội chứng, trình tự xuất hiện (có mô tả đầy đủ), triệu chứng âm tính (nếu cần thiết),...
- Tình trạng lúc nhập viện: Ghi trong hồ sơ.

5. Tiền sử:

- Bản thân:
 - + Bệnh lý + thời gian + điều trị / không điều trị + diễn tiến ?
 - + Yếu tố liên quan: Ăn uống, chế độ sinh hoạt, làm việc,...
- Gia đình: (Các bệnh có tính chất gia đình, di truyền)
- Phát triển tâm thần vận động (Nhi khoa)
- Dịch tễ: (Các bệnh truyền nhiễm)

6. Kết quả cận lâm sàng:

- Huyết học: Ngày... tháng... năm...

- + WBC: (... k/ μ l) \rightarrow (N,L,M,E,B...%)
- + RBC: (... M/ μ l)
- + HGB: (...g/dl)
- + Hct: (...%)
- + PLT: (... k/ μ l)
- + MCV, MCH, MCHC
- + TS, TC
- + TQ, TCK
- + GS

- Sinh hóa, miễn dịch: Ngày... tháng... năm...
- TPTNTTQ: Ghi những kết quả bất thường, bình thường không cần ghi.
- X.Quang / CT: Ngày... tháng... năm... (ghi thêm phần yêu cầu)
 - + Kết luận:.....
- Siêu âm: Ngày... tháng... năm... (ghi thêm phần yêu cầu)
 - + Mô tả phần bất thường trong phiếu siêu âm
 - + ECHO:.....
- Điện tim (ECG): Ngày... tháng... năm... (ghi thêm phần yêu cầu)
 - + Kết luận:.....

* Lưu ý: Những bệnh án có kết quả xét nghiệm mỗi loại trên 2 tờ, thì cách ghi xét nghiệm như sau:

- Đảm bảo có tờ đầu tiên và tờ cuối cùng.
- Những tờ ở giữa ghi lại những chỉ số có giá trị giúp ích cho chăm sóc.

7. Chẩn đoán xác định và hướng điều trị:

- Chẩn đoán xác định:.....
- Hướng điều trị:.....
- Biên bản phẫu thuật (nếu có):
 - + Ngày, giờ mổ:.....
 - + Chẩn đoán trước mổ:.....
 - + Chẩn đoán sau mổ:.....
 - + Phương pháp vô cảm:.....
 - + Xử trí:.....
 -
 -

8. Tình trạng hiện tại:

- *giờ..... phút, ngày..... tháng..... năm.....
- Tri giác: (Glasgow) ... dành cho bệnh nhân lơ mơ, hôn mê.....
- Tổng trạng: (BMI) theo tiêu chuẩn ASIA
- Da, niêm:.....

- DHST:.....
- Đầu – mặt – cổ:.....
.....
.....

- Lưng – ngực:
+ Tim: Nhìn:.....
Sờ:.....
Gõ: (không thực hiện)
Nghe:.....
+ Phổi: Nhìn:.....
Sờ:.....
Gõ:.....
Nghe:.....

- Bụng:
Nhìn:.....
Nghe:.....
Gõ:.....
Sờ:.....

- Tứ chi cột sống:
+ Cơ – xương – khớp:.....
+ Thần kinh:.....

- Hậu môn – sinh dục:.....

- Những vấn đề khác:
+ Mô tả những triệu chứng cơ năng mà bệnh nhân / thân nhân cung cấp cho người khai thác hoặc người khai thác nhận định được,...

+ Áp dụng 14 nhu cầu cơ bản của VIRGINIA HENDERSON:

- Hô hấp
- Bài tiết
- Dinh dưỡng (ăn + uống)
- Ngủ nghỉ
- Vệ sinh
- Tinh thần
- Tư thế / vận động
- Kiến thức
- An toàn khi nằm viện...

9. Y lệnh điều trị và chăm sóc:

- Y lệnh điều trị:

.....
.....
.....

- Y lệnh chăm sóc:

.....
.....
.....

10. Phân cấp điều dưỡng:

.....

II/ Điều Dưỡng Thuốc

1. Điều dưỡng thuốc chung:

- Thực hiện đầy đủ và đúng thuốc theo y lệnh.
- Trước khi dùng thuốc cho người bệnh thực hiện 5 đúng.
- Thử Test trước khi tiêm (nếu có y lệnh).
- Luôn có hộp thuốc chống sốc khi tiêm, truyền.
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân.
- Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật, vô khuẩn trong tiêm truyền.
- Theo dõi bệnh nhân trước, trong và sau khi dùng thuốc.
- Dặn dò thân nhân, bệnh nhân các biểu hiện bất thường và báo kịp thời.

2. Điều dưỡng thuốc từng phần:

Tên thuốc hàm lượng	Liều lượng	Chỉ định, chống chỉ định tương tác thuốc/ tác dụng phụ	Điều dưỡng thuốc
1.....
2....
3....

III/ Lập Và Thực Hiện Kế Hoạch Chăm Sóc

Chẩn đoán điều dưỡng	Mục tiêu	Lập và thực hiện kế hoạch	Giải thích	Lượng giá
* Trước mắt				
1....				
2....				

3...				
4...				
* Lâu dài				
1...				
2....				

Chú ý:

* *Chẩn đoán điều dưỡng: Vấn đề bất thường + Nguyên nhân hoặc yếu tố liên quan).*

* *Mục tiêu: Đưa ra theo chiều hướng có lợi + thời gian cần đạt được.*

* *Lượng giá: Đưa ra những biểu hiện minh chứng cho mục tiêu theo chiều hướng tốt.*

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích của chẩn đoán điều dưỡng

- A. Hướng tới một cá nhân người bệnh.
- B. Thay đổi khi phản ứng của bệnh nhân thay đổi
- C. Duy trì không thay đổi trong suốt thời gian nằm viện
- D. Tất cả đúng.

2. Qui trình điều dưỡng nhằm các nội dung sau; Ngoại trừ:

- A. Áp dụng các kỹ thuật chăm sóc mới nhất
- B. Hạn chế những khó khăn cho người bệnh
- C. Thỏa mãn nhu cầu của bệnh nhân trong mọi hoàn cảnh
- D. Ngăn ngừa bệnh tật

3. Áp dụng phương pháp giải quyết vấn đề vào việc chăm sóc người bệnh cần kết hợp thêm yếu tố nào?:

- A. Sự nhạy bén
- B. Sự thích nghi
- C. Kinh nghiệm để giải quyết vấn đề
- D. Tất cả đúng

4. Xác định mục tiêu chăm sóc trước mắt dựa trên những vấn đề nào sau đây:

- A. Vấn đề ưu tiên.
- B. Những vấn đề có sự can thiệp ngay.
- C. Những vấn đề có thể xảy ra ở hiện tại
- D. Tất cả đúng

5. Nguồn gốc của quy trình chăm sóc

- A. Học thuyết chăm sóc người bệnh
- B. Học thuyết quá trình nhận định
- C. Học thuyết giải quyết vấn đề
- D. Tất cả các học thuyết trên

BÀI 5: HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁCH GHI CHÉP

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc của việc ghi chép hồ sơ.
- 1.2. Trình bày được nội dung cách ghi chép và cách bảo quản hồ sơ.

2. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Mục đích và tầm quan trọng hồ sơ người bệnh và sự ghi chép.

1.1. Mục đích

- Phục vụ cho chẩn đoán: phân biệt, nguyên nhân, xác định.
- Theo dõi diễn biến của bệnh và dự đoán các biến chứng.
- Theo dõi quy trình điều trị được liên tục nhằm rút kinh nghiệm bổ sung điều chỉnh về phương pháp điều trị và phòng bệnh.
- Giúp thống kê, nghiên cứu khoa học và công tác huấn luyện.
- Đánh giá chất lượng điều trị, tinh thần trách nhiệm, khả năng của cán bộ y tế.
- Theo dõi về hành chính và pháp lý.

1.2. Tầm quan trọng hồ sơ người bệnh và sự ghi chép

- Hồ sơ người bệnh là các loại giấy tờ liên quan đến bệnh tật của người bệnh.
- Hồ sơ tài liệu về chuyên môn kỹ thuật.
- Chứng từ tài chính.
- Tài liệu pháp y.
- Quá trình điều trị chăm sóc người bệnh trong một thời gian tại một cơ sở y tế.
- Hồ sơ người bệnh được ghi chép đầy đủ, chính xác, khoa học, khách quan, thận trọng, có hệ thống.
- Hồ sơ người bệnh giúp cho việc đánh giá chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh và tinh thần trách nhiệm, khả năng chuyên môn của mỗi người nhân viên y tế. Điều dưỡng ở khoa khám bệnh và khoa điều trị có trách nhiệm giúp bác sĩ trong suốt quá trình khám bệnh, cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình người bệnh trong quá trình tiếp xúc, theo dõi, có trách nhiệm ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc.

2. Quy định chung: Mỗi đơn vị y tế có thể thêm những quy định riêng về hồ sơ bệnh nhân nhưng vẫn phải tuân theo những nguyên tắc chung của hồ sơ bệnh nhân.

2.1. Nguyên tắc ghi chép hồ sơ

- Hồ sơ bệnh nhân phải ghi chép rõ ràng, dễ đọc, dễ xem.
- Các tiêu đề trong hồ sơ phải giữ chính xác, đầy đủ.
- Không dùng các ký hiệu, chữ viết tắt do tự ý đặt ra.
- Ghi chép những việc về điều trị, chăm sóc do mình thực hiện, sao chép những chỉ định được ghi trong hồ sơ người bệnh.
- Tất cả các thông số theo dõi. Kết quả ghi đúng vào các mẫu giấy tờ cần thiết.
- Ghi chép hồ sơ người bệnh những nhận định tình trạng bệnh, cách xử lý, điều trị, chăm sóc phải cụ thể, rõ ràng từng thời gian.

- Ghi chép, bàn giao các trường hợp bệnh nặng, người bệnh phẫu thuật cần theo dõi 24/24.
- Ghi chép hồ sơ người bệnh những lý do, chữ ký, địa chỉ của người bệnh khi họ từ chối sự điều trị, chăm sóc.
- Bệnh án phải hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết ở người bệnh cấp cứu.

2.2. Nguyên tắc bảo quản hồ sơ

- Tất cả hồ sơ bệnh nhân phải được bảo quản chu đáo.
- Trong trường hợp phải sao chép hồ sơ (do bị hỏng, rách) phải dán kèm bản gốc vào cuối hồ sơ để đảm bảo tính hợp pháp.
- Trong thời gian bệnh nhân điều trị, hồ sơ bệnh nhân phải được giữ gìn cẩn thận, sạch sẽ, đầy đủ, sắp xếp theo thứ tự không để thất lạc, nhầm lẫn, phải dán lại theo qui định và được để trong cặp hồ sơ riêng có ghi rõ: họ tên tuổi bệnh nhân, số giường, buồng, khoa.
- Không để bệnh nhân tự xem hồ sơ của bản thân và của người khác.
- Phải giữ bí mật về tình hình bệnh tật và những điều có tính cách riêng tư của bệnh nhân.
- Sau khi làm xong thủ tục xuất viện phải giữ đầy đủ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân về phòng kế hoạch tổng hợp để lưu trữ.

3. Giới thiệu các loại giấy tờ, hồ sơ bệnh nhân và cách ghi chép: Hồ sơ gồm hai phần chính, bao gồm: phần hành chính và phần chuyên môn.

3.1. Phần hành chính

- a. Những thông tin về người bệnh như: tên họ người bệnh, địa chỉ, nghề nghiệp
- b. địa chỉ và người cần liên lạc.
- c. Những thông tin liên quan đến việc thông kê và lưu trữ hồ sơ: số nhập viện,
- d. mã số, ngày nhập viện, ra viện.
- e. Những thông tin liên quan viện phí.
- f. Những thông tin của tuyến dưới.

3.2. Phần chuyên môn

- a. Các kết quả xét nghiệm: Huyết học, Hóa sinh, Vi sinh, Chẩn đoán hình ảnh, Giải phẫu bệnh.
- b. Phiếu theo dõi.
- c. Phiếu chăm sóc.
- d. Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan, (nếu có).
- e. Các tờ điều trị.

4. Quy định về sự ghi chép hồ sơ

4.1. Phiếu chăm sóc:

- a. Là phiếu dùng để ghi diễn biến của người bệnh về chăm sóc, xử lý và thực hiện các y lệnh về điều trị của điều dưỡng.
- b. Là phiếu để thực hiện thông tin giữa các điều dưỡng và giữa điều dưỡng với bác sĩ điều trị.
- c. Là tài liệu pháp lý để xem xét đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng.

4.2. Nguyên tắc chung

- a. Ghi kịp thời: ngay sau khi theo dõi, chăm sóc hoặc xử trí cho người bệnh.

- b. Thông tin ngắn gọn, chính xác: chỉ ghi những thông tin trong phạm vi trách nhiệm của điều dưỡng.
- c. Không ghi trùng lặp thông tin: các thông tin đã ghi trên các phiếu (phiếu theo dõi chức năng sống) sẽ không ghi lại trên phiếu này.
- d. Kiểm tra lại nay hoặc trao đổi ngay với bác sĩ điều trị, nếu điều dưỡng phát hiện có những thông tin khác biệt với nhận xét của bác sĩ.

4.3. Hướng dẫn ghi phiếu chăm sóc

- a. Mỗi lần ghi vào phiếu chăm sóc phải ghi ngày, giờ và phút tại thời điểm mà người điều dưỡng theo dõi hoặc chăm sóc người bệnh.
- b. Cột diễn biến ghi ngắn gọn, những diễn biến hoặc tình trạng bất thường của người bệnh mà người điều dưỡng theo dõi được kể cả những than phiền, kiến nghị của người bệnh.
- c. Cột thực hiện y lệnh/ chăm sóc: việc người điều dưỡng đã thực hiện chăm sóc chính.
 - Về chăm sóc: ghi những việc chăm sóc chính (tắm, vệ sinh, thay đổi tư thế, chăm sóc vết loét, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn người bệnh).
 - Về xử trí: ghi những xử trí khi có tình huống giải quyết trong phạm vi quyền hạn, trách nhiệm của điều dưỡng sơ cứu ban đầu cùng với việc báo cáo bác sĩ hoặc các xử trí thông thường (thay băng, đắp khăn chườm lạnh khi bệnh nhân sốt cao).
 - Về đánh giá kết quả: những kết quả mang lại sau khi xử trí chăm sóc dựa trên chẩn đoán chăm sóc để đánh giá kết quả bệnh nhân ghi.
 - Về thực hiện y lệnh: ghi việc thực hiện y lệnh đặc biệt, bổ sung đột xuất theo hồ sơ bệnh án. Các y lệnh thường quy được ghi đánh dấu trong sổ thực hiện y lệnh nên chỉ cần ghi thực hiện y lệnh có phiếu truyền dịch.
 - Cột ký tên: điều dưỡng ghi rõ tên của mình đủ để mọi người nhận dạng được chữ ký.
 - Đối với người bệnh chăm sóc cấp I, cấp II cần ghi thường xuyên về những diễn tiến của người bệnh. Đối với người bệnh chăm sóc cấp III, ghi tối thiểu 1 lần trong ngày và khi cần.

Sở Y Tế:.....
 BV:.....
 Khoa:.....

MSBV:.....
 Số vào viện:.....
 Phiếu số:.....

PHIẾU CHĂM SÓC

Họ tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam/Nữ:.....
 Số giường:..... Buồng:.....
 Chẩn đoán:.....

Ngày	Giờ, phút	Theo dõi diễn biến	Thực hiện y lệnh chăm sóc	Ký tên

5. Bảo quản hồ sơ người bệnh: Trong quá trình sử dụng hồ sơ người bệnh tại khoa, phòng cần lưu ý những vấn đề sau:

5.1. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án, viết theo thứ tự quy chế: Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ:

- Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án.
 - Bệnh án phải có bìa, đóng thêm giấy để dán các tài liệu theo trình tự quy định: cần viết theo thứ tự của bộ hồ sơ do vụ điều trị của BHYT đã quy định.
- a. Các giấy tờ hành chính.
 - b. Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).
 - c. Các kết quả xét nghiệm (xếp lệch nhau từng lớp): huyết học, hóa sinh, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh theo thứ tự trước dưới, sau trên.
 - d. Phiếu theo dõi (mạch – nhiệt – huyết áp) nếu bệnh nhân nặng – chuyển theo dõi thường quy thành theo dõi giờ.
 - e. Phiếu chăm sóc.
 - f. Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan, (nếu có).
 - g. Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian: họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu, tờ điều trị có ghi số giường, số buồng bệnh.

- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.

- Toàn bộ hồ sơ được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có in số giường.

5.2. Quản lý hồ sơ bệnh án: điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.

- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy dễ lấy.

- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.

- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của trưởng khoa, ký số giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

6. Quy chế lưu giữ hồ sơ bệnh án:

6.1. Quy định chung:

a. Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn, bảo quản tốt theo đúng quy định của pháp luật về lưu trữ.

b. Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú, chuyển viện và tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục của hành chính theo quy chế vào viện chuyển khoa chuyển viện ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.

c. Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải theo đúng quy định.

6.2. Quy định cụ thể:

a. Lưu trữ hồ sơ bệnh án.

b. Đăng ký lưu trữ.

- Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn thành các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo đúng quy chế, chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp.

- Phòng kế hoạch tổng hợp kiểm tra thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của khoa trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.

- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.

- Hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

c. Giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án

- Trưởng khoa kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách nhiệm giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.

- Ghi đầy đủ các thông tin quy định vào sổ lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ hoặc trên giá, có biện pháp: chống ẩm, phòng cháy, chống gián, chống chuột, chống mối và các côn trùng khác.

- Các hồ sơ bệnh án được đánh thứ tự theo chuyên khoa, hoặc theo danh mục quốc tế nhằm bảo quản lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng thuận tiện.

d. Hồ sơ người bệnh tử vong

- Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ, lưu trữ tủ riêng, theo thứ tự từng năm.

- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa. Giám đốc bệnh viện có quyết định phân công và giao trách nhiệm cho người giữ hồ sơ bệnh án.

6.3. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy, học tập, nghiên cứu khoa học phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích, thông qua trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, ngoài các thủ tục trên phải được giám đốc bệnh viện ký duyệt.

- Phòng kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ bệnh án và lưu trữ các giấy đề nghị.

- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ nghề nghiệp chuyên môn.

6.4. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án.

- Căn cứ giấy giới thiệu hoặc công văn yêu cầu, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp báo cáo giám đốc ký duyệt mới được pháp đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chụp tại chỗ.

- Đối với hồ sơ bệnh án người tử vong, giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp, sau khi được sự đồng ý của cấp trên, giám đốc bệnh viện mới được pháp cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.

- Đối với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện bảo vệ sức khỏe trung ương phải được phép của chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cán bộ cao cấp và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.

Kết luận: Hồ sơ người bệnh là một chứng từ rất quan trọng được lưu trữ tại phòng thống kê tổng hợp, nó vừa có tính chuyên môn vừa có tính pháp lý. Khi cần theo dõi một quá trình bệnh tật của người bệnh để điều trị, để nắm vững những vấn đề về bệnh tật của người bệnh về mặt pháp lý và cũng góp phần rất lớn trong công tác nghiên cứu khoa học trong điều trị và chăm sóc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Sau khi bệnh nhân ra viện hồ sơ được lưu giữ ở đâu?

A. Tại khoa điều trị

B. Phòng giám đốc

C. Phòng thu viện phí bệnh viện

D. Phòng kế hoạch tổng hợp

2. Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú lưu trữ ít nhất là:

A. 10 năm B. 15 năm C. 20 năm D. 25 năm

3. Hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất là:

A. 10 năm B. 15 năm C. 20 năm D. 25 năm

4. Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất là:

A. 10 năm B. 15 năm C. 20 năm D. 25 năm

5. Sau khi người bệnh ra viện, điều dưỡng phải hoàn chỉnh hồ sơ trong vòng:

A. 24 ngày B. 3 ngày C. 4 ngày D. 5 ngày

BÀI 6: THĂM KHÁM THỂ CHẤT

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các bước đánh giá thể chất của trẻ em và người lớn.
- 1.2. Trình bày được các bước của kỹ năng thăm khám thể chất: đầu mặt cổ, lung ngực...
- 1.3. Phát hiện được một số dấu hiệu bất thường khi thăm khám thể chất trên lâm sàng.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng kỹ năng thăm khám thể chất trên người bệnh đóng vai theo bảng kiểm dạy học.

3. Thái độ: Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, tỉ mỉ và phản ứng theo trình tự khi thực hiện theo bảng kiểm dạy học.

NỘI DUNG

1. Nhận định sức khỏe trẻ em

1.1. Tiền sử:

Khi thu thập thông tin về tiền sử trẻ em, cần lưu ý.

- Giao tiếp khuyến khích cha mẹ của trẻ tham gia tích cực.
- Không chỉ trích cá nhân.
- Tạo ra một môi trường giao tiếp thoải mái.
- Dành thời gian để cha mẹ trẻ tham gia trao đổi cung cấp đầy đủ thông tin.
- Chú ý lắng nghe, khuyến khích cha mẹ trẻ nói chuyện.
- Cử chỉ thích hợp.
- Duy trì tiếp xúc bằng mắt thực hiện sự quan tâm.
- Câu hỏi thích hợp.

1.2. Bệnh sử sức khỏe:

- Thông tin tổng quát: tóm tắt lại tình trạng ăn uống của trẻ, sự tăng và giảm cân.
- Thông tin chung: số người trong gia đình, cha, mẹ, tuổi, trình độ văn hoá....

Vấn đề liên quan đến sức khỏe:

- Lý do đến cơ sở y tế để điều trị.
- Trước khi ốm trẻ làm gì, chơi hoặc ăn uống ở đâu?
- Trẻ bắt đầu ốm từ khi nào?
- Có các dấu hiệu và triệu chứng gì?
- Trước khi trẻ ốm trẻ đang làm gì?
- Trẻ ốm trong thời gian bao lâu?
- Vị trí đau ở đâu hoặc đau ở chỗ nào?
- Có dùng thuốc gì cho trẻ không?
- Các dấu hiệu và triệu chứng nào khác không?
- Các triệu chứng liên quan.
- + Tiêm chủng và những bệnh mà trẻ đã mắc từ trước.

- + Bệnh trước đây có thể liên quan đến thực tại.
- + Các bệnh mạn tính.
- + Dị ứng.

1.3. Thăm khám thực thể:

a. Nhìn.

- Quan sát để xác định tình trạng sức khỏe của trẻ.
- Quan sát từ đầu đến chân: kích thước, hình thể của đầu, tình trạng da, mắt, nét mặt, ngực, bụng, tay, chân và bàn chân.
- Dấu hiệu và sự suy nhược về tinh thần.

b. Sờ.

- Đánh giá nhiệt độ, tình trạng da niêm, tình trạng mạch.
- Tính nhạy cảm/ đau các vùng bị tổn thương.
- Tình trạng xương khớp, kích thước, hình dáng, sự đàn hồi.
- Sự chuyển động các bộ phận, cấu trúc của cơ thể.

c. Gõ.

- Gõ nhẹ và dứt khoát trên mỗi bộ phận của cơ thể.
- Xác định vị trí, kích thước, độ dày của cơ quan.
- Xác định nếu có không khí hoặc dịch trong các cơ quan của cơ thể.

d. Nghe: Nghe những âm trong các bộ phận của cơ thể như: phổi, tim, mạch máu và ở bụng.

2. Nhận định sức khỏe người lớn

2.1. Lượng giá thể chất:

Trực tiếp từ một cá thể tìm những vấn đề bình thường hoặc bất thường của người để có kết luận giá trị về sức khỏe của cá thể đó. Tìm kiếm thông tin liên quan về cá thể qua các nguồn dữ liệu trung gian như:

- Từ các thành viên trong gia đình.
- Từ hồ sơ sức khỏe cá nhân.
- Nhận xét của các cán bộ y tế.
- Nhận định thể chất có trọng tâm hướng tới mục tiêu được xác định.

2.2. Tiền sử sức khỏe:

a. Những điểm lưu ý khi phỏng vấn.

- Cần thiết lập một môi quan hệ tin cậy giữa điều dưỡng và người bệnh.
- Các câu hỏi cần có cấu trúc mạch lạc.
- Câu hỏi đóng được sử dụng để thu nhận các thông tin mô tả về vấn đề sức khỏe, thông tin chi tiết về tiền sử bệnh.

b. Hướng dẫn khai thác tiền sử.

- Tạo cho người bệnh nhiều cơ hội nói, không bị ngắt lời.
- Không dùng những câu hỏi hướng tới thiên lệch hoặc dẫn dắt.
- Tránh các câu hỏi mà những câu hỏi đó được đáp lại có hoặc không.
- Đảm bảo giữ kín các thông tin.
- Phân tích kỹ lưỡng các thông tin thu thập được.

c. Các thành phần tiền sử sức khỏe.

Cần có một biểu mẫu chính trong việc thu thập dữ liệu sức khỏe:

- Xác định bệnh hoặc các vấn đề sức khỏe chính.
- Nắm được tiền sử bệnh.
- Nắm được tiền sử về gia đình và các quan hệ xã hội nếu có.
- Nắm được thông tin về dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến vấn đề sức khỏe.

d. Xác định 7 vấn đề liên quan đến sức khỏe.

- Khởi đầu: vấn đề sức khỏe bắt đầu từ khi nào? Lý do đến cơ sở y tế.
- Thời gian: vấn đề đó đã có thực tế bao lâu?
- Vị trí: vấn đề sức khỏe đó ở nơi nào?
- Mức độ nghiêm trọng hoặc số lượng của triệu chứng.
- Yếu tố làm tăng.
- Yếu tố làm giảm.
- Điều trị trước đây?

e. Tiền sử bệnh trước đây: những yếu tố cơ bản của tiền sử bệnh:

- Dị tật bẩm sinh.
- Dị ứng với thuốc hoặc thức ăn.
- Thuốc đang sử dụng.
- Chủng ngừa khi còn nhỏ và ốm đau.
- Các bệnh mạn tính.
- Tiền sử sản khoa (nếu là phụ nữ).
- Phẫu thuật hoặc tai nạn trước đây?

g. Tiền sử gia đình: bao gồm các bệnh lý mà người thân trong gia đình mắc phải, những bệnh lý có yếu tố di truyền hay yếu tố nguy cơ.

2.3. Dụng cụ khám:

- Ống nghe dung để nghe các âm. Màng nghe phẳng có thể nghe được cả tiếng tim và tiếng phổi.
- Máy đo huyết áp được sử dụng cùng với ống nghe để đo huyết áp.
- Đèn soi: để khám tai, mũi, họng.
- Cân người lớn: để cân.
- Thước dây: để đo và so sánh.
- Bông gòn, ghim, nước hoa, muối đường: để đánh giá các cảm giác
- Găng tay: giảm nguy cơ lây nhiễm khi chạm vào vùng khám có nguy cơ dính chất tiết hoặc máu.
- Chất trơn: khám những vị trí cần đưa vào sâu trong cơ thể để khám trực tràng hậu môn.
- Que đè lưỡi: dùng khám trong khoang miệng.
- Đồng hồ kim giây: đếm mạch, nhịp thở, nhu động ruột.
- Âm thoa: đánh giá cảm sâu do âm thanh truyền qua xương.

2.4. Quy trình khám thể chất:

a. Nhìn.

- Nhìn luôn diễn ra trước khi sờ, gõ và nghe.

- Quan sát khi người bệnh đi vào phòng khám, hoặc tiến hành nhìn từ phía trước đến sau lưng và từ đầu đến chân.
- Quan sát sự cân xứng của các bộ phận của cơ thể.
- Quan sát tình trạng da, niêm, sự hô hấp.
- Quan sát những dấu hiệu bất thường trên cơ thể, những vùng da đổi màu, lở loét.
- Mục đích của nhìn: tình trạng sức khoẻ tổng quát.

b. Sờ.

Sử dụng các ngón tay để sờ nắn một cách nhẹ nhàng hay sờ sâu với cả bàn tay để lượng giá.

- Nhiệt độ; Độ ẩm.
- Phản ứng với đau khi đụng chạm.
- Cảm giác mạch đập; Sự rung.
- Tổn thương chung.
- Sờ sâu sử dụng một hoặc cả bàn tay và các ngón tay duỗi thẳng để nhận định các bộ phận trong khoang bụng, các khối bất thường nằm sâu bên trong.
- Xác định vị trí những phát hiện bất thường, cảm nhận ổ rắn chắc, di động kích thước và đau.

c. Gõ.

- Gõ phát sinh ra các âm thanh để khám phá, xác định vị trí, tính đặc hay rỗng hay chứa khí của các tổ chức nằm dưới nơi gõ.
- Gõ cũng được sử dụng để xác định nếu có khối u.
- Phản ứng với đau của cơ thể.

Gõ âm:

- Âm vang: âm cao, giống như tiếng trống. Âm này thường nghe thấy khi gõ trên vùng dạ dày, phổi.
- Âm đục: âm cao. Giống như âm “ Thịch”, âm này thường nghe thấy khi gõ lên gan, lách.
- Âm cao: tiếng trầm. Âm này thường nghe được khi gõ lên các khối u.
- Tăng cộng hưởng: âm to thường nghe được khi gõ lên vùng phổi và cơ tràn khí.

d. Nghe.

Nghe các âm do các cơ quan cấu trúc trong cơ thể phát ra: nghe tiếng rì rào phế nang, nghe nhu động ruột, tiếng thổi do dòng máu chảy qua chỗ hẹp.

2.5. Chuẩn bị người bệnh trước khi khám thực thể:

- Giải thích mục đích khám phá thực thể.
- Bố trí nơi khám kín đáo.
- Phòng khám thoáng khí, nhiệt độ thích hợp, không nóng hoặc quá lạnh.
- Ánh sáng trong phòng khám phải vừa đủ, cần có ánh sáng hội tụ để dễ nhìn những di động bất thường trên cơ thể hoặc các cơ quan trong sâu.
- Đảm bảo cho người bệnh được thoải mái, tiện nghi.
- Yêu cầu người bệnh cởi bỏ quần áo ngoài, bộc lộ vị trí cần khám.
- Dùng mền hoặc vải trải để che phủ lên người bệnh, những vị trí không cần khám.

– Luôn giải thích cho người bệnh biết bạn đang khám gì và thông tin với người bệnh trong suốt quá trình khám.

– Chuẩn bị dụng cụ thăm khám đầy đủ.

2.6. Thăm khám thực thể:

– Rửa tay trước khi thăm khám thực thể cho người bệnh.

– Khám theo trình tự để tránh bỏ sót.

– Áp dụng qui trình thăm khám: nhìn-sờ-gõ-nghe, chỉ riêng thăm khám vùng bụng thì theo trình tự: nhìn-nghe-gõ-sờ.

– Luôn ngồi hoặc đứng bên phải người bệnh khi thăm khám.

– Ghi nhận những dấu hiệu bất thường chứ không được chẩn đoán bệnh.

2.6.1. Da.

*** Nhìn:**

– Khởi đầu bằng việc quan sát toàn bộ vùng da.

– Cần chú ý sắc tố màu sắc của da, cũng như các vết chàm, sẹo, vết bầm, tím và các nốt tổn thương.

– Vị trí? bờ của vết tổn thương? Dịch tiết hay khô?

– Cần quan sát từ phải trước ra sau.

*** Sờ:**

– Kiểm tra nhiệt độ, độ ẩm, độ căng và độ đàn hồi của da.

– Dùng đầu ngón tay để sờ vào nhận định sự ẩm và nhẵn hay lồi lõm của da.

– Nốt tổn thương trên da, cần sờ nền viền xung quanh các nốt tổn thương xem có tổn thương hay phẳng hay lõm so với mặt da.

– Nhận định cảm giác sau khi sờ, hay mất cảm giác.

2.6.2. Tóc và da đầu.

– Quan sát kích thước và hình dáng của đầu.

– Các tổn thương hoặc u lồi trên da đầu.

– Kiểm tra da đầu phát hiện bất thường.

– Nhận định về kết quả bất thường nếu có.

– Nhận định tình trạng tóc: nhúm tóc giữa tay cái và ngón tay trỏ để quan sát, đánh giá tình trạng Tóc: khô, mượt dễ gãy?

– Phân bố của tóc: hói, rụng tóc?

– Có rụng tóc thì cần mô tả kiểu rụng tóc.

– Dấu hiệu bất thường của tóc.

2.6.3. Vùng cổ và tuyến giáp.

– Nhận định da nơi vùng cổ

– Nhận định tình trạng hạch ở vùng cổ, xác định xem có hạch nổi ở vùng cổ hay không, nếu có hạch nổi ở vị trí nào? Di động nông hay sâu? Đau hay không? Có tiết dịch?

– Sưng các hạch bạch huyết là có biểu hiện nhiễm khuẩn. sờ nắn đánh giá kích thước, hình dáng, cảm giác nhạy cảm với đau và di động của các hạch bạch huyết.

– Đánh giá tuyến giáp: nhìn xem tuyến giáp có to hay không?

- Cho người bệnh uống nước nhìn xem sụn giáp di động như thế nào? tuyến giáp có to hay không, to một thùy hoặc cả hai thùy. Đứng ở phía sau của người được khám, để đầu người bệnh hơi hạ thấp cằm xuống dưới, dùng đầu ngón tay trỏ và ngón giữa để sờ nắn hai bên tuyến giáp để đánh giá kích thước.
- Dùng tay phải để sờ nắn thùy phải trong khi đó bảo người đó nuốt, sờ nắn thùy bên trái giống như qui trình trên, xác định của tuyến giáp.
- Dùng ống nghe để tìm tiếng thổi bất thường ở tuyến giáp: nếu có có thể do tuyến giáp gây chèn ép động mạch cổ tạo âm thanh bất thường ở vùng này.

2.6.4. Mắt

❖ Hỏi tiền sử bệnh về mắt người bệnh:

- Ông/ bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
- Bệnh bắt đầu xuất hiện khi nào?
- Ông/bà có bị tổn thương mắt trước đây không?
- Bệnh xuất hiện như thế nào?
- Ông/bà có thấy ngứa mắt không?
- Có sưng nề không?
- Ông/ bà đã dùng thuốc hoặc đã xử lý gì để điều trị bệnh?

❖ **Khám mắt.**

- Nhìn hai mắt, mi mắt, hình dáng của long mày, vị trí, tính đối xứng và chuyển động của mắt.
- Cần đánh giá màu sắc và kết cấu của mi mắt trên và mi mắt dưới.
- Kéo mi mắt dưới xuống phía dưới để kiểm tra màng tiếp hợp.
- Chú ý màu sắc và các dấu hiệu bất thường trên củng mạc và giác mạc.
- Khám móng mắt, hình dáng, màu sắc, sắc tố móng mắt.
- Khám đồng tử dùng đèn neon chiếu vào mắt để đo kích thước, hình dáng đáp ứng với ánh sáng của đồng tử. Kiểm tra thị lực: nhìn xa dùng bảng Swellen chart để bảng xa cách người bệnh 6m để đánh giá độ cận, xem người bệnh có thể đọc đến hàng thứ mấy trong bảng thị lực. Nếu người bệnh đọc được đến hàng cuối thì dùng bảng nhìn gần để cách xa mắt 15cm đến 20cm để đánh giá độ viễn của mắt.

2.6.5. Khám tai.

❖ Hỏi tiền sử của người bệnh về tai của người bệnh.

- Ông/bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
- Bệnh bắt đầu xuất hiện từ khi nào?
- Ông/bà có bị tổn thương ở tai trước hay không?
- Bệnh xuất hiện như thế nào?
- Ông/bà có thấy ngứa hay có dịch ở tai không?
- Có sưng nề không? Có ù tai? Thính lực có giảm không?
- Ông/bà đã dùng thuốc hoặc đã xử lý gì để điều trị bệnh?

❖ **Khám tai**

- Quan sát kích thước tai, sờ các cấu trúc bên ngoài.
- Sử dụng đèn soi tai hoặc đèn rọi để kiểm tra ống tai ngoài.

- Xem ống tai bằng đèn soi bằng canuyn.
- Quan sát kỹ màng nhĩ, các mốc của xương, bóng sáng trên màng nhĩ.
- Nếu người bệnh bị giảm thính lực, cần hỏi thêm:
 - Thính lực có giảm đột ngột không?
 - Ông bà hiện tại hoặc trước đó có thấy đau tai không?
 - Ông/ bà có tiền sử viêm tai không?
 - Ông/ bà có dùng thuốc để điều trị không? Nếu có gồm những thuốc gì?
 - Gần đây ông/ bà có bị ảnh hưởng bởi những tiếng ồn lớn không?
- Nói thầm một bên tai, cách xa 30cm và yêu cầu người bệnh lặp lại, so sánh cả hai bên tai xem sự cân xứng và khả năng thính lực của người bệnh.
- Dùng nghiệm pháp Rinne test và Weber test để đánh giá sự dẫn truyền âm thanh trong xương.

2.6.6. Khám mũi:

- ❖ Hỏi tiền sử của bệnh về mũi của người bệnh
 - Ông /bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
 - Bệnh bắt đầu xuất hiện khi nào?
 - Ông /bà có bị tổn thương ở mũi trước đây không?
 - Bệnh xuất hiện như thế nào?
 - Ông /bà có thấy ngứa và chảy mũi không?
 - Có sưng nề không? Có cảm thấy khó thở? Có chảy dịch hay máu ở mũi?
 - Ông /bà đã dùng thuốc hoặc đã xử trí gì để điều trị bệnh?
 - Quan sát tổn thương, chảy máu hoặc mũi mất cân đối. Sự thông suốt của mũi.
 - Kiểm tra từng lỗ mũi moat xem có polip, vẹo vách ngăn, hoặc tăng tiết dịch không?
 - Dùng mỏ vịt qua lỗ mũi để khám mũi trong đánh giá sự xung huyết? Vẹo vách ngăn?...

2.6.7. Khám miệng và họng.

- ❖ Hỏi tiền sử về miệng và họng của người bệnh:
 - Ông /bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
 - Bệnh bắt đầu xuất hiện khi nào?
 - Ông /bà bị tổn thương ở miệng và họng trước đây không?
 - Bệnh xuất hiện khi nào?
 - Ông /bà có thấy ngứa hay đau họng không?
 - Có sưng nề không? Khàn tiếng? Đờ lưỡi?
 - Ông /bà đã dùng thuốc hoặc đã xử trí gì để điều trị bệnh?
 - Quan sát môi: màu sắc, độ ẩm và tổn thương nếu có.
 - Khám họng, răng và lợi xem có hình ảnh bất thường? Sâu răng, nha chu, viêm nướu, herpes.
 - Khám vòm miệng, amidan và nhận định vị trí của lưỡi và lưỡi gà có cân xứng khi người bệnh kêu a a? nếu thấy lưỡi gà lệch 1 bên thì có thể tổn thương dây thần kinh số IX.
 - Đánh giá sức cơ của lưỡi xem có kháng lại với lực không? Đánh dây thần kinh số XII.

2.6.7. Khám phổi.

- ❖ Hỏi tiền sử bệnh về phổi của người bệnh:
 - Ông/ bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
 - Bệnh bắt đầu xuất hiện từ khi nào?
 - Ông/ bà có bị tổn thương ở phổi trước nay không?
 - Bệnh xuất hiện như thế nào?
 - Ông /bà có thấy ho đau ngực, khó thở không?
 - Có kèm theo triệu chứng gì?
 - Ông / bà đã từng dùng thuốc hoặc đã xử lý gì để điều trị bệnh?

❖ **Khám phổi:**

- Đặt người bệnh ở tư thế ngồi, nếu mệt thì để ở tư thế nằm.
- Quan sát hình dáng, kích thước và sự cân đối của ngực phía trước và phía sau.
- Quan sát sự thở và tần số thở.
- Sự tổn thương vết bầm, sẹo, vết mổ, màu sắc của da.
- Vùng nách và vùng trên xương đòn phù nề hoặc có hạch bạch huyết.
- Khám lưng: hình dáng, đường viền, kích thước và sự cân đối của hai ngực.
- Sờ nắn ngực phía trước và phía sau: phản ứng với đau.
- Nhận định cảm giác rung thanh ở hai bên phổi để so sánh.
- Đặt 2 ngón tay của hai bàn tay lên vị trí cột sống số 10, các ngón tay còn lại ôm theo khung sườn, bảo người bệnh hít vào và thở ra để đánh giá độ giãn nở lồng ngực theo chiều trước sau (khoảng cách giữa 2 ngón cái khoảng 6cm là bình thường).
- Gõ vùng lưng khi người bệnh hít vào và thở ra để đánh giá độ giãn nở lồng ngực theo chiều trên dưới, cơ hoành giãn nở 6cm là bình thường.
- Gõ vùng phổi ở lưng và ngực theo như hình vẽ để đánh giá độ vang trong của 2 bên phổi, nếu có tràn dịch hay tràn khí thì gõ tiếng sẽ thay đổi.
- Khi gõ nhớ gõ hai bên vị trí đối xứng nhau để tiện việc so sánh và phát hiện những bất thường.
- Nghe: dùng ống nghe đặt bên các vị trí ở vùng phổi, cũng nghe đối xứng cả 2 bên phổi để có sự so sánh rì rào phế nang ở 2 bên, giúp việc chẩn đoán bệnh dễ dàng.

2.6.8. Khám vú:

- ❖ Hỏi tiền sử bệnh về vú của người bệnh.
 - Ông /bà bị vấn đề này từ bao giờ?
 - Bệnh bắt đầu xuất hiện khi nào?
 - Ông / bà có bị tổn thương ở vú trước hay không?
 - Bệnh xuất hiện khi nào?
 - Ông/ bà có thấy ngứa, xuất tiết ở vú hay núm vú không ?
 - Có sưng nề không? Có đốm da đổi màu không? Có thấy khối u hay hạch ở vú hay hõm nách không?
 - Ông / bà đã dùng thuốc hoặc đã xử lý gì để điều trị bệnh?
- ❖ Khám vú.
 - Quan sát sự cân xứng của hai bên vú ở tư thế ngồi thẳng lưng, khom lưng(hơi cúi người ra trước), và yêu cầu người bệnh đưa hai tay lên đầu ưỡn ngực ra sau.
 - Quan sát sự tiết dịch ở núm vú? Các tổn thương trên da?

- Cho người bệnh nằm trên giường với phần ngực được kê cao lên và sờ theo hình nan hoa hay xoắn ốc từ ngoài di lần vào trong để phát sớm các khối u bất thường (theo hình vẽ minh họa)

2.6.9. Khám tim.

❖ Hỏi tiền sử bệnh về bệnh tim của người bệnh:

- Ông/ bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
- Bệnh bắt đầu xuất hiện khi nào?
- Ông/ bà có bị tổn thương ở vùng ngực, tim trước nay không?
- Bệnh xuất hiện như thế nào?
- Ông/ bà có thấy mệt, đau ngực, khó thở không?
- Có phù ở chi không? Có kiểm tra huyết áp thường xuyên không? Bình thường chỉ số huyết áp bao nhiêu?
- Có dấu hiệu bất thường dù không gắng sức không?
- Ông/ bà đã dùng thuốc hoặc đã xử trí gì để điều trị bệnh?

❖ Thăm khám.

- Đánh giá tình trạng phù: ấn lõm 2mm là phù độ 1, ấn lõm 4mm phù độ 2, ấn lõm 6mm phù độ 3, ấn lõm 8mm phù độ 4.
- Đo huyết áp, đếm mạch trước khi khám tim
- Đo áp lực tĩnh mạch cổ ngoài (áp lực tĩnh mạch trung tâm) bằng cách xác định góc Louis và nơi động mạch cảnh đập cao nhất để xác định áp lực tĩnh mạch cổ ngoài, trung bình là 5-10cm.
- Xác định mỏm tim ở liên sườn 5 và trung đơn trái, sờ nắn và định vị mỏm tim đếm nhịp tim, xác định nếu có rung miu.
- Xác định các mốc của tim: nghe được tiếng tim rõ nhất.
 - + Ổ van động mạch chủ ở liên sườn 2 bờ ức phải và liên sườn 3 bờ ức trái.
 - + Ổ van động mạch phổi ở liên sườn 2 bờ ức trái.
 - + Ổ van 3 lá nằm ở liên sườn 4 bờ ức trái .
 - + Ổ van 2 lá ở liên sườn 5 và trung đơn trái.
 Phát hiện các âm thổi S_1 và S_2 . Với S_1 (âm thu tiếng bùm là âm thanh của tiếng tim thứ nhất, biểu hiện sự đóng lại của van 2 lá và van 3 lá của tim. Tiếng tim thứ 2, S_2 (âm trương) có âm tắc. Nó có âm hơi cao hơn âm bùm của S_2 do van động chủ và van động mạch phổi đóng lại.
- Phân biệt tiếng thổi. Tiếng thổi được phân loại dựa vào độ lớn của âm:
 - + Rất nhỏ, đôi khi rất khó khăn mới nghe được.
 - + Im lặng nhưng đôi khi có thể nghe được ngay sau khi đặt ống nghe lên ngực.
 - + Hơi to.
 - + To.
 - + Rất to, đôi khi có thể nghe được ngay cả khi mới đặt 1 phần màng nghe lên ngực.

2.6.10. Khám bụng.

❖ Hỏi tiền sử về bệnh đường tiêu hóa của bệnh nhân:

- Ông/ bà đã bị vấn đề này từ bao giờ?
- Bệnh bắt đầu xuất hiện từ khi nào?
- Ông/ bà có bị tổn thương vùng bụng trước đây không?

- Bệnh xuất hiện như thế nào?
- Ông/ bà có thấy ăn không ngon, khó tiêu, tiêu chảy, táo bón không?
- Có phù chân kèm theo không?
- Có vàng da? Có dấu hiệu thiếu máu? Chướng bụng? Tuần hoàn bàng hệ?
- Ông/ bà đã dùng thuốc hoặc đã xử lý gì để điều trị bệnh?

Trình tự khám bụng: nhìn - nghe - gõ - sờ.

Nhìn:

- + Quan sát xem nếu bụng tròn hay phẳng hoặc lõm?
- + Di động của bụng theo sự hô hấp.
- + Quan sát màu sắc, sự cân xứng của 2 bên bụng.
- + Tồn thương da ở da hoặc sẹo, xuất tiết ra rốn, rốn lõm hay lõm.
- + Mạng lưới tĩnh mạch trên bụng? Tuần hoàn bàng hệ?

Nghe bụng:

- + Nghe nhu động ruột, trung bình từ 12-15lần/phút.
- + Nghe ở vị trí động mạch trên vùng bụng : động mạch chủ bụng, động mạch thận, động mạch chậu và động mạch bẹn bình thường không có tiếng thổi nhưng có sự chèn ép hay hẹp thì có thể nghe được tiếng thổi ở các vị trí này.

Gõ:

- + Gõ để xác định bóng hơi của dạ dày(nếu không có có thể dạ dày đã bị thủng).
- + Gõ bụng để xác định kích thước độ rắn chắc của tổ chức hoặc cơ quan nằm trong khoang bụng: gan, lách. Trung bình ở người lớn thì kích thước thùy phải của gan khoảng 6 -12cm, và kích thước lách thì không vượt quá 7cm.

2.6.11. Khám cơ xương.

❖ Hỏi tiền sử bệnh về hệ xương khớp của người bệnh:

- Ông/ bà bị vấn đề này từ bao giờ?
- Bệnh bắt đầu xuất hiện khi nào ?
- Ông/ bà có bị tổn thương ở cơ xương khớp trước đây không?
- Bệnh xuất hiện như thế nào?
- Ông/ bà có thấy đau, cứng, sưng vùng khớp không?
- Sự vận động có khó khăn không?
- Ông/ bà đã dùng thuốc hoặc đã xử lý gì để điều trị bệnh?

❖ Khám hệ cơ xương khớp:

- Nhìn dáng đi xem có bất thường không? Vẹo cột sống: cột sống cong sang bên cong về phía sau cột sống. Uốn cột sống: cong bất thường về phía trước cột sống.
- Tầm vận động: phạm vi chuyển động.
- Khép: chuyển động hướng vào cơ thể.
- Dạng: chuyển động hướng ra ngoài cơ thể.
- Gấp: gấp khớp.
- Duỗi: chuyển động làm khớp di chuyển hướng ra ngoài.
- Xoay trong: xoay khớp hướng vào cơ thể.
- Xoay ngoài: xoay khớp hướng ra phía ngoài.

Đánh giá sức cơ: có 5 mức độ.

- Không cơ cơ (liệt hoàn toàn): độ 0.
- Cử động không được, cơ nhẹ: độ 1.
- Làm được tất cả các cử động (loại bỏ trọng lực), có thể xoay được tứ chi nhưng không nhắc bổng lên được: độ 2.
- Cử động được nhưng không kháng lại lực: độ 3.
- Cử động được kháng lại được 1 số lực: độ 4.
- Cử động được, có thể thực hiện toàn bộ các chuyển động chống lại với trọng lực cơ thể, sức cơ bình thường: độ 5.

Khám toàn bộ các khớp trên cơ thể: cổ, vai, khuỷu tay, cổ tay, bàn tay, ngón tay, cột sống thắt lưng, háng, gối, cổ chân, bàn chân, ngón chân. Tìm xem tâm vận động và sức cơ ở từng khớp để phát hiện các dấu hiệu bất thường.

Bất thường	Nguyên nhân có thể do
Teo cơ hoặc giảm trương lực cơ	Suy dinh dưỡng. Liệt bất động
Đau ở cổ tay hoặc khuỷu tay	Viêm bao gân (viêm bao hoạt dịch)
Đau vai	Viêm thanh mạc (viêm ổ khớp)
Giảm phạm vi hoạt động của chi	Viêm khớp, viêm bao hoạt dịch chấn thương

2.6.12. Nhận định về tinh thần.

* Đánh giá trạng thái tâm thần:

- Cách giao tiếp, các hành vi không lời của họ. Khả năng rõ ràng.
- Khả năng thực hiện mệnh lệnh thức thông thường không?
- Người đó có thể nói hoặc viết được tên và ngày sinh của mình không?
- Người đó có thể nhắc lại những từ hoặc những câu của người khám không?
- Người đó có thể nói được tên các vật mà người khám chỉ không?
- Người đó có thể nhắc nhanh lại được từ số 2 đến 6 không?
- Người đó có thể nghe nhất được một danh mục gồm ba khoản, sau 5 phút.

Bất thường	Nguyên nhân có thể do
Không đáp ứng /tâm trạng không thích hợp	Nghiện thuốc hoặc suy nhược
Hung cảm (hành vi quá kích) có thể đập phá vô cớ	Kích động / suy nhược
Lo lắng	Hoang tưởng
Nghe tiếng nói, động tác và đáp ứng không thích hợp	Chứng quên tên đồ vật/ tâm thần phân liệt

❖ Các dây thân kinh sọ não:

Khám 12 dây thân kinh sọ.

Các dây thân kinh sọ não.

Tên	Chức năng	Phương pháp khám
Dây khứu giác I	Người	Người bệnh nhắm mắt lại, sau đó bịt 1 lỗ mũi và hỏi họ có nhận ra bất cứ mùi gì, nếu

		không nhận biết mùi thì dây thần kinh bị tổn thương.
Dây thị giác II	Thị lực	Dùng sơ đồ khám mắt của Snellen để khám. Bệnh nhân đứng cách sơ đồ chừng 20 feet (# 6 m), che 1 bên mắt. Đánh giá thị lực của người bệnh, nếu người bệnh không nhìn thấy được hoặc có rối loạn trong khả năng nhìn thì dây thần kinh này có tổn thương.
Dây vận nhãn chung (III) dây ròng rọc (IV), dây vận nhãn ngoài (VI)	Điều khiển sự vận động của mắt	Bảo người bệnh nhìn theo ngón tay chỉ theo sáu hướng của điều dưỡng để đánh giá sự chuyển động của mắt, nếu mắt người bệnh không xoay được theo 6 hướng thì 3 dây Thần kinh này có tổn thương.
Dây tam thoa (V) dây vận động và dây cảm giác	Vận động cho các cơ nhai và các cơ cảm giác cho hầu hết các vùng đầu mặt: trán, mắt, cằm	Vận động: đặt tay vào 2 bên khớp thái dương hàm, bảo người bệnh nhai và đánh giá tầm vận động và sức cơ của vùng này. Cảm giác: dùng gòn, vật nhọn để đánh giá cảm nhận của người bệnh trên những vị trí vùng mặt trong khi người bệnh nhắm mắt.
Dây mặt (VII)	Vận động: vận động các cơ mặt, cảm giác: cảm giác vị giác ở 2/3 lưỡi ngoài.	Vận động: bảo bệnh nhân trợn (ngược) mắt lên, cau mày lại, nhe hàm răng trên, hàm răng dưới, phồng hai má lên và cười. Đánh giá sự cân xứng của mặt. Cảm giác: dùng đường hoặc muối đặt vào lưỡi để xem có nhận biết được hay không.
Dây thần kinh thính giác / tiền đình ốc tai (VIII)	Làm nhiệm vụ nghe và giữ thăng bằng	Nói thầm: che một bên tai, ngồi cách bệnh nhân 30-50cm nói thì thầm hoặc vừa đủ nghe, yêu cầu người bệnh lặp lại(tránh ngồi đối diện để người bệnh nhìn miệng đoán chữ). cần đánh giá cả hai bên. Làm Rinne test và Weber test đánh giá sự dẫn truyền âm thanh trong xương, so sánh sự dẫn truyền trong xương và trong không khí.
Dây lưỡi hầu (IX)	Vận động các cơ của hầu. Cảm giác vùng họng, và vị giác ở 1/3 lưỡi trong	Nghe giọng nói của họ xem có khàn hay kiểm tra chất giọng ra sao? Dùng đè lưỡi để đè lưỡi xuống và bảo bệnh nhân nói ah quan sát xem lưỡi gà bệnh nhân có di động hay không? Vị trí có nằm ngay giữa không?
Dây phế vị (X)	Dây thần kinh đối giao cảm, vận động các cơ hầu, thanh quản, vận động và cảm giác cho các tạng	

	ở cổ ngực và trong ổ bụng.	
Dây gai phụ (XI)	Vận động cơ ức đòn chũm, cơ than	Đánh giá sức cơ ở vùng cổ: để người bệnh ngồi, yêu cầu người bệnh xoay mặt qua trái, phải, cúi ra trước, uốn ra sau, và người thăm khám làm lực phản lại các động tác để đánh giá sức cơ. Đặt tay người khám lên hai vai bệnh nhân và yêu cầu người bệnh nâng vai lên người khám làm lực cản ngược lại để đánh giá sức cơ vùng này.
Dây hạ thiệt (XII)	Vận động các cơ lưỡi	Nghe giọng nói của họ. Quan sát lưỡi của họ xem có cử động hay bất thường gì không? Dùng que đè lưỡi đánh giá sức cơ của lưỡi.

❖ **Khám các phản xạ gân xương:**

- Phản xạ có thể có các vấn đề thần kinh hoặc sự mất cân bằng điện giải.
- Phản xạ gân sâu là sự co tự chủ của cơ. Chủ yếu vào lực kích thích trên ân.
- Người khám nhận định sự đáp ứng của phản xạ gân sâu bằng cách dùng búa phản xạ gõ vào đầu gân bám vào xương ở vị trí: cơ tam đầu, cơ nhị đầu, cơ cánh tay quay, cơ tứ đầu đùi, gân Achilles.
- Phản xạ bó tháp: làm phản xạ Babinski.
- Phản xạ gân xương được đánh giá bằng thang điểm từ 1-4 điểm.

Không đáp ứng

- 1+ : giảm hoạt động
- 2+ : bình thường
- 3+ : tăng (có thể coi như là bình thường).
- 4+ : cường năng

❖ **Khám cảm giác:**

Cảm giác nông

- Dùng các công cụ như gòn, que gòn phết nhẹ lên vùng da cần đánh giá cảm giác và hỏi người bệnh có nhận được hay không? (người bệnh phải nhắm mắt trong khi khám
- Dùng dụng cụ bén nhọn và tà: cũng làm như trên (trước khi khám nên định nghĩa cho bệnh nhân nhận biết cảm giác của vật nhọn vật tà).
- Người khám nắm 1 ngón tay hoặc chân trong khi người bệnh nhắm mắt: xem người bệnh có nhận biết được ngón nào chạm không?

Cảm giác sâu: Dùng âm thoa để đánh giá sự dẫn truyền âm thanh từ trong xương ở những vùng xa của cơ thể.

❖ **Khám tiểu não:** Tiểu não là trung khu giữ thăng bằng cho cơ thể, để đánh giá xem chức năng của não có bị tổn thương không người khám yêu cầu người bệnh làm các động tác sau:

- Dùng ngón tay trỏ của 2 tay liên tục thay phiên nhau chỉ vào chóp mũi của mình.
- Dùng ngón trỏ chỉ vào ngón tay đang di động của người khám rồi chỉ vào chóp mũi của mình.

- Dùng ngón tay cái chạm vào các ngón tay còn lại.
- Đặt sấp, ngửa bàn tay liên tục trên đùi.
- Dùng gót chân miết dọc theo xương chày của chân còn lại.
- Ngồi tréo 2 chân và đổi trở lại.
- Dùng ngón chân cái vẽ trong không khí hình số 8.
- Nếu động tác ngập ngừng, chậm chạp, sai lệch thì tiểu não có vấn đề.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Khi phỏng vấn cần lưu ý lưu ý những điểm sau:

- A. Thiết lập một mối quan hệ tin cậy giữa điều dưỡng và người bệnh.
- B. Câu hỏi cần có cấu trúc mạch lạc
- C. Lắng nghe ý kiến của người bệnh.
- D. Câu hỏi đóng.

2. Thu thập khai thác tiền sử cần phải:

- A. Tạo cho người bệnh nhiều cơ hội nói, không bị ngắt lời.
- B. Không dùng những câu hỏi hướng tới thiên lệch hoặc dẫn dắt.
- C. Đảm bảo giữ kín các thông tin.
- D. Câu cả đúng

3. Dây thính giác là dây thần kinh số mấy?

- A. VIII
- B. X
- C. XI
- D. XII

4. Dây phế vị là dây thần kinh số mấy?

- A. VIII
- B. X
- C. XI
- D. XII

5. Dây lưỡi hầu là dây thần kinh số mấy?

- A. VIII
- B. IX
- C. XI
- D. XII

Bài 7: 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 các giai đoạn đời sống con người liên quan đến sự nhiễm khuẩn.
- 1.2. Trình bày được 6 thành phần cơ bản của sự nhiễm khuẩn.
- 1.3. Trình bày được định nghĩa vô khuẩn ngoại khoa và vô khuẩn nội khoa.
- 1.4. Trình bày được các vấn đề liên quan đến vệ sinh cá nhân, vệ sinh khoa phòng nhằm phòng và chống nhiễm khuẩn.
- 1.5. Nêu đúng các thời điểm rửa tay thường quy – sát khuẩn tay nhanh bằng cồn
- 1.6. Trình bày đúng các bước khi thực hiện rửa tay thường quy – sát khuẩn tay nhanh bằng cồn
- 1.7. Nêu được các nguyên tắc cơ bản của việc mang găng
- 1.8. Liệt kê được nguyên tắc mang khẩu trang
- 1.9. Nêu được các sử dụng áo choàng
- 2.10. Trình bày được kiến thức về đường lây liên quan đến hô hấp.
- 2.11. Trình bày được quy tắc vệ sinh hô hấp

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện đúng quy trình xử lý dụng cụ chịu nhiệt và không chịu nhiệt.
- 2.2. Thực hiện đúng quy trình rửa tay thường quy
- 2.3. Thực hiện đúng quy trình sát khuẩn tay nhanh bằng cồn.
- 2.4. Sử dụng đúng các phương tiện rửa tay khác nhau.
- 2.5. Lựa chọn đúng găng tay trong các tình huống khác nhau.
- 2.6. Thực hiện đúng quy trình cho từng loại găng tay.
- 2.7. Lựa chọn và mang khẩu trang đúng cách.
- 2.8. Mang và cởi bỏ áo choàng, ủng/bao giày, nón và mắt kính đúng quy trình.
- 2.9. Sử dụng các phương pháp bảo vệ khác nhau đối với các bệnh lây qua đường hô hấp.
- 2.10. Hướng dẫn người có triệu chứng về hô hấp thực hiện theo quy tắc vệ sinh hô hấp.

3. Thái độ:

- 3.1. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, nghiêm túc.
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc 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 tiêu).
- 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 lõi 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.
- Tiết kiệm được nhiều loại dụng cụ và vật dụng khác nhau.
- Dễ kiểm soát hơn các máy tiết kiệm 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 tiết 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 tiết 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 tiết 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. 6. Chùi rửa máy mỗi ngày. 	<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.

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.	15 phút
- Găng tay, cao su để trong bao vải.	15 phút
- Các bộ dụng cụ dùng giải phẫu gói vải 2 lớp.	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 (°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 100 °C, 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 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)
- 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 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)

- 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. TẨY UẾ VÀ BẢO QUẢN DỤNG CỤ TRONG PHÒNG 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 ghê, 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.
- Phấn 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 phấn talc mặt ngoài túi, cho khí vào túi, đập nút lại và cất vào chỗ mát.

8.4.2.2. Vòng hơi cao su lót vùng mông

- 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 phấn talc mặt ngoài vòng.
- Cho khí vào vòng hơi, đẩy 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 nhổ 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 ghé, 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.

9.2. Chỉ định: Tất cả các loại dụng cụ

9.3. 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.

9.4. 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, gói 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, gói 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, gói 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, gói 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, gói 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 180⁰C 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 170⁰C 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. 120⁰ C trong 15 phút B. 134⁰ C trong 5 phút
C. 125⁰ 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

5. Đặc điểm của khử 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

6. Mục đích của rửa tay thường quy là:

- A. Diệt và làm giảm hầu hết các vi sinh vật, trừ nha bào
B. Loại bỏ vi sinh vật 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

7. Mục đích của rửa tay phẫu thuật là:

- A. Loại trừ và làm giảm hầu hết các vi sinh vật
B. Loại bỏ vi sinh vật trên dụng cụ y tế
C. An toàn cho người bệnh
D. Phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh

BÀI 8: TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN, CHUYỂN VIỆN, XUẤT 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, chuyển viện, xuất viện.

1.2. Trình bày được tình trạng bệnh nhân khi vào viện.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình nhập viện, chuyển viện, xuất viện.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

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 (dùi , 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 khoẻ, 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 khoẻ, để người bệnh có khả năng chăm sóc bản thân họ tại nhà và nâng cao sức khoẻ.

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: Khuyến 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 9: KỸ THUẬT THEO DÕI CHỨC NĂNG SINH LÝ

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 theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- 1.2. Trình bày được các điểm cần lưu ý khi theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật đo dấu hiệu sinh tồn.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập 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.
- Giúp chẩn đoán bệnh.
- Theo dõi tình trạng bệnh, diễn tiến bệnh.
- Theo dõi kết quả điều trị chăm sóc.
- Phát hiện biến chứng của 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 °C)
- Đo thân nhiệt ở miệng.



Hình 1: Đo nhiệt độ

- Đo thân nhiệt ở hậu môn.

1.4. Đơn vị đo thân nhiệt

- Độ C: Celsius, ký hiệu: °C
- Độ F: Fahrenheit ký hiệu: °F
- Chuyển đổi đơn vị độ F và độ C
 - + °F = (°C x 9/5) + 32
 - + °C = (°F - 32) x 5/9

1.5. Phân loại sốt

a. Theo độ sốt

- Sốt nhẹ: > 37,5°C - 38°C
- Sốt vừa: > 38°C - < 39°C
- Sốt cao: 39°C - 40°C
- Sốt rất cao: > 40°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 kỳ 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 qui: 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

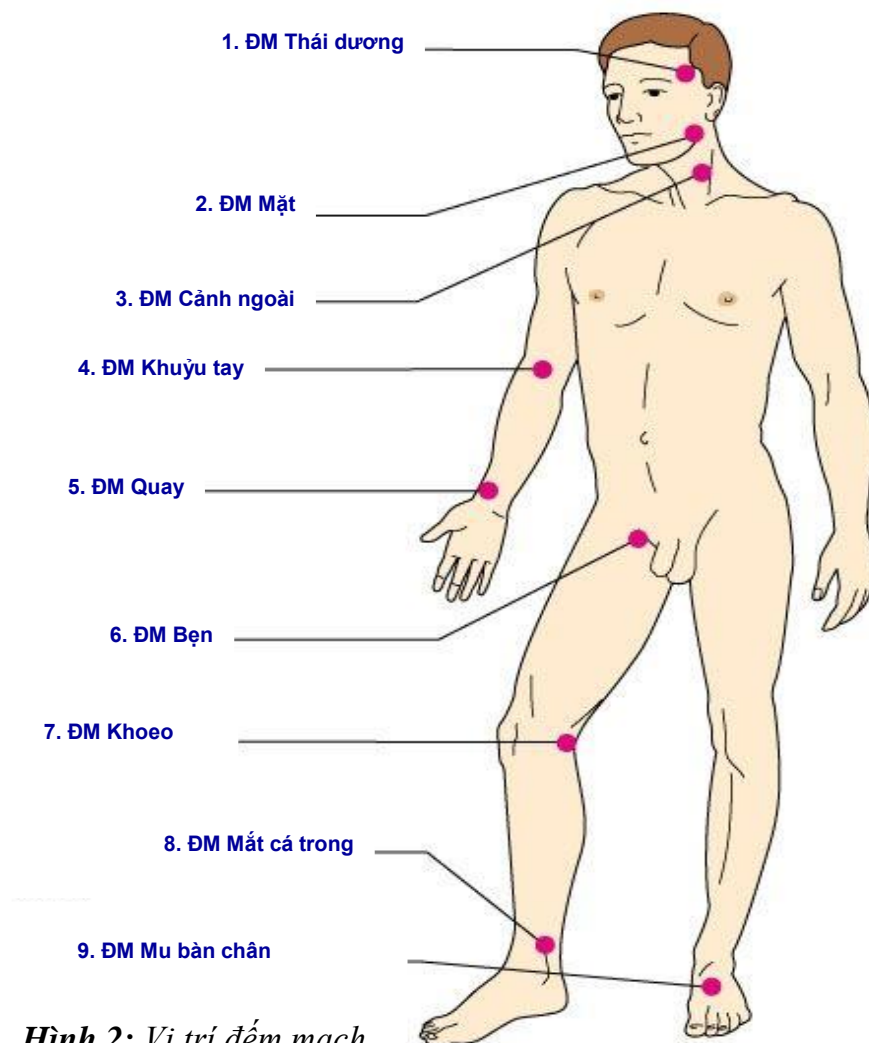
2.3. Yếu tố ảnh hưởng đến tần số mạch

- 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 cảnh, 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 2: Vị trí đếm mạch



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 . . .

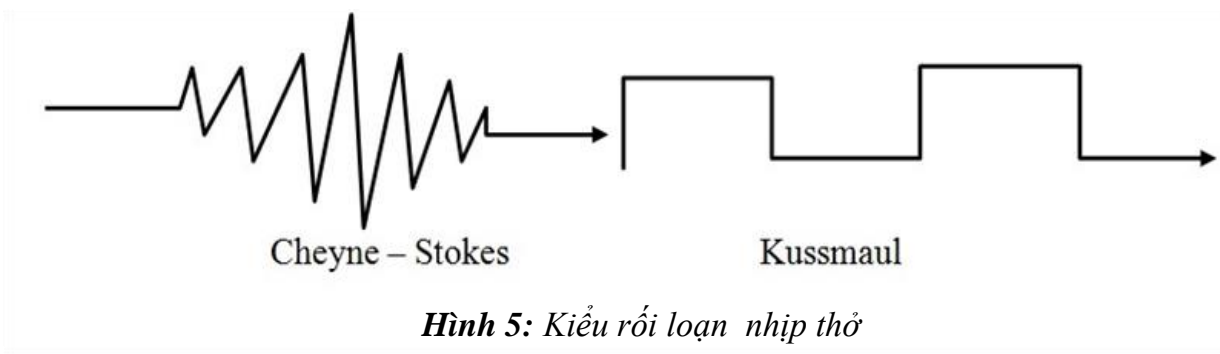
3.4. Nhịp thở thay đổi theo bệnh lý

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

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

- + Huyết áp tối thiểu.

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

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 kẹt: 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

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	Vẩy 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 gòn 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

5. Vị trí nào thường được áp dụng huyết áp?

- A. Cánh tay
- B. Cẳng tay
- C. Đùi
- D. Cẳng chân

BÀI 10: NHU CẦU CƠ BẢN CON NGƯỜI

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các nhu cầu cơ bản của con người theo phân loại của Maslow.
- 1.2. Trình bày được sự liên quan giữa nhu cầu và điều dưỡng.
- 1.3. Trình bày được các nhu cầu cơ bản của người bệnh và chăm sóc

2. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Khái niệm:

Đối tượng của điều dưỡng là con người bao gồm sức khỏe và người có bệnh tật. Con người được tạo ra bởi yếu tố thể chất, tinh thần và xã hội. Các nhu cầu cần thiết để duy trì các yếu tố tạo ra con người gọi là nhu cầu cơ bản hay còn gọi là nhu cầu để tồn tại và phát triển của con người.

Người ta cho rằng: mỗi một cá thể ở một phương diện nào đó giống tất cả mọi người, ở một phương diện khác chỉ giống một số người và có những phương diện không giống ai cả. Như vậy, con người vừa có tính đồng nhất vừa có tính duy nhất nên việc chăm sóc phải xuất phát từ nhu cầu và sở thích của từng cá nhân sao cho phù hợp với từng đối tượng.

Tuy nhiên khi một nhu cầu thiết yếu được thỏa mãn, con người chuyển sang một nhu cầu khác ở mức cao hơn.

Bảng phân loại của Maslow phản ánh được thứ bậc của các nhu cầu và có thể được sắp xếp sau:

- Những nhu cầu về thể chất.
- Những nhu cầu về an toàn và an ninh.
- Những nhu cầu thuộc về quyền sở hữu và tình cảm (được yêu thương)
- Những nhu cầu về sự kính mến và lòng tự trọng .
- Những nhu cầu về sự tự hoạt động bao gồm sự tự hoàn thiện, lòng ao ước muốn hiểu biết cùng với những nhu cầu về thẩm mỹ.

Những nhu cầu ở mức độ thấp luôn tồn tại, cho đến khi những nhu cầu đã được thỏa mãn, con người có khả năng chuyển sang những nhu cầu khác ở mức độ cao hơn.

Khi người bệnh đòi hỏi có nhu cầu cao hơn, việc ấy chứng tỏ họ có sự khỏe khoắn trong tâm hồn và thể chất.

2. Nhu cầu của con người:

2.1. Nhu cầu về thể chất và sinh lý:

Là nền tảng của hệ thống phân cấp nhu cầu, và được ưu tiên hàng đầu. Nhu cầu về thể chất bao gồm: Oxy, thức ăn nước uống, bài tiết vận động ngủ, nghỉ ngơi... Các nhu cầu này

cần được đáp ứng tối thiểu để duy trì sự sống. Đáp ứng nhu cầu về thể chất, là một phần quan trọng trong kế hoạch chăm sóc trẻ em, người già, người có khuyết tật và người ốm. Bởi vì, những nhóm người này cần sự hỗ trợ để đáp ứng nhu cầu cho chính họ.

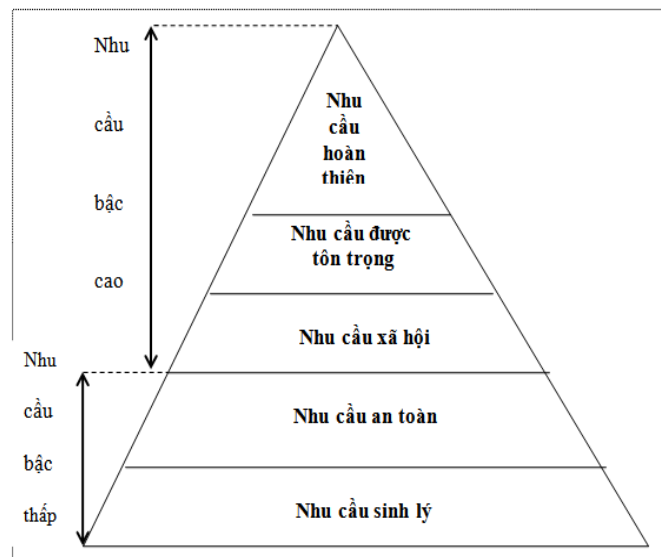
2.2 Nhu cầu về an toàn và được bảo vệ :

Được xếp ưu tiên sau nhu cầu thể chất, bao hàm cả an toàn về tính mạng và an toàn về tinh thần. An toàn về tính mạng, nghĩa là bảo vệ cho người ta tránh được các nguy cơ đe dọa sống và an toàn về tinh thần là tránh được mọi sự sợ hãi, lo lắng. Người bệnh, khi vào viện có sự đòi hỏi rất cao về nhu cầu an toàn và bảo vệ. Vì cuộc sống, tính mạng của họ phụ thuộc vào cán bộ y tế.

Để giúp bảo vệ người bệnh khỏi bị nguy hiểm, người điều dưỡng phải biết rõ tính chất, đặc điểm của bệnh nhân và nhận biết rõ bất kỳ những tai biến nào có thể xảy đến cho bệnh nhân và nếu có biến chứng xảy ra, người điều dưỡng có thể xử trí một cách thông minh.

2.3. Nhu cầu về tình cảm và quan hệ :

Mọi người đều có nhu cầu về tình cảm quan hệ bạn bè, hàng xóm, gia đình và xã hội. Các nhu cầu này, được xếp vào nhu cầu ở mức độ cao. Nó bao hàm sự trao – nhận tình cảm và cảm giác là thành viên của gia đình, đoàn thể, xã hội... Người không được đáp ứng về tình cảm, không có mối quan hệ bạn bè, xã hội, có cảm giác buồn tẻ và cô lập. Người điều dưỡng cần xem xét nhu cầu này của bệnh nhân, khi lập kế hoạch chăm sóc



Nhu cầu cơ bản của con người phân cấp theo Maslow

2.4. Nhu cầu được tôn trọng :

Sự tôn trọng, tạo cho con người lòng tự tin và tính độc lập. Khi sự tôn trọng không được đáp ứng, người ta tin rằng họ không được người khác chấp nhận, nên sinh ra cảm giác cô độc và tự ty. Điều dưỡng đáp ứng nhu cầu này của người bệnh bằng thái độ thân mật, niềm nở và chú ý lắng nghe ý kiến của người bệnh.

2.5. Nhu cầu về sự hoàn thiện :

Là mức cao nhất trong hệ thống phân loại nhu cầu của Maslow và Maslow đánh giá rằng, chỉ 1% của số trưởng thành đã từng đạt đến mức độ tự hoàn thiện. Nhu cầu tự hoàn thiện diễn ra trong suốt đời, nó chỉ xuất hiện khi các nhu cầu dưới nó được đáp ứng trong những chừng mực nhất định. Các nhu cầu cơ bản càng được đáp ứng, thì càng tạo ra động

lực sáng tạo và tự hoàn thiện ở mỗi cá thể. Người điều dưỡng cần biết đánh giá đúng những nhu cầu, kinh nghiệm, kiến thức và thẩm mỹ của người bệnh, từ đó có sự quan tâm và lập kế hoạch chăm sóc thích hợp.

3. Sự liên quan giữa nhu cầu và nguyên tắc điều dưỡng:

3.1 . Nguyên tắc điều dưỡng:

Là xuất phát từ việc đáp ứng nhu cầu người bệnh. Người khỏe mạnh, tự đáp ứng được các nhu cầu của họ. Khi bị bệnh tật , ốm yếu người bệnh không tự đáp ứng được nhu cầu hằng ngày cho chính mình nên cần sự hỗ trợ của người điều dưỡng. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân dẫn đến sự ra đời của ngành y tế và cán bộ y tế.

3.2 . Nhu cầu của con người vừa có tính đồng nhất vừa có tính duy nhất:

Nên điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc riêng biệt cho từng bệnh nhân. Nhu cầu con người, tuy nhu cầu cơ bản giống nhau nhưng mức độ và tầm quan trọng đối với từng nhu cầu ở từng người có khác nhau. Hơn nữa, trong cùng một con người nhu cầu này có thể mạnh hơn nhu cầu khác và thay đổi mức ưu tiên theo từng giai đoạn của cuộc sống, người điều dưỡng cần nhận biết được các nhu cầu ưu tiên của người bệnh để lập kế hoạch chăm sóc thích hợp.

3.3. Nhu cầu giống nhau nhưng cách đáp ứng có thể khác nhau:

Để thích hợp với từng cá thể. Việc chăm sóc người bệnh, cần hướng tới từng cá thể, tùy từng trường hợp, từng hoàn cảnh sao cho phù hợp.

3.4. Sự tham gia của người bệnh vào quá trình chăm sóc:

Chăm sóc xuất phát từ nhu cầu của người bệnh, thông thường người bệnh hiểu rõ nhu cầu của họ, trừ trường hợp bệnh nhân hôn mê, tâm thần... nên khi lập kế hoạch chăm sóc, điều dưỡng cần tham khảo ý kiến bệnh nhân và gia đình bệnh nhân để tạo cho họ tham gia tích cực vào quá trình điều trị, chăm sóc, phục hồi sức khỏe cho chính họ.

3.5. Điều dưỡng cần tạo ra môi trường chăm sóc:

Thích hợp để người bệnh được thoải mái, mau chóng lành bệnh hoặc nếu chết thì chết được thanh thản, nhẹ nhàng.

4. Nhu cầu cơ bản của người bệnh và chăm sóc:

Theo Virginia Henderson, trong cuốn các nguyên tắc điều dưỡng cơ bản (CSCB) thì thành phần của CSCB gồm 14 yếu tố:

1. Đáp ứng các nhu cầu về hô hấp.
2. Giúp đỡ bệnh nhân về ăn uống và dinh dưỡng.
3. Giúp đỡ bệnh nhân trong sự bài tiết.
4. Giúp đỡ bệnh nhân về tư thế, vận động và tập luyện.
5. Đáp ứng yêu cầu ngủ và nghỉ ngơi.
6. Giúp bệnh nhân mặc và thay quần áo.
7. Giúp bệnh nhân duy trì thân nhiệt.

8. Giúp bệnh nhân vệ sinh cá nhân hằng ngày.
9. Giúp bệnh nhân tránh được các nguy hiểm trong khi nằm viện.
10. Giúp bệnh nhân trong sự giao tiếp.
11. Giúp bệnh nhân thoải mái về tinh thần, tự do tín ngưỡng.
12. Giúp bệnh nhân lao động, làm một việc gì đó để tránh mặc cảm là người vô dụng.
13. Giúp bệnh nhân trong các hoạt động vui chơi, giải trí.
14. Giúp bệnh nhân có kiến thức về y học.

5. Kết luận:

Nhu cầu cơ bản của bệnh nhân và các nguyên tắc cơ bản của việc chăm sóc, cơ bản giống nhau, nhưng không bao giờ có hai bệnh nhân có nhu cầu hoàn toàn giống nhau cả. Do đó, kế hoạch chăm sóc được xây dựng riêng biệt tùy theo tuổi tác, giới tính, cá tính, hoàn cảnh, văn hóa xã hội và khả năng thể chất và tinh thần của người bệnh. Kế hoạch này, còn bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh lý sốt, nhiễm khuẩn mắt nước hay suy nhược...

Kế hoạch được thảo ra để đem lại sự chăm sóc đồng nhất và liên tục, nhưng nó cần thay đổi tùy theo sự thích ứng với nhu cầu của người bệnh.

Điều quan trọng và cần nhấn mạnh là trong lúc cung cấp sự chăm sóc điều dưỡng cơ bản, người điều dưỡng chuyên nghiệp sẽ có dịp nghe phản ánh của người bệnh và gia đình họ, để nhận định nhu cầu của người bệnh và xây dựng mối liên hệ nhân sự, bổ ích, cần thiết cho việc điều dưỡng bệnh nhân một cách hữu hiệu nhất.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Để đáp ứng nhu cầu an toàn cho người bệnh, chúng ta phải áp dụng các biện pháp sau, ngoại trừ:

- A. Vệ sinh sạch sẽ khoa phòng.
- B. áp dụng biện pháp cách ly.
- C. Bệnh nhân phải mặc quần áo bệnh viện.
- D. áp dụng các biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn theo quy chế.

2. Đáp ứng nhu cầu về mặc cho người bệnh chúng ta cần thực hiện các biện pháp sau:

- A. Bệnh nhân phải được mặc quần áo của bệnh viện.
- B. Quần áo phải sạch sẽ.
- C. Quần áo phải vừa vặn, không cản trở hô hấp, tuần hoàn, vận động.
- D. Tất cả đều đúng.

3. Đáp ứng nhu cầu về ăn uống, chúng ta cần phải thực hiện các biện pháp sau, ngoại trừ:

- A. Bệnh viện phải có khoa dinh dưỡng.
- B. Thức ăn của người bệnh phải được cung cấp từ khoa dinh dưỡng.
- C. Thức ăn phải phù hợp với khẩu vị người bệnh.

D. Thức ăn phải phù hợp với tình trạng bệnh.

4. Để đáp ứng nhu cầu về kiến thức của người bệnh ta cần phải thực hiện các biện pháp sau:

A. Cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của người bệnh.

B. Giới thiệu các hiệp hội, câu lạc bộ sức khỏe cho người bệnh.

C. Giới thiệu các sách báo, tạp chí, tờ rơi... về giáo dục sức khỏe.

D. Câu A, B, C đúng

5. Phân cấp theo Maslow thì nhu cầu nào sau đây được chăm sóc trước?

A. Nhu cầu về ăn, uống và dinh dưỡng.

B. Nhu cầu về sự bài tiết.

C. Nhu cầu về hô hấp.

D. Nhu cầu vệ sinh cá nhân hàng ngày.

BÀI 11: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN HẤP HỐI, TỬ VONG

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các giai đoạn cuối cuộc đời của người bệnh.
- 1.2. Trình bày được những biểu hiện của giai đoạn hấp hối và dấu hiệu chết.
- 1.3. Trình bày được cách chăm sóc người bệnh ở giai đoạn hấp hối - tử vong.

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

NỘI DUNG

1. Đại Cương:

Một số bệnh nhân khi vào các cơ sở y tế trong tình trạng ốm yếu có thể ở giai đoạn cuối của cuộc đời vì đôi khi cái chết xảy ra bất thành linh.

Trách nhiệm đầu tiên của người điều dưỡng là tạo sự thoải mái cho người bệnh tới mức có thể đáp ứng những nhu cầu về mặt cảm xúc của bệnh nhân và thân nhân.

Vấn đề quan trọng cần nhớ là chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối cùng quan trọng như chăm sóc bệnh nhân đang hồi phục. Vì như vậy là giúp cho bệnh nhân ở giai đoạn cuối cuộc đời được thanh thản trước cái chết.

Sự chết là rất đáng sợ, ở giai đoạn cuối cuộc đời bệnh nhân thường cảm thấy rất cô đơn tuyệt vọng, do vậy người điều dưỡng phải luôn luôn có mặt bên cạnh bệnh nhân để an ủi và giúp đỡ bệnh nhân.

Khi bác sĩ xác nhận bệnh nhân đã chết, ngoài việc đáp ứng yêu cầu của bệnh nhân và thân nhân theo phong tục tập quán, tôn giáo riêng, người điều dưỡng cần phải thực hiện các công việc cần làm khi bệnh nhân tử vong.

2. Giai đoạn cuối của cuộc đời bệnh nhân: Trước khi bệnh nhân chết có nhiều diễn biến, thay đổi khác nhau theo 5 giai đoạn sau đây:

2.1. Sự từ chối: Giai đoạn này bệnh nhân không chấp nhận cái chết, họ nghĩ điều này không xảy ra với họ mà nó xảy ra với người khác. Đây là phản ứng đầu tiên của bệnh nhân.

2.2. Sự tức giận:

- Giai đoạn tức giận được thể hiện bằng nhiều cách, bệnh nhân có thể được biểu lộ bằng sự giận dữ với nhân viên bệnh viện hoặc người nhà vì một lý do nào đó.
- Đây là sự phản ứng bình thường vì họ đang phản ứng với sự mất mát mà họ thấy từ trước.

2.3. Sự mặc cảm: Đây là giai đoạn người bệnh tìm cách mặc cả để có một kết quả khác, sự mặc cả này có liên quan đến tội lỗi, bệnh nhân sẽ yêu cầu gọi thầy cúng, mục sư...

2.4. Sự buồn rầu: Giai đoạn này bệnh nhân bắt đầu đau đầu vì cái chết sắp xảy ra đối với mình, về những năm tháng mình không còn được sống nữa. Bệnh nhân bắt đầu kể về những

cảm nghĩ từ đáy lòng và mong muốn có sự lắng nghe của những người điều dưỡng và của thân nhân.

2.5. Sự chấp nhận: Đây là giai đoạn tuyệt vọng, bệnh nhân đã đi đến sự chấp nhận cái chết. Sự giao tiếp với bệnh nhân thường khó khăn, một số bệnh nhân trở nên trầm lặng, một số bệnh nhân trở nên nói nhiều. Đối với người hấp hối họ cần gặp người thân trong gia đình để nói lên nguyện vọng của mình trước khi chết "ví dụ" những lời trăng trối, di chúc, bố trí tang lễ.

3. Chăm sóc bệnh nhân hấp hối (Chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối):

3.1. Những nguyên tắc chăm sóc bệnh nhân:

- Chuyển bệnh nhân đến phòng riêng, tránh gây ồn ào, tiện cho việc chăm sóc, không ảnh hưởng tới bệnh nhân khác.
- Giúp đỡ bệnh nhân về mặt tâm lý, sinh lý và tinh thần.
- Làm giảm đau và các triệu chứng khác hơn là tác động đến việc cứu chữa ở giai đoạn cuối của bệnh tật.
- Thăm hỏi động viên bệnh nhân.
- Tận tình chăm sóc cứu chữa bệnh nhân đến phút cuối cùng.
- Đảm bảo cho bệnh nhân và thân nhân không bị đơn độc trong cơn khủng hoảng.

3.2. Đáp ứng những nhu cầu cho bệnh nhân:

3.2.1. Đáp ứng nhu cầu cá nhân: Mặc dù bệnh nhân đang đi tới cái chết, người điều dưỡng vẫn phải thể hiện sự bình tĩnh, cảm thông và giành nhiều thời gian để tiếp tục chăm sóc bệnh nhân theo thường quy như: Tắm, lau người, vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

3.2.2. Đáp ứng nhu cầu về tư thế cho bệnh nhân: Bệnh nhân hầu hết thích nằm ngửa, kê gối dưới đầu, dưới khoeo chân để cho bệnh nhân được thoải mái.

3.2.3. Đáp ứng nhu cầu giao tiếp

- Đối với những bệnh nhân vẫn còn tỉnh táo, điều dưỡng viên luôn luôn ở bệnh cạnh an ủi bệnh nhân.
- Không nói những điều liên quan đến bệnh tật của bệnh nhân để bệnh nhân nghe thấy, vì sự nghe của bệnh nhân là một trong những giác quan cuối cùng trước khi chết.

3.2.4. Đáp ứng nhu cầu về thị giác: Phòng của bệnh nhân đảm bảo sạch sẽ, thoáng khí bởi vì khi sắp chết sự nhìn nhận của bệnh nhân sẽ tan dần đi, một căn phòng tối om làm cho bệnh nhân sợ hãi.

3.2.5. Đáp ứng nhu cầu về dinh dưỡng: Bệnh nhân cần thiết ăn lỏng, mềm, số lượng ít, ăn làm nhiều bữa trong ngày, nếu bệnh nhân không ăn được cho bệnh nhân ăn bằng ống thông hoặc truyền dịch.

3.2.6. Đáp ứng nhu cầu vệ sinh răng miệng: Bệnh nhân cần được chăm sóc răng miệng, đặc biệt miệng bệnh nhân có thể bị khô vì bệnh nhân thở qua đường miệng. Trong trường hợp này điều dưỡng có thể bôi mỡ glycerin vào môi bệnh nhân (bệnh nhân tiết nhiều đờm

dãi phải hút đờm dãi cho bệnh nhân), nếu bệnh nhân có răng giả, điều dưỡng viên tháo răng giả ra làm vệ sinh xong lại lắp lại cho bệnh nhân.

3.2.7. Đáp ứng nhu cầu về bài tiết:

- Bệnh nhân ở giai đoạn cuối có thể ỉa đái dầm dề, không tự chủ, nhiệm vụ của điều dưỡng là luôn giữ cho cơ thể bệnh nhân và giường bệnh được sạch sẽ
- Thay ga trải giường bất cứ lúc nào thấy cần thiết giúp cho bệnh nhân được sạch sẽ, dễ chịu.

3.2.8. Đáp ứng nhu cầu về oxy liệu pháp: Có thể cho bệnh nhân thở oxy qua đường mũi hoặc miệng khi cần thiết (Chú ý làm vệ sinh mũi tạo cho bệnh nhân dễ thở).

3.2.9. Đáp ứng nhu cầu về tinh thần: Tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của bệnh nhân tuân theo tôn giáo và những yêu cầu tại thời điểm bệnh nhân chết (nếu có thể được).

3.3. Đối với thân nhân: Mọi nhân viên nên tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của thân nhân khi họ đến thăm (trong điều kiện cho phép).

- Khi có người nhà bệnh nhân điều dưỡng viên không được ngừng các công việc của mình trong việc chăm sóc bệnh nhân.
- Mọi công việc được thực hiện một cách nhẹ nhàng, nhanh gọn có hiệu quả.
- Không được chờ đợi đến khi gia đình bệnh nhân ra về mới chăm sóc, tránh người nhà nghĩ rằng bệnh nhân sắp chết nên điều dưỡng viên thờ ơ với bệnh nhân.
- Gia đình bệnh nhân có thể hỏi rất nhiều điều và điều dưỡng viên có thể trả lời những vấn đề trong phạm vi được phép.
- Trong khi chăm sóc bệnh nhân đôi khi điều dưỡng viên phải yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài, thông báo và giải thích cho thân nhân về việc mình cần làm. Những người nhà đến và ở lâu với bệnh nhân, điều dưỡng viên có thể hướng dẫn dần giúp đỡ họ về nơi ăn ở, các điều kiện sinh hoạt... Khi tiếp cận với gia đình bệnh nhân, điều dưỡng viên luôn luôn nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ.

4. Nhận biết dấu hiệu dẫn đến sự chết: Sự chết đến bằng nhiều cách khác nhau. Nó có thể xảy ra bất thành linh, bệnh nhân tưởng chừng như đang hồi phục hoặc có thể xảy ra sau một thời gian dài mà trong giai đoạn đó những chức năng của cơ thể bị suy sụp.

Sau đây là những dấu hiệu dẫn đến cái chết:

- Sự lưu thông của máu giảm, khi sờ tay vào chân bệnh nhân cảm giác rất lạnh, mặt bệnh nhân nhợt nhạt.
- Bệnh nhân có thể vã mồ hôi đầm đìa mặc dù cơ thể lạnh.
- Bệnh nhân giảm trương lực cơ, cơ thể trở nên ủ rũ, thiếu sinh lực, quai hàm trể ra, miệng bệnh nhân lếch, mũi vẹo, nói khó, nuốt khó dần dần mất phản xạ.
- Mắt đờ dại không phản xạ khi đưa tay ngang qua mắt bệnh nhân (đồng tử giãn).
- Sự thở chậm đi và khó thở hơn. Họng bị ứ đọng đờm, chất nhầy. Khi thở có thể gây ra âm thanh gọi là "tiếng nấc hấp hối".

- Mạch bệnh nhân nhanh, nhỏ, rối loạn, khó bắt.
- Trước lúc bệnh nhân ngừng thở, mạch sẽ mờ dần đi, lúc này không sờ thấy mạch bệnh nhân nữa.
- Khi bệnh nhân sắp chết, điều dưỡng luôn có mặt bên cạnh bệnh nhân, phát hiện kịp thời các dấu hiệu và sự thay đổi về tình trạng của bệnh nhân. Báo cáo ngay cho điều dưỡng trưởng và bác sĩ biết mặc dù ở giai đoạn này điều dưỡng không thể làm được nhiều cho bệnh nhân nhưng sự có mặt thường xuyên sẽ là nguồn an ủi lớn đối với bệnh nhân và thân nhân.

5. Thực hiện các việc cần làm khi bệnh nhân tử vong: Khi bác sĩ xác định bệnh nhân đã chết, ngoài việc đáp ứng các nhu cầu của thân nhân người chết. Điều dưỡng viên chuẩn bị phương tiện để thực hiện các công việc cần làm tiếp khi bệnh nhân tử vong.

5.1. Chuẩn bị phương tiện:

- Bình phong
- Kim Kocher, kéo
- Khay quả đậu, bông thấm nước, bông gạc.
- Băng dính, băng cuộn.
- Quần áo sạch, khăn bông.
- Vải phủ, túi đựng đồ bẩn
- Phiếu bệnh nhân, hồ sơ bệnh án.
- Cáng hoặc xe đẩy.

5.2. Các bước tiến hành.

- Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng, che bình phong (cho kín đáo, khỏi ảnh hưởng tới bệnh nhân khác).
- Rút các ống thông, ống dẫn lưu, tháo nẹp bột, tháo băng cũ, thay băng mới, tháo các đồ trang sức trên người bệnh nhân (nếu có).
- Đặt bệnh nhân nhẹ nhàng ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.
- Vuốt mắt, khép miệng bệnh nhân.
- Lấy bông không thấm nước nút các lỗ tự nhiên (2 lỗ tai, 2 lỗ mũi).
- . Cởi bỏ áo cũ, lau rửa sạch sẽ thi thể, mặc quần áo mới cho bệnh nhân).
- Để cánh tay bệnh nhân dọc theo cạnh sườn, lòng bàn tay úp lên bụng, buộc 2 ngón tay cái lại với nhau, để 2 chân duỗi thẳng, buộc 2 ngón cái lại với nhau.
- Đặt nhẹ nhàng thi thể bệnh nhân lên cáng, hoặc xe đẩy phủ vải lên toàn thân, gài phiếu bệnh nhân lên ngực, bên ngoài vải phủ.
- Khiêng cáng hoặc xe đẩy ra khỏi phòng đóng cửa phòng lại, đưa thi thể bệnh nhân xuống nhà xác (lưu ý khi chuyển phải nhẹ nhàng).
- Trở về phòng thu dọn đồ vải bẩn gửi xuống nhà giặt, báo cho hộ lý tẩy uế buồng bệnh.
- Ghi chép ngày giờ bệnh nhân chết. Cần lưu ý trường hợp thân nhân không có mặt khi bệnh nhân chết, các tài sản của bệnh nhân phải được thu thập lại lập biên bản và có sự chứng

kiến của đại diện bệnh nhân trong khoa, nếu bệnh nhân gửi tài sản ở phòng tiếp đón phải kiểm tra lại, khi thân nhân đến giao trả lại cho họ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh nhân hấp hối, điều dưỡng cần thực hiện những nguyên tắc chăm sóc sau, ngoại trừ:

- A. Chuyển người bệnh đến phòng riêng.
- B. Giúp đỡ người bệnh về mặt tâm lý.
- C. Thăm hỏi động viên người bệnh.
- D. Hạn chế thăm người bệnh.

2. Bệnh nhân hấp hối, điều dưỡng cần đáp ứng các nhu cầu cho bệnh nhân sau:

- A. Tắm, lau người, vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.
- B. Luôn ở bệnh cạnh an ủi bệnh nhân.
- C. Phòng của bệnh nhân đảm bảo sạch sẽ, thoáng.
- D. Tất cả đúng.

3. Các triệu chứng dẫn đến sự chết, ngoại trừ:

- A. Mặt bệnh nhân nhợt nhạt.
- B. Bệnh nhân nói khó, nuốt khó dần dần mất phản xạ.
- C. Đồng tử giãn.
- D. Mạch bệnh nhân nhanh.

BÀI 12: DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC NGỪA LOÉT

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế gây loét ép.
- 1.2. Kể được những vị trí dễ bị loét ép và yếu tố nguy cơ làm phát triển loét.
- 1.3. Trình bày được 4 giai đoạn của loét tỳ và các yếu tố làm lành vết loét.

2. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

- Loét tỳ, đôi khi được gọi là loét tư thế nằm, gây ra khi lưu lượng máu mao mạch đến da và mô dưới da bị trở ngại. Những vết loét này ban đầu là do áp lực phân phối không bằng nhau trên những vùng bị đè. Do lưu lượng máu giảm, việc cung cấp chất dinh dưỡng và oxy cho da và các mô bên dưới bị suy yếu. Các tế bào bị chết, phân hủy và hình thành vết loét.

- Vết loét có thể ở trên bề mặt, ở lớp biểu bì hay lớp bì, có thể sâu ở các lớp mô dưới da; chúng được phân loại dựa theo giai đoạn phát triển.

- Loét tỳ thường phát triển phổ biến nhất trên các vùng da bị đè, nơi mà trọng lượng cơ thể được phân phối trên một vùng nhỏ chêm lót không đầy đủ. Tùy theo tư thế của người bệnh khi nằm hay ngồi mà có vị trí đè khác nhau. Khi nằm ngửa, điểm tỳ lớn nhất là phía sau của xương sọ, khuỷu tay, xương cùi, xương cụt, và gót chân. Khi ngồi, điểm tỳ lớn nhất là ở gối, và xương cùi. Loét tỳ phát triển nhiều nhất là ở vùng xương cùi, cụt.

2. Nguyên nhân gây loét: Loét ép thường gặp ở những trường hợp người bệnh nằm lâu do:

- Người bệnh bị liệt.
- Người bệnh bị hôn mê.
- Sau những phẫu thuật lớn.
- Đang trong giai đoạn cố định bột.
- Người bệnh gầy yếu, thiếu dinh dưỡng.

3. Các giai đoạn phát triển của loét:

Da, cơ bị tỳ → giảm lượng máu đến nuôi → tế bào hoạt động trong tình trạng yếm khí → hoại tử mô → loét

Các giai đoạn của loét: có 4 giai đoạn

- Giai đoạn 1: tử ban (đỏ)
- Giai đoạn 2: nốt phỏng
- Giai đoạn 3: hoại tử
- Giai đoạn 4: loét

3.1. Giai đoạn 1: Vết loét hiện diện dưới dạng tử ban trên vùng da nhô xương hay vùng bị đè. Hầu hết giai đoạn 1 của loét tỳ có thể mất đi nếu không còn sự tỳ. Có thể khó nhận định giai đoạn 1 của loét tỳ đối với những người da sạm màu.

3.2. Giai đoạn 2: Vết loét trên bề mặt và hiện diện như một vết trầy, hố nông, hay phỏng giộp. Da có thể bị mất phần biểu bì, bì, hay cả phần bì và u mỡ. Các vết phỏng giộp da thường gây cảm giác đau.

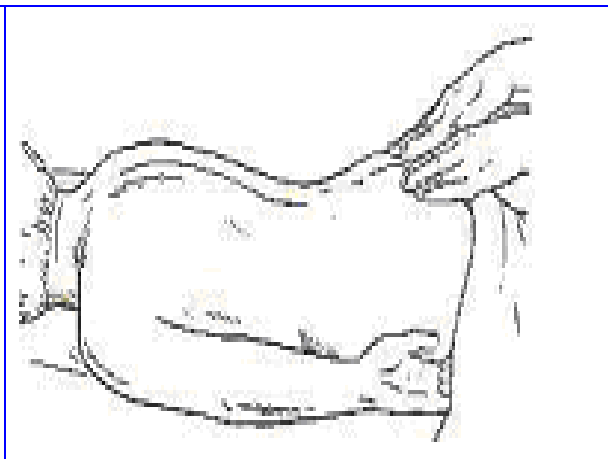
3.3. Giai đoạn 3: Vết hoại tử xuất hiện dưới dạng toàn bộ bề dày của da bị hoại tử có liên quan đến sự tổn thương hay mất mô dưới da, có thể mở rộng xuống phía dưới nhưng không sâu đến phần cân. Trên lâm sàng, nó như một hố sâu có hiện diện mô hoại tử. Loét giai đoạn 3 có thể cần đến nhiều tháng mới lành được.

3.4. Giai đoạn 4: Vết loét giai đoạn 4 làm mất toàn bộ bề dày của da và có sự phá hủy rộng hơn, mô hoại tử, hay tổn thương phần cơ, xương hay các cấu trúc nâng đỡ (gân hay bao khớp); nó có thể có sự ăn mòn, hay các đường rò. Phải mất hàng tháng hay hàng năm vết loét giai đoạn 4 mới có thể lành.

4. Những biện pháp dự phòng loét cho người bệnh.



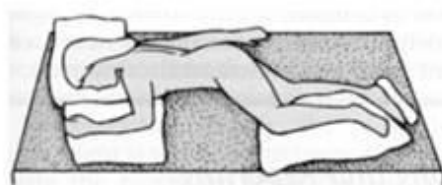
Kỹ thuật xoa bóp vùng vai



Kỹ thuật xoa bóp vùng cùi chỏ



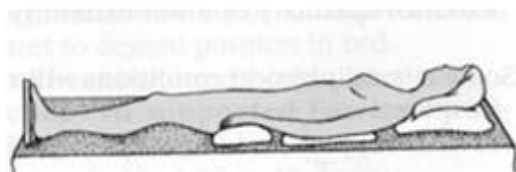
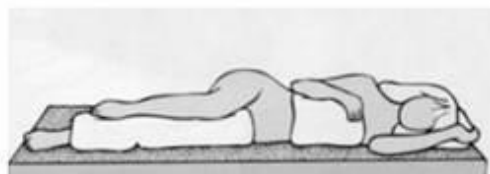
Chêm lót tư thế đầu cao



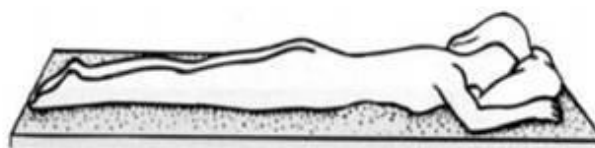
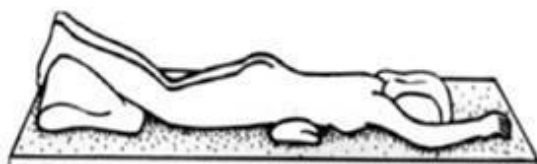
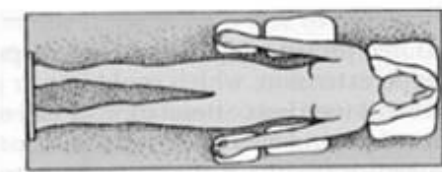
Chêm lót tư thế Sim's



Chêm lót tư thế nằm nghiêng



Chêm lót tư thế nằm ngửa



Chêm lót tư thế nằm sấp



© BenhHoc.Com

Hình 3. Các tư thế nằm ngửa loét

4.1. Tránh bị tì đè

- Vải trải giường thẳng, phẳng.

- Dùng nệm: cao 20 cm, đệm nước, đệm hơi, đệm áp lực...
- Chêm lót vùng tí đè bằng vòng gòn, vòng hơi cao su...
- Xoay trở 2 giờ/lần

4.2. Giữ da sạch sẽ, khô ráo

- Thay quần áo, vải trải giường mỗi khi ẩm ướt.
- Vệ sinh da hàng ngày, giữ cho da người bệnh luôn khô ráo.

4.3. Quản lý chất tiết

- Vết thương: thay băng mỗi khi băng thấm ướt dịch, dùng túi dẫn lưu dịch vết thương kín trong trường hợp vết thương có nhiều dịch tiết.
- Các ống dẫn lưu trên cơ thể: chăm sóc các hệ thống dẫn lưu được đảm bảo kín, vô khuẩn, thông và một chiều tránh ứ đọng dịch, xả túi mỗi khi đầy 2/3 túi hoặc mỗi 8 giờ, không để túi dịch quá căng dễ sút và đổ ra ngoài.
- Dùng các dụng cụ quản lý nước tiểu, phân: khi người bệnh tiêu tiểu không tự chủ: tã giấy, túi nylon ...

4.4. Kích thích, tăng tuần hoàn tại chỗ

- Massage vùng da bị đè cần với cồn và phấn tale.
- Tập vận động thụ động, chủ động
- Dùng sức nóng: đèn chiếu...

4.5. Phòng ngừa tổn thương da: Di chuyển và xoay trở những người bệnh bất động một cách cẩn thận để ngăn ngừa tổn thương cho da do va chạm...

4.6. Dinh dưỡng: cung cấp đầy đủ dinh dưỡng: Dinh dưỡng đầy đủ là rất cần thiết cho quá trình lành vết thương. Sự thiếu hụt dinh dưỡng sẽ làm chậm quá trình lành vết thương và có khả năng gây các nhiễm trùng vết loét vì chúng làm giảm chức năng của bạch cầu. Vì vậy cần cung cấp đầy đủ dinh dưỡng đặc biệt là protein và vitamin A, C

4.7. Quản lý ổ nhiễm khuẩn: phòng ngừa và điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn trên cơ thể

- Đường hô hấp: ngừa viêm phổi
- Tiết niệu: ngừa nhiễm trùng tiểu
- Tiêu hoá: ngừa rối loạn tiêu hóa

5. Chăm sóc vết loét: Tùy theo giai đoạn loét mà ta có kế hoạch chăm sóc khác nhau:

- Loét giai đoạn 1: áp dụng biện pháp phòng ngừa loét giúp vết loét không tiến triển hơn, chăm sóc vết ban như một vết trầy da, che chở da ngừa bội nhiễm.
- Loét giai đoạn 2 - 3 - 4: chăm sóc vết loét như vết thương nhiễm, tùy theo mức độ có thể đắp ẩm, làm mềm mô chết rồi cắt lọc..., kết hợp với phòng ngừa loét để tránh loét lan rộng.

6. Kỹ thuật dự phòng loét.

6.1. Chuẩn bị dụng cụ.

- Chậu nước ấm.
- Xà phòng.

- Khăn bông to.
- Cồn 70⁰, bột tal, găng tay.
- Vải trải.
- Khăn bông nhỏ.
- Nilon.
- Đệm: Đệm nước, đệm hơi, đệm cao su...

6.2. Tiến hành.

- Báo và giải thích
- Chuẩn bị dụng cụ, mang dụng cụ đến giường người bệnh
- Đặt người bệnh tư thế thuận tiện
- Lau vùng ẩm ướt tì đè, massage vùng đè cần (thoa cồn, phấn talc)
- Thay quần áo, vải trải giường (nếu cần)
- Chêm lót vùng đè cần
- Quản lý chất tiết (mặc tã, dẫn lưu nước tiểu) (nếu cần)
- Cho người bệnh nằm đệm dày 15 - 20 cm (đệm nước, hơi, đệm thay đổi áp lực)
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay
- Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các giai đoạn của loét:

- A. Đỏ da → nốt phỏng → hoại tử → loét B. Đỏ da → hoại tử → nốt phỏng → loét
 C. Tử ban → hoại tử → nốt phỏng → loét D. Nốt phỏng → tử ban → hoại tử → loét

2. Nhóm người có nguy cơ loét, ngoại trừ:

- A. Hôn mê B. Chấn thương cột sống C. Gãy xương đòn D. Béo phì

3. Quản lý chất tiết để phòng loét ở người bệnh hôn mê ta phải:

- A. Đặt thông tiểu dẫn lưu B. Mặc tãt (vớ)
 C. Lót vải láng dưới mông D. A, B, C đúng

4. Chăm sóc nẹp loét ta phải:

- A. Nằm đệm cao 5 cm B. Xoay trở 2 giờ/lần
 C. Đặt thông tiểu để quản lý chất tiết D. Tất cả đều đúng

5. Chỉ định nẹp loét cho mỗi người bệnh, ngoại trừ

- A. Bệnh nhân hôn mê B. Người bệnh rối loạn trí nhớ
 B. Bệnh nhân liệt D. Người bệnh lơ mơ

BÀI 13: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được những nguyên nhân làm cho cơ thể thiếu oxy.
- 1.2. Trình bày được những dấu hiệu, triệu chứng của thiếu oxy máu. Những điểm lưu ý khi tiến hành kỹ thuật hút đàm.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật thở oxy cho bệnh nhân.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

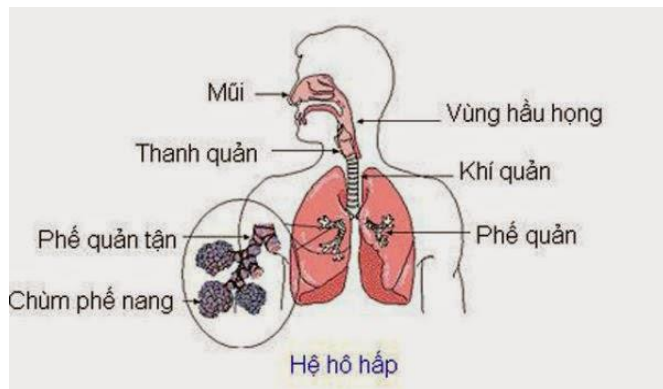
A. LÝ THUYẾT

1. Đại cương:

Bộ máy hô hấp là cơ quan chủ yếu của cơ thể để trao đổi khí giữa cơ thể với môi trường bên ngoài. Nhờ có sự trao đổi đó mà cơ thể sống hấp thu oxy từ môi trường và đào thải khí carbonic vào môi trường. Người ta có thể nhịn ăn, nhịn uống trong một thời gian dài, nhưng không thể nhịn thở quá 5 phút. Điều đó chứng tỏ rằng giá trị rất quan trọng của hô hấp với sự sống. Thành phần không khí ở điều kiện bình thường (áp suất 760 mmHg) gồm có các chất khí sau:

- Khí oxy chiếm 20.95 \approx 21 %
- Khí carbonic chiếm 0.03 %
- Khí nitơ chiếm 79.02 %

Tỷ lệ các khí trên trong không khí rất phù hợp với nhu cầu hô hấp của con người. Tuy nhiên trong một số trường hợp bệnh lý gây nên tổn thương các cơ quan cơ thể, nhất là các cơ quan có vai trò quan trọng cho sự sống (ví dụ: tế bào não, cơ quan hô hấp ...) cho nên việc sử dụng liệu pháp oxy trong những trường hợp nói trên là hết sức cần thiết. Chức phận hô hấp hoạt động được là nhờ sự điều hoà chu kỳ của trung tâm hô hấp nằm ở não. Trung tâm này rất nhạy cảm đối với sự thay đổi nồng độ khí carbonic, oxy, pH và cả nhiệt độ của máu qua não ...



Khi nói đến hô hấp, chúng ta cần hiểu quá trình này bao gồm 4 giai đoạn chính:

- Thông khí: là giai đoạn mà không khí từ ngoài vào đến phế nang và ngược lại.

- Khuyếch tán: là quá trình đưa oxy từ phế nang đến mao mạch qua màng phế nang, đối với khí carbonic thì ngược lại.

- Vận chuyển: là quá trình đưa oxy từ máu mao mạch phế bào đến tổ chức nhờ hồng cầu và huyết tương.

- Hô hấp tổ chức: là giai đoạn cuối cùng mà oxy từ ngoài vào trong tế bào được sử dụng nhờ các men hô hấp.

Các giai đoạn nói trên của quá trình hô hấp đều liên quan mật thiết và ảnh hưởng lẫn nhau. Một trong giai đoạn trên bị rối loạn đều dẫn đến rối loạn hô hấp và đưa đến thiếu oxy cho toàn cơ thể. Liệu pháp oxy là biện pháp cung cấp khí thở có nồng độ oxy lớn hơn 21%.

2. Nguyên nhân làm cho cơ thể bị thiếu oxy

2.1. Các chương ngại vật đường hô hấp

- Khô u đường thở.

- Dị vật đường thở: Sặc thức ăn, nước ...

- Do co thắt, phù nề, dịch tiết bít tắc đường thở.

Ví dụ: Viêm tiểu phế quản co thắt, hen phế quản, bạch hầu họng - thanh quản.

2.2. Hạn chế hoạt động của lồng ngực

- Do thần kinh: Làm liệt cơ hô hấp.

+ Chấn thương cột sống cổ - ngực.

+ Viêm não, xuất huyết não, màng não.

- Do chấn thương lồng ngực: Làm tổn thương cơ hô hấp, xương sườn.

- Do bệnh lý phổi, màng phổi: Các trường hợp viêm phổi, màng phổi làm tràn khí, tràn dịch màng phổi, lao phổi.

2.3. Các bệnh gây cản trở sự khuyếch tán khí ở phổi

- Viêm phổi thùy.

- Phế quản phế viêm.

- Phù phổi cấp.

2.4. Các bệnh làm rối loạn quá trình vận chuyển khí trong cơ thể

*** Thiếu máu:**

- Thiếu máu cấp tính.

- Thiếu máu nặng.

*** Tuần hoàn:**

- Suy tim: Suy tim cấp, suy tim độ II - III.

- Trụy tim mạch.

3. Các dấu hiệu, triệu chứng thiếu oxy: Tùy theo mức độ bệnh, tình trạng suy hô hấp nặng hay nhẹ mà có các biểu hiện chính sau:

- Khó thở: bệnh nhân cảm thấy khó chịu do thiếu dưỡng khí và biểu hiện bằng những biến đổi về nhịp thở, về độ sâu cũng như về độ gắng sức của các cơ hô hấp.

- Cánh mũi phập phồng, da niêm xanh, tím.
- Tri giác thay đổi: Biểu hiện lo âu hốt hoảng bồn chồn, vật vã kích thích, lơ mơ và có thể hôn mê.
- Giảm thị lực, mất mờ.
- Trong giai đoạn đầu: huyết áp, mạch, tần số hô hấp và nhịp tim tăng lên để đáp ứng nhu cầu oxy của cơ thể.
- Trong giai đoạn muộn: phân tích khí trong máu động mạch PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng.

4. Các nguyên tắc sử dụng thở oxy:

4.1. Sử dụng đúng liều lượng: Sử dụng theo đúng chỉ định của bác sĩ.

- Xông oxy, kính oxy (ống thông hai đường) 1 – 6 lít/1 phút.
- Mặt nạ đơn giản: 6-12 lít/1 phút.
- Mặt nạ có túi: đủ mạnh để túi không bị xẹp khi bệnh nhân hít vào.

4.2. Đảm bảo vô trùng:

- Dụng cụ phải vô khuẩn.
- Ống thông dùng một lần.
- Ống thông oxy phải thay mỗi 8 giờ/1 lần.
- Vệ sinh lỗ mũi sạch sẽ.

4.3. Phòng tránh khô đường hô hấp:

- Oxy là khí khô tuyệt đối, gây kích thích cho bệnh nhân, do vậy phải làm ẩm bằng nước vô khuẩn.
- Đảm bảo bệnh nhân được uống nước hoặc truyền dịch đầy đủ.

4.4. Phòng chống cháy nổ:

- Oxy là một chất khí không màu, không mùi vị, trong khí thở (không khí) bình thường chiếm một tỷ lệ $\approx 21\%$. Oxy rất cần cho sự sống nhưng việc sử dụng nó trong lâm sàng cần hết sức cẩn thận, phải tuân theo đúng quy trình kỹ thuật nhằm giảm bớt các tai biến trong điều trị.
- Oxy không phải là một chất khí dễ cháy nhưng giúp cho cháy to thêm, do vậy khi sử dụng oxy tuyệt đối không được sử dụng các vật phát lửa như bật lửa, diêm, đèn dầu, các thiết bị dùng điện phải có dây tiếp đất.
- Dùng biển “Cấm lửa” hoặc biển “Không hút thuốc lá” treo ở khu vực có chứa bình oxy.
- Bình chứa oxy phải để nơi khô ráo, sạch sẽ, gọn gàng và được cố định chắc chắn.
- Hạn chế vận chuyển bình oxy, nếu cần vận chuyển thì phải dùng xe đẩy riêng và di chuyển nhẹ nhàng.

5. Nồng độ oxy tính theo lưu lượng lít/phút:

QUA CANNULA MŨI	QUA MẶT NẠ KHÔNG THỞ LẠI
1 lít – 24%	5 - 6 lít – 40%

2 lít – 28%	6 - 7 lít – 50%
3 lít – 32%	7 - 8 lít – 60%
4 lít – 36%	
5 lít – 40%	
6 lít – 44%	

B. THỰC HÀNH:

1. Mục đích:

- Cung cấp một lượng dưỡng khí đầy đủ để điều trị tình trạng thiếu dưỡng khí.
- Đưa chỉ số PaO₂ hoặc SpO₂ trong máu về giới hạn bình thường.
- Hỗ trợ người bệnh hô hấp để đưa tần số thở về bình thường.
- Giúp người bệnh thoải mái và hô hấp hiệu quả.

2. Thở bằng cannula: Nồng độ oxy cao nhất mà bệnh nhân nhận được là 6 lít/phút

2.1. Chỉ định:

- Bệnh về hô hấp: phù phổi cấp, suyễn, phổi nhúm.
- Bệnh tuần hoàn: suy tim, nhồi máu cơ tim
- Ngộ độc: ngộ độc thuốc, khí CO₂
- Sốc
- Điện giật

2.2. Chống chỉ định: Tất cả các bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu (Paraquat).

3. Thở bằng mặt nạ: Nồng độ oxy cao nhất mà bệnh nhân nhận được là 12 lít/phút

3.1. Chỉ định: Các trường hợp khó thở khẩn cấp

3.2. Chống chỉ định

- Người bệnh khó thở, tím tái kinh niên (tim bẩm sinh).
- Bệnh hen.
- Bệnh lao xơ lan rộng.
- Bệnh khí phế trướng kinh niên.

4. Những điều cần lưu ý:

- Thận trọng với người bệnh bị COPD: nồng độ oxy cao có thể làm tăng thông khí, ứ đọng CO₂, thở sâu, kháng hô hấp và dẫn đến hôn mê.
- Thở oxy qua canula: làm âm dòng lưu lượng O₂ thấp xem như không thích hợp vì làm nguy cơ vi khuẩn phát triển.
- Theo dõi người bệnh nếu thấy khó thở phải kiểm soát lại hệ thống thở oxy, lưu lượng dưỡng khí và các lỗ của ống thông.
- Cố định ống thông đúng cách và an toàn, chừa khoảng cách cử động, tránh để dụng cụ thở oxy áp sát mặt người bệnh.
- Phải treo bảng “Cắm lửa”, “Cắm hút thuốc” ở trại bệnh, chỗ nằm của người bệnh đang được tiếp oxy.

4. Kỹ thuật tiến hành:

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH THỞ OXY

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang		
2	Chuẩn bị dụng cụ - Hệ thống oxy, lưu lượng kế, bình làm ẩm - 1 ly nước NaCl 0,9%, que gòn - Cannula/mask, găng sạch - Chai sát khuẩn tay nhanh		
3	Kiểm tra toàn bộ hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy. Đánh giá về tình trạng của bệnh nhân		
4	Hướng dẫn, giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm. Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp		
5	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay		
6	Vệ sinh sạch 2 mũi bằng dung dịch NaCl 0,9%		
7	Lắp ống thông oxy và hệ thống oxy và mở van điều chỉnh Kiểm tra sự hoạt động của toàn hệ thống		
8	Điều chỉnh lại lưu lượng oxy cho đúng chỉ định		
9	Đưa ống thông oxy vào mũi bệnh nhân đúng kỹ thuật.		
10	- Cố định ống bằng cách đeo 2 dây dẫn oxy vào hai bên vành tai và cài nút cố định dưới cằm bệnh nhân. - Áp mask lên mũi, miệng bệnh nhân, vòng sợi dây ra sau vùng cằm, lót gạc hai má người bệnh.		
11	Theo dõi tình trạng bệnh nhân		
12	Thu dọn dụng cụ		
13	Điều dưỡng rửa tay, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nồng độ oxy trong không khí chiếm khoảng:

- A. 17% B. 19% C. 21% D. 23%

2. Oxy được chỉ định dùng cho các bệnh lý nào sau đây:

- A. Phù phổi cấp B. Viêm phổi C. Tràn dịch màng phổi D. Tất cả đúng

3. Các phương pháp tiếp oxy cho người bệnh thường dùng là:

- A. Lều oxy B. Cannula mũi C. Mặt nạ D. Tất cả đúng

4. Nước cho vào lọ làm ẩm oxy tốt nhất là:

- A. Nước muối B. Nước sạch C. Nước chín D. Nước cất

5. Để đảm bảo oxy được ẩm, khi tiếp oxy cho người bệnh cần:

- A. Cho người bệnh thở oxy nguyên chất
B. Cho đầy nước vào lọ làm ẩm oxy
C. Đảm bảo mực nước trong bình từ 1/3 - 2/3 bình
D. Tất cả đúng

6. Thở Oxy qua cannula mũi.

- A. An toàn không gây biến chứng B. Dễ thực hiện bệnh nhân tự làm được
C. FiO_2 từ 24 – 44% D. Không khí không bị pha loãng

7. Lưu lượng tối đa cho bệnh nhân thở Oxy qua cannula mũi là.

- A. 3 lít/phút B. 6 lít/phút C. 9 lít/phút D. 12 lít/phút

BÀI 14: KỸ THUẬT HÚT ĐÀM CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích, chỉ định hút đàm.
- 1.2. Trình bày được những điểm lưu ý khi tiến hành kỹ thuật hút đàm.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật hút đàm.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

A. LÝ THUYẾT

1. Đại cương:

Hút đàm nhớt là làm sạch và thông đường hô hấp. Hút đàm nhớt bao gồm hút thông đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới

2. Mục đích:

- Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán.
- Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đàm dãi.
- Hút sâu kích thích phản xạ ho.
- Tránh biến chứng ở hệ hô hấp.

3. Chỉ định:

- Bệnh nhân nhiều đàm dãi không tự khạc ra được.
- Bệnh nhân hôn mê, co giật có xuất tiết đàm dãi.
- Bệnh nhân có ống nội khí quản, mở khí quản.
- Bệnh nhân hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột.
- Trẻ sơ sinh sặc nước ối, ngạt.

4. Nhận định tình trạng người bệnh:

- Nhận định tình trạng hô hấp: Khó thở, tăng tiết đàm?
- Trợ giúp hô hấp? Bằng dụng cụ gì: máy thở, đặt nội khí quản, mở khí quản.
- Tính chất đàm: nhiều ít, nhầy đặc hay loãng.
- Bệnh lý đi kèm: hôn mê do tai biến mạch máu não?

5. Các phương pháp hút đàm:

5.1. Hút thông đường hô hấp trên:

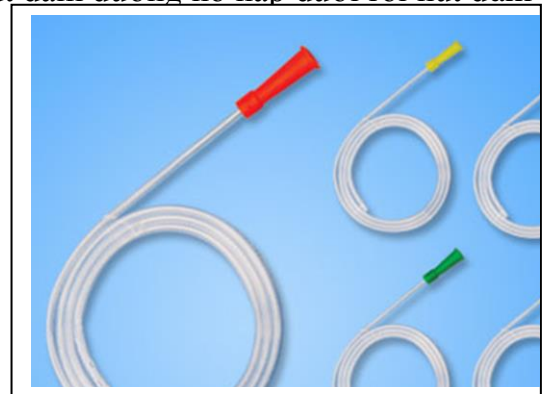
- Hút qua mũi hoặc miệng.
- Chỉ định đối với những người bệnh có đàm nhớt nhiều mà không khạc được hoặc không nuốt vào được, biểu hiện qua tiếng thở khò khè.

5.2. Hút thông đường hô hấp dưới:

- Hút đàm nhớt ở phế quản: ống vào sâu khoảng 20cm đối với người lớn hoặc đo từ đỉnh mũi đến trái tai rồi đo tiếp tới sụn giáp trạng.
- Đối với trường hợp hút qua đường miệng thì đo từ cung răng tới giữa đường ức.
- Hút phế quản: ống thông có thể chạm vào chỗ phân nhánh phế quản thì nên kéo lui ống thông ra khoảng 1cm hoặc đẩy ống vào sâu hơn.
- Hút thông đường hô hấp dưới áp dụng thường trên người bệnh đang được đặt nội khí quản hay mở khí quản.

6. Những điểm cần lưu ý khi hút đàm:

- Khi hút cần lưu ý sự tăng tiết đàm nhớt do ống hút kích thích và làm người bệnh thiếu oxy khi hút nhiều lần và thời gian hút quá lâu.
- Đưa ống sâu đến khi người bệnh có phản xạ ho là được, không nên đưa ống sâu quá vì có thể gây kích thích dây thần kinh số X.
- Hút thông đường hô hấp dưới dễ làm nhịp tim chậm và đôi khi ngừng nên cần phải theo dõi sát người bệnh trong suốt thời gian hút, nhất là lần hút đầu tiên.
- Đưa ống hút vào đúng vị trí, giai đoạn hít vào (nấp thanh quan mở).
- Trong lúc ống hút đang di chuyển vào, không nên thực hiện hút.
- Người bệnh nằm ngửa tối đa với tư thế này việc hút đàm sẽ dễ dàng.
- Phải thường xuyên hút đàm cho bệnh nhân nhưng không được hút nhiều lần liên tục. Mỗi động tác hút không quá 15 giây.
- Tổng thời gian hút không quá 5 phút.
- Kỹ thuật hút phải nhẹ nhàng, đưa ống vào đúng vị trí rồi mới hút.
- Nên tăng nồng độ oxy 100% 3 phút trước và sau khi hút.
- Trong khi hút nếu người bệnh có phản xạ buồn nôn thì nên kiểm tra vị trí ống hút có lạc vào thực quản hay không.
- Thực hiện kỹ thuật hút đàm phải vô khuẩn. Chú ý hút đàm đường hô hấp dưới rồi hút đàm đường hô hấp trên.
- Kích cỡ ống hút thích hợp:
 - + Người lớn: 12 – 18Fr
 - + Trẻ sơ sinh: 8 – 10Fr
 - + Sơ sinh: 5 - 8Fr
- Áp lực hút đàm: có 3 mức của áp lực hút:
 - + Áp lực cao: 120 - 150mmHg
 - + Áp lực trung bình: 80 - 120mmHg
 - + Áp lực thấp: dưới 80mmHg
- Thông thường khi hút đàm ta dùng áp lực hệ thống trung tâm:
 - + Người lớn: 100 - 120mmHg



+ Trẻ em trẻ sơ sinh: 50 - 75mmHg

B. THỰC HÀNH

1. Khái niệm: Hút đờm nhớt là kỹ thuật đưa ống hút vào đường hô hấp làm sạch các chất dịch.

2. Mục đích:

- Làm sạch dịch xuất tiết để thông đường hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí
- Lấy dịch xuất tiết để chẩn đoán

3. Chỉ định:

- Người bệnh nhiều đờm nhớt, không tự khạc được
- Trẻ hôn mê, độn kinh, co giật
- Người bệnh có ống nội khí quản hoặc mở khí quản.
- Người bệnh hậu phẫu còn ảnh hưởng của thuốc mê

4. Kỹ thuật tiến hành:

4.1. Hút thông đường hô hấp trên

- Hút qua mũi hoặc miệng
- Chỉ định đối với những người bệnh có đờm nhớt nhiều mà không khạc ra được hoặc không nuốt vào được, biểu hiện qua tiếng thở khò khè

4.2. Hút thông đường hô hấp dưới

- Hút đờm nhớt ở phế quản: ống vào sâu khoảng 20cm đối với người lớn hoặc đo từ đỉnh mũi đến trái tai rồi đo tới sụn giáp trạng
- Đối với trường hợp hút qua đường miệng thì đo từ cung rang tới giữa đường ức.
- Hút phế quản: ống thông có thể chạm vào chỗ phân nhánh phế quản thì nên kéo lui ống thông ra khoảng 1 cm hoặc đẩy ống vào sâu hơn.
- Hút thông đường hô hấp dưới áp dụng thường trên người bệnh đang đặt nội khí quản hay mở khí quản
- Cần lưu ý vì niêm mạc khí phế quản là niêm vô khuẩn nên có nguy cơ dễ bị nhiễm khuẩn khi hút đờm.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

4.3.1. Trong mâm vô khuẩn:

- Chén chứa NaCl 0.9%
- Gạc
- Ống hút đờm

4.3.2. Ngoài mâm vô khuẩn:

- Găng tay vô khuẩn
- Máy hút đờm
- Túi đựng rác y tế
- Khăn bông

4. Những điểm cần lưu ý khi hút đờm nhớt

- Khi hút cần lưu ý sự tăng tiết đờm nhớt do ống hút kích thích và làm người bệnh thiếu oxy khi hút nhiều lần và thời gian hút quá lâu.
- Đưa ống sâu đến khi người bệnh có phản xạ ho là được, không nên đưa ống sâu quá vì có thể gây kích thích dây thần kinh X.
- Hút thông đường hô hấp dưới để làm nhịp tim chậm và đội khi ngừng tim nên cần phải theo dõi sát người bệnh trong suốt thời gian hút, nhất là lần hút đầu tiên.
- Đưa ống hút vào đúng vị trí, giai đoạn hít vào (nấp thanh quản mở)
- Trong lúc ống hút đang di chuyển vào, không nên thực hiện hút.
- Người bệnh nằm đầu ngửa tối đa với tư thế này việc hút đờm sẽ dễ dàng.
- Thời gian mỗi lần hút không quá 15 giây (thời gian mỗi động tác hút bằng với thời gian nhịp thở của người điều dưỡng)
- Tổng thời gian hút không quá 5 phút.
- Hút thông đường hô hấp dưới để kích thích thần kinh X cần phải theo dõi sát người bệnh.
- Kỹ thuật hút nhẹ nhàng
- Đưa ống vào đúng vị trí rồi mới hút.
- Nên tăng nồng độ oxy 100% trong 3 phút trước và sau khi hút, bồi hoàn lại lượng dưỡng khí đã mất trong quá trình hút hoặc cho người bệnh hít thở sâu.
- Dùng ống thông hút riêng biệt: Một cho đường mũi - miệng, một cho khai khí quản.
- Trong khi hút nếu người bệnh có phản xạ buồn nôn thì nên kiểm tra lại vị trí ống hút có lạc vào thực quản hay không.
- Kích cỡ ống hút thích hợp:
 - + Người lớn: 12- 18Fr
 - + Trẻ em: 8-10Fr
 - + Sơ sinh: 5-8Fr

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH HÚT ĐÀM

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)		
2	Chuẩn bị dụng cụ hút đờm: Trong mâm vô khuẩn: - Chén hoặc ly chứa NaCl 0.9%, chai đựng dung dịch dự phòng - Gạc - Ống hút đờm (kích cỡ phù hợp), bơm tiêm (nếu cần) Ngoài mâm vô khuẩn - Găng tay vô khuẩn - Máy hút đờm - Khăn bông - Thùng đựng rác y tế - Chai cồn sát khuẩn tay nhanh		
3	Chuẩn bị tư thế cho người bệnh thích hợp (nằm ngửa đầu thấp)		
4	Trải khăn choàng qua cổ. Tăng nồng độ O ₂ (FiO ₂) lên 100% cho thở 3 phút (nếu có thở oxy)		
5	Mở khay vô khuẩn, sát khuẩn tay nhanh		
6	Mang găng tay vô khuẩn		
7	Gắn ống hút vào dây nối an toàn, mở máy với áp lực phù hợp		
8	Hút nước thử máy		
9	- Đường hô hấp dưới: đưa ống vào nội khí quản/mở khí quản (Khoảng 8-12 cm). Dùng gạc cầm đầu dưới ống hút đờm chừa một đoạn để hút - Đường hô hấp trên: đưa ống hút vào mũi đến hầu (đường hô hấp trên). - Hút ở miệng: Đưa ống hút vào miệng		
10	Vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra.		
11	Hút nước tráng ống, tiếp tục hút (<i>mỗi lần hút không quá 3 nhát, mỗi nhát hút không quá 10 giây</i>)		
12	Lắp lại hệ thống oxy cho bệnh nhân		
13	Tháo ống hút và găng tay cho vào túi giấy		
14	Theo dõi tình trạng người bệnh trong suốt thời gian hút		
15	Cho bệnh nhân nằm tiện nghi, báo việc đã xong		
16	Dọn dụng cụ, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích của hút đàm là:

- A. Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp.
- B. Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- C. Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán.
- D. Tất cả đúng.

2. Chỉ định của việc hút đàm là:

- A. Bệnh nhân nhiều đàm dãi không tự khạc ra được.
- B. Bệnh nhân có ống nội khí quản, mở khí quản.
- C. Trẻ sơ sinh sặc nước ối, ngạt.
- D. Tất cả đúng.

3. Hút thông đường hô hấp trên là:

- A. Hút qua mũi miệng
- B. Hút qua mũi
- C. Hút qua miệng
- D. Hút qua nội khí quản, mở khí quản

4. Thời gian mỗi lần hút không qua:

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

5. Áp lực hút đàm đối với người lớn với hệ thống trung tâm:

- A. 50 - 60mmHg
- B. 80 - 100mmHg
- C. 100 - 120mmHg
- D. 120 - 150mmHg

6. Chọn cỡ hút đàm cho người lớn thích hợp là:

- A. 6 Fr
- B. 8 Fr
- C. 10 Fr
- D. 14 Fr

7. Điều dưỡng không được làm khi hút đàm là:

- A. Hút đàm một lần không quá 5 giây
- B. Đưa ống vào vị trí rồi mới hút
- C. Dùng chung ống hút cho mũi và lỗ mở khí quản
- D. Hút đàm luôn vô khuẩn

BÀI 15: KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG DẠ DÀY CHO NGƯỜI BỆNH

(Ống thông dạ dày - Tube Levine)

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

1. Kiến thức:

1.1. Kể được mục đích, các trường hợp áp dụng và không áp dụng khi cho người bệnh đặt tube Levine.

1.2. Kể được 3 phương pháp để kiểm tra ống vào đúng dạ dày.

1.3. Kể được các điểm lưu ý khi thực hiện kỹ thuật cho ăn bằng ống thông và theo dõi dịch.

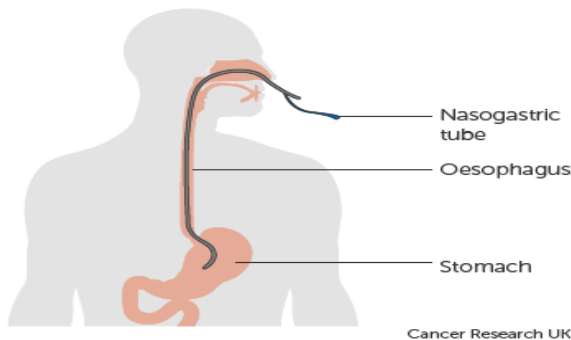
2. Kỹ năng: Thực hiện đúng và đủ các bước của quy trình kỹ thuật cho ăn bằng ống thông .

3. Thái độ: Tiến hành kỹ thuật cho ăn bằng ống thông thao tác nhẹ nhàng và thông cảm với người bệnh.

NỘI DUNG

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Khái niệm: Là một phương pháp dùng ống thông bằng nhựa dẻo đưa vào tận dạ dày qua đường mũi hay miệng với nhiều mục đích khác nhau.



2. Mục đích:

2.1. Điều trị: Rửa dạ dày, cầm máu ở dạ dày, hút dịch dạ dày, ...

2.2. Theo dõi: Dịch dạ dày, tình trạng chảy máu dạ dày, ...

2.3. Điều dưỡng: Lưu lượng dịch dạ dày, đưa thức ăn vào dạ dày, ...

3. Chỉ định:

3.1. Áp dụng cho tất cả các trường hợp người bệnh không tự ăn uống được:

- Người bệnh mê man.

- Nuốt khó do liệt mặt.

- Gãy xương hàm.
- Trẻ bị sứt môi, hở hàm ếch.
- Ung thư lưỡi, thực quản.
- Bệnh uốn ván nặng.
- Người bệnh từ chối ăn hoặc ăn quá ít.

3.3. Hút dịch vị: mỡ dạ dày, ruột...

3.4. Rửa dạ dày: ngộ độc người bệnh hôn mê...

4. Biến chứng:

4.1. Nhóm biến chứng do người đặt:

- Gây trầy xước niêm mạc miệng, hầu họng, thực quản.
- Đặt nhầm vào phế quản, phổi.
- Gây nhiễm trùng đường hô hấp (hiển gặp).

4.2. Nhóm biến chứng do người bệnh:

- Gây tụt ống, sút ống.
- Gây gập ống, tắt ống cơ học.
- Gây bắn ống.

4.3. Nhóm biến chứng do lưu ống thông:

- Gây nhiễm trùng vùng hô hấp trên, dưới.
- Gây kích thích hầu họng, dạ dày.

II. PHẦN THỰC HÀNH

1. Nhận định:

- Tình trạng bệnh lý: hôn mê, tai biến mạch máu não, uốn ván, sứt môi, hở hàm ếch, ...
- Tình trạng niêm mạc mũi, miệng.
- Tình trạng dịch tồn lưu trong dạ dày (nếu cho ăn lần sau).
- Vị trí ống thông (tube Levine) nếu cho ăn nhiều lần.
- Khẩu phần ăn và chế độ ăn bệnh lý.
- Cân nặng và tính chất phân.

2. Chuẩn bị:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm.
- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện để đưa được ống thông vào đúng vị trí.

2.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Dụng cụ bảo hộ (nếu cần).

3. Chuẩn bị dụng cụ:

3.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Ống thông dạ dày (tube Levine) phù hợp với người bệnh:
 - + Người lớn: 14 – 16 Fr.
 - + Trẻ em: 6 – 12 Fr.
- Que gòn, gạc vô trùng đủ dùng, 1 chén chum.
- Nước muối sinh lý hoặc nước cất vô trùng.

3.2. Dụng cụ sạch

- Mâm sạch kích thước phù hợp + vải trải mâm.
- 1 chén chum, que đũa.
- Chất trơn (KY), Ống nghe.
- Ống bơm hút/ 1 trái bo.
- Ống nghiệm + giá đỡ + bơm tiêm (nếu hút dịch dạ dày).
- Túi hứng dịch (nếu đặt theo dõi dịch dạ dày).
- Bộ dụng cụ cho ăn (nếu đặt để cho ăn)
 - + 1 ly đựng thức ăn.
 - + 1 ly nước chín.
 - + 1 Phễu (nếu cần).
- 1 khay hạt đậu, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
- Tấm nilon, khăn lông, găng tay sạch.
- Băng dính, dây thun, bọc nilon.
- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.

4. Tiến hành kỹ thuật

4.1. Tiến hành kỹ thuật đặt tube Levine theo dõi dịch:

- 4.1.1. Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.
- 4.1.2. Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.
- 4.1.3. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).

- 4.1.4. Mang dụng cụ đến giường báo và cho người bệnh nằm tư thế phù hợp. Mặt quay về phía điều dưỡng.
- 4.1.5. Phủ tấm nilon, khăn lông quanh cổ, ngực bệnh nhân, đặt bòn hạt đậu cạnh má bệnh nhân.
- 4.1.6. Dùng que gòn nhúng nước muối sinh lý vệ sinh mũi. Xác định vị trí, sát khuẩn tay nhanh.
- 4.1.7. Điều dưỡng mang găng tay, đo ống và làm dấu mức đo.
- 4.1.8. Bôi chất trơn vào đầu ống # 8 – 10 cm.
- 4.1.9. Nhẹ nhàng đặt ống vào mũi người bệnh, đến hầu bảo người bệnh nuốt, đồng thời lúc đó đẩy ống vào cho đến chỗ làm dấu (nếu trong lúc đặt bệnh nhân ho, sặc, tím tái thì phải rút ống ra) và tiến hành đặt lại.
- 4.1.10. Bảo người bệnh há miệng xem ống có cuộn lại trong miệng không (dùng que dè lưỡi nếu người bệnh không hợp tác).
- 4.1.11. Kiểm tra để xác định ống đã vào đúng dạ dày hay chưa: có 3 cách.
- Cách 1: Cho đuôi ống vào ly nước xem có bọt khí sủi lên theo nhịp thở (cách này chưa an toàn chỉ để kiểm tra khi qua khí quản).
 - Cách 2: Dùng ống tiêm rút thấy có dịch vị chảy ra và xác định qua giấy quỳ tím.
 - Cách 3: Dùng ống bơm hút (hoặc ống tiêm lớn) bơm hơi vào dạ dày, cùng lúc đặt loa ống nghe trên vùng dạ dày nghe có tiếng động (trường hợp chưa thử mà thấy có dịch vị chảy ra thì không cần thử và đặt đuôi ống vào khay hạt đậu.



- 4.1.12. Cố định ống vào mũi, má người bệnh chắc chắn, an toàn và thẩm mỹ.
- 4.1.13. Gắn đuôi ống vào túi hứng dịch, dùng kim băng cố định/ dây buột vào thành giường, để bọng hứng thấp hơn giường, quan sát dịch chảy ra.
- 4.1.14. Giúp người bệnh tiện nghi, thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định, rửa tay và ghi hồ sơ.
- 4.2. Tiến hành kỹ thuật đặt tube Levine hút dịch dạ dày:
- 4.2.1. Các bước giống như phần 4.1 (Từ 4.1.1 đến 4.1.12), chú ý soạn thêm dụng cụ của phần hút dịch như trên.
- 4.2.2. Dùng bơm tiêm vô trùng hút dịch theo chỉ định.

4.2.3. Bơm một lượng vừ đủ vào ống nghiệm # 3 – 5ml, đậy nắp an toàn, ghi rõ thông tin người bệnh.

4.2.4. Gắn đuôi ống vào túi hứng dịch, dùng kim băng cố định/ dây buộc vào thành giường, để bọc hứng thấp hơn giường, quan sát dịch chảy ra HOẶC bọc nylon HOẶC dùng gạc gấp ống lại và rút ra bỏ đúng nơi quy định.

4.2.5. Giúp người bệnh tiện nghi, thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định, rửa tay và ghi hồ sơ.

4.3. Tiến hành kỹ thuật đặt tube Levine cho ăn:

4.3.1. Các bước giống như phần 4.1 (Từ 4.1.1 đến 4.1.12), chú ý soạn thêm dụng cụ của phần cho ăn như trên.

4.3.2. Gắn phễu vào tube Levine, đổ vào một ít nước chín. Từ từ đổ thức ăn liên tục cho đến hết. Sau khi hết thức ăn đổ vào một ít nước chín để làm sạch lòng ống thông.

4.3.3. Lau sạch và bọc gạc vào đuôi ống, bẻ gấp ống dùng dây thun buộc lại và bỏ vào túi nylon, cố định nơi an toàn.

4.3.4. Lau sạch mặt và miệng, thu dọn dụng cụ đúng quy định.

4.3.5. Quan sát người bệnh sau khi ăn, giúp người bệnh tiện nghi.

4.3.6. Rửa tay và ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ ĐẶT TUBE LEVINE THEO DỐI DỊCH/ CHO ĂN/ HÚT DỊCH

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
• Dụng cụ vô khuẩn			
1	Ống thông dạ dày phù hợp.		
2	1 chén chum, que gòn đủ dùng.		
3	Nước muối sinh lý, ED vô trùng, gạc đủ dùng.		
• Dụng cụ sạch			
4	Mâm sạch và vải trải mâm phù hợp.		
5	Chất trơn (KY), ống nghe.		
6	Ống bơm hút/ 1 trái bo.		
7	Tấm nylon, khăn lông, găng tay sạch.		
8	- Băng dính, dây thun, bọc nylon.		
9	- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.		
10	- Túi hứng dịch. (Áp dụng kỹ thuật đặt tube Levine theo dõi dịch)		
11	Ống nghiệm + giá đỡ + bơm tiêm.		

	(Áp dụng kỹ thuật đặt tube Levine hút dịch dạ dày)		
12	- Bộ dụng cụ cho ăn. + 1 ly đựng thức ăn. + 1 ly nước chín. + 1 Phễu (nếu cần). (Áp dụng kỹ thuật đặt tube Levine cho ăn)		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT TUBE LEVINE THEO DỠ DỊCH

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường báo và cho người bệnh nằm tư thế phù hợp. Mặt quay về phía điều dưỡng.		
5	Phủ tấm nilon, khăn lông quanh cổ, ngực bệnh nhân, đặt bông hạt đậu cạnh má bệnh nhân.		
6	Dùng que gòn nhúng nước muối sinh lý vệ sinh mũi. Xác định vị trí, sát khuẩn tay nhanh.		
7	Điều dưỡng mang găng tay, đo ống và làm dấu mức đo.		
8	Bôi chất trơn vào đầu ống # 8 – 10 cm.		
9	Nhẹ nhàng đặt ống vào mũi người bệnh, đến hầu bảo người bệnh nuốt, đồng thời lúc đó đẩy ống vào cho đến chỗ làm dấu (nếu trong lúc đặt bệnh nhân ho, sặc, tím tái thì phải rút ống ra) và tiến hành đặt lại.		
10	Bảo người bệnh há miệng xem ống có cuộn lại trong miệng không (dùng que đè lưỡi nếu người bệnh không hợp tác).		
11	Kiểm tra để xác định ống đã vào đúng dạ dày hay chưa: có 3 cách. - Cách 1: Cho đuôi ống vào ly nước xem có bọt khí sủi lên theo nhịp thở (cách này chưa an toàn chỉ để kiểm tra khi qua khí quản). - Cách 2: Dùng ống tiêm rút thấy có dịch vị chảy ra và xác định qua giắt quỳ tím.		

	- Cách 3: Dùng ống bơm hút (hoặc ống tiêm lớn) bơm hơi vào dạ dày, cùng lúc đặt loa ống nghe trên vùng dạ dày nghe có tiếng động (trường hợp chưa thử mà thấy có dịch vị chảy ra thì không cần thử và đặt đầu ống vào khay hạt đậu.		
12	Cố định ống vào mũi, má người bệnh chắc chắn, an toàn và thẩm mỹ.		
13	Dùng bơm tiêm vô trùng hút dịch theo chỉ định.		
14	Bơm một lượng vừ đủ vào ống nghiệm # 3 – 5ml, đậy nắp an toàn, ghi rõ thông tin người bệnh.		
15	Gắn đầu ống vào túi hứng dịch, dùng kim băng cố định/ dây buộc vào thành giường, để bọc hứng thấp hơn giường, quan sát dịch chảy ra HOẶC bọc nylon HOẶC dùng gạc gập ống lại và rút ra bỏ đúng nơi quy định.		
16	Giúp người bệnh tiện nghi, thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định, rửa tay và ghi hồ sơ.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT TUBE LEVINE HÚT DỊCH DD

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường báo và cho người bệnh nằm tư thế phù hợp. Mặt quay về phía điều dưỡng.		
5	Phủ tấm nylon, khăn lông quanh cổ, ngực bệnh nhân, đặt bồn hạt đậu cạnh má bệnh nhân.		
6	Dùng que gòn nhúng nước muối sinh lý vệ sinh mũi. Xác định vị trí, sát khuẩn tay nhanh.		
7	Điều dưỡng mang găng tay, đo ống và làm dấu mức đo.		
8	Bôi chất trơn vào đầu ống # 8 – 10 cm.		
9	Nhẹ nhàng đặt ống vào mũi người bệnh, đến hầu bảo người bệnh nuốt, đồng thời lúc đó đẩy ống vào cho đến chỗ làm dấu (nếu trong lúc đặt bệnh nhân ho, sặc, tím tái thì phải rút ống ra) và tiến hành đặt lại.		

10	Bảo người bệnh há miệng xem ống có cuộn lại trong miệng không (dùng que đũa nếu người bệnh không hợp tác).		
11	Kiểm tra để xác định ống đã vào đúng dạ dày hay chưa: có 3 cách. - Cách 1: Cho đầu ống vào ly nước xem có bọt khí sủi lên theo nhịp thở (cách này chưa an toàn chỉ để kiểm tra khi qua khí quản). - Cách 2: Dùng ống tiêm rút thấy có dịch vị chảy ra và xác định qua giắt quỳ tím. - Cách 3: Dùng ống bơm hút (hoặc ống tiêm lớn) bơm hơi vào dạ dày, cùng lúc đặt loa ống nghe trên vùng dạ dày nghe có tiếng động (trường hợp chưa thử mà thấy có dịch vị chảy ra thì không cần thử và đặt đầu ống vào khay hạt đậu.		
12	Cố định ống vào mũi, má người bệnh chắc chắn, an toàn và thẩm mỹ.		
13	Gắn đầu ống vào túi hứng dịch, dùng kim băng cố định/ dây buột vào thành giường, để bọc hứng thấp hơn giường, quan sát dịch chảy ra.		
14	Giúp người bệnh tiện nghi, thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định, rửa tay và ghi hồ sơ.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT TUBE LEVINE CHO ĂN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ.		
4	Mang dụng cụ đến giường báo và cho người bệnh nằm tư thế phù hợp. Mặt quay về phía điều dưỡng.		
5	Phủ tấm nilon, khăn lông quanh cổ, ngực bệnh nhân, đặt bồn hạt đậu cạnh má bệnh nhân.		
6	Dùng que gòn nhúng nước muối sinh lý vệ sinh mũi. Xác định vị trí, sát khuẩn tay nhanh.		
7	Điều dưỡng mang găng tay, đo ống và làm dấu mức đo.		

8	Bôi chất trơn vào đầu ống # 8 – 10 cm.		
9	Nhẹ nhàng đặt ống vào mũi người bệnh, đến hầu bảo người bệnh nuốt, đồng thời lúc đó đẩy ống vào cho đến chỗ làm dấu (nếu trong lúc đặt bệnh nhân ho, sặc, tím tái thì phải rút ống ra) và tiến hành đặt lại.		
10	Bảo người bệnh há miệng xem ống có cuộn lại trong miệng không (dùng que đũa nếu người bệnh không hợp tác).		
11	Kiểm tra để xác định ống đã vào đúng dạ dày hay chưa: có 3 cách. - Cách 1: Cho đuôi ống vào ly nước xem có bọt khí sủi lên theo nhịp thở (cách này chưa an toàn chỉ để kiểm tra khi qua khí quản). - Cách 2: Dùng ống tiêm rút thấy có dịch vị chảy ra và xác định qua giắt quỳ tím. - Cách 3: Dùng ống bơm hút (hoặc ống tiêm lớn) bơm hơi vào dạ dày, cùng lúc đặt loa ống nghe trên vùng dạ dày nghe có tiếng động (trường hợp chưa thử mà thấy có dịch vị chảy ra thì không cần thử và đặt đuôi ống vào khay hạt đậu.		
12	Cố định ống vào mũi, má người bệnh chắc chắn, an toàn và thẩm mỹ.		
13	Gắn phễu vào tube Levine, đổ vào một ít nước chín. Từ từ đổ thức ăn liên tục cho đến hết. Sau khi hết thức ăn đổ vào một ít nước chín để làm sạch lòng ống thông.		
14	Lau sạch và bọc gạc vào đuôi ống, bẻ gấp ống dùng dây thun buộc lại và bỏ vào túi nilon, cố định nơi an toàn.		
15	Lau sạch mặt và miệng, thu dọn dụng cụ đúng quy định.		
16	Quan sát người bệnh sau khi ăn, giúp người bệnh tiện nghi.		
17	Rửa tay và ghi hồ sơ.		

5. Thu dọn dụng cụ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn – tiệt khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ an toàn, sắp xếp ngăn nắp, đúng vị trí ban đầu.

6. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ đặt ống/ cho ăn/ hút dịch/ theo dõi dịch.

- Loại thức ăn, số lượng thức ăn.
- Số lượng dịch tồn lưu trong dạ dày.
- Thời gian cho ăn nếu nhỏ giọt liên tục.
- Số lượng dịch hút ở dạ dày.
- Số lượng dịch dạ dày chảy ra túi hứng, màu sắc, tính chất, số lượng.
- Phản ứng của người bệnh khi đặt ống (nếu có).
- Tên người thực hiện kỹ thuật.

7. Những điều cần lưu ý:

- Phải chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới bơm thức ăn vào.
 - Nếu dùng phương pháp bơm hơi để thử, lượng khí bơm vào không quá 30ml ở người lớn và 10ml ở trẻ sơ sinh.
 - Cho thức ăn vào với áp lực nhẹ: tránh bơm mạnh thức ăn vì có thể làm người bệnh nôn ói do dạ dày bị kích thích.
 - Khi cho nước hoặc thức ăn, phải cho vào liên tục tránh bọt khí.
 - Săn sóc mũi, miệng hàng ngày trong thời gian đặt ống.
 - Thay ống mỗi 5-7 ngày hoặc thay sớm hơn nếu ống bị bẩn.
 - Mỗi lần đổi ống thông nên đổi lỗ mũi bên kia.
 - Mỗi lần đổi ống thông nên đổi lỗ mũi bên kia.
 - Theo dõi cẩn thận lần ăn đầu tiên.
 - Theo dõi dịch tồn lưu trong dạ dày cho lần ăn sau, nếu >100ml phải báo bác sĩ.
- * Chăm máu: đánh giá được số lượng, màu sắc, tính chất máu mất.
- * Hút dịch vị: đánh giá lượng dịch trong 24 giờ và tình trạng bụng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Ống dùng để đặt vào dạ dày là:

- A. Tube Levine B. Argyl C. Foley 2 chia D. Nelaton

Câu 2. Tư thế người bệnh khi đặt ống thông dạ dày là:

- A. Người bệnh nằm đầu thấp B. Người bệnh nằm đầu cao
C. Người bệnh nằm ngửa thẳng D. Người bệnh nằm sấp

Câu 3. Bất lợi của cho ăn bằng ống thông qua mũi miệng, ngoại trừ:

- A. Người bệnh ăn không biết ngon
B. Thường gây hiện tượng trào bọt
C. Kích thích sự hoạt động của tuyến bọt

D. Không cung cấp đủ các thành phần theo nhu cầu dinh dưỡng.

Câu 4. Dung dịch được sử dụng vệ sinh mũi khi đặt ống thông dạ dày là:

A. Sorbitol B. Povidine 10% C. KY D. NaCl 0.9%

Câu 5. Mục đích của đặt ống thông dạ dày là:

A. Chẩn đoán một số bệnh về dạ dày B. Thăm dò chức năng gan
C. Thăm dò chức năng tụy D. Chẩn đoán bệnh về đại tràng

BÀI 16: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích, chỉ định và chống chỉ định khi rửa dạ dày.
- 1.2. Trình bày được những điểm lưu ý của rửa dạ dày.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Chuẩn bị được dụng cụ rửa dạ dày.
- 2.2. Thực hiện được kỹ thuật rửa dạ dày trên mô hình.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm: Tích cực nghiên cứu tài liệu, tham gia thảo luận làm bài tập nhóm, phát biểu đóng góp ý kiến trong học tập

NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

Rửa dạ dày là dùng nước hay thuốc để rửa dạ dày qua ống Faucher hay ống Levine. Ống được đặt qua mũi hoặc miệng vào dạ dày.

2. Mục đích:

Loại trừ các chất ứ đọng hoặc chất độc gây kích thích dạ dày trong các trường hợp:

- Giãn dạ dày, tắc ruột.
- Nôn mửa không cầm được (Viêm tụy cấp).
- Làm giảm nồng độ acid quá đậm đặc trong dạ dày.
- Làm sạch dạ dày.

3. Chỉ định:

- Ngộ độc.
- Trước khi mổ dạ dày.
- Nôn mửa không cầm được sau mổ.

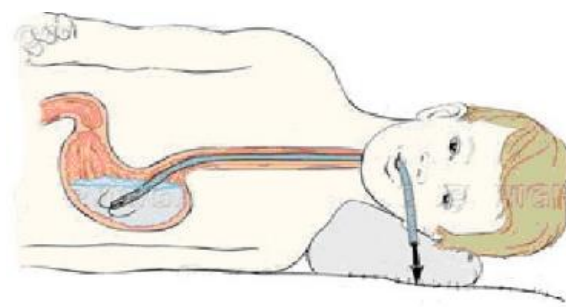
4. Chống chỉ định:

- Tổn thương thực quản do bị phỏng.
- Dẫn tĩnh mạch thực quản do bệnh lý (xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa).
- Ngộ độc acid hoặc base mạnh.
- Ngộ độc quá 6 giờ.
- Tổn thương niêm mạc dạ dày: xuất huyết tiêu hóa

5. Quy trình kỹ thuật:

5.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Đối chiếu người bệnh với hồ sơ: hỏi tên, tuổi, số giường, buồng nằm điều trị



- Thông báo, giải thích, động viên người bệnh về việc sắp làm để họ yên tâm hợp tác (nếu người bệnh tỉnh); trường hợp người bệnh hôn mê điều dưỡng cần giải thích cho người nhà bệnh nhân.

- Hỏi người bệnh có răng giả không (nếu người bệnh tỉnh)

5.2. Địa điểm:

- Tùy theo tình trạng của người bệnh để quyết định địa điểm rửa dạ dày, nếu người bệnh tỉnh (trước khi mở phin...) có thể thực hiện tại phòng thủ thuật kín đáo, sạch sẽ.

- Nếu người bệnh trong tình trạng nặng hơn thì điều dưỡng phải thực hiện tại giường để tiện phối hợp theo dõi các chức năng sống (ví dụ người bệnh bị ngộ độc nặng, cần mắc máy theo dõi Monitoring, điện tim, SpO₂, huyết áp....)

5.3. Chuẩn bị dụng cụ:



- khay chữ nhật

- Ống Faucher hoặc Levin (với trẻ nhỏ)

- Xô đựng nước rửa với nhiệt độ 37 – 40°C; Số lượng nước rửa tùy thuộc theo bệnh tật và tình trạng ngộ độc.

- Xô chứa nước thải, ca mức nước

- Cốc đựng nước súc miệng

- Kềm mở miệng, kềm Kelly, đũa lược

- Bơm 50 ml để hút dịch vị

- Tấm nylon, khăn lau mặt

- Hai khay quả đậu

- Ly đựng dầu nhờn

- Vải miếng gạc

- Ống nghiệm, phiếu xét nghiệm (nếu cần)

- Găng tay, áo chòng nylon
- Nhiệt kế đo nhiệt độ của nước
- Băng keo
- Than hoạt, hoặc thuốc theo y lệnh
- Ống nghe, máy huyết áp

5.4. Tiến hành kỹ thuật:

- Mang dụng đến phòng làm thủ thuật, điều dưỡng mặc áo choàng nylon
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp: có thể ngồi trên ghế tựa, đầu hơi ngả về phía trước hoặc nằm đầu cao nghiêng người bệnh hoặc để nằm đầu bằng (khi bị ngộ độc nặng người bệnh có đặt nội khí quản), tùy theo tình trạng bệnh hiện tại để quyết định đặt tư thế người bệnh trước khi rửa dạ dày.
- Tháo răng giả (nếu có), trải tấm nylon lên giường
- Choàng nylon trước ngực người bệnh, phủ khăn lông
- Đặt khay hạt đậu dưới cằm nếu ở tư thế ngồi để người bệnh giữ khay để hứng đờm di chảy ra (nếu ở tư thế nằm, để khay hạt đậu dưới cằm)
- Đặt thùng chứa nước rửa, thùng chứa nước chảy ra
- Cắt băng keo, đi găng tay
- Đo ống thông từ cung răng cửa tới rốn, đánh dấu mức đo bằng băng dính
- Cuộn gọn ống trong tay, bôi dầu nhờn vào đầu ống thông khoảng 10cm
- Đưa ống thông vào dạ dày:
 - + Tay thuận cầm ống thông như cầm bt, bảo người bệnh há miệng, đưa nhẹ nhàng đầu ống thông vào miệng (hoặc mũi), khi ống thông vào đến họng khoảng 10cm thì yêu cầu người bệnh cố gắng nuốt, đồng thời một tay nâng đầu người bệnh cho cổ hơi gập về phía trước (nếu người bệnh ở tư thế nằm), một tay đẩy ống thông từ từ vào tới vạch đánh dấu, ngang với môi người bệnh.
 - + Trong khi đưa ống thông phải tránh chạm đầu ống thông vào thành họng sau của người bệnh, vì dễ gây kích thích nôn ói. Nếu người bệnh bị kích thích nôn quá nhiều, phải dừng lại động viên họ cố gắng hợp tác, hoặc nhận thấy ho sặc sụa, khó thở, tím tái, xuất tiết nhiều đờm di thì phải rút ngay ống thông và đặt lại.
- Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không
- Kiểm tra ống thông có chắc chắn vào dạ dày chưa bằng ba phương pháp:
 - + Nhúng phễu vào chậu nước không thấy sủi bọt, chứng tỏ đầu ống thông không bị đưa nhầm vào đường khí quản.
 - + Dùng bơm tiêm hút nếu nhiều dịch vị là đúng.
 - + Dùng ống bơm hút bơm khí vào dạ dày đồng thời đặt ống nghe lên vùng thượng vị, khi nghe thấy tiếng động thì ống thông đã vào dạ dày

- Hạ thấp phễu xuống dưới mức dạ dày rồi nghiêng phễu để dịch ứ đọng trong dạ dày chảy ra. Hứng dịch vào ống nghiệm hoặc dùng bơm hút dịch bơm vào ống khoảng 5 ml, trường hợp quá ít dịch dạ dày không thể hút được phải bơm 100ml nước muối sinh lý qua ống thông vào dạ dày để lấy dịch làm xét nghiệm (nếu có chỉ định xét nghiệm) để tìm độc chất
- Mức nước đổ vào phễu khoảng 300 – 500 ml một lần, giữ phễu ở mức ngang với đầu (nếu người bệnh ngồi). Nếu người bệnh nằm phải giữ ở mức cao hơn nằm khoảng 15cm
- Khi đổ nước vào phễu phải đổ liên tục, tránh gián đoạn để hạn chế không khí vào dạ dày
- Cho nước chảy vào dạ dày được 300 – 500ml, đồng thời nước trong phễu cạn khoảng ½, điều dưỡng nhanh tay hạ phễu xuống thấp hơn mức dạ dày để nước chảy ra hết (nguyên tắc bình thông nhau) hoặc cắm máy hút, hút nước ra.
- Lặp đi lặp lại động tác, rửa nhiều lần cho sạch dạ dày, vừa rửa vừa quan sát, theo dõi người bệnh, nếu thấy những bất thường phải ngừng động tác để can thiệp kịp thời.
- Khi rửa xong, rút ống ra: cầm gạc rút từ từ, vừa rút vừa lau và cuộn gọn ống vào tay, khi còn 20cm, kẹp chặt lại và rút nhanh ra hết.
- Dùng khăn lau miệng (mũi) cho người bệnh. Cho người bệnh súc miệng, lau mặt.
- Đặt người bệnh nằm lại tư thế thuận tiện, dặn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

5.5. Những điểm cần lưu ý:

- Chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới được cho nước vào rửa
- Khi người bệnh khó chịu hoặc tím tái cần rút ống ra ngay.
- Trong khi rửa dạ dày hạn chế để khí vào trong dạ dày.
- Nếu cần xét nghiệm tìm chất độc nên lấy dịch rửa ra lần đầu tiên.
- Trong khi rửa luôn quan sát, theo dõi sắc mặt và tình trạng của người bệnh.
- Khi đặt ống cần nhẹ nhàng, không nên dùng sức.
- Phải ngừng ngay khi người bệnh kêu đau bụng hoặc dịch chảy ra có lẫn máu
- Một lần cho nước vào không vượt quá 500ml, phễu cách dạ dày người bệnh khoảng 15 – 20cm. Khi rửa nên cho nước vào liên tục.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Giải thích động viên hướng dẫn bệnh nhân người nhà những điều cần thiết
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay
3	Chuẩn bị dụng cụ: <ul style="list-style-type: none"> - khay chữ nhật - Ống Faucher hoặc Levin (với trẻ nhỏ) - Xô đựng nước rửa với nhiệt độ 37 – 40°C; Số lượng nước rửa tùy thuộc theo bệnh tật và tình trạng ngộ độc. - Xô chứa nước thải, ca múc nước

	- Cốc đựng nước súc miệng
	- Kềm mở miệng, kềm kelly, đèn lưỡi
	- Bơm 50 ml để hút dịch vị
	- Tấm nylon, khăn lau mặt
	- Hai khay quả đậu
	- Ly đựng dầu nhờn
	- Vải miếng gạc
	- Ống nghiệm, phiếu xét nghiệm (nếu cần)
	- Găng tay, áo chông nylon
	- Nhiệt kế đo nhiệt độ của nước
	- Băng keo
	- Than hoạt, hoặc thuốc theo y lệnh
	- Ống nghe, máy huyết áp
4	Mang dụng đến phòng làm thủ thuật, điều dưỡng mặc áo choàng nylon
5	Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp: có thể ngồi trên ghế tựa, đầu hơi ngả về phía trước hoặc nằm đầu cao nghiêng người bệnh hoặc để nằm đầu bằng (khi bị ngộ độc nặng người bệnh có đặt nội khí quản), tùy theo tình trạng bệnh hiện tại để quyết định đặt tư thế người bệnh trước khi rửa dạ dày.
6	Tháo răng giả (nếu có), trải tấm nylon lên giường
7	Choàng nylon trước ngực người bệnh, phủ khăn lông
8	Đặt khay hạt đậu dưới cằm nếu ở tư thế ngồi để người bệnh giữ khay để hứng đờm di chảy ra (nếu ở tư thế nằm, để khay hạt đậu dưới m)
9	Đặt thùng chứa nước rửa, thùng chứa nước chảy ra
10	Cắt băng keo, đi găng tay
11	Đo ống thông từ cung răng cửa tới rốn, đánh dấu mức đo bằng băng dính
12	Cuộn gọn ống trong tay, bôi dầu nhờn vào đầu ống thông khoảng 10cm
13	Đưa ống thông vào dạ dày: + Tay thuận cầm ống thông như cầm bt, bảo người bệnh há miệng, đưa nhẹ nhàng đầu ống thông vào miệng (hoặc mũi), khi ống thông vào đến họng khoảng 10cm thì yêu cầu người bệnh cố gắng nuốt, đồng thời một tay nâng đầu người bệnh cho cổ hơi gập về phía trước (nếu người bệnh ở tư thế nằm), một tay đẩy ống thông từ từ vào tới vạch đánh dấu, ngang với môi người bệnh. + Trong khi đưa ống thông phải tránh chạm đầu ống thông vào thành họng sau của người bệnh, vì dễ gây kích thích nôn ói. Nếu người bệnh bị kích thích nôn quá nhiều, phải dừng lại động viên họ cố gắng hợp tác, hoặc nhận thấy ho sặc sụa, khó thở, tím tái, xuất tiết nhiều đờm di thì phải rút ngay ống thông và đặt lại.
14	Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không

15	- Kiểm tra ống thông có chắc chắn vào dạ dày chưa bằng ba phương pháp: + Nhúng phễu vào chậu nước không thấy sủi bọt, chứng tỏ đầu ống thông không bị đưa nhầm vào đường khí quản. + Dùng bơm tiêm hút nếu nhiều dịch vị là đúng. + Dùng ống bơm hút bơm khí vào dạ dày đồng thời đặt ống nghe lên vùng thượng vị, khi nghe thấy tiếng động thì ống thông đã vào dạ dày
16	Hạ thấp phễu xuống dưới mức dạ dày rồi nghiêng phễu để dịch ứ đọng trong dạ dày chảy ra. Hứng dịch vào ống nghiệm hoặc dùng bơm hút dịch bơm vào ống khoảng 5 ml, trường hợp quá ít dịch dạ dày không thể hút được phải bơm 100ml nước muối sinh lý qua ống thông vào dạ dày để lấy dịch làm xét nghiệm (nếu có chỉ định xét nghiệm) để tìm độc chất
17	Mức nước đổ vào phễu khoảng 300 – 500 ml một lần, giữ phễu ở mức ngang với đầu (nếu người bệnh ngồi). Nếu người bệnh nằm phải giữ ở mức cao hơn nằm khoảng 15cm
18	Khi đổ nước vào phễu phải đổ liên tục, tránh gián đoạn để hạn chế không khí vào dạ dày
19	Cho nước chảy vào dạ dày được 300 – 500ml, đồng thời nước trong phễu cạn khoảng ½, điều dưỡng nhanh tay hạ phễu xuống thấp hơn mức dạ dày để nước chảy ra hết (nguyên tắc bình thông nhau) hoặc cắm máy hút, hút nước ra.
20	Lặp đi lặp lại động tác, rửa nhiều lần cho sạch dạ dày, vừa rửa vừa quan sát, theo dõi người bệnh, nếu thấy những bất thường phải ngừng động tác để can thiệp kịp thời.
21	Khi rửa xong, rút ống ra: cầm gạc rút từ từ, vừa rút vừa lau và cuộn gọn ống vào tay, khi còn 20cm, kẹp chặt lại và rút nhanh ra hết.
22	Dùng khăn lau miệng (mũi) cho người bệnh. Cho người bệnh súc miệng, lau mắt
23	Đặt người bệnh nằm lại tư thế thuận tiện, dặn những điều cần thiết.
24	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn bệnh nhân người nhà những điều cần thiết		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay		
3	Chuẩn bị dụng cụ:		
	- khay chữ nhật		
	- Ống Faucher hoặc Levin (với trẻ nhỏ)		
	- Xô đựng nước rửa với nhiệt độ 37 – 40°C; Số lượng nước rửa tùy thuộc theo bệnh tật và tình trạng ngộ độc.		
	- Xô chứa nước thải, ca múc nước		

	- Cốc đựng nước súc miệng		
	- Kềm mở miệng, kềm Kelly, đèn lưỡi		
	- Bơm 50 ml để hút dịch vị		
	- Tấm nylon, khăn lau mặt		
	- Hai khay quả đậu		
	- Ly đựng dầu nhờn		
	- Vải miếng gạc		
	- Ống nghiệm, phiếu xét nghiệm (nếu cần)		
	- Găng tay, áo chông nylon		
	- Nhiệt kế đo nhiệt độ của nước		
	- Băng keo		
	- Than hoạt, hoặc thuốc theo y lệnh		
	- Ống nghe, máy huyết áp		
4	Mang dụng đến phòng làm thủ thuật, điều dưỡng mặc áo choàng nylon		
5	Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp: có thể ngồi trên ghế tựa, đầu hơi ngả về phía trước hoặc nằm đầu cao nghiêng người bệnh hoặc để nằm đầu bằng (khi bị ngộ độc nặng người bệnh có đặt nội khí quản), tùy theo tình trạng bệnh hiện tại để quyết định đặt tư thế người bệnh trước khi rửa dạ dày.		
6	Tháo răng giả (nếu có), trải tấm nylon lên giường		
7	Choàng nylon trước ngực người bệnh, phủ khăn lông		
8	Đặt khay hạt đậu dưới cằm nếu ở tư thế ngồi để người bệnh giữ khay để hứng đờm di chảy ra (nếu ở tư thế nằm, để khay hạt đậu dưới m)		
9	Đặt thùng chứa nước rửa, thùng chứa nước chảy ra		
10	Cắt băng keo, đi găng tay		
11	Đo ống thông từ cung răng cửa tới rốn, đánh dấu mức đo bằng băng dính		
12	Cuộn gọn ống trong tay, bôi dầu nhờn vào đầu ống thông khoảng 10cm		
13	Đưa ống thông vào dạ dày: + Tay thuận cầm ống thông như cầm bút, bảo người bệnh há miệng, đưa nhẹ nhàng đầu ống thông vào miệng (hoặc mũi), khi ống thông vào đến họng khoảng 10cm thì yêu cầu người bệnh cố gắng nuốt, đồng thời một tay nâng đầu người bệnh cho cổ hơi gập về phía trước (nếu người bệnh ở tư thế nằm), một tay đẩy ống thông từ từ vào tới vạch đánh dấu, ngang với môi người bệnh.		

	<p>+ Trong khi đưa ống thông phải tránh chạm đầu ống thông vào thành họng sau của người bệnh, vì dễ gây kích thích nôn ói. Nếu người bệnh bị kích thích nôn quá nhiều, phải dừng lại động viên họ cố gắng hợp tác, hoặc nhận thấy ho sặc sụa, khó thở, tím tái, xuất tiết nhiều đờm di thì phải rút ngay ống thông và đặt lại.</p>		
14	Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không		
15	<p>- Kiểm tra ống thông có chắc chắn vào dạ dày chưa bằng ba phương pháp:</p> <p>+ Nhúng phễu vào chậu nước không thấy sủi bọt, chứng tỏ đầu ống thông không bị đưa nhầm vào đường khí quản.</p> <p>+ Dùng bơm tiêm hút nếu nhiều dịch vị là đúng.</p> <p>+ Dùng ống bơm hút bơm khí vào dạ dày đồng thời đặt ống nghe lên vùng thượng vị, khi nghe thấy tiếng động thì ống thông đã vào dạ dày</p>		
16	Hạ thấp phễu xuống dưới mức dạ dày rồi nghiêng phễu để dịch ứ đọng trong dạ dày chảy ra. Hứng dịch vào ống nghiệm hoặc dùng bơm hút dịch bơm vào ống khoảng 5 ml, trường hợp quá ít dịch dạ dày không thể hút được phải bơm 100ml nước muối sinh lý qua ống thông vào dạ dày để lấy dịch làm xét nghiệm (nếu có chỉ định xét nghiệm) để tìm độc chất		
17	Mức nước đổ vào phễu khoảng 300 – 500 ml một lần, giữ phễu ở mức ngang với đầu (nếu người bệnh ngồi). Nếu người bệnh nằm phải giữ ở mức cao hơn nằm khoảng 15cm		
18	Khi đổ nước vào phễu phải đổ liên tục, tránh gián đoạn để hạn chế không khí vào dạ dày		
19	Cho nước chảy vào dạ dày được 300 – 500ml, đồng thời nước trong phễu cạn khoảng ½, điều dưỡng nhanh tay hạ phễu xuống thấp hơn mức dạ dày để nước chảy ra hết (nguyên tắc bình thông nhau) hoặc cắm máy hút, hút nước ra.		
20	Lặp đi lặp lại động tác, rửa nhiều lần cho sạch dạ dày, vừa rửa vừa quan sát, theo dõi người bệnh, nếu thấy những bất thường phải ngừng động tác để can thiệp kịp thời.		
21	Khi rửa xong, rút ống ra: cầm gác rút từ từ, vừa rút vừa lau và cuộn gọn ống vào tay, khi còn 20cm, kẹp chặt lại và rút nhanh ra hết.		

22	Dùng khăn lau miệng (mũi) cho người bệnh. Cho người bệnh súc miệng, lau mắt		
23	Đặt người bệnh nằm lại tư thế thuận tiện, dặn những điều cần thiết.		
24	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Dụng cụ thường để rửa dạ dày là:

- A. Ống Levine B. Ống Faucher C. Ống Foley D. Ống Nelaton

2. Khi rửa dạ dày, phễu chứa nước phải cách dạ dày người bệnh khoảng:

- A. 15 - 20Cm B. 25 - 30Cm C. 35 - 40Cm D. 40 - 45Cm

3. Khi rửa dạ dày, ta cần:

- A. Cho người bệnh nằm đầu cao B. Cho thật nhiều nước vào dạ dày
C. Dùng dung dịch rửa tùy ý D. Rửa cho đến khi dạ dày trở nên trong, không mùi

4. Khi người bệnh ngộ độc thuốc trừ sâu, điều dưỡng cần:

- A. Rửa dạ dày thật nhanh
B. Rửa bất kỳ dung dịch nào
C. Truyền tĩnh mạch bất kỳ dung dịch nào
D. Phải rửa cẩn thận và có sự diện diện hiện của bác sỹ

5. Khi rửa dạ dày xong cần ghi hồ sơ:

- A. Thời gian rửa B. Số lượng dịch rửa, loại dung dịch
C. Phản ứng của người bệnh nếu có D. Tất cả đúng

BÀI 17: KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức:

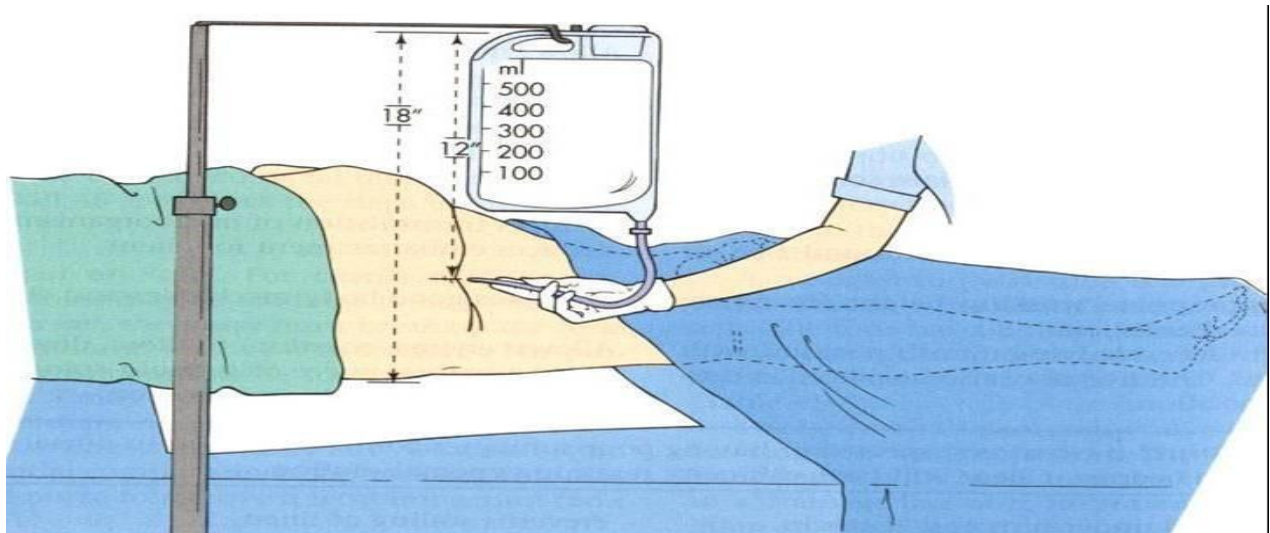
- 1.1. Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến bài tiết của ruột và rối loạn sinh lý bài tiết của ruột.
- 1.2. Trình bày được mục đích, chỉ định, chống chỉ định của thụt tháo.
- 1.3. Trình bày được các điểm cần lưu ý khi thụt tháo.

2. Kỹ năng: Thực hiện được đúng và đủ các bước của quy trình kỹ thuật thụt tháo .

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Mục đích: Bơm nước hay những dung dịch khác vào trực tràng và ruột già với mục đích kích thích những nhu động của ruột để tổng phân ra ngoài dễ dàng.



2. Chỉ định:

- Táo bón.
- Trước khi giải phẫu có gây mê hay giải phẫu đường tiêu hóa.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi cho thuốc hay thức ăn vào ruột.
- Trước khi sinh.
- Trước khi soi trực tràng.

3. Chống chỉ định:

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột thừa.
- Bán tắc ruột, tắc ruột hay xoắn ruột.

4. Dụng cụ: Một mâm trải khăn sạch gồm:

- Bốc có gắn ống cao su có khóa. Canuyn hoặc ống thông hậu môn Rectal.

- Dung dịch để thụt, nhiệt độ từ 37⁰C - 40⁰C. Số lượng người lớn 1.000 - 1.500 ml, trẻ em 200 - 500 ml.
- khay hạt đậu, vải miếng vải thưa, chất trơn, tấm cao su, vải đắp, bình phong.
- Bồn tiêu có nắp đậy (nếu cần), giấy vệ sinh, túi giấy, trụ treo, găng tay sạch.



5. Kỹ thuật tiến hành:

- Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân.
- Báo và giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm và dặn dò những điều cần thiết.
- Che bình phong
- Cao su dưới mông bệnh nhân, phủ vải đắp.
- Bỏ hắt quần bệnh nhân ra nếu bệnh nhân tiêu tại giường hoặc kéo quần xuống khỏi mông nếu bệnh nhân đi tiêu được.
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng về bên trái (nếu được). Trường hợp bệnh nhân liệt cho bệnh nhân nằm ngửa trên bô dẹt, nâng cao đầu cho bệnh nhân.
- Treo bôc lên trụ cách mặt giường từ 40 - 60 cm.
- Mang găng tay.
- Gắn canuyn hoặc ống thông hậu môn.
- Bôi chất trơn lên canuyn hoặc ống thông hậu môn.
- Mở khoá cho ít nước chảy vào khay hạt đậu để đuổi khí và phần nước lạnh tron ra ngoài. Khoá ống cao su lại
- Dỡ vải đắp ra để lộ mông bệnh nhân và nhẹ nhàng đưa ống thông vào hậu môn sâu từ 12 - 15 cm (hoặc hướng canuyn theo chiều rốn 2 - 3 cm, sau đó đưa canuyn hơi ngả về sau cột sống 2/3 canuyn).
- Mở khoá cho nước vào từ từ.
- Nước sắp hết khoá lại, nhẹ nhàng rút canuyn hoặc ống thông ra

- Xả hết nước vào khay hạt đậu, dùng gạc lau sạch canuyn cho vào khay hạt đậu, treo dây cao su lên trụ.
- Cho bệnh nhân nằm ngửa lại, dặn bệnh nhân rặn giữ nước trong ruột lâu 10 phút nếu được. Sau đó để bồn tiêu vào, cho bệnh nhân nằm đầu cao hoặc bệnh nhân ra phòng vệ sinh nếu bệnh nhân đi được.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

6. Những điểm cần lưu ý:

- Nước không chảy vào ruột, kiểm soát lại canule hoặc ống thông.
- Trong lúc cho nước vào, nếu người bệnh kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện thì ngưng ngay không cho chảy tiếp tục, khi các dấu chứng trên giảm bớt, tiếp tục cho nước chảy vào với áp lực nhẹ hơn lúc đầu. Bock để cách mặt giường khoảng 40 cm để giảm bớt áp lực và khó chịu cho người bệnh.
- Khuyến người bệnh giữ nước trong ruột càng lâu càng tốt, ít nhất là 15 phút sau.
- Nhiệt độ của dung dịch thật khoảng 37- 40⁰C để tránh kích thích nhu động ruột.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Báo và giải thích để bệnh nhân an tâm, dặn dò những điều cần thiết
2	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang
3	Chuẩn bị dụng cụ:
	* Dụng cụ gồm: Khăn sạch
	- Một bôc đựng nước thụt tháo, trụ treo
	- Dung dịch thụt tháo theo y lệnh hoặc nước nhiệt độ từ 37 - 40 độ C
	- Sonde Rectal, vải miếng gạc, chất trơn (KY)
	- Một tấm nilon, một vải đắp, bình phong, trụ treo
	- Bồn hạt đậu, túi giấy, bô dẹt có nắp đậy, giấy vệ sinh, cồn sát khuẩn tay nhanh
4	Kiểm tra khóa, dây cao su, cho nước vào bôc thụt tháo
5	Đem dụng cụ đến giường báo cho bệnh nhân biết, che bình phong
6	Lót tấm nilon dưới mông, phủ vải đắp
7	Kéo quần bệnh nhân để lộ mông (hoặc cởi hẳn quần, nếu bệnh nhân không đi lại được)
8	Cho bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, chân dưới thẳng chân trên co, (trường hợp liệt cơ vòng hậu môn bệnh nhân không tự chủ cho bệnh nhân nằm ngửa trên bô dẹt, nâng cao đầu bệnh nhân)
9	Mang găng tay
10	Treo bôc lên trụ cách mặt giường 60 - 80 cm, lắp sonde Rectal vào ống cao su của bôc thụt tháo
11	Dùng chất trơn (KY) bôi trơn đầu ống khoảng 12 - 15 cm

12	Mở khóa cho nước chảy vào khay hạt đậu đuôi khỉ sau đó khóa ống lại
13	Mở vải đắp để lộ môn bệnh nhân, dùng gạc bọc lộ hậu môn (một tay vạch môn bệnh nhân để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa ống sonde Rectal vào hậu môn từ 12 - 15 cm), trong khi đưa ống sonde vào bảo bệnh nhân há miệng thở đều
14	Mở khóa để cho nước chảy từ từ vào, một tay luôn giữ ống sonde để phòng ống tụt ra ngoài
15	Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không ? (quan sát lượng nước trong béc, hỏi xem bệnh nhân có căng, tức bụng không)
16	Khi nước ở trong béc chảy gần hết khóa ống lại, rút nhẹ nhàng ống sonde ra và xả hết nước còn lại trong béc
17	Tháo ống sonde dùng ra, dùng gạc lau rồi bỏ vào khay hạt đậu và treo ống cao su lên trụ
18	Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố giữ nước trong ruột từ 10 - 15 phút. Đưa xô cho bệnh nhân hoặc giúp bệnh nhân vào nhà vệ sinh đại tiện, xong giúp bệnh nhân lau chùi
19	Lấy tấm nilon ra, mặc quần cho bệnh nhân
20	Sửa lại giường, giúp bệnh nhân thoải mái
21	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỤT THÁO

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Báo và giải thích để bệnh nhân an tâm, dặn dò những điều cần thiết		
2	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang		
3	Chuẩn bị dụng cụ:		
	* Dụng cụ gồm: Khăn sạch		
	- Một béc đựng nước thụt tháo, trụ treo		
	- Dung dịch thụt tháo theo y lệnh hoặc nước nhiệt độ từ 37 - 40 độ C		
	- Sonde Rectal, vải miếng gạc, chất trơn (KY)		
	- Một tấm nilon, một vải đắp, bình phong, trụ treo		
	- Bồn hạt đậu, túi giấy, xô đựng có nắp đậy, giấy vệ sinh, cồn sát khuẩn tay nhanh		
4	Kiểm tra khóa, dây cao su, cho nước vào béc thụt tháo		
5	Đem dụng cụ đến giường báo cho bệnh nhân biết, che bình phong		
6	Lót tấm nilon dưới môn, phủ vải đắp		
7	Kéo quần bệnh nhân để lộ môn (hoặc cởi hần quần, nếu bệnh nhân không đi lại được)		
8	Cho bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, chân dưới thẳng chân trên co, (trường hợp liệt cơ vòng hậu môn bệnh nhân không tự chủ cho bệnh nhân nằm ngửa trên xô đựng, nâng cao đầu bệnh nhân)		

9	Mang găng tay		
10	Treo bôc lên trụ cách mặt giường 60 - 80 cm, lắp sonde Rectal vào ống cao su của bôc thật tháo.		
11	Dùng chất trơn (KY) bôi trơn đầu ống khoảng 12 - 15 cm		
12	Mở khóa cho nước chảy vào khay hạt đậu đuôi khí sau đó khóa ống lại		
13	Mở vải đắp để lộ mông bệnh nhân, dùng gạc bôc lộ hậu môn (một tay vạch mông bệnh nhân để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa ống sonde Rectal vào hậu môn từ 12 - 15 cm), trong khi đưa ống sonde vào bảo bệnh nhân há miệng thở đều.		
14	Mở khóa để cho nước chảy từ từ vào, một tay luôn giữ ống sonde để phòng ống tụt ra ngoài		
15	Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không ? (quan sát lượng nước trong bôc, hỏi xem bệnh nhân có căng, tức bụng không)		
16	Khi nước ở trong bôc chảy gần hết khóa ống lại, rút nhẹ nhàng ống sonde ra và xả hết nước còn lại trong bôc.		
17	Tháo ống sonde dùng ra, dùng gạc lau rồi bỏ vào khay hạt đậu và treo ống cao su lên trụ.		
18	Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố giữ nước trong ruột từ 10 - 15 phút. Đưa bôc cho bệnh nhân hoặc giúp bệnh nhân vào nhà vệ sinh đại tiện, xong giúp bệnh nhân lau chùi.		
19	Lấy tấm nilon ra, mặc quần cho bệnh nhân		
20	Sửa lại giường, giúp bệnh nhân thoải mái		
21	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích làm sạch toàn bộ khung, đại tràng được áp dụng khi:

- A. Táo bón lâu ngày.
- B. Tăng nhu động ruột.
- C. Chướng hơi vùng bụng.
- D. Trước khi nội soi trực tràng.

2. Bôc treo cao hơn hậu môn:

- A. 10 cm.
- B. 20 cm.
- C. 60 cm.
- D. 80 cm.

3. Nhiệt độ nước được dùng để thật tháo là:

- A. 20⁰C.
- B. 30⁰C
- C. 40⁰C.
- D. 50⁰C.

4. Số lượng nước thật tháo cho người lớn là:

- A. 200 – 500ml
- B. 500 – 100ml
- C. 1.000 - 1.500ml
- D. 2.000 - 2.500ml

5. Dụng cụ nào dưới đây dùng để thật tháo?

- A. Canuyn hoặc ống thông hậu môn Rectal.
- B. Tube levin.
- C. Nelaton
- D. Canul

BÀI 18: KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIỂU CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa thông tiểu, các yếu tố ảnh hưởng đến bài tiết nước tiểu.
- 1.2. Trình bày được định nghĩa về sự bài tiết bất thường qua đường tiết niệu.
- 1.3. Mục đích, chỉ định và chống chỉ định của thông tiểu và thông tiểu liên tục .
- 1.4. Kể được các điểm cần lưu ý khi đặt thông tiểu và thông tiểu liên tục.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật thông tiểu và thông tiểu liên tục.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Mục đích: Dùng một ống thông cho qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu ra ngoài và điều trị bệnh.

* Trường hợp đặt ống thông trong bàng quang và giữ lâu ngày để:

- Dẫn nước tiểu ra ngoài.
- Chăm máu trong những trường hợp mổ tuyến tiền liệt hoặc niệu đạo.
- Giữ giường được khô.
- Giữ vết mổ ở bàng quang và bộ phận sinh dục không bị nhiễm trùng.

2. Chỉ định:

- Bí tiểu.
- Trước khi phẫu thuật.
- Trước khi sanh.
- Cần lấy nước tiểu để thử nghiệm tìm vi trùng.
- Để chẩn đoán các bệnh về hệ tiết niệu.

* Thông tiểu lưu được áp dụng trong trường hợp:

- Bí tiểu thường xuyên.
- Trước và sau những cuộc mổ lớn.
- Sau khi phẫu thuật vùng hội âm - âm đạo.
- Phẫu thuật những cơ quan thuộc hệ tiết niệu : Thận, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt.
- Theo dõi về khả năng bài tiết của thận trong những giờ nhất định.
- Bệnh nhân tiểu không tự chủ.

3. Chống chỉ định:

- Nhiễm khuẩn niệu đạo
- Dập rách niệu đạo
- Chấn thương tuyến tiền liệt.

4. Quy trình kỹ thuật:

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân biết việc sắp làm để họ yên tâm.
- Bệnh nhân đi lại được: chuẩn bị nước để bệnh nhân tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi thông tiểu.
- Bệnh nhân không đi lại được :
 - + Trải tấm nilon trên giường, đặt sẵn xô đựng dưới mông bệnh nhân để bệnh nhân nằm ngửa co đầu gối chống chân xuống giường và hơi dẹt ra.
 - + Rửa bộ phận sinh dục bằng nước xà phòng loãng hoặc nước đun sôi để nguội, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.
 - + Điều dưỡng rửa tay.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ:

4.2.1. Dụng cụ vô trùng:

- Bồn hạt đậu hứng nước tiểu, kiềm, gòn, vải thưa,
- chất trơn (Parafin)
- Sonde nelaton; Ly nước muối, khăn có lỗ, đôi găng tay, bơm tiêm 10ml.
- Ống nghiệm nếu cần, túi hứng nước tiểu.

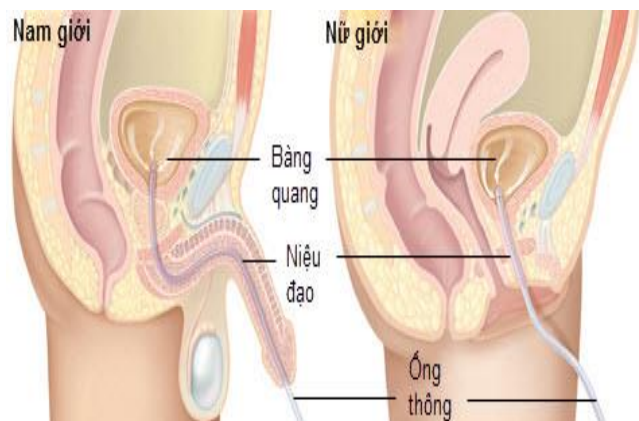
4.2.2. Dụng cụ sạch: Tấm bình phong; Cao su, vải đắp; Túi nilon, bồn tiểu.



4.3. Tiến hành kỹ thuật

* Thông tiểu thường

- Mang dụng cụ đến giường để vào nơi thuận tiện.
- Che bình phong.
- Trải vải cao su dưới mông bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân đắp vải phủ, cởi quần ra.
- Quấn vải đắp vào 2 bàn chân bệnh nhân (nam quấn cổ chân)
- Tư thế nằm ngửa, 2 chân chống bẹt (nam 2 chân dang rộng)
- Để mâm vào giữa 2 chân bệnh nhân và lưu ý bệnh nhân không đạp đổ.
- Đặt túi nilon nơi thuận tiện.
- Sát khuẩn tay nhanh.
- Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục.
- Mở khăn đậy mâm ra.
- Mang găng vô khuẩn.

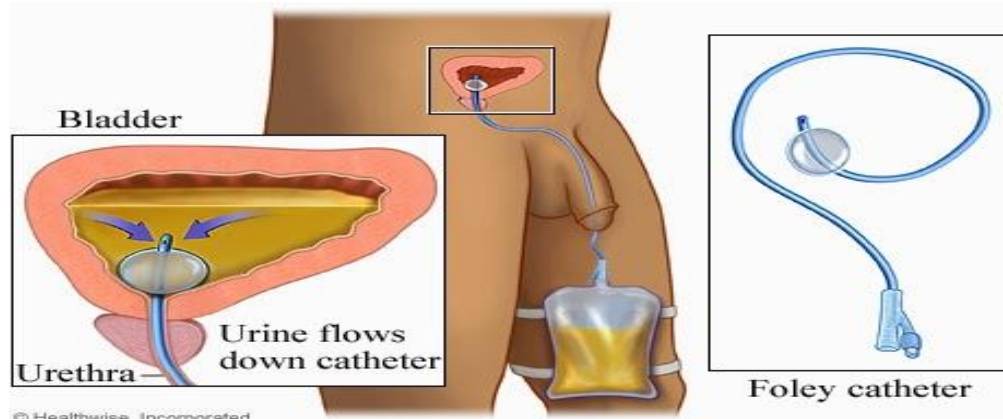


- Bôi chất trơn vào đầu ống thông khoảng 5 - 6 cm.
- Trải khăn có lỗ trên bệnh nhân để lộ bộ phận sinh dục.
- Một tay bộc lộ lỗ tiểu có lót gạc, một tay dùng kiềm gấp gòn rửa âm hộ từ trong ra ngoài.
- Đặt bồn hạt đậu giữa hai đùi để hứng nước tiểu.
- Cầm ống thông đặt đuôi ống nằm trong bồn hạt đậu, đưa ống vào lỗ tiểu khoảng 4 - 5cm cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra.
- Khi ống thông vào tới bàng quang, tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra.
- Hết nước tiểu, gấp ống lại rút ống thông cho vào túi nilon.
- Lau khô lỗ tiểu và phủ vải đắp kín đáo.
- Thu dọn dụng cụ vào mâm; Lấy tấm cao su ra.
- Cho bệnh nhân về tư thế thoải mái và mặc quần.
- Mang dụng cụ về cọ rửa, tháo găng, rửa tay.

*** Thông tiểu liên tục:**

- Mang dụng cụ đến giường để vào nơi thuận tiện.
- Che bình phong.
- Trải vải cao su dưới mông bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân đắp vải phủ, cởi quần ra.
- Quấn vải đắp vào 2 bàn chân bệnh nhân (nam quấn cổ chân)
- Tư thế nằm ngửa, 2 chân chống bệt (nam 2 chân dang rộng)
- Để mâm vào giữa 2 chân bệnh nhân và lưu ý bệnh nhân không đạp đổ.
- Đặt túi nilon nơi thuận tiện.
- Sát khuẩn tay nhanh.
- Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục.
- Mở khăn đậy mâm ra.
- Mang găng vô khuẩn. Dùng bơm tiêm hút 10ml nước muối
- Bôi chất trơn vào đầu ống thông khoảng 16 cm.
- Trải khăn có lỗ trên bệnh nhân để lộ bộ phận sinh dục.
- Bao gạc quanh qui đầu, kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu rồi nhúng dung dịch rửa từ lỗ tiểu ra ngoài.
- Đặt bồn hạt đậu giữa hai đùi để hứng nước tiểu.
- Một tay cầm dương vật để thẳng đứng kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu, tay còn lại cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm, hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục cho ống thông vào khoảng 15-20cm đến khi thấy nước tiểu chảy ra.
- Khi ống thông vào tới bàng quang, tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra.

- Hết nước tiểu. Dùng bơm tiêm bơm nước vào bóng để giữ ống trong bàng quang. Kéo nhẹ kiểm tra ống có tụt ra không.
- Tháo khăn lở và nối đuôi ống vào dây câu. Dán băng keo ở chỗ nối, đùi bệnh nhân.
- Thu dọn dụng cụ vào mâm; Lấy tấm cao su ra.
- Cho bệnh nhân về tư thế thoải mái và mặc quần .
- Mang dụng cụ về cọ rửa, tháo găng, rửa tay.



4.4. Lưu ý:

- Kỹ thuật thực hiện phải đúng qui trình và vô khuẩn.
- Động tác phải nhẹ nhàng, nếu vướng mắc phải làm lại hoặc báo bệnh nhân há miệng thờ đều.
- Nếu cần lấy nước tiểu xét nghiệm tìm vi trùng phải lấy nước tiểu giữa bãi và lấy trực tiếp vào ống nghiệm.
- Nếu bệnh nhân bí tiểu phải rút nước tiểu chậm và không rút hết nước tiểu trong bàng quang.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục 2lần trong ngày.
- Cột ống, mỗi 2- 3 giờ tháo cho nước tiểu chảy ra.
- Theo dõi bệnh nhân trong và sau khi thông tiểu để phát hiện những dấu hiệu bất thường và xử trí kịp thời.
- Thời gian thay ống thông 5 – 7 ngày.

4.5. Các biến chứng khi thông tiểu

4.5.1. Thông tiểu thường

- Nhiễm trùng lỗ tiểu, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận
- Tổn thương niêm mạc niệu đạo
- Xuất huyết bàng quang

4.5.2. Thông tiểu liên tục

- Nhiễm trùng lỗ tiểu, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận.
- Tổn thương niêm mạc niệu đạo
- Xuất huyết niệu đạo bàng quang.
- Hoại tử niệu đạo
- Dò niệu đạo

- Hẹp niệu đạo
- Teo bàng quang

- Sỏi bàng quang
- Nhiễm trùng huyết

QUY TRÌNH ĐẶT THÔNG TIỂU THƯỜNG

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Báo và giải thích việc sắp làm
2	Điều dưỡng rửa tay, mang khẩu trang
3	Chuẩn bị dụng cụ:
	Trải khăn vô khuẩn trên mâm (trải khăn kiểu đậy lại)
	Ống thông Nelaton
	Gạc 3-4 miếng, gòn, khăn có lỗ
	1 ly đựng dung dịch NaCl 0.9%
	Kềm, khay hạt đậu
	Chất trơn, gant tay, chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh
	Vải phủ, tấm cao su, bọc nilon hoặc khay hạt đậu đựng đồ dơ
	Ống nghiệm (nếu cần), bình phong, xô tròn hoặc xô dẹt
4	Mang dụng cụ đến giường đặt ở nơi thuận tiện. Báo và giải thích cho bệnh nhân, che bình phong
5	Trải tấm cao su dưới mông bệnh nhân
6	Phủ vải đắp và cởi quần bệnh nhân ra
7	Nữ: Quần vải đắp vào 2 bàn chân của bệnh nhân cho kín đáo
	Nam: Quần vải đắp vào chân bệnh nhân cho kín đáo
8	Nữ: Cho bệnh nhân chống bệ 2 chân (tư thế sản khoa)
	Nam: Cho bệnh nhân dang hai chân ra
9	Đặt khay dụng cụ vào giữa 2 đùi. Đặt túi nilon hoặc khay hạt đậu nơi thuận tiện.
10	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục. Sát khuẩn tay nhanh
11	Mở mâm dụng cụ. Mang gant vô khuẩn
12	Bôi chất trơn vào đầu ống sonde dài 4cm đối với nữ, 15cm đối với nam
13	Trải khăn lỗ
14	Nữ: Một tay bọc lộ lỗ tiểu có lót gạc, một tay dùng kẹp gấp gòn rửa âm hộ từ trong ra ngoài
	Nam: Bao gạc quanh bao qui đầu, kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu rồi dùng gòn nhúng dung dịch rửa từ lỗ tiểu ra ngoài
15	Đặt bồn hạt đậu vào để hứng nước tiểu
16	Nữ: Cầm ống thông đặt đuôi ống nằm trong bồn hạt đậu, đưa ống vào lỗ tiểu cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra, tay giữ ống thông cho đến khi tiểu xong
	Nam: Tay kia cầm dương vật để thẳng đứng kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu, tay còn lại cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục cho ống thông vào từ từ đến bàng quang

17	Lấy nước tiểu xét nghiệm (nếu cần). Rút ống thông tiểu, kẹp hoặc gấp ống lại, lau khô lỗ tiểu
18	Đẹp mâm dụng cụ, phủ vải đắp cho bệnh nhân kín đáo, mặc quần cho bệnh nhân
19	Cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi. Dặn dò những điều cần thiết. Mang dụng cụ về cọ rửa, tháo gant, rửa tay, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH THÔNG TIỂU THƯỜNG

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Báo và giải thích việc sắp làm		
2	Điều dưỡng rửa tay, mang khẩu trang		
3	Chuẩn bị dụng cụ:		
	Trái khăn vô khuẩn trên mâm (trái khăn kiểu đậy lại)		
	Ống thông Nelaton		
	Gạc 3-4 miếng, gòn, khăn có lỗ		
	1 ly đựng dung dịch NaCl 0.9%		
	Kềm, khay hạt đậu		
	Chất trơn, gant tay, chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh		
	Vải phủ, tấm cao su, bọc nylon hoặc khay hạt đậu đựng đồ dơ		
	Ống nghiệm (nếu cần), bình phong, xô tròn hoặc xô dẹt		
4	Mang dụng cụ đến giường đặt ở nơi thuận tiện. Báo và giải thích cho bệnh nhân, che bình phong		
5	Trái tấm cao su dưới mông bệnh nhân		
6	Phủ vải đắp và cởi quần bệnh nhân ra		
7	Nữ: Quấn vải đắp vào 2 bàn chân của bệnh nhân cho kín đáo Nam: Quấn vải đắp vào chân bệnh nhân cho kín đáo		
8	Nữ: Cho bệnh nhân chống bệ 2 chân (tư thế sản khoa) Nam: Cho bệnh nhân dang hai chân ra		
9	Đặt khay dụng cụ vào giữa 2 đùi. Đặt túi nylon hoặc khay hạt đậu nơi thuận tiện.		
10	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục. Sát khuẩn tay nhanh		
11	Mở mâm dụng cụ. Mang gant vô khuẩn		
12	Bôi chất trơn vào đầu ống sonde dài 4cm đối với nữ, 15cm đối với nam		
13	Trái khăn lỗ		
14	Nữ: Một tay bọc lộ lỗ tiểu có lót gạc, một tay dùng kẹp gấp gòn rửa âm hộ từ trong ra ngoài Nam: Bao gạc quanh bao qui đầu, kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu rồi dùng gòn nhúng dung dịch rửa từ lỗ tiểu ra ngoài		
15	Đặt bồn hạt đậu vào để hứng nước tiểu		

16	Nữ: Cầm ống thông đặt đầu ống nằm trong bồn hạt đậu, đưa ống vào lỗ tiểu cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra, tay giữ ống thông cho đến khi tiểu xong Nam: Tay kia cầm dương vật để thẳng đứng kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu, tay còn lại cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục cho ống thông vào từ từ đến bàng quang		
17	Lấy nước tiểu xét nghiệm (nếu cần). Rút ống thông tiểu, kẹp hoặc gấp ống lại, lau khô lỗ tiểu		
18	Đẹp mâm dụng cụ, phủ vải đắp cho bệnh nhân kín đáo, mặc quần cho bệnh nhân		
19	Cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi. Dặn dò những điều cần thiết. Mang dụng cụ về cọ rửa, tháo gant, rửa tay, ghi hồ sơ		

QUY TRÌNH THÔNG TIỂU LIÊN TỤC

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
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 đặt ở nơi thuận tiện. Báo và giải thích cho bệnh nhân, che bình phong
5	Trải tấm cao su dưới mông bệnh nhân
6	Phủ vải đắp và cởi quần bệnh nhân ra
7	Nữ: Quần vải đắp vào 2 bàn chân của bệnh nhân cho kín đáo Nam: Quần vải đắp vào chân bệnh nhân cho kín đáo
8	Nữ: Cho bệnh nhân chống bệt 2 chân (tư thế sản khoa) Nam: Cho bệnh nhân dang hai chân ra
9	Đặt khay dụng cụ vào giữa 2 đùi. Đặt túi nilon hoặc khay hạt đậu nơi thuận tiện.
10	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục. Sát khuẩn tay nhanh
11	Mở mâm dụng cụ. Mang gant vô khuẩn
12	Rút sẵn 5-10ml nước vào ống tiêm để trên mâm.
13	Bôi chất trơn vào đầu ống sonde dài 4cm đối với nữ, 15cm đối với nam nối ống vào dây câu
14	Trải khăn lỗ
15	Một tay bộc lộ lỗ tiểu có lót gạc, một tay dùng kẹp gấp gòn rửa âm hộ từ trong ra ngoài
16	Đặt bồn hạt đậu vào để hứng nước tiểu
17	Nữ: Cầm ống thông đặt đầu ống nằm trong bồn hạt đậu, đưa ống vào lỗ tiểu cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra. Nam: Tay kia cầm dương vật để thẳng đứng kéo lui da qui đầu để lộ lỗ tiểu, tay

	còn lại cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục cho ống thông vào từ từ đến bàng quang
18	Lấy nước tiểu xét nghiệm (nếu cần). Cho nước tiểu chảy ra gần hết, lấy ống tiêm bơm nước vào bóng để giữ ống trong bàng quang
19	Kéo nhẹ xem ống có tụt ra không
20	Tháo khăn lỗ
21	Dán băng keo để cố định ống vào đùi, chỗ nối dây câu
22	Đẹp mâm dụng cụ, phủ vải đắp cho bệnh nhân kín đáo, mặc quần cho bệnh nhân
23	Cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi. Dặn dò những điều cần thiết. Mang dụng cụ về cọ rửa, tháo gỡ, rửa tay, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH THÔNG TIỂU LIÊN TỤC

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	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 đặt ở nơi thuận tiện. Báo và giải thích cho bệnh nhân, che bình phong		
5	Trải tấm cao su dưới mông bệnh nhân		
6	Phủ vải đắp và cởi quần bệnh nhân ra		
7	Nữ: Quần vải đắp vào 2 bàn chân của bệnh nhân cho kín đáo Nam: Quần vải đắp vào chân bệnh nhân cho kín đáo		
8	Nữ: Cho bệnh nhân chống bệt 2 chân (tư thế sản khoa) Nam: Cho bệnh nhân dang hai chân ra		
9	Đặt khay dụng cụ vào giữa 2 đùi. Đặt túi nilon hoặc khay hạt đậu nơi thuận tiện.		
10	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục. Sát khuẩn tay nhanh		
11	Mở mâm dụng cụ. Mang gant vô khuẩn		
12	Rút sẵn 5-10ml nước vào ống tiêm để trên mâm.		
13	Bôi chất trơn vào đầu ống sonde dài 4cm đối với nữ, 15cm đối với nam nối ống vào dây câu		
14	Trải khăn lỗ		
15	Một tay bộc lộ lỗ tiểu có lót gạc, một tay dùng kèm gấp gòn rửa âm hộ từ trong ra ngoài		
16	Đặt bồn hạt đậu vào để hứng nước tiểu		
17	Nữ: Cầm ống thông đặt đuôi ống nằm trong bồn hạt đậu, đưa ống vào lỗ tiểu cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra. Nam: Tay kia cầm dương vật để thẳng đứng kéo lui da qui		

	đầu để lộ lỗ tiểu, tay còn lại cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục cho ống thông vào từ từ đến bàng quang		
18	Lấy nước tiểu xét nghiệm (nếu cần). Cho nước tiểu chảy ra gần hết, lấy ống tiêm bơm nước vào bóng để giữ ống trong bàng quang		
19	Kéo nhẹ xem ống có tụt ra không		
20	Tháo khăn lố		
21	Dán băng keo để cố định ống vào đùi, chỗ nối dây câu		
22	Đẹp mâm dụng cụ, phủ vải đắp cho bệnh nhân kín đáo, mặc quần cho bệnh nhân		
23	Cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi. Dặn dò những điều cần thiết. Mang dụng cụ về cọ rửa, tháo gỡ, rửa tay, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích đặt ống thông tiểu trong bàng quang và giữ lâu ngày để:

- A. Dẫn nước tiểu ra ngoài.
- B. Cầm máu trong trường hợp mổ tuyến tiền liệt.
- C. Giữ vết mổ ở bàng quang và bộ phận sinh dục không bị nhiễm trùng.
- D. Tất cả đúng

2. Chỉ định đặt ống thông tiểu liên tục trong các trường hợp sau, ngoại trừ:

- A. Bí tiểu thường xuyên.
- B. Trước và sau những cuộc mổ lớn.
- C. Sau khi phẫu thuật vùng hội âm - âm đạo.
- D. Nhiễm trùng tiểu

3. Chống chỉ định đặt ống thông tiểu liên tục trong các trường hợp sau:

- A. Nhiễm khuẩn niệu đạo.
- B. Giáp rách niệu đạo.
- C. Chấn thương tuyến tiền liệt
- D. Tất cả đúng

4. Chất trơn dùng trong thông tiểu:

- A. Vaseline
- B. Parafine
- C. KY
- D. Povidine 10%

5. Nên chọn thông tiểu có thể tích bóng là bao nhiêu để lưu ống trong bàng quang:

- A. 30ml
- B. 20ml
- C. 150ml
- D. 10ml

BÀI 19: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức: Kể được chỉ định và chống chỉ định của rửa bàng quang.

2. Kỹ năng:

2.1. Chuẩn bị được dụng cụ rửa bàng quang

2.2. Thực hiện được quy trình kỹ thuật rửa bàng quang

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

3.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

NỘI DUNG

1. Mục đích:

- Rửa sạch các chất bẩn lắng đọng trong bàng quang và để ống thông tiểu được thông.
- Trị viêm bàng quang.

2. Chỉ định:

- Những người bệnh đặt ống thông tiểu liên tục lâu ngày.
- Bàng quang bị nhiễm trùng.
- Chảy máu trong bàng quang (sau khi mổ bàng quang, tuyến tiền liệt).

3. Quy trình kỹ thuật

3.1 Rửa bàng ống bơm hút

3.1.1 Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Tư thế thích hợp.

3.1.2. Chuẩn bị dụng cụ

* Dụng cụ trong mâm vô khuẩn:

- Bồn hạt đậu
- Ống bơm hút (hoặc bơm tiêm 50ml)
- Gạc miếng

* Dụng cụ vô khuẩn ngoài mâm:

- Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh



- Chai dung dịch rửa bàng quang
- Găng tay

* Dụng cụ khác:

- Băng keo
- Túi đựng rác thải y tế
- Túi chứa nước tiểu (nếu cần)
- Tấm cao su hoặc giấy lót

3.1.3. Tiến hành kỹ thuật

- Báo giải thích người bệnh
- Kiểm tra lại sonde tiểu
- Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện
- Treo túi chứa nước tiểu mới (để đầu nối an toàn)
- Lót cao su, tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa
- Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Mở khay dụng cụ vô khuẩn
- Cho dung dịch rửa vào bồn hạt đậu
- Cầm gạc tháo rời đuôi Foley và ống nối
 - + Dùng ống bơm hút dịch, bơm rửa:
 - + Bên ngoài đầu ống thông
 - + Bên trong đầu ống thông
 - + Trong lòng ống thông
 - + Rửa bàng quang (mỗi lần bơm khoảng 100cc, hạ đuôi ống thông xuống bồn hạt đậu cho nước chảy ra)
- Rửa đến khi nước chảy ra trong
- Bơm rửa sạch bên ngoài đuôi ống thông
- Lau khô đuôi ống thông
- Thay hệ thống dây dẫn và túi chứa, dán cố định
- Dọn dụng cụ, giúp người bệnh tiện nghi, ghi hồ sơ

3.2. Rửa hệ thống dẫn lưu liên tục (hệ thống kín)

3.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

* **Dụng cụ vô khuẩn:**

- Bồn hạt đậu
- Gạc miếng, kềm, ống chữ Y hoặc dùng ống sonde Foley 3 chia
- Dụng cụ vô khuẩn ngoài khay:
 - Hệ thống dẫn lưu
 - Dây truyền dịch + dung dịch truyền NaCl 0,9%

- Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Chai dung dịch sát khuẩn

*** Dụng cụ sạch:**

- Găng tay
- Băng keo
- Túi đựng rác thải y tế
- Trụ treo

3.2.2. Tiến hành kỹ thuật

- Chuẩn bị bệnh nhân
- Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện
- Mở khay dụng cụ
- Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa
- Sát khuẩn tay nhanh
- Sát khuẩn nắp chai dung dịch
- Gắn dây dẫn dịch
- Treo chai lên trụ
- Cầm vải thưa tháo rời đuôi ống Foley + ống nối
 - Lấy ống nối Y lắp vào 3 đầu (hoặc dùng ống sonde Foley 3 chia)
 - + Một đầu nối với đuôi ống thông tiểu
 - + Một đầu nối với túi chứa nước tiểu
 - + Đầu còn lại với dây dẫn dịch rửa
- Mở khóa cho dịch chảy vào bàng quang, xong khóa lại 30 phút sau mở khóa cho dịch chảy ra túi chứa
- Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi, ghi hồ sơ

4. Những điểm cần lưu ý

- Tránh bơm rửa với áp lực mạnh nhất là khi bàng quang bị chảy máu.
- Trong khi rửa nếu thấy người bệnh bị mệt hoặc nước rửa chảy ra có máu thì phải ngưng ngay và báo cáo với bác sĩ.
- Nên áp dụng phương pháp rửa kín để hạn chế sự xâm nhập của vi khuẩn từ môi trường bên ngoài.

QUY TRÌNH RỬA BÀNG QUANG

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Báo và giải thích để bệnh nhân an tâm
2	Kiểm tra lại sonde tiểu
3	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang
4	Chuẩn bị dụng cụ
5	Mang dụng cụ đến giường, đặt bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần)

6	Lót tấm cao su phía dưới đùi, tháo băng cố định sonde tiểu
7	Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh
8	Mở mâm dung cụ vô khuẩn theo đúng kỹ thuật
9	Rót dung dịch NaCl 0,9% vào một khay hạt đậu
10	Mang găng tay vô khuẩn
11	Đặt một khay hạt đậu còn lại dọc theo đùi
12	Dùng gạc vô khuẩn tháo rời đuôi ống đặt vào khay hạt đậu
13	Hút dung dịch NaCl 0,9% rửa bên ngoài đuôi ống, 10ml dung dịch bơm rửa bên trong đúng cách. Mỗi lần bơm từ 200 - 250ml, rửa đến khi sạch
14	Lau khô đuôi ống thông, nối dây dẫn, cố định chỗ nối
15	Giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái
16	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH RỬA BÀNNG QUANG

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Báo và giải thích để bệnh nhân an tâm		
2	Kiểm tra lại sonde tiểu		
3	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang		
4	Chuẩn bị dụng cụ		
5	Mang dụng cụ đến giường, đặt bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần)		
6	Lót tấm cao su phía dưới đùi, tháo băng cố định sonde tiểu		
7	Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh		
8	Mở mâm dung cụ vô khuẩn theo đúng kỹ thuật		
9	Rót dung dịch NaCl 0,9% vào một khay hạt đậu		
10	Mang găng tay vô khuẩn		
11	Đặt một khay hạt đậu còn lại dọc theo đùi		
12	Dùng gạc vô khuẩn tháo rời đuôi ống đặt vào khay hạt đậu		
13	Hút dung dịch NaCl 0,9% rửa bên ngoài đuôi ống, 10ml dung dịch bơm rửa bên trong đúng cách. Mỗi lần bơm từ 200 - 250ml, rửa đến khi sạch		
14	Lau khô đuôi ống thông, nối dây dẫn, cố định chỗ nối		
15	Giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái		
16	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ		

Bài 20: KỸ THUẬT RỬA VẾT THƯƠNG, CẮT CHỈ, KHÂU VẾT THƯƠNG

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng da và phân loại vết thương.
- 1.2. Trình bày được chức năng của da bị thay đổi.
- 1.3. Trình bày được mục đích và nguyên tắc thay băng vết thương.
- 1.4. Kể được dụng cụ vô trùng và dụng cụ sạch của thay băng vết thương.
- 1.5. Kể được các điểm cần lưu ý quan trọng khi chăm sóc vết thương.

2. Kỹ năng:

Thực hiện được và đúng quy trình kỹ thuật của thay băng vết thương.

3. Thái độ:

Rèn luyện tác phong làm việc khẩn trương, khoa học, thận trọng và an toàn khi thực hiện được kỹ thuật thay băng vết thương.

NỘI DUNG

A. KỸ THUẬT RỬA VẾT THƯƠNG

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Khái niệm:

Có rất nhiều khái niệm về vết thương như: "Vết thương phần mềm chỉ các thương tích gây rách da và gây tổn thương mô liên kết dưới da, gân và cơ". Hoặc: "Vết thương được xem như sự gián đoạn trong sự liên tục của tế bào. Sự lành vết thương là sự phục hồi của sự liên tục đó".

2. Mục đích:

Người bệnh có vết thương được người điều dưỡng chăm sóc, thay băng, rửa vết thương theo kế hoạch điều trị của thầy thuốc nhằm mục đích:

- Che chở vết thương tránh bội nhiễm, va chạm từ bên ngoài và giúp người bệnh an tâm.
- Làm sạch vết thương.
- Cầm máu nơi vết thương.
- Hạn chế phần nào sự cử động tại nơi có vết thương.
- Nâng đỡ các vị trí tổn thương bằng nẹp hoặc băng.
- Cung cấp và duy trì môi trường ẩm cho mô vết thương.

3. Nguyên tắc chung:

Khi tiến hành thay băng, rửa vết thương cho người bệnh, người điều dưỡng cần tuân thủ theo các qui tắc sau:

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn tuyệt đối khi thay băng vết thương.
- Mỗi khay băng chỉ dùng riêng cho một người bệnh.
- Rửa vết thương đúng nguyên tắc từ trong ra ngoài.
- Trên một người bệnh có nhiều vết thương cần ưu tiên rửa vết thương vô khuẩn trước, vết thương sạch, vết thương nhiễm.
- Rửa da chung quanh vết thương rộng ra ngoài 3-5cm.
- Băng đắp lên vết thương phải phủ kín và cách rìa vết thương ít nhất 3 - 5cm.
- Vết thương có tóc lông cần được cạo sạch trước khi thay băng.
- Một số loại vết thương đặc biệt khi thay băng phải có y lệnh của bác sĩ (vết thương ghép da).
- Thuốc giảm đau phải dùng 20 phút trước khi thay băng.
- Cây tìm vi trùng phải lấy bớt mủ và chất tiết từ vết thương trước, sau đó dùng que gòn vô trùng phết lên vùng đáy hoặc cạnh bên của vết thương.
- Thời gian bộc lộ vết thương càng ngắn càng tốt.

4. Yếu tố thuận lợi giúp sự lành vết thương:

- Vết thương phải sạch, khô: thay băng khi vết thương thấm ứ đọng dịch.
- Bờ mép vết thương gần nhau, sát nhau.
- Bảo vệ vết thương ngăn sự xâm nhập của vi khuẩn.
- Dinh dưỡng đầy đủ, đều đặn, cung cấp đủ protein, vitamin và khoáng chất.
- Kích thích mô hạt mọc (mật ong, dầu mù u, nhau,...).
- Phải thay băng nhẹ nhàng, hạn chế thay băng, chỉ thay khi thấm ứ đọng dịch.
- Dung dịch dùng rửa phải thích hợp với vết thương.
- Tăng tuần hoàn tại chỗ như massage vùng da xung quanh, rọi đèn, phơi nắng tránh đè ép lên vết thương nhất là vết thương do loét tỳ. .

5. Phân loại vết thương: Trong thực tế có rất nhiều loại vết thương, mỗi loại có đặc điểm và tính chất khác nhau. Song có thể phân chia thành các loại sau:

5.1. Tình trạng nguyên vẹn của da

- Hở
- Kín

5.2. Hình dạng vết thương

- Vết trầy xước
- Vết thủng
- Vết rách
- Vết dập

5.3. Sự phân loại các vết thương theo vi sinh vật

- Vô khuẩn
- Sạch/bị nhiễm bẩn
- Nhiễm trùng

6. Biến chứng:

6.1. Chảy máu, tụ máu: thường do tình trạng cầm máu trong phẫu thuật chưa được an toàn, do người bệnh suy dinh dưỡng bực chỗ khâu cầm máu, hay do điều dưỡng tháo băng quá sớm trong những trường hợp băng ép cầm máu. Và việc tháo băng người bệnh không đúng cũng có nguy cơ chảy máu vết thương.

6.2. Nhiễm khuẩn vết thương là vấn đề lớn trong bệnh viện do chịu ảnh hưởng của nhiều nguyên nhân: do tình trạng vết thương, do kỹ thuật khâu, do môi trường bệnh viện, do không tuân thủ tình trạng vô khuẩn khi chăm sóc...

6.3. Rò, vết thương không lành thường xảy ra ở người bệnh suy kiệt, choáng, người bệnh ung thư, AIDS, nhiễm trùng, lao...

6.4. Vết thương hở: trong tình trạng nhiễm trùng nặng có nhiều mù, bẩn, cần được chăm sóc như rạch áp-xe,...

6.5. Sẹo xấu

6.5.1. Sẹo lồi: to, dày, chắc, căng, màu tím, đỏ ngứa, không tự khỏi.

6.5.2. Sẹo phì đại: do sự phát triển không ổn định, không bình thường của chất tạo keo và mô xơ. Sẹo trở nên dày, chắc, ít di động, cảm giác căng da. Có thể tự khỏi sau 2–3 tháng.

6.5.3. Sẹo co rút: do sự phân bố không đều của sợi tạo keo.

Sẹo ung thư hoá: căng nứt, loét kéo dài.

II. PHẦN THỰC HÀNH



1. Nhận định:

1.1. Xác định loại, vị trí vết thương:

- Mỗi loại vết thương sẽ có cách chăm sóc khác nhau, do đó cần xác định vết thương đang chăm sóc thuộc loại vết thương nào, mãn tính hay cấp tính, phẫu thuật hay ko phẫu thuật, hở hay kín,...

- Không chỉ vậy, xác định vị trí của vết thương cũng rất quan trọng trong chăm sóc.

- Những vết thương ở những vị trí dễ nhiễm khuẩn như khu vực quanh hậu môn, hay ở những vị trí dễ tỳ đè thì cần phải có kế hoạch chăm sóc đặc biệt, tỉ mỉ hơn.

1.2. Kích cỡ vết thương:

- Nhận định về kích cỡ vết thương là những đánh giá về độ dài, rộng, sâu cũng như thể tích của vết thương.
- Chiều dài của vết thương được tính là chiều dài lớn nhất mà đo theo hướng từ đầu đến chân và chiều rộng được tính là khoảng cách lớn nhất đo được theo hướng vuông góc với chiều dài.
- Các nhà nghiên cứu chỉ ra rằng, nếu chiều rộng không được đo vuông góc với chiều dài lớn nhất thì khu vực vết thương có thể được ước tính hơn 70% ở một vài vết thương.
- Độ sâu của vết thương được tính từ điểm sâu nhất của vết thương đến bề mặt da và thường được đo bằng một que tăm bông ẩm.
- Thể tích của vết thương thường chỉ được đo nhằm phục vụ nghiên cứu, thực tế trên lâm sàng ít đo thể tích vết thương.

1.3. Hình dạng vết thương:

- Nhận định hình dạng vết thương là tròn, elip, hình tam giác, hình bướm hay không có hình dạng cụ thể.
- Xác định hình dạng vết thương không chỉ giúp người chăm sóc lựa chọn được những băng gạc phù hợp với vết thương mà còn là đầu mối giúp tìm ra nguyên nhân của vết thương.

1.4. Dịch vết thương:

- Khi nhận định dịch vết thương cần nhận định các đặc điểm: thể tích dịch (nhiều, ít hay trung bình), tính chất dịch (trong, sạch, dịch huyết thanh, có máu, hay có mủ,...) và mùi của dịch (không mùi, có mùi, nặng mùi,...).
- Việc nhận định tình trạng dịch vết thương rất quan trọng trong đánh giá vết thương, nó là cơ sở để xác định vết thương đang tiến triển theo chiều hướng tốt lên hay xấu đi, cũng là cơ sở để người chăm sóc lựa chọn được loại băng phù hợp cho từng vết thương cũng như xác định được thời gian cần phải thay băng. Ví dụ, với những vết thương nhiều dịch thì việc lựa chọn băng alginate hay hydrofiber sẽ tốt hơn là băng hydrocolloid và ngược lại.

1.5. Vùng da quanh vết thương:

- Đánh giá màu sắc, độ ẩm, nhiệt độ, sự toàn vẹn của vùng da quanh vết thương. Việc đánh giá này cung cấp những dữ liệu cho việc đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị, chăm sóc.
- Bên cạnh đó, nó cũng là cơ sở để người chăm sóc lựa chọn cách sử dụng băng cho phù hợp, ví dụ như chọn dùng loại có băng keo hay ko có băng keo.

1.6. Tình trạng đau:

- Đau được xem như là dấu hiệu sinh tồn thứ năm bên cạnh mạch, nhiệt độ, huyết áp và tần số thở.

- Đánh giá tình trạng đau của vết thương giúp người chăm sóc nhận định được hiệu quả của phương pháp điều trị, chăm sóc.
- Nếu bệnh nhân không cảm thấy đau, đau ít hay tình trạng đau giảm dần theo thời gian chứng tỏ quá trình liền thương đang diễn ra tốt và ngược lại.

2. Chuẩn bị:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm.
- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện để thực hiện kỹ thuật.

2.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Dụng cụ bảo hộ (nếu cần).

3. Chuẩn bị dụng cụ:

3.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Gói dụng cụ rửa vết thương:
 - + Gói rửa vết thương thường:
 - 2 chén chum.
 - 2 kiềm hoặc 1 kiềm, 1 nhíp không máu.
 - + Gói rửa vết thương nhiễm:
 - 2 chén chum.
 - 2 kiềm hoặc 1 kiềm, 1 nhíp không máu.
 - 1 kéo.
- Gạc, gòn đủ dùng.
- Dung dịch rửa vết thương:
 - + Vết thương thường: NaCl 0.9%; Povidine 1%, ...
 - + Vết thương nhiễm: Oxy già, Povidine 10%, ...
- Dung dịch sát trùng: Cồn 70⁰, Povidine 10%, ...
- Găng tay.

3.2. Dụng cụ sạch

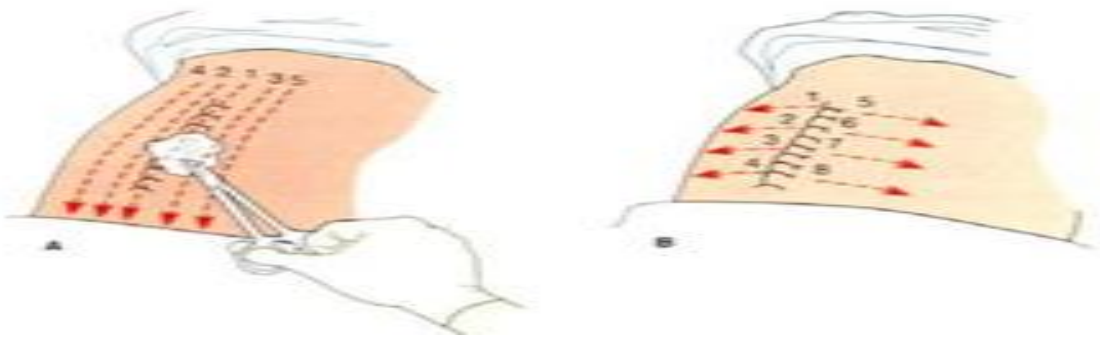
- Mâm sạch kích thước phù hợp.

- 1 khay hạt đậu/ túi giấy/ bọc nilon, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
- Tấm nilon/ tấm lót, khăn lông, băng dính.
- Băng dính, tấm bình phong (nếu cần).
- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.

4. Tiến hành kỹ thuật

4.1. Tiến hành kỹ thuật rửa vết thương thường:

- 4.1.1. Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.
- 4.1.2. Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.
- 4.1.3. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).
- 4.1.4. Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bọc lộ vùng có vết thương.
- 4.1.5. Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vết thương.
- 4.1.6. Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bản nơi thuận tiện.
- 4.1.7. Dùng tay nhẹ nhàng tháo băng bản bỏ vào khay hạt đậu hoặc túi nilon.
- 4.1.8. Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ.
- 4.1.9. Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.
- 4.1.10. Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.
- 4.1.11. Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay vô khuẩn.
- 4.1.12. Dùng kiểm vô khuẩn gấp gạc ấn dọc kiểm tra vết thương xem có dịch không (Áp dụng vết thương mới mổ ngày thứ nhất/ nghi ngờ nhiễm trùng).
- 4.1.13. Dùng kiểm vô khuẩn gấp gòn, nhúng vào dung dịch rửa, tiếp liệu đúng kỹ thuật, tiến hành rửa vết thương đúng (Rửa từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp, bên xa trước bên gần sau), rửa đến khi sạch.



- 4.1.14. Dùng gạc vô khuẩn thấm khô lại vết thương, gòn thấm khô vùng da xung vết thương.
- 4.1.15. Sát trùng vùng da xung quanh vết thương đúng kỹ thuật.
- 4.1.16. Đặt gạc vô khuẩn phủ kín vết thương, dùng băng dính dán cố định gạc.
- 4.1.17. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.
- 4.1.18. Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.

4.1.19. Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.

4.2. Tiến hành kỹ thuật rửa vết thương nhiễm:

4.2.1. Các bước giống như phần 4.1 (Từ 4.1.1 đến 4.1.11), chú ý soạn dụng cụ của phần rửa vết thương nhiễm.

4.2.2. Dùng kiềm vô khuẩn gấp gòn thấm khô vết thương, cho dung dịch oxy già vào vết thương (nếu cần), dùng gạc rửa nhiều lần đến khi sạch.

4.2.3. Dùng kéo cắt lọc mô hoại tử (nếu có).

4.2.4. Dùng kiềm vô khuẩn gấp gòn, nhúng vào dung dịch rửa, tiếp liệu đúng kỹ thuật, tiến hành rửa vết thương đúng (Rửa từ bờ mép vết thương ra ngoài, từ cao xuống thấp, bên xa trước bên gần sau), rửa đến khi sạch.

4.2.5. Dùng gạc vô khuẩn thấm khô lại vết thương, gòn thấm khô vùng da xung vết thương.

4.2.6. Sát trùng vùng da xung quanh vết thương đúng kỹ thuật.

4.2.7. Đặt gạc vô khuẩn phủ kín vết thương, dùng băng dính dán cố định gạc.

4.2.8. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.

4.2.9. Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.

4.2.10. Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ RỬA VẾT THƯƠNG THƯỜNG/ NHIỄM

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
• Dụng cụ vô khuẩn			
1	- Gói dụng cụ rửa vết thương: + Gói rửa vết thương thường: <ul style="list-style-type: none">• 2 chén chum.• 2 kiềm hoặc 1 kiềm, 1 nhíp không máu. + Gói rửa vết thương nhiễm: <ul style="list-style-type: none">• 2 chén chum.• 2 kiềm hoặc 1 kiềm, 1 nhíp không máu.• 1 kéo.		
2	- Gạc, gòn đủ dùng.		
3	- Dung dịch rửa vết thương: + Vết thương thường: NaCl 0.9%; Povidine 1%, ... + Vết thương nhiễm: Oxy già, Povidine 10%, ...		
4	- Dung dịch sát trùng: Cồn 70 ⁰ , Povidine 10%, ...		

5	- Găng tay.		
• Dụng cụ sạch			
6	- Mâm sạch kích thước phù hợp.		
7	- 1 khay hạt đậu/ túi giấy/ bọc nilon.		
8	- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.		
9	- Tấm nilon/ tấm lót, khăn lông, băng dính.		
10	- Băng dính, tấm bình phong (nếu cần).		
11	- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA VẾT THƯƠNG THƯỜNG

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).		
4	Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bọc lộ vùng có vết thương.		
5	Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vết thương.		
6	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bản nơi thuận tiện.		
7	Dùng tay nhẹ nhàng tháo băng bản bỏ vào khay hạt đậu hoặc túi nilon.		
8	Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ.		
9	Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.		
10	Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.		
11	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay vô khuẩn.		
12	Dùng kiềm vô khuẩn gấp gạc ấn dọc kiểm tra vết thương xem có dịch không (Áp dụng vết thương mới mổ ngày thứ nhất/ nghi ngờ nhiễm trùng).		
13	Dùng kiềm vô khuẩn gấp gòn, nhúng vào dung dịch rửa, tiếp liệu đúng kỹ thuật, tiến hành rửa vết thương đúng (Rửa từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp, bên xa trước		

	bên gần sau), rửa đến khi sạch.		
14	Dùng gạc vô khuẩn thấm khô lại vết thương, gòn thấm khô vùng da xung vết thương.		
15	Sát trùng vùng da xung quanh vết thương đúng kỹ thuật.		
16	Đặt gạc vô khuẩn phủ kín vết thương, dùng băng dính dán cố định gạc.		
17	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.		
18	Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.		
19	Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA VẾT THƯƠNG NHIỄM

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).		
4	Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bộc lộ vùng có vết thương.		
5	Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vết thương.		
6	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bẩn nơi thuận tiện.		
7	Dùng tay nhẹ nhàng tháo băng bẩn bỏ vào khay hạt đậu hoặc túi nilon.		
8	Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ.		
9	Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.		
10	Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.		
11	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay vô khuẩn.		
12	Dùng kiềng vô khuẩn gấp gòn thấm khô vết thương, cho dung dịch oxy già vào vết thương (nếu cần), dùng gạc rửa nhiều lần đến khi sạch.		

13	Dùng kéo cắt lọc mô hoại tử (nếu có).		
14	Dùng kiềm vô khuẩn gấp gòn, nhúng vào dung dịch rửa, tiếp liệu đúng kỹ thuật, tiến hành rửa vết thương đúng (Rửa từ bờ mép vết thương ra ngoài, từ cao xuống thấp, bên xa trước bên gần sau), rửa đến khi sạch.		
15	Dùng gạc vô khuẩn thấm khô lại vết thương, gòn thấm khô vùng da xung vết thương.		
16	Sát trùng vùng da xung quanh vết thương đúng kỹ thuật.		
17	Đặt gạc vô khuẩn phủ kín vết thương, dùng băng dính dán cố định gạc.		
18	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.		
19	Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.		
20	Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.		

5. Thu dọn dụng cụ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn – tiệt khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ an toàn, sắp xếp ngăn nắp, đúng vị trí ban đầu.

6. Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ rửa vết thương.
- Tình trạng vết thương.
- Thuốc/ dung dịch sử dụng, thuốc đắp lên (nếu có).
- Có cắt chỉ hay mở kẹp.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người thực hiện.

7. Những điều cần lưu ý

- Áp dụng kỹ thuật vô trùng hoàn toàn trong khi rửa vết thương hoặc cắt chỉ.
- Nên rửa các vết thương theo thứ tự: Vô khuẩn, sạch, nhiễm.
- Luôn luôn quan sát tình trạng vết thương khi thực hiện.

B. KỸ THUẬT CẮT CHỈ VẾT KHÂU

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Mục đích:

- Tránh sẹo xấu.
- Thoát lưu dịch, mủ.
- Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ.

- Vết thương có dấu hiệu nhiễm trùng/ nhiễm trùng.

2. Thời gian cắt chỉ vết khâu:

- Vết thương/ mổ đầu mặt cổ, thẩm mỹ thường là 3 đến 5 ngày.

- Vết thương/ mổ bình thường thường 7 ngày cắt chỉ.

- Vết thương/ mổ có đường kích thước > 10cm; gần khuỷu; xương, thời gian cắt lâu hơn hoặc cắt bỏ mối.

- Vết thương/ mổ ở người già; suy dinh dưỡng; thành bụng yếu; nhiều mổ thường sau 10 ngày trở lên.

- Vết thương/ mổ nhiễm trùng: cắt chỉ sớm khi phát hiện.

3. Yêu cầu khi cắt chỉ vết khâu:

- Phải sát trùng trước khi cắt.

- Phần chỉ phía trên không được chui xuống dưới da.

- Phải kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ sau khi cắt.

- Hạn chế sự đau đớn cho người bệnh.

II. PHẦN THỰC HÀNH

1. Nhận định:

- Vị trí khâu.

- Mục đích khâu.

- Thời gian ?

- Tình trạng vết khâu: khô/ dịch/ dấu hiệu viêm, ...

- Tình trạng người bệnh: suy dinh dưỡng, bệnh lý mãn tính kèm theo.

2. Chuẩn bị:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm.

- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện để thực hiện kỹ thuật.

2.2. Chuẩn bị điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Dụng cụ bảo hộ (nếu cần).

3. Chuẩn bị dụng cụ:

3.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Gói dụng cụ cắt chỉ:
 - + 2 chén chum.
 - + 2 kiềm hoặc 1 kiềm, 1 nhíp không máu.
 - + 1 kéo.
- Dung dịch sát trùng: Cồn 70⁰, Povidine 10%, ...

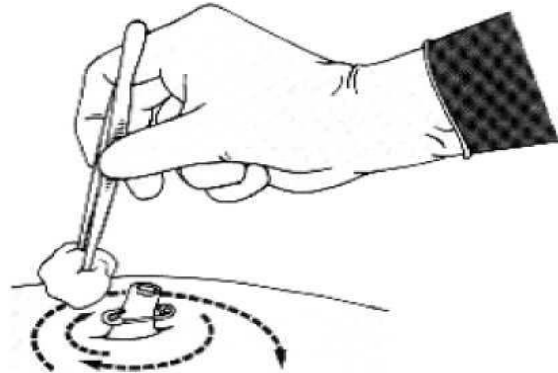
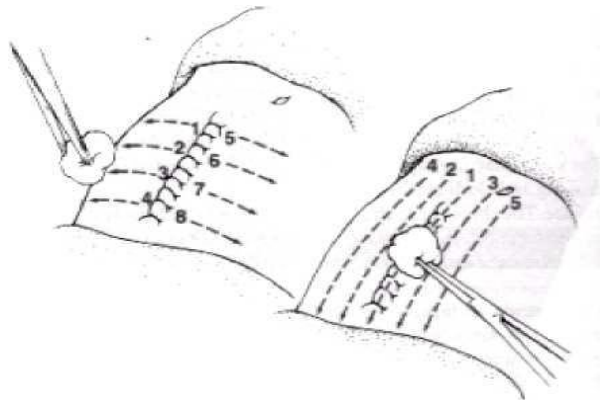
- Gạc, gòn đủ dùng.

3.2. Dụng cụ sạch:

- Găng tay sạch.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
- Tấm lót/ tấm cao su/ bọc nilon.
- Băng keo, tấm bình phong (nếu cần).
- 1 khay hạt đậu/ túi giấy/ bọc nilon.
- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.

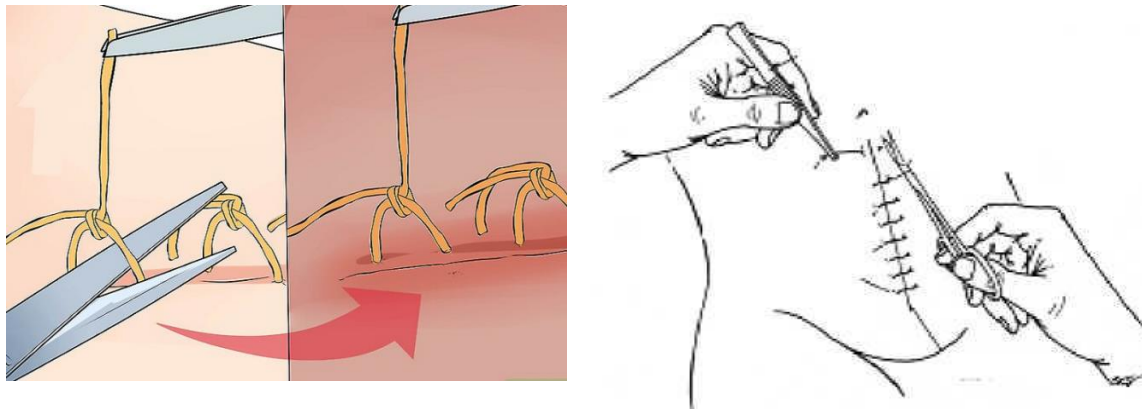
4. Tiến hành kỹ thuật

- 4.1. Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.
- 4.2. Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.
- 4.3. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).
- 4.4. Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bọc lộ vùng cần cắt chỉ.
- 4.5. Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vùng cắt chỉ.
- 4.6. Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng/ chỉ cắt.
- 4.7. Dùng tay nhẹ nhàng tháo băng bản bỏ vào khay hạt đậu hoặc túi nilon (nếu có).
- 4.8. Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ, mang găng tay sạch.
- 4.9. Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.
- 4.10. Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.
- 4.11. Tiến hành rửa vết thương (xem bài rửa vết thương) hoặc sát trùng.



- 4.12. Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu.

4.13. Dùng kiềm kéo nhẹ đầu chỉ và kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng (chỉ nằm trên da không được chui xuống da).



4.14. Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ.

4.15. Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh ít nhất 5cm.

4.16. Đặt gạc lên vết khâu, cố định gạc (nếu cần).

4.17. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò người bệnh những điều cần thiết.

4.18. Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.

4.19. Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ CẮT CHỈ VẾT KHÂU

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
• Dụng cụ vô khuẩn			
1	- Gói dụng cụ cắt chỉ: + 2 chén chum. + 2 kiềm hoặc 1 kiềm, 1 nhíp không máu. + 1 kéo.		
2	- Gạc, gòn đủ dùng.		
3	- Dung dịch sát trùng: Cồn 70 ⁰ , Povidine 10%, ...		
• Dụng cụ sạch			
4	- Găng tay sạch.		
5	- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.		
6	- Tấm lót/ tấm cao su/ bọc nylon.		
7	- Băng keo, tăm bình phong (nếu cần).		
8	- 1 khay hạt đậu/ túi giấy/ bọc nylon.		
9	- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT CHỈ VẾT KHÂU

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).		
4	Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bộc lộ vùng cần cắt chỉ.		
5	Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vùng cắt chỉ.		
6	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng/ chỉ cắt.		
7	Dùng tay nhẹ nhàng tháo băng bẩn bỏ vào khay hạt đậu hoặc túi nilon (nếu có).		
8	Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ, mang găng tay sạch.		
9	Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.		
10	Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.		
11	Tiến hành rửa vết thương (xem bài rửa vết thương) hoặc sát trùng.		
12	Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu.		
13	Dùng kiềm kéo nhẹ đầu chỉ và kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng (chỉ nằm trên da không được chui xuống da).		
14	Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ.		
15	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh ít nhất 5cm.		
16	Đặt gạc lên vết khâu, cố định gạc (nếu cần).		
17	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò người bệnh những điều cần thiết.		
18	Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.		
19	Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.		

5. Thu dọn dụng cụ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn – tiệt khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ an toàn, sắp xếp ngăn nắp, đúng vị trí ban đầu.

6. Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ cắt chỉ.
- Tình trạng vết khâu.
- Thuốc/ dung dịch sử dụng, thuốc đắp lên (nếu có).
- Có cắt chỉ hay mở kẹp bao nhiêu mối/ bao nhiêu kẹp.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người thực hiện.

7. Những điều cần lưu ý

- Áp dụng kỹ thuật vô trùng hoàn toàn trong khi cắt chỉ vết khâu.
- Phải kiểm tra sự toàn vẹn của môi chỉ.
- Hạn chế thêm đau đớn cho người bệnh.
- Luôn luôn quan sát tình trạng vết thương khi thực hiện.
- Thực hiện cắt chỉ đúng thời gian quy định.

C. KHÂU VẾT THƯƠNG/ VẾT MỒ

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Đại cương:

- Khâu vết thương là một công việc cực kỳ quan trọng và cần độ chính xác cao, an toàn để đảm bảo sức khỏe;
- Khi khâu vết thương tùy thuộc và VỊ TRÍ, TÌNH TRẠNG VẾT THƯƠNG mà áp dụng mũi khâu khác nhau;
- Khi khâu vết thương cần nắm rõ và thành thạo để đạt được hiệu quả cao nhất.

2. Khái niệm:

- Khâu vết thương là THAO TÁC dùng CHỈ PHẪU THUẬT để áp hai mép vết thương lại với nhau và thường là bước cuối cùng của một ca THỦ THUẬT/ PHẪU THUẬT.
- Khâu chỉ cũng là kỹ thuật linh hoạt nhất, ít tốn kém và được sử dụng nhiều nhất trong đóng vết mổ.

3. Mục đích khâu:

- Đóng vết thương/ mổ hở rộng không tự phục hồi.
- Giúp vết thương/ mổ sát lại với nhau.
- Thúc đẩy quá trình liền da và vết thương/ mổ nhanh hơn.
- Ngăn chặn sự nhiễm trùng và ngăn ngừa biến chứng.

- Ngăn chặn hoặc giảm sẹo sau khi lành vết thương/ mô.

4. Nguyên tắc chung khi khâu:

- Trước khi khâu, phải đảm bảo NB đã được vô cảm đúng mức, không còn các vật lạ và mô hư hoại trong vết thương.

- Hai bờ mép da phải được ráp đúng và khép kín với nhau, không chênh nhau, không bị quặp vào trong hoặc lộn ra ngoài, không được quá căng.

- Khâu đúng theo từng lớp giải phẫu học: cân, cơ, mô dưới da và da tương ứng với nhau, không được để “khoảng chết” bên dưới đường khâu.

- Sau khi khâu, hai mép vết khâu phải không so le nhau, không để bên thừa bên thiếu.

- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước, trong và sau khâu.

5. Một số yêu cầu về mũi khâu:

- Đóng kín các khoảng chết.

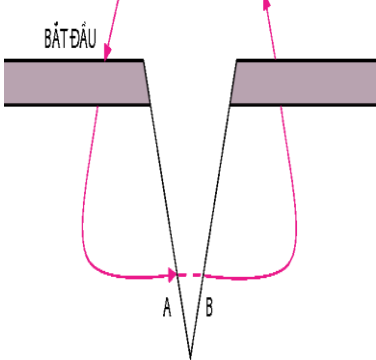
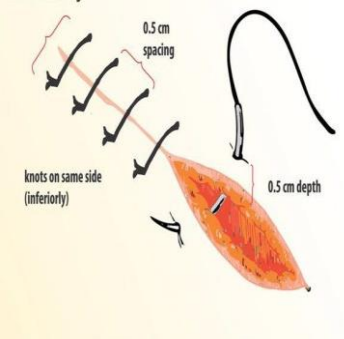
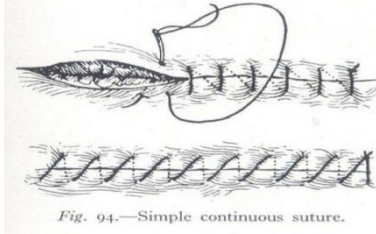
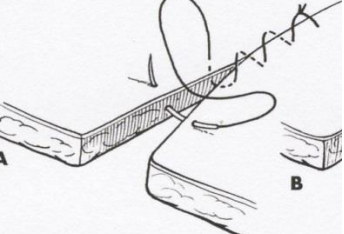
- Hỗ trợ vết thương/ mô đến khi lành.

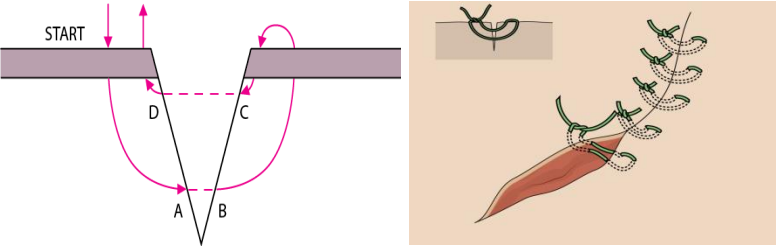
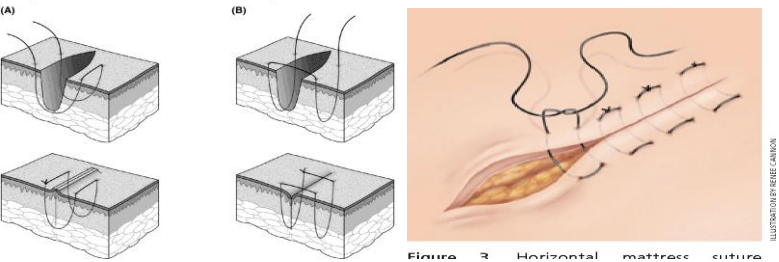
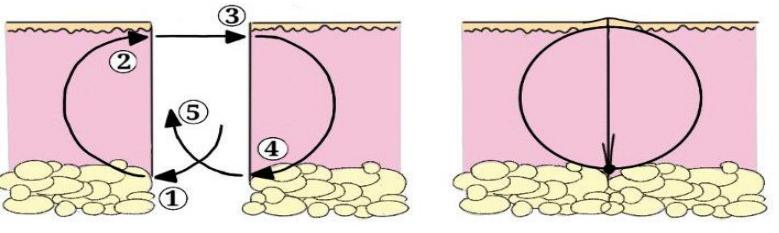
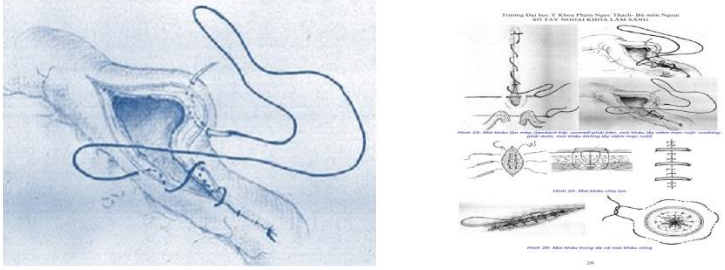
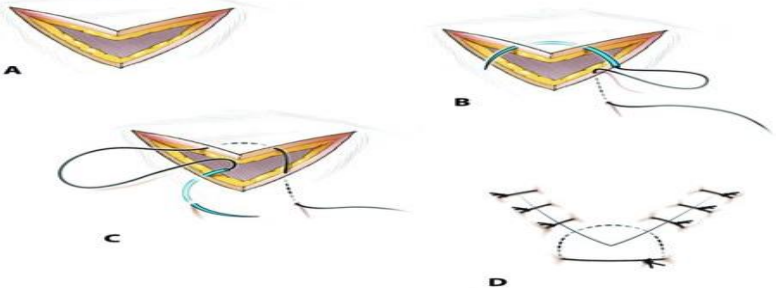
- Có thể chịu được lực căng tốt.

- Hai mép vết thương bằng mặt và khít nhau.

- Cầm máu và ngăn chặn sự nhiễm trùng.

6. Các mũi khâu cơ bản:

<p>- Mũi khâu rời/ mũi khâu chân rít.</p>		
<p>- Mũi khâu liên tục.</p>		

<p>- Mũi khâu đệm dọc.</p>	
<p>- Mũi khâu đệm ngang.</p>	 <p>Figure 3 Horizontal mattress suture ILLUSTRATION BY REECE GARDNER</p>
<p>- Mũi khâu trong da.</p>	
<p>- Mũi khâu lộn mép và mũi khâu vòng.</p>	
<p>- Mũi khâu góc.</p>	
<p>- Mũi khâu chịu lực.</p>	

II. PHẦN THỰC HÀNH

1. Nhận định vết khâu:

- Vị trí khâu.
- Mục đích khâu.

- Thời gian ?
- Tình trạng vết khâu: khô/ dịch/ dấu hiệu viêm, ...
- Tình trạng người bệnh: suy dinh dưỡng, bệnh lý mãn tính kèm theo.

2. Chuẩn bị:

2.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm.
- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện để thực hiện kỹ thuật.

2.2. Chuẩn bị điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Dụng cụ bảo hộ (nếu cần).

3. Chuẩn bị dụng cụ:

3.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Gói dụng cụ khâu vết thương/ mổ:
 - + 2 chén chum.
 - + 1 kiềm, 1 nhíp có máu máu.
 - + 1 Kẹp cầm kim
 - + 1 kéo.
- Bộ kim may + chỉ may phù hợp.
- Dung dịch sát trùng: Cồn 70⁰, Povidine 10%, ...
- Gạc, gòn đủ dùng.
- Găng tay.
- Khăn có lỗ

3.2. Dụng cụ sạch:

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
- Tấm lót/ tấm cao su/ bọc nilon.
- Băng keo, tấm bình phong (nếu cần).
- 1 khay hạt đậu/ túi giấy/ bọc nilon.
- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.
- Thuốc tê + bơm tiêm phù hợp.

4. Tiến hành kỹ thuật

- 4.1. Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.
- 4.2. Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.

- 4.3. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).
- 4.4. Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bộc lộ vùng cần khâu.
- 4.5. Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vùng khâu.
- 4.6. Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng đồ bẩn.
- 4.7. Sát khuẩn tay nhanh đúng quy trình.
- 4.8. Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.
- 4.9. Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.
- 4.10. Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ, mang găng vô trùng, trải khăn có lỗ (nếu cần).
- 4.11. Tiêm thuốc tê và tiến hành khâu vết thương/ mổ đúng kỹ thuật.
- 4.12. Dùng gạc lau sạch lại vết khâu và sát trùng rộng ra xung quanh ít nhất 5cm.
- 4.13. Đặt gạc lên vết khâu, cố định gạc.
- 4.14. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò người bệnh những điều cần thiết.
- 4.15. Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.
- 4.16. Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ KHÂU VẾT THƯƠNG/ MỔ

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
• Dụng cụ vô khuẩn			
1	- Gói dụng cụ khâu vết thương/ mổ: + 2 chén chum. + 1 kiềm, 1 nhíp có máu máu. + 1 Kẹp cầm kim + 1 kéo.		
2	- Bộ kim may + chỉ may phù hợp.		
3	- Gạc, gòn đủ dùng.		
4	- Găng tay.		
5	- Khăn có lỗ		
6	- Dung dịch sát trùng: Cồn 70 ⁰ , Povidine 10%, ...		
• Dụng cụ sạch			
7	- Găng tay sạch.		
8	- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.		
9	- Tấm lót/ tấm cao su/ bọc nilon.		
10	- Băng keo, tấm bình phong (nếu cần).		
11	- 1 khay hạt đậu/ túi giấy/ bọc nilon.		

12	- Bộ dụng cụ chứa chất thải đúng quy định.		
13	- Thuốc tê + bơm tiêm phù hợp		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG/ MỔ

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).		
4	Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần), bộc lộ vùng cần khâu.		
5	Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới vùng khâu.		
6	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng đồ bẩn.		
7	Sát khuẩn tay nhanh đúng quy trình.		
8	Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.		
9	Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.		
10	Sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ, mang găng vô trùng, trải khăn có lỗ (nếu cần).		
11	Tiêm thuốc tê và tiến hành khâu vết thương/ mổ đúng kỹ thuật.		
12	Dùng gạc lau sạch lại vết khâu và sát trùng rộng ra xung quanh ít nhất 5cm.		
13	Đặt gạc lên vết khâu, cố định gạc.		
14	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò người bệnh những điều cần thiết.		
15	Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.		
16	Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.		

5. Thu dọn dụng cụ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn – tiệt khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ an toàn, sắp xếp ngăn nắp, đúng vị trí ban đầu.

6. Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ khâu vết thương/ mổ.
- Tình trạng vết khâu.
- Thuốc/ dung dịch sử dụng, thuốc đắp lên (nếu có).
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người thực hiện.

7. Những điều cần lưu ý

- Áp dụng kỹ thuật vô trùng hoàn toàn trong khi khâu.
- Phải thực hiện đúng kỹ thuật khâu ở đúng vị trí.
- Hạn chế thêm đau đớn cho người bệnh.
- Luôn luôn quan sát tình trạng vết khâu khi thực hiện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Mục đích rửa vết thương, ngoại trừ:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| A. Rửa, thấm hút dịch tiết | B. Cắt lọc, loại bỏ hết tổ chức hoại tử |
| C. Đánh giá tình trạng vết thương | D. Tăng sinh khối lượng tuần hoàn |

Câu 2. Dung dịch thường được sử dụng để rửa “vết thương thường” là:

- | | |
|----------------------|--------------|
| A. Nước muối sinh lý | B. Nước chín |
| C. Natri bicacbonat | D. Sorbitol |

Câu 3. Dung dịch sát khuẩn thường vết thương thường là:

- | | | | |
|------------------------|--------|-------------|----------------|
| A. Cồn 70 ⁰ | B. Iod | C. Thuốc đỏ | D. Povidine 1% |
|------------------------|--------|-------------|----------------|

Câu 4. Khi thay băng rửa vết thương nhiễm cần phải thực hiện các bước sau, ngoại trừ:

- | | |
|---|-----------------------|
| A. Cắt mô hoại tử hoặc nặng mủ vết thương | B. Sát khuẩn đủ rộng |
| C. Cắt chỉ xen kẽ | D. Không cần băng lại |

Câu 5. Thời gian cắt chỉ thích hợp nhất đối với các vết thương ở vùng thân mình không nhiễm trùng là:

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|------------|
| A. 7 ngày | B. 8 ngày | C. 9 ngày | D. 10 ngày |
|-----------|-----------|-----------|------------|

BÀI 21: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các nguyên tắc chung và 7 yêu cầu thiết khi cho bệnh nhân dùng thuốc.
- 1.2. Kể được các đường dùng thuốc, tai biến và cách phòng tránh tai biến.
- 1.3. Kể được các tiêu chuẩn đánh giá mũi tiêm an toàn.
- 1.4. Trình bày được các giải pháp thực hành tiêm đảm bảo an toàn cho người được tiêm, người tiêm và cộng đồng.
- 1.5. Kể được cách phòng ngừa cho và xử trí khi bị kim đâm.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Xác định được vị trí của tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch.
- 2.2. Chuẩn bị đúng và đủ dụng cụ tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch
- 2.3. Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập 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

- Tên thuốc, biệt dược
- Tác dụng thuốc
- Liều lượng thuốc
- Thời gian bán hủy
- Thời gian tác dụng
- Đường đào thải của thuốc
- Tương tác thuốc
- Tác dụng phụ của thuốc
- Năm vãng 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

1.1. Các trường hợp áp dụng và không áp dụng cho người bệnh uống thuốc:

* **Các trường hợp áp dụng:** Uống thuốc áp dụng cho mọi người bệnh có thể uống được mà không bị dịch dạ dày phá huỷ.

* **Các trường hợp không áp dụng:**

- Người bệnh mất phản xạ nuốt.
- Người bệnh bị nôn liên tục.
- Người bệnh bị tổn thương nặng ở miệng và thực quản.
- Người bệnh mất trí.
- Người bệnh cố ý không uống thuốc.

1.2 Những điều người điều dưỡng cần chú ý khi cho người bệnh uống thuốc:

- Phải thực hiện 5 đúng.
- Thuốc trợ tim (Digitalis...) phải đếm mạch trước khi cho người bệnh uống.
- Khi cho người bệnh uống Aspirin phải uống lúc no (sau khi ăn).
- Thuốc hạ huyết áp phải nằm tại giường.
- Thuốc Corticoit uống vào buổi sáng (uống sau khi ăn).
- Thuốc lợi tiểu phải uống trước 15 giờ.
- Nước dùng để uống thuốc tốt nhất là nước ấm.
- Đối với người bệnh mê, cho uống thuốc qua sonde dạ dày.
- Theo dõi tác dụng của thuốc, phản ứng của thuốc (nếu có).

1.3. Quy trình kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc:

1.3.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Xem hồ sơ bệnh án để thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Dặn người bệnh những điều cần thiết.

1.3.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

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

1.3.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

- Khay chữ nhật sạch, cốc đựng thuốc.
- Bình đựng nước, cốc uống nước.
- Dụng cụ đo lường: Cốc có chia độ, thìa cà phê, ống đếm giọt.
- Gạc sạch, ống hút.
- Phiếu công khai thuốc, túi giấy hay khay quả đậu.

1.3.4. Tiến hành kỹ thuật:

1.3.4.1. Cho người bệnh uống thuốc viên:

- Thực hiện 5 đúng trong suốt quá trình cho người bệnh uống thuốc.
- Đổ thuốc vào cốc dùng thìa đếm đủ số lượng thuốc theo y lệnh không được dùng tay để bốc thuốc.
- Đưa thuốc và nước cho người bệnh uống (giám sát người bệnh uống thuốc).
- Trẻ nhỏ khi uống thuốc phải: nghiền nhỏ thuốc, hòa tan với nước và dùng thìa cho uống.
- Lau miệng cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.

1.3.4.2. Cho người bệnh uống thuốc giọt:

- Người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao (trẻ em có người bế).
- Lấy thuốc vào ống đếm giọt theo chỉ định, nhỏ vào góc hàm, vừa nhỏ vừa đếm giọt (không nhỏ thuốc thẳng vào họng gây kích thích dễ nôn).
- Cho người bệnh uống nước.
- Lau miệng cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.

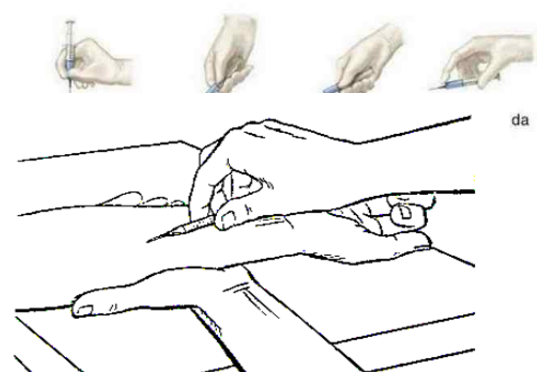
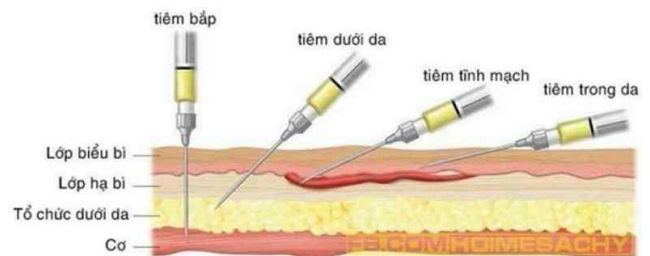
2. Kỹ thuật tiêm trong da (INTRADERMAL) ID

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 vacxin 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 qui.

2.4.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc:

*** Xe tiêm thuốc**

- Mâm sạch.
- Hộp gòn cồn 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 dẹt 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 tròn 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 mẫn 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 Sunphat, 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.

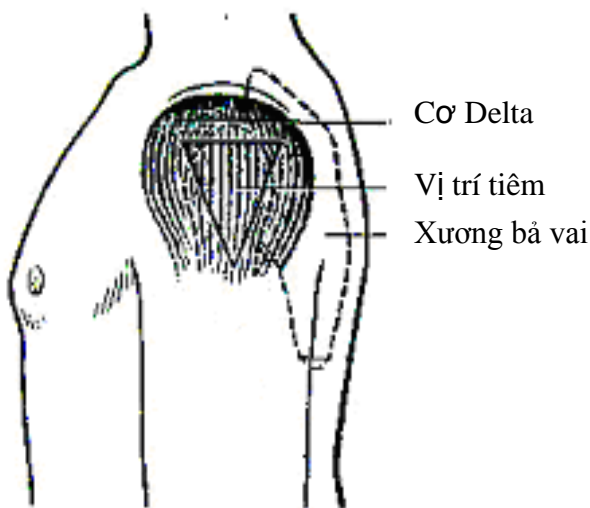
4.2. Chỉ định:

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

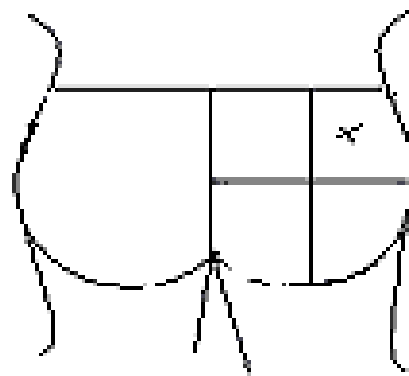
4.3. Chống chỉ định: Những thuốc gây hoại tử da cơ và các tổ chức như Canxiclorua, dung dịch ưu trương.

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 delta



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 cotton 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 cotton 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 chệch một góc từ 60° - 90° so với mặt da nơi tiêm.
- Lui pittong (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 clorur, 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 cánh, 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. Rửa tay nhanh.
- Rút thuốc:
 - + Thuốc ống: Sát khuẩn ống thuốc (đọc nhãn thuốc lần 2) và dùng gòn khô hoặc gác 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 xoắn 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 còn, 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.

6. Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch bằng bơm tiêm điện (Tham khảo)



6.1. Mục đích: Tiêm tĩnh mạch bằng bơm tiêm điện là đưa lượng thuốc rất đều và chậm vào tĩnh mạch với một thời gian dài để nhằm duy trì được tình trạng bệnh.

6.2. Quy trình kỹ thuật

6.2.1. Chuẩn bị người bệnh

- Đối chiếu hồ sơ, thông báo và giải thích cho người bệnh, động viên để họ yên tâm, thông báo thuốc tiêm.
- Báo để họ đi đại tiểu tiện trước vì thuốc đưa vào chậm, thời gian sẽ rất dài.
- Đo các dấu hiệu sinh tồn, nếu kết quả bất thường phải báo ngay bác sĩ.
- Để người bệnh tư thế thích hợp.

6.2.2. Chuẩn bị dụng cụ

*** Xe tiêm thuốc**

- Mâm sạch.
- Hộp đựng gòn khô hoặc gạc vô khuẩn, hộp đựng gòn tẩm cồn vô khuẩn.
- Máy tiêm tĩnh mạch, cọc treo máy, thuốc theo y lệnh.
- Bơm, kim tiêm thích hợp (kim bướm, kim lùn...).
- Bộ dây tiêm tĩnh mạch bằng máy để lắp với bơm tiêm.
- 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.

6.2.3. Kỹ thuật tiến hành

- Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Đặt cọc truyền ở vị trí thích hợp, lắp đặt bơm tiêm: lắp giá đỡ lên cọc treo máy, lắp bơm tiêm vào máy treo lên cọc treo.
- Cắm dây điện để máy được nối với nguồn điện: ắc quy trong máy được nạp, đèn [BATTERY] sáng.
- Ấn nút [POWER] để mở máy, ấn giữ nút [POWER] đèn nhấp 3 lần, chuông kêu, bơm tự kiểm tra.
- Kết quả bình thường: màn hình của máy hiện: 0. 0
- Kiểm tra thuốc, sát khuẩn ống thuốc, bẻ thuốc bằng gạc vô khuẩn (hoặc pha thuốc).
- Hút thuốc vào bơm tiêm (bơm tiêm 20ml hoặc 50ml) theo đúng chỉ định của thầy thuốc.
- Nối kim tiêm có dây dẫn vào đầu Ambu của bơm tiêm.
- Đuổi khí trong dây dẫn: ấn và giữ nút "PURGE"
- Đặt tốc độ tiêm tĩnh mạch theo y lệnh: khi đèn "RATE" sáng, cho hiện bảng điều khiển bằng nút [DISPLAY] ON/OFF, điều chỉnh các thông số:

- Điều dưỡng quay núm điều chỉnh theo chiều kim đồng hồ cho đến khi đạt được chỉ số theo y lệnh hiện trên màn hình thì dừng lại.
- Để người bệnh nằm tư thế thích hợp, bộc lộ vùng tiêm, chọn tĩnh mạch.
- Đeo găng tay, buộc dây cao su trên vị trí tiêm từ 3 – 5cm.
- Sát khuẩn vị trí tiêm theo hình xoắn ốc hai lần từ trong ra ngoài, sát khuẩn tay điều dưỡng.
- Căng da, đâm kim chét 30⁰ so với mặt da vào tĩnh mạch, thấy máu trào vào dây bơm tiêm, tháo dây cao su, ấn nút START, theo dõi đèn hoạt động, cố định kim tiêm kim.
- Theo dõi tình trạng người bệnh, dặn dò những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ ghi phiếu theo dõi chăm sóc.
- Khi hết thuốc: tắt máy bằng nút FOWER, tháo bơm tiêm.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG 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	Đặt 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 ⁰ 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.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

STT	KỸ THUẬT TIỀN 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 đăt 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 TIỀN 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, đuôi 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, đuôi 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 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	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 TIỀN 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 30 ⁰ qua da một góc 30 qua da luồn 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.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

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	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 30 ⁰ qua da một góc 30 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.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Không dùng thuốc qua đường uống trong các trường hợp:

- A. Hôn mê
B. Nôn ói nhiều và liên tục
C. Bệnh tâm thần không chịu uống thuốc
D. Tất cả đều đúng

2. Trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm thuốc, người điều dưỡng cần:

- A. Quan sát người bệnh
B. Quan sát người bệnh và rửa tay
C. Mang khẩu trang và rửa tay
D. Mang găng tay

3. Tiêm dưới da là đưa thuốc vào

- A. Cơ vân
B. Lớp thượng bì
C. Mô liên kết
D. Lớp bì

4. Tai biến khi tiêm thuốc:

- A. Absces nóng
B. Tắc tĩnh mạch
C. Nhiễm khuẩn huyết
D. Tất cả đều đúng

5. Các thuốc tiêm dưới đây thuốc nào không được tiêm vào bắp:

- A. Novocain
B. Canxi Clorua
C. Vitamin B₁
D. Propara

6. Khi tiêm mông góc độ bơm kim tiêm so với mặt da tốt nhất là:

- A. 30⁰
B. 50⁰
C. 70⁰
D. 90⁰

7. Khi một bên mông đã được chia thành 4 phần bằng nhau vị trí tiêm mông được lựa chọn là:

- A. 1/4 trên ngoài.
B. 1/4 trên trong.
C. 1/4 dưới trong.
D. 1/4 dưới ngoài.

BÀI 22: KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH, TRUYỀN MÁU

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày nguyên tắc khi truyền dịch, truyền máu
- 1.2. Trình bày chỉ định, chống chỉ định truyền dịch, truyền máu
- 1.3. Trình bày các bước của quy trình tiến hành kỹ thuật truyền dịch, truyền máu

2. Kỹ năng: Thực hiện kỹ thuật truyền dịch theo đúng quy trình kỹ thuật

3. Thái độ:

- 3.1 Có thái độ cẩn thận, tỉ mỉ, chính xác khi thực hiện thao tác, tiết kiệm trong sử dụng dụng cụ, vật tư tiêu hao.
- 3.2 Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

NỘI DUNG

I. Kỹ thuật tiêm truyền dung dịch

1. Mục đích: Truyền dịch là đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch một khối lượng dịch với mục đích:

- Bù lại số lượng dịch đã mất, nâng cao huyết áp.
- Giải độc, lợi tiểu khi bị ngộ độc, nhiễm độc.
- Bồi phụ một số thành phần bị thiếu hụt.
- Nuôi dưỡng người bệnh với thời gian ngắn.
- Đưa thuốc vào cơ thể duy trì liên tục với thời gian dài để điều trị bệnh.

2. Chỉ định, chống chỉ định

*** Chỉ định**

- Người bệnh bị mất nước: tiêu chảy, phỏng
- Người bệnh bị mất máu cấp: tai nạn, xuất huyết tiêu hoá.
- Người bệnh bị suy dinh dưỡng.
- Người bệnh cần dùng số lượng lớn thuốc hoặc duy trì đều trong cơ thể.
- Người bệnh bị ngộ độc.

*** Chống chỉ định**

- Bệnh suy tim
- Phù phổi cấp
- Tăng huyết áp

3. Nguyên tắc

- Dụng cụ, dịch truyền phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền, nếu thấy bất thường báo ngay bác sĩ.

- Tuyệt đối không để không khí lọt vào tĩnh mạch.
- Một số thuốc theo chỉ định pha cùng với dịch truyền cần phải thử phản ứng thuốc theo phương pháp test lấy (hoặc tiêm trong da).
- Theo dõi sát tình trạng người bệnh đề phòng và sớm phát hiện các tai biến có thể xảy ra.
- Đảm bảo tốc độ của dịch đúng thời gian theo y lệnh.

* Công thức tính thời gian chảy của dịch truyền

$\text{Thời gian chảy của dịch truyền} = \frac{\text{Thể tích dịch truyền (ml) x số giọt/ml}}{\text{Số giọt y lệnh/phút}}$
--

4. Quy trình kỹ thuật truyền dịch

4.1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm và nói để họ rõ thời gian truyền dịch bao lâu sẽ xong.
- Đo các dấu hiệu sinh tồn, nếu thấy bất thường báo ngay bác sĩ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi.

4.2. Chuẩn bị người Điều dưỡng

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

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

* Xe tiêm thuốc

- Mâm sạch
- Chai dịch truyền theo y lệnh
- Dây truyền dịch, phiếu truyền dịch
- Bơm tiêm, kim tiêm tĩnh mạch hoặc catheter.
- Hộp gòn cồn, hộp gòn khô, băng cá nhân.
- Khay hạt đậu (túi giấy), băng keo.
- Dây thắt mạch, đồng hồ đếm giọt.
- Thuốc pha theo y lệnh (nếu có), hộp chống sốc.
- Cọc truyền, (nẹp gỗ, gối kê tay, tấm nylon) (nếu cần).
- Thùng đựng vật sắc nhọn, Thùng đựng rác lây nhiễm, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

4.4. Kỹ thuật tiến hành

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Sát khuẩn nhanh tay điều dưỡng bằng cồn (lần một).
- Kiểm tra lại chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu có y lệnh pha thuốc).
- Cắm dây truyền vào chai, khoá lại, treo chai dịch lên cọc truyền, đuổi hết khí trong dây truyền dịch, khoá lại để vào khay vô khuẩn.
- Cắt băng dính.

- Chọn vị trí truyền: đặt mảnh nylon, gối kê tay và dây cao su ở dưới vùng truyền.
- Buộc dây thắt mạch trên vùng truyền 3 -5 cm.
- Sát khuẩn vị trí truyền từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc hai lần, điều dưỡng sát khuẩn tay lần thứ hai.
- Một tay căng da, một tay cầm kim tiêm đâm kim chéch 30° so với mặt da đưa kim nhanh, đúng vào tĩnh mạch, khi thấy máu trào ra, tay trái tháo dây cao su rồi mở khoá cho dịch chảy vừa phải, quan sát sắc mặt người bệnh.
- Che kim bằng băng cá nhân, cố định kim và dây truyền.
- Điều chỉnh tốc độ chảy theo y lệnh.
- Dặn dò những điều cần thiết
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

5. Tai biến

- Sốc phản vệ
- Tắc kim truyền
- Phồng nơi tiêm
- Phù phổi cấp
- Tắc mạch phổi
- Viêm tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết . . .

II. Kỹ thuật truyền máu

1. Mục đích: Truyền máu là đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch một khối lượng máu với mục đích:

- Bù lại số lượng máu đã mất, nâng cao huyết áp.
- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc ví máu cung cấp kháng thể.
- Cung cấp oxy cho tế bào và kháng thể cho người bệnh.
- Bồi phụ một số thành phần bị thiếu hụt.

Cần nhớ rằng “Cần gì truyền nấy, không cần không truyền”

2. Chỉ định

- Mất máu cấp: chảy máu trong chấn thương (chảy máu nội tạng như vỡ gan, lách, chảy máu dạ dày ... gãy xương lớn, vết thương mạch máu ...).
- Thiếu máu nặng: hay gặp trong bệnh nội khoa như thiếu máu do giun, bệnh lý về thận, bệnh lý về bệnh máu ...
- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

3. Nguyên tắc truyền máu: Truyền máu tốt nhất là truyền cùng nhóm máu tương đồng.

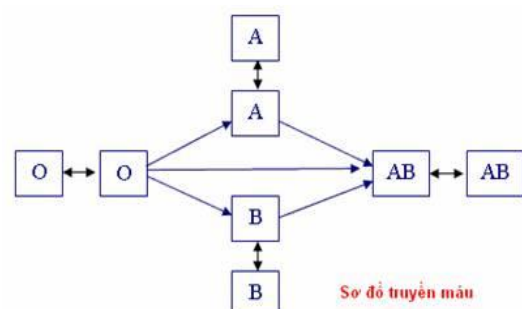
- Phải truyền cùng nhóm và chắc chắn có chỉ định của bác sĩ theo quy tắc cơ bản của sơ đồ sau:

A → A

B → B

O → O

AB → AB



- Trước khi truyền máu phải chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, nhóm máu, phản ứng chéo ...
- Kiểm tra chất lượng túi máu máu toàn phần hoặc chế phẩm của máu, không có bất kỳ biểu hiện nghi ngờ nào như sự thay đổi về màu sắc, không có biểu hiện vỡ hồng cầu, không đục, không vón cục.
 - + Một túi máu toàn phần bao giờ ta cũng nhận thấy màu sắc có hai phần rõ ràng: phần huyết tương và phần tế bào (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu).
 - + Kiểm tra số lượng máu trong túi máu, nhóm máu, nhãn hiệu túi máu và đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền máu, khi bất thường báo ngay bác sĩ.
- Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn.
- Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng thời gian theo y lệnh.
- Làm phản ứng sinh vật.
- Chai máu đem về buồng bệnh không để quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh.
- Phải theo dõi chặt chẽ quá trình truyền để đề phòng các tai biến có thể xảy ra.
- Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm (không quá 500ml) nhưng không nên vượt quá 25% thể tích máu của bệnh nhân.
- Thực hiện theo quy tắc tối thiểu theo sơ đồ sau:

4. Quy trình kỹ thuật truyền máu

4.1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm, nói để họ rõ thời gian truyền máu bao lâu sẽ xong.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn, khi thấy bất thường báo ngay bác sĩ.
- Hỏi người bệnh có tiền sử dị ứng không.
- Vệ sinh thân thể, nhất là vùng truyền, dặn người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi truyền.
- Kiểm tra các kết quả xét nghiệm của người bệnh,

4.2. Chuẩn bị người Điều dưỡng

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

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Mâm sạch
- Hộp gòn cồn, hộp gòn khô
- Túi máu
- Bộ dây truyền máu
- Gạc che kim hoặc băng cá nhân
- Bơm tiêm, kim (18 - 21G) hoặc kim luông
- Bồn hạt đậu
- Băng keo

- Garrot
- Găng tay sạch
- Lam, laset (kim chích máu)
- Tấm cao su lót tay
- Trụ treo
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ
- Hộp thuốc chống shock
- Thùng đựng vật sắc nhọn, Thùng đựng rác lây nhiễm, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

4.4. Kỹ thuật tiến hành

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Báo và giải thích cho người bệnh.
- Kiểm tra mạch, huyết áp, thân nhiệt.
- Cho người bệnh đi tiêu, tiểu.
- Chọn vị trí tiêm thích hợp (tĩnh mạch to, rõ, ít di động).
- Lắc đều túi máu, cắm dây truyền máu vào.
- Treo túi máu lên trụ, cho máu vào 2/3 bầu đếm giọt. đui khí vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.
- Bộc lộ vùng tiêm, lót giấy, đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần).
- Mang găng sạch.
- Làm phản ứng tin cậy tại giường (phản ứng chéo).
- Buộc ga rô cách bờ tiêm 10 -15 cm.
- Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra ngoài 5 cm.
- Dùng bơm tiêm gắn kim truyền máu tiêm vào tĩnh mạch, hoặc sử dụng kim luồn.
- Lùi nòng, kiểm tra có máu, tháo garrot.
- Tháo bơm tiêm, lắp dây truyền máu vào chuỗi kim.
- Mở khoá (tốc độ chậm).
- Cố định đốc kim.
- Che thân kim bằng gạc vô khuẩn hoặc băng cá nhân.
- Cố định dây truyền an toàn.
- Làm phản ứng sinh vật (Ochleber)
 - + Chảy theo y lệnh khoảng 4 ml máu
 - + Chảy chậm lại 8-10 giọt/phút trong 5 phút
 - + Chảy theo y lệnh khoảng 20ml máu
 - + Chảy 8-10 giọt /phút trong 5 phút
- Điều chỉnh giọt theo y lệnh
- Dặn dò người bệnh những điều cần thiết nếu được

- Giúp người bệnh tiện nghi, theo dõi người bệnh trong suốt thời gian truyền: đo huyết áp, đếm mạch

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

5. Tai biến truyền máu

- Bất đồng nhóm máu ABO.

+ Nguyên nhân do định nhầm nhóm máu, sai kỹ thuật, do kiểm tra không kỹ, nhầm bệnh nhân, nhầm bệnh phẩm

+ Biểu hiện sốc truyền máu : khi truyền 1 – 2 ml người bệnh thấy khó thở, rét run, mạch nhanh yếu, huyết áp hạ, đái ít rồi đi đến vô niệu, đau cột sống dữ dội.

+ Xử trí: điều dưỡng ngừng truyền, mời ngay bác sĩ và ngân hàng máu đến định lại nhóm máu tại giường người bệnh và nhanh chóng thực hiện các y lệnh thuốc, duy trì huyết áp tối đa > 80 mmHg, theo dõi liên tục cạnh người bệnh

+ Thực hiện các quy định pháp lý về truyền máu: mời nhân viên truyền máu kiểm tra lại nhóm máu tại giường, niêm phong túi máu, lập biên bản.

- Shock phản vệ.

+ Nguyên nhân: thường do protein huyết thanh.

+ Xử trí: như bài cấp cứu sốc phản vệ, báo ngay bác sĩ.

- Rét run, nổi mề đay

+ Nguyên nhân: thường do các chất trung gina bạch cầu giải phóng.

+ Xử trí: điều dưỡng khoá túi máu lại, mời bác sĩ đến và thực hiện ngay các y lệnh. Khi huyết áp và thể trạng người bệnh bình thường điều dưỡng truyền tiếp và tiếp tục theo dõi. Nếu sốt, nổi mề đay sau truyền máu (thực hiện thuốc y lệnh như : corticoid, kháng histamin ...)

- Sốt và rét run: có thể do phản ứng hoặc do dị ứng

+ Xử trí: Khóa túi máu lại, giữ ấm người bệnh, lấy dấu sinh hiệu cho người bệnh.

+ Báo bác sĩ, thực hiện y lệnh điều trị nhanh chóng và chính xác.

- Do truyền tốc độ quá nhanh, quá tải: gây suy tim, phù phổi cấp, ngưng truyền, báo bác sĩ ngay thực hiện y lệnh điều trị nhanh chóng và chính xác.

- Tai biến muộn: Ngoài các tai biến trên còn có tai biến như tắc mạch; tai biến muộn như viêm gan, sốt rét, nhiễm HIV ...

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	- Mâm sạch		
2	- Chai dịch truyền theo y lệnh		
3	- Dây truyền dịch, phiếu truyền dịch		
4	- Bơm tiêm, kim tiêm tĩnh mạch hoặc catheter		
5	- Hộp gòn cồn, hộp gòn khô, băng cá nhân		
6	- Khay hạt đậu, băng keo		
7	- Dây thắt mạch, đồng hồ đếm giọt		
8	- Thuốc pha theo y lệnh (nếu có), hộp chống sốc.		
9	- Cọc treo truyền, (nẹp gỗ, gối kê tay, tấm nylon) (nếu cần).		
10	- Thùng đựng vật sắc nhọn, Thùng đựng rác lây nhiễm, thùng đựng rác thải sinh hoạt		

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH TRUYỀN DỊCH

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Kiểm tra y lệnh, làm phiếu truyền dịch, lấy chai dịch truyền, kiểm tra		
2	Thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu, giải thích, cho bệnh nhân tiểu tiện, lấy mạch đo huyết áp		
3	Điều dưỡng rửa tay, mang khẩu trang		
4	Chuẩn bị dụng cụ		
5	Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân, thông báo cho bệnh nhân, sát khuẩn tay nhanh		
6	Ghi chú lên chai dịch truyền, bật và sát khuẩn nút chai (Pha thuốc nếu có)		
7	Cắm dây truyền vào chai khóa lại, cắm kim e (nếu cần)		
8	Treo chai dịch truyền cho dịch chảy 1/2 bầu đếm giọt, đuổi khí, khóa lại.		
9	Chuẩn bị băng keo, để bệnh nhân nằm thuận tiện		
10	Chọn vùng tiêm, lót gối kê tay, đặt dây garrot, sát khuẩn tay nhanh		
11	Mang găng tay (nếu cần), buộc dây garrot cách nơi tiêm khoảng 3-5cm		
12	Sát trùng nơi tiêm		
13	Căng da vùng tiêm, luồn kim theo đường tĩnh mạch, kiểm tra kim vào đúng tĩnh mạch		
14	Tháo dây thắt mạch, mở khóa		

15	Cố định kim, che vùng tiêm, cố định dây		
16	Chỉnh giọt theo y lệnh		
17	Giúp bệnh nhân thoải mái, dẫn dò bệnh nhân		
18	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Thời gian lấy máu ra khỏi ngân hàng máu không được để quá:

- A. 10 phút B. 20 phút C. 30 phút D. 40 phút

2. Yêu cầu theo dõi người bệnh khi truyền máu:

- A. Liên tục trong suốt thời gian truyền máu
 B. 30 phút đầu khi truyền máu
 C. Chỉ khi có dấu hiệu bất thường
 D. Theo dõi ít nhất là 3 lần trong một đơn vị máu

3. Tai biến khi truyền dịch, ngoại trừ:

- A. Thuyên tắc mạch do khí B. Viêm tĩnh mạch C. Shock phản vệ D. Hoại tử

4. Thời gian lấy túi máu ra khỏi ngân hàng máu không được để quá thời gian bao lâu trước khi truyền cho bệnh nhân?

- A. 10 phút B. 20 phút C. 30 phút D. 40 phút

5. Yêu cầu theo dõi người bệnh khi truyền máu:

- A. Liên tục trong suốt thời gian truyền máu
 B. 30 phút đầu khi truyền máu
 C. Chỉ khi có dấu hiệu bất thường
 D. Theo dõi ít nhất là 3 lần trong một đơn vị máu

6. Tai biến khi truyền dịch, ngoại trừ:

- A. Thuyên tắc mạch do khí B. Viêm tĩnh mạch
 C. Shock phản vệ D. Hoại tử mô

BÀI 23: KỸ THUẬT TRẢI GA GIƯỜNG

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

1. Kỹ năng:

- 1.1. Chuẩn bị dụng cụ trải giường.
- 1.2. Thực hiện được quy trình trải giường với 1 vải trải.
- 1.3. Thực hiện được quy trình trải giường với 2 vải trải.

2. Thái độ:

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.3. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

NỘI DUNG

1. Tầm quan trọng:

Bệnh nhân thường có nhiều thời gian trên giường bệnh. Giường bệnh là nơi nghỉ ngơi, khám bệnh và điều trị, sinh hoạt của bệnh nhân. Một số bệnh nhân không có khả năng ra khỏi giường nên việc nuôi dưỡng, tắm hay đại tiểu tiện có thể gây loét ép. Do đó việc chuẩn bị giường là hết sức quan trọng. Chuẩn bị giường cẩn thận, chu đáo là tạo sự thoải mái cho bệnh nhân.



2. Giới thiệu các loại giường về phương diện cơ học:

2.1. Giường thông thường:

- Giường bệnh thông thường.
- Giường được cấu tạo đơn giản, gọn, dễ di chuyển, dễ tẩy uế. Thường dùng giường khung làm bằng sắt, ống rỗng, phía đầu giường có bậc nâng cao thấp, chân có bánh xe bọc cao su.
- Giát giường bằng gỗ, gồm hai phần: 1/3 ở phía đầu giường, 2/3 ở phía cuối giường.
- Kích thước của giường:
 - Chiều dài: từ 1,8m đến 2m.
 - Chiều rộng; từ 0,8m đến 1,0m.
 - Chiều cao: 0,6m

2.2. Giường hiện đại:

- Giường làm bằng inox, ống rỗng, chân có bánh xe bọc cao su để tiện di chuyển. Giường có nhiều tính năng, tác dụng, giát giường bằng lò xo, hai bên giường có thành chắn để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

- Giường có nút ấn hoặc tay quay để điều chỉnh mức cao thấp khác nhau và cố định giường.
- Giường có 4 cọc ở 4 góc giường dùng để treo chai dịch truyền hay mắc màn (khi cần thiết)

2.3. Các phương tiện kèm theo:

- Đệm và vỏ đệm, đệm phải phẳng, nhẵn, nhẹ xốp, vỏ bọc đệm phải làm bằng vải bền, dễ tẩy uế.
- Vải trải giường: Kích thước 3,0m x 2,0m
- Tấm nylon: 2m x 0,8m
- Vải lót: 2m x 0,8m
- Chăn, vỏ chăn và khăn khoác.
- Gối và vỏ gối.
- Màn.

3. Phân loại giường: Có hai loại

3.1. Giường trống: Gồm có:

3.1.1. Giường kín: là giường được chuẩn bị sau khi đã làm vệ sinh khoa phòng. Giường được trải kín (giường đợi bệnh nhân)

3.1.2. Giường mở:

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

3.2. Giường có bệnh nhân: (nội khoa hay ngoại khoa): Bệnh nhân nằm nghỉ hoàn toàn trên giường đã được đắp chăn. Các phần vải còn lại 2 bên được dặt xuống dưới đệm.

4. Nguyên tắc chuẩn bị giường:

4.1. Những quy định chung:

- Không được sử dụng mảnh vải bị rách.
- Không được sử dụng vải trải giường cho mục đích khác.
- Kiểm tra đồ vải trước khi thay (vì bệnh nhân có thể để tiền, vàng, hoặc các đồ có giá trị khác ở trong gối hay dưới vải).

4.2. Nguyên tắc đảm bảo vệ sinh:

- Không được rũ tung vải trải giường (rũ vải sẽ làm lây lan mầm bệnh cho mọi người trong buồng bệnh và ngay cả cho bản thân mình).
- Không được vớt đồ vải bẩn dưới sàn nhà, phải bỏ vào túi đựng vải bẩn. Túi đựng đồ vải bẩn phải để ở xa buồng bệnh.

4.3. Nguyên tắc đảm bảo kỹ thuật.

- Giường phải trải phẳng, căng và được dặt kỹ dưới đệm.
- Không được để bệnh nhân nằm trực tiếp lên vải nylon (vải sơn) - phải có vải lót lên trên.
- Giường có đệm thì phải có vải trải, nylon và vải lót.

- Trải giường phải trải xong một bên rồi mới được sang bên kia (tránh đi lại làm mất thời gian và công sức).

5. Kỹ thuật trải giường:

5.1. Chuẩn bị giường kín (giường đơi bệnh nhân).

5.1.1. Mục đích:

- Để giường được sạch sẽ, tiện nghi và sẵn sàng đón bệnh nhân.
- Để bệnh phòng được gọn gàng đẹp mắt.

5.1.2. Quy trình kỹ thuật

a) Chuẩn bị dụng cụ:

- Điều dưỡng rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải trải giường, gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngoài.
- Vải nylon (vải son) gấp theo chiều ngang.
- Vải lót: (phủ trên vải nylon) gấp như vải nylon.
- Chăn và vỏ chăn: Gấp theo chiều dọc.
- Gối và vỏ gối - Màn.

b) Kỹ thuật.

- Để ghé hoặc xe đẩy cạnh giường, điều chỉnh giường, đệm ngay ngắn, cao thấp vừa phải (nếu giường có bánh xe thì chốt lại).
- Sắp xếp các đồ vải đã chuẩn bị theo thứ tự sử dụng để lên ghé hoặc xe đẩy.
- Vải trải lên 1/4 phía đầu giường, sau đó trải đều lên mặt đệm, đường giữa của vải nằm theo dọc giữa của giường. Giắt chặt vải phía đầu giường và cuối giường.
- Cách gấp góc:
 - + Gấp vải bọc lấy đầu đệm và cuối đệm.
 - + Gấp góc vải trải giường ở phía đầu giường như gấp góc bánh chung.
 - + Đi về phía cuối giường gấp góc như phía đầu giường.
 - + Nhét phần vải thừa ở giữa giường xuống đệm (lưu ý kéo căng và nhét sâu).
- Trải vải nylon vào 1/3 giữa giường, trải vải lót lên trên vải nylon, nhét một bên vải xuống dưới.
- Đi vòng về phía cuối giường, sang bên kia giường và tiến hành gấp góc phía đầu giường và cuối giường như phía bên kia.
- Kéo căng vải và nhét sâu phần vải thừa ở giữa giường xuống dưới đệm.
- Cách trải chăn:
 - + Lòng vỏ chăn (lưu ý các góc của vỏ chăn nằm ngang ở góc chăn)
 - + Trải đầu chăn bằng đầu đệm phía đầu giường.
 - + Dắt phần chăn còn lại phía cuối giường xuống dưới đệm.
 - + Mép chăn ở 2 bên giường buông thõng.



- Lòng vỏ gối và xếp gối lên đầu giường (lưu ý các góc của vỏ nằm ở góc gối)
- Xếp đặt ghế, tủ đầu giường gọn gàng.

5.2. Chuẩn bị giường mở:

5.2.1. Giường nội khoa: là giường đã chuẩn bị sẵn, chăn được gấp làm 3 nếp về phía cuối giường tạo điều kiện cho bệnh nhân dễ đắp chăn khi cần thiết.

Quy trình kỹ thuật

a) *Chuẩn bị dụng cụ:* Giống như trải giường kín.

b) *Kỹ thuật:*

- + Các bước tiến hành giống như trải giường kín.
- + Chăn được gấp làm 3 nếp xuống phía cuối giường.

5.2.2. Giường ngoại khoa:

a) *Chuẩn bị dụng cụ:* Giống như trải giường kín nhưng tấm vải nylon và lót phải to, dài để phủ kín giường.

Thêm:

- khay quả đậu
- Gạc 4-5 miếng
- Khăn lau miệng.

b) *Quy trình kỹ thuật.*

- Cách trải giống như trải giường kín (vải phủ nylon và vải lót phủ kín giường)
- Gập phần còn lại của chăn ở phía cuối giường ngược lên trên.
- Chăn được gấp làm 3 nếp về một bên giường. Theo chiều dọc của giường
- Đi vòng sang phía bên kia để dặt nếp chăn còn lại xuống đệm.
- Đặt khay quả đậu, gạc, khăn lau miệng lên tủ đầu giường.
- Sắp đặt ghế, tủ giường gọn gàng.

5.3. Thay vải trải giường có bệnh nhân nằm:

Không phải tất cả bệnh nhân đều tự ra khỏi giường. Những bệnh nhân nằm liệt giường không thể dậy được, thời gian thay vải trải giường cho bệnh nhân tùy theo quy định của mỗi bệnh viện. Tuy nhiên nếu đồ vải trên giường bị bẩn, ướt thì phải thay ngay.

5.3.1. Mục đích:

- Để chỗ nằm của bệnh nhân được sạch và tiện nghi.
- Để ngăn ngừa loét ép.

5.3.2. *Một số chỉ dẫn khi thay vải trải giường cho bệnh nhân.*

Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân: (đặc biệt là những bệnh nhân khó thở phải duy trì tư thế Fowler, bệnh nhân sau mổ gãy xương đùi, liệt, xuất huyết não, vỡ xương chậu... cần chuyển bệnh nhân sang một bên nhẹ nhàng, thích hợp tùy theo tình trạng bệnh nhân).

5.3.3. Quy trình kỹ thuật: Có 2 cách:

- Chỉ thay những đồ vải bẩn.

- Thay hết đồ vải.

a) *Chuẩn bị bệnh nhân*: Giải thích, hướng dẫn cho bệnh nhân và thân nhân trước khi tiến hành.

b) *Chuẩn bị dụng cụ*: (cho trường hợp thay thế hết đồ vải).

- Vải trải

- Vải nylon

- Vải lót: tùy bệnh nhân nội khoa hay ngoại khoa mà chuẩn bị cho thích hợp.

- Chăn

- Vải khoác

- Gối và vỏ gối

- Túi đựng đồ bẩn.

c) Kỹ thuật tiến hành.

- Để đồ vải lên ghế hoặc xe đẩy theo thứ tự sử dụng.

- Đóng cửa tránh gió lùa (mùa rét chuẩn bị lò sưởi nếu có)

- Kéo nới chăn: Trường hợp bệnh nhân có thể ngồi dậy được, điều dưỡng viên giúp bệnh nhân mặc quần áo và ra khỏi giường (kỹ thuật thay như trải giường mở).

- Bệnh nhân yếu không ra khỏi giường được cần có người phụ giúp bệnh nhân nằm nghiêng hoặc ngửa về một bên giường - bỏ chăn sang ghế, đắp cho bệnh nhân một vải khoác. Người phụ đứng về phía bệnh nhân, giữ cho bệnh nhân khỏi ngã. (Nếu không có người phụ lấy dụng cụ, thanh gỗ hoặc sắt chắn thành giường để phòng bệnh nhân ngã).

- Tháo vải bẩn ở 1/2 giường, nhét sát dưới lưng bệnh nhân.

- Đặt vải trải giường, đường giữa của vải nằm dọc theo dọc giữa của giường, kéo thẳng nhét 2 đầu vải bọc lấy đệm, nửa bên kia cuộn lại nhét dưới lưng bệnh nhân.

- Trải vải nylon và vải lót vào giữa giường, cuộn một nửa nhét dưới lưng bệnh nhân (đối với bệnh nhân nội khoa). Trải vải nylon và vải lót khắp mặt đệm (đối với bệnh nhân ngoại khoa).

- Nhét sâu phần vải còn lại xuống dưới đệm.

- Giúp bệnh nhân nằm về phía giường vừa trải xong.

- Sang bên kia giường tháo phần vải bẩn cho vào túi đựng đồ bẩn.

- Kéo thẳng vải trải bọc hai đầu đệm.

- Gấp góc như trải giường kín.

- Kéo thẳng vải trải, vải nylon và vải lót, nhét sâu dưới đệm.

- Giúp bệnh nhân nằm lại giữa giường (ở tư thế thích hợp), đắp chăn cho bệnh nhân, nhét mép chăn xuống dưới đệm (không nên kéo căng để bệnh nhân có thể trở mình và co duỗi chân khi cần).

- Thay vỏ gối (như trải giường kín).

- Sắp xếp ghế - tủ đầu giường cho ngăn nắp, gọn gàng, mang vải bẩn xuống nhà giặt

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ BỆNH NHÂN NẪM

TT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng rửa tay
2	Chuẩn bị dụng cụ
3	Đề đồ vải lên ghế hoặc xe băng theo thứ tự sử dụng
4	Đỡ bệnh nhân nằm nghiêng hoặc ngửa về một bên giường (nếu cần có thể nhờ người giữ)
5	Tháo vải bẩn ở ½ giường, nhét sát lưng bệnh nhân
6	Đặt vải trải giường, đường giữa của vải trải nằm dọc theo giữa giường
7	Mở ¼ mí trên của phần vải gấp bỏ xuống 1 bên giường về phía người điều dưỡng
8	Phần còn lại xếp rẽ quạt nhét dưới lưng bệnh nhân
9	Bọc đầu và chân nệm
10	Gấp góc đầu giường và cuối giường như gấp góc bánh chưng
11	Nhét phần vải thừa ở giữa giường xuống nệm
12	Trải vải nilon vào 1/3 giữa giường
13	Trải vải phủ lên trên vải nilon
14	Nhét cả 3 tấm xuống dưới giường
15	Giúp bệnh nhân nằm về phía giường vừa trải xong
16	Sang bên kia giường tháo phần vải bẩn cho vào túi đựng đồ bẩn
17	Kéo thẳng vải trải bọc 2 đầu nệm
18	Gấp góc như bên kia
19	Kéo thẳng vải trải, vải nilon, vải phủ nhét sâu dưới nệm
20	Giúp bệnh nhân nằm lại giữa giường
21	Sắp xếp ghế, tủ đầu giường cho ngăn nắp

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY VẢI TRÁI GIƯỜNG CÓ BỆNH NHÂN NẪM

TT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng rửa tay		
2	Chuẩn bị dụng cụ		
3	Đề đồ vải lên ghế hoặc xe băng theo thứ tự sử dụng		
4	Đỡ bệnh nhân nằm nghiêng hoặc ngửa về một bên giường (nếu cần có thể nhờ người giữ)		
5	Tháo vải bẩn ở ½ giường, nhét sát lưng bệnh nhân		
6	Đặt vải trái giường, đường giữa của vải trái nằm dọc theo giữa giường		
7	Mở ¼ mí trên của phần vải gấp bỏ xuống 1 bên giường về phía người điều dưỡng		
8	Phần còn lại xếp rẽ quạt nhét dưới lưng bệnh nhân		
9	Bọc đầu và chân nệm		
10	Gấp góc đầu giường và cuối giường như gấp góc bánh chưng		
11	Nhét phần vải thừa ở giữa giường xuống nệm		
12	Trải vải nilon vào 1/3 giữa giường		
13	Trải vải phủ lên trên vải nilon		
14	Nhét cả 3 tấm xuống dưới giường		
15	Giúp bệnh nhân nằm về phía giường vừa trải xong		
16	Sang bên kia giường tháo phần vải bẩn cho vào túi đựng đồ bẩn		
17	Kéo thẳng vải trải bọc 2 đầu nệm		
18	Gấp góc như bên kia		
19	Kéo thẳng vải trải, vải nilon, vải phủ nhét sâu dưới nệm		
20	Giúp bệnh nhân nằm lại giữa giường		
21	Sắp xếp ghế, tủ đầu giường cho ngăn nắp		

BÀI 24: TƯ THẾ KHÁM BỆNH VÀ NGHỈ NGOÀI TRỊ LIỆU

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

1. Kiến thức: Kể được các tư thế khám bệnh.

2. Kỹ năng: Thực hiện được đặt người bệnh ở các tư thế khám thích hợp.

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi học nhóm.

3.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong học tập.

NỘI DUNG

1. Tư thế nằm ngửa thẳng:

- Trường hợp áp dụng: Tư thế trị liệu sau ngất, sốc, chóng mặt.

- Trường hợp không áp dụng: Người bệnh hôn mê, người bệnh nôn (để phòng chất nôn lạc vào đường hô hấp).

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

2. Tư thế nằm ngửa đầu thấp:

2.1. Trường hợp áp dụng:

- Sau xuất huyết đề phòng ngất, sốc.

- Sau chọc ống sống.

- Lao đốt sống cổ.

- Kéo duỗi trong trường hợp gãy xương đùi.

2.2. Trường hợp không áp dụng: Người bệnh hen phế quản, người bệnh hôn mê, người bệnh nôn...

2.3. Kỹ thuật:

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên giường, đầu không có gối, chân giường phía chân người bệnh được kê cao hay thấp (nhiều hay ít) tùy theo chỉ định.

- Cũng có thể kê gối dưới vai người bệnh và kê cao hai cẳng chân bằng một gối to.

3. Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao:

3.1. Trường hợp áp dụng:

- Bệnh đường hô hấp, bệnh tim.

- Thời kỳ dưỡng bệnh, người già.

3.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có rối loạn về ruột.

- Người bệnh ho khó khản.

- **Người bệnh hôn mê, sau gây mê.**

3.3. Kỹ thuật: Cho người bệnh nằm ngửa, nâng nhẹ nhàng đầu người bệnh lên, kê gối dưới đầu và vai người bệnh. Trong trường hợp người bệnh nằm lâu nên lót một vòng đệm chống loét dưới mông.

4. Tư thế nửa nằm - nửa ngồi (Fowler):

4.1. Trường hợp áp dụng:

- Sau một số phẫu thuật ổ bụng.
- Bệnh đường hô hấp: Khó thở, hen phế quản.
- Bệnh tim.

4.2. Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có rối loạn về ruột.
- Người bệnh hôn mê, sau gây mê.

4.3. Kỹ thuật:

- Người phụ nâng người bệnh ngồi dậy.
- Điều dưỡng nâng cao phía đầu giường lên từ 40^0 - 50^0 (nếu giường có giá đỡ). Đặt gối và cho người bệnh nằm xuống.
- Nếu giường không có giá đỡ có thể đặt gối to, dày để đỡ người bệnh.
- Lót vòng đệm cao su dưới mông người bệnh khi cần thiết.
- Đặt một gối cứng phía cuối giường cho người bệnh tỳ gan bàn chân lên để người bệnh khỏi tụt xuống và chân khỏi đổ ra (bàn chân khỏi đổ về tư thế xấu).

* **Chú ý:** Trường hợp người bệnh bị bệnh tim nặng hoặc hen suyễn, người bệnh ngủ ở tư thế ngồi, dùng gối chông lên bàn con đặt trên giường để người bệnh đặt tay và dựa ngực vào gối cho thoải mái.

5. Tư thế nằm sấp:

5.1. Trường hợp áp dụng:

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

5.2. Trường hợp không áp dụng: Người bệnh có thai hay tổn thương vùng lồng ngực.

5.3. Kỹ thuật:

- Người phụ đứng bên giường đối diện với điều dưỡng viên.
- Điều dưỡng viên đứng ở một bên giường đặt người bệnh nằm ngửa sát bên giường đối diện giáp với người phụ.
- Người phụ đỡ người bệnh khỏi ngã.

- Điều dưỡng viên đặt một tay ở bả vai, một tay ở hông người bệnh.
- Giúp người bệnh nằm nghiêng về phía Điều dưỡng rồi nhẹ nhàng đặt người bệnh nằm sấp, đầu nghiêng về một bên, một bên má đặt lên gối mềm, để hai tay người bệnh đặt lên gối phía đầu.

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

6.1. Trường hợp áp dụng:

- Nghi ngơi.
- Người bệnh viêm màng phổi (nghiêng về phía viêm).
- Người bệnh sau mổ: thận, đường tiêu hoá có dẫn lưu ổ bụng.

6.2. Kỹ thuật:

- Tư thế này phải có thêm người phụ.
- Người phụ đứng bên giường đối diện với điều dưỡng viên.
- Đặt người bệnh nằm giữa sát với người phụ và đối diện với điều dưỡng viên.
- Điều dưỡng viên một tay đỡ vai, một tay đỡ hông người bệnh.
- Người phụ hỗ trợ điều dưỡng viên.
- Giúp người bệnh nằm nghiêng về 1 phía, đầu có gối hoặc không, hai chân co hoặc chân dưới duỗi thẳng chân trên hơi co.

7. Một số tư thế nghỉ ngơi trị liệu lồng ngực:

*** Tư thế nằm sấp nghiêng ¼:**

- Áp dụng cho thùy phải trên, phân thùy sau của phổi.
- Kỹ thuật:

+ Cho người bệnh nằm sấp.

+ Điều dưỡng viên một tay đỡ ở vùng chậu hông, một tay đỡ ở vai người bệnh, nhẹ nhàng lật người bệnh ở tư thế nằm sấp, hơi nghiêng.

+ Người phụ đặt gối ở vùng ngực bụng và đặt 1 gối mỏng ở vùng má tỳ xuống giường.

+ Nếu ở thùy trái trên, phân thùy sau thì ngược lại: Đặt người bệnh nằm sấp, tay phải đặt lên gối, thân người bệnh xoay nghiêng 1/4.

*** Tư thế nằm ngửa kê gối hỗ trợ dưới hông:**

- Áp dụng cho thùy phải và trái dưới các phân thùy đáy trước của phổi.
- Kỹ thuật: Người bệnh nằm ngửa, Điều dưỡng viên một tay đỡ thắt lưng, một tay đỡ đùi người bệnh nhẹ nhàng nâng người bệnh lên, người phụ luôn và đặt gối dưới hông (cao hay thấp theo chỉ định).

*** Tư thế nằm sấp thẳng người có kê gối dưới bụng và bàn chân:**

- Người bệnh nằm sấp: Đầu nghiêng về một bên.

- Luồn một gối dưới bụng và bàn chân người bệnh.

*** Tư thế nằm nghiêng kê gối dưới mông:**

- Áp dụng cho thùy phải hoặc trái dưới phân thùy đáy bên của phổi. Do vậy người bệnh có thể nằm nghiêng bên phải hoặc bên trái tùy theo chỉ định cụ thể.

- **Kỹ thuật:** Người bệnh nằm nghiêng, người phụ luồn một tay xuống vùng thắt lưng và mông nhẹ nhàng nâng mông người bệnh lên, Điều dưỡng luồn gối dưới mông người bệnh.

7.1. Chuẩn bị người bệnh: Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh biết trước thủ thuật sắp làm.

7.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.

- Rửa tay thường quy.

7.3. Kỹ thuật tiến hành: Tùy theo tình trạng người bệnh cụ thể mà tiến hành cho người bệnh nằm tư thế cho phù hợp, các tư thế này cần có thêm người phụ.

BÀI 25: KỸ THUẬT BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Kể đủ 7 nguyên tắc của bất động gãy xương.
- 1.2. Kể được 3 mục đích bất động gãy xương.

2. Kỹ năng: Thực hiện được quy trình kỹ thuật cố định các loại gãy xương.

3. Thái độ:

- 3.1. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, bình tĩnh và an toàn khi thực hiện kỹ thuật sơ cứu xương gãy.
- 3.2. Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc 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.

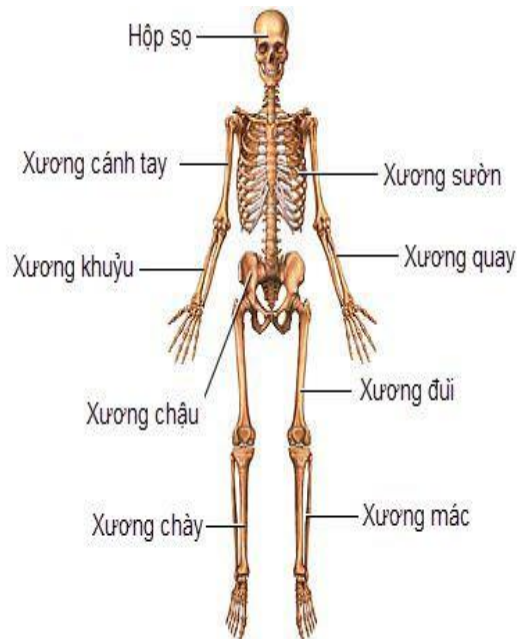
- Nếu nạn nhân có gãy xương chúng ta phải sơ cứu ngay bằng hình thức bất động xương gãy trước khi chuyển nạn nhân đến các cơ sở y tế.

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.
- Sung 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.
- Lạo xạo 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 180^0 .
- 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
<p>• Dụng cụ sơ cứu gãy xương ở chi trên và chi dưới bao gồm</p>			
1	<ul style="list-style-type: none"> - 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 cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay.

+ Đặt 2 nẹp:

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

o 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:

- o 1 dây trên ổ gãy
- o 1 dây dưới ổ gãy
- o 1 dây ở bàn tay, lưu ý bỏ ngón I ra.

+ Đỡ cẳng tay bằng khăn chéo (1 băng to bản/ khăn tam giác) treo trước ngực, lòng bàn tay ngửa, sau cho cẳng 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 CẰNG 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: - 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 chuyên 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 cẳng 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 lồi, 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 chuyên 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 lành 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 mỏm vai đến quá khuỷu 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.		
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.

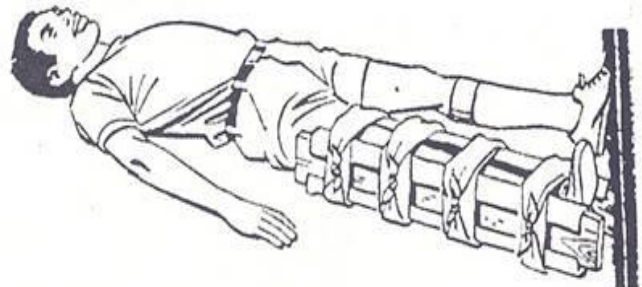
+ Người phụ 1: Đỡ trên và dưới ổ gãy

+ 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 gầy.
- 1 dây dưới ổ gầy.
- 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 GẦY 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 ngói, chân lạnh hơi dang ra.		
5	Người phụ 1: 1 tay đỡ trên và dưới ổ gầy		
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 lõm, lõm của xương.		
9	Đặt dây cố định trên ổ gầy, dưới ổ gầy, khớp trên ổ gầy.		
10	Buộc dây thứ tự như sau: Trên ổ gầy, dưới ổ gầy, khớp trên ổ gầy, khớp dưới ổ gầy 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)

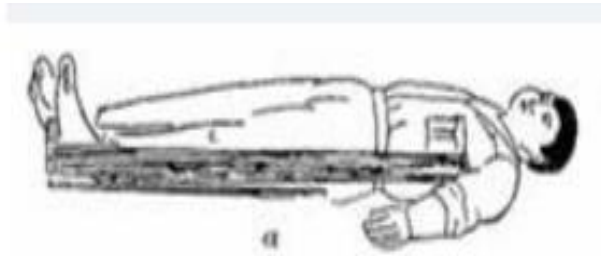
- Người tiến hành:

+ 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 gãy.
- 1 dây dưới ổ gãy.
- 1 dây ngang hông (khớp trên ổ gãy).
- 1 dây dưới đầu gối (khớp dưới ổ gãy).
- 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 GÃY 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 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: - 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 gãy, dưới ổ gãy, khớp trên ổ gãy, khớp dưới ổ gãy, ngang ngực, cổ chân (nếu có).		
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.		

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 cố định cẳng 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 cố 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 bằng. - 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.		

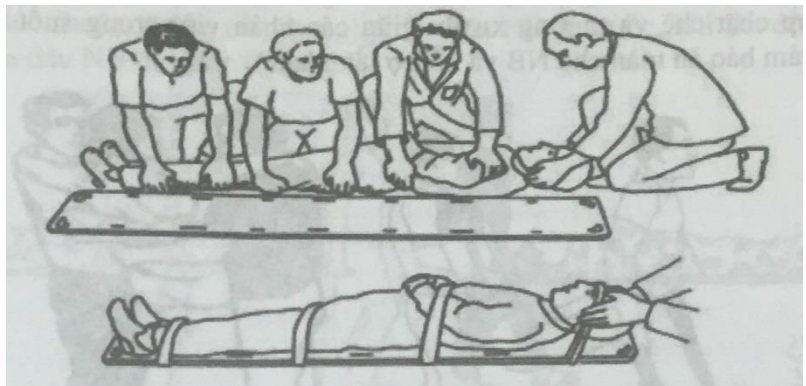
6. Sơ cứu nạn nhân gãy gãy xương cột sống

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên 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 luồn 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 gói 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 26: KỸ THUẬT CÁC KIỂU BĂNG

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày nguyên tắc băng bó
- 1.2. Trình bày các loại băng bó trên bệnh nhân

2. Kỹ năng: Thực hiện được các kiểu băng vào các vị trí tổn thương khác nhau trên người bệnh

3. Thái độ:

- 3.1 Có thái độ cẩn thận, tỉ mỉ, chính xác khi thực hiện thao tác.
- 3.2 Có thái độ hợp tác tốt khi làm việc 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:

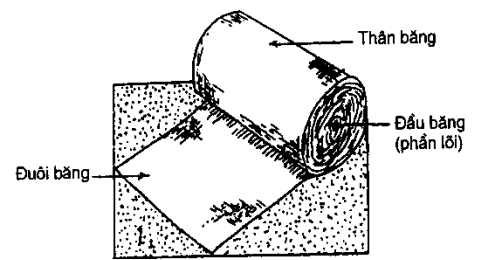
- Cho người bệnh ở tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái, người thầy thuốc đứng trước mặt bệnh nhân.
- Lau chi sạch nơi sắp băng, nơi 2 mặt da cọ vào nhau phải đệm bông - Băng tứ chi theo hướng từ ngọn về đến gốc và để hở ngón.
- Khi băng để giữa cuộn băng và vừa băng vừa nói cuộn băng, khi bắt đầu và kết thúc thường băng 2 vòng cho chắc.
- Băng đều tay, không lỏng quá (trừ vết bỏng), không chặt quá.
- Không băng chồng nhiều vòng lên nhau gây lằng 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.

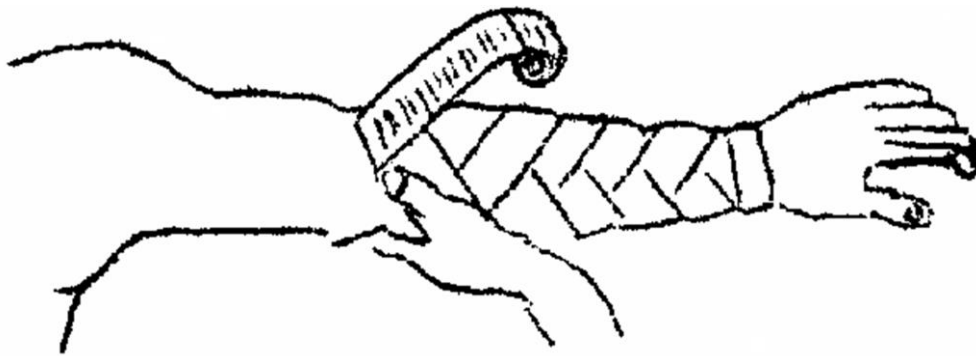
6.2. Băng hình rắn (rắn quấn): Băng chéo lên trên và xuống dưới, vòng sau không quấn lên vòng trước và giữa 2 vòng có một khoảng trống, áp dụng để băng đỡ nẹp, băng bắt đầu.



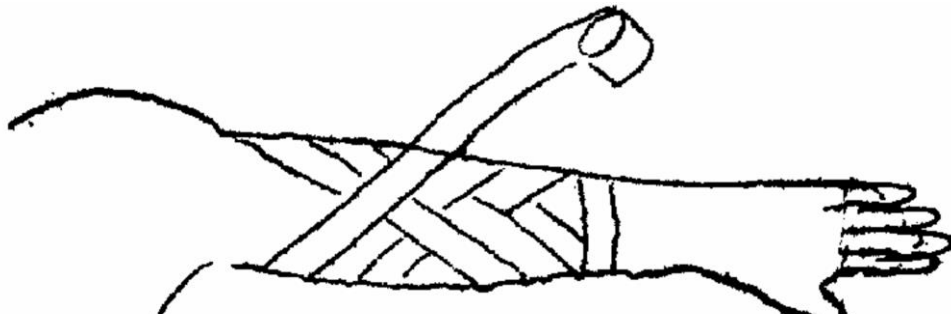
6.3. Băng xoay ốc: băng chéo lên trên, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 chiều rộng của vòng trước, áp dụng băng những phần cơ thể có kích thước đều nhau (cánh tay, đùi, ngón tay...).



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 rẽ quạt: Cố định 2 vòng tại nơi cuộn 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, gôi, 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 bằng 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 rần quần đến đầu ngón .

- Băng một vịnh ở đầu ngón rồi trở về gốc ngón bằng kiểu xỏ ốc.

- Kéo 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:

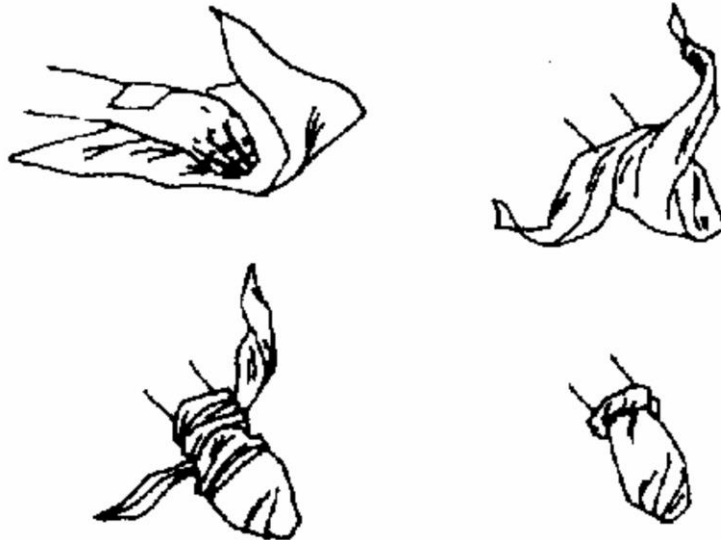
- Đặt một góc nhọn của băng ở vai lành, góc vuông ở khuỷu tay đau.
- Đặt cẳng tay đau thẳng góc với khuỷu, gấp băng lại để đỡ cẳng tay.
- Kéo góc còn lại từ dưới lên vòng qua cổ rồi buộc với góc nhọn thứ nhất bằng một nút dẹt đặt ở một bên cổ (tránh buộc ngay sau cổ vì sẽ đè cản gây đau).
- Gấp góc nơi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

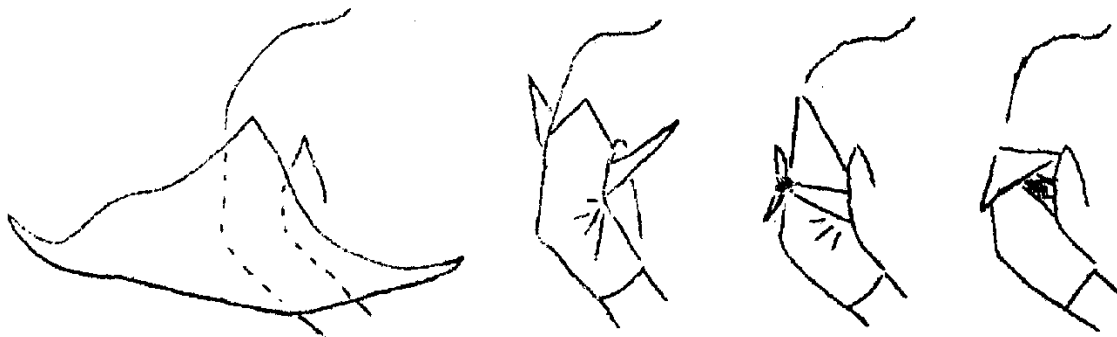
3. Băng bàn chân giống như bàn tay



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 gối 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 đần 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 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 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 RẺ 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 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 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, 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		

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

6. Băng vòng qua lại được áp dụng băng những phần nào cơ thể?

- A. Đầu B. Cánh tay C. Cẳng chân D. Gót chân

BÀI 27: KỸ THUẬT CẦM MÁU

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

1. Kỹ năng:

- 1.1. Xác định được dấu hiệu chảy máu động mạch.
- 1.2. Chuẩn bị được dụng cụ cầm máu bằng garo.
- 1.3. Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật cầm máu bằng garo.

2. Thái độ:

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.3. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

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 ùn 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.

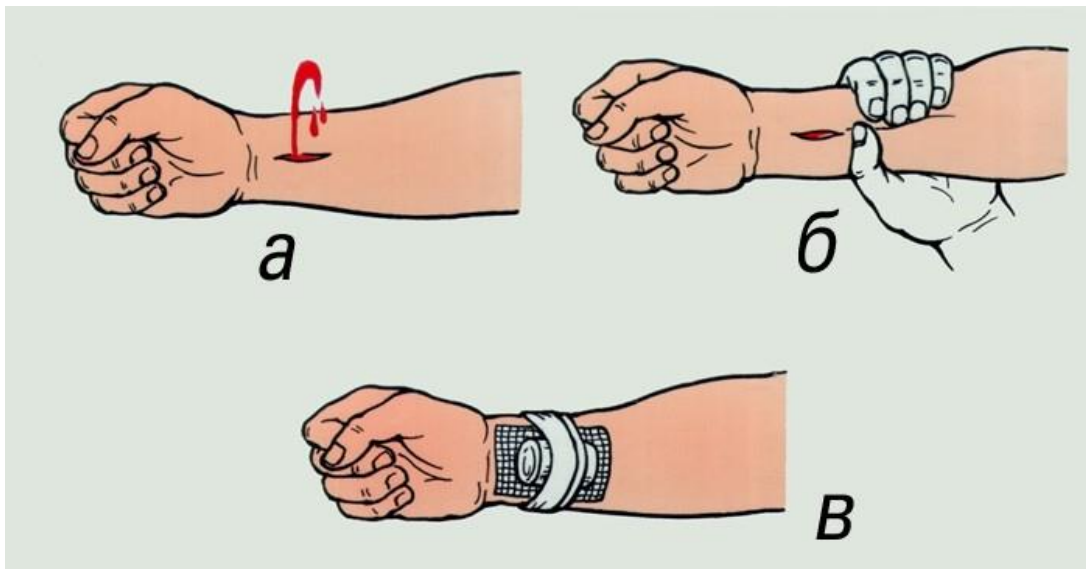
- Da xanh nhợt, lạnh, vã mồ hôi.
- Hoảng hốt, giãy giụa, kích thích, ý thức lú lẫn, lộn xộn, thay đổi mức độ tỉnh táo
- Nhịp thở nhanh nông (đói không khí)
- Mạch nhanh và yếu
- Tiến triển dần tới tình trạng "sốc"

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 ga rô.
- 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 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 garô

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 tuý ứng có thêm: Thanh gỗ hoặc chiếc đĩa bằng gỗ, day buột.
- Một nẹp gỗ từ quá đầu đến quá khuỷu tay (dùng trong băng ép động mạch cảnh).

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 va cho nạn nhân nằm ngửa.
 - + Đứt động mạch thái dương: Chặn ở góc động mạch cảnh.
- 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 ngan lên trên động mạch.
- Đặt nẹp bên đối diện vết thương.

- Cố định vào nẹp, cô 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 băng 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 TIẾN 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 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 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		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT GARO TÙY ỨNG CÀM MÁU

STT	KỸ THUẬT TIẾN 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 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
12	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT ĐẶT GARO TÙY ỨNG CÀM 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		
12	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị		

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

3. Chảy máu mao mạch:

- A. Máu rỉ ra từ vết thương trong những trường hợp vết thương là vết cắt
 A. Màu đỏ sẫm . B. Máu chỉ đùn ra hoặc phun ra từ từ. D. Câu A, B, C, đúng

BÀI 28: KỸ THUẬT CHĂM SÓC MỞ KHÍ QUẢN

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, chỉ định và lợi ích của việc mở khí quản.
- 1.2. Trình bày được 3 nguyên tắc chăm sóc người bệnh mở khí quản.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh mở khí quản.

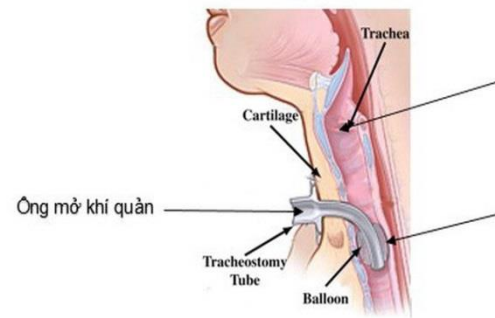
3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Định nghĩa

Mở khí quản là vết rạch ở khí quản nhằm tạo ra lỗ mở từ khí quản ra da, đặt bộ Canule Krisaberg tạm thời hay vĩnh viễn, cho phép không khí đi qua khi có tắc nghẽn đường hấp hấp trên, giúp lấy chất tiết ở khí quản giúp việc cai máy thở do giảm khí khoảng chết và hạ kháng lực đường thở, cho phép giúp thở nhân tạo nhiều ngày.



2. Chỉ định mở khí quản

2.1 Tắc nghẽn hô hấp

- Người bệnh thở qua đường thở nhân tạo trong thời gian dài (thở qua nội khí quản).
- Mất khả năng bài tiết đờm nhớt đường hô hấp dưới.

2.2 Cấp cứu

- Tắc nghẽn đường hô hấp trên do dị vật.
- Người bệnh bị tổn thương do nội khí quản.
- Chảy máu đường hô hấp trên.
- Bỏng đường thở.
- Chấn thương cổ và thanh quản

3. Lợi ích: Giúp người bệnh thở dễ dàng, hiệu quả.

- Dễ dàng lấy dị vật, hút đờm nhớt.
- Lắp máy thở dễ dàng.
- Mở khí quản giúp giảm được khoảng chết (# 150ml).

4. Biến chứng

4.1. Ngay sau khi đặt

- Chảy máu chân mở khí quản
- Sút ống trong những giờ đầu sau khi đặt

- Tắc nghẽn do đàm nhớt, tắc nghẽn do cục máu đông
- Trần khí dưới da.

4.2. Biến chứng muộn:

- Viêm phổi
- Nghẹt đờm
- Nhiễm trùng da chung quanh ống
- Sút ống
- Xẹp phổi
- Dò khí thực quản
- Hẹp khí quản.

II. PHẦN THỰC HÀNH

1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm
- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

2. Chuẩn bị người điều dưỡng

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

3. Chuẩn bị dụng cụ

*** Dụng cụ vô khuẩn**

- 2 kiềm (hoặc 1 kiềm, 1 nhíp), 1 kéo
- 2 ly đựng dung dịch
- Gòn viên, que gòn, gạc lớn bao gòn, gạc mỏng che nơi khai khí quản

*** Dụng cụ sạch**

- Máy hút đàm + Ống hút đàm.
- Dung dịch Povidine 1%, Povidine 10%, nước cất
- Găng tay vô trùng, găng tay sạch
- Khai hạt đậu đựng đồ dơ, 1 kiềm sạch.
- Băng keo, dây cột cổ định, tấm cao su hoặc giấy lót.
- Chai cồn sát khuẩn tay.

4. Tiến hành kỹ thuật

- Báo và giải thích cho bệnh nhân (hoặc người nhà)
- Quan sát và xác định tình trạng của nơi khai khí quản
- Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang
- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ



- Mang dụng cụ đến giường, đặt nơi thuận tiện, đặt khay hạt đậu, kiểm tra máy hút, sát khuẩn tay nhanh.
- Mang găng tay vô khuẩn, hút đàm nhớt đúng kỹ thuật (nếu có)
- Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.
- Rót dung dịch đúng quy định vào 2 ly vô khuẩn.
- Gấp gòn, gạc đủ dùng, cắt gạc đúng kỹ thuật để vào gói dụng cụ vô khuẩn.
- Lau sạch phía trong của ống bằng que gòn nhúng dung dịch Povidine 1%.
- Rửa phía trên canule Krisaberg bằng gòn nhúng dung dịch Povidine 1%.
- Lau khô, sát trùng bên ngoài ống bằng dung dịch Povidine 10%.
- Rửa nơi khai khí quản bằng dung dịch Povidine 1%, lau khô, sát khuẩn xung quanh bằng Povidine 10% đúng kỹ thuật.
- Lót gạc đã cắt phía dưới chân ống đúng kỹ thuật.
- Thay dây cột từng bên tránh đè cán (nếu cần thiết).
- Dùng gạc che vết mổ, đắp nơi miệng ống bằng gạc mỏng làm ẩm bằng nước cất.
- Giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân.
- Dọn dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ CHĂM SÓC MỞ KHÍ QUẢN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
• Dụng cụ vô khuẩn			
1	2 kiềm (hoặc 1 kiềm, 1 nhíp), 1 kéo		
2	2 ly đựng dung dịch		
3	Gòn viên, que gòn, gạc lớn bao gòn, gạc mỏng che nơi khai khí quản		
• Dụng cụ sạch			
4	Máy hút đàm + Ống hút đàm.		
5	- Dung dịch Povidin Hình 2. Chăm sóc mở khí quản		
6	- Găng tay vô trùng, găng tay sạch		
7	- Khai hạt đậu đựng đồ dơ, 1 kiềm sạch.		
8	- Băng keo, dây cột cố định, tấm cao su hoặc giấy lót.		
9	- Chai cồn sát khuẩn tay.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC MỞ KHÍ QUẢN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Báo và giải thích cho bệnh nhân (hoặc người nhà)		
2	Quan sát và xác định tình trạng của nơi khai khí quản		
3	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang		
4	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ		
5	Mang dụng cụ đến giường, đặt nơi thuận tiện, đặt khay hạt đậu, kiểm tra máy hút, sát khuẩn tay nhanh.		
6	Mang găng tay vô khuẩn, hút đàm nhớt đúng kỹ thuật (nếu có)		
7	Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.		
8	Rót dung dịch đúng quy định vào 2 ly vô khuẩn.		
9	Gấp gòn, gạc đủ dùng, cắt gạc đúng kỹ thuật để vào gói dụng cụ vô khuẩn.		
10	Lau sạch phía trong của ống bằng que gòn nhúng dung dịch Povidine 1%.		
11	- Rửa phía trên canule Krisaberg bằng gòn nhúng dung dịch Povidine 1%.		
12	Lau khô, sát trùng bên ngoài ống bằng dung dịch Povidine 10%.		
13	Rửa nơi khai khí quản bằng dung dịch Povidine 1%, lau khô, sát khuẩn xung quanh bằng Povidine 10% đúng kỹ thuật.		
14	Lót gạc đã cắt phía dưới chân ống đúng kỹ thuật.		
15	Thay dây cột từng bên tránh đè cán (nếu cần thiết).		
16	Dùng gạc che vết mổ, đắp nơi miệng ống bằng gạc mỏng làm ẩm bằng nước cất.		
17	Giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân.		
18	Dọn dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ.		

BÀI 29: KỸ THUẬT CHĂM SÓC DẪN LƯU MÀNG PHỔI

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

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được định nghĩa, chỉ định và biến chứng của việc dẫn lưu màng phổi.

1.2. Trình bày được nguyên tắc chăm sóc người bệnh dẫn lưu màng phổi.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh dẫn lưu màng phổi.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

I. PHÂN LÝ THUYẾT

1. Giải phẫu và sinh lý: Màng phổi gồm 2 lá: lá thành và lá tạng, giữa 2 lá là khoang ảo.

Màng phổi có 3 chức năng:

- Chức năng bài tiết.
- Chức năng hấp thu
- Chức năng cơ học

2. Giới thiệu hệ thống dẫn lưu:

2.1. Hệ thống một bình:

2.1.1. Ống dẫn lưu

- **Chất liệu:** ngày nay người ta thường dùng loại ống Argyle bằng chất liệu PVC được tráng một lớp silicon mỏng, trên có một vạch căn quang dọc theo chiều dài của ống, có nhiều vạch chia số rất tiện cho việc theo dõi.

- **Hình dáng:** thẳng hay cong theo lồng ngực.

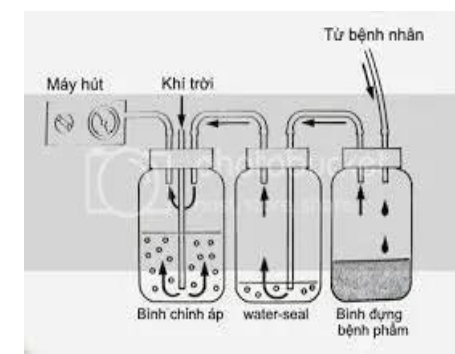
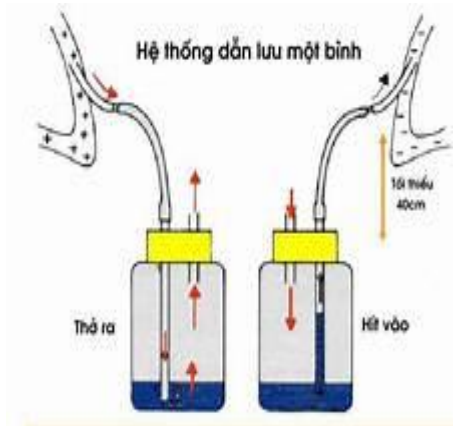
- **Kích thước:** dùng từ nhỏ đến to, người lớn từ 20 Fr đến 36 Fr, thường dùng số 28 – 32Fr.

2.1.2. Ống nối: Là ống nối giữa dây câu và dẫn lưu.

2.1.3. Dây câu nối tiếp với ống dẫn lưu: Dây nên trong suốt, chiều dài là 60cm.

2.1.4. Chai hứng

- **Dung tích:** ít nhất là 1 lít. Chai trong suốt và trong chai chứa lượng dịch đủ ngập ống thủy tinh dài từ 2 – 3cm, bình phải có vạch ghi đơn vị.



- Nắp: đậy kín, có 2 ống thủy tinh vừa khít trên nắp.
- Ống dài: ngập trong nước vô khuẩn 2 – 3 cm.
- Ống ngắn: chỉ đi qua nút chai.

2.2. Hệ thống 2 bình: Có thêm bình hứng dịch từ người bệnh ra.

2.3. Hệ thống 3 bình

- Giống hệ thống 2 bình nhưng có thêm bình kiểm soát áp lực hút.
- Hệ thống bình Pleurevac là một hệ thống bình hút có nhiều ngăn, dựa trên nguyên tắc 3 bình rất tiện dụng khi di chuyển.

Bình 1: Dẫn lưu khí và dịch từ khoang màng phổi. Một miếng băng keo dán ở ngoài bình cho biết mức dịch dẫn lưu ra (nên ghi mỗi giờ).

Bình 2: Là bình kín nước.

Bình 3: Nối với máy hút. Chiều sâu của ống thủy tinh dưới mực nước xác định lực hút.

3. Mục đích đặt dẫn lưu

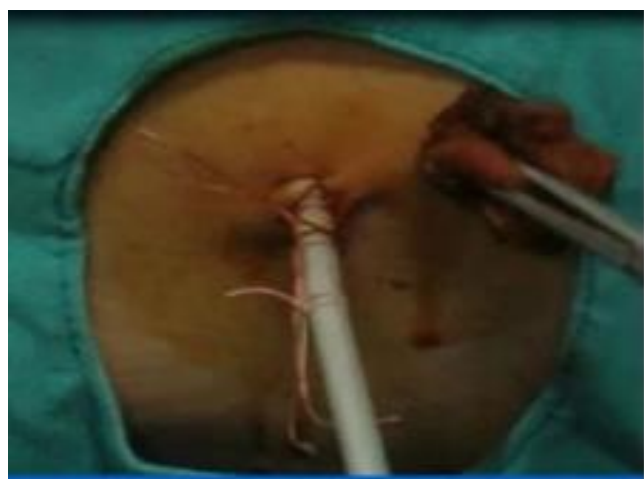
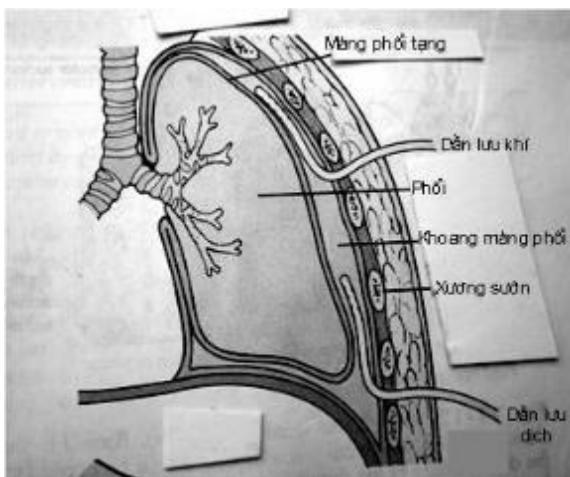
3.1. Điều trị:

- Tràn máu, tràn khí màng phổi do chấn thương;
- Tràn mủ màng phổi;
- Tràn dịch màng phổi có nguồn gốc cấp tính.

3.2. *Chẩn đoán:* Tràn dịch màng phổi lượng nhiều không rõ nguyên nhân (loại trừ xét nghiệm tế bào)

3.3. *Phòng ngừa và theo dõi:* Phẫu thuật nội soi lồng ngực.

4. Vị trí đặt dẫn lưu: Dẫn lưu màng phổi trong chấn thương nên đặt ở liên sườn 4 – 5 đường nách giữa. Đặt dẫn lưu sát bờ trên xương sườn dưới khe liên sườn đã chọn.



5. Tai biến khi đặt dẫn lưu màng phổi

- Rách và gây chảy máu động – tĩnh mạch liên sườn, động mạch vú trong.
- Tràn khí màng phổi.
- Tràn khí dưới da.
- Tổn thương các cơ quan trong ổ bụng.
- Đầu ống đặt vào khoảng trống phần mềm dưới da.

6. Nguyên tắc chăm sóc dẫn lưu màng phổi

- Kín.
- Vô khuẩn hoàn toàn.
- Hệ thống ống phải thông.
- An toàn cho người bệnh

7. Rút dẫn lưu

7.1. Chỉ định:

- Phổi giãn nở tốt
- Dịch ít hơn 50 – 100ml trong 8 giờ.
- Kiểm tra X quang thấy phổi giãn nở tốt.

7.2. Rút dẫn lưu:

- Điều dưỡng cần khuyến khích người bệnh ngồi dậy hít thở sâu.
- Khi rút dẫn lưu nên giải thích cụ thể để người bệnh hợp tác tốt.
- Hướng dẫn người bệnh hít sâu trong khi điều dưỡng rút nhanh ống dẫn lưu ra.
- Ngay khi rút dẫn lưu xong điều dưỡng cho người bệnh thở ra nhẹ nhàng đồng thời điều dưỡng nên kẹp kín vết thương lại bằng Agraff hay cột lại bằng mối chỉ chò và băng gạc lại.
- Sau khi rút phải cho người bệnh ngồi dậy hít thở đều, điều dưỡng quan sát hô hấp và theo dõi người bệnh trong vài giờ sau rút.

8. Biến chứng khi người bệnh có dẫn lưu màng phổi và cách phòng ngừa:

Viêm phổi	Hướng dẫn người bệnh cách thở, vận động, giữ ấm, vệ sinh răng miệng.
Xẹp phổi	Hướng dẫn người bệnh cách tập thở sâu 5 – 6 lần trong 2 giờ ngay sau khi đặt cho đến khi xuất viện.
Nhiễm trùng chân dẫn lưu	Thay băng khi thấm dịch, tránh để dịch chảy ngược vào khoang màng phổi.
Nhiễm trùng vết mổ	Luôn thay vết mổ vô trùng trước.
Khó thở do dày dính màng phổi	Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu 5 – 6 lần trong 2 giờ trong thời gian có dẫn lưu màng phổi cũng như khi đã rút dẫn lưu.

9. Tai biến và cách xử trí

TAI BIẾN	XỬ TRÍ
Rò khí qua hệ thống	Băng kín các mối nối và chân dẫn lưu. Ống dài trong bình chứa phải ngập trong nước 2 – 3 cm.
Vỡ bình	Cần để bình vào nơi an toàn như trong kệ gỗ hay treo trên giường. Luôn có 2 kẹp trên giường để trong trường hợp đầy bình thì kẹp dẫn lưu lại ngay trước khi thay bình mới.
Sút ống dẫn lưu	Phòng ngừa sút ống, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy, nếu người bệnh kích thích vật vã nhiều nên cố định tay người bệnh lại. Trong trường hợp sút ống dẫn lưu, điều dưỡng dùng tay bịt chặt mép vết thương lại và kêu người hỗ trợ, dùng Agraff kẹp vết thương lại và băng kín, báo bác sĩ xử trí tiếp.

II. PHẦN THỰC HÀNH

1. Mục đích: Phòng ngừa nhiễm trùng hệ thống dẫn lưu màng phổi.

2. Chỉ định:

- Khi bình đầy 2/3 dịch.
- Khi nước trong bình đổi màu.
- Khi vỡ bình.
- Sau 8 giờ (tương đổi).

3. Nhận định:

- Quan sát vết thương chân dẫn lưu, vết mổ.
- Quan sát hô hấp, thở oxy, dấu hiệu khó thở.
- Người bệnh đang có máy hút, áp lực hút.
- Bình chứa dịch, số lượng dịch, màu sắc dịch.

4. Chuẩn bị:

4.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm.
- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện để thực hiện kỹ thuật.

4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng:

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Dụng cụ bảo hộ (nếu cần).

4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bộ dụng cụ rửa vết thương nhiễm (xem lại bài 20).
- 2 cây kiềm lớn/ kiềm tiếp liệu.
- Hệ thống bình mới + hệ thống dây câu.

5. Tiến hành kỹ thuật

Trong giai đoạn hiện nay dẫn lưu màng phổi đặt đặt rất an toàn và vô khuẩn và được đặc gạc à băng kín vô trùng. Do đó, không còn tình trạng chăm sóc nơi đặt dẫn lưu màng phổi. Mà chỉ còn chăm sóc hệ thống dây câu nối và bình chứa.

- 5.1. Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.
- 5.2. Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.
- 5.3. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).
- 5.4. Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần).
- 5.5. Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới hệ thống dây câu.
- 5.6. Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bản nơi thuận tiện.
- 5.7. Vuốt ống và dùng 2 kiềm lớn kẹp ống đúng kỹ thuật.
- 5.8. Tháo băng keo hệ thống dây câu (nếu có), tháo rời hệ thống dây câu với ống Argyle.
- 5.9. Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.
- 5.10. Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.
- 5.11. Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.
- 5.12. Dùng kiềm vô khuẩn gấp gòn, nhúng vào dung dịch rửa, tiếp liệu đúng kỹ thuật, tiến hành rửa dây câu nối (Rửa từ cao xuống thấp, bên xa trước bên gần sau, xem ống như vật 4 cạnh), rửa đến khi sạch.
- 5.13. Dùng gạc vô khuẩn thấm khô lại hệ thống dây câu (nếu cần).
- 5.14. Lắp hệ thống dây câu nối và thay bình mới.
- 5.15. Đặt bình ở nơi an toàn, mở 2 kiềm lớn.
- 5.16. Bảo bệnh nhân hít thở sâu, quan sát mực nước trong bình.
- 5.17. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.
- 5.18. Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.
- 5.19. Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.

**BẢNG KIỂM: SOẠN DỤNG CỤ
CHĂM SÓC DẪN HỆ THỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI**

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	- Bộ dụng cụ rửa vết thương nhiễm (xem lại bài 20).		
2	- 2 cây kiềm lớn/ kiềm tiếp liệu.		
3	- Hệ thống bình mới + hệ thống dây câu.		

BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT TUBE LEVINE THEO DỐI DỊCH

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Giải thích động viên hướng dẫn người bệnh, người nhà những điều cần thiết.		
2	Điều dưỡng, mang khẩu trang, rửa tay.		
3	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ (như trên).		
4	Mang dụng cụ đến giường, đặt người bệnh nằm/ ngồi tư thế thuận tiện, che bình phong (nếu cần).		
5	Trải tấm lót cao su hoặc giấy lót phía dưới hệ thống dây câu.		
6	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bản nơi thuận tiện.		
7	Vuốt ống và dùng 2 kiềm lớn kẹp ống đúng kỹ thuật.		
8	Tháo băng keo hệ thống dây câu (nếu có), tháo rời hệ thống dây câu với ống Argyle.		
9	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.		
10	Mở gói dụng cụ vô khuẩn đúng kỹ thuật, sắp xếp dụng cụ thuận tiện.		
11	Rót dung dịch, gấp gòn gạc đủ dùng.		
12	Dùng kiềm vô khuẩn gấp gòn, nhúng vào dung dịch rửa, tiếp liệu đúng kỹ thuật, tiến hành rửa dây câu nối (Rửa từ cao xuống thấp, bên xa trước bên gần sau, xem ống như vật 4 cạnh), rửa đến khi sạch.		
13	Dùng gạc vô khuẩn thấm khô lại hệ thống dây câu (nếu cần).		

14	Lắp hệ thống dây câu nối và thay bình mới.		
15	Đặt bình ở nơi an toàn, mở 2 kiềm lớn.		
16	Bảo bệnh nhân hít thở sâu, quan sát mực nước trong bình.		
17	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.		
18	Thu dọn dụng cụ và xử lý đúng quy định.		
19	Tháo găng tay, rửa tay và ghi hồ sơ.		

6. Thu dọn dụng cụ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn – tiệt khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ an toàn, sắp xếp ngăn nắp, đúng vị trí ban đầu.

7. Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ chăm sóc dẫn lưu màng phổi.
- Tình trạng dẫn lưu màng phổi.
- Thuốc/ dung dịch sử dụng (nếu có).
- Có cắt chỉ hay mở kẹp gì khôngs.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người thực hiện.

8. Những điều cần lưu ý

- Cần quan sát bình hứng dịch về màu sắc, số lượng và ghi vào hồ sơ chính xác thời gian. - Làm công tác tư tưởng cho người bệnh an tâm trong lúc thực hiện.
- Hướng dẫn người bệnh cách dang tay, cách hít thở, tập thở. Người bệnh nằm ở tư thế Fowler khi thay băng.
- Trong thời gian thay băng nên theo dõi dấu hiệu khó thở. Nên thực hiện cho thở oxy ngay cho người bệnh nếu thấy dấu hiệu khó thở.
- Sau khi thay xong cho người bệnh hít sâu hay ho mạnh để quan sát mực nước lên xuống trong ống theo nhịp thở để biết hệ thống ống đã thông.
- Thực hiện gắn máy hút vào ống ngăn nếu có y lệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Ống dùng để đặt khoang màng phổi là:

- A. Tube Levine B. Argyle C. Foley 2 chia D. Nelaton

Câu 2. Nguyên tắc chăm sóc dẫn lưu màng phổi, ngoại trừ:

- A. Kín. B. Hệ thống ống phải thông và vô trùng hoàn toàn.
C. An toàn cho bệnh nhân. D. Hệ thống hai chiều và vô trùng

Câu 3. Nhận định quan trọng nhất khi người bệnh có dẫn lưu màng phổi là:

- A. Tri giác B. Hô hấp C. Nước tiểu D. Da, niêm mạc

Câu 4. Biến chứng nguy hiểm nhất khi đặt dẫn lưu màng phổi là:

- A. Đặt nhầm màng tim B. Thủng màng phổi
C. Đau nơi đặt D. Ngưng tim đột ngột

Câu 5. Xử trí khi phát hiện vỡ bình dẫn lưu màng phổi là:

- A. Cho người bệnh thở oxy B. Tiêm adrenaline
C. Gập ống Argyle/ gập ống dây câu D. Tiêm thuốc giảm đau

BÀI 30: CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, chỉ định và biến chứng của việc mở hậu môn nhân tạo.
- 1.2. Trình bày được nguyên tắc chăm sóc người bệnh hậu môn nhân tạo.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh hậu môn nhân tạo.
- 2.2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

Hậu môn nhân tạo là một chỗ mở của hồi tràng hay đại tràng trên thành bụng, tạm thời hay vĩnh viễn. Phân di chuyển trong lòng ruột qua chỗ mở này thoát ra ngoài vào một túi gắn ở thành bụng. Các lỗ thoát này không có van hoặc cơ nên sẽ không thể kiểm soát sự di chuyển của phân ra ngoài

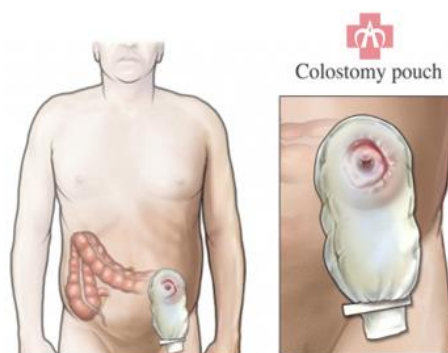
Tác động nghiêm trọng nhất mà hậu môn nhân tạo mang đến cho người bệnh là sang chấn về tâm lý. Do đó BN phải được thông báo trước và được giải thích về việc cần thiết phải làm hậu môn nhân tạo. Cần phải có một chuyên viên tư vấn về tâm lý trước và sau mổ.

Tất cả mọi người ở mọi lứa tuổi đều có thể có phẫu thuật hậu môn nhân tạo, từ trẻ sơ sinh, thanh niên đến người già. Tuổi tác và giai đoạn của cuộc đời khi một người có phẫu thuật hậu môn nhân tạo là một yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thích nghi của họ với hậu môn nhân tạo.

2. Chỉ định:

Hậu môn nhân tạo được chỉ định trong một số trường hợp sau:

- Ung thư đại tràng đến muộn trong giai đoạn trễ không còn khả năng cắt bỏ.
- Viêm loét nặng trực tràng chảy nhiều máu.
- Bệnh túi thừa đại tràng.
- Rò trực tràng – âm đạo hay rò trực tràng – bàng quang.
- Chấn thương
- Các rối loạn chức năng khác.



3. Đặc điểm của hậu môn nhân tạo bình thường:

- Một hậu môn nhân tạo khỏe mạnh có màu đỏ chỉ ra rằng nó được cung cấp máu tốt. Bề mặt niêm mạc thường là ẩm và mềm tương tự như là mô ở trong miệng.
- Bởi vì đường tiêu hóa và đường niệu không có dây thần kinh cảm giác do đó hậu môn nhân tạo không có cảm giác.
- Thông thường chỉ có 1 lỗ mở trên hậu môn nhân tạo, nơi mà chất thải được thải ra. Lý tưởng nhất là lỗ mở nằm ở trung tâm của hậu môn nhân tạo, tuy nhiên tùy vào cấu trúc phẫu thuật, có thể có 2 lỗ mở trên bề mặt hậu môn nhân tạo (vòng) và có thể có hơn 1 hậu môn nhân tạo (hai nòng súng).
- Da xung quanh hậu môn nhân tạo nên được nguyên vẹn.

4. Các loại hậu môn nhân:

4.1. Hậu môn nhân tạo tạm thời: là những hậu môn nhân tạo chỉ được sử dụng trong 1 thời gian nhất định. Loại hậu môn nhân tạo này được sử dụng trong các trường hợp sau:

- Hậu môn nhân tạo với mục đích bảo vệ an toàn cho một đường khâu hay một miệng nối ở đại trực tràng.
- Hậu môn nhân tạo làm để thoát phân trong tất ruột do ung thư đại trực tràng mà thương tổn có thể cắt bỏ được.
- Hậu môn nhân tạo với mục đích thụt tháo phân chuẩn bị cho một phẫu thuật lớn sau 1-2 tuần.

4.2. Hậu môn nhân tạo vĩnh viễn: là hậu môn nhân tạo để mãi mãi cho tới khi bệnh nhân chết. Được sử dụng trong các trường hợp sau:

- Ung thư đại trực tràng đến trong giai đoạn trễ của bệnh không thể cắt bỏ được.
- Phẫu thuật cắt đại tràng như phẫu thuật Hartmann hay cắt bỏ trực tràng như phẫu thuật Miles. hậu môn nhân tạo của các phẫu thuật này chỉ có 1 đầu đại tràng đưa ra ngoài, thuộc loại hậu môn tận.

5. Các kiểu hậu môn nhân tạo thường gặp:

5.1. Hậu môn nhân tạo kiểu đầu tận:

Phần cuối của đại tràng (đoạn nối với đường tiêu hóa trên – đầu gần) được đưa ra khỏi thành bụng khoảng 2cm, miệng đại tràng được khâu kín vào da thành bụng, bề mặt của HMNT là lớp niêm mạc của đại tràng, thường có màu hồng và ẩm ướt. Còn phần xa của đại tràng (đầu dưới) được khâu kín và để lại trong ổ bụng.

5.2. Hậu môn nhân tạo kiểu nòng súng:

Kiểu nòng súng được thực hiện nhanh hơn kiểu đầu tận và thường có tính chất tạm thời. Đầu gần được đưa ra ngoài thành bụng, được dùng như là một hậu môn tạm thời để tổng phân ra ngoài. Đầu xa cũng được đưa ra ngoài thành bụng, tạo thành một lỗ rò, có một tí chất nhầy chảy ra. Kiểu nòng súng giúp ruột được nghỉ ngơi và sẽ đóng lại thì sau.

5.3. Hậu môn nhân tạo kiểu quai:

Quai ruột sẽ được đưa ra khỏi thành bụng vài cm, và được cố định bằng thanh nhựa trượt bên dưới. Quai ruột được xẻ một hình vòng cung, cho phép phân di chuyển trong đại tràng và được tống ra ngoài. Thanh hỗ trợ được lấy ra khoảng 7 đến 10 ngày sau khi phẫu thuật. Kiểu quai được thực hiện để tạo ra lỗ thoát tạm thời cho phân từ một đoạn đại tràng bị tắc nghẽn hoặc bị tổn thương.

6. Biến chứng:

- Tắc ruột
- Áp xe quanh hậu môn nhân tạo
- Hoại tử hậu môn nhân tạo
- Hậu môn nhân tạo bị tụt vào xoang bụng
- Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo
- Sa hậu môn nhân tạo

7. Kỹ thuật chăm sóc hậu môn nhân tạo:

7.1 Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về thủ thuật làm
- Động viên người bệnh yên tâm hợp tác với điều dưỡng
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

7.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

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

7.3. Chuẩn bị dụng cụ:

* Dụng cụ vô khuẩn gồm:

- 2 kiềm (hoặc 1kiềm, 1 nhíp), 1 kéo
- 1 ly NaCl 9%0, 1 ly cồn 70⁰
- Gòn viên, gạc lớn bao Gòn (khoét tròn ở giữa)

* Dụng cụ ngoài mâm

- Găng tay, kiềm sạch
- Băng keo, kéo (nếu cần) - Vải cao su hoặc giấy lót, khay hạt đậu hoặc túi nylon đựng đồ bẩn

- Bọc đựng phân

7.4. Tiến hành kỹ thuật:

- Báo và giải thích cho bệnh nhân
- Quan sát và xác định tình trạng của vết thương
- Điều dưỡng rửa tay mang khẩu trang
- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ, mang dụng cụ đến giường.
- Đặt bệnh nhân tư thế thuận tiện, phơi bày vùng có HMNT

- Trải tấm lót (hoặc giấy báo) phía dưới HMNT
- Đặt khay hạt đậu (hoặc túi nilon) để đựng băng bản nơi thuận tiện
- Mang gant tay, mở khăn vô khuẩn. Dùng kéo cắt gạc
- Dùng khăn sạch nhẹ nhàng tháo túi đựng phân và băng bản bỏ vào bồn hạt đậu. điều dưỡng sát khuẩn lại tay bằng cồn.
- Lau phân dơ
- Dùng khăn gấp gòn nhúng nước muối rửa HMNT
- Rửa vùng da xung quanh HMNT
- Dùng gòn lau khô vùng da xung quanh HMNT
- Sát trùng cồn vùng da xung quanh HMNT (nếu có rôm lở da không được sát trùng cồn mà bôi chất ngừa rôm lở da)
- Đặt gạc bao quanh HMNT
- Đặt bọc đựng phân vào, cột dây
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái
- Dọn dẹp dụng cụ, tháo gant, rửa tay, ghi hồ sơ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH
1	Báo và giải thích để bệnh nhân an tâm
2	Quan sát và xác định tình trạng của hậu môn nhân tạo
3	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang
4	Chuẩn bị dụng cụ:
	* Dụng cụ vô khuẩn gồm: Khăn vô khuẩn
	- 2 pince (hoặc 1 pince, 1 nhíp), 1 kéo
	- 1 ly đựng dung dịch Povidine 1%, 1 ly đựng Povidine 10%
	- Gòn viên, gạc đủ dùng, găng tay vô khuẩn, cồn sát khuẩn tay nhanh
	* Dụng cụ sạch gồm:
	- Găng tay hoặc pince, băng dính
	- Túi đựng phân, chất ngừa rom lở da (nếu cần)
- khay hạt đậu hoặc túi nilon đựng đồ bẩn, tấm cao su hoặc giấy lót	
5	Mang dụng cụ đến giường, đặt bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện,
6	Trải tấm lót cao su hoặc giấy báo phía dưới hậu môn nhân tạo
7	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bẩn nơi thuận tiện
8	Mang găng tay, nhẹ nhàng tháo túi đựng phân và băng bẩn bỏ vào khay hạt đậu
9	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng vô khuẩn
10	Mở mâm dụng cụ vô khuẩn theo đúng kỹ thuật, dùng kéo cắt gạc
11	Lau phân (nếu có), đặt khay hạt đậu hứng phân nếu có trào ra
12	Dùng kiềng gấp gòn nhúng dung dịch Povidine 1% rửa hậu môn nhân tạo
13	Rửa vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo, sau đó lau khô
14	Sát trùng vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo bằng Povidine 10%
15	Đặt gạc bao quanh hậu môn nhân tạo
16	Đặt túi đựng phân vào
17	Thu dọn dụng cụ đựng băng bẩn và tấm nilon
18	Giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái
19	Dọn dẹp dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO

STT	KỸ THUẬT TIẾN HÀNH	CÓ	Không
1	Báo và giải thích để bệnh nhân an tâm		
2	Quan sát và xác định tình trạng của hậu môn nhân tạo		
3	Điều dưỡng rửa tay và mang khẩu trang		
4	Chuẩn bị dụng cụ:		
	* Dụng cụ vô khuẩn gồm: Khăn vô khuẩn		
	- 2 pince (hoặc 1 pince, 1 nhíp), 1 kéo		
	- 1 ly đựng dung dịch Povidine 1%, 1 ly đựng Povidine 10%		
	- Gòn viên, gạc đủ dùng, găng tay vô khuẩn, cồn sát khuẩn tay nhanh		
	* Dụng cụ sạch gồm:		
	- Găng tay hoặc pince, băng dính		
	- Túi đựng phân, chất ngừa rơm lở da (nếu cần)		
	- khay hạt đậu hoặc túi nilon đựng đồ bẩn, tấm cao su hoặc giấy lót		
5	Mang dụng cụ đến giường, đặt bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện,		
6	Trải tấm lót cao su hoặc giấy báo phía dưới hậu môn nhân tạo		
7	Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon để đựng băng bẩn nơi thuận tiện		
8	Mang găng tay, nhẹ nhàng tháo túi đựng phân và băng bẩn bỏ vào khay hạt đậu		
9	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng vô khuẩn		
10	Mở mâm dung cụ vô khuẩn theo đúng kỹ thuật, dùng kéo cắt gạc		
11	Lau phân (nếu có), đặt khay hạt đậu hứng phân nếu có trào ra		
12	Dùng kiềm gấp gòn nhúng dung dịch Povidine 1% rửa hậu môn nhân tạo		
13	Rửa vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo, sau đó lau khô		
14	Sát trùng vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo bằng Povidine 10%		
15	Đặt gạc bao quanh hậu môn nhân tạo		
16	Đặt túi đựng phân vào		
17	Thu dọn dụng cụ đựng băng bẩn và tấm nilon		
18	Giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái		
19	Dọn dẹp dụng cụ, tháo găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hậu môn nhân tạo có mấy loại?

A. 1 B. 2 C. 3 D. 4

2. Có mấy kiểu hậu môn nhân tạo?

A. 1 B. 2 C. 3 D. 4

3. Biến chứng sau làm hậu môn nhân tạo:

A. Tắc ruột B. Áp xe quanh hậu môn nhân tạo
C. Hoại tử hậu môn nhân tạo D. Câu A, B, C, đúng

BÀI 31: KỸ THUẬT VỆ SINH CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân.
- 1.2. Trình bày được mục đích của chăm sóc răng miệng, gội đầu, tắm cho bệnh nhân nặng tại giường.

2. Kỹ năng: Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc, vệ sinh hàng ngày cho bệnh nhân.

3. Thái độ: Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

Khi con người bị đau ốm, sức đề kháng của cơ thể đối với ngoại cảnh cũng như đối với các loại vi khuẩn sẽ giảm đi. Nếu vệ sinh thân thể kém, vi khuẩn sẽ xâm nhập vào cơ thể qua da, niêm mạc gây ảnh hưởng không tốt đến việc điều trị bệnh. Vì vậy cần phải giữ vệ sinh cho bệnh nhân thật tốt để góp phần vào việc phòng bệnh, tránh các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra đồng thời rút ngắn thời gian điều trị. Người điều dưỡng phải biết và giúp đỡ bệnh nhân làm vệ sinh thân thể được tốt. Công tác vệ sinh cho bệnh nhân gồm có: Chăm sóc răng miệng, gội đầu, tắm rửa, vệ sinh hậu môn – sinh dục giữ sạch sẽ chân tay.



2. Những kỹ thuật chăm sóc, vệ sinh cho bệnh nhân

2.1. Chăm sóc răng miệng:

a. Mục đích:

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng
- Chống nhiễm khuẩn trong trường hợp có tổn thương ở miệng
- Giúp bệnh nhân thoải mái, dễ chịu, ăn ngon

b. Chăm sóc thông thường:

Áp dụng cho những bệnh nhân tỉnh táo nhưng không đi lại được.

* **Chuẩn bị bệnh nhân:**

- Làm công tác tư tưởng giải thích cho bệnh nhân rõ
- Đỡ bệnh nhân ngồi dậy, bỏ chân xuống giường hoặc cho nằm đầu cao, mặt nghiêng về phía điều dưỡng viên. Choàng khăn bông qua cổ bệnh nhân
- Đặt khay hạt đậu dưới má bệnh nhân (để hứng nước chảy ra)

*** Chuẩn bị dụng cụ:**

- Bàn chải đánh răng (bàn chải mềm)
- Kem đánh răng
- Khăn mặt
- Cốc nước súc miệng
- Khay hạt đậu

*** Tiến hành:** Trong khi chăm sóc răng miệng nên giáo dục vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân:

- Làm ướt bàn chải và bôi kem.
- Đưa nước và bàn chải cho bệnh nhân.
- Hướng dẫn bệnh nhân tự đánh răng: Chải hàm trên, hàm dưới, mặt ngoài rồi đến mặt trong (Hàm trên từ trên xuống, hàm dưới từ dưới lên)
- Cho bệnh nhân súc miệng thật sạch.
- Lau miệng và cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
- Rửa sạch bàn chải, để bàn chải, khay hạt đậu lên khay sạch.

c. Chăm sóc đặc biệt:

- Áp dụng đối với bệnh nhân nặng. Mê man, sốt cao, tổn thương ở miệng: gãy xương hàm, vết thương ở miệng
- Nên quan sát tình trạng răng miệng để chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ. Bệnh nhân có răng giả nên tháo ra và làm vệ sinh hàm răng giả riêng.

*** Chuẩn bị bệnh nhân:**

- Thông tin và giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm, mặt nghiêng về một bên.
- Quàng khăn qua cổ, đặt khay hạt đậu một bên má bệnh nhân.

Nếu lưỡi đóng trắng, bôi glycerin và nước chanh 15 phút trước khi chăm sóc. Môi khô nứt nẻ, thoa glycerin hoặc vaselin 15 phút trước khi làm.

*** Chuẩn bị dụng cụ:**

- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn để súc miệng, có thể dùng Natri clorur 0,9%, oxy già tùy nồng độ, dung dịch bicarbonat 0,2%, dung dịch borate de soude 0,2%.
- Cốc nước chanh và dung dịch glycerin (2 phần bằng nhau để bôi môi miệng)
- Gạc, bông cầu, tăm bông, Vaseline, Glycerin.
- Kẹp, Đè lưỡi, Ống bơm hút, nếu bệnh nhân không hợp được nước.
- Ống hút, Khăn mặt, Khay quả đậu hứng nước chảy ra.

- Túi giấy đựng bông bần.

*** Tiến hành:**

- Dùng kẹp gấp bông hoặc dùng tăm bông nhúng dung dịch sát khuẩn chà rửa hai hàm răng. Dùng đèn lưỡi mở rộng miệng bệnh nhân để rửa cho dễ.

- Rửa nhiều lần để miệng được sạch.

- Bệnh nhân tỉnh táo, sau khi chà rửa răng, đưa nước cho bệnh nhân súc miệng. Bệnh nhân không xúc nhổ được, dùng ống bơm hút, bơm rửa cho sạch (bơm nước vào mặt trong má). Nếu bệnh nhân mê man không nên xúc miệng, chỉ dùng bông vừa ướt để rửa răng bệnh nhân.

- Lau khô miệng bệnh nhân.

- Dùng tăm bông thấm Glycerin và nước cốt chanh bôi trơn lưỡi, phía trong má và môi.

- Đặt bệnh nhân nằm lại thoải mái.

*** Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ :**

- Rửa dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch.

- Gửi hấp những dụng cụ cần tiệt khuẩn.

*** Ghi hồ sơ:**

- Ngày giờ sẵn sóc răng miệng.

- Dung dịch đã dùng.

- Tình trạng răng miệng của bệnh nhân.

- Phản ứng của bệnh nhân (nếu có).

- Trường hợp có vết thương ở miệng nên áp dụng vô khuẩn.

- Tên điều dưỡng viên thực hiện.

2.2. Rửa mặt:

a. Mục đích: Rửa mặt cho bệnh nhân làm sạch mặt, mũi, tai, cổ, gáy cho bệnh nhân giúp họ thấy thoải mái, dễ chịu.

b. Chuẩn bị:

- Chậu nước sạch, ấm; Khăn mặt; Xà phòng.

- Dao cạo râu nếu bệnh nhân nam có nhu cầu cạo râu.

- Bông để lấy gỉ mũi cho bệnh nhân có nhiều gỉ cứng.

- Glycerin để thấm vào bông.

c. Tiến hành:

- Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân.

- Báo cho bệnh nhân việc sắp làm và hỏi nhu cầu của bệnh nhân. Hỏi thăm bệnh nhân, động viên, an ủi để biết được ý muốn của bệnh nhân.

- Vò khăn mặt và cuốn vào 4 ngón tay.

- Lau mặt cho bệnh nhân từ góc trong ra.

- Vò sạch lại khăn cuốn vào tay.

- Lau mặt: Từ trán, 2 má, quanh miệng, cằm, cổ, gáy.
- Vò lại khăn mặt một lần nữa cho sạch (Nếu bệnh nhân cần cạo râu, phải quan sát và hỏi ý kiến bệnh nhân quyết định giúp bệnh nhân cạo râu).
- Lau ẩm vùng có râu, xoa xà phòng, làm mềm da và chân râu.
- Cạo râu cho bệnh nhân:
 - + Lấp dao cạo chắc chắn.
 - + Tay trái căng da bệnh nhân, tránh làm nhăn da bệnh nhân vì dao cạo có thể làm xước da mặt của bệnh nhân.
 - + Tay phải cầm dao cạo nhẹ nhàng, lần lượt cạo hai bên má, cằm, phần dưới mũi, cạo theo chiều mọc của râu. Thường thì cạo râu trước khi rửa mặt.
 - + Vò khăn sạch lau sạch bọt xà phòng cho bệnh nhân.
- Vò sạch khăn và phơi khô.

2.3. Chải đầu và gội đầu:

a. Mục đích:

- Chải và gội đầu nhằm mục đích làm sạch tóc và da đầu bệnh nhân để phòng chống các bệnh về tóc và da đầu đồng thời còn kích thích tuần hoàn ở đầu.
- Giúp bệnh nhân dễ chịu thoải mái. Gội đầu tại giường được tiến hành khi bệnh nhân nằm lâu tại chỗ không tự gội được. Không được gội đầu cho những bệnh nhân đang trong tình trạng nặng, bệnh nhân sốt cao.

b. Chải đầu:

* Chuẩn bị: Khăn bông to, lược, cồn 50⁰C.

*** Tiến hành:**

- Bệnh nhân ngồi được:
 - + Đỡ bệnh nhân ngồi dậy, điều dưỡng quàng khăn lên vai bệnh nhân.
 - + Điều dưỡng đứng bên cạnh để chải cho bệnh nhân, cần chải từng nắm tóc một và chải từ chân tóc để tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh.
 - + Nếu tóc rối nhiều nên xoa cồn 50⁰ cho dễ chải.
 - + Sau khi chải nếu tóc dài nên tết đuôi sam, vừa gọn, thoáng, vừa tránh ì lên tóc khi nằm.
- Bệnh nhân không ngồi dậy được:
 - + Để bệnh nhân nằm nghiêng lưng quay về phía điều dưỡng.
 - + Trên gối trải một khăn bông to.
 - + Rẽ tóc ra hai bên thành hai mái.
 - + Dùng tay trái nắm gọn và chắc mái phía trên tay phải chải từ đầu tóc đến chân tóc.
 - + Sau đó cho bệnh nhân trở mình để chải mái bên kia.
 - + Sau khi chải lấy khăn bông ra, sắp xếp gối đệm ngay ngắn, thu lược tóc rụng quần gọn lại bỏ vào sọt rác và thu dọn dụng cụ.

c. Gội đầu:

*** Chuẩn bị dụng cụ:**

- Chậu nước ấm.
- Ca múc nước.
- Xà phòng, chanh.
- Khăn bông nhỏ.
- Khăn bông to
- Có thể chuẩn bị máy sấy để làm khô tóc.
- Kim băng.
- Vỏ áo gói nylon , mảnh nylon.
- Máng chữ U có bọc nylon để dẫn nước xuống thùng đựng nước bẩn.
- Hai viên bông.
- Túi giấy.
- Lược chải tóc
- Thùng đựng nước bẩn.

*** Tiến hành**

- Báo cho bệnh nhân biết việc sắp làm; Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân.
- Luồn áo gói nylon vào gối, hoặc phủ nylon lên gối, giường bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai.
- Choàng khăn bông ở cổ, ngực. Chải tóc; Nhét bông vào hai lỗ tai bệnh nhân.
- Đặt máng chữ U dưới đầu bệnh nhân, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng nước bẩn.
- Đổ nước ấm ướt đều tóc, xoa xà phòng.
- Chà sát khắp da đầu và tóc bằng những đầu ngón tay, nhưng tránh làm xây xát da đầu bệnh nhân.
- Dội nước lên tóc nhiều lần cho sạch.
- Xoa nước chanh lên tóc rồi dội lại cho sạch.
- Lấy khăn nhỏ lau mặt cho bệnh nhân, bỏ bông ở hai lỗ tai ra.
- Kéo khăn quàng ở lưng, vai, lau tóc cho bệnh nhân hoặc dùng máy sấy, sấy tóc cho khô; Chải tóc bệnh nhân.
- Tháo máng cho vào thùng; Cho bệnh nhân nằm hoặc ngồi thoải mái.
- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường gọn gàng. Thu dọn dụng cụ.

*** Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ**

- Rửa sạch tất cả các dụng cụ, lau khô và mang về chỗ cũ.

*** Ghi hồ sơ**

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng bệnh nhân, những quan sát về tóc, da đầu của bệnh nhân.
- Tên người thực hiện.

*** Những điểm cần lưu ý: Khi gội đầu cho bệnh nhân cần phải :**

- Tránh cho bệnh nhân bị nhiễm lạnh và nước xà phòng vào tai, mắt bệnh nhân.
- Trường hợp đầu bệnh nhân có vết thương nên đắp gạc có chất trơn lên rồi gội, trước khi săn sóc bệnh nhân.
- Hàng ngày phải chải tóc cho bệnh nhân (Nếu bệnh nhân tóc dài, phải tết tóc cho bệnh nhân).

2.4. Tắm cho bệnh nhân tại giường

a. Mục đích

*** Tắm cho bệnh nhân tại giường nhằm mục đích**

- Giữ da sạch sẽ, ngăn ngừa và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.
- Đem lại sự thoải mái cho bệnh nhân.

*** Tắm tại giường được áp dụng** trường hợp bệnh nhân không tự làm được như: bệnh nhân bị gãy xương, bệnh nhân liệt, mê man, nặng, bệnh nhân sau phẫu thuật.

b. Chuẩn bị bệnh nhân

- Báo và giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm.
- Giúp đỡ, hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết, cho bệnh nhân đi đại, tiểu tiện.

c. Chuẩn bị dụng cụ

- Bấm móng tay; Chậu nước ấm; Hai khăn bông to; Bột talc – còn
- Quần áo sạch; Xà phòng; Khăn đắp; Vải trải giường, áo gối sạch.
- Thùng đựng đồ bẩn, Bô dẹt; Bình phong.

d. Tiến hành

- Đem dụng cụ đến giường bệnh nhân, báo và giải thích.
- Dùng bình phong che kín giường bệnh nhân; Đóng cửa sổ, tắt quạt (Nếu có).
- Phủ khăn đắp lên người bệnh nhân.
- Cởi quần áo bệnh nhân cho vào thùng đựng đồ bẩn; Kéo khăn đắp, để lộ tay.
- Chải khăn bông to dưới cẳng tay đến nách, dùng khăn lau từ cổ tay đến nách bằng nước, xà phòng, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô. Tắm hai tay như nhau : Động tác tắm phải dứt khoát, hạn chế nước nhỏ xuống giường.
- Lót khăn bông, đặt chậu nước lên trên gần sát bệnh nhân, cho hai bàn tay bệnh nhân vào chậu nước rửa sạch lau khô. Có thể thay nước mỗi khi nước bẩn.
- Kéo khăn đắp để lộ ngực, bụng. Tắm ngực và bụng. Lau khô, phủ khăn đắp lên che kín.
- Đặt khăn bông từ cẳng chân đến bẹn. Tắm cẳng chân, đùi. Lau khô.
- Lau rửa vùng hậu môn – sinh dục (Xem thêm bài rửa âm hộ – âm đạo).
- Mang chậu và xà phòng xuống cuối giường, cho bệnh nhân nhúng chân vào chậu nước, dùng xà phòng rửa sạch, lau khô. Thay nước sạch.
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng hoặc sấp, lót khăn dài theo lưng. Tắm lưng từ thắt lưng trở lên. Tắm mông từ thắt lưng trở xuống. Sau đó lau khô.
- Dùng cồn, bột tale xoa bóp vùng lưng và mông, sau đó đến các vùng khác.

- Cách xoa bóp: xoa nhẹ, ấn sâu xuống các bắp cơ, chú ý các ụ xương.
- + Cho bệnh nhân nằm ngửa lại mặc quần áo. Thay khăn trải giường (nếu cần).
- + Sắp xếp lại ghế, giường, tủ đầu giường ngay ngắn, sạch sẽ.

e. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Đồ vải gửi đi giặt.
- Rửa dụng cụ bằng xà phòng và nước, lau khô, trả về chỗ cũ.

f. Ghi lại hồ sơ: Ngày giờ tắm, tình trạng bệnh nhân, tên người thực hiện

BÀI 32: PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN CHO NGƯỜI BỆNH

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

1. Kiến thức:

Kể được các phương pháp nâng di chuyển, vận chuyển người bệnh

2. Kỹ năng: Thực hiện được quy trình nâng đỡ di chuyển, vận chuyển người bệnh.

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi học nhóm.

3.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong học tập.

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 sốc, 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.



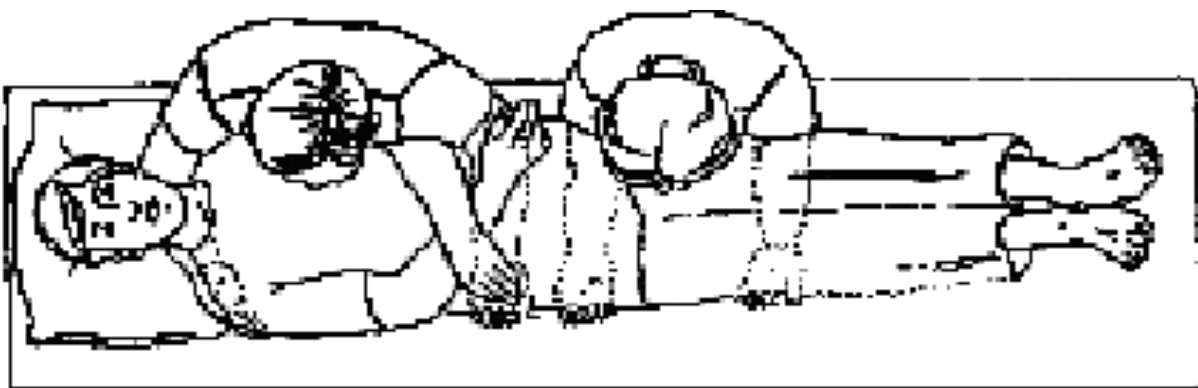
**BẢNG KIỂM: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH BẰNG XE LĂN**
(Phương pháp một người)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện phù 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	Đỡ 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 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 180° 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 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	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 cáng 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 cáng.		
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 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 cáng ngược với đầu người bệnh.		
4	Chốt/ khóa 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 cáng.		
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 di 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 hợp 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 vát 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 33. CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH BỊ NGỪNG HÔ HẤP, NGỪNG TUẦN HOÀN

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

1. Kỹ năng:

- 1.1. Xác định được người bị ngưng tim, ngưng thở.
- 1.2. Thực hiện được quy trình cấp cứu người bị ngưng hô hấp.
- 1.3. Thực hiện được quy trình cấp cứu người bị ngưng tuần hoàn.

2. Thái độ:

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

NỘI DUNG

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. Đồng thời, kích thích tim hoạt động trở lại.

2. Nguyên nhân: Có nhiều nguyên nhân khác nhau như: Hốt hoảng, điện giật, đuối nước, tai nạn giao thông, tai nạn lao động... Gây cho nạn nhân ngưng tim, ngưng thở đột ngột.

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.
- Lòng ngực không di động.
- Mất mạch đập, mất tiếng tim.
- Đồng tử giãn.

4. Kỹ thuật tiến hành

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

4.2. Dụng cụ

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

4.3. Các bước tiến hành: Trong năm 2010 Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ – AHA (American Heart Association) đã đưa ra hướng dẫn mới nhất cho cấp cứu ngưng tuần hoàn cơ bản: CAB (ép ngực, giải phóng đường thở, thổi ngạt - nếu có điều kiện nên cho dùng thuốc và sốc điện ngay).

1. Tư thế người nạn nhân

- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền phẳng cứng.
- Nói lỏng hoặc bọc lộ phần áo của nạn nhân (*nếu cần*).

2. Tiến hành ép tim

- Hai bàn tay người cấp cứu chồng lên nhau, đặt giữa 2 núm vú nạn nhân, khuỷu tay để thẳng, vuông góc với ngực nạn nhân.
- Ấn mạnh cho lồng ngực lún xuống 3-4 cm, tần số 100 – 120 lần/phút, ấn 15 lần/ 1 đợt ép tim.

3. Khai thông đường thở

- Lau đờm dãi, lấy hết dị vật trong mũi, miệng nạn nhân.

4. Tiến hành thổi ngạt

- Một tay giữ trán, một tay nâng cằm nạn nhân cho đầu ngửa tối đa.
 - Bóp mũi nạn nhân và đẩy hàm để miệng nạn nhân mở ra.
 - Hít một hơi dài, áp khít miệng vào miệng nạn nhân, thổi mạnh.
- * Khi thực hiện phối hợp ép tim và thổi ngạt, nếu có 2 người cấp cứu cứ 5 lần ép tim thì thổi ngạt 1 lần; nếu chỉ có 1 người cấp cứu thì cứ 15 lần ép tim thổi ngạt liên tiếp 2 lần.

Lưu ý: đối với trẻ em có thể áp miệng vào cả mũi và miệng đưa trẻ, thổi nhẹ nhàng. Đối với trẻ sơ sinh chỉ cần dùng ngón trỏ và ngón giữa, làm 100 – 120 lần/phút.

5. Gọi ngay 115 để được nhân viên y tế hỗ trợ kịp thời

4.4. Như thế nào là cấp cứu ngừng tim-phổi cơ bản có hiệu quả

- Đó là khi việc cấp cứu đạt được mục đích cung cấp được máu và oxy đến cho tuần hoàn não, tuần hoàn vành cũng như tổ chức tế bào. Biểu hiện lâm sàng là niêm mạc môi bệnh nhân ấm và hồng trở lại, đồng tử co lại nếu thời gian thiếu oxy não chưa lâu và còn khả năng hồi phục.
- Càng tốt hơn nếu như có các dấu hiệu của sự sống như: thở trở lại, tim đập lại, ý thức tỉnh trở lại... Cần lưu ý là chỉ các dấu hiệu cung cấp được oxy cho tổ chức tế bào (môi ấm hồng trở lại) mà chưa có dấu hiệu tổn thương nặng nề ở tổ chức não (đồng tử co lại).
- Vì vậy cần kiên trì cấp cứu, đồng thời gọi các đội cấp cứu y tế hoặc vừa cấp cứu vừa vận chuyển bệnh nhân đến một cơ sở y tế gần nhất.

4.5. Khi nào ngừng cấp cứu

- Nếu đã áp dụng đúng, đầy đủ các biện pháp cấp cứu như trên, không có điều kiện vận chuyển hoặc gọi tuyến trên chi viện, trong vòng 60 phút mà đồng tử không co lại, tim không đập lại thì cho phép ngừng cấp cứu và bệnh nhân tử vong.

- Cần lưu ý các trường hợp ngừng tim – phổi trong điều kiện đặc biệt đã nêu phải cấp cứu kiên trì hơn vẫn có thể cứu sống bệnh nhân.

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>