TRƯỜNG TRUNG CẤP QUỐC TẾ MEKONG

GIÁO TRÌNH
KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG – ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

Trình độ : Trung cấp

Ban hành kèm theo quyết định số : .../2021/QĐ-TCQTMK
ngày.....tháng.....năm 2021 của Trường Trung cấp Quốc tế Mekong

LƯU HÀNH NỘI BỘ

LỜI GIỚI THIỆU

Nhằm đáp ứng nhu cầu giảng dạy và học tập cho học sinh hệ trung cấp, cũng như để đảm bảo chất lượng đào tạo nguồn nhân lực y tế, Khoa Y đã tổ chức biên soạn giáo trình *Kỹ thuật điều dưỡng – điều dưỡng cơ bản*.

Quyển giáo trình *Kỹ thuật điều dưỡng – điều dưỡng cơ bản* được biên soạn dựa trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt của Trường TC Quốc tế Mekong. Giáo trình được biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống, nội dung phù hợp thực tiễn lâm sàng.

Tài liệu được các giáo viên 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.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn không tránh khỏi hạn chế và thiếu sót, Ban biên soạn rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến xây dựng của quý đồng nghiệp, các bạn học sinh để giáo trình ngày càng được hoàn thiện.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu Trường và tập thể giáo viên đã tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Tham gia biên soạn

1. ThS. La Thanh Chí Hiếu
2. ThS. Nguyễn Ngọc Thanh Tuyền
3. ThS. Huỳnh Phượng Nhật Quỳnh
4. ĐDCKI. Trần Thanh Trí
5. ĐDCKI. Nguyễn Thị Thanh Xuân

MỤC LỤC

BÀI 1 LÝ LUẬN CƠ BẢN VỀ ĐIỀU DƯỠNG 3
BÀI 2: NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI 10
BÀI 3: QUYỀN LỢI VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH 13
BÀI 4: QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG 15
BÀI 5: VÔ KHUẨN - TIỆT KHUẨN 24
BÀI 6: TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM BỆNH VÀO VIỆN,CHUYỂN VIỆN, RA VIỆN 37
BÀI7: CHĂM SÓC - THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN 46
BÀI 8: CÁC PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH 61
BÀI 9: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN GIAI ĐOẠN CUỐI, HẤP HỐI VÀ BỆNH NHÂN TỬ VONG 70
BÀI 10: KỸ THUẬT TIÊM BẮP - TIÊM TĨNH MẠCH – TIÊM DƯƠI DA – TIÊM TRONG DA 77
BÀI 11: KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM XÉT NGHIỆM 92
BÀI 12: KỸ THUẬT THÔNG TIỂU – RỬA BÀNG QUANG 105
BÀI 13: KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY 115
BÀI 14: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY 121
BÀI 15 KỸ THUẬT THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG 135
BÀI 16: KỸ THUẬT THỤT THÁO – THỤT GIỮ 142
BÀI 17: KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG - CHƯỜM LẠNH 149
BÀI 18: VỆ SINH ĐÔI TAY, MẶC ÁO CHOÀNG, MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG, GĂNG TAY VÔ KHUẨN 154
BÀI 19: KỸ THUẬT BĂNG 164
BÀI 20: CHĂM SÓC HÀNG NGÀY, VỆ SINH CHO BỆNH NHÂN 180
BÀI 21: KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH ĐƯỜNG TĨNH MẠCH - TRUYỀN MÁU 186
BÀI 22: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC ĐƯỜNG UỐNG - DA - NIÊM 196
BÀI 23 KỸ THUẬT HÚT ĐÀM NHỚT CHO NGƯỜI BỆNH 203
BÀI 24: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY 207
TÀI LIỆU THAM KHẢO 213

BÀI 1
LÝ LUẬN CƠ BẢN VỀ ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. Nêu được một số định nghĩa về điều dưỡng và giải thích
2. Kể và giải thích được các chức năng của điều dưỡng
3. Kể và giải thích được các vai trò của điều dưỡng

NỘI DUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Con người là tài sản vô giá của tòan xã hội, của toàn nhân loại. Để con người tồn tại và phát triển được, cần có những nhu cầu cơ bản về thể chất, tinh thần và xã hội. Bình thường con người tự đáp ứng được các nhu cầu cơ bản đó cho bản thân mình. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới, con người có sức khỏe khi họ hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội. Sức khỏe không chỉ là nhu cầu mà là quyền cơ bản của mỗi con người.

Khi con người không khỏe, không chỉ là ốm đau, bệnh tật, họ không tự đáp ứng được nhu cầu cho bản thân và cần có sự chăm sóc y tế, trong đó nghề điều dưỡng đóng vai trò hết sức quan trọng. Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá dịch vụ y tế do điều dưỡng, hộ sinh cung cấp là một trong những trụ cột của ngành y tế nên đã đưa ra nhiều nghị quyết về củng cố và tăng cường dịch vụ điều dưỡng – hộ sinh toàn cầu. Phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng có trình độ được xem là một chiến lược quan trọng để tăng cường sự tiếp cận của người nghèo đối với các dịch vụ y tế, cũng như đảm bảo sự công bằng trong ngành y tế.

II. ĐIỀU DƯỠNG VÀ NGHỀ ĐIỀU DƯỠNG

1. Định nghĩa điều dưỡng

Do trình độ và sự phát triển của ngành điều dưỡng ở các nước rất khác nhau, cho đến nay chưa có một định nghĩa chung về điều dưỡng. Tuy nhiên một số nước cũng đã công nhận các định nghĩa sau

- ***Định nghĩa của Florent Nightingale 1860:*** **"**Điều dưỡng là một nghệ thuật sử dụng môi trường của người bệnh để hỗ trợ sự hồi phục của họ"

Định nghĩa của Florent Nightingale về điều dưỡng phản ánh mối quan tâm đến thời đại mà bà đang sống. Bà đặt vai trò trọng tâm của người điều dưỡng là giải quyết các yếu tố môi trường xung quanh nơi người bệnh để người bệnh được phục hồi một cách tự nhiên.

- ***Định nghĩa của Virginia Handerson 1960:*** **"**Chức năng duy nhất của người điều dưỡng là hỗ trợ các hoạt động nâng cao hoặc hồi phục sức khỏe của người bệnh hoặc người khỏe, hoặc cho cái chết được thanh thản mà mỗi cá thể có thể thực hiện nếu họ có sức khỏe, ý chí và kiến thức. Giúp đỡ các cá thể sao cho họ đạt được sự độc lập càng sớm càng tốt"

.Định nghĩa của Virginia Handerson đã được Hội đồng điều dưỡng quốc tế công nhận vào năm 1973 và đa số thống nhất với các học thuyết điều dưỡng khác.Theo Handerson, chức năng nghề nghiệp của điều dưỡng là chăm sóc và hỗ trợ người bệnh thực hiện các hoạt động hàng ngày.

- ***Định nghĩa của Hội Điều dưỡng Mỹ (America Nurses Association):***
  - Điều dưỡng là một nghề hỗ trợ cung cấp các dịch vụ chăm sóc đóng góp vào việc hồi phục và nâng cao sức khỏe (1965)
  - Điều dưỡng chẩn đoán và điều trị những phản ứng của con người đối với bệnh hiện tại hoặc bệnh có tiềm năng xảy ra (1980)

Định nghĩa về điều dưỡng của Hội Điều dưỡng Mỹ phản ánh rõ bản chất nghề nghiệp, các khía cạnh luật pháp về phạm vị thực hành của người điều dưỡng và thể hiện xu hướng của ngành điều dưỡng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Định nghĩa được sữa đổi vào năm 1980 của Hội Điều dưỡng Mỹ là cơ sở để xây dựng quy trình điều dưỡng mà hiện nay được áp dụng rất nhiều tại các nước trên thế giới. Tuy nhiên cũng có nhiều ý kiến cho rằng định nghĩa trên chỉ thiên về kỹ thuật và làm giảm đi thiên chức của nghề điều dưỡng là chăm sóc.

- ***Định nghĩa Điều dưỡng của Việt nam:*** "Y tá là người có trình độ trung cấp trở xuống và chăm sóc người bệnh theo y lệnh của bác sĩ".

Định nghĩa trên chưa không phù hợp bản chất nghề nghiệp của điều dưỡng. Thực tế cần một định nghĩa mới về nghề điều dưỡng trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe hiện nay. Nghề điều dưỡng ở Việt Nam chỉ mới chính thức được hình thành vào cuối thế kỷ XIX. Tuy nhiên lúc đầu chỉ được đào tạo theo kiểu cầm tay chỉ việc để làm công tác phục vụ trong các bệnh viện và cứu thương. Sau đó có chương trình đào tạo từ sơ cấp đến trung cấp. Mãi đến cuối thế kỷ XX việc đào tạo cao đẳng và đại học điều dưỡng mới bắt đầu. Mặc dù trình độ và phạm vi thực hành của điều dưỡng Việt Nam đã có nhiều thay đổi, song nhận thức chung về vai trò của người điều dưỡng chưa được cập nhật cho phù hợp thực tế.

2. Định hướng nghề điều dưỡng

2.2.1. Điều dưỡng là một nghề chuyên nghiệp (Nursing profession)

Bác sĩ và điều dưỡng là hai nghề có định hướng khác nhau Nghề điều dưỡng với bản chất nghề nghiệp là chăm sóc, nuôi dưỡng, đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh, giúp cho họ nhanh chóng trở về trạng thái bình thường, khỏe mạnh. Y học ngày càng phát triển, đòi hỏi phải nâng cao kiến thức và trình độ chuyên nghiệp của điều dưỡng. Việc nâng cao trình độ điều dưỡng ở bậc đại học và sau đại học đã tạo ra sự thay đổi giữa quan hệ giữa thầy thuốc và điều dưỡng (Doctor-Nurse Relationship). Người điều dưỡng trở thành người cộng sự của bác sĩ thay vì chỉ là người thực hiện y lệnh.

2.2.2. Điều dưỡng là một ngành khoa học về chăm sóc người bệnh (Nursing is a caring sciences)

Người điều dưỡng không phải là bác sĩ thu nhỏ về kiến thức và kỹ năng. Nói một cách khác kiến thức và kỹ năng của bác sĩ vừa thừa vừa thiếu đối với điều

dưỡng do bởi hai nghề có định hướng khác nhau về vai trò nghiệp vụ. Vai trò chính của bác sĩ là điều trị và vai trò chính của điều dưỡng là đáp ứng những nhu cầu cơ bản của người bệnh về thể chất lẫn tinh thần. Người làm công tác điều dưỡng phải trải qua một quá trình đào tạo thích đáng về nghề nghiệp, trong các trường đào tạo tin cậy để được trang bị các kiến thức khoa học y học và điều dưỡng. Do đó việc đào tạo đội ngũ giảng viên điều dưỡng để giảng dạy điều dưỡng trong tương lai là một trong những chính sách thiết yếu để phát triển nghề điều dưỡng Việt Nam

2.2.3. Điều dưỡng là một ngành học (Nursing is a discipline)

Do đặc thù của nghề điều dưỡng là làm các công việc từ đơn giản nhất đến phức tạp, từ việc thay ga trải giường đến việc nghiên cứu, quản lý và trở thành chuyên gia điều dưỡng có trình độ nên các nước đào tạo điều dưỡng gồm nhiều cấp trình độ để đáp ứng nhu cầu hành nghề. Ngày nay điều dưỡng không chỉ là một ngành học có nhiều chuyên khoa như điều dưỡng nhi, điều dưỡng phòng mổ, điều dưỡng cộng đồng, điều dưỡng tâm thần, nhiều nước còn áp dụng đào tạo hộ sinh là một chuyên khoa của ngành điều dưỡng.

2.2.4. Phạm vi hành nghề của điều dưỡng được pháp luật công nhận

Đa số các nước trên thế giới đã có luật về phạm vi hành nghề (Scope of Nursing Practices) và đạo đức nghề điều dưỡng (Nursing ethics). Những qui định này rất cần thiết để người điều dưỡng thực hiện đúng nghĩa vụ nghề nghiệp của mình đối với xã hội, đồng thời người điều dưỡng cũng được pháp luật bảo vệ trong quá trình hành nghề.

Nước ta do hòan cảnh chiến tranh kéo dài nên mãi tới những năm 1900 ngành điều dưỡng Việt Nam mới có cơ hội tiếp cận với ngành điều dưỡng thế giới và khu vực.

III. VAI TRÒ VÀ CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

1. Chức năng của người điều dưỡng

1.1. Chức năng chủ động (Chức năng độc lập):

Chức năng chủ động của người điều dưỡng bao gồm những nhiệm vụ chăm sóc cơ bản thuộc phạm vi kiến thức mà người điều dưỡng đã được học và họ có thể thực hiện một cách chủ động nhằm đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh. Điều này thể hiện kiến thức và thái độ và kỹ năng của người điều dưỡng đối với nghề nghiệp của mình. Do đó một điều dưỡng thể hiện được chức năng chủ động của mình chỉ khi quá trình học tập và thực hành được cập nhật đầy đủ và thường xuyên, ngay cả khi còn ở trường điều dưỡng cho đến khi trở thành điều dưỡng viên thật sự.

1.2. Chức năng phối hợp:

Chức năng này liên quan tới việc thực hiện y lệnh của bác sĩ và việc báo cáo tình trạng người bệnh cho bác sĩ. Trong khi thực hiện chức năng này, người điều dưỡng phải hiểu được mình là người cộng tác với bác sĩ (co-ordinator), chứ không phải là người trợ giúp bác sĩ như trước đây. Chức năng phối hợp của điều dưỡng

bao hàm cả việc phối hợp với bạn bè đồng nghiệp (điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên khác) để hòan thành công việc của mình.

2. Chức trách cá nhân của người điều dưỡng chăm sóc

Theo Qui chế Bệnh viện của Bộ Y tế, người điều dưỡng chăm sóc có các chức trách cá nhân như sau:

- Nghiêm chỉnh thực hiện qui chế bệnh viện, đặc biệt chú ý qui chế chăm sóc người bệnh tòan diện, qui chế quản lý buồng bệnh, buồng phẩu thuật
- Nghiêm chỉnh thực hiện đầy đũ y lệnh của thầy thuốc
- Thực hiện chăm sóc người bệnh theo qui định kỹ thuật bệnh viện:
  - Điều dưỡng trung cấp (điều dưỡng chính) thực hiện được các kỹ thuật cơ bản như lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh, cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng, đặt ống thông, kỹ thuật cấp cứu theo qui định và vận hành bảo quản cac thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công
  - Điều dưỡng cao cấp (Cử nhân điều dưỡng) ngòai việc thực hiện như điều dưỡng chính còn phãi thực hiện các kỹ thậut chăm sóc phức tạp khi điều dưỡng chính không thực hiện được, tham gia đào tạo, quản lý và sử dụng thành thạo các thiết bị y tế trong khoa.
- Đối với người bệnh nặng, nguy kịch phải chăm sóc theo y lệnh và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thuường cho bác sĩ điều trị xử lý kịp thời
- Ghi những thông số, dấu hiệu, triệu chứng bất thường của người bệnhvà cách xử lý vào phiếu theo dõi, chăm sóc theo qui định
- Hàng ngày cuối giờ làm việc phải bàn giao đầy đủ tình hình người bệnh cho điều dưỡng trực và ghi vào sổ những y lệnh còn lại trong ngày, những yêu cầu theo dõi, chăm sóc đối với từng người bệnh, đặc biệt là người bệnh nặng.
- Bảo quản tài sản, thuốc và dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được phân công.
- Tham gia nghiên cứu điều dưỡng và hướng dẫn thực hành về công tác chăm sóc người bệnh cho học sinh – sinh viên khi được điều dưỡng trưởng phân công
- Tham gia thường trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị. Phải thực hiện tốt qui định y đức
- Thường xuyên học tập, cập nhật kiến thức

3. Vai trò của người điều dưỡng

3.3.1. Người chăm sóc

Lịch sử nghề điều dưỡng xuất phát từ hoạt động chăm sóc, trên cơ sở mối quan hệ giao tiếp giữa người với người. Mục tiêu cơ bản của người điều dưỡng là

thúc đẩy sự giao tiếp, hỗ trợ người bệnh bằng hành động và bằng thái độ biểu thị sự quan tâm tới người bệnh và chấp nhận người bệnh là một con người.

Theo Benner và Wrubel, chăm sóc là yếu tố cơ bản để thực hành điều dưỡng có hiệu quả. Mọi máy móc và kỹ thuật hiện đại không thay thế được sự chăm sóc của điều dưỡng vì không tác động được tới cảm xúc và điều chỉnh được hành động thích ứng với nhu cầu đa dạng cho mỗi cá thể. Do đó chăm sóc là nền tảng của mọi can thiệp điều dưỡng và là một thuộc tính cơ bản của điều dưỡng.

Theo Leiningerm thì "Chăm sóc là yếu tố thiết yếu, một nét đặc biệt và duy nhất của điều dưỡng. Bà cho rằng "Không có sự chữa bệnh nào mà không có sự chăm sóc nhưng sự chăm sóc có thể diễn ra mà không có điều trị"

Jen Watson cho rằng thực hành chăm sóc là hạt nhân của nghề điều dưỡng, giá trị của sự chăm sóc và tình cảm là tạo ra những năng lượng cơ bản về thể chất và tinh thần, thiết yếu cho sự tồn tại và nuôi dưỡng con người

3.3.2. Người truyền đạt thông tin

Thông tin có hiệu quả là yếu tố thiết yếu của mọi nghề phục vụ trong đó có nghề điều dưỡng. Giao tiếp qui định mối quan hệ giữa người bệnh và người điều dưỡng, giữa người điều dưỡng và đồng nghiệp cũng như các nhân viên y tế khác. Nó có vai trò trong mọi hoạt động của điều dưỡng. Giao tiếp hỗ trợ cho mọi hoạt động điều dưỡng

Giao tiếp hỗ trợ cho mọi can thiệp điều dưỡng. Người điều dưỡng thông tin với đồng nghiệp và các thành viên khác về kế hoạch chăm sóc và việc thực hiện kế hoạch chăm sóc. Mỗi khi thực hiện một can thiệp chăm sóc, người điều dưỡng ghi chép vào hồ sơ những nhận xét và những thủ thuật đã thực hiện cũng như mọi đáp ứng của người bệnh. Người điều dưỡng giao tiếp cả bằng lới và bằng ngôn ngữ viết mỗi khi bàn giao ca, mỗi khi chuyển người bệnh tới một khoa khác hoặc khi người bệnh ra viện hay chuyển tới một cơ sở y tế khác. Loại giao tiếp này đòi hỏi phải chính xác, rõ ràng và phù hợp

3.3.3. Người giáo viên

Giảng dạy liên quan tới các hoạt động mà người giáo viên hổ trợ người học trong việc học tập. Nó là một quá trình tác động qua lại giữa người giáo viên với một hoặc một số người học. Sự thay đổi hành vi thường đòi hỏi kiến thức, thái độ và kỹ năng mới.

Người bệnh cần có thêm kiến thức để tự theo dõi và chăm sóc. Ngoài ra Sự gia tăng bệnh mạn tính và tật nguyền đòi hỏi bệnh nhân và gia đình có thêm kiến thức và kỹ năng để tự chăm sóc sức khỏe tại nhà. Do đó nhu cầu giáo dục sức khỏe của điều dưỡng đối với người bệnh ngày càng tăng

3.3.4. Người tư vấn

Tư vấn là quá trình giúp đở người bệnh nhận biết hoặc đương đầu với stress về tâm lý hoặc các vấn đề xã hội, để cải thiện mỗi quan hệ giữa người với người và để thúc đẩy sự phát triển của mỗi người. Tư vấn liên quan tới sự hổ trợ về tình cảm, trí thức và tâm lý. Người điều dưỡng tập trung vào giúp cho người bệnh phát triển

những thái độ, tình cảm, hành vi mới hơn là thúc đẩy sự phát triển về trí tuệ. Người điều dưỡng khuyến khích người bệnh tìm kiếm những hành vi thay thế, nhận ra sự lựa chọn và xây dựng ý thức tự kiểm soát.

Tư vấn có thể thực hiện với một cá thể hoặc một nhóm người. Ví dụ ở mức với một cá thể, những người cần điều chỉnh các hoạt động như hút thuốc lá, giảm cân nặng, chấp nhận sự thay đổi hoặc đương đầu với các chết đang tiến gần. Ơ mức nhóm, người điều dưỡng có thể đóng vai trò là lãnh đạo, thành viên hoặc người trợ giúp trong việc tạo ra một môi trường để nhóm làm việc có hiệu quả.

Tư vấn đòi hỏi cần kỹ năng giao tiếp chữa bệnh. Thêm vào đó người điều dưỡng phải có kỹ năng phân tích tình hình, tổng hợp thông tin và đánh giá quá trình tiến triển của người bệnh sau khi đã được tư vấn. Người điều dưỡng phải là một mô hình mẫu để hướng dẫn những hành vi mong muốn. Phải thể hiện sự quan tâm tới lợi ích của người khác, phải có suy nghĩ sáng tạo, thái độ linh hoạt và hài hước khi tiếp xúc với các đối tượng người khác nhau.

3.3.5. Người biện hộ cho người bệnh

Biện hộ nghĩa là hành động thay mặt hoặc bảo vệ quyền lợi cho người khác. Vì vậy người điều dưỡng với vai trò biện hộ sẽ thúc đẩy hành động tốt đẹp để bảo đảm nhu cầu của người bệnh, bảo đảm cho những nhu cầu của người bệnh được đáp ứng.

Ngòai những vai trò cơ bản trên đây, người điều dưỡng cón là chất xúc tác cho sự thay đổi, hổ trợ cho người khác thực hiện được sự thay đổi cho chính họ hay cho hệ thống của họ. Người hổ trợ cho sự thay đổi cần xác định vấn đề, đánh giá những yếu tố thúc đẩy người bệnh và có khả năng để tạo ra sự thay đổi. Thúc đẩy sự thay đổi là một thành phần quan trọng trong chăm sóc điều dưỡng. Ngòai ra người điều dưỡng còn có vai trò là người lãnh đạo, người quản lý, người làm công tác nghiên cứu khoa học về điều dưỡng và là những chuyên gia giỏi về chăm sóc lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Chức năng, vai trò vị trí của điều dưỡng ngày càng đựoc nâng cao song song với sự phát triển kinh tế xã hội và quá trình hội nhập thế giới của đất nước. Ngươi điều dưỡng ngày càng khẳng định vị trí của mình qua cac chức năng và vai trò đối với bác sĩ, đồng nghiệp, nhân viên khác, người bệnh và gia đình….Mỗi điều dưỡng là một nhân tố góp phần củng cố và nâng cao vai trò chức năng của mình, thể hiện qua hoạt động hàng ngày tại các vị trí công tác. Vị trí của người điều dưỡng đã được lãnh đạo các cấp của ngành y tế và xã hội nhìn nhận ngày càng đúng mức.

Ngành điều dưỡng đang đứng trước nhiều triển vọng song cũng có nhiều thử thách. Bên cạnh sự quan tâm, động viên của ngành và xã hội, bản thân người điều dưỡng cần nổ lực vươn lên hơn nữa để khẳng định vị trí của mình.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa điều dưỡng của Florence Nightingate và nêu ý nghĩa định nghĩa này

2. Trình bày định nghĩa về điều dưỡng theo quan điểm của Hội điều dưỡng Mỹ
3. Nhận xét về định nghĩa về điều dưỡng của Việt Nam
4. Giải thích các chức năng của điều dưỡng
5. Giải thích các vai trò của người điều dưỡng
6. Giải thích sự khác nhau giữa điều dưỡng và điều trị

Phân biệt đúng, sai trong các câu sau bằng cách đánh chéo vào cột tương ứng

	Đúng	Sai
7. Nhiệm vụ cơ bản nhất của điều dưỡng trung cấp là chăm sóc người bệnh		
8. Nhiêm vụ cơ bản nhất của cử nhân điều dưỡng là tham gia đào tạo		
9. Người điều dưỡng có các chức năng: Chủ động, Phối hợp và Phụ thuộc.		
10. Thực hiện y lệnh về thuốc là thể hiện chức năng chủ động của người điều dưỡng		

Bài 2:
NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI

MỤC TIÊU:

1. Mô tả được nhu cầu cơ bản của con người theo phân cấp của Maslow
2. Giải thích được mối liên quan giữa nhu cầu cơ bản của con người với công tác điều dưỡng
3. Kể được 14 nhu cầu cơ bản trong chăm sóc

I. Khái niệm

Có một số nhu cầu cơ bản phổ biến đối với tất cả mọi người, những nhu cầu này được phân loại theo thứ tự ưu tiên.

Tuy nhiên khi một số nhu cầu cần thiết được thoả mãn con người sẽ chuyển đến nhu cầu khác ở mức cao hơn.

Những nhu cầu cơ bản của con người được Maslow phân cấp như sau:

II. Nhu cầu cơ bản của con người phân cấp theo Maslow

2.1 Nhu cầu về thể chất

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.

2.2 Nhu cầu an toàn và được bảo vệ

Bao gồm an toàn cả về tính mạng và tinh thần.

- **An toàn về tính mạng:** bảo vệ cho người ta tránh được các nguy cơ đe dọa cuộc sống.
- **An toàn về tinh thần:** tránh được mọi sự lo lắng, sợ hãi.

Để giúp người bệnh khỏi bị nguy hiểm người điều dưỡng phải biết rõ tính chất đặc điểm của người bệnh, nhận biết được những tai biến có thể xảy ra cho người bệnh trong quá trình điều trị, chăm sóc.

Nếu có tai biến xảy ra người điều dưỡng có thể xử trí một cách thông minh, nhanh nhẹn kịp thời.

2.3 Nhu cầu tự hoàn thiện

Là mức cao nhất trong hệ thống phân loại nhu cầu của Maslow.

Maslow đánh giá chỉ 1% dân số đạt đến mức tự hoạt động, tự hoàn thiện bản thân.

Nhu cầu tự hoàn thiện diễn ra trong suốt cuộc đời, nó chỉ xuất hiện khi các nhu cầu dưới nó được đáp ứng trong một chừng mực nhất định.

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 thì họ có cảm giác cô độc, tự ti.

Điều dưỡng đáp ứng nhu cầu này của người bệnh bằng cách biết được tâm tư, nguyện vọng của người bệnh, chăm sóc ân cần và thân mật, niềm nở, chú ý lắng nghe ý kiến của người bệnh.

2.5 Nhu cầu về tình cảm (sự giao tiếp)

Khi nhu cầu về thể chất, nhu cầu về an toàn và được bảo vệ của con người đã được thoả mãn, thì nhu cầu quyền sở hửu và sự yêu thương sẽ trở nên rõ ràng hơn.

Mỗi cá nhân dù khoẻ mạnh hay bệnh tật đều mong mỏi tình cảm của bạn bè, làng xóm, gia đình…do đó người điều dưỡng luôn biểu lộ thái độ thân thiện đúng mức với người bệnh, quan tâm đáp ứng thoả mãn nhu cầu tình cảm cho người bệnh.

Qua đó nhu cầu về thể chất, nhu cầu về an toàn và được bảo vệ được xếp ở mức thấp.

Nhu cầu về tự hoàn thiện, nhu cầu được tôn trọng và nhu cầu về tình cảm được xếp ở mức cao.

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 phải đánh giá đúng những nhu cầu của người bệnh để t

III. Sự liên quan giữa nhu cầu và điều dưỡng

* Nguyên tắc điều dưỡng xuất phát từ việc đáp ứng nhu cầu cho người bệnh. Khi bị bệnh tật, ốm yếu người bệnh không tự đáp ứng được các nhu cầu hàng ngày cho chính mình nên cần sự hỗ trợ của người điều dưỡng.

* Nhu cầu của con người vừa có tính đồng nhất, vừa có tính duy nhất nên người điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc riêng biệt cho từng người bệnh vì:

+ Nhu cầu của con người tuy 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 cũng có khác nhau nhu cầu này, có thể mạnh hơn nhu cầu khác, và thay đổi mức độ ưu tiên theo từng giai đoạn của cuộc sống.

+ Điều dưỡng cần nhận biết được các nhu cầu ưu tiên của người bệnh để lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh thích hợp.

* Sự tham gia của người bệnh vào kế hoạch chăm sóc:

+ Chăm sóc xuất phát từ nhu cầu của người bệnh.

+ Khi lập kế hoạch chăm sóc người điều dưỡng cần tham khảo ý kiến người bệnh và gia đình họ để tạo cho họ có cơ hội tham gia tích cực vào quá trình điều trị, chăm sóc, phục hồi sức khỏe.

* Điều dưỡng cần tạo ra môi trường chăm sóc thích hợp để người bệnh được thoải mái mau chóng lành bệnh.

IV. Nhu cầu cơ bản và chăm sóc

Theo Virginia Henderson có 14 nội dung chăm sóc cơ bản:

1.Đáp ứng các nhu cầu về hô hấp.

2.Giúp đỡ người bệnh về ăn uống, dinh dưỡng.

3.Giúp đỡ người bệnh trong sự bài tiết.

4.Giúp đỡ người bệnh về tư thế vận động và luyện tập.

5.Đáp ứng nhu cầu ngủ và nghỉ ngơi.

6.Giúp người bệnh mặc và thay quần áo.

7.Giúp người bệnh duy trì thân nhiệt.

8.Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân hàng ngày.

9.Giúp người bệnh tránh được nguy hiểm trong khi nằm viện.

10.Giúp người bệnh trong sự giao tiếp.

11.Giúp người bệnh thoải mái về tinh thần và tự do tín ngưỡng.
12.Giúp người bệnh lao động để tránh mặc cảm là người vô dụng.
13.Giúp người bệnh trong các hoạt động vui chơi giải trí.
14.Giúp người bệnh có kiến thức về y học.

Tóm lại:

Nhu cầu cơ bản của con người và các nguyên tắc của việc chăm sóc thì cơ bản giống nhau, nhưng không bao giờ giống nhau hoàn toàn, vì vậy kế hoạch chăm sóc phải được xây dựng riêng biệt tùy theo tuổi, giới tính, hoàn cảnh văn hoá, xã hội và khả năng thể chất, tinh thần của người bệnh. Ngoài ra kế hoạch này còn bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh lý.

Kế hoạch chăm sóc phải đem lại sự chăm sóc đồng nhất, liên tục nhưng nó cần thay đổi theo sự thích ứng với nhu cầu của người bệnh.

Điều quan trọng là người điều dưỡng phải tham khảo ý kiến của người bệnh và gia đình họ để nhận định nhu cầu của người bệnh, xây dựng kế hoạch chăm sóc người bệnh một cách hữu hiệu nhất

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1.Bậc thang nhu cầu của Maslow gồm có:
- A. 2 bậc thang.
- B. 14 bậc thang.
- C. 4 bậc thang.
- D. 5 bậc thang.

2. 14 yếu tố của nhu cầu cơ bản yếu tố nào sau đây là quan trọng nhất>
- A. Tiêu hóa
- B. Hô hấp
- C. Bài tiết
- D. Nghĩ ngơi

3.Mọi người đều có nhu cầu cơ bản giống nhau khi thỏa mản nhu cầu sẽ:
- A. Giống nhau
- B. Khác nhau
- C. Tùy theo bệnh nhân
- D. Tùy yêu cầu bệnh nhân

4.Nhu cầu về thể chất và sinh lý của bệnh nhân xếp ở bậc thang thứ …… của bậc thang nhu cầu của Maslow.
- A. Năm
- B. Hai
- C. Một
- D. Ba

5.Để định được nhu cầu của người bệnh người điều dưỡng cần biết năng lực nào sau đây của người bệnh đó:
- A. Đi đứng
- B. Tri giác
- C. Thể xác
- D. Nghe nhìn

BÀI 3:
QUYỀN LỢI VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Kể được các quyền lợi của người bệnh và gia đình người bệnh khi nằm viện.
2. Trình bày được các nghĩa vụ của người bệnh và gia đình người bệnh đối với bệnh viện.

I.Quyền lợi:

1. Quyền được chăm sóc y khoa với chất lượng tốt

- Mọi người có quyền không bị phân biệt đối xử trong chăm sóc y khoa.
- Mọi người có quyền được chăm sóc bởi các bác sĩ được độc lập đưa ra quyết định lâm sàng và đạo đức mà không chịu bất kỳ một sự can thiệp nào từ bên ngoài.
- Người bệnh có quyền tiếp tục được chăm sóc sức khoẻ. Bác sĩ có nghĩa vụ hợp tác với các nhà dịch vụ chăm sóc sức khoẻ khác để điều trị cho người bệnh.
- **2. Quyền tự do lựa chọn**
- Người bệnh có quyền tự do lựa chọn và thay đổi bác sĩ điều trị và bệnh viện hoặc nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, cho dù là bệnh viện công lập hay tư nhân.
- Người bệnh có quyền hỏi ý kiến của bác sĩ khác trong bất kỳ giai đoạn nào của trị liệu.

3. Quyền tự quyết định

4. Người bệnh có quyền tự quyết định, tự do đưa ra quyết định của bản thân họ.
5. Người bệnh trưởng thành có năng lực về tinh thần bình thường có quyền đồng ý hoặc từ chối đối với bất kỳ quá trình chẩn đoán và điều trị nào.
6. Người bệnh có quyền từ chối tham gia vào các nghiên cứu y học hoặc công tác giảng dạy.
7. Nếu người bệnh hôn mê, không có năng lực hợp pháp hoặc không thể diễn đạt được nguyện vọng, thì cần lấy được lời đồng ý bất kỳ khi nào có thể từ người đại diện hợp pháp của người bệnh.

4. Quyền được thông tin

5. Người bệnh có quyền được biết những thông tin ghi chép vè bản thân họ trong bất kỳ một bệnh án y khoa nào và được thông báo đầy đủ thông tin về sức khoẻ của mình.
6. Trường hợp ngoại lệ: không cung cấp thông tin nếu thông tin đó có thể gây ra sự nguy hiểm nghiêm trọng cho cuộc sống hoặc sức khoẻ của người bệnh.
7. Người bệnh có quyền lựa chọn người đại diện cho họ để nhận thông tin.

5. Quyền được bảo mật

- Tất cả các thông tin về sức khoẻ, chẩn đoán, tiên lượng và điều trị và tất cả các thông tin khác phải được bảo mật, thậm chí ngay cả sau khi người bệnh

đã chết. ngoại lệ, con cháu người bệnh có thể có quyền khai thác thông tin cần thiết để tìm hiểu về các nguy cơ sức khoẻ của họ.

Thông tin bí mật chỉ được mở nếu được sự đồng ý rõ ràng của người bệnh hoặc theo yêu cầu của pháp luật.

6. Quyền được giáo dục sức khoẻ

- Mọi người đều có quyền được giáo dục sức khoẻ để có thể giúp họ lựa chọn thông tin sức khoẻ cá nhân về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ có sẵn.
- Giáo dục sức khoẻ bao gồm các thông tin về lối sống lành mạnh và các phương pháp phòng ngừa, phát hiện sớm bệnh tật.
- Các bác sĩ có nghĩa vụ tham gia tích cực vào các hoạt động giáo dục này.

7. Quyền được tôn trọng

- Nhân phẩm và quyền được riêng tư, văn hoá và các giá trị khác của người bệnh cần được tôn trọng trong suốt thời gian chăm sóc y khoa và giảng dạy.
- NB có quyền được làm giảm bớt nỗi đau khổ ở mức tối đa mà những kiến thức y học hiện nay có thể đáp ứng được.
- Người bệnh có quyền được chăm sóc như một con người cho đến phút cuối cùng của cuộc đời.

8. Quyền được trợ giúp về tôn giáo

Người bệnh có quyền được nhận hoặc từ chối sự an ủi về tinh thần hoặc tâm linh và sự giúp đỡ của người đứng đầu giáo phái mà người bệnh lựa chọn.

II. Nghĩa vụ:

1.Người bệnh phải thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh của thầy thuốc.

2.Người bệnh có trách nhiệm thanh toán tiền viện phí theo qui định của Nhà nước.

3.Người bệnh có trách nhiệm giữ gìn tài sản được mượn, khi để mất phải bồi thường.

4. Người bệnh và gia đình người bệnh phải giữ gìn vệ sinh trật tự giường bệnh, buồng bệnh, tòan bệnh viện và tự giác chấp hành nội qui bệnh viện và luật pháp Nhà nước.

5. Người bệnh và gia đình người bệnh đoàn kết, giúp đỡ lẫn nhau giữa người bệnh và gia đình người bệnh trong thời gian chữa bệnh.

6. Người bệnh và gia đình người bệnh phải tôn trọng thầy thuốc và nhân viên y tế

CÂU HỎI LƯƠNG GIÁ

1.Bệnh nhân khi nằm viện phải có nghĩa vụ nào sau đây:

A. Được người nhà thăm nuôi.
B. Đóng góp ý kiến.
C. Công khai thuốc.
D. Thanh tóan viện phí.

2.Bệnh nhân không được quyền làm một trong các việc sau đây:

A. Xem hồ sơ bệnh án
B. Biết tình trạng bệnh của mình
C. Được giải thích cách điều trị bệnh
D. Tự chăm sóc.

BÀI 4:
QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU:

1. Nêu được định nghĩa, mục đích của quy trình điều dưỡng
2. Trình bày được nội dung các bước của quy trình điều dưỡng
3. Lập được bảng kế hoạch chăm sóc cho người bệnh

NỘI DUNG:

I. ĐỊNH NGHĨA:

Quy trình điều dưỡng là một vòng tròn khép kín gồm một loạt các hoạt động theo kế hoạch đã được định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc riêng biệt. Nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, hạn chế những khó khăn của người bệnh và đáp ứng các nhu cầu cần thiết của người bệnh

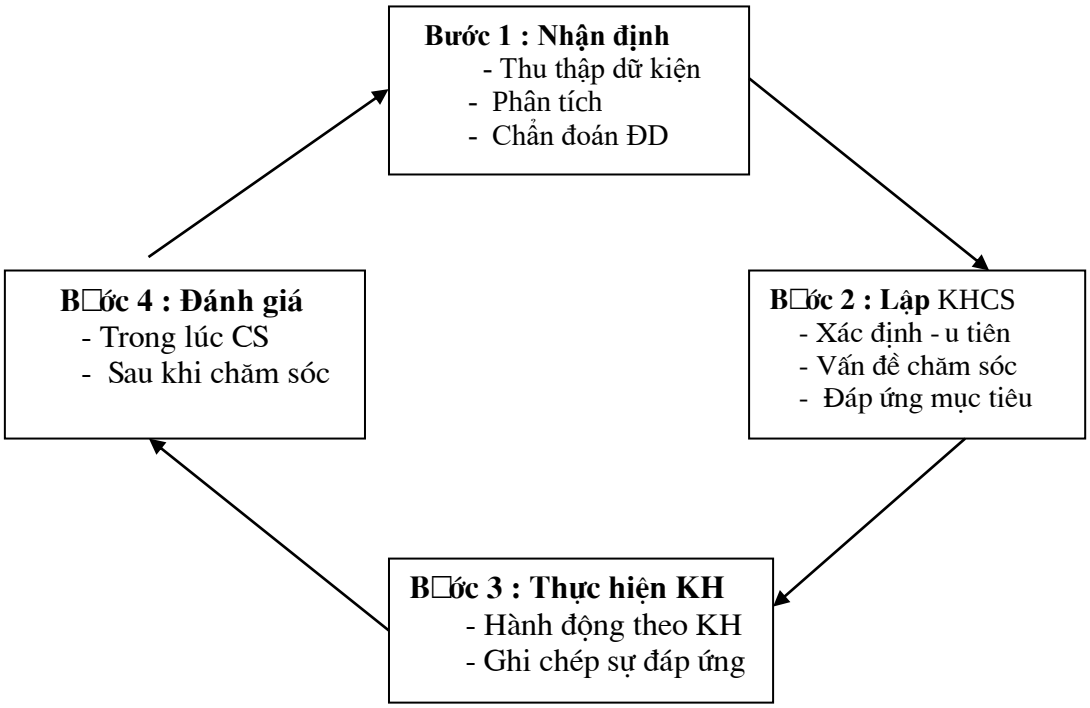
II. NỘI DUNG CÁC BƯỚC QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

Bước 1: Nhận định.

Bước 2: Lập kế hoạch chăm sóc.

Bước 3: Thực hiện kế hoạch.

Bước 4: Đánh giá.



Quy trình điều dưỡng

1. Nhận định (đánh giá ban đầu):

1.1 - Khái niệm:

Nhận định là một quá trình thu thập thông tin, có hệ thống các dữ kiện về tình trạng bệnh, sức khỏe, nhu cầu hiện tại của người bệnh. Đây là cơ sở để xây dựng kế hoạch chăm sóc cho từng người bệnh tại các thời điểm khác nhau.

1.2 - Nội dung nhận định:

Thể chất (thực thể), tinh thần, văn hoá, tín ngưỡng, xã hội, kinh tế, môi trường

1.3 - Nguồn thông tin để nhận định:

Người bệnh ; gia đình, người thân ; từ bệnh án

1.4 - Phương pháp thu thập thông tin (dữ kiện)

1.4.1. Phỏng vấn bệnh nhân: (phần hành chánh, bệnh sử, tiền sử)

- 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 tất cả các 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 bệnh án: chẩn đoán, y lệnh điều trị, cận lâm sàng

- *Bệnh sử*: hướng người bệnh khai những thông tin có giá trị liên quan đến bệnh của họ (*quá trình bệnh phát đến khi nhập viện, bao gồm triệu chứng cơ năng*

- *Tiền sử:*

******* *Bản thân:*

+ Bệnh lý có sẵn từ trước

+ Bệnh lý hoặc những thói quen, lối sống liên quan bệnh hiện tại

** Gia đình & quan hệ xã hội (nếu có)*

- ***Nên dùng các câu hỏi:***

- Bệnh phát khi nào ?

- Thời gian kéo dài ?

- Vị trí đau hoặc tổn thương?

- Triệu chứng kèm theo ?

- Mức độ & yếu tố liên quan ?

- Đã hoặc đang được điều trị nội hay ngoại khoa

- ***Tầm quan trọng của phỏng vấn người bệnh:***

- Thiết lập mối quan hệ giữa điều dưỡng – người bệnh

- Có những thông tin về người bệnh → xác định vấn đề liên quan bệnh hiện tại → lập KHCS, can thiệp tốt

1.4.2. Khám thực thể:

- Nhằm xác định chức năng về thể chất của người bệnh (bệnh tình hiện tại). Người điều dưỡng sử dụng giác quan: thị thính, khứu, xúc giác & 4 thủ thuật nhìn, sờ, gõ, nghe để nhận định (triệu chứng cơ năng lẫn thực thể)

Nhìn	Nhìn vẽ mặt, tư thế,màu sắc da, vết thương, kiểu thở, mức độ tỉnh táo, tình trạng vệ sinh cá nhân,…
Sờ	Đếm mạch, nhiệt độ, sự đàn hồi của da, dấu mất nước, …
Gõ	Cảm nhận các tiếng vang, trong, đục của các tạng rổng,...
Nghe	Giọng nói, tiếng thở, lời phàn nàn, âm thổi (bằng ống nghe)

- Chuẩn bị người bệnh trước khi khám: vị trí,tâm lý,tư thế
- Kỹ thuật thăm khám: (bệnh tình hiện tại)

- Quan sát, đánh giá tổng trạng người bệnh: tri giác, đo chiều cao, cân nặng, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp

- Thăm khám để nhận định từng hệ cơ quan

1.4.3. Từ hồ sơ bệnh án:

- Cận lâm sàng:

  - Các xét nghiệm chẩn đoán

  - Các xét nghiệm hỗ trợ điều trị

- Y Lệnh:

  - Thuốc

  - Săn sóc đặc biệt

- Phân cấp chăm sóc

- Dinh dưỡng đặc biệt

* Yêu cầu của bước 1:

- Phải giải thích rõ cho người bệnh & chỉ khám khi có sự đồng ý của người bệnh

- Đảm bảo cho người bệnh an toàn & kín đáo

- Thông tin phải có tính tổng quát, khách quan

- Người điều dưỡng cần vận dụng các kỹ năng: giao tiếp, kỹ năng nghe & kỹ năng ra quyết định (sắp xếp ưu tiên) khi tiến hành

1.5**. Chẩn đoán điều dưỡng**:

Là nêu lên vấn đề hiện tại hay tiềm tàng của người bệnh mà yêu cầu sự can thiệp của điều dưỡng để giải quyết cùng với nguyên nhân của nó

* Kế hoạch cần làm để giải quyết nhu cầu của người bệnh mà người điều dưỡng nhận định → ***Chẩn đoán điều dưỡng***

** Kế hoạch này phải được sắp xếp theo thứ tự ưu tiên và được tiến hành từ đơn giản đến phức tạp.*

* **Yêu cầu về chẩn đoán điều dưỡng**

- Phải ngắn gọn, rõ ràng

- Chính xác dựa trên vấn đề có thật

- Gồm 2 vế: vấn đề bệnh nhân + nguyên nhân (nếu biết)

VD: Thông khí không hiệu quả liên quan đến việc hút thuốc lá kéo dài

PHÂN BIỆT:

■ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ

- Mô tả bệnh

- Tồn tại trong quá trình bệnh

■ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- Mô tả phản ứng con người

- Thay đổi trong quá trình theo sự đáp ứng của con người

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). Giai đoạn nhận định kết thúc bằng chẩn đoán điều dưỡng

2. Lập kế hoạch chăm sóc (*mục tiêu chăm sóc)*

2.1. Xác định vấn đề ưu tiên:

- Đe dọa tính mạng người bệnh (khó thở, điện giật...).
- Ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh.
- Dựa vào 14 nhu cầu cơ bản
- Xác định vấn đề trước mắt (khó khăn trước mắt): xảy ra hiện tại cần can thiệp ngay
- Xác định vấn đề lâu dài: có thể xảy ra ở hiện tại & kéo dài hoặc là những biến chứng

2.2. Xác định mục tiêu hành động:

- Mục tiêu phải nêu lên vấn đề của bệnh nhân chứ không phải hành động điều dưỡng
- Mục tiêu phải rõ ràng, cụ thể, thực hiện được, đo lường được
- Nhất thiết phải dùng động từ chỉ hành động

2.3.. Viết kế hoạch chăm sóc.

- Có tính 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
- Minh họa cho sự chăm sóc toàn diện từ lúc vào cho đến khi ra viện.
- Viết đơn giản,thực tế dễ hiểu cho tất cả các nhân viên khác & dùng để bàn giao.

3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc: (hành động điều dưỡng)

- Là hành động cần thiết để hoàn thành sự can thiệp (kế hoạch chăm sóc) của điều dưỡng đã vạch ra, nó mang tính liên tục và tác động qua lại với các thành phần khác của quy trình điều dưỡng.
- Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc cần phối hợp với nhân viên y tế khác, với bệnh nhân, với người nhà bệnh nhân.
- Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc người điều dưỡng luôn luôn nhận định lại để điều chỉnh kế hoạch chăm sóc cho phù hợp.
  - 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.

- Hành động chăm sóc phải phối hợp với chỉ định điều trị. 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

- 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.

4. Đánh giá.

- Phần đánh giá của quy trình được sử dụng để đo lường sự đáp ứng của người bệnh đối với các mục tiêu chăm sóc đề ra.

- Có tiêu chuẩn đánh giá từng vấn đề (dựa vào mục tiêu)

- Có đánh giá mới biết được mức độ tốt, chưa tốt để có kế hoạch thay đổi cho phù hợp những ngày, giờ sau nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc

BỘ Y TẾ **PHIẾU CHĂM SÓC**
MS: 09/BV/01
BV:..... Điều dưỡng ghi Số vào viện
Khoa:..... Phiếu số:.....

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

Ngày	Giơ phút	Theo dõi diến biến	Thực hiện y lệnh/ chăm sóc	Ký tên

QUI TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG NỘI KHOA

I. THU THẬP THÔNG TIN

1. HÀNH CHÍNH:

-Họ tên: - Tuổi: - Giới tính:

-Nghề nghiệp:

-Dân tộc:

-Địa chỉ:

-Vào viện lúc (Khoa khám bệnh): Khoa điều trị:

2**. CHẨN ĐOÁN:**

-Chẩn đoán ban đầu (KKB):

-Chẩn đoán tại khoa điều trị:

3. BỆNH SỬ:

-Lý do nhập viện:

-Quá trình bệnh lý:

4. TIỀN SỬ:

-Bản thân:

-Gia đình:

5. TÌNH TRẠNG HIỆN TẠI:

5. 1.Toàn thân:

-Tổng trạng:.

-Da niêm:

-Tri giác:

-Tuyến giáp?, hạch ngoại vi?

5.2.Các cơ quan:

-Tuần hoàn:

-Hô hấp:

-Thần kinh:

-Tiêu hoá:

-Thận-tiết niệu

-Tai-mũi -họng:

-Răng-hàm-mặt:

-Mắt:

-Cơ-xương-khớp:

-Vận động:

-Dinh dưỡng:

-Ngủ-nghỉ ngơi:

-Vệ sinh:

-Kiến thức y học:

-Tinh thần:

*** HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

*** Y LỆNH ĐIỀU TRỊ:**

-Thuốc:

-Chăm sóc:

*** PHÂN CẤP CHĂM SÓC:**

II: ĐIỀU DƯỠNG THUỐC:

Tên thuốc Hoạt chất	Liều dùng Đường dùng	Tác dụng	Điều dưỡng thuốc

*Ghi chú:
-5 đúng: kiểm tra đúng: + người bệnh
+ thuốc
+ liều dùng
+ đường dùng
+ thời gian dung

III: CẬN LÂM SÀNG:

Tên xét nghiệm	Chỉ số bình thường	Kết quả	Nhận xét
- Huyết học: - Sinh hóa			

- Siêu âm;
- X quang:
- ECG:
- ……

IV: CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

V: KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

Vấn đề	Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc	Lí do

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Quy trình điều dưỡng được ứng dụng để nhận biết:
   A. Tình trạng thực tế của người bệnh
   B. Nhu cầu của người bệnh
   C. Vấn đề sức khỏe của mỗi cá nhân
   D. Vấn đề cần chăm sóc của cộng đồng

Bài 5:
VÔ KHUẨN - TIỆT KHUẨN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa của khử khuẩn, tiệt khuẩn.
2. Trình bày được các phương pháp khử khuẩn.
3. Kể được các dung dịch hóa chất dùng để khử khuẩn, tiệt khuẩn.
4. Thực hiện tiệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật và cách bảo quản dụng cụ đã được khử khuẩn, tiệt khuẩn.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi người bệnh bị ốm vào nằm viện, thường đã bị vi khuẩn xâm nhập và phát triển trong cơ thể gây nên bệnh tật. Thêm vào đó người làm dịch vụ y tế có thể gây nên nhiễm khuẩn thông qua sự tiếp xúc với các vật dụng y tế, môi trường xung quanh nếu như không có kiến thức về vô khuẩn. Bất cứ động tác nào của cán bộ y tế tiếp xúc với người bệnh đều có thể có nguy cơ gây nhiễm khuẩn. Ví dụ: trong quá trình khám bệnh, thực hiện thủ thuật, kỹ thuật chăm sóc người bệnh:

- Nhiễm khuẩn có thể trực tiếp:

  Cán bộ y tế ---------- >người bệnh hoặc ngược lại.

- Hoặc có thể gián tiếp:

  Cán bộ y tế ----------> Dụng cụ------- > Người bệnh

  Cán bộ y tế ←---------- Phương tiện < ---------- Người bệnh.

Vì vậy cần phải ngăn chặn, hạn chế hoặc tiêu diệt vi khuẩn để tạo nên môi trường vô khuẩn.

1. Định nghĩa khử khuẩn:

Khử khuẩn là tiêu diệt làm giảm số lượng các vi sinh vật (vi khuẩn) trên dụng cụ, trên da người bệnh tới mức không gây hại đối với sức khỏe (trừ các bào tử của vi khuẩn trên tế bào sống).

2. Định nghĩa tiệt khuẩn:

Tiệt khuẩn là sự tiêu diệt hoàn toàn các vi sinh vật bao gồm cả virus và nha bào bằng nhiệt độ hoặc bằng bức xạ.

3. Biện pháp chống nhiễm khuẩn:

Chống nhiễm khuẩn là tạo nên môi trường vô khuẩn, ngăn ngừa không cho vi sinh vật thâm nhập vào cơ thể, làm cho các tổ chức của cơ thể không bị nhiễm khuẩn.

Điều dưỡng viên phải rèn thói quen, tạo cho mình thực hiện nghiêm ngặt, tôn trọng quy trình vô khuẩn trong khi chuẩn bị, hấp sấy dụng cụ, khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc để tránh đươc các sai sót gây nhiễm khuẩn cho người bệnh.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN:

1. Tẩy uế (khử khuẩn):

Là quá trình xử lý các vật dụng trở nên an toàn hơn (sạch hơn) trước khi cọ rửa, làm mất đi các vết máu hoặc các chất bẩn bám vào sàn nhà, giường, các dụng cụ, thiết bị y tế, đồ vải, găng tay, kim, bơm tiêm… làm giảm ngay nguy cơ lây truyền các bệnh.

Quy trình tẩy uế:

- Đeo găng tay bảo vệ.
- Pha dung dịch tẩy uế 0,5% hoặc javen, presep (có bảng hướng dẫn kèm theo).
- Ngâm ngập các dụng cụ trong dung dịch tẩy (đảm bảo dụng cụ được tiếp xúc với dung dịch tẩy) trong thời gian tối thiểu 10 phút.
- Lấy dung dịch ra tráng ngay bằng nước nguội để tránh sự ăn mòn dụng cụ.

2. Làm sạch (cọ rửa):

Cọ rửa là quá trình cơ học để loại bỏ máu, dịch của cơ thể hay bụi hoặc đất bẩn ra khỏi bề mặt dụng cụ hoặc da người bệnh.

Quy trình:

- Đi găng tay bảo hộ.
- Pha xà phòng với nước.
- Tháo hoàn toàn các bộ phận có thể tháo rời được.
- Ngâm vật dụng trong nước xà phòng.
- Dùng bàn chải hoặc dụng cụ thích hợp để cọ rửa (dụng cụ luôn ngập trong chậu nước để tránh tình trạng bị bắn tung tóe các chất bẩn).
- Rửa sạch xà phòng, tráng nước sạch 3 lần.
- Lau khô (hoặc hong khô), lắp ráp các chi tiết tránh rơi hoặc nhầm lẫn.

Chú ý: với nòng ống thông thì phải dùng que và nước xà phòng thông hoặc bơm thụt.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIỆT KHUẨN

1. Phương pháp tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm (nồi hấp):

Dụng cụ tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm gồm 2 loại: loại cung cấp nhiệt bằng điện và loại cung cấp nhiệt bằng cách đun.

1.1 Nguyên lý hoạt động:

Dựa trên nguyên lý biến điện năng và nhiệt thành công năng để tăng áp suất trong nồi hấp. Hấp dụng cụ dưới áp suất là phương pháp tốt nhất cho tiệt khuẩn dụng cụ y tế.

1.1 Cách vận hành nồi hấp:

- Mở các ốc vít để nhấc nắp nồi ra.
- Đổ nước vào nắp quy định của nồi.
- Xếp đặt đồ hấp.
- Đặt nắp, giữ nắp và vặn chặt các ốc vít (lưu ý vặn đều các ốc vít đối diện nhau), kiểm tra van an toàn.

1.3. Cách theo dõi nhiệt độ và áp lực trên đồng hồ đo áp lực:

- 1 atmosphere khoảng 120^{o}C.
- 2 atm – 134^{o}C.
- 3 atm – 145^{o}C.

Khi đồng hồ áp lực chỉ 1atm (khoảng 120^{o}C), mở van đột ngột trong vài giây để đẩy không khí trong nồi ra ngoài, lúc này mới tiệt khuẩn chính thức.

Tùy theo từng loại dụng cụ mà để áp lực và thời gian theo quy định.

Khi dụng cụ hấp đã đạt tới áp lực và thời gian cần thiết, cắt nguồn cung cấp nhiệt. Mở vòi xả nước nóng trong nồi ra (nếu có), mở từ từ, sau 30 phút lấy dụng cụ ra.

1.4. Cách theo dõi thời gian và nhiệt độ:

Đưa nhiệt độ nồi hấp lên 121^{o}C (250^{o}F), tương đương với áp xuất 106 KPA (15 pound).

Duy trì tối thiểu trong 20 phút nếu dụng cụ không bao gói.

Duy trì tối thiểu trong 30 phút nếu dụng cụ có bao gói.

1.5. Quá trình tiệt khuẩn gồm 4 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Tạo áp lực chân không sơ bộ.

Giai đoạn 2: Tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm.

Giai đoạn 3: Sấy khô trong chân không 5 phút.

Giai đoạn 4: Cân bằng áp suất.

Chú ý: thời gian tiệt khuẩn được tính từ khi nhiệt độ đạt tới điểm quy định.

1.6. Ưu - nhược điểm của phương pháp tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm:

Ưu điểm:

+ Tiêu diệt được các vi khuẩn và bào tử của chúng trong một thời gian ngắn.

+ Các vật dụng được hơi nước ngấm vào và được nóng nhanh chóng.

+ Tiêu khuẩn được nhiều loại dụng cụ và vật dụng khác.

+ Dễ kiểm soát hơn các máy khử khuẩn khác.

Nhược điểm:

+ Không khử khuẩn được các loại dầu mỡ, phấn bột.

+ Sử dụng máy không đúng sẽ mất an toàn và không có hiệu quả

2. Tiệt khuẩn bằng hơi nóng khô (tủ sấy):

Phương pháp này đòi hỏi nhiệt độ cao hơn, thời gian dài hơn; do vậy chỉ phù hợp với dụng cụ thủy tinh, dụng cụ kim loại (không thể sử dụng phương pháp này cho dụng cụ bằng cao su, plastic).

2.1. Kỹ thuật vận hành:

- Kéo khóa hãm, mở cánh cửa tủ sấy.
- Sắp xếp dụng cụ vào các ngăn cho phù hợp.
- Kiểm tra lại việc sắp xếp.
- Đóng chốt cánh cửa (lưu ý: khi đóng phải nhẹ nhành cẩn thận).
- Cắm điện, bật công tắc.

2.2 Hấp sấy:

Phương pháp này phải thường xuyên theo dõi thời gian, áp lực và nhiệt độ của tủ sấy. Tùy theo từng loại dụng cụ mà để nhiệt độ và thời gian thích hợp. Thông thường để như sau:

180^{o}C trong 30 phút.

170^{o}C trong 60 phút.

160^{o}C trong 120 phút.

2.3 Ưu - nhược điểm:

Ưu điểm:

+ Rất tốt với các loại dụng cụ thủy tinh.

+ Các dụng cụ sắc nhọn không bị cùng mòn.

+ Các loại dầu, phấn bột khi tiệt khuẩn sẽ hiệu quả hơn.

***Nhược điểm*:**

+ Thời gian tiệt khuẩn kéo dài hơn tiệt khuẩn bằng sức nóng ẩm.

+ Với dụng cụ bằng vải và cao su nhiệt độ cao có thể bị hư hỏng.

Chú ý:

+ Thời gian hấp sấy được tính từ khi nhiệt độ bắt đầu đạt (ví dụ đạt 180^o thì phải để trong 30 phút) tới mức yêu cầu.

+ Dụng cụ phải được khử nhiễm, cọ rửa sạch sẽ, lau khô không còn bụi bẩn và máu mủ bám vào.

+ Tháo rời vật dụng (nếu được) để hơi nóng có thể thâm nhập vào tới mức tốt nhất.

+ Lấy vật dụng ra bằng kẹp vô khuẩn hoặc găng tay vô khuẩn và bảo quản trong hộp vô khuẩn có nắp đậy kín.

3. Tiệt khuẩn bằng hóa chất:

Phương pháp tiệt khuẩn bằng hóa chất được áp dụng với các dụng cụ không chịu được nhiệt cao, hiện nay thường dùng glutaraldehyd 2% (cidex) để tiệt khuẩn.

3.1 Quy trình tiệt khuẩn bằng hóa chất:

- Đeo găng tay và kính bảo vệ.

- Pha chế, sử dụng dung dịch ở nơi thoáng gió.

- Tuân theo sự chỉ dẫn ở nơi sản xuất.

- Thực hiện: để dụng cụ đã được tẩy uế, cọ rửa sạch sẽ, lau khô trước. Ngâm chìm ngập dụng cụ, các ngóc ngách của dụng cụ vào dung dịch cidex 2%. Thời gian ngâm dụng cụ trong dung dịch để có tác dụng tiệt khuẩn ít nhất là 10 tiếng.

- Lấy dụng cụ bằng nẹp vô khuẩn.

- Tráng dụng cụ bằng nước vô khuẩn.

- Lau dụng cụ bằng khăn vô khuẩn và bảo quản trong hộp vô khuẩn.

- Đổ bỏ dung dịch đã dùng, nếu dung dịch cần phải dùng lại, đánh dấu ngày pha, ngày hết hạn theo hướng dẫn của nơi sản xuất.

Chú ý:

+ Dụng cụ phải sạch và khô trước khi tiệt khuẩn.

+ Chậu đựng dung dịch tiệt khuẩn, nước vô khuẩn phải có nắp đậy, dung dịch phải đủ để ngập dụng cụ

3.2 Hóa chất thường dùng trong bệnh viện:

3.2.1 Nguyên tắc lựa chọn hóa chất dùng trong khử khuẩn bệnh viện

- Phổ kháng khuẩn rộng.

- Tác dụng nhanh.

- Không bị ảnh hưởng bởi các chất hữu cơ, xà phòng, chất tẩy rửa,….

- Không gây độc cho người và môi trường.

- Không ảnh hưởng các dụng cụ bằng kim loại, bằng vải, cao su, chất dẻo khác.

- Phải có dấu hiệu lâu dài trên bề mặt được xử lý (để lại một lớp màng trắng chống vi khuẩn trên bề mặt dụng cụ sau khi xử lý).

- Dễ sử dụng, mùi vị phải dễ chịu, hoặc không mùi.

- Rẻ tiền.

- Phải hòa tan dễ dàng trong nước và ổn định khi pha loãng.

3.2.2 Một số hóa chất thường dùng trong bệnh viện:

TT	HÓA CHẤT	THỜI GIAN	MỤC ĐÍCH	CHÚ Ý
1	**Cồn 70^{o} – 90^{o}**	10 phút	Diệt: vi khuẩn Gram (+) và (-) Trực khuẩn lao	Khi đổ ra phải dùng ngay vì dễ bay hơi. Dụng cụ cao su, nhựa có thể bị biến màu.
2	**Hypoclorit (javel) 0,1% - 5%**	10 – 30 phút	Diệt virus HIV, HBV Tẩy các vết máu, chất bám trên dụng cụ, đồ vải.	Ăn mòn kim loại, hư hại dụng cụ cao su, phai màu độ bền của vải. Là dung dịch nhanh bị hoạt hóa nên phải thay ngay khi bị vẩn đục.
3	**Cloramin 1% - 3%** **Cloramin 0,5%**	5 phút 30 – 40 phút	Tẩy uế định kỳ các buồng phẫu thuật, buồng đẻ. Dùng để khử khuẩn dụng cụ ăn uống, bát đĩa.	Tráng bằng nước sạch sau đó tẩy trùng.
4	**Presept** **Viên 2,5g** ***pha 7 viên/1lít nước*** ***Viên 0,5g pha 9 viên/5 lít nước.***	Tối đa 60 phút	Diệt vi khuẩn Gram (+) và (-), virus,nha bào, các loại nấm. Khử khuẩn các dụng cụ và đồ dùng trong bệnh viện. Đổ dung dịch lên vết máu, đồ vải, dùng găng tay thấm khăn lau vào dung dịch và lau sạch vết máu (khăn chỉ dùng một lần). Dùng để khử khuẩn ống hút (pipet), bình, lọ, lam kính…	Tùy theo mức độ nhiễm khuẩn của dụng cụ để pha nồng độ khác nhau. Tránh tiếp xúc với mắt. Tránh cầm viên presept khi tay ướt. Tránh tiếp xúc các chất liệu bằng tơ, lụa, len. Không trộn với bất kỳ hóa chất nào khác.
5	**Microshield** ***loại: 4%, 2%,0.5%***	3 – 5 phút	***Dung dịch 4% màu hồng đậm****: rửa tay làm phẫu thuật.*	Tác dụng kéo dài trong 6 giờ, chống vi khuẩn mọc trở lại.

			Dung dịch 2% màu xanh lá cây: rửa tay thủ thuật, thăm khám. ***Dung dịch màu hồng nhạt***: rửa tay nhanh. Diệt vi khuẩn nhanh, mạnh, phổ rộng: Gram (+) và (-), nấm, virus.	Không bị giảm tác dụng bởi các chất hữu cơ như máu, mủ, chất nhầy.
6	**Phenol 1 – 2%**		Diệt vi khuẩn Gram (+) và (-), trực khuẩn lao, virus. ***Dung dịch 1%*** dùng khử khuẩn sàn nhà, tường, bàn, ghế. ***Dung dịch 3%*** khử khuẩn các dụng cụ nhiễm khuẩn trước khi tiệt khuẩn.	Đeo găng tránh tiếp xúc với da. Tráng lại bằng nước sạch sau khi khử khuẩn. Không dùng cho các dụng cụ kim loại vì có thể bị ăn mòn. Phải tráng bằng nước sạch sau khử khuẩn.
7	**Betadin**	30 phút	Diệt vi khuẩn Gram (+) và (-) một số vi khuẩn khác và virus.	Là dung dịch tiệt khuẩn cho các dụng cụ được sử dụng nhiều lần.
8	**Cidex 14 và 28 ngày**.	***Dung dịch cidex 145*** (14) ngày có màu xanh lá cây sau khi được hoạt hóa. ***Dung dịch cidex 285*** (28) ngày có màu xanh dương sau khi đã hoạt hóa	Diệt tất cả các loại vi khuẩn, virus HIV, HBV, nấm; 99,8% vi khuẩn lao trong vòng 10 phút. Diệt 100% vi khuẩn lao trong vòng 1 giờ. Diệt tất cả các loại vi khuẩn kể cả nha bào trong vòng 10 giờ. ***Cidex 14 ngày***: khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ máy nội soi, lăng kính máy nội soi. ***Cidex 28 ngày***: khử khuẩn/ tiệt khuẩn những dụng cụ không hấp sấy như	Dung dịch được đổ bỏ sau ngày thứ 14 (đối với cidex 14 ngày) và sau ngày thứ 28 (đối với cidex 28 ngày) Đeo kính tránh kích thích da Bảo quản nơi râm mát, để trong phòng có thông khí tốt.

			nhựa, thủy tinh, cao su và các dụng cụ ngoại khoa thông thường bằng thép, nhôm, đồng, thau.	
9	**CIDEZYM**	2 phút, tối đa 24 giờ	Kìm khuẩn. Làm sạch và khử nhiễm dụng cụ. Phá hủy các liên kết hữu cơ, làm phân hủy chất hữu cơ (máu, mủ, đờm…), ngoài ra còn dùng để thông tắc cho máy nội soi.	Pha 8ml cidezym với 1lít nước sạch rồi ngâm dụng cụ bẩn vào. Thời gian có thể 2 phút nếu dụng cụ bị dính máu, vết máu khô cần ngâm lâu hơn. Dung dịch được thải bỏ sau mỗi lần sử dụng hoặc nhìn thấy dung dịch bị bẩn rõ. Thời gian sử dụng tối đa là 24 giờ.
10	**Formal dehyd**	30 phút	Diệt vi khuẩn Gram (+) và (-), trực khuẩn lao, nha bào, virus viêm gan.	Dùng nơi thoáng khí để giảm mùi cay và hăng, đeo găng tránh kích thích da.

4. Các phương pháp tiệt khuẩn ở mức độ cao:

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

4.1 Tiệt khuẩn bằng nhiệt ở mức độ cao:

Là phương pháp khử khuẩn có hiệu quả, phương pháp này có thể thực hiện được bằng nồi luộc, nồi hấp.

***4.1.1 Tiệt khuẩn bằng luộc sôi*:**

- Có thể áp dụng với các dụng cụ tử cung, mỏ vịt, panh, kẹp cổ tử cung, kim, bơm tiêm.

- Quy trình:

+ Tẩy uế và làm sạch toàn bộ vật dụng, tháo rời dụng cụ nếu tháo được.

+ Cho nước ngập toàn bộ dụng cụ (nên dùng nước đun sôi để nguội, nước mưa, nước cất để tránh cặn.

+ Đậy nắp lại và đun sôi ở nhiệt độ 100^{o}C trong thời gian ít nhất 20 phút (tính từ khi nước bắt đầu sôi).

+ Nếu nước sôi cần cho thêm dụng cụ vào phải tính thời gian kể từ khi nước bắt đầu sôi trở lại.

+ Dùng kẹp đã khử khuẩn để lấy dụng cụ ra khỏi nồi và để vào trong hộp đựng vô khuẩn có nắp đậy.

+ Không bao giờ để vật dụng trong nước khi nước đã nguội, nên luộc chung vật dụng cùng loại để xử lý dễ dàng hơn.

4.1.2 Tiệt khuẩn bằng nồi hấp ướt:

Quy trình:

- Tẩy uế, cọ rửa, làm sạch, tháo rời, lau khô dụng cụ.

- Cho dụng cụ vào nồi hấp.

- Đậy nắp lại và hấp dụng cụ trong 20 phút.

- Lấy dụng cụ bằng kẹp đã khử khuẩn.

- Hong khô.

- Khi dụng cụ khô, bảo quản trong một hộp đã tiệt khuẩn, có nắp đậy kín.

4.1.3 Khử khuẩn bằng hóa chất:

Là phương pháp khử khuẩn được áp dụng khi các phương pháp khử khuẩn bằng nhiệt không có điều kiện để thực hiện (các dụng cụ không chịu được nhiệt và các dụng cụ không cần tiệt khuẩn).

Quy trình:

+ Tẩy uế, cọ rửa, làm sạch, lau khô dụng cụ, vật dụng.

+ Đổ ngập các vật dụng, dụng cụ bằng dung dịch khử khuẩn thích hợp.

+ Ngâm theo thời gian quy định của từng loại hóa chất (theo bảng hướng dẫn của các nhà sản xuất).

+ Tráng sạch bằng nước chín và hong khô.

+ Đem dùng ngay hoặc bảo quản trong hộp đã khử khuẩn ở mức độ cao.

VI. BẢO QUẢN

1.Tất cả các dụng cụ đã tiệt khuẩn, khử khuẩn phải ghi rõ tên dụng cụ và hạn sử dụng (ngày hấp sấy, ngày hết hạn)

2. Dụng cụ không đóng gói sau khi tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao phải dùng ngay. Nếu áp dụng phương pháp luộc dụng cụ chỉ nên sử dụng trong 24 giờ, dụng cụ chưa dùng ngay hôm sau phải luộc lại.

3. Dụng cụ được đóng gói: găng, đồ vải, quần áo… có thể bảo quản được một tuần với điều kiện được đặt ở nơi khô ráo, không bụi, bao gói hộp phải đúng tiêu chuẩn.

4. Dụng cụ đóng kín trong túi nilon được sử dụng theo thời hạn ghi trên nhãn.

5. Không sử dụng những hộp dụng cụ bị ẩm ướt, không có hạn dùng, hộp bị kênh, hở.

6. Nơi để dụng cụ phải giữ mát, khô ráo, kín, không bụi bặm.

QUY TRÌNH CHUẨN BỊ VÀ TIỆT KHUẨN DỤNG CỤ

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	ĐỒ DÙNG BẰNG BÔNG, GẠC, VẢI		
	*** Bông cầu:**		
1	Lấy bông hút nước riêng thành những viên tròn kích thước tùy theo yêu cầu, không lỏng, không quá chặt, xếp vào hộp.		
	*** Gạc củ ấu**		
1	Cắt gạc vuông khoảng 10 x 10 cm, gấp đôi miếng gạc theo đường chéo.		
2	Đặt miếng gạc vào 1 hoặc 2 ngón tay mình		
3	Quấn 1 vòng, gấp phần đuôi miếng gạc lên		
4	Rút ngón tay ra đồng thời lộn gạc từ trong ra ngoài, xếp vào hộp		
	*** Gạc có bông**		
1	Trải lớp gạc thứ nhất, trải 1 lớp bông mỏng lên trên, trải tiếp lớp gạc thứ 2 đè lên lớp bông.		
2	Cắt thành miếng kích thước khác nhau, xếp từng lớp vào hộp		
	*** Gạc không có bông**		
1	Cắt gạc to nhỏ theo yêu cầu, gấp 4 miếng vào trong		
2	Gấp đôi hoặc gấp tư, xếp vào hộp		
	*** Mèche (mét)**		
1	Cắt gạc khoảng 40 x 20 cm, gấp 2 cạnh chiều dài vào giữa gấp đôi lại		
2	Cuộn thành cuộn tròn hoặc gấp đèn xếp và buộc lại		
3	Xếp 10 cái lấy mảnh gạc gói lại, xếp vào hộp		
	*** Gạc chèn hoặc thấm máu trong phẫu thuật vùng bụng**		
1	Cắt gạc vuông 40 x 40 cm, khâu vắt 4 cạnh		
2	Xếp 10 cái, lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp		
	*** Săng**		
1	Có nhiều lích cỡ, cắt vải khâu vắt 4 cạnh		
2	Giặt sạch, phơi khô gấp vừa đủ để đặt vào hộp		
3	Xếp 10 cái rồi lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp		
	*** Áo mổ**		
1	Giặt sạch, phơi khô, kiểm tra các dây buộc		
2	Lộn trái thân áo (không lộn tay), gấp áo 2 bên theo chiều dọc		
3	Gấp ngang theo hình đèn xếp, cổ áo, cầu vai lên trên, xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG BẰNG CAO SU, NHỰA		
	*** Găng tay**		
1	Giặt sạch phơi khô, kiểm tra găng tay, phân loại theo cỡ số, phải trái		
2	Cho bột talc vào mặt trong găng, lộn cổ găng xuống		
3	Xếp 2 găng vào 1 tờ giấy, gấp lại, xếp vào hộp		
	*** Ống thông**		
1	Ống thông Nelaton, Foley, Levin, Eno, Kerh, Faucher,, bơm rửa sạch treo ráo nước.		
2	Quấn gạc hoặc khăn riêng từng loại xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG THỦY TINH		

1	Bơm, rửa sạch, lau khô mở nắp, xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG BẰNG KIM LOẠI		
1	Ngâm trong dung dịch khử khuẩn		
2	Kiểm tra dụng cụ, rửa sạch, luộc, lau khô xếp vào hộp		
3	Dán nhãn, dùng dây buộc chắc các hộp		
4	Ghi ngày, giờ gởi đi hấp sấy, chuyển đến nơi tiệt khuẩn		
	* Kỹ thuật tiệt khuẩn		
	TIỆT KHUẨN BẰNG HƠI NÓNG ẨM (NỒI HẤP)		
	*** Kiểm tra nồi hấp**		
1	Kiểm tra thân nồi có rạn nứt, dò…		
2	Kiểm tra ốc, van đồng hồ, nhiệt kế, hệ thống điện, đèn báo.		
	*** Vận hành**		
1	Vặn các ốc vít, mở nắp nồi ra, đổ nước đúng quy định, mở nắp hôp hấp		
2	Xếp hộp dụng cụ vòa nồi hấp, đậy nắp nồi		
3	Vặn chặt các ốc. cắm điện, bật công tắc điện		
4	Mở van đuổi khí, khi nhiệt độ đạt tiêu chuẩn đã định đóng van, tính thời gian nhiệt độ hấp		
5	Mở van xả khí khi nhiệt đủ thời gian và nhiệt độ hấp, vặn ốc mở nắp nồi hấp, xả nước		
6	Lấy dụng ra và đóng nắp hộp.		
	TIỆT KHUẨN BẰNG SỨC NÓNG KHÔ (TỦ SẤY)		
1	Kiểm tra thân tủ, các cánh tủ, nhiệt kế, hệ thống điện, đèn báo		
2	Xếp dụng cụ váo các ngăn, cắm điện, bật công tắc điện		
3	Tính thời gian khi nhiệt độ sấy đạt mức quy định.		
4	Ngắt điện khi nhiệt độ về 0^0C, lấy dụng cụ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

ĐIỀN VÀO CHỖ TRỐNG NHỮNG TỪ THÍCH HỢP

1. Nêu 4 giai đoạn của quá trình tiệt khuẩn trong nồi hấp ướt.

   A……

   C……

   B……

   D. Cân bằng áp suất

2. Nêu 3 phương pháp tiệt khuẩn.

   A……

   C……

   B……

3. Tiệt khuẩn là……(A)…… các vi sinh vật kể cả vi khuẩn kể……(B)…… ra khỏi vật dụng.
4. Cọ rửa quá trình cơ học để …..(A)…… máu, dịch cơ thể hay các vật lạ như bụi, đất ra khỏi bề mặt……(B)……
5. Cidex 14 ngày: khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ……(A)……, lăng kính máy……(B)……

CHỌN CÂU ĐÚNG - SAI

6. Các dụng cụ đã tiệt khuẩn, khử khuẩn phải ghi rõ tên dụng cụ.
7. Tiệt khuẩn bằng nhiệt ở mức độ cao là phương pháp khử khuẩn có hiệu quả.
8. Khử khuẩn là giảm số lượng các vi sinh vật (vi khuẩn) trên dụng cụ, trên da người bệnh.
9. Tiệt khuẩn bằng luộc sôi có thể áp dụng với các dụng cụ tử cung, mỏ vịt, panh, kẹp cổ tử cung…
10. Áp dụng phương pháp luộc dụng cụ chỉ nên sử dụng trong 48 giờ.

CHỌN CÂU TRẢ LỜI ĐÚNG NHẤT

11. Tiệt khuẩn dụng cụ kim loại bằng nhiệt độ (sức nóng khô), thời gian được tính từ khi nhiệt độ bắt đầu đạt yêu cầu.

    A. 100^{o}C trong 60 phút. C. 170^{o}C trong 20 phút.

B. 120^{o}C trong 90 phút D. 180^{o}C trong 30 phút.

12. Tiệt khuẩn dụng cụ bằng cao su phương pháp tốt nhất là

A. Đun sôi 100^{o}C. C. Ngâm trong dung dịch khử khuẩn.

B. Sấy khô. D. Hấp ướt.

Bài 6:
TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM BỆNH VÀO VIỆN,CHUYỂN VIỆN, RA VIỆN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích và các thủ tục cần thiết của việc tiếp nhận người bệnh đến khám bệnh, vào viện, chuyển viện, ra viện.
2. Trình bày được quy trình tiếp nhận người bệnh đến khám bệnh,vào viện, chuyển viện, ra viện.

NỘI DUNG

I. TIẾP ĐÓN NGƯỜI BỆNH NHẬP VIỆN

1. Mục đích

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

2. Các thủ tục hành chính khi người bệnh vào viện

2.1 Trường hợp cấp cứu:

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

2.2 Trường hợp bình thường:

Khi người bệnh vào viện cần có:

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

3. Qui trình nhập viện:

3.1 Tiếp đón người bệnh tại phòng khám:

* Chuẩn bị phòng đợi:

- Phòng phải sạch sẽ, gọn gàng yên tĩnh.
- Đầy đủ ghế cho người bệnh ngồi chờ.
- Có tranh ảnh, áp phích cho người bệnh 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: ống nghe, búa phản xạ, nhiệt kế, huyết áp.
  + Dụng cụ khám chuyên khoa.
- Chuẩn bị đầy đủ các loại giấy tờ thủ tục hành chính (hồ sơ bệnh án, sổ theo dõi người bệnh vào viện, ra viện,giấy xét nghiệm...).

* Tiếp đón người bệnh:

- Tiếp xúc với người bệnh: chào hỏi, tự giới thiệu mình với người bệnh, gọi tên người bệnh một cách thích hợp theo tập quán. Đối với người bệnh 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 người bệnh.
- Hướng dẫn thủ tục cần thiết trước khi vào khám bệnh.
- Sắp xếp chỗ ngồi cho người bệnh ở phòng đợi, mời vào khám theo thứ tự.

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

* Nhận định người bệnh:

- Khai thác tiền sử bằng cách phỏng vấn người bệnh hoặc thân nhân về thời gian mắc bệnh, bệnh tật hiện tại và bệnh sử trước kia.
- Quan sát người bệnh: sử dụng các giác quan như nhìn, sờ, nghe, ngửi.
- Đo dấu hiệu sinh tồn: đo huyết áp, đếm mạch, đo nhiệt độ, đếm nhịp thở. Nếu người bệnh nặng cần phải cấp cứu ngay, điều dưỡng cần chủ động xử trí trước khi mời bác sĩ.

Ví dụ: Người bệnh khó thở cho nằm đầu cao.

Người bệnh tím tái cho thở oxy.

Mời bác sĩ khám và cho hướng xử trí.

- Hỗ trợ thầy thuốc khám bệnh.
- Thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo yêu cầu.

* Trường hợp người bệnh không nằm viện:

- Điều dưỡng nhắc nhỡ người bệnh thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh điều trị của thầy thuốc.
- Hướng dẫn người bệnh biết cách chăm sóc sức khỏe và phòng bệnh.

* Trường hợp người bệnh vào viện:

- Làm thủ tục cho người bệnh nhập viện.
- Hướng dẫn vệ sinh cá nhân, giúp thay quần áo, nếu người bệnh không tự làm được.
- Đưa người bệnh vào khoa điều trị, trường hợp không đi được phải dùng cáng hoặc xe lăn để chuyển người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình.

3.2. Tiếp nhận người bệnh vào khoa:

* Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện:

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

+ Bảng kế hoạch chăm sóc người bệnh.

+ Phiếu theo dõi người bệnh.

+ Lọ đựng các mẫu xét nghiệm.

+ Máy đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch.

+ Các phương tiện khác như dụng cụ thở oxy, trụ treo...

Nhận bàn giao:

- Bàn giao tình trạng người bệnh.
- Bàn giao hồ sơ bệnh án của người bệnh.

- Dẫn người bệnh vào buồng bệnh:

- Giới thiệu giường bệnh, giúp người bệnh nghỉ ngơi, an toàn khi vào nằm điều trị, phổ biến nội qui bệnh viện, giới thiệu các nơi để người bệnh tiếp xúc khi cần.
- Xếp giường cho người bệnh.
- Cung cấp các dụng cụ cá nhân (nếu cần), nâng thanh giường lên, đảm bảo an toàn cho người bệnh (nếu giường bệnh có sẵn).

- Bệnh nhân nằm ở phòng riêng: điều dưỡng đóng cửa thật nhẹ nhàng, hoặc kéo bình phong cho kín đáo.

- Nhận định quan sát người bệnh:

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, cân, đo chiều cao cho người bệnh.
- Nhận định tình trạng chung của người bệnh (đặc biệt là trẻ em) như:
- Người bệnh tĩnh táo lơ mơ hay li bì.
- Tình trạng da: da xanh hay nhợt nhạt, bầm tím, da khô có lở loét, nhiễm khuẩn, nốt xuất huyết dưới da...
- Tình trạng khó thở, kiểu thở, có đờm dãi tắt nghẽn không?
- Ho khan hay có đờm, tính chất, màu sắc, số lượng đờm.
- Đau: cảm giác, vị trí, tính chất đau (âm ỉ, dữ dội).
- Có rối loạn ngôn ngữ không?
- Khả năng nghe (điếc).
- Nhìn (mù lòa, cận thị).
- Các bộ phận giả (răng giả, mắt giả, hậu môn giả...).
- Nghe những than phiền của người bệnh.

- Giải thích hướng dẫn cho người bệnh 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 người bệnh và thân nhân nghiêm chỉnh chấp hành nội qui khoa phòng:
  + Giờ khám bệnh.
  + Thường qui đi buồng.
  + Giờ thăm bệnh.
  + Giữ gìn vệ sinh buồng bệnh, không hút thốc lá, không gây ồn ào trong buồng bệnh, bỏ các đồ thải vào nơi qui định.

- Ghi vào hồ sơ người bệnh ngày giờ vào viện:

Ghi chép các thông số theo dõi vào phiếu theo dõi ngay sau khi hoàn thành các thủ tục tiếp nhận người bệnh vào khoa.

Trợ giúp bác sĩ khám bệnh và làm các xét nghiệm khi cần thiết.

- *Thực hiện các y lệnh điều trị.*

II. CHUYỂN NGƯỜI BỆNH VÀO KHOA, PHÒNG VÀ CHUYỂN VIỆN

1. Mục đích:

Trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện, do tính chất và quá trình diễn biến của bệnh tật mà bác sĩ ra quyết định người bệnh có thể được chuyển từ khoa này sang khoa khác hoặc từ viện này sang viện khác làm cho người bệnh có thể lo lắng khi được yêu cầu chuyển. Do đó điều dưỡng phải giải thích cho họ hiểu được sự cần thiết phải di chuyển để giúp người bệnh được yên tâm cùng phối hợp với cán bộ y tế khi vận chuyển.

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

2.1. Chuyển khoa:

- Điều dưỡng viên phải liên hệ với khoa mới để bố trí thời gian chuyển người bệnh đến.
- Báo cho phòng kế hoạch tổng hợp biết để làm mọi thủ tục chuyển người bệnh và chuẩn bị phương tiện vận chuyển (nếu cần).
- Giải thích cho người bệnh và gia đình lý do chuyển viện và ngày giờ chuyển.
- Khi chuyển người bệnh đến khoa phòng mới, phải bàn giao đầy đủ hồ sơ bệnh án, phải phản ánh những đặc điểm về tư tưởng và sinh hoạt của người bệnh để khoa phòng mới tiếp tục quản lý, đưa người bệnh tới tận giường bệnh rồi mới trở về.
- Khi trở về phải báo cáo với điều dưỡng trưởng khoa về công việc chuyển, tình hình của người bệnh khi chuyển.

2.2. Chuyển viện:

- Điều dưỡng viên phải liên hệ với bệnh viện mới để bố trí thời gian chuyển người bệnh đến. Nếu người bệnh cấp cứu thì phải gọi điện thoại báo trước.
- Báo cho phòng kế hoạch tổng hợp biết để làm mọi thủ tục chuyển người bệnh và chuẩn bị phương tiện vận chuyển.
- Chuẩn bị giấy tờ chuyên môn như:

- Tóm tắt bệnh án và các tài liệu điều trị (X quang, xét nghiệm...)
- Báo cho người bệnh và gia đình biết ngày giờ chuyển viện, giải thích lý do chuyển để họ yên tâm, bàn giao lại cho người bệnh nhận tư trang mà họ gửi.
- Khi chuyển viện, điều dưỡng phải bàn giao đầy đủ giấy tờ và phản ánh những đặc điểm về tư tưởng, sinh hoạt của người bệnh để cơ sở

điều trị mới tiếp tục quản lý; đưa người bệnh đến phòng bệnh, ký nhận bàn giao xong mới ra về.

- Quy trình chuyển người bệnh (chuyển khoa, phòng, chuyển viện):

- Điều dưỡng báo và giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết lý do chuyển, ngày giờ chuyển.
- Giúp người bệnh thu dọn tư trang cá nhân để di chuyển.
- Giúp người bệnh đến khoa mới, viện mới cùng với tư trang cá nhân bằng phương pháp vận chuyển an toàn và thích hợp (dìu, cáng, xe đẩy, xe ô tô...).
- Bàn giao người bệnh với khoa mới, viện mới:

  + Tình trạng người bệnh, các thủ tục hành chính chuyên môn, tư trang của người bệnh.

  + Ký nhận bàn giao với điều dưỡng khoa mới, viện mới.
- Trở về khoa mình báo cáo với điều dưỡng trưởng:

  + Người bệnh đã chuyển đến khoa mới viện, mới an toàn.

  + Ngày giờ chuyển.

  + Tình trạng người bệnh khi di chuyển.

III. NGƯỜI BỆNH RA VIỆN:

Khi ốm đau, người bệnh nằm viện được cán bộ y tế điều trị và chăm sóc, bệnh đã khỏi và được ra viện nhưng trên thực tế cơ thể vẫn còn yếu, mệt, bệnh tật có khả năng còn tái phát. Do vậy trước khi ra viện điều dưỡng viện cần phải hướng dẫn tuyên truyền giáo dục sức khỏe để người bệnh có kiến thức về bệnh và có khả năng tự chăm sóc bản thân họ tại nhà để nâng cao sức khỏe.

1. Các thủ tục cần thiết của việc ra 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 người bệnh lên phòng kế hoạch tổng hợp để làm thủ tục ra viện.
- Báo gia đình hoặc cơ quan người bệnh biết ngày giờ ra viện, thủ tục hành chính để đến đón người bệnh và thanh toán viện phí.
- Giải thích cho người bệnh biết rõ các kết quả điều trị, cách điều trị tiếp tại nhà, hướng dẫn cách ăn uống nâng cao thể trạng.
- Dặn người bệnh những điều cần lưu ý về điều trị phòng bệnh để duy trì kết quả điều trị. Nếu người bệnh có khám lại theo định kỳ thì phải báo rõ ngày giờ đến khám lại, giải quyết các thắc mắc của người bệnh nếu có.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

Các phương tiện vận chuyển thích hợp.

3. Kỹ thuật tiến hành:

Giúp người bệnh.

- Thu dọn tư trang cá nhân và trả lại đồ dùng cho khoa.
- Thanh toán viện phí.
- Giúp người bệnh thay, mặc quần áo, trả lại quần áo cho bệnh viện (đối với trẻ em, người già, người tàn tật).

- Kiểm tra xem người bệnh đã nhận được giấy ra viện chưa, y lệnh của bác sĩ để thực hiện tiếp tại nhà hoặc giấy hẹn đến khám định kỳ của bác sĩ.
- Hướng dẫn giáo dục sức khỏe người bệnh về chế độ ăn uống, tập luyện, nghỉ ngơi phù hợp với bệnh,...
- Tiễn người bệnh ra khỏi phòng bệnh, lên xe chào tạm biệt và chúc sức khỏe người bệnh.
- Trở lại khoa thu dọn vải trải giường cho vào túi đựng đồ bẩn.
- Thông báo cho hộ lý biết người bệnh đã ra viện để vệ sinh buồng bệnh.
- Báo cáo điều dưỡng trưởng biết đã hoàn thành nhiệm vụ cho người bệnh ra viện.

Bảng kiểm

TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN - CHUYỂN VIỆN - RA VIỆN

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	NGƯỜI BỆNH VÀO VIỆN		
	*** Tại khoa khám bệnh.**		
	*** Phòng chờ**		
1	Chuẩn bị phòng sạch sẽ, thoáng mát, có đủ ghế ngồi, tranh ảnh, áp phích.		
2	Hướng dẫn người bệnh những thủ tục hành chính.		
	*** Phòng khám**		
1	Nhận định tình trạng người bệnh.		
2	Phân loại người bệnh theo thứ tự ưu tiên.		
3	Đưa người bệnh vào khám và phụ giúp bác sĩ khám bệnh		
	*** Tại khoa, phòng bệnh.**		
1	Nhận bàn giao người bệnh		
2	Chuyển người bệnh đến buồng bệnh.		
3	Đo dấu hiệu sống, dán hoàn chỉnh hồ sơ.		
4	Phụ giúp bác sĩ khám bệnh.		
5	Hướng dẫn nội qui khoa phòng.		
	NGƯỜI BỆNH CHUYỂN VIỆN		
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Giải thích và dặn dò người bệnh hoặc thân nhân những điều cần biết.		
2	Kiểm tra lại trình trạng người bệnh.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện**		
3	Thuốc, dụng cụ cấp cứu khi cần thiết.		
4	Nước chín, ca, cốc, nilon để che mưa.		
5	Gối, chăn đắp, phương tiện vận chuyển.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.		
7	Đưa người bệnh lên phương tiện vận chuyển.		
8	Điều dưỡng đi kèm người bệnh tới bệnh viện mới		
	NGƯỜI BỆNH RA VIỆN		
1	Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng thuốc theo đơn của bác sĩ.		
2	Hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh tránh tái phát thực hiện kiểm tra sức khỏe định kỳ theo hướng dẫn.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CHỌN CÂU TRẢ LỜI ĐÚNG NHẤT

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

A. Điều dưỡng trưởng

B. Điều dưỡng trưởng bệnh viện

C. Bác sĩ trưởng khoa

D. Điều dưỡng viên

2. Nhiệm vụ chuyển người bệnh từ khoa này sang khoa khác là

A. Bác sĩ điều trị

B. Hộ lý

C. Điều dưỡng viên

D. Sinh viên

E. Học sinh điều dưỡng

CHỌN CÂU ĐÚNG – SAI

3. Tại phòng khám phải ưu tiên người già và trẻ em khám trước

4. Người bệnh ở tĩnh xa đến khám, điều dưỡng cho vào viện ngay

5. Người bệnh cấp cứu vào khám, điều dưỡng phải hỏi tỉ mỉ bệnh sử

6. Điều dưỡng chỉ cần đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở để nhận định tình trạng người bệnh.

7. Khi người bệnh ra viện, điều dưỡng hướng dẫn về chế độ ăn uống, tập luyện tại nhà.

BÀI7:
CHĂM SÓC - THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN

MỤC TIÊU BÀI HỌC:

1. Kể được các chỉ số bình thường của nhiệt độ, mạch, nhịp thở, huyết áp.
2. Kể được các trường hợp bất thường của nhiệt độ, mạch, nhịp thở, huyết áp.
3. Trình bày được các yếu tố thay đổi sinh lý và cách chăm sóc khi nhiệt độ - mạch, nhịp thở, huyết áp bất thường.
4. Nêu được nguyên tắc chung khi lấy nhiệt độ, mạch, nhịp thở, huyết áp.

NỘI DUNG:

I. THÂN NHIỆT:

1. Thân nhiệt bình thường:

- Ở miệng, hậu môn là 37^0 C
- Nách 36^05 C
- Gan 38^05 C

Trong một số trường hợp sinh lý nhiệt độ thay đổi trong phạm vi nhỏ: 0,3 → $0,6^0$C.

2. Các yếu tố thay đổi sinh lý:

- Vị trí đo thân nhiệt: miệng - hậu môn - âm đạo - nách
- Thời tiết
- Tiêu hóa: Đói nhiệt độ giảm - no nhiệt độ tăng.
- Xúc động: thân nhiệt tăng.
- Làm việc - vận động
- Tuổi: người già thân nhiệt thấp hơn trẻ em
- Thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt

3. Thân nhiệt không bình thường:

a. Sốt:

- Sốt là trạng thái nhiêt độ cơ thể tăng cao quá bình thường (hơn 37^05C lấy ở hậu môn).

- Sốt là phản ứng của cơ thể đối với tác nhân gây bệnh.

Nguyên nhân:

- Nhiễm khuẩn toàn thân hay cục bộ.

- Rối loạn thần kinh điều hòa thân nhiệt sau chấn thương sọ não.

Phân loại sốt:

** Phân loại theo độ:*

- Sốt nhẹ: > $37^0$5C → 38^0C.

- Sốt vừa: > 38^0C → < 39^0C.

- Sốt cao: 39^0C → 40^0C.

- Sốt quá cao: > 40^0C.

** Phân loại theo tính chất sốt:*

- Sốt kéo dài: thân nhiệt >39 → 40^0C kéo dài nhiều ngày, nhưng nhiệt độ chênh lệch trong ngày không quá 1^0 C gặp trong bệnh thương hàn.

- Sốt cơn: Sau cơn nhiệt độ cao rồi giảm xuống mức bình thường hoặc thấp hơn bình thường gặp trong sốt rét.

- Sốt không dứt cơn: thân nhiệt tăng 39^0C - 40^0C, thay đổi trong ngày sáng - chiều từ $1,5^0$C → 2^0C, nhưng nhiệt độ thấp nhất vẫn trên mức bình thường, thường thấy trong: viêm phổi, viêm PQ cấp.

- Sốt hồi qui: Sốt từng đợt 5 → 7 ngày rồi bệnh nhân hết sốt, sau đó lại tiếp tục sốt đợt khác.

Quá trình sốt:

Sốt do nhiễm khuẩn trải qua nhiều thời kỳ:

- Thời kỳ xâm nhập: Nhiệt độ đột ngột tăng dần.

- Thời kỳ sốt cao: Nhiệt độ tiếp tục lên cao từ vài 3 ngày. Thời kỳ này dài hay ngắn tuỳ theo sự trị liệu sớm hay muộn và tùy theo sự tiến triển của bệnh.

- Thời kỳ hạ sốt: Có hai trường hợp

+ Sốt giảm từ từ thường là biến chuyển tốt. Sốt hạ nhanh đột ngột trong vòng 12 → 24 giờ, nhiệt độ giảm cùng cac triệu chứng khác cũng giảm là dấu hiệu tốt như trong viêm phổi.

+ Khi sốt giảm nhanh mà tình hình chung của bệnh chưa chuyển biến tốt: Bệnh nhân yếu dần, mạch nhanh thở nhanh, huyết áp hạ là dấu hiệu bệnh nặng cần báo bác sĩ kịp thời.

b. Hạ thân nhiệt: 32 → 36^0C.

Gặp ở bệnh nhân: Dịch tả, mất máu cấp, cơ thể quá yếu, ra mồ hôi nhiều, sốc.

4. Ảnh hưởng của sốt:

Tuần hoàn - hô hấp - tiết niệu:

Người bị sốt: mạch nhanh, mặt đỏ, thở nhanh mất nhiều nước qua hơi thở mồ hôi, bài tiết nước tiểu giảm.

Tiêu hóa:

Bệnh nhân không muốn ăn, ăn không ngon, khó tiêu nôn ói, táo bón, lưỡi đóng trắng.

Thần kinh:

Bệnh nhân dễ xúc động, nhức đầu, mê sảng, động kinh.

5. Chăm sóc bệnh nhân có thân nhiệt bất thường:

a. Chăm sóc bệnh nhân sốt:

- Đo nhiệt độ - báo cho bác sĩ biết để xử trí.
- Cởi bớt quần áo, mền.
- Làm giảm nhiệt độ bằng mọi cách.

  + Lau mình bệnh nhân bằng nước mát.

  + Cho bệnh nhân nằm phòng lạnh.

  + Thuốc theo y lệnh bác sĩ.
- Cho bệnh nhân nằm phòng yên tĩnh.
- Lau khô mồ hôi, thay quần áo, ga giường.
- Cho bệnh nhân ăn thức ăn lỏng dễ tiêu, uống nhiều nước.

b. Chăm sóc bệnh nhân có thân nhiệt thấp:

- Ủ ấm.
- Cho bệnh nhân uống nước trà đường ấm.
- Theo dõi sát tình trạng bệnh nhân.
- Theo dỏi nhiệt độ - mạch - huyết áp 15 → 30 phút/lần.

6. Ý nghĩa của việc đo thân nhiệt:

- Giúp Bác Sĩ biết được tình trạng bệnh nhân
- Giúp Điều Dưỡng có kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.
- Đo nhiệt độ chính xác, giúp Bác Sĩ và Điều Dưỡng đánh giá được kết quả việc làm.

7. Phương pháp đo thân nhiệt:

a. Nhiệt kế:

Có hai loại đơn vị đo thân nhiệt: độ bách phân Centigrate = ^{0} C và độ F gọi là Fareihet.

Nước đá đông đặc ở 0^0C hay 32^0F

Nước đun sôi ở 100^0C hay 212^0F

Do đó đổi độ F ra độ C hay ngược lại ta có công thức:

F = 9/5C + 32 ; C = (F – 32) 5/9

Có 3 loại nhiệt kế để đo thân nhiệt ứng với 3 vị trí đo

Nhiệt kế đo ở miệng: Bầu thủy ngân nhỏ, dài

Nhiệt kế đo ở hậu môn: Bầu thủy ngân tròn, ngắn.

Nhiệt kế đo ở nách: Bầu thủy ngân to và dài hơn hai loại trên.

NK Hậu môn ***NK Miệng*** ***NK Nách*** ***NK Điện tử***

8. Nguyên tắc tổng quát khi lấy nhiệt độ:

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ ít nhất 15 phút trước khi đo.
- Lấy nhiệt độ hai lần trong ngày vào giờ nhất định.
- Nên lấy nhiệt độ 4 giờ/lần cho bệnh nhân sốt cao hơn 38^0C, sau khi tĩnh thuốc mê và vài ngày sau mổ.
- Phải vẩy nhiệt kế cho mức thủy ngân xuống dưới mức 35^0C hay 94^0F trước khi đặt cho bệnh nhân.
- Lấy nhiệt độ ở miệng trong 5 phút. Không lấy nhiệt độ ở miệng trong các trường hợp: ho nhiều, khó thở, niêm mạc miệng lở loét, không ngậm miệng được, đang đắp nóng hoặc lạnh ở cổ, trẻ con, người quá già, bệnh nhân mê man, bệnh nhân co giật, bệnh nhân tâm thần.
- Lấy nhiệt độ ở hậu môn trong 3-5 phút. Không nên lấy nhiệt độ ở hậu môn khi: bệnh nhân bị trĩ, mổ trực tràng, ghẻ lở hậu môn, ly, tiêu chảy.
- Lấy nhiệt độ ở nách trong 10 phút và cộng thêm $0,5^0$C. Khi nào không lấy nhiệt độ ở miệng và hậu môn được mới lấy nhiệt độ ở nách.

- Đường biểu diễn cuả nhiệt độ vẽ màu xanh.

9. Cách rửa khử trùng nhiệt kế:

- Ngâm nhiệt kế vào xà bông.
- Dùng gòn thấm nước xà bông rửa từng ống nhiệt kế, vuốt từ trên xuống một lần một viên gòn.
- Rửa sạch xà bông bằng nước sạch, lau kho rồi ngâm dung dịch sát trùng: Zéphiran 1‰ trong 15 phút hoặc Alcol iodé trong 10 phút
- Ngâm ngập nhiệt kế đúng giờ vớt ra rửa sạch, lau khô cất vào chỗ cũ

II. MẠCH:

1. Định nghĩa:

Là cảm giác đập nhịp nhàng theo nhịp tim khi ta ấn tay lên động mạch, giúp ta biết được sức đập của tim và tình trạng chung về tuần hoàn.

2. Theo dõi và quan sát mạch:

Khi đếm mạch ta cần theo dõi:

2.1. Tần số: Là số nhịp mạch đếm được trong một phút.

- Bình thường:

+ Người lớn: 70 - 80 lần/phút.

+ Sơ sinh: 120 - 140 lần/phút.

- Thay đổi sinh lý:
  - Tuổi: Trẻ nhỏ mạch nhanh hơn người lớn.
  - Nghỉ ngơi, vận động - xúc động
  - Tiêu hóa: Đói mạch nhanh hơn lúc no.
  - Thở nhanh.
- Thay đổi bệnh lý:
  - Nhanh: Nhiễm khuẩn - xuất huyết - bệnh tim mạch.
  - Chậm: Ngộ độc Digitaline,U não, vàng da ứ mật.

2.2. Nhịp điệu:

Người khỏe mạnh khoảng cách hai lần đập bằng nhau, sức đập đều đặn như vậy gọi là mạch đều.

Khoảng cách hai lần đập lúc dài lúc ngắn gọi là loạn nhịp, thường gặp trong bệnh tim mạch.

Các hình thức loạn nhịp: nhịp ngoại tâm thu, nhịp đôi loạn nhịp hoàn toàn, mạch sole.

2.3. Cường độ:

Sức mạnh yếu của mạch mà ta có cảm giác ở tay khi đếm mạch.

- Mạch nẩy mạch và xẹp nhanh gặp trong hở van động mạch chủ.
- Mạch đập yếu khi: Chảy máu nhiều, mất nước nặng, hấp hối.
- Mạch lúc mạnh lúc yếu gặp trong loạn mạch tuần hoàn.

2.4. Sức căng của mạch:

Độ cứng hay mềm của thành mạch, bình thường thành mạch mềm nhẵn có sức cản, chỉ dùng một ngón tay ấn là mạch ngừng hẳn.

Có trường hợp mạch cứng phải dùng sức ấn mạnh mới làm mạch xẹp được thường gặp trong: Cao huyết áp, xơ cứng động mạch.

3. Sự tương quan giữa mạch và nhiệt độ:

Bình thường có sự liên quan giữa mạch và nhiệt độ.

Mạch tăng theo nhiệt độ, nhiệt độ tăng 1^0C mạch tăng 10 lần.

37^0C → 70 - 80 lần/phút, 38^0C → 80 - 90 lần/phút.

39^0C → 90 - 100 lần/phút, 40^0C → 100 - 110 lần/phút.

Sự phân ly giữa mạch và nhiệt độ là dấu hiệu lâm sàng có giá trị.

Ví dụ: Trong bệnh thương hàn bệnh sốt 40^0C nhưng mạch không cao lắm. Trái lại trong mất máu mạch nhanh còn nhiệt độ giảm.

4. Nguyên tắc tổng quát khi đếm mạch:

- Bệnh nhân được nghỉ ngơi ít nhất 15 phút trước khi đếm.
- Bệnh nhân nằm hoặc ngồi.
- Dùng 3 ngón tay: 2-3-4 để đếm mach, không dùng ngón cái vì dễ nhầm với mạch bệnh nhân.
- Khi đếm mạch nên chú ý: Nhịp điệu, cường độ, tần số.
- Đếm trọn 1 phút.
- Lấy mạch ngày 2 lần vào giờ nhất định cho bệnh nhân ổn định.

4 giờ 1 lần cho bệnh nhân nặng, 15 - 30 phút 1 lần cho bệnh nhân chưa tĩnh thuốc mê.

- Đường biểu diễn của mạch ghi bằng mực đỏ.

5. Các vùng để đếm mạch:

Thường bắt mạch ở những nơi động mạch cạn nằm trên mặt phẳng bằng chắc chắn trên mặt xương.

Các nơi để bắt mạch: 2 bên thái dương, động mạch cổ ngoài, động mạch cổ trong, cánh tay, cổ tay, bụng, háng, khuỷu chân, cổ chân, mu bàn chân.

III. NHỊP THỞ:

1. Định nghĩa:

Là sự hít vào và thở ra tạo thành 1 nhịp thở.

- Nhịp thở bình thường: êm dịu và đều đặn.

Trung bình người lớn: 16 - 20 lần/phút.

trẻ em: 25 - 30 lần/phút.

sơ sinh: 40 - 50 lần/phút.

- Sự thay đổi sinh lý:

- Tuổi: Trẻ nhỏ thở nhanh hơn người lớn.
- Ngủ, nghỉ ngơi: Thở chậm.
- Lao động, xúc động: Thở nhanh.

- Thay đổi bệnh lý: Một số bệnh làm ảnh hưởng đến nhịp thở→thở nhanh, rối loạn nhịp thở, khó thở.

2. Phân loại khó thở:

Khi bệnh nhân khó thở Điều dưỡng quan sát và theo dõi từng điểm.

- Khó thở từ từ hay đột ngột.
- Khó thở vào ban đêm hay ban ngày.
- Khó thở nhanh hay chậm.
- Khó thở khi gắng sức hay tự nhiên.
- Khó thở từng cơn hay liên tục.
- Khó thở khi nằm hay ngồi.
- Khó thở sâu hay cạn.
- Khó thở đều hay không đều.

3. Chăm sóc khi bệnh nhân khó thở:

Nhiệm vụ của Điều Dưỡng khi bệnh nhân khó thở là giúp bệnh nhân thở lại dễ dàng.

- Tìm nguyên nhân khó thở, đặc điểm, thời gian, diễn biến cơn khó thở.
- Nhận định tình trạng thiếu O_2 nhiều hay ít
- Làm thông đường thở, nới rộng quần áo chật, cà vạt, thắt lưng.
- Cho bệnh nhân nằm đầu cao, thoáng khí.
- Báo bác sĩ khi bệnh nhân khó thở.
- Cho thở O_2 (nếu cần).

- Điều Dưỡng luôn theo dõi sát bệnh nhân khi có cơn ngừng thở để chăm sóc kịp thời ngừa biến chứng suy hô hấp.

4. Một vài kiểu khó thở:

- Nhịp thở Cheyne- Stocks:

Gồm 2 chu kỳ luân chuyển nối tiếp nhau, mỗi chu kỳ dài chừng 1 phút.

Thì I: Ngừng thở 15 – 20’ do ức chế trung khu hô hấp.

Thì II: Bắt đầu thở nông nhẹ, rồi dần dần nhanh sâu và mạnh, sau đó thở ra nhẹ cạn dần rồi lại ngừng thở bắt đầu 1 chu kỳ khác:

Do ngừng thở khi CO_2 tích tụ ở não gây kích thích trung khu hô hấp.

Thường gặp trong: xuất huyết não, u não, nhiễm độc uré máu, nhiễm độc morphine.

- Nhịp thở Kussmaul:

Gồm 1 lần hít vào sâu, ngừng thở ngắn, thở ra nhanh, tiếp theo là ngừng thở dài để tiếp tục nhịp thở khác.

Gặp trong bệnh nhân hôn mê do đái tháo đường.

5. Nguyên tắc tổng quát khi đếm nhịp thở:

Bệnh nhân nghỉ ngơi 15 phút trước khi đếm nhịp thở.

Không cho bệnh nhân biết mình đếm nhịp thở.

Đếm nhịp thở 2 lần trong ngày vào giờ nhất định, cho những bệnh nhân ổn định. Bệnh nhân nặng, sau mổ chưa tỉnh thuốc mê 15 phút/lần.

Đếm nhịp thở trọn 1 phút.

Đường biểu diễn ghi bằng bút chì.

Không bao giờ đếm nhịp thở khi bệnh nhân đang đi hoặc đứng.

Nếu trẻ con đang khóc phải đợi trẻ nín mới đếm, tốt nhất là để trẻ ngủ mới đếm.

Đếm nhịp thở trước khi đo nhiệt độ, đếm mạch.

V. HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH:

1. Định nghĩa:

Huyết áp động mạch là áp lực của máu trên thành động mạch, áp lực này do 3 yếu tố cơ bản tạo nên:

Sức co bóp của tim, sức co giản của động mạch lớn.

Khối lượng máu, độ quánh của máu, sức cản của thành động mạch.

Yếu tố thần kinh.

2. Các yếu tố của huyết áp:

Huyết áp tối đa: 90 - 139 mmHg, còn gọi là huyết áp tâm thu.

Huyết áp tối thiểu: 40 - 90 mmHg, còn gọi là huyết áp tâm trương.

Thường ghi huyết áp dưới hình thức phân số.VD: 120/60 mmHg

Huyết áp chênh lệch hay hiệu số huyết áp: huyết áp tối đa trừ cho huyết áp tối thiểu.

Huyết áp kẹp: chênh lệch giữa huyêt áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg.

2.1. Thay đổi sinh lý:

Tuổi: Người già, trẻ sơ sinh huyết áp cao.

Giới: Nữ huyết áp thấp hơn nam.

Vận động - làm việc trí óc - lo nghĩ nhiều, miền núi cao nguyên

Dùng thuốc kích thích thần kinh giao cảm: Syncortyl, adrénaline → huyết áp cao. thuốc phản giao cảm: Prostigmine, gardénal → huyết áp thấp.

2.2. Thay đổi bệnh lý:

Huyết áp cao hay tăng huyết áp, khi đo huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg và huyết áp tối thiểu > 90 mmHg.

Gặp trong các bệnh: Tim - thận - xơ cứng động mạch - ngộ độc chì - tiểu đường…

Huyết áp thấp: khi huyết áp tối đa < 90 mmHg, huyết áp tối thiểu < 40 mmHg.

Gặp trong các bệnh: Suy dinh dưỡng, mất nước cấp - mất máu cấp - thiếu máu.

Ống nghe và máy đo huyết áp đồng hồ

Máy đo huyết áp thuỷ ngân

Máy đo huyết áp điện tử

Huyết áp điện tử cổ tay

3. Nguyên tắc tổng quát khi đo huyết áp:

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo.
- Đo huyết áp ngày 2 lần vào giờ nhất định.
- Đo cùng máy, cùng tư thế.
- Đo cách xa bữa ăn, tay bệnh nhan để thoải mái, ngang mực tim
- Nếu nghi ngờ kết quả, 30 phút sau đo lại.
- Nếu không có ống nghe có thể dùng tay để bắt mạch, trường hợp này chỉ nghe được huyết áp tối đa nhưng không chính xác.
- Nếu không đo được ở tay thì đo ở khoeo chân.
- Đối với trẻ con nên dùng máy riêng.

VI. THEO DÕI TRI GIÁC:

1. Tri giác hiểu biết:

Là sự tiếp xúc của bệnh nhân, hỏi xem bệnh nhân có trả lời đúng hay lơ mơ không chính xác.

2. Tri giác tự động hay phản ứng của bệnh nhân:

Nhéo vào người bệnh nhân xem bệnh nhân có phản ứng đau hay không.

3. Tri giác bản năng hay phản xạ:

Cho bệnh nhân uống xem họ có nuốt được không?

Phản xạ giác mạc còn không?

Phản xạ đồng tử với ánh sáng.

Dựa vào các yếu tố trên ta chia ra 3 mức độ rối loạn tri giác:

- Độ I: Hôn mê nhẹ

Bệnh nhân lơ mơ gọi có thể biết, nhéo biết đau, có phản ứng lại. Hơi trả lời nhát gừng hoặc không chính xác.

- Độ II: Hôn mê vừa

Không thể tiếp xúc với người bệnh, không nĩi được, nhéo không còn phản ứng nhưng biết đau, còn phản xạ nuốt và giác mạc.

- Độ III: Hôn mê sâu

Bệnh nhân hoàn toàn mất ý thức, cảm giác và vận động tự chủ, rối loạn hô hấp, tuần hoàn, phản xạ.

4. Các trường hợp mất ý thức đặc biệt:

4.1. Ngất:

Là trạng thái tạm thời mất chức năng của đời sống thực vật, mất cả liên hệ với ngoại cảnh:

- Ngừng hô hấp hoặc thở nhẹ.
- Tim ngừng đập hoặc rất yếu.
- Mất ý thức.

Nguyên nhân: Cơ bản là do thiếu máu cục bộ ở não.

- Mất máu nặng.
- Bệnh tim mạch.
- Quá đau đớn, xúc cảm, mệt mỏi, đói …

Triệu chứng:

- Trước khi ngất: Bệnh nhân thấy chóng mặt, mệt mỏi, buồn nôn.
- Khi ngất: Da xanh, môi tái, lạnh đầu chi, tim đập yếu hoặc ngừng, sờ không thấy mạch.

Ngất chỉ kéo dài vài giây hoặc vài phút., ngất càng lâu càng nguy hiểm nhất là trong suy tim > 4 phút → bệnh nhân chết.

- Chăm sóc và theo dõi:

  - Chăm sóc: Nhanh chóng đặt bệnh nhân nằm xuống, đầu thấp tạo điều kiện cho bệnh nhân dễ thở. Vẩy nước lạnh - lay gọi.
  - Nhanh chóng báo Bác sĩ.
  - Theo dõi: Dấu chứng sinh tồn, da, niêm mạc, các đầu chi. Mồ hôi.

4.2. Hôn mê:

Bệnh nhân mất hẳn liên hệ với ngoại cảnh, nhưng đời sống thực vật vẫn còn. Hôn mê kéo dài vài ngày, vài tuần, vài tháng.Cụ thể:

- 3 yếu tố mất:

  - Mất vận động tự chủ.
  - Mất ý thức.
  - Mất cảm giác.

- 3 yếu tố còn:

  - Tim còn đập.
  - Hô hấp còn.
  - Bài tiết còn.

- Nguyên nhân:

  - Chấn thương sọ não, não.
  - Viêm não màng não, xuất huyết não.
  - Nhiễm khuẩn nặng.
  - Nhiễm độc.

- Theo dõi:

  - Tri giác.
  - Dấu chứng sinh tồn.
  - Tình trạng bệnh.

- Chăm sóc:

  - Giúp bệnh nhân thông đường thở.
  - Dinh dưỡng
  - Vệ sinh cá nhân.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT ĐO DẤU HIỆU SINH TỒN

(Đo thân nhiệt ở nách)

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Thông báo, cho người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo dấu hiệu sinh tồn		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
2	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
3	Mâm chữ nhật: nhiệt kế, gòn khô, khăn lau nách (đo nhiệt độ ở nách), bồn hạt đậu đựng xà bông có lót gạc, túi đựng đồ dơ, máy đo huyết áp đồng hồ		
4	Bảng theo dõi chức năng sống, viết, thước kẻ, đồng hồ bấm giây.		
	*** Kỹ thuật tiến hành*: Đo nhiệt độ - đếm mạch – nhịp thở***		
5	Chào hỏi họ tên.. Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, lau khô hố nách		
6	Vẩy nhiệt kế cho cột thuỷ ngân xuống dưới 35^0C (94^0F)		
7	Đưa nhiệt kế (bầu thủy ngân), đúng hõm nách, khép tay người bệnh đặt lên bụng. Tính thời gian 10 phút		
8	Đặt 3 ngón tay 2,3,4 lên cổ tay người bệnh đếm mạch trọn 1 phút (tay người bệnh xuôi theo thân người)		
9	Gát tay vừa đếm mạch lên bụng người bệnh, tay cầm như đếm mạch để đếm nhịp thở người bệnh trong 1 phút		
10	Ghi kết quả		
	Tiến hành đo huyết áp		
11	Cho người bệnh tư thế nằm ngữa,thẳng, đầu không gối.Vén tay áo đến nách		
12	Quấn bao túi cách vị trí đặt ống nghe 3 – 5 cm, đặt đồng hồ ngang ngực người bệnh		
13	Mang ống nghe vào tai, kiểm tra loa nghe.Xác định vị trí động mạch, đặt loa ống nghe lên		
14	Khóa vít, bơm hơi đến khi không nghe thấy tiếng đập cuối cùng thì bơm thêm 30 mmHg		
15	Mở van xả hơi từ từ khi nghe tiếng đập mạnh đầu tiên xác định huyết áp tối đa		
16	Tiếp tục xả hơi từ từ 1-2mmHg đến khi thay đổi âm sắc hoặc không nghe thấy tiếng đập, xác định huyết áp tối thiểu		
17	Xả hết hơi, cho kim đồng hồ về vạch 0.Tháo bao túi, quấn gọn huyết áp cho đồng hồ vào trong		
18	Tính thời gian, lấy nhiệt kế ở nách ra. Dùng gòn khô lau.		
19	Đọc nhiệt độ, ghi kết quả		
20	Cho nhiệt kế vào bồn hạt đậu đựng dung dịch khử khuẩn		
21	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái		
22	Thu dọn dụng cụ		
23	Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT

1. Yếu tố nào sau đây làm thay đổi sinh lý về thn nhiệt:

    A. Sự oxy hóa

    B. Thiếu nước

    C. Vã mồ hôi nhiều

    D. Lao động

2. Tiệt khuẩn ống nhiệt kế bằng:

    A. Cồn iode

    B. Zphiran 1%

    C. Đun sôi

    D. Ngâm xà bông

3. Không nên đo nhiệt độ ở miệng cho người bệnh:

    A. Tiu chảy

    B. Cao huyết áp

    C. Trẻ con

    D. Người bệnh sau mổ

4. Không đo nhiệt độ ở hậu môn cho người bệnh:

    A. Trẻ con

    B. Người bệnh hôn mê

    C. Người bệnh khó thở

    D. Bệnh nhân trĩ

5. Khi bệnh nhân sốt 39^o được gọi là:

    A. Sốt vừa

    B. Sốt cao

    C. Sốt nhẹ

    D. Sốt quá cao

6. Trước khi đo huyết áp cho người bệnh cần:

A. Ăn no

B. Vận động nhẹ

C. Báo cho BN biết

D. Nghĩ ngơi 15 phút

7. Khi đếm mạch cho người bệnh điều dưỡng cần theo dõi:

A. Nhịp điệu

B. Tính chất

C. Cảm giác mạch đập

D. Tình trạng bệnh

8. Trước khi đặt nhiết kế cho người bệnh điều dưỡng cần phải:

A. Báo cho bệnh nhận biết

B. Sát trùng nhiệt kế

C. Kiểm tra nhiệt kế

D. Vẩy nhiệt kế xuống mức < 35^0 C

9. Tần số nhịp thở bình thường của người lớn là:

A. 16- 20 lần/phút

B. 20 lần/phút

C. 20-25 lần/phút

D. 18 lần/phút

10. Định nghĩa của sốt là:

A. Nhiệt độ cao hơn bình thường

B. Thân nhiệt khong bình thường

C. Nhiệt độ cơ thể tăng cao > $37\ ^0 5$ C

D. Là phản ứng của cơ thể

Bài 8:
CÁC PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU:

1. Nêu được nguyên tắc chung của phương pháp vận chuyển bệnh nhân.
2. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ, phương tiện và người bệnh để di chuyển an toàn.
3. Thực hiện được các phương pháp vận chuyển bệnh nhân đúng quy trình kỹ thuật

NỘI DUNG:

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Chỉ được di chuyển người bệnh khi có chỉ định và phải ghi rõ giờ, ngày tháng di chuyển v.v...

2. Phải mang theo đầy đủ hồ sơ bệnh án để bàn giao cho bệnh viện mới, nơi bệnh nhân được vận chuyển đến.

3. Khi di chuyển phải đảm bảo nhẹ nhàng, cẩn thận,an tồn nhất là đối với các người bệnh nặng như bệnh tim mạch, sau mổ, gãy xương...

4. Phải kiểm tra phương tiện di chuyển như cáng, xe ngồi... an tồn

5. Phải mang đầy đủ thuốc men, dụng cụ cấp cứu và những thứ cần thiết như nước uống, bô, vịt... để dùng khi đi đường.

6. Khi chuyển bệnh nhân đến phòng khác phải báo cho khoa phòng đó biết trước sẽ có người bệnh chuyển đến & cĩ bn giao đầy đủ khi tiếp nhận.

7. Phải báo cáo lại mọi sự diễn biến khi chuyển người bệnh với điều dưỡng trưởng khoa sau khi hoàn thành.

II. PHƯƠNG PHÁP VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Người bệnh hoặc gia đình người bệnh phải được báo trước về thời gian chuyển.

- Giải thích lý do chuyển để người bệnh và người nhà an tâm, dặn họ những điều cần thiết.

- Trước khi vận chuyển phải khám kỹ, nếu tình trạng cho phép mới được chuyển.

- Người bệnh được mặc quần áo chu đáo, không để bị lạnh trong khi di chuyển.

2. Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện:

- Đầy đủ hồ sơ, giấy tờ cần thiết, thuốc men và dụng cụ cấp cứu (nếu cần).

- Các dụng cụ đem theo nếu cần như: tấm ni lông che mưa, chăn đắp, gối, bô, chậu, ống nhổ...

- Cáng, xe 4 bánh, xe đẩy phải có đệm lót, ô tô...

3. Các phương pháp di chuyển:

3.1. Chuyển người bệnh từ giường sang cáng, sang xe 4 bánh và ngược lại:

3.1.1. Người bệnh tĩnh táo:

a. ***Phương pháp song song xa***:

**** Một người bế người bệnh*:**

- Đặt cáng hoặc xe cách giường 1m, ngược đầu với người bệnh, khóa chốt hãm bánh xe.

- Điều dưỡng đứng cạnh giường, chân hơi dang, cúi sát người bệnh, một tay luồn dưới khoeo chân, một tay dưới cổ. Người bệnh ôm lấy cổ điều dưỡng.

-Điều dưỡng nhấc bổng người bệnh lên quay nửa vòng, đặt nhẹ nhàng lên cáng hoặc xe.

**** Hai người bế người bệnh*:**

- Cáng hoặc xe 4 bánh được đặt cách giường 1m ngược đầu với người bệnh, khóa chốt hãm bánh xe.

- Điều dưỡng thứ nhất luồn một tay dưới khoeo chân, một tay dưới mông người bệnh.

- Điều dưỡng thứ hai: luồn một tay dưới thắt lưng, một tay dưới gáy người bệnh.

- Theo nhịp 1,2,3 cùng nhấc bổng người bệnh lên, quay nửa vòng, đặt người bệnh nhẹ nhàng lên cáng hoặc xe.

b. ***Phương pháp song song gần*** (cần 2 điều dưỡng):

Người bệnh tự trườn: hai Điều dưỡng khiêng hai đầu cáng, để ngửa cáng sát thành giường người bệnh, người bệnh tự trườn sang cáng.

3.1.2. Người bệnh trong tình trạng nặng:

a. ***Phương pháp song song xa***:

**** Cần hai người để di chuyển*:**

- Đặt cáng hoặc xe 4 bánh cách giường 1m, ngược đầu với đầu người bệnh, khóa chốt hãm bánh xe.

- Hai điều dưỡng đứng sát bên giường:

+ Điều dưỡng thứ nhất: một tay đỡ dưới gáy và một tay đỡ dưới lưng người bệnh.

+ Điều dưỡng thứ hai: một tay đỡ dưới mông và một tay đỡ dưới khoeo người bệnh.

- Theo nhịp 1,2 cùng nhấc bổng người bệnh lên, quay nửa vòng, đặt nhẹ nhàng lên cáng hoặc xe lăn 4 bánh.

**** Cần ba người để di chuyển*:**

- Đặt cáng hoặc xe lăn cách giường 1m, ngược đầu với đầu người bệnh, khóa chốt bánh xe.

- Ba điều dưỡng sát bên giường

+ Điều dưỡng thứ nhất: một tay đỡ dưới gáy và một tay đỡ dưới lưng người bệnh.

+ Điều dưỡng thứ hai: một tay đỡ dưới thắt lưng và một tay đặt dưới mông người bệnh.

+ Điều dưỡng thứ ba: một tay đỡ dưới đùi, một tay đỡ dưới cẳng chân người bệnh.

- Theo nhịp 1,2,3 cùng nhấc bổng người bệnh lên, quay nửa vòng, đặt nhẹ nhàng lên cáng hoặc xe .

b. ***Phương tiện vuông góc với đầu giường hoặc cuối giường***:

**** Cần hai người để di chuyển:***

- Đặt cáng hoặc xe 4 bánh vuông góc với đầu giường hoặc cuối giường người bệnh, khóa chốt hãm bánh xe.

- Hai điều dưỡng đứng sát bên giường:

+ Điều dưỡng thứ nhất: một tay đỡ dưới gáy và một tay đỡ dưới lưng người bệnh.

+ Điều dưỡng thứ hai: một tay đỡ dưới mông và một tay đỡ dưới khoeo người bệnh.

- Theo nhịp 1,2,3 cùng nhấc bổng người bệnh lên, quay 1/4 vòng, đặt nhẹ nhàng lên cáng hoặc xe .

**** Cần ba người để di chuyển*:**

- Đặt cáng hoặc xe lăn 4 bánh vuông góc với đầu giường hoặc cuối giường người bệnh, khóa chốt hãm bánh xe.

- Ba điều dưỡng đứng sát bên giường:

+ Điều dưỡng thứ nhất: một tay đỡ dưới gáy và một tay đỡ dưới lưng người bệnh.

+ Điều dưỡng thứ hai: một tay đỡ dưới thắt lưng và một tay đỡ dưới mông người bệnh.

+ Điều dưỡng thứ ba: một tay đỡ dưới đùi và một tay đỡ dưới cẳng chân người bệnh.

- Theo nhịp 1,2,3 cùng nhấc bổng người bệnh lên, quay 1 /4 vòng đặt nhẹ nhàng lên cáng hoặc xe lăn 4 bánh.

c. Chuyển người bệnh lên ô tô:

**** Cần ba người di chuyển*:**

- Một điều dưỡng lên xe ô tô đón cáng.

- Hai người điều dưỡng khiêng cáng người bệnh tới sát xe ô tô đưa phía đầu người bệnh lên trước.

- Cả hai người nâng cao cáng cho thăng bằng để đưa cáng vào sàn xe.

Thuận lợi nhất là sàn xe cứu thương có đường ray, cáng có bánh xe lăn để di chuyển cáng lên xuống được dễ dàng.

- Buộc dây để giữ cáng an toàn khi di chuyển.

**** Cần bốn người di chuyển*:**

- Một điều dưỡng lên trên xe ô tô để đón cáng.

- Hai điều dưỡng khiêng cáng lại gần xe ô tô đưa phía đầu người bệnh lên trước.

- Điều dưỡng trên xe đón cáng.

- Điều dưỡng ở phía chân cáng chuyển dần người bệnh, một điều dưỡng thứ 4 cùng lên xe ô tô để đỡ cáng và cùng điều dưỡng ở trên xe chuyển nốt cáng vào trong xe.

d. ***Chuyển người bệnh xuống xe ô tô***:

**** Cần ba người chuyển*:**

- Hai điều dưỡng ở dưới, một điều dưỡng ở trên xe.

- Điều dưỡng ở trên xe tháo dây cố định cáng (nếu có).

- Một trong hai điều dưỡng đứng dưới kéo chân cáng dần ra ngoài.

- Điều dưỡng trên xe chuyển phía đầu cáng ra ngoài.

- Điều dưỡng còn lại đỡ đầu cáng khi cáng ra hết sàn xe.

- Khiêng cáng đi.

* Cần bốn người vận chuyển:

- Hai điều dưỡng ở trên xe chuyển dần cáng xuống và đưa phía chân người bệnh xuống trước.

- Hai điều dưỡng đứng ở dưới đất đỡ chân cáng khi cáng đưa ra ngoài xe.

- Khi cáng chuyển gần hết, một điều dưỡng trên xe xuống đỡ cáng do người trên chuyển tiếp cho.

Chú ý: phải nâng phía chân người bệnh lên cho ngang với thành xe, để giữ cân bằng.

3.2. Mang, vác, dìu, kiệu, nâng đỡ người bệnh:

3.2.1. Dìu người bệnh

**** Phương pháp 1 người:***

- Điều dưỡng đưa tay người bệnh vịn cùng đi.

- Vắt tay trái người bệnh lên vai điều dưỡng, điều dưỡng nắm lấy cổ tay người bệnh, tay kia vòng qua thắt lưng người bệnh, dìu người bệnh cùng đi.

**** Phương pháp 2 người:***

- Hai tay người bệnh quàng lên hai vai của hai điều dưỡng.

- Tay phía ngoài của hai điều dưỡng nắm lấy cổ tay của người bệnh.

- Tay phía trong của hai điều dưỡng vòng qua thắt lưng người bệnh, đỡ lây phần lưng người bệnh, dìu người bệnh cùng đi.

***** Cách đi: phải đi cùng bước với người bệnh.***

3.2.2. Cõng người bệnh:

- Để người bệnh đứng, điều dưỡng khom lưng cho vai điều dưỡng vừa tầm tay người bệnh.

- Người bệnh chòang hai tay qua cổ người điều dưỡng, hai chân hơi ngả ra.

- Hai tay điều dưỡng đỡ lấy hai đùi người bệnh, bước đi.

** Chú ý: không thực hiện cõng người bệnh khi nghi bị tổn thương cột sống, người bệnh đang chảy máu trong hoặc người bệnh đang trong tình trạng sốc.

3.2.3. Kiệu người bệnh (cần 2 người)

- Một điều dưỡng đứng bên phải đưa cánh tay trái và một điều dưỡng đứng bên trái đưa cánh tay phải ra sau lưng người bệnh, hai tay cầm lấy nhau.

- Người bệnh ngồi lên cánh tay của hai điều dưỡng, hai cánh tay người bệnh vòng qua cổ của hai điều dưỡng.

** Cách đi: điều dưỡng bên phải thì bước chân phải, điều dưỡng bên trái thì bước chân trái.

3.2.4. Khiêng kiểu xe cút kích (cần hai người)

- Đặt người bệnh nam ngửa hai chân dang ra.

- Hai điều dưỡng viên đỡ người bệnh ngồi dậy.

- Người đi trước quay lưng về phía mặt người bệnh; ngồi chân quỳ, chân chống, hai tay đưa về phía sau đỡ lấy ở khoeo chân người bệnh.

- Người đi sau: ngồi chân quỳ chân chống phía sau người bệnh, hai tay luồn qua nách ôm vòng qua ngực người bệnh.

- Người đi sau chỉ huy ra khẩu lệnh, cả hai cùng đứng dậy nhấc người bệnh lên, khiêng người bệnh đi.

** Chú ý: thực hiện phương pháp này trong trường hợp người bệnh bất tỉnh, cần vận chuyển trên một đoạn đường ngắn; không thực hiện cho người bệnh bị gãy xương.

3.2.5. Khiêng bằng ghế tựa (cần hai người)

- Để người bệnh ngồi, lưng tựa vào ghế

- Người phía sau đứng, hai tay nắm lấy lưng ghế, cho ghế ngả về phía sau.

- Người phía trước quay lưng về phía mặt người bệnh: ngồi chân quỳ chân chống, hai tay nắm lấy phần dưới hai chân trước của ghế.

- Người phía sau ra khẩu lệnh để hai người cùng đứng dậy và cùng nhấc ghế lên.

- Khiêng người bệnh đi.

3.2.6. Phương pháp làm cầu (cần bốn người)

- Một người đặt cáng phía đầu người bệnh, giữ nhiệm vụ điều khiển và đẩy cáng vào đúng vị trí.

- Ba người còn lại đứng dạng chân qua người bệnh (đủ rộng để đẩy cáng vào).

- Người đứng đầu quay mặt về phía chân người bệnh, luồn một tay dưới gáy, một tay dưới lưng giữa hai xương bả vai của người bệnh.

- Người đứng giữa đối diện với người phía đầu, luồn hai tay dưới lưng để đỡ phần lưng.

- Người đứng phía chân, mặt quay về trước, luồn một tay dưới đùi, một tay dưới bắp chân người bệnh.

- Người chỉ huy ra khẩu lệnh; tất cả cùng nhấc người bệnh lên, đồng thời đẩy cáng vào; sau đó ra lệnh tiếp, tất cả cùng đặt người bệnh nhẹ nhàng lên cáng.

3.2.7. Cách làm cáng tự tạo

Gồm có chăn hoặc vải trải giường; đòn khiêng gồm hai cây dài và hai cây ngắn.

- Trải rộng chăn: đặt đòn thứ nhất lên 1/3 chăn theo chiều ngang, gấp mép chăn 1/3 phủ đòn lại.

- Đặt đòn thứ hai lên mép chăn vừa gấp, dùng mép chăn cuốn tròn đòn thứ hai lại vài vòng cho khỏi tuột.

- Phần còn lại 2/3 phủ cả hai đòn, cuốn nhiều vòng tùy theo khổ vải, mép chăn cuối cùng phải qua mặt cáng để được chắc.

- Buộc hai đòn ngắn vuông góc với hai đầu của hai đòn dài chừa tay cáng để cầm (cần thử cáng trước khi sử dụng).

3.3. Ghi phiếu vận chuyển:

- Tên họ người bệnh.

- Tình trạng người bệnh

- Ngày, giờ chuyển

- Nơi nhận bệnh

- Chữ ký người nhận và người giao

3.4. Tư thế người bệnh khi di chuyển:

3.4.1 Tổn thương ở đầu

- Người bệnh nằm ngửa, đầu kê gối mỏng, nghiêng đầu sang một bên (để các chất tiết ra ngòai dễ dàng), có thể đặt một gối mỏng dưới vùng chẩm và dùng gối chèn hai bên đầu giữ cho vững.

3.4.2 Tổn thương lồng ngực

Để người bệnh nằm hoặc nửa nằm – nửa ngồi trên cáng; hoặc ghế.

Buộc người bệnh vào vào cáng hoặc ghế đảm bảo an tòan khi di chuyển

3.4.3 Tổn thương xương chậu và cột sống

Để người bệnh nằm trên cáng cứng, buộc người bệnh vào cáng ở các vị trí: trán, cằm, ngực, hông, đùi, cẳng chân, buộc hai bàn chân vào nhau.

3.4.5 Tổn thương ở bụng; phẫu thuật vùng bụng, mới sinh.

Để người bệnh nằm ngửa co chi dưới cho cơ bụng không căng để đở đau.

3.4.6 Người bệnh khó thở: cho người bệnh nằm đầu cao

3.4.7 Trường hợp người bệnh xanh tái: để người bệnh nằm đầu bằng không gối

III. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

1. Người bệnh đang bị thương nặng hoac bị sốc thì không được di chuyển
2. Khi khiêng cáng với hai hoặc bốn người phải giữ cáng luôn thăng bằng và bước trái chân nhau, tránh làm cáng lắc lư.
3. Khi lên dốc, người đi trước hạ thấp cáng, người đi sau nâng cáng lên để giữ thăng bằng.
4. Luôn theo di tình trạng người bệnh trong khi di chuyển

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH BẰNG CÁNG

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị đầy đủ phương tiện: xe, cáng, chăn đắp, dụng cụ cấp cứu, phiếu (hồ sơ), dây cố định ...		
2	Đối chiếu và đánh giá tình trạng người bệnh, dấu sinh tồn, nếu cần Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh		
3	Ứng dụng các phương pháp thích hợp để di chuyển người bệnh		
3.1	Đặt cáng vuông góc: chân cáng vuông góc với đầu giường bệnh Điều dường đứng đỡ phần đầu người bệnh và hướng dẫn những người phụ giúp. Ra khẩu lệnh cùng nhấc người bệnh lên, xoay 1/4 vòng đặt người bệnh lên cáng; thắt dây an tòan, đắp ấm.		
3.2	Đặt cáng song song cách giừng khỏang 1 mét; đầu cáng ngược với đầu người bệnh - Đ iều dưỡng đứng giữa cáng và người bệnh đỡ phía đầu; hướng dẫn người phụ giúp và điều khiển. - Cùng nhấc người bệnh lên, quay 1/2 vòng đặt người bệnh lên cáng, thắt dây an tòan, đắp ấm.		
4	Di chuyển người bệnh đi nhẹ nhàng, khẩn trương; nếu khiêng cáng người đi trước và người đi sau bước trái chân nhau. Luôn giữ cáng thăng bằng khi lên hoặc xuống dốc		

5	Bàn giao với điều dưỡng nơi nhận; trở về báo cáo lại với đơn vị kết quả chuyển bệnh		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

ĐIỀN VÀO CHỖ TRỐNG NHỮNG TỪ THÍCH HỢP:

1. Liệt kê 7 nguyên tắc khi vận chuyển người bệnh

a. ....

b. ....

c. Phải có đầy đủ hồ sơ chuyên môn

d. ....

e. Di chuyển người bệnh bằng cáng, xe ô tô phải có đệm lót cho người bệnh

f. ....

g. ....

CHỌN CÂU ĐÚNG - SAI

1. Tổn thương ở xương chậu và cột sống, để người bệnh nằm trên cáng cứng trước khi vận chuyển
2. Trường hợp người bệnh xanh tái, để người bệnh nằm đầu cao
3. Người bệnh bị thương nặng, bị sốc phải chuyển nhanh đến cơ sở cấp cứu
4. Người bệnh bị tổn thương lồng ngực, khó thở; cho người bệnh nằm đầu cao khi vận chuyển

BÀI 9:
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN GIAI ĐOẠN CUỐI, HẤP HỐI VÀ BỆNH NHÂN TỬ VONG

MỤC TIÊU

1. Chăm sóc được người bệnh ở giai đoạn cuối.
2. Nhận biết dược những dấu hiệu dẫn đến sự chết.
3. Thực hiện được các việc cần làm khi người bệnh đã tử vong.

NỘI DUNG

I. MỞ ĐẦU

Một số bệnh nhân khi vào các cơ sở y tế trong tình trạng nặng, ốm yếu có thể ở giai đoạn cuối của cuộc đời, mặc dù được cán bộ y tế tạn tình cứu chữa, nhưng tình trạng ngày càng xấu và đôi khi cái chết xảy ra bất thình lình.

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.

II. CÁC GIAI ĐOẠN DIỄN BIẾN, THAY ĐỔI TRƯỚC KHI NGƯỜI BỆNH CHẾT:

Trước khi bệnh nhân chết có nhiều diễn biến, thay đổi khác nhau theo 5 giai đoạn sau đây:

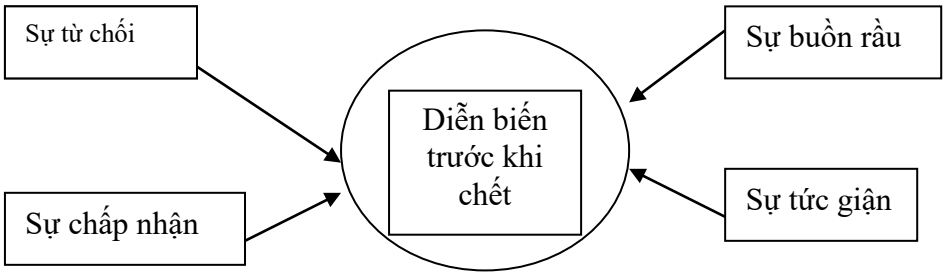
2.1. Sự từ chối:

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 cả.

Đây là giai đoạn người bệnh tìm cách mặc cả để có một kết quả khác, sự mặc cảm 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 dự" những lời trăn chối, di chúc, bố trí tang lễ.

III. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH Ở GIAI ĐỌAN CUỐI:

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.

- 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.

2. Đáp ứng những nhu cầu cho bệnh nhân:

2.1. Đáp ứng nhu cầu cá nhân:

Đối với người bệnh vẫn còn tĩnh táo: 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.

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.

2.3. Đáp ứng nhu cầu giao tiếp.

Đối với những bệnh nhân vẫn còn tĩnh 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 thính giác là một trong những giác quan cuối cùng của người bệnh trước khi chết.

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.

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 đường miệng cho bệnh nhân ăn bằng ống thông hoặc truyền dịch.

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.

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.

2.8. Đáp ứng nhu cầu về oxy liệu pháp:

Có thể cho bệnh nhân thở oxy qua dường mũi hoặc miệng khi cần thiết (Chú ý làm vệ sinh mũi tạo cho bệnh nhân dễ thở).

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. 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 để người nhà nghĩ rằng bệnh nhân sắp chết nên diều dưỡng viên thờ ơ với người bệnh.

- 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, giúp đỡ họ đến khu vực ngồi chờ đợi tập trung, 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.

IV. NHẬN BIẾT DẤU HIỆU DẪN ĐẾN SỰ CHẾT:

Sự chết đến bằng nhiều cách khác nhau. Nó có thể xảy ra bất thình lình, 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:

1. Sự lưu thông của máu giảm, khi sờ tay vào chân bệnh nhân cảm giác rất lạnh, mặt bệnh nhân nhợt nhạt.

2. Bệnh nhân có thể vã mồ hôi đầm đìa mặc dù cơ thể lạnh.

3. Bệnh nhân giảm trương lực cơ, cơ thể trở nên ủ rũ, thiếu sinh lực, quai hàm trễ ra, miệng bệnh nhân lệch, mũi vẹo, nói khó, nuốt khó dần dần mất phản xạ.

4. Mắt đờ dại không phản xạ khi đưa tay ngang qua mắt bệnh nhân (đồng tử giãn).

5. 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".

6. Mạch bệnh nhân nhanh, nhỏ, rối loạn, khó bắt.

7. Trước lúc bệnh nhân ngừng thở, mạch sẽ mờ dần đi, lúc này không sờ thấy mạch bệnh nhân nữa.

8. 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 người bệnh và gia đình người bệnh.

V. NHIỆM VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHI NGƯỜI BỆNH 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.

1. Chuẩn bị phương tiện.

- Bình phong

- Kềm 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.

2. Các bước tiến hành.

2.1. Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng, che bình phong (cho kín đáo, khỏi ảnh hưởng tới bệnh nhân khác).

2.2. 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).

2.3. Đặt bệnh nhân nhẹ nhàng ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.

2.4. Vuốt mắt, khép miệng bệnh nhân.

2.5. Lấy bông không thấm nước nút các lỗ tự nhiên (2 lỗ tai, 2 lỗ mũi)

2.6. Cởi bỏ áo cũ, lau rửa sạch sẽ thi thể, mặc quần áo mới cho bệnh nhân.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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).

2.10. Trở về phòng thu dọn đồ vải bẩn gửi xuống nhà giặt, báo cho hộ lý tẩy uế buồng bệnh.

2.11. 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.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT XỬ LÝ NGƯỜI BỆNH TỬ VONG

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị dụng cụ: Bình phong, kềm Kocher, găng tay, kéo. Khay hạt đậu, bông thấm nước, bông không thấm nước. Gạc, băng dính, băng cuộn Quần áo sạch, khăn bông, vải phủ, túi đựng đồ bẩn, giấy khai tử, hồ sơ bệnh án, cáng hoặc xe đẩy.		
2	Điều dưỡng đội mũ, mang găng tay, đeo khẩu trang		

3	Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng		
4	Rút ống thông, ống dẫn lưu, tháo bột, cắt bỏ băng cũ, thay băng mới ... tháo đồ trang sức, nếu có.		
5	Đặt người bệnh tư thế nằm ngửa, ngay ngắn		
6	Vuốt mắt, khép miệng thi thể.		
7	Nút các lỗ tự nhiên		
8	Cởi bỏ quần áo cũ, lau rửa tử thi, mặc quần áo mới		
9	Đặt hai tay dọc sườn, lòng bàn tay úp vào bụng, buộc hai ngón tay cái; hai chân duỗi thẳng, buộc hai ngón chân cái với nhau, báo nhân viên nhà đại thể đến nhận thi thể.		
10	Đặt thi thể lên cáng, phủ vải tòan thân, gài phiếu tên người bệnh bên ngòai vải phủ thi thể.		
11	Chuyển thi thể xuống nhà xác, đóng cửa phòng		
12	Khi về thu dọn đồ vải bẩn, gửi xuống nhà giặt, báo hộ lý tẩy uế phòng, giường.		
13	Ghi hồ sơ		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nêu 5 nguyên tắc chăn sóc người bệnh ở giai đoạn cuối

A. Chuyển người bệnh đến phòng riêng D.....

B..... E.....

C.....

2. Nêu 5 giai đoạn cuối của cuộc đời

A..... D.....

B. Sự tức giận E. Sự chấp nhận

C.....

3. Giai đoạn cuối cuộc đời, người bệnh cảm thấy cô đơn tuyệt vọng, người điều dưỡng phải luôn.....(A)....., bên cạnh người bệnh để.....(B)..... và giúp đỡ

   A.....

   B.....

4. Chăm sóc người bệnh ở giai đoạn cuối cùng quan trọng như chăm sóc người bệnh.....

BÀI 10:
KỸ THUẬT TIÊM BẮP - TIÊM TĨNH MẠCH
TIÊM DƯỚI DA - TIÊM TRONG DA

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được nguyên tắc chung và nguyên tắc vô khuẩn khi tiêm thuốc.
2. Nêu được tác dụng của từng đường tiêm và xác định đúng vị trí tiêm.
3. Tiến hành tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch, dưới da, trong da đúng qui trình kỹ thuật.
4. Phòng được những tai biến có thể xảy ra.

NỘI DUNG:

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Tiêm thuốc là dùng ống tiêm rút thuốc dưới dạng dung dịch tiêm vào cơ thể bệnh nhân.

2. Mục đích:

Giúp thuốc ngấm vào cơ thể bệnh nhân nhanh chóng.

3. Các cách tiêm:

- Tiêm trong da: Intradermide: ID
- Tiêm dưới da: Sous cutané: SC
- Tiêm bắp: Intra musculaire: IM
- Tiêm tĩnh mạch: Intra veinnuse: IV

4. Chỉ định:

- Lúc cần có hiệu quả nhanh.
- Không uống được hay không nên uống.
- Thuốc không thể uống được (do dịch vị tiêu hủy thuốc).

II. NGUYÊN TẮC CHUNG KHI CHO BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC:

1. Đảm bảo an toàn tính mạng cho người bệnh

2. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu hoặc 5 đúng

+ *3 kiểm tra:*
  - Họ tên người bệnh

- Tên thuốc
- Liều thuốc

+ ***5 đối chiếu:***
  - Số giường, số phòng
  - Nhãn thuốc
  - Đường dùng thuốc
  - Chất lượng thuốc
  - Thời hạn sử dụng

+ ***5 đúng:***
  - Đúng người bệnh
  - Đúng thuốc
  - Đúng liều
  - Đúng đường dùng
  - Đúng thời gian

3. Thực hiện y lệnh thật chính xác, tránh nhầm lẫn

4. K ỹ thuật tiêm phải bảo bảm: 12 tiêu chuẩn tiêm an toàn:

4.1. Rửa tay trước và sau khi tiêm.
4.2. Có hộp thuốc chống sốc trên xe tiêm.
4.3. Sử dụng ống tiêm và kim tiêm vô khuẩn cho mỗi lần tiêm.
4.4. Sát khuẩn nắp lọ thuốc trước khi lấy thuốc.
4.5. Không dùng kim lấy thuốc để tiêm.
4.6. Kim tiêm không chạm vào tay và dụng cụ bẩn trước khi tiêm
4.7 Mũi tiêm đúng chỉ định (5 đúng).
4.8. Sát khuẩn nơi tiêm đúng qui trình kỹ thuật.
4. 9. Xác định đúng vị trí tiêm, góc tiêm và độ sâu.
4.10. Đảm bảo đúng kỹ thuật tiêm (2 nhanh,1 chậm)
4.11. Không bẻ kim,không để kim đâm vào tay sau khi tiêm.
4.12. X ử lý an toàn các vật sắc nhọn sau khi tiêm.

III. NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN:

1. Ống tiêm, kim tiêm và các dụng cụ phải bảo đảm vô trùng
2. Buồng tiêm phải sạch, thoáng, đủ ánh sáng
3. Điều dưỡng viên phải rửa tay sạch trước khi tiêm và thực hiện vô khuẩn trong khi tiêm

IV. DỤNG CỤ:

1. Dụng cụ vô trùng*:*

1.1. *Ống tiêm*:

Có đủ cở tùy theo số lượng thuốc dùng.

- Ống 1 ml: Đường kính 5 mm ghi các vạch 1/100 → 2/100 dùng để tiêm ngừa, thử phản ứng.

- Ống 2ml - 5 ml - 10 ml - 20 ml - 50 ml.
- Ống tiêm có 2 loại: Ống thủy tinh - ống nhựa.

Ống tiêm nhựa chỉ sử dụng một lần *Ống tiêm thủy tinh chịu nóng bền.*

- Ống tiêm có 2 phần:
  + Vỏ để chứa thuốc.
  + Ruột (nòng ống: pitton) để rút và bơm thuốc.

1.2. Kim tiêm:

Thường làm bằng thép không rỉ, có nhiều cở để sử dụng tùy theo vị trí tiêm. Kim tiêm có ba phần:

- Chuôi hay đốc kim.
- Thân.
- Vát kim: Phần mặt vát xéo.

Kim phải luôn luôn thông và có nhiều số:

Các loại kim tiêm

25 → 26 dài 1-1,5 cm dùng tiêm trong da
22 → 24 dài 2-3 cm dùng tiêm dưới da
18 → 21 dài 4- 5 cm dùng tiêm bắp thịt.
23 → 24 dài 2-3 cm dùng tiêm tĩnh mạch.

1.3.Thuốc tiêm:

- Thuốc nước: đóng ống 1ml- 2ml - 5ml - 10ml - 20ml - 50ml.
- Thuốc dầu.
- Thuốc bột: Đóng trong lọ hoặc ống, khi tiêm phải được pha với nước cất.

Thuốc tiêm dạng nước (ống)

Thuốc tiêm dạng bột (lọ)

1.4. Gòn tẩm cồn Iode: Được đựng trong hộp có nắp đậy
1.5. Kềm có mấu (Kềm Kocher)
1.6. Kềm không mấu: Dùng để sát trùng da.
1.7. Khăn tiêm: Dùng để trải mâm tiêm.

2. Dụng cụ khác:

2.1. Dao cưa thuốc.
2.2. Dây thắt mạch.
2.3.Túi nylon hoặc bồn hạt đậu.
2.4. Vải cao su.
2.5. Phiếu tiêm thuốc.
2.6. Hộp hủy kim.

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM:

1 - Xem y lệnh điều trị và phiếu cho thuốc (thực hiện 3 kiểm tra -5 đối chiếu)
2 - Chuẩn bị dụng cụ đủ & đúng

3. Mang khẩu trang - rửa tay

4 - Kiểm tra thuốc (lần 2), sát khuẩn ống thuốc và dao cưa ống thuốc, bẻ ống thuốc.

5 - Lắp bơm kim tiêm lấy thuốc.

6 – Rút thuốc vào bơm tiêm đúng kỹ thuật (kiểm tra nhãn thuốc lần 3)

7 - Thay kim, kiểm tra kim, đẩy không khí (Để mũi vát của kim theo chiều số mililit trên thân bơm tiêm).

8 - Đặt bơm tiêm vào mâm vô khuẩn

9 - Mang mâm đến bên giường bệnh nhân.(5 đối chiếu)

10 - Báo và giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm.

11 - Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế thích hợp

12 - Điều dưỡng viên rửa tay nhanh, mang găng sạch

13 - Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài

14 - Tiến hành tiêm thuốc cho bệnh nhân theo nguyên tắc 2 nhanh 1 chậm:

2 nhanh: Đâm kim nhanh - Rút kim nhanh - 1 chậm: Bơm thuốc chậm

15 - Bơm hết thuốc rút kim nhanh rồi sát khuẩn lại vị trí tiêm, xử lý bơm tiêm

16 - Giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái

17 - Thu dọn dụng cụ

18 - Ghi vào hồ sơ.

VI. CÁC K Ỹ THUẬT TIÊM:

A. TIÊM TRONG DA: Intra Dermique (ID)

Thuốc vào thượng bì, được hấp thu rất chậm.

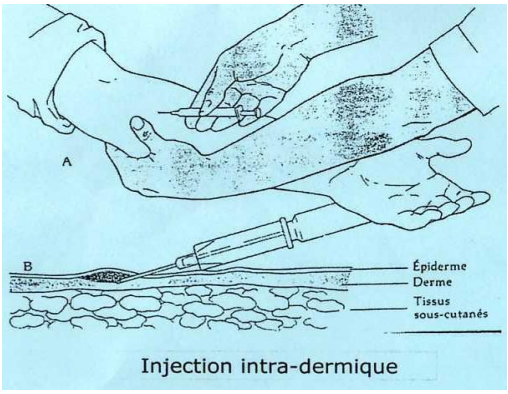
1. **<u>Chỉ định</u>*:***

- Tiêm BCG.
- Thử phản ứng lao tố: IDR.
- Thử phản ứng thuốc (test).
- Dùng tiêm các vaccin phòng bệnh.

2. **<u>Vùng Tiêm</u>*:***

- Mặt trước,trong cẳng tay.
- Cơ delta.

Kỹ thuật tiêm trong da



BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

TT	NỘI DUNG	Có	Không

	*** Chuẩn bị bệnh nhân**		
1	Chào, hỏi họ tên, số giường. Thực hiện 3 tra 5 chiếu		
2	Giải thích, động viên, dặn những điều cần thiết		
	* Chuẩn bị điều dưỡng		
3	Rửa tay thường qui, mang khẩu trang		
	* **Chuẩn bị dụng cụ**		
4	Mâm dụng cụ vô trùng: bơm kim tiêm (1ml), kim rút thuốc, hộp gòn cồn iod, gạc, bình & kềm sát trùng		
5	Thuốc tiêm theo chỉ định, hộp chống sốc, máy đo huyết áp, ống nghe, găng tay sạch, hộp đựng vật sắc nhọn, túi nylon vàng, xanh		
	* **Kỹ thuật tiến hành**		
6	Ghi phiếu thuốc, lấy thuốc theo ylệnh (đọc nhãn lần 1)		
7	Sát khuẩn đầu ống thuốc, dùng gạc bẻ đầu ống thuốc (đọc nhãn lần 2)		
8	Kiểm tra ống tiêm, thay kim rút thuốc. Rút thuốc đúng liều lượng (1/10 ml) đúng kỹ thuật (đọc nhãn lần 3 trước khi bỏ vỏ thuốc)		
9	Thay kim rút thuốc bằng kim tiêm (25-26), che kim, đặt ống tiêm vào mâm		
10	Cho bệnh nhân nằm, bộc lộ vùng định tiêm (mặt trong cẳng tay)		
11	Điều dưỡng rửa tay nhanh, mang găng tay sạch, sát khuẩn vùng tiêm vòng xoắn ốc, rộng 5cm		
12	Đuổi khí		
13	Tay trái căng da nơi tiêm, tay phải cầm ống tiêm mặt vát quay lên trên đưa kim vừa qua da, ngập mặt vát, kim hợp với da góc 15^0		
14	Bơm 1/10ml thuốc (phồng da cam)		
15	Rút kim nhanh theo hướng đâm vào		
16	Xử lý kim an toàn (cho vào hộp huỷ kim)		
17	Tháo găng tay		
18	Khoanh tròn nơi tiêm (nếu thử phản ứng). Dặn bệnh nhân không chạm vào nơi tiêm		
19	Giúp người bệnh tiện nghi		
20	Ghi phiếu chăm sóc (sau 10 -15 phút kiểm tra kết quả)		

- Dặn bệnh nhân nếu có bất thường khó chịu trong người hoặc ngứa thì không được gãi mà phải báo ngay. 10-15 phút sau đọc kết quả. Nếu thấy nốt tiêm đỏ đường kính rộng hơn 1cm là phản ứng thuốc - không tiêm được mà báo bác sĩ ngay. Phải ghi rõ vào hồ sơ hoặc phiếu tiêm thuốc của bệnh nhân.

- Trường hợp có nghi ngờ thì thử lại bằng nước cất với tay kia để đối chứng so sánh.

3. <u>Các tai biến do tiêm trong da</u>:

- Bệnh nhân có thể bị phản ứng với thuốc, nên thử phản ứng cho bệnh nhân tại phòng cấp cứu có thuốc (hộp chống sốc) và phương tiện cấp cứu sẵn.

- Bệnh nhân có thể bị mẩn ngứa hoặc sốt.
- Nếu tiêm vaccin quá sâu hoặc quá liều quy định có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân

B. TIÊM DƯỚI DA: Sous Cutané (**SC)**

Tiêm thuốc vào mô dưới da. Dùng để tiêm cho nhiều loại thuốc.

1. <u>Vùng Tiêm</u>:

- Cuối cơ delta.
- Bả vai.
- 1/3 giữa mặt ngoài đùi.
- Bụng cách rốn 5 cm, dưới dạ vú

Các vùng tiêm dưới da

Kỹ thuật tiêm dưới da

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị bệnh nhân**		
1	Chào, hỏi họ tên, số giường. Thực hiện 3 tra 5 chiếu		
2	Giải thích, động viên, dặn những điều cần thiết		
	* Chuẩn bị điều dưỡng		
3	Rửa tay thường qui, mang khẩu trang		
	* **Chuẩn bị dụng cụ**		
4	Mâm dụng cụ vô trùng: bơm kim tiêm, kim rút thuốc, hộp gòn cồn iod, gạc,cưa thuốc, bình & kềm sát trùng		
5	Thuốc tiêm theo chỉ định, hộp chống sốc, máy đo huyết áp, ống nghe, găng tay sạch, hộp đựng vật sắc nhọn, túi nylon vàng, xanh		
	* **Kỹ thuật tiến hành**		
6	Ghi phiếu thuốc, lấy thuốc theo ylệnh (đọc nhãn lần 1)		
7	Sát khuẩn đầu ống thuốc, dùng gạc bẻ đầu ống thuốc (đọc nhãn lần 2)		
8	Kiểm tra ống tiêm, thay kim rút thuốc. Rút thuốc đúng liều lượng, đúng kỹ thuật (đọc nhãn lần 3 trước khi bỏ vỏ thuốc)		

9	Thay kim rút thuốc bằng kim tiêm, che kim,đặt ống tiêm vào mâm		
10	Cho bệnh nhân nằm, bộc lộ, xác định vùng tiêm		
11	Điều dưỡng rửa tay nhanh,mang găng tay sạch, sát khuẩn vùng tiêm vòng xoắn ốc, rộng 5cm		
12	Đuổi khí		
13	Tay trái véo da nơi tiêm, tay phải cầm ống tiêm mặt vát quay lên trên đưa kim qua da,, kim hợp với da góc 45^0		
14	Kéo lui nòng ống, không có máu. Bơm thuốc vào từ từ & quan sát bệnh nhân		
15	Hết thuốc, rút kim nhanh theo hướng đâm vào.Sát trùng nơi tiêm		
16	Xử lý kim an toàn (cho vào hộp huỷ kim)		
17	Tháo găng tay. Dọn dẹp dụng cụ		
18	Giúp người bệnh tiện nghi và dặn những điều cần thiết		
19	Ghi phiếu chăm sóc		

2. <u>Các tai biến do tiêm dưới da</u>:

- Sai lầm về vô khuẩn: Abcès, nhiễm khuẩn: Viêm gan siêu vi, HIV.
- Sai lầm về kỹ thuật: Cong kim - gãy kim
- Do thuốc: Đau, Không tan gây abcès, Shock

C. TIÊM BẮP: Intra Musculaire **(IM)**

Do cơ được tưới máu nhiều và luôn luôn chuyển động nên sự hấp thụ thuốc của bắp thịt nhanh hơn mô liên kết lỏng lẻo dưới da và cảm giác không đau bằng mô dưới da; nên có thể tiêm vào bắp thịt những thứ thuốc kích thích mạnh hơn như penicilin, streptomycin, quinin, emetin... Hơn nữa cơ có sức chịu đựng với các dung dịch ăn mòn nên không bị hoại tử. Người ta có thể tiêm vào bắp thịt nhiều loại dung dịch đẳng trương khác nhau

- Thuốc ăn mòn và dễ kích thích: quinin.
- Thuốc gây đau: Thuốc dầu, thuốc sữa.
- Thuốc chậm tan: Keo, muối bạc, muối thuỷ ngân, kháng sinh, hormon...
- Thuốc có khối lượng lớn

Về nguyên tắc, tất cả các loại thuốc tiêm vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm vào bắp thịt được.

1. <u>Chỉ định</u>:

- Những thuốc không nên tiêm vào tĩnh mạch mà muốn có hiệu quả nhanh hơn tiêm dưới da.
- Thuốc dễ gây kích thích.
- Da bị nứt nẻ.

2. <u>Vùng tiêm:</u>

2. 1- ***Mông:*** Có 2 cách chia

- ***Cách thứ I:***

+ Chia mông ra 4 phần, giới hạn bởi:

- Phía trên: Đường nối hai mào chậu.
- Phía dưới: Nếp mông.
- Phía trong: Đường rãnh liên mông.
- Phía ngoài: Mép ngoài mông

+ Vùng tiêm: 1/4 trên và ngoài.

Nếu tiêm 1/4 dưới ngoài là đâm vào khớp háng.Nếu tiêm 1/4 trên và dưới phía trong là tiêm vào dây thần kinh hông to và mạch máu lớn.

- Cách thứ II:

+ Kẻ 1 đường nối từ gai chậu trước trên đến xương cùng rồi chia làm 3 đoạn.

+ Vùng tiêm: 1/3 trên đường kẻ.

Vùng này có lớp cơ dầy không có dây thần kinh và mạch máu lớn.

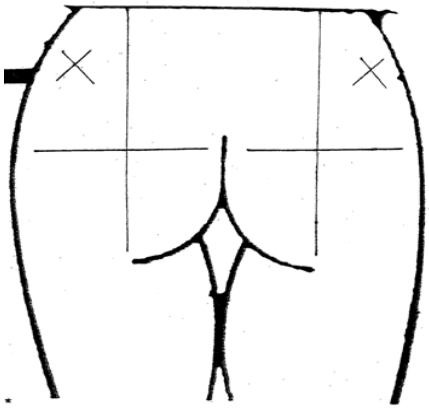
2.2. Đùi

- 1/3 giữa và ngoài đùi (giới hạn đùi từ gai chậu đến khớp gối). Nơi này ít mạch máu và thần kinh

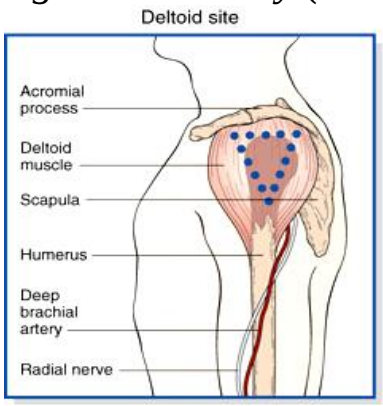
2.3. Cánh tay:

Giữa Cơ delta, cách u vai 5 cm.

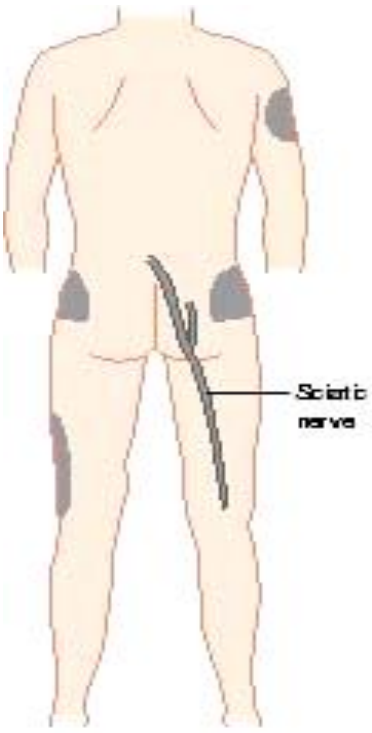
Vùng tiêm mông



Vùng tiêm cánh tay (cơ delta)



Vùng tiêm đùi (1/3 giữa mặt ngoài)



4. Kỹ thuật tiêm bắp:

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM BẮP

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị bệnh nhân**		
1	Chào, hỏi họ tên, số giường. Thực hiện 3 tra 5 chiếu		
2	Giải thích, động viên, dặn những điều cần thiết		
	*** Chuẩn bị điều dưỡng**		
3	Rửa tay thường qui, mang khẩu trang		
	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
4	Mâm dụng cụ vô trùng: bơm kim tiêm, kim rút thuốc, hộp gòn cồn iod, gạc,cưa thuốc, bình & kềm sát trùng		
5	Thuốc tiêm theo chỉ định, hộp chống sốc, máy đo huyết áp, ống nghe, găng tay sạch, hộp đựng vật sắc nhọn, túi nylon vàng, xanh		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Ghi phiếu thuốc, lấy thuốc theo y lệnh (đọc nhãn lần 1)		
7	Sát khuẩn đầu ống thuốc, dùng gạc bẻ đầu ống thuốc (đọc nhãn lần 2)		
8	Kiểm tra ống tiêm, thay kim rút thuốc. Rút thuốc đúng liều lượng, đúng kỹ thuật (đọc nhãn lần 3 trước khi bỏ vỏ thuốc)		
9	Thay kim rút thuốc bằng kim tiêm (18-21), che kim, đặt ống tiêm vào mâm vô trùng		
10	Cho bệnh nhân nằm, bộc lộ, xác định vùng tiêm		
11	Điều dưỡng rửa tay nhanh, mang găng tay sạch, sát khuẩn vùng tiêm vòng xoắn ốc, rộng 5cm		
12	Đuổi khí		
13	Tay trái căng da nơi tiêm, tay phải cầm ống tiêm thẳng đứng đâm kim qua da,, kim hợp với da góc 90 ^{0}		
14	Kéo lui nòng ống, không có máu. Bơm thuốc vào từ từ & quan sát bệnh nhân		
15	Hết thuốc, rút kim nhanh theo hướng đâm vào. Sát trùng nơi tiêm		
16	Xử lý kim an toàn (cho vào hộp huỷ kim)		
17	Tháo găng tay. Dọn dẹp dụng cụ		
18	Giúp người bệnh tiện nghi và dặn những điều cần thiết		
19	Ghi phiếu chăm sóc		

4. Tai biến:

- Gãy kim, cong kim.
- Đâm kim phải dây thần kinh mạch máu.
- Tắc mạch do tiêm thuốc dầu vào mạch máu.
- Abcès do nhiễm khuẩn, do thuốc.
- Nhiễm khuẩn: Viêm gan siêu vi, HIV.
- Hoại tử mô

D. TIÊM TĨNH MẠCH

Là đưa một lượng thuốc qua đường tĩnh mạch

1. **Chỉ định:**
   - Những trường hợp người bệnh cần tác dụng nhanh của thuốc
   - Cần đưa một khối lượng thuốc, dịch nhiều vào cơ thể
   - Những loại thuốc gây hoại tử mô cơ (chống chỉ định tiêm bắp) nhưng có chỉ định tiêm tĩnh mạch
2. **Chống chỉ định:**

Những loại thuốc không được phép tiêm đường tĩnh mạch: thuốc dầu,.. sẽ gây tắc mạch

3. **Vùng tiêm:**

Những tĩnh mạch lớn, nhìn rõ, cạn, ít di động

4. **Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch**

Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Chào hỏi đối chiếu họ tên, số giường.		
2	Giải thích để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết		

	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường qui,		
	*** Chuẩn bị dụng cụ và thuốc**		
4	Mâm vô trùng: bình kềm, gạc, gòn tẩm cồn iod, bơm kim tiêm, kim rút thuốc.		
5	Phiếu thuốc, thuốc tiêm, hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe. Găng tay sạch.		
6	Hộp dựng vật sắc nhọn, túi nylon vàng xanh, gối kê tay, dây garô, tấm nylon.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Ghi phiếu thuốc, lấy thuốc theo y lệnh, thực hiện 3 tra 5 chiếu (đọc nhãn lần 1).		
8	Sát khuẩn đầu ống thuốc, dùng gạc bẻ đầu ống thuốc (đọc nhãn lần 2).		
9	Kiểm tra ống tiêm, thay kim rút thuốc. Rút thuốc đúng liều lượng, đúng kỹ thuật (đọc nhãn lần 3 trước khi bỏ vỏ thuốc).		
10	Điều dưỡng cho người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.		
11	Lót tấm nylon, đặt gối kê tay. Rửa tay nhanh.Mang găng sạch.		
12	Thắt dây garô trên nơi tiêm 5cm, sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn iod theo chiều xoắn ốc rộng 5cm.		
13	Mở nắp kim.Đuổi khí.		
14	Điều dưỡng: 1 tay giữ tĩnh mạch, 1 tay cầm bơm kim tiêm đâm nhanh qua da 1 góc 15 - 30^0 so với mặt da.		
15	Rút nhẹ nòng bơm tiêm khi thấy máu trào vào đốc kim, mở dây garô.		
16	Bơm thuốc từ từ và quan sát sắc mặt người bệnh.		
17	Hết thuốc, rút kim nhanh, sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng cồn iod.		
18	Đặt người bệnh nằm lại tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
18	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu thuốc, phiếu chăm sóc		

5. **<u>Tai biến của tiêm tĩnh mạch - xử trí & đề phòng</u>**:

- ***Người bệnh ngất***
  - Do quá sợ tiêm
  - Đề phòng: nên làm tốt công tác tâm lý, động viên người bệnh trước và trong khi tiêm thuốc
- ***Sốc phản vệ***
  - Do phản ứng của cơ thể người bệnh với thuốc
  - Xử trí: ngưng tiêm, báo bác sĩ và thực hiện phác đồ chống sốc
- ***Nghẹt kim***

- Do máu đông trong kim
- Xử trí: rút kim khỏi nơi tiêm, đẩy lui nòng ống hoặc thay kim

- ***Phù nơi tiêm (có thể gây hoại tử nơi tiêm)***:
  - Nguyên nhân: kim tiêm xuyên mạch
  - Xử trí: rút kim ra, tiêm nơi khác
- ***Tắc mạch (ít gặp)***
  - Thường do không khí còn trong bơm tiêm vào lòng mạch, hoặc do tiêm thuốc dầu
  - Đề phòng: thực hiện thuốc đúng chỉ định, đuổi khí hết trong bơm tiêm trước khi tiêm.
- ***Nhiễm khuẩn:***
  - Nguyên nhân: chưa đảm bảo vô khuẩn trong thao tác

Đề phòng: thực hiện tốt công tác vô khuẩn trước, trong và sau khi tiêm thuốc cho người bệnh

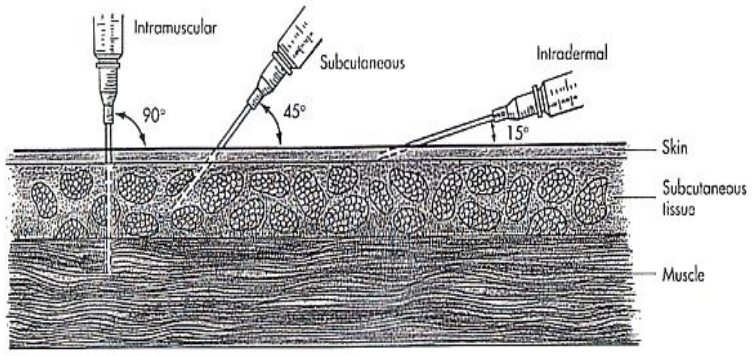


Fig. 19-6 Comparison of the angles of insertion of IM (90 degrees), SQ (45 degrees) in thin to average size clients, and ID (15 degrees) injections.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi nhỏ:

1. Kể nội dung 3 kiểm tra, 5 đối chiếu và 5 đúng ?
2. Nêu nguyên tắc chung khi cho người bệnh dùng thuốc ?
3. Kể 2 vị trí thường tiêm trong da ?
4. Các trường hợp chỉ định tiêm trong da ?
5. Kể 3 vị trí thường tiêm dưới da ?
6. Nêu các tai biến khi tiêm dưới da ?
7. Nêu các tai biến khi tiêm trong da ?
8. Nêu chỉ định và chống chỉ định của tiêm bắp ?
9. Nêu chỉ định và chống chỉ định của tiêm tĩnh mạch ?
10. Kể các tai biến khi tiêm bắp ?
11. Kể các tai biến khi tiêm tĩnh mạch ?

Chọn câu đúng – sai:

12.Tiêm trong da có thể đâm vào tĩnh mạch
13. Vùng tiêm trong da: 1/3 giữa mặt ngoài đùi.
14. Chỉ định tiêm tĩnh mạch cho những loại thuốc không thể tiêm bắp.
15.Gãy kim là 1 tai biến chỉ có khi tiến hành tiêm bắp.
16. Tiêm dưới da có thể gây lây nhiễm viêm gan

Chọn câu đúng nhất:

17. Vị trí tiêm bắp ở đùi là:
    A. 1/3 giữa mặt ngoài đùi
    B. 1/3 dưới mặt ngoài đùi
    C. 1/2 dưới mặt ngoài đùi
    D. 1/2 giữa mặt ngoài đùi
18. Kỹ thuật tiêm trong da: đâm kim hợp với mặt da 1 góc:
    A. 15^0
    B. 30^0
    C. 45^0
    D. 90^0
19. Kỹ thuật tiêm dưới da: đâm kim hợp với mặt da 1 góc:
    A. 15^0
    B. 30^0
    C. 45^0
    D. 90^0
20. Kỹ thuật tiêm bắp: đâm kim hợp với mặt da 1 góc:
    A. 15^0
    B. 30^0
    C. 45^0
    D. 90^0
21. Vị trí thường dùng tiêm ngừa lao:
    A. 1/3 giữa mặt ngoài đùi
    B. Cách u vai 5cm
    C. Cuối cơ delta
    D. Mặt trong cẳng tay
22. Tiêm trong da thường dùng trong các trường hợp:
    A. Phong bế giảm đau
    B. Thử phản ứng thuốc
    C. Gây tê tại chỗ
    D. Đưa thuốc vào cơ thể 1 cách nhanh nhất
23. Khi tiêm thuốc phải bảo đảm:
    A. 2 nhanh ; một chậm
    B. Đâm kim nhanh
    C. Rút kim nhanh
    D. Bơm thuốc chậm
24. Mục đích của tiêm thuốc là:
    A. Đưa thuốc vào cơ thể

B. Để điều trị bệnh
C. Cho bệnh nhân nặng
D.Để thuốc ngấm vào cơ thể nhanh

25. Khi tiêm bắp sai vùng tiêm dễ bị tai biến:
A. Áp xe
B. Gây đau
C. Dễ đâm vào mạch máu
D. Gây sốc

BÀI 11:
KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM XÉT NGHIỆM

MỤC TIÊU:

1-Nêu được tầm quan trọng của các xét nghiệm trong Bệnh Viện.

2-Trình bày được vai trò của Điều Dưỡng trong việc chuẩn bị xét nghiệm cho người bệnh.

3-Kể được các cách lấy mẫu nghiệm theo từng yêu cầu.

NỘI DUNG:

I-TẦM QUAN TRỌNG CỦA CÁC XÉT NGHIỆM TRONG BỆNH VIỆN:

Trong công tác chẩn đoán và điều trị bệnh, người bác sĩ khai thác các dấu hiệu lâm sàng ngoài ra cũng cần phải có các xét nghiệm, vì kết quả xét nghiệm là tài liệu khách quan, chính xác giúp bác sĩ có cơ sở chắc chắn để chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh.

Kết quả xét nghiệm chính xác càng có giá trị đối với chẩn đoán bệnh.

Ví dụ: -Tìm BK trong đàm - dịch vị để chẩn đoán lao phổi.

-Tìm ký sinh trùng Amib trong chẩn đoán bệnh lỵ Amib.

Ngoài ra các trường hợp khác nếu không có giá trị quyết định thì kết quả xét nghiệm cũng giúp Bác Sĩ có hướng chẩn đoán - theo dõi - tiên lượng - dự phòng.

Như vậy xét nghiệm là khâu không thể thiếu được trong quá trình khám và chữa bệnh nên có tầm quan trọng đặc biệt.

II-VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG VIỆC CHUẨN BỊ XÉT NGHIỆM CHO NGƯỜI BỆNH:

Trong các xét nghiệm cần làm cho bệnh nhân có những xét nghiệm mà người Điều Dưỡng khoa phòng phải tự làm lấy, nhưng phần lớn là do các xét nghiệm viên làm tại giường bệnh hoặc tại phòng xét nghiệm. Tuy nhiên bất cứ xét nghiệm nào người Điều Dưỡng cũng có phần tham gia nhất định, nhất là trong việc chuẩn bị bệnh nhân và lấy bệnh phẩm.

Không có Điều Dưỡng làm công tác tư tưởng và chuẩn bị các điều kiện xét nghiệm cho bệnh nhân thì khi tiến hành xét nghiệm nhất định sẽ gặp trở ngại, có thể dẫn đến tai biến hoặc kết quả sai lệch.

Ví dụ: -Bệnh nhân sợ đau không cho xét nghiệm viên lấy máu, do bệnh nhân chưa được giải thích.

-Bệnh nhân nhìn thấy máu thì ngất.

-Điều Dưỡng không dặn bệnh nhân nhịn đói trước khi lấy máu ở các xét nghiệm hóa học.

Nếu trường hợp Điều Dưỡng là người lấy bệnh phẩm thì càng quan trọng hơn. Nếu không am hiểu cách lấy mẫu nghiệm thì mẫu nghiệm không được lấy đúng cách, không đúng lúc làm xét nghiệm không tiến hành được hoặc kết quả không đúng gây ảnh hưởng đến việc chẩn đoán và theo dõi, gây lãng phí sức lực của bệnh nhân, gây lãng phí kinh phí nhà nước.

III-CÁCH LẤY MỘT SỐ BỆNH PHẨM ĐỂ XÉT NGHIỆM:

1. Cách lấy máu để làm xét nghiệm:

Có rất nhiều xét nghiệm về máu như xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi khuẩn...

Có hai cách: lấy máu tĩnh mạch và mao mạch.

1.1 Lấy máu tĩnh mạch:

- Thường lấy máu ở tĩnh mạch khuỷu tay.
- Trẻ nhỏ lấy ở tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch cổ, đôi khi lấy ngay nơi bộc lộ tĩnh mạch (nếu có).
- Cách lấy này áp dụng cho các xét nghiệm cần nhiều máu: từ 0,5ml trở lên như: Các xét nghiệm về sinh hóa.
- Lượng Máu Lấy Trong 1 Số Xét Nghiệm:

Tùy theo phương pháp xét nghiệm và tùy loại xét nghiệm số lượng máu lấy thường do phòng xét nghiệm qui định:

Yêu cầu xét nghiệm	Lượng máu	Có chất kháng đông	Không có chất kháng đông
Ure	3ml		+
Protein toàn phần	5ml		+
Fibrinogen	2ml	+	
Phản ứng Grose	5ml		+
Lipid toàn phần	10ml		+
Glucose	1ml	+	
B.W	5ml		+

*Lấy máu để cấy tìm vi trùng cần đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn.

KỸ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH XÉT NGHIỆM

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Xem y lệnh, đối chiếu người bệnh.		
2	Thông báo về thủ thuật sắp làm, động viên để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy..		

	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
4	Mâm chữ nhật, bình kềm Kocher, bơm kim tiêm, găng tay, gòn cồn Iod		
5	Giá đựng ống nghiệm có ghi rõ họ tên,số giường & phiếu xét nghiệm.		
6	Gối kê tay, dây garô, túi đựng đồ dơ, hộp đựng vật sắc nhọn.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Đặt người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, điều dưỡng mang găng		
8	Bọc lộ, xác định vị trí lấy máu.		
9	Đặt gối kê tay, dây garô trên vị trí tiêm 5cm, thắt dây garô.		
10	Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng cồn iod đúng kỹ thuật. Cầm bơm tiêm đâm vào tĩnh mạch.		
11	Tháo dây garô.Lấy đủ lượng máu xét nghiệm,		
12	Rút kim tiêm, kéo chệch da, sát khuẩn lại vị trí lấy máu.		
13	Tháo kim tiêm, bơm máu vào ống nghiệm, lắc nhẹ (nếu có chất chống đông).		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
14	Thu dọn dụng cụ, tháo găng		
15	Ghi phiếu chăm sóc.		

**** Những điểm cần lưu ý:***

- Chuẩn bị bệnh nhân cẩn thận trước khi lấy máu.

- Bơm, kim tiêm phải thật khô và vô khuẩn.

- Trường hợp cấy máu nên lấy trước khi dùng kháng sinh.

1.2. Lấy máu mao mạch:

-Lấy máu ở đầu ngón tay (áp út) hay dái tai.
-Aùp dụng trên các xét nghiệm cần ít máu:
Nhóm máu - Công thức máu - Thời gian máu đông - Thời gian máu chảy. Kéo máu tìm vi trùng, ký sinh trùng.
-Lượng máu chỉ cần vài giọt.
-Tùy theo từng yêu cầu xét nghiệm phải lấy đúng giờ qui định.
+Lúc đói: Xét nghiệm tìm số lượng huyết cầu - bạch cầu.
+Lúc sốt: Tìm ký sinh trùng sốt rét.
+12 giờ trưa hay 12 giờ khuya: Tìm ấu trùng giun chỉ lấy không đúng lúc kết quả xét nghiệm mất giá trị.

a) Chuẩn bị dụng cụ:

- 5 phiến kính thật sạch và khô, lựa 1 phiến kính có cạnh nhẵn để làm kính kéo.

- Kim vô khuẩn hoặc lan xét (lancett).

- Bông tẩm cồn.

- Bông khô.

- Bút chì, túi giấy.

b) Chuẩn bị bệnh nhân: giống như phần lấy máu tĩnh mạch.

c) Tiến hành:

- Lau sạch đầu ngón tay, thường là ngón áp út hay dái tai, bằng tẩm cồn (Ngón tay này ít sử dụng đến).

- Điều đường viên dùng ngón cái và ngón trỏ bóp chặt đầu ngón tay nhân (tránh máu bị lan rộng).

- Dùng kim đám một bên đầu ngón tay với động tác nhanh. Vết chích vừa phải để máu trào lên thành giọt nhỏ khi bóp nhẹ.

- Lau bỏ giọt máu đầu.

- Lấy giọt máu thứ hai lên giữa kính, đặt cạnh kính chéo cho tiếp xúc với giọt máu một góc 30. Đợi máu phán tán qua kính 1 và 2.

- Đẩy kính kéo lên phía trước với động tác đều và nhanh để có làn máu mỏng, đều đặn,

không dừng lại khi làn máu còn ngắn vì các tế bào chồng lên nhau.

- Lau khô ngón tay lần nữa, bóp nhẹ để có giọt máu lớn và tròn, để làm giọt máu đặc.

- Cầm hai cạnh của kính phía đuôi làn máu, chấm đầu kia phiến kính vào đỉnh giọt máu. Úp mặt kính có máu xuống phía dưới không cho kính chạm vào đầu ngón tay.

- Dùng góc cạnh của kính trộn giọt máu theo chuyển động tròn đường kính làm để tránh tan sợi fibrin, tránh che khuất ký sinh trùng.

- Ngừng động tác ngoáy ở trung tâm lớp máu tạo giọt máu có viền mỏng.

- Ghi tên bệnh nhân, số giường lên kính.

- Để khô gói lại, gửi phòng xét nghiệm.

d) Ghi hồ sơ.

- Ngày giờ lấymáu.

- Tên người lấy.

e) Những điểm cần lưu ý.

- Đừng làm giọt máu quá đặc vì khi khô sẽ bị nứt và tróc khỏi kính. Giọt máu đặc vừa phải là khi giọt máu còn ướt, đặt kính lên tờ báo nhìn thấy chữ in.

- Làn máu mỏng phải thật mỏng không có sọc và loang

- Các viền của làn máu mỏng phải nằm trên kính.

2. Cách lấy đờm, phần, mủ để xét nghiệm:

2.1 Chuẩn bị dụng cụ:

- Khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

+ Bơm tiêm, kim tiêm.

+ Tăm bông.

+ Kẹp.

- Dụng cụ khác:

+ Lọ nhỏ hấp hoặc luộc sạch.

+ Phiến kính hoặc ống nghiệm vô khuẩn.

+ Đèn cồn.

+ Khay quả đậu.

Phải vô khuẩn khi thử về vi khuẩn.

2.2 Tiến hành:

a) Đờm:

Lấy đờm để tìm vi khuẩn.

- Áp dụng: trong những bệnh về hô hấp.

- Kỹ thuật:

+ Cho bệnh nhân đánh răng, xúc miệng làm bớt tạp khuẩn trong miệng và họng:

+ Bảo bệnh nhân ho mạnh, khạc đờm vào vật chứa.

+ Dùng que lấy một chút đờm, cho vào ống tiệt khuẩn, đậy kín lại. Lấy chỗ có đờm chứ không phải nước bọt.

+ Có thể dùng tăm bông vô khuẩn quệt vào niêm mạc miệng họng rồi phết lên phiến kính hoặc để cả tăm bông vào ống nghiệm tiệt khuẩn gửi lên phòng xét nghiệm. (Trường hợp bệnh nhân ít đờm, hoặc không khạc được đờm).

b) Phân:

- Lấy phân nhằm mục đích:

+ Thử nghiệm sinh hóa: máu, sắc tố mật, mỡ.

+ Tìm vi khuẩn và ký sinh trùng đường ruột.

- Ápdụng: Trong những bệnh về tiêu hóa và những cơ quan liên quan như gan, tụy...

- Kỹ thuật:

+ Cho bệnh nhân đi tiểu, hứng nước tiểu riêng. Trường hợp cấy vi khuẩn dùng khay quả đậu to tiệt khuẩn và phải rửa hậu môn trước.

+ Cho bệnh nhân đi ngoài vào bô dẹt (không lẫn nước tiểu).

+ Dùng que lấy phân (10-15g) ngay chỗ giữa bãi phân đều hoặc nghi ngờ, cho phân vào lọ đậy kín lại. Lấy phân nơi có đờm, máu, mủ trong bệnh lỵ amib.

- Chú ý:

+ Đối với amib: khi trời lạnh phải giữ lọ phân ấm, gửi lên ngay phòng xét nghiệm.

+ Dùng tăm bông cho vào hậu môn ngoáy rồi phết lên kính nếu cần tìm giun kim, trứng giun.

- Những điểm cần lưu ý:

+ Trường hợp tìm máu trong phân, bệnh nhân phải kiêng ăn thịt nạc hoặc không uống thuốc có chất sắt, bismuth trong vòng 48 giờ.

Lưu ý không nhầm lẫn máu từ bộ phận sinh dục.

+ Không lấy phân lẫn với nước tiểu.

c) Mủ

- Mục đích: Tìm các vi khuẩn gây mủ để trị bệnh. Làm kháng sinh đồ.

- Áp dụng trong các vết thương có mủ như áp xe vỡ hoặc chưa vỡ, lỗ rò....

- Kỹ thuật: Vết thương hở:

- Phương pháp phết lên kính:

+ Mở vết thương.

+ Dùng tăm bông vô khuẩn lấy ít mủ, phết lên giữa phiến kính, để khô, đặt một phiến kính khác lên trên. Để khô tự nhiên hoặc hơ lên lửa nhưng không hơ nóng quá làm hỏng bệnh phẩm.

+ Dán nhãn vào mẫu, gửi ngay lên phòng xét nghiệm:

+ Rửa và băng vết thương lại.

Phương pháp bỏ vào ống nghiệm:

+ Mở nắp ống nghiệm, hơ miệng ống nghiệm trên lửa (đèn cồn).

+ Dùng bơm tiêm hút mủ cho vào ống hoặcđiều dưỡng dùng tăm bông lấy mủ cho vào ống nghiệm. Bẻ bỏ đầu que đã cầm ở tay.

+ Hơ miệng ống lại lần thứ hai, đốt viên bông đút ống rồi đậy lại.

Trường hợp ổ mủ chưa vỡ: Sát khuẩn da của bọc mủ, đâm kim vào hút mủ, bơm mủ vào ống nghiệm hoặc phết lên phiến kính. Trường hợp mủ ít: đậy đầu kim, giữ nguyên bơm tiêm, gửi ngay lên phòng xét nghiệm. Việc đâm kirn vào bọc mủ do bác sĩ thực hiện.

+ Rửa tất cả các dụng cụ vòi nước và xà phòng thật sạch, lau khô rồi gửi đi tiệt khuẩn.

e) Ghi hồ sơ

- Ngày giờ lấy bệnh phẩm.

- Chất thử.

- Loại thuốc đã sử dụng (nếu có).

- Tên điều dưỡng viên thực hiện.

3. Cách lấy nước tiểu xét nghiệm:

3.1 Chuẩn bị dụng cụ:

- 1 mâm thông tiểu như trong bài thông tiểu.

- Ống nghiệm vô khuẩn nếu thử nghiệm vế vi khuẩn.

- Bình chứa nước tiểu có vạch đo thể tích.

- Đèn cồn.

- Vải cao su (tấm nylon).

- Bình phong.

3.2 Tiến hành:

Có nhiều cách:

a) Kiểm tra nước tiểu về số lượng, màu sắc trong 24 giờ:

Khoảng 8h sáng cho bệnh nhân đi tiểu để lấy hết nước ở bàng quang, xong đổ nước tiểu ấy đi, lấy bình nước tiểu sạch, ghi tên bệnh nhân, số giường. Cho bệnh nhân chứa tất cả các nước tiểu ngày hôm đó trong bình. Đến 8h sáng hôm sau báo bệnh nhân đi tiểu lần cuối vào bình. Sau đó đo số lượng nước tiểu 24 giờ. Ghi vào hồ sơ.

- Cần dặn bệnh nhân hứng nước tiểu mỗi khi đi tiểu.

- Bình nước tiểu đậy kín để chỗ mát.

- Tránh cho nước tiểu phân hủy, dùng các dung dịch:

+ Cho thymoltrong rượu 1% 1ml/100ml nước tiểu.

+ 1 giọt phenol trong 30mlnước tiểu.

b) Kiểm tra tế bào và ký sinh trùng.

- Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng nước hoặc thuốc sát khuẩn và nước chín.

- Bệnh nhân đi tiểu, bỏ phần nước tiểu đầu. Lấy phần giữa cho vào ống nghiệm. Nên lấy vào buổi sớm.

- Gửi ngay lên phòng xét nghiệm: để tránh amoniactrong nước tiểu trở thành kiềm làm hủy hoại tế bào.

c) Tìm vi khuẩn:

Nữ: thông tiểu, thủ thuật phải được thực hiện đúng kỹ thuật để đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.

Nam:

+ Sát khuẩn quy đầu, đầu niệu đạo, rửa lại bằng nước vô khuẩn.

+ Bỏ nước tiểu đầu, lấy phần giữa.

+ Cho nước tiểu vào ống nghiệm vô khuẩn.

Nhớ hơ miệng ống nghiệm trước và sau khi lấy nước tiểu trên ngọn lửa đèn cồn.

- Trẻ em gái sơ sinh:

+ Rửa kỹ bộ phận sinh dục.

+ Đắp lên âm hộ một lớp bông thấm nước vô khuẩn.

+ Sau khi trẻ tiểu xong, vắt bông lấy nước tiểu.

- Trẻ em trai:

+ Rửa bộ phận sinh dục ngoài.

+ Để dương vật trẻ vào ống nghiệm vô khuẩn, cố định bằng băng dính.

d) Lấy nước tiểu theo giờ.

Tùy theo chỉ định, thường áp dụng cho bệnh nhân đái tháo đường.

Có thể lấy nước tiểu từ 6-12h; 12-18h; 18-24h; 24-6h.

Lấy tất cả nước tiểu bệnh nhân đi tiểu hoặc:

- Từ trước bữa ăn sáng đến bữa ăn trưa.

- Từ trước bữa ăn trưa đến trước bữa ăn tối.

- Từ trước bữa ăn tối đến 24h.

- Từ 24h đến trước bữa ăn sáng.

Chứa nước tiểu trong một bình riêng lắc đều, lấy 50ml nước tiểu gửi ngay lên phòng xét nghiệm.

Lấy nước tiểu 1 giờ hoặc 2 giờ trong trường hợp:

- Bệnh nhân bị nhiễm acid.

- Bệnh nhân hôn mê (Tìm đường và aceton)

Lưu ý:

- Lấy nước tiểu trước khi ăn.

- Lấynước tiểu khi tiêm Insulin.

2.3.3 Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- Rửa sạch tất cả dụng cụ với xà phòng và nước.

- Lau khô và gửi đi tiệt khuẩn.

2.3.4 Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ lấy bệnh phẩm.

- Loại xét nghiệm.

- Tên điều dưỡng viên thực hiện

KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU XÉT NGHIỆM (BN TỰ TIỂU)

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Xem y lệnh, đối chiếu người bệnh		
2	Thông báo về thủ thuật sắp làm, động viên để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
4	Khay chữ nhật, giá đựng ống nghiệm có đã dán nhãn ghi tên đầy đủ, ống đong có chia vạch ml.		
5	Hai bô men (một bô tráng nước sôi để nguội), găng tay, hóa chất chống thối, que khuấy (nếu lấy nước tiểu 24h)		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
	LẤY NƯỚC TIỂU XÉT NGHIỆM THÔNG THƯỜNG		
6	Hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài rồi đi		

	tiểu phần nước tiểu đầu và cuối bãi vào 1 bô, phần giữa bãi vào bô đã tráng nước sôi.		
7	Điều dưỡng mang găng, cho nước tiểu phần giữa bãi vào ống đong và cho nước tiểu từ ống đong vào ống nghiệm 20 ml. Đậy nút ống nghiệm.		
8	Đưa bệnh phẩm và giấy xét nghiệm lên phòng thí nghiệm.		
	LẤY NƯỚC TIỂU 24 GIỜ ***(Từ 8 giờ sáng hôm nay đến 8 giờ sáng hôm sau)***		
9	8 giờ hướng dẫn người bệnh đi tiểu và bỏ lượng nước tiểu này đi.		
10	Cho hóa chất chống thối vào bô với lượng tương ứng với 500 ml nước tiểu (formol hoặc phenol 1 giọt tương ứng với 300 ml nước tiểu, thymol 1ml tương ứng với 100ml nước tiểu). Sau đó cho tăng dần theo số lượng nước tiểu của người bệnh.		
11	Hướng dẫn người bệnh đi tiểu vào bô đã có hóa chất chống thối, lấy cả nước tiểu khi đi đại tiện (đậy nắp bô sau mỗi lần đi tiểu và để chỗ mát).		
12	8 giờ sáng hôm sau hướng dẫn người bệnh đi tiểu lần cuối vào bô.		
13	Điều dưỡng mang găng, đo lượng nước tiểu 24h.		
14	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

KỸ THUẬT LẤY ĐỜM XÉT NGHIỆM

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Xem y lệnh, đối chiếu người bệnh.		
2	Thông báo về thủ thuật sắp làm, động viên để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
4	Ống nhổ vô khuẩn, giá đựng ống nghiệm vô khuẩn đã dán nhãn, ghi tên người bệnh, găng tay.		
5	Tăm bông vô khuẩn, 2 lam kính (trường hợp người bệnh không khạc được đờm)		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
	NGƯỜI BỆNH KHẠC ĐƯỢC ĐỜM		
6	Điều dưỡng mang găng, hướng dẫn người bệnh ho và khạc đờm vào ống nhổ.		
7	Điều dưỡng cho đờm từ ống nhổ vào ống nghiệm. Đậy nút ống nghiệm và gửi lên phòng xét nghiệm cùng phiếu xét nghiệm.		

	NGƯỜI BỆNH KH ÔNG KHẠC ĐƯỢC ĐỜM		
8	Điều dưỡng mang găng, hướng dẫn người bệnh há miệng.		
9	Dùng que tăm bông quệt vào niêm mạc họng, phết lên lam kính làm tiêu bản hoặc cho cả que tăm bông vào ống nghiệm, đậy kín nút.		
10	Đưa ống, phiếu xét nghiệm lên khoa xét nghiệm.		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
16	Thu dọn dụng cụ, tháo găng và ghi phiếu chăm sóc.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI NHỎ:

1. Kể 2 mục đích lấy phân xét nghiệm
2. Kể 2 mục đích lấy mủ xét nghiệm
3. Kể 4 mục đích lấy nước tiểu xét nghiệm
4. Trình bày những điểm cần lưu ý khi lấy máu xét nghiệm
5. Kể 2 trường hợp áp dụng lấy máu mao mạch

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

6. Lấy máu mao mạch áp dụng trong trường hợp:

    A. Kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét
    B. Thử công thức máu.
    C. Tìm thời gian máu đông máu chảy
    D. Thử sinh hóa máu

7. Kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét lúc:
    A. Bệnh nhân đang sốt
    B. 12 giờ trưa
    C. 12 giờ khuya
    D. Sáng sớm

1. Lấy máu để xét nghiệm sinh hóa lúc:
    A. Buổi sáng
    B. Sau khi ăn
    C. Bụng đói
    D. Có chỉ định của bác sỹ
2. Khi lấy phân để xét nghiệm tìm Amibe nên lấy phân ở:
    A. Giữa bãi phân
    B. Bìa bãi phân
    C. Nơi có nhiều đàm
    D. Nơi có nhiều đàm máu
3. Khi lấy nước tiểu để xét nghiệm nên lấy nước tiểu ở:
    A. Đầu bãi
    B. Cuối bãi
    C. Giữa bãi
    D. Cho vào bô và trộn đều

BÀI 12:
KỸ THUẬT THÔNG TIỂU – RỬA BÀNG QUANG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, chỉ định, chống chỉ định của thông tiểu và các trường hợp áp dụng rửa bàng quang
2. Trình bày được cách tiến hành thông tiểu nam, nữ, rửa bàng quang đúng quy trình kỹ thuật
3. Kể được các điểm cần lưu ý khi thông tiểu và rửa bàng quang.

NỘI DUNG

A. KỸ THUẬT THÔNG TIỂU:

I.MỤC ĐÍCH

Thông tiểu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu ra ngoài để:

- Chẩn đoán: làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, cấy nước tiểu tìm vi khuẩn gây bệnh.
- Điều trị: tháo nước tiểu khi bí tiểu hoặc để bơm rửa bàng quang, bơm thuốc vào bàng quang để làm thủ thuật và để điều trị tại chỗ.

II.CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định:

- Trường hợp người bệnh bị bí tiểu
- Trước khi phẫu thuật, sanh
- Người bệnh hôn mê.
- Trường hợp lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp cho chẩn đoán và điều trị.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong một số trường hợp.

2. Chống chỉ định

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

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1.Chuẩn bị:

** Người bệnh:*

- Đối chiếu hồ sơ với người bệnh.
- Động viên, giải thích giúp người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh hít vào dài và rặn nhẹ để giảm co thắt bàng quang.
- Vệ sinh vùng sinh dục:

* Vệ sinh bộ phận sinh dục nữ

+ Bộc lộ vùng hậu môn sinh dục.

+ Cho người bệnh nằm ngửa 2 chân co, chống 2 bàn chân trên giường, đùi hơi giạng (tư thế sản khoa)

+ Trải nylon dưới mông và đặt bô dẹt.

+ Dùng kềm gắp gạc, rửa bằng nước chín từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong.

Rửa bằng nước xà bông loãng

Sau đó rửa bằng nước chín đến khi sạch

+ Thấm khô bộ phận sinh dục

+ Đổ nước dơ bỏ, lấy nylon ra

+ Mặc quần cho người bệnh

* Vệ sinh bộ phận sinh nam

+ Bộc lộ vùng hậu môn sinh dục

+ Cho người bệnh nằm ngửa 2 chân co, chống 2 bàn chân trên giường, đùi hơi giạng (tư thế sản khoa)

+ Trải nylon dưới mông và đặt bô dẹt

+ Đi găng

+ Dùng gạc lót quanh dương vật cầm dựng đứng.

+ Tay kia cầm kềm gắp gạc rửa từ lỗ niệu, bao quy đầu đến gốc dương vật

Rửa bằng nước xà bông loãng

Sau đó rửa lại bằng nước chín đến sạch

+ Thấm khô bộ phận sinh dục

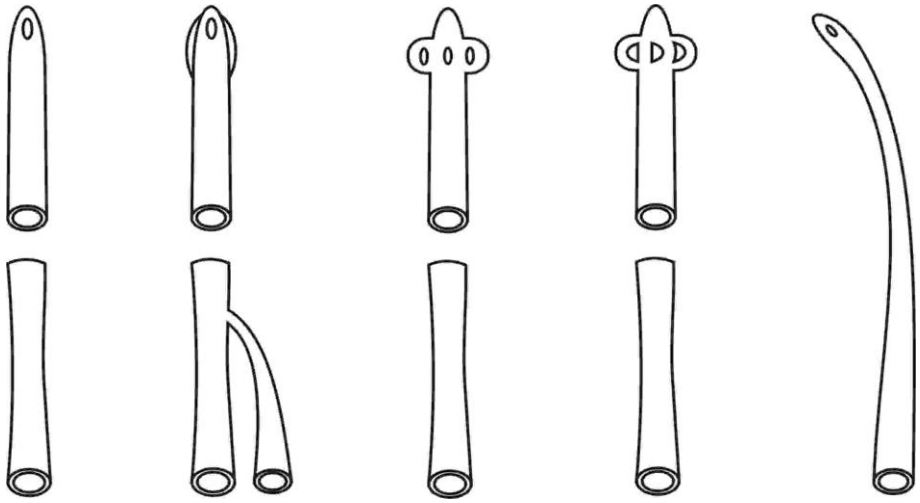
+ Đổ nước dơ bỏ, lấy nylon ra

+ Mặc quần cho người bệnh

**** Địa điểm*:**

- Thường được thực hiện tại phòng thủ thuật đủ điều kiện vô khuẩn.
- Tiến hành tại giường đối với trường hợp người bệnh nặng.

**** Dụng cụ*:**



NELATON FOLEY PEZZER MALECOT THÔNG SẮT

Sond Foley 2 nhánh ***Sond Foley 3 nhánh***

+ Dụng cụ vô khuẩn:
- Ống Nelaton (thông tiểu thường), Foley 2 nhánh (thông tiểu liên tục), 3 nhánh (thông liên tục, rửa bàng quang), có nhiều kích cỡ khác nhau
- Bồn hạt đậu
- Gòn, gạc miếng
- Kềm kelly
- Khăn có lỗ
- Chén chun
- Bơm tiêm
- Găng tay
+ Dụng cụ khác:
    - Tấm nylon
- Vải đắp
- Túi nylon
    - Bình phong
    - Ống nghiệm
    - Bô dẹt
+ Dung dịch:
    - Povidin 10%
    - Glycerin

2. Kỹ thuật tiến hành:

2.1. Thông tiểu nữ

1. Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh
2. Nhận định người bệnh - giải thích động viên
3. Điều dưỡng mang khẩu trang và rửa tay thường quy
4. Soạn dụng cụ đầy đủ và đúng kỹ thuật
5. Thông báo lại cho người bệnh
6. Che bình phong
7. Trải nylon dưới mông người bệnh

8. Phủ vải đắp, bỏ hẳn quần người bệnh ra, quấn vải đắp vào bàn chân
9. Để tư thế người bệnh nằm ngửa, chân chống bẹt rộng ra (tư thế khám sản khoa)
10. Đặt mâm dụng cụ vô khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh
11. Đặt bồn hạt đậu sạch vừa tầm tay
12. Bộc lộ bộ phận sinh dục
13. Điều dưỡng rửa tay thường quy
14. Mở khăn đậy mâm- mang găng vô khuẩn
15. Bôi trơn ống thông # 5 – 6cm
16. Trải khăn có lỗ chỉ để hở vùng bộ phận sinh dục
17. Dùng kềm gắp gòn nhúng vào dung dịch Betadin 10%, trước tiên rửa hai bên môi lớn từ trên xuống dưới theo một chiều, sau đó rửa hai bên môi nhỏ và cuối cùng là lỗ niệu.
18. Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn giữa hai bên đùi
19. Dùng tay thuận cầm ống thông cách đầu ống 5-6cm, đuôi ống để vào bồn hạt đậu. Đưa ống thông vào niệu đạo cho đến khi nước tiểu chảy ra
20. Giữ ống, cho nước tiểu chảy ra từ từ và gần hết đối với người bệnh bí tiểu. Nếu lấy nước tiểu làm xét nghiệm thì lấy nước tiểu giữa bãi.
Trường hợp cần lưu ống thông, bơm nước cất (nước muối sinh lý) vào bong bóng. Cố định ống vào đùi.
21. Gập ống lại rút ống ra, cho nước tiểu trong ống chảy ra hết (rút hết nước cất trong bong bóng trước khi rút)
22. Chậm khô lỗ tiểu bằng gạc, lau khô âm hộ.
23. Lấy tấm nylon ra, tháo găng
24. Giúp người bệnh nằm thoải mái
25. Phân loại rác và xử lý dụng cụ
26. Ghi phiếu chăm sóc:
- Ngày giờ đặt ống
- Số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu
- Tình trạng người bệnh
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THÔNG TIỂU NỮ
(thông tiểu thường)

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật		
3	Chuyển người bệnh sang buồng thủ thuật (nếu cần),tắt quạt kéo bình phong		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
4	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
5	*** Chuẩn bị dụng cụ**		

	Mâm chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: khăn có lỗ, gòn, gạc, 1 kềm kocher, ống thông nelaton, chén đựng betadin, gạc tẩm glycerin, bồn hạt đậu, găng tay		
	Dụng cụ sạch: ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu cần), vải đắp, tấm nilon, bồn hạt đậu hoặc túi đựng đồ dơ		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông		
7	Thay vải đắp, bỏ hẳn quần, xoay chéo vải đắp che kín chân và bộ phận sinh dục, để 2 chân chống, đùi hơi dạng		
8	Đặt mâm dụng cụ và túi đựng đồ bẩn, giữa 2 chân người bệnh, lưu ý người bệnh.		
9	Bộc lộ bộ phận sinh dục. Điều dưỡng rửa tay nhanh		
10	Mở mâm vô khuẩn, mang găng tay,bôi trơn ống thông 5- 6cm		
11	Trải khăn có lỗ để lộ bộ phận sinh dục		
12	Dùng kềm gắp gòn nhúng Betadin 10%, sát khuẩn bộ phận sinh dục theo thứ tự: môi lớn,môi bé 2 bên, lỗ tiểu từ trên xuống, tay nghịch vẫn giữ nguyên vị trí		
13	Tay thuận đặt bồn hạt đậu vô khuẩn để hứng nước tiểu		
14	Đưa đầu ống thông vào niệu đạo khoảng 4 – 5 cm, đuôi ống cho vào bồn hạt đậu hứng nước tiểu chảy ra, lấy nước tiểu giữa bãi vào ống nghiệm (nếu cần)		
15	Giữ ống cho nước tiểu chảy ra từ từ,gần hết, gập đầu ống thông rút ra, bỏ khăn có lỗ, lau khô vùng sinh dục		
16	Bỏ nilon, tháo găng tay, mặc quần và giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, thay vải đắp		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
17	Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu chăm sóc		

2.2. Thông tiểu nam

Tiến hành giống thông tiểu nữ từ bước 1- 14

15. Bối trơn ống thông # 15-20cm

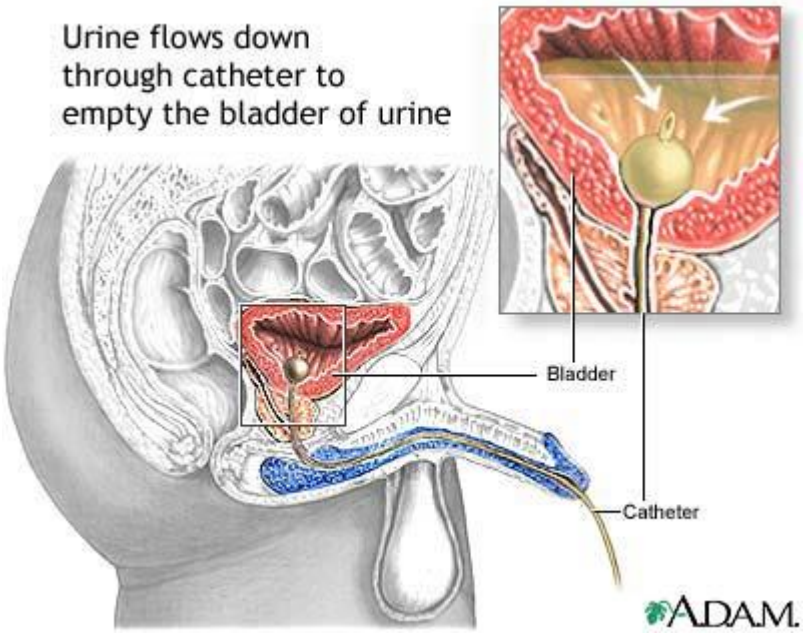
16. Trãi khăn lỗ chỉ để lộ dương vật người bệnh.

17. Dùng kềm gắp gòn nhúng vào Betadin 10% trước tiên rửa lỗ niệu, sau đó rửa bao quy đầu (rửa theo chiều xoắn ốc)

18. Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn giữa 2 bên đùi

19. Một tay cầm dương vật thẳng đứng (90 độ với cơ thể người bệnh) tay kia cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 10cm, hạ dương vật xuống (song song thành bụng), tiếp tục đẩy ống thông vào cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra.

Các bước còn lại tiến hành giống thông tiểu nữ



BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THÔNG TIỂU NAM
(thông tiểu thường)

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật		
3	Chuyển người bệnh sang buồng thủ thuật (nếu cần),tắt quạt kéo bình phong		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
4	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
5	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
	Mâm chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: khăn có lỗ, gòn, gạc, 1 kềm kocher, ống thông nelaton, chén đựng betadin, gạc tẩm glycerin, bồn hạt đậu, găng tay		
	Dụng cụ sạch: ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu cần), vải đắp, tấm nilon, bồn hạt đậu hoặc túi đựng đồ dơ		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông		
7	Thay vải đắp, bỏ hẳn quần, xoay chéo vải đắp che kín chân và bộ phận sinh dục, để 2 chân hơi dạng		
8	Đặt mâm dụng cụ và túi đựng đồ bẩn, giữa 2 chân người bệnh, lưu ý người bệnh.		
9	Bộc lộ bộ phận sinh dục. Điều dưỡng rửa tay nhanh		
10	Mở mâm vô khuẩn, mang găng tay,bôi trơn ống thông 15-20cm		
11	Trải khăn có lỗ để lộ bộ phận sinh dục		

12	Một tay cầm dương vật thẳng đứng để lộ lỗ tiểu. Một tay dùng kềm gắp gòn nhúng Betadin 10%, sát khuẩn lỗ tiểu từ trong đến bao quy đầu theo chiều xoắn ốc		
13	Tay thuận đặt bồn hạt đậu vô khuẩn để hứng nước tiểu		
14	Tay nghịch cầm dương vật thẳng đứng 1 góc 90^0, tay thuận đưa ống thông vào niệu đạo khoảng 10cm, hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào đến khi nước tiểu chảy ra (# 15cm), lấy nước tiểu giữa bãi vào ống nghiệm (nếu cần)		
15	Giữ ống cho nước tiểu chảy ra từ từ,gần hết, gập đầu ống thông rút ra, bỏ khăn có lỗ, lau khô lỗ tiểu		
16	Bỏ nilon, tháo găng tay, mặc quần và giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, thay vải đắp		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
17	Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu chăm sóc		

IV.NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý:

1. Xác định chính xác lỗ niệu đạo
2. Đưa ống thông vào nhẹ nhàng, không nên dùng sức đẩy ống thông vào khi gặp trở ngại
3. Tránh thông tiểu nhiều lần trong ngày, nếu cần nên đặt ống thông liên tục và không lưu ống quá 48 giờ
4. Trường hợp bàng quang căng to, chú ý gập ống lại cho nước tiểu ra từ từ tránh gây giảm áp lực đột ngột
5. Đảm bảo vô khuẩn trong quá trình tiến hành kỹ thuật.

B. KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG:

I. MỤC ĐÍCH

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

- Điều trị viêm bàng quang.

II. 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, cắt u xơ tiền liệt tuyến)

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

1. Nhận định người bệnh

- Tình trạng bệnh lý
- Có hay không đang đặt ống thông tiểu

- Nam hay nữ
- Tính chất, số lượng nước tiểu

2.Chuẩn bị:

**** Người bệnh***

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

**** Dụng cụ- dung dịch***

Nếu người bệnh chưa đặt thông tiểu, phải mang theo một bộ thông tiểu.

+ Dụng cụ vô khuẩn:

- Gạc
- Bơm tiêm 50 ml
- 2 bồn hạt đậu.
- Găng tay
- Gòn cồn iode

+ Dung dịch rửa theo y lệnh, có nhiệt độ 37-38 độ C

3. Kỹ thuật tiến hành

- Mang dụng cụ đến bên giường
- Báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm
- Che bình phong
- Tiến hành thông tiểu (nếu người bệnh chưa thông tiểu)
- Cho người bệnh nằm một bên giường
- Tháo rời đuôi ống và ống dẫn nước tiểu. Cho phần đuôi ống thông vào bồn hạt đậu.
- Dùng gạc bao bọc đầu nối của ống dẫn lưu nước tiểu để ở chỗ chắc chắn.
- Dùng bơm tiêm, bơm từ từ mỗi lần từ 200-250ml dung dịch rửa bàng quang, rút bơm tiêm ra cho nước tiểu chảy ra
- Tiếp tục làm lại nhiều lần cho đến khi dung dịch rửa chảy ra trong thì thôi
- Gắn lại ống thông tiểu vào ống dẫn lưu, lau khô chỗ nối
- Dọn dẹp dụng cụ:

. Xử lý các dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.

. Những dụng cụ khác trả về chổ cũ.

- Cho người bệnh nằm lại thoải mái
- Điều dưỡng rửa tay
- Ghi hồ sơ

☞ Ngày giờ rửa bàng quang

☞ Tên dung dịch rửa, tên thuốc và số lượng

☞ Tính chất dịch chảy ra

☞ Phản ứng của người bệnh nếu có

☞ Tên điều dưỡng thực hiện

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

(Người bệnh đã có thông tiểu liên tục)

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh:		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật.		
3	Chuyển người bệnh sang buồng thủ thuật hoặc che bình phong.		
	* Chuẩn bị người Điều dưỡng:		
4	Điều dưỡng có đầy đủ mũ, khẩu trang và rửa tay thường quy.		
5	* Chuẩn bị dụng cụ:		
	Mâm chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: gạc, kềm Kelly, gòn cồn iod, 2 bồn hạt đậu.		
	Bơm tiêm 50 ml, túi đựng nước tiểu, găng tay vô khuẩn		
	Dung dịch rửa, kéo, băng dính, vải đắp, tấm nilon, bồn hạt đậu.		
	* Kỹ thuật tiến hành:		
6	Rót dung dịch rửa ra bồn hạt đậu.. Sát trùng đầu nối.		
7	Điều dưỡng rửa tay nhanh. Mang găng tay		
8	Tháo rời đuôi ống và ống dẫn nước tiểu. Cho phần đuôi ống thông vào bồn hạt đậu.		
9	Dùng gạc bao bọc đầu nối của ống dẫn lưu nước tiểu để ở chỗ chắc chắn.		
10	Rút dung dịch rửa vào bơm tiêm mỗi lần 200-250ml bơm từ từ vào bàng quang		
11	Tháo bơm tiêm cho dịch chảy ra, bơm rửa nhiều lần đến khi sạch Quan sát., đánh giá dung dịch rửa		
12	Thay túi nước tiểu mới (nếu cần), lau khô bộ phận sinh dục		
13	Bỏ nilon, tháo găng tay, thay vải. Giúp người bệnh năm lại tư thế thoải mái.Dặn những điều cần thiết		

14	Dọn dẹp dụng cụ - rửa tay và ghi phiếu chăm sóc		

IV. NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý

- Tránh bơm rửa với áp lực mạnh nhất là khi bàng quang bị chảy máu.
- Trong khi rửa nếu thấy người bệnh mệt hoặc rửa chảy máu thì ngưng ngay và báo với bác sĩ.
- Nếu bơm vào mà nước không chảy ra, có thể thay ống khác nếu không có chỉ định đặc biệt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Thông tiểu được áp dụng trong các trường hợp:
   a. ……
   b. Bí tiểu
   c. ……
   d. ……
   e. Hôn mê.

2. Rửa bàng quang được áp dụng trong các trường hợp sau:

a……

b……...

c……

3.Rửa bàng quang là đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang nhằm mục đích làm…....……và……..……..

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT

4.Lượng dung dịch cần rửa bàng quang mỗi lần là:

a. 100ml b. 150ml

c. 250ml d. 180ml

5.Nhiệt độ rửa bàng quang thích hợp nhất là:

a. 40-42^0 C b. 37-38^0 C

c. 39^0 C d. 36-36,5^{0}C

BÀI 13:
KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY

MỤC TIÊU:

1.Kể được mục đích hút dịch dạ dày, trường hợp áp dụng và không áp dụng hút dịch dạ dày

2.Trình bày được những tai biến của hút dịch dạ dày, và cách đề phòng.

3. Thực hiện hút dịch dạ dày đúng quy trình kỹ thuật.

NỘI DUNG:

I. Cơ sở lý thuyết

1.1 Mục đích

- Hút dịch dạ dày là thủ thuật đưa ống thông qua đường mũi hoặc miệng vào dạ dày để hút dịch trong dạ dày với mục đích.

- Xét nghiệm: Tìm vi khuẩn, xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch dạ dày để góp phần chẩn đoán một số bệnh.

- Để làm giảm áp lực trong dạ dày, góp phần phòng ngừa và chống chướng bụng.

1.2. ÁP dụng

- Các bệnh về dạ dày: Viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị

- Nghi ngờ lao phổi ở trẻ em, vì trẻ nhỏ thường không ho khạc đờm ra ngoài mà lại nuốt đờm, nên thường lấy dịch dạ dày để soi tươi và nuôi cấy

tìm trực khuẩn lao.

- Các trường hợp bệnh nhân bị chướng bụng.

- Trước, trong và sau khi phẫu thuật đường tiêu hóa, đặc biệt là phẫu thuật dạ dày.

1.3. Không áp dụng.

- Bệnh lý ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch thực quản.

- Tổn thương cấp tính ở thực quản: Bỏng thực quản do hóa chất mạnh.

- Rò thực quản, bỏng thực quản

1.4. Tai biến:

- Xây xước gây chảy máu do đưa ống thông vào quá thô bạo.

- Đưa ống nhầm vào dường hô hấp

II. QUY TRìNH KỸ THUẬT

Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

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

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân biết về việc sắp làm. Động viên bệnh nhân yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật. Giải thích và hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân những vấn đề cần thiết nếu bệnh nhân là trẻ nhỏ hoặc bệnh nhân không tĩnh.

- Hướng dẫn cho bệnh nhân những điều cần thiết, dặn bệnh nhân nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 12 giờ trong trường hợp hút theo kế hoạch.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ: rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

2.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

Dụng cụ vô khuẩn được xếp trong một khay có trải và phủ bằng một khăn vô khuẩn.

- 1 ống Levin cỡ số tùy thuộc vào bệnh nhân.

- 1 bơm tiêm 20ml.

- 1 cốc đựng dầu nhờn.

- 1 khay quả đậu

- 1 kẹp ống thông.

- Vài miếng gạc.

-- *2.2.2. Dụng cụ sạch:*

- 1 lọ dầu nhờn

- 1 cốc nước chín

- 1 ống nghe tim phổi

- Băng dính - kéo cắt băng dính.

- Giá ống nghiệm và ống nghiệm

- Phiếu xét nghiệm

- Bút đánh dấu

- Găng tay sạch

2.2.3. Dụng cụ khác:

- Tấm nylon

- Khăn bông

- Khay quả đậu hoặc túi giấy.

- Chậu dung dịch sát khuẩn.

2.3. Tiến hành

- Mang dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

- Giao tiếp; cho bệnh nhân ngồi trên ghế tựa hai chân buông thõng hoặc cho bệnh nhân nằm đầu cao.

- Choàng nylon trước ngực bệnh nhân, phủ khăn bông phía ngoài.

- Đặt bồn hạt đậu cạnh má hoặc dưới cằm (nếu ngồi) để hứng đờøm dãi.

- Cắt băng dính

- Rửa tay, mở khay vô khuẩn.- Mang găng tay

- ĐỔ dầu nhờn ra cốc.

- Đo khoảng cách của ống thông rồi dùng bút hoặc băng dính đánh dấu lại, sau đo cuộn ống thông lại. Khoảng cách của ống thông được đo từ đỉnh mũi đến dái tai rồi từ dái tai xuống đến mũi xương ức.

- Cuộn tròn ống trong lòng bàn tay. Bôi trơn đầu ống thông.

- Người làm thủ thuật đứng đối điện với bệnh nhân chếch về một bên. Tay trái cầm ống thông đã cuộn, tay phải cầm phía đầu ống như kiểu cầm bút, tay nào thuận thì cầm đấu ống thông, cầm cách đầu ống thông 10 - 15cm.

- Yêu cầu người bệnh há miệng và nhẹ nhàng đưa ống thông vào một bên lỗ mũi người bệnh. Khi đầu ống thông vào đến họng (15 cm) thì bảo bệnh nhân ngả đầu về phía trước và nuốt, đẩy dần ống thông vào cho đến vạch đã đánh dấu thì ngừng lại. Cố định ống thông vào sống mũi hoặc một bên má bệnh nhân bằng băng dính.

+Trong khi đưa ống vào, tránh chạm đầu ống vào thành họng sẽ làm người bệnh bị kích thích, nôn nhiều, dừng lại vài giây, động viên họ cố gắng hợp tác. Nếu người bệnh ho sặc sụa, khó thở, tím tái thì phải rút ngay ống thông ra và đặt lại.

Đưa nhẹ nhàng tránh gây sây xát lỗ mũi bệnh nhân. Dùng cây đè lưỡi, người bệnh há miệng, kiểm tra ống.

+ Hút hoặc lau sạch đờm dãi ở mũi miệng bệnh nhân trước khi đưa ống thông vào.

+ Khi đưa ống thông vào bảo bệnh nhân há miệng thở đều hoặc có thể cho bệnh nhân ngậm một ít nước và uống khi nuốt ống thông.

+ Phải luôn quan sát bệnh nhân nếu thấy bệnh nhân ho sặc sụa, tiết nhiều đờm dãi, khó thở tím tái thì phải ngừng lại, rút ống ra và đặt lại.

- Kiểm tra xem đầu ống thông đã vào đến dạ dày chưa bằng một trong 3 cách sau:

+ Dùng bơm tiêm loại 50 ml hút qua đầu ngoài của ống, nếu thấy dịch dạ dày chảy ra là được.

+ Dùng bơm tiêm loại 50 ml hút 10 - 20ml không khí rồi bơm vào dạ dày qua đầu ngoài ống thông, đồng thời để loa ống nghe lên trên vùng thượng vị, mắc tai nghe vào tai để nghe trong khi bơm, nếu có tiếng động của không khí tức là đầu ống thông đã vào đến dạ dày.

+ Nhúng đầu ngoài ống thông vào cốc nước. Nếu không thấy bọt sủi lên là được.

- Hút dịch dạ dày:

- Hút nhẹ nhàng từ từ với áp lực thấp.

- Trường hợp bệnh nhân bị chướng thì hút cho đến lúc đỡ chướng thì thôi.

- Trường hợp để xác định số lượng dịch dạ dày thì phải hút cho đến lúc địch không còn chảy ra nữa.

- Nếu tìm trực khuẩn lao thì chỉ cần hút lấy 5ml vào ống nghiệm là đủ.

- Sau khi hút xong, kẹp ống thông lại rồi từ từ rút ống thông ra, rút ra đến đâu dùng gạc lau đến đó và cuộn gòn vào bàn tay cho đến khi coøn khoûang 20 cm thì bẻ gập ống lại rút nhanh ra hết ống rồi ngâm ống vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

- Cho bệnh nhân súc miệng bằng nước chín. – Lau miệng mũi

- Thu dọn khăn bông, ny long, bồn hạt đậu

- Sửa lại giường cho bệnh nhân, đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

- Gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm nếu có yêu cầu.

2.4. Thu dọn dụng cụ:

- Đưa toàn bộ dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định.

- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

2.5. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ làm thủ thuật

- Số lượng dịch hút ra, màu sắc, tính chất.

- Tình trạng chung của người bệnh.

- Các xét nghiệm đã làm.

- Tên người thực hiện.

III. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC BN TRONG VÀ SAU KHI HÚT DỊCH

- Trong khi hút không được di động ống.

- Quan sát và theo dõi sát bệnh nhân để tránh đưa nhầm ống thông vào đường hô hấp.

- Sau khi hút địch đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái, giữ ấm cho bệnh nhân (nếu là mùa đông).

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.

- Gửi đi làm xét nghiệm để giúp cho chẩn đoán.

- Hướng dẫn bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu, ăn nhẹ, ăn làm nhiều bữa, tránh các chất kích thích.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Rửa dạ dày được áp dụng trong các trường hợp
   A…… D……
   B. Trước khi mổ dạ dày. E. Say rượu nặng
   C……
2. Kể 5 nội dung chính phải ghi hồ sơ sau rửa dạ dày
   A…… D……
   B. Dung dịch rửa số lượng nước rửa E. Tên người thực hiện
   C……
3. Rửa dạ dày là thủ thuật đưa nước vào dạ dày để hút……(A)…… trong dạ dày nhằm mục đích……(B)……
   A……
   B……..
4. Trong khi rửa dạ dày, nếu thấy người bệnh kêu đau bụng ho0ặc chảy máu theo nước rửa phải ……(A)……và……(B)……
   A……
   B……
5. Để đảm bảo an toàn tính mạng cho người bệnh khi tiến hành rửa dạ dày cần phải đặt người bệnh nằm……(A)……
   A……

Bài 14:
KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

MỤC TIÊU

1. Kể được những nguyên nhân làm cho cơ thể thiếu oxy.
2. Nhận biết được những dấu hiệu, triệu chứng chính của thiếu oxy
3. Nêu được các phương pháp thở oxy
4. Trình được các tai biến khi sử dụng oxy và các biện pháp phòng ngừa
5. Thực hiện cho người bệnh thở oxy đúng quy trình kỹ thuật

NỘI DUNG

I. 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 vai trò rất quan trọng của hô hấp với sự sống. Thành phần không khí ở điều kiện bình thường (áp xuất 760mmHg) gồm có các chất khí sau:

Khí oxy chiếm 20,95 ~ 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 hòa 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 bốn giai đoạn chính:

- Thông khí: là giai đoạn mà không khí từ ngoài vào đến phế nang và ngược lại.
- Khuếch tán: là quá trình đưa oxy từ máu mao mạch phế bào đến tổ chức nhờ hồng cầu và huyết tương.
- 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 là quá trình hô hấp đều liên quan mật thiết và ảnh hưởng lẫn nhau. Một trong các giai đoạn trên bị rối loạn điều 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%.***

II. CÁC NGUYÊN NHÂN LÀM CHO CƠ THỂ BỊ THIẾU OXY

1. Chướng ngại ở đường hô hấp:

- Các chướng ngại ở đường hô hấp làm hẹp đường ra vào của không khí hay nói cách khác làm rối loạn thông khí, làm lượng oxy trong cơ thể ngày một giảm, khí carbonic ngày một tăng.
- Các chướng ngại ở thấp: viêm phế quản, hen, viêm phổi, do tăng tiết dịch nhầy đường hô hấp, do phù nề co thắt các cơ trơn phế quản làm hẹp đường ra vào của không khí.

2. Hạn chế hoạt động của lồng ngực:

- Do thần kinh gây liệt cơ hô hấp: chấn thương cột sống, viêm não,…
- Chấn thương lồng ngực: gãy xương sườn…
- Các bệnh lý phổi, màng phổi: tràn khí, tràn dịch màng phổi làm cho hô hấp bị hạn chế.

3. Các bệnh gây cản trở sự khuếch tán khí ở phổi:

- Viêm phổi thuỳ, ung thư phổi,…
- Phù phổi cấp

4. Các bệnh làm rối loạn quá trình vận chuyển oxy:

- **Bệnh về máu:**

+ Thiếu máu về số lượng: nôn ra máu, chảy máu..., gây thiếu máu nặng nề, làm cho số lượng hồng cầu còn lại không đủ đảm bảo vận chuyển oxy theo nhu cầu cơ thể, cơ thể lâm vào tình trạng thiếu oxy.

+ Thiếu máu về chất lượng.

+ Bệnh huyết sắc tố.

+ Ngộ độc oxyd carbon, clorat, nitrit...

Mắc các bệnh này làm cho máu không làm tròn nhiệm vụ vận chuyển oxy từ phổi đến tổ chức làm cho cơ thể thiếu oxy.

- **Bệnh tim mạch:**

+ Suy tim: làm ứ trệ tuần hoàn, tốc độ vận chuyển oxy

+ Bệnh còn ống động mạch, thông liên nhĩ, thông liên thất...

II. CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG CỦA 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.
- Biểu hiện lo âu hốt hoảng bồn chồn.
- Vật vã kích thích
- Giảm thị lực, mờ mắt.
- Ý thức lẫn lộn.
- 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 sau: tím tái, rút lõm lồng ngực (trẻ em), rối loạn nhịp thở, mạch nhanh, huyết áp hạ, phân tích khí trong máu động mạch bệnh nhân thấy áp lực riêng phần oxy (PaO_2) giảm, độ bão hòa oxy (SaO_2) giảm.

III. TAI BIẾN KHI SỬ DỤNG OXY VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:

A. TAI BIẾN:

1. Khô loét niêm mạc hô hấp

2. Tắc nghẽn đường hô hấp

3. Nhiễm trùng đường hô hấp

4. Chướng bụng do đặt ống sâu, liều cao

5. Vỡ phế nang do thở oxy liều cao: thở máy, nội khí quản
6. Ngộ độc oxy: xơ teo võng mạc (ở trẻ sơ sinh dùng liều cao và kéo dài), xơ hóa phổi, nhược hóa trung khu hô hấp
7. Cháy nổ

B. BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

1. Sử dụng đúng liều lượng theo chỉ định của bác sĩ.
   - Thông oxy mũi hầu, thông hai mũi (canula) 1 – 6 lít/1 phút.
   - Mặt nạ: 6 – 12 lít/ 1 phút.
2. Đảm bảo vô trùng:
   - Dụng cụ phải vô khuẩn.
   - Ống thông dùng một lần, phải thay mỗi 8 giờ/1 lần.
   - Vệ sinh mũi sạch sẽ.
3. Phòng tránh khô đường hô hấp:
   - Phải làm ẩm oxy bằng nước vô khuẩn.
   - Đảm bảo bệnh nhân được cung cấp đủ nước
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 ~ 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.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY

1. Các hệ thống cung cấp oxy lưu lượng thấp

1.1 Canuyn mũi (kính mũi)

- FiO2 cung cấp 24 – 45%

- Ưu diểm: tương đối thoải mái, dễ sử dụng, tương đối rẻ.

- Nhược điểm: FiO2 cung cấp rất thay đổi, phụ thuộc vào tốc độ dòng chảy (lưu lượng) của thiết bị được đặt và kiểu thông khí của người bệnh.

- Do dễ làm khô niêm mạc nên canun mũi không bao giờ để với tốc độ > 6 lít/phút.

Canuyn mũi

1.2 Mặt nạ đơn giản

- FiO2 cung cấp: 40 – 60%

- Ưu điểm: mức độ thoải mái chấp nhận được, dễ dùng, tương đối rẻ.

- Nhược điểm: nguy cơ sặc nếu người bệnh nôn vào mặt nạ. Nếu mặt nạ không khít sẽ làm giảm FiO2 cung cấp, FiO2 cung cấp cũng phụ thuộc vào kiểu thông khí của người bệnh và tốc độ dòng chảy của mặt nạ.

– Mặt nạ đơn giản không bao giờ được sử dụng với tốc độ dòng chảy <5 lít/phút nếu không CO2 sẽ tích luỹ dần trong mặt nạ và người bệnh sẽ hít lại.

5.1.3. Mặt nạ hít lại một phần

– FiO2 cung cấp: 60 – 80% (có thể cao hơn phụ thuộc vào kiểu thông khí của người bệnh).

– Ưu điểm: cung cấp ôxy với nồng độ vừa đến cao

– Nhược điểm: nguy cơ sặc nếu người bệnh nôn vào mặt nạ. Cũng có nguy cơ gây tích luỹ CO2 và để đề phòng hiện tượng này xảy ra, lưu lượng ôxy phải đủ và giữ cho túi được đổ đầy 2/3 trong thì hít vào.

5.1.4 Mặt nạ không hít lại

– FiO2 cung cấp: 80 – 100%

– Ưu điểm: có thể cung cấp 100% khí nguồn.

– Nhược điểm: cũng giống như các mặt nạ khác là sặc phổi khi người bệnh nôn vào mặt nạ.

– Mặt nạ không hít lại phải đặt lưu lượng ôxy > 7 lít/phút để giữ cho túi không xẹp trong thì thở vào.

Mặt nạ không hít lại (non-rebreath mast)

5.2. Hệ thống cung cấp oxy dòng chảy cao

5.2.1 Mặt nạ Venturi

- FiO2 cung cấp: 24- 50%

- Ưu điểm: FiO2 cung cấp chính xác, được chọn dùng cho những người bệnh bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

- Nhược điểm: có thể làm cho người bệnh không thoải mái và cảm thấy khó chịu.

Mặt nạ Venturi

5.2.2. Mặt nạ khí dung

- Ưu điểm: FiO2 cung cấp chính xác và có độ ẩm cao.

- Nhược điểm: Do có ống cỡ lớn nối với mặt nạ nên thêm khó chịu nếu lưu lượng không đủ.

5.2.3. Vòng cổ:

- Ưu điểm: thiết bị tốt để cung cấp ôxy và độ ẩm cho người bệnh được mở khí quản, cho phép người bệnh thực sự thoải mái.

- Nhược điểm: duy trì lâu có thể dẫn tới nhiễm khuẩn

5.2.4. Lều ôxy

- Thuận lợi: FiO2 cung cấp chính xác và độ ẩm cao

- Bất lợi: thiết bị cồng kềnh, vướng, khó chịu và làm người bệnh không thoải mái.

Lều oxy

6. Quy trình kỹ thuật

6.1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo giải thích, động viên người bệnh hít vào qua đường mũi để tránh làm loãng nồng độ ôxy.

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, thích hợp

    + Fowler

    + Nằm ngửa kê gối dưới vai

- Đảm bảo đường hô hấp được thông thoát

6.2 Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ vô khuẩn

    + Ống thở oxy mũi hầu

+ Ống thông mũi 2 đường (canuyn mũi)

+ Ống thông hút đờm dãi (nếu cần)

+ Gạc miếng

+ Găng tay

- Dụng cụ khác

+ Mặt nạ ôxy (cỡ số thích hợp cho từng người bệnh)

+ Băng dính, kéo

+ Cốc nước chín

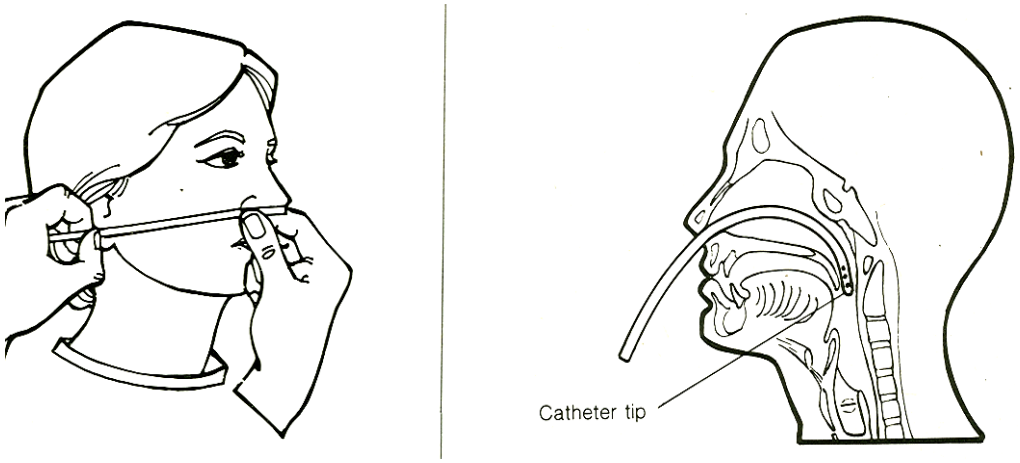
+ Tăm bông, (nước muối sinh lý 0,9%)

+ Bình làm ẩm ôxy chứa 2/3 nước cất hoặc nước chín

+ Bình đựng ôxy, áp lực kế, lưu lượng kế, dây dẫn, ống nối.

6.3. Tiến hành:

6.3.1. Thở ôxy bằng ống thông mũi hầu:

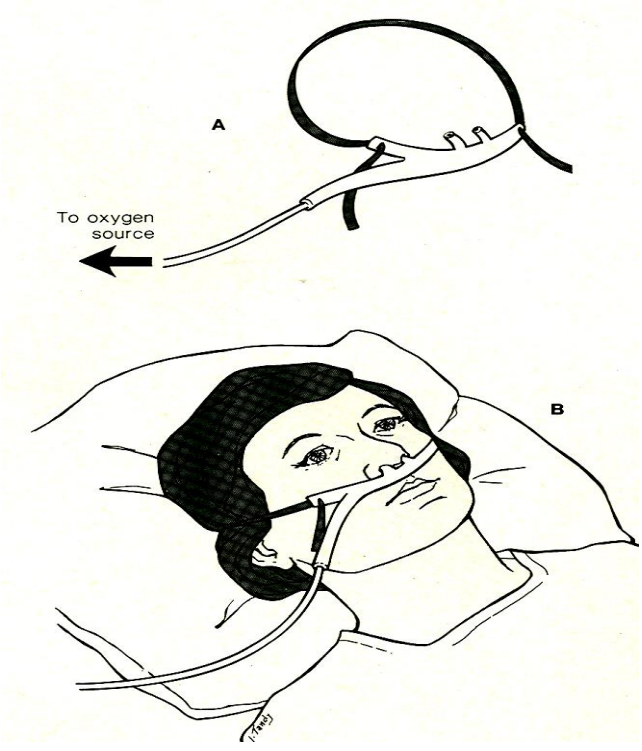


Thở oxy bằng ống thông mũi hầu

- Điều dưỡng rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến giường người bệnh
- Đánh giá tình trạng chung của người bệnh
- Vệ sinh mũi
- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm- nửa ngồi hoặc kê gối mỏng dưới vai giúp người bệnh thở dễ dàng.
- Điều dưỡng đi găng.
- Hút đờm, dãi cho người bệnh (nếu cần)
- Nối ống thông vào hệ thống ôxy, mở khoá ôxy, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống ôxy và ống thông.
- Khoá hệ thống ôxy

- Đo ống thông từ cánh mũi tới trỏi tai, đánh dấu bằng băng dính.
- Làm trơn đầu ống thông bằng nước chín hoặc nước cất.
- Mở khoá ôxy, điều chỉnh lượng ôxy theo y lệnh.
- Nhẹ nhàng đưa ống thông vào một bên lỗ mũi cho tới điểm đánh dấu.
- Cố định ống thông vào mũi - má (hoặc trên mũi) bằng băng dính.
- Theo dõi tình trạng người bệnh.
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.
- Ghi phiếu chăm sóc
    + Tình trạng người bệnh trước khi thở ôxy
    + Thời gian bắt đầu thực hiện thủ thuật, lưu lượng ôxy/ phút.
    + Tình trạng người bệnh sau khi cho thở
    + Người thực hiện

6.3.2. Thở ôxy bằng canuyn mũi (kính mũi)



Thở ôxy (kính mũi)

- Điều dưỡng rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến giường người bệnh
- Đánh giá tình trạng chung của người bệnh
- Vệ sinh mũi

- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm- nửa ngồi hoặc kê gối mỏng dưới vai giúp người bệnh thở dễ dàng.

- Điều dưỡng đi găng.

- Hút đờm, dãi cho người bệnh (nếu cần)

- Nối ống thông canuyn mũi (kính mũi) vào hệ thống ôxy, mở khoá ôxy, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống ôxy và ống thông.

- Điều chỉnh lượng ôxy theo y lệnh

- Đưa ống thông vào 2 lỗ mũi người bệnh.

- Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.

- Theo dõi tình trạng người bệnh

- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

- Ghi phiếu chăm sóc

+ Tình trạng người bệnh trước khi thở ôxy

+ Thời gian bắt đầu thực hiện thủ thuật, lưu lượng ôxy/ phút.

+ Tình trạng người bệnh sau khi làm thủ thuật

+ Người thực hiện

6.3.3 Thở ôxy qua mặt nạ

Thở ôxy qua mặt nạ

- Điều dưỡng rửa tay

- Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến giường người bệnh

- Đánh giá tình trạng chung của người bệnh

- Vệ sinh mũi

- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm- nửa ngồi hoặc kê gối mỏng dưới vai giúp người bệnh thở dễ dàng.

- Điều dưỡng đi găng.

- Hút đờm, dãi cho người bệnh (nếu cần)

- Nối dây dẫn của mặt nạ ôxy vào hệ thống ôxy, mở khoá ôxy, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống ôxy.

- Điều chỉnh lượng ôxy theo y lệnh.

- Đưa mặt nạ về phía mặt người bệnh và áp mặt nạ từ phía mũi xuống miệng.

- Điều chỉnh mặt nạ cho khít với mặt người bệnh sao cho càng ít ôxy thoát ra qua khe hở giữa mặt nạ với da mặt.

- Cố định bằng băng co giãn quanh đầu người bệnh.

- Theo dõi tình trạng người bệnh

- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

- Ghi phiếu chăm sóc

+ Tình trạng người bệnh trước khi thở ôxy

+ Thời gian bắt đầu thực hiện thủ thuật, lưu lượng ôxy/ phút.

+ Tình trạng người bệnh sau khi làm thủ thuật

+ Người thực hiện.

**** Lưu ý:***

+ Phải quan sát da mặt của người bệnh ở vùng đặt mặt nạ để xem có bị kích ứng do dị ứng với chất cao su, nhựa cao su hoặc nhựa của mặt nạ.

+ Sau khoảng 1 - 2 giờ phải tháo mặt nạ lau khô mặt cho người bệnh hoặc khi thấy mặt nạ đọng nhiều mồ hôi muối thì phải tháo ra lau khô ngay.

6.3.4. Thở oxy qua ống nội khí quản

- Điều dưỡng rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến giường người bệnh
- Đánh giá tình trạng chung của người bệnh
- Vệ sinh mũi
- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm- nửa ngồi hoặc kê gối mỏng dưới vai giúp người bệnh thở dễ dàng.
- Điều dưỡng đi găng.
- Hút đờm, dãi cho người bệnh (nếu cần)
- Nối ống thông dùng thở ôxy vào hệ thống ôxy, mở khoá ôxy, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống ôxy và ống thông.

- Điều chỉnh lượng ôxy theo y lệnh
- Nhẹ nhàng lắp ống thông vào ống nội khí quản hay ống mở khí quản.
- Cố định ống thông bằng băng dính.
- Theo dõi tình trạng người bệnh
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.
- Ghi phiếu chăm sóc

  + Tình trạng người bệnh trước khi thở ôxy

  + Thời gian bắt đầu thực hiện thủ thuật, lưu lượng ôxy/ phút.

  + Tình trạng người bệnh sau khi làm thủ thuật

  + Người thực hiện.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỞ OXY BẰNG ỐNG THÔNG MŨI HẦU

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang		
2	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ		
3	Kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy Đánh giá tình trạng người bệnh		
4	Hướng dẫn, giải thích cho người bệ nh hiểu về thủ thuật sắp làm, nếu người bệnh tĩnh. Đặt người bệnh tư thế thích hợp		
5	Hút đàm dãi, nếu có		
6	Vệ sinh mũi miệng		
7	Lắp ống thông oxy vào hệ thống oxy và mở van điều chỉnh, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống		
8	Đo và đánh dấu đầu ống thông		
9	Bôi trơn đầu ống thông		
10	Đưa ống thông vào lỗ mũi đúng kỹ thuật		
11	Dán băng dính cố định đầu ống thông		
12	Đ iều chỉnh lại lưu lượng oxy đúng chỉ định		
13	Theo dõi tình trạng người bệnh		
14	Thu dọn dụng cụ		
15	Ghi chép vào hồ sơ những nội dung cần thiết		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỞ OXY BẰNG ỐNG THÔNG HAI ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH MŨI)

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang		
2	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ		
3	Kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy Đánh giá tình trạng người bệnh		
4	Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật sắp làm, nếu người bệnh tĩnh Đặt người bệnh tư thế thích hợp		
5	Hút đàm dãi, nếu có		
6	Vệ sinh mũi miệng		
7	Lắp ống thông oxy hai đường (gọng kính) vào hệ thống oxy và mở van điều chỉnh, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống		
8	Đ ưa ống thông hai đường (gọng kính) vào hai lỗ mũi người bệnh đúng kỹ thuật		
9	Cố định ống thông bằng cách đeo hai dây dẫn oxy vào hai bên vành tai và cột hai dây vào dưới cằm của người bệnh		
10	Điều chỉnh lưu lượng oxy đúng chỉ định		
11	Theo dõi tình trạng người bệnh		

12	Thu dọn dụng cụ		
13	Ghi chép vào hồ sơ những nội dung cần thiết		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỞ OXY BẰNG ỐNG THÔNG NỘI KHÍ QUẢN HOẶC MỞ KHÍ QUẢN

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang		
2	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ		
3	Kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy Đánh giá tình trạng người bệnh		
4	Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật sắp làm, nếu người bệnh tỉnh. Đặt người bệnh tư thế thích hợp		
5	Hút đàm dãi, nếu có		
6	Lắp ống thông oxy vào hệ thống oxy và mở van điều chỉnh, kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống có thông không		
7	Điều chỉnh lưu lượng oxy đúng chỉ định		
8	Nhẹ nhàng đưa ống thông vào ống nội khí quản hay ống mở khí quản, cố định ống thông		
9	Theo dõi tình trạng người bệnh		
10	Thu dọn dụng cụ		
11	Ghi chép vào hồ sơ những nội dung cần thiết		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỞ OXY BẰNG MẶT NẠ

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang		
2	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ		
3	Kiểm tra sự hoạt động của toàn bộ hệ thống oxy Đánh giá tình trạng người bệnh		
4	Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật sắp làm, nếu người bệnh tỉnh Đặt người bệnh tư thế thích hợp		
5	Hút đàm dãi, nếu có		
6	Vệ sinh mũi miệng		
7	Lắp mặt nạ vào hệ thống oxy và mở van điều chỉnh lưu lượng oxy đến mức chỉ định		
8	Thử trên mu bàn tay xem có oxy không		
9	Nhẹ nhàng áp mặt nạ từ phía mũi xuống miệng, điều chỉnh cho khít vào mặt người bệnh.		
10	Cố định mặt nạ		
11	Theo dõi tình trạng người bệnh		
12	Thu dọn dụng cụ		
13	Ghi chép vào hồ sơ những nội dung cần thiết		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Các dấu hiệu triệu chứng của thiếu oxy

   A…… C……

   B…… D……

2. Thành phần không khí ở điều kiện bình thường (áp xuất 760 mmHg) gồm có các chất khí sau:

   A…… C……

   B……

3. Cỡ số thích hợp để cho thở oxy

   A: Trẻ em cỡ số……

   B: Người lớn cỡ số.....

4. Dùng biển……(A)…… hoặc biển "Không hút thuốc lá" treo ở khu vực có ……(B)……

   A……

   B……

Câu hỏi đúng/sai

5. Nguyên tắc bảo quản bình oxy

   A: Bình chứa oxy phải để nơi khô ráo.

   B: Được cố định chắc chắn.

   C: Hạn chế vận chuyển bình oxy.

6. Oáng thông oxy dùng cho người bệnh phải thay 8giờ/lần
7. Oáng thông oxy dùng cho người bệnh phải thay 4giờ/lần
8. Liều lượng oxy tối thiểu được sử dụng đối với người lớn là

   A: Xông oxy hai đường:1 – 4lít/phút.

   B: Mặt nạ đơn giản: 6 – 12lít/phút.

Chọn câu trả lời đúng nhất

9. Nồng độ oxy đạt được khi lưu lượng oxy là

   A: 8 – 12lít/phút, nồng độ oxy trong không khí thở sẽ đạt từ 35 – 60%.

   B: 10lít/phút, nồng độ oxy trong không khí thở sẽ đạt từ 35 – 40%.

   C: 13lít/phút, nồng độ oxy trong không khí thở sẽ đạt từ 35 – 50%.

   D: 11lít/phút, nồng độ oxy trong không khí thở sẽ đạt từ 35%.

10. Chăm sóc người bệnh thở oxy bằng mặt nạ cần phải

    A: Sau 1 – 2 giờ cần tháo mặt nạ lau khô, lau mặt cho người bệnh.

    B: Sau 3 giờ cần tháo mặt nạ lau khô, lau mặt cho người bệnh.

    C: Sau 4 giờ cần tháo mặt nạ lau khô, lau mặt cho người bệnh.

    D: Sau 30 phút tháo mặt nạ lau khô, lau mặt cho người bệnh.

Bài 15
KỸ THUẬT THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc thay băng rửa vết thương.
2. Tiến hành thay băng vết thương thường,vết thương nhiễm, vết thương có chỉ may v à cắt chỉ đúng quy trình kỹ thuật

NỘI DUNG:

I. MỤC ĐÍCH:

1. Giữ vết thương sạch và mau lành.
2. Che chở và ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
3. Thấm hút chất bài tiết.
4. Đắp thuốc vào vết thương nếu cần

II. NGUYÊN TẮC THAY BĂNG, RỬA VẾT THƯƠNG:

1. Đảm bảo tuyệt đối nguyên tắc vô khuẩn trong khi thay băng.

2. Dụng cụ thay băng phải đảm bảo tiêu chuẩn: mỗi người bệnh một bộ dụng cụ riêng. Vết thương nhiễm khuẩn, vết thương vùng hậu môn phải chuẩn bị dụng cụ riêng.

3. Thực hiện thao tác nhẹ nhàng, nhanh chóng, không làm tổn thương thêm các tổ chức, rút ngắn thời gian đau đớn cho người bệnh.

4. Đủ bông gạc thấm hút dịch trong 24 giờ và che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn

5. Khi tiến hành phải thay rửa vết thương sạch trước, vết thương nhiễm trùng sau.Vết thương có mủ cần lấy mủ vào ống nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ theo y lệnh

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG:

1. <u>Chuẩn bị địa điểm</u>:

Có buồng thay băng vô khuẩn đảm bảo sạch, thoáng, trường hợp người bệnh nặng có thể thực hiện tại giường.

2. **<u>Chuẩn bị bệnh nhân</u>**:

Thông báo, giải thích cho người bệnh và gia đình họ biết mục đích công việc sắp làm, để người bệnh yên tâm và phối hợp (nếu người bệnh tĩnh).

3. **<u>Chuẩn bị dụng cụ</u>** ï:

Trước khi chuẩn bị dụng cụ điều dưỡng viên rửa tay (phương pháp rửa tay ngoại khoa), đội mũ, đeo khẩu trang.

3.1.***<u>Dụng cụ vô khuẩn</u>***:

- 1 bộ dụng cụ thay băng vô trùng (mỗi người bệnh phải có một bộ dụng cụ riêng) trong đó gồm có:

+ 2 Kẹp phẫu tích hoặc kềm Kocher.

+ 2 chén đựng dung dịch sát trùng.

+ Gạc củ ấu hoặc bông cầu, gạc miếng có bông thấm nước.
+ Găng vô khuẩn.

- ***Dung dịch rửa vết thương*:**
+ Dung dịch oxi già.
+ Ether.
+ Dung dịch NaCl 0,9%.
+ Thuốc tím
+ Eau Dakin

- ***Dung dịch sát khuẩn:*** sát khuẩn bằng dung dịch betadin hoặc povidin, cồn 70^0+ iode 2% sát khuẩn vết thương có chỉ may

- ***Các loại thuốc dùng tại chỗ*:** (theo ylệnh)
+ Thuốc bột: kháng sinh
+ Thuốc mỡ: oxyd kẽm, mỡ kháng sinh.

Các dụng cụ khác:

- Mâm chữ nhật
- Bồn hạt đậu hoặc túi nylon để đựng bông dơ
- Kéo cắt băng.
- Băng dính, băng cuộn.
- Tấm nylon (giấy lót).
- Găng sạch, chậu dựng nước khử khuẩn, dung dịch rửa tay nhanh
- Phiếu chăm sóc

2. **Tiến hành kỹ thuật**:

Thay băng vết thương thường:

- Cho người bệnh nằm tư thế thích hợp.
- Che bình phong (nếu cần).
- Lót nylon (giấy lót) dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nylon nơi thích hợp.
- Tháo băng cũ bằng găng sạch hoặc bằng kẹp, bỏ băng bẩn vào bồn hạt đậu hoặc túi nylon bằng cách:

+ Tháo bỏ băng: nếu băng bị dính vào vết thương thì cần phải tưới dung dịch NaCl 0,9% lên gạc và vết thương, tháo bỏ nhẹ nhàng và tháo ngược chiều băng, hoặc dùng kéo cắt bỏ (dùng kềm nâng lên rồi cắt).

+ Nếu là băng dính khó bóc: dùng ether nhỏ vào băng thì tháo bỏ băng cũ sẽ dễ dàng.

- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói (hoặc hộp) dụng cụ, rót dung dịch sát khuẩn, đi găng vô khuẩn.
- Dùng hai kềm vô khuẩn: tay trái cầm kềm gắp gạc củ ấu (hoặc bông cầu) nhúng vào dung dịch sát khuẩn, sau đó chuyển gạc sang kềm bên tay phải, rửa vết thương từ trong ra ngoài (nếu là vết mổ, rửa từ trên xuống dưới theo một chiều).
- Rửa trong vết thương trước, sau đó rửa rộng xung quanh vết thương, dùng miếng gạc khác rửa tiếp cho đến khi sạch. Nếu người bệnh có nhiều vết thương trên cơ thể, cần phải thay vết thương sạch trước, thay vết thương nhiễm khuẩn sau.

- Thấm khô vết thương và xung quanh vết thương
- Đắp thuốc theo chỉ định (nếu có), đặt gạc che kín vết thương và băng lại bằng băng dính hoặc bằng vải.
- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ:
  + Ngâm dụng cụ đã dùng vào thau đựng dung dịch khử khuẩn
  + Dọn dẹp xe băng, lau rửa sạch và để vào nơi quy định
  + Rửa tay
- Ghi hồ sơ:
  + Ngày giờ thay băng.
  + Tình trạng vết thương
  + Dung dịch rửa vết thương.
  + Tên điều dưỡng thực hiện

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh. Quan sát vết thương		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
4	Mâm vô trùng: 2 kềm, 2 chén, gòn, gạc, găng tay		
5	Dung dịch rửa vết thương, băng dính hoặc băng cuộn, kéo		
6	Thau đựng dung dịch khử khuẩn,vải nilon, túi đựng đồ dơ, bồn hạt đậu, kềm hoặc găng sạch		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Cho người bệnh nằm tư thế thuận tiện, lót vải nilon dưới vết thương, bộc lộ vị trí vết thương		
8	Đặt bồn hạt đậu nơi thuận lợi, mang găng hoặc kềm sạch tháo băng dơ, nhận định tình trạng vết thương. Tháo bỏ găng dơ		
9	Điều dưỡng rửa tay nhanh, mở mâm vô trùng, rót dung dịch.Mang găng		
10	Dùng 2 kềm thấm dung dịch sát trùng rửa từ trên xuống dưới, từ trong vết thương ra ngoài, đến khi sạch.		
11	Rửa sạch xung quanh vết thương (từ mép vết thương ra ngoài)		

12	Thấm khô (đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh), đặt gạc phủ kín vết thương, băng lại hoặc để thoáng vết thương theo chỉ định		
13	Cho người bệnh nằm tiện nghi và dặn những điều cần thiết		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
14	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc		

<u>Thay băng vết thương nhiễm khuẩn</u>:

- Cho người bệnh ở tư thế thích hợp.
- Lót nylon (giấy lót) dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nylon đựng băng bẩn vào nơi thuận tiện.
- Tháo băng bẩn bằng găng sạch hoặc bằng kẹp cho băng bẩn vào khay hạt đậu (nếu dung dịch vết thương thấm dính vào băng cần thấm dung dịch NaCl 0,9% lên băng để tháo dễ dàng, tránh đau đớn cho người bệnh).
- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói dụng cụ, rót dung dịch, đi găng vô khuẩn.
- Tay cầm kềm thứ nhất gắp gòn nhúng vào dung dịch sát khuẩn, chuyển sang kềm thứ hai để rửa vết thương.
- Rửa xung quanh vết thương trước.
- Nặn hết mủ ở trong vết thương ra.
- Rửa trực tiếp vào vết thương: vết thương có nhiều ngõ ngách dùng oxy già để rửa, sau đó rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Cắt lọc hết tổ chức nhiễm khuẩn.
- Rửa sạch lại vết thương.
- Dùng gạc thấm khô vết thương, sát khuẩn bằng betadin.
- Đắp thuốc nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Đặc gạc che kín vết thương và băng lại.
- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
4	Mâm vô trùng: 2 kềm, 2 chén, kéo, gòn, gạc, găng tay		
5	Dung dịch rửa vết thương, băng dính hoặc băng cuộn, kéo		

6	Thau đựng dung dịch khử khuẩn,vải nilon, túi đựng đồ dơ, bồn hạt đậu, kềm hoặc găng sạch		
7	Chậu đựng dung dịch khử khuẩn, nilon, túi đựng đồ bẩn		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
8	-Cho người bệnh ở tư thế thích hợp. Lót nylon (giấy lót) dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nylon đựng băng bẩn vào nơi thuận tiện		
9	-Tháo băng bẩn bằng găng sạch hoặc bằng kẹp cho băng bẩn vào khay hạt đậu. Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.		
10	Rửa tay nhanh, mở gói dụng cụ, rót dung dịch, mang găng vô khuẩn.		
11	Tay cầm kềm thứ nhất gắp gòn nhúng vào dung dịch sát khuẩn, chuyển sang kềm thứ hai để rửa vết thương.		
12	Nặn hết mủ ở trong vết thương ra. Rửa trực tiếp vào vết thương đúng kỹ thuật. Cắt lọc hết tổ chức nhiễm khuẩn Rửa sạch lại vết thương		
13	Rửa sạch xung quanh vết thương Dùng gạc thấm khô vết thương, sát khuẩn lại bằng betadin hoặc đắp thuốc theo chỉ định.		
14	Đặt gạc che kín vết thương và băng lại		
15	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái và dặn những điều cần thiết.		
16	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc		

Thay băng và cắt chỉ vết thương:

Chỉ định:

- Vết thương khô, cắt chỉ sau 7 ngày mổ.
- Vết thương nhiễm khuẩn: có những triệu chứng: sưng,đỏ, đau thì phải cắt chỉ sớm vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3, cắt chỉ ngắt quảng (cắt một mũi bỏ một mũi) cho dịch và máu thoát ra để hạn chế viêm nhiễm ở bên trong, đến ngày thứ 7 cắt hết số chỉ chưa cắt.

Kỹ thuật tiến hành:

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY BĂNG VÀ CẮT CHỈ VẾT THƯƠNG

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		

	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
4	Mâm vô trùng: 2 kềm, 2 chén, kéo, gòn, gạc, găng tay		
5	Dung dịch rửa vết thương, băng dính hoặc băng cuộn, kéo		
6	Thau đựng dung dịch khử khuẩn,vải nilon, túi đựng đồ dơ, bồn hạt đậu, kềm hoặc găng sạch		
7	Chậu đựng dung dịch khử khuẩn, nilon, túi đựng đồ bẩn		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
8	-Cho người bệnh ở tư thế thích hợp. Lót nylon dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nylon đựng băng bẩn vào nơi thuận tiện		
9	-Tháo băng bẩn bằng găng sạch hoặc bằng kẹp cho băng bẩn vào khay hạt đậu. Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.		
10	Rửa tay nhanh, mở gói dụng cụ, rót dung dịch, mang găng vô khuẩn.		
11	Tay cầm kềm thứ nhất gắp gòn nhúng vào dung dịch sát khuẩn, chuyển sang kềm thứ hai để rửa vết thương và xung quanh		
12	Dùng gạc thấm khô vết thương, đặt 1 miếng gạc cạnh vết thương		
13	Tay trái dùng kềm mấu giữ nút mối chỉ kéo nhẹ lên, tay phải dùng kéo cắt vào điểm trắng của sợi chỉ sát mặt da, rút nhẹ		
14	Cắt lần lượt cho đến hết hoặc cách quãng theo y lệnh. Sát khuẩn lại vết thương và đắp thuốc nếu có		
15	Đặt gạc che kín vết thương,ø băng lại		
16	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái và dặn những điều cần thiết.		
	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc		

* ***Những điểm cần chú ý*:**

+ Thực hiện kỹ thuật thay băng, rửa vết thương phải tuyệt đối vô khuẩn.

+ Phải thay băng những vết thương sạch trước, vết thương nhiễm khuẩn sau.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

ĐIỀN VÀO CHỖ TRỐNG TỪ THÍCH HỢP:

1. Kể 4 mục đích của việc thay băng và rửa vết thương

A……

B……

C. Bôi, đắp thuốc khi có chỉ định.

2. Kể 5 nội dung điều dưỡng cần phải ghi vào hồ sơ người bệnh sau khi cắt chỉ, rửa vết thương

A. Ngày giờ.

B.....

C.....

D. Sát khuẩn dung dịch gì.

E. Tên người thay băng.

3. Khi thay băng, rửa vết thương điều dưỡng nên thao tác……(A)…, không làm .....(B).....thêm

4.Khi tiến hành thay băng, rửa vết thương phải đảm bảo nguyên tắc……(A)……

5.Khi thay băng, nếu vết thương dính gạc, điều dưỡng tưới dung dịch……(A)…… lên gạc cho dễ tháo.

CHỌN CÂU TRẢ LỜI ĐÚNG NHẤT

6. Muốn điều trị vết thương nhiễm khuẩn có hiệu quả cao nhất thì phải:

A. Thay băng hàng ngày.

B. Uống nhiều thuốc kháng sinh.

C. Chiếu tia hồng ngoại

D. Theo kháng sinh đồ

BÀI 16:
KỸ THUẬT THỤT THÁO – THỤT GIỮ

MỤC TIÊU

1-Nêu được mục đích - chỉ định - chống chỉ định của thụt tháo - thụt giữ.

2-Kể được các loại dung dịch dùng để thụt tháo - thụt giữ.

3-Trình bày đúng các điểm cần lưu ý khi thụt tháo.

4. Tiến hành thụt tháo đúng quy trình

NỘI DUNG

I-THỤT THÁO

1-Mục Đích:

Bơm nước hay các loại dung dịch khác vào ruột già để kích thích nhu động ruột giúp ruột tống phân ra ngoài dễ dàng.

2-Chỉ định - chống chỉ định:

2.1-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 sanh.
-Trước khi soi trực tràng.

2.2-Chống chỉ định:

-Bệnh thương hàn.
-Viêm ruột thừa.
-Tắc ruột.

3. Quy trình kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên bệnh nhân yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật, trường hợp bệnh nhân là trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh.

- Hướng dẫn căn dặn bệnh nhân những điều cần thiết. Không thụt vào giờ bệnh nhân ăn, hoặc giờ thăm bệnh nhân.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ

- 1 bốc thụt có gắn ống cao su có khóa

- 1 canuyn thụt hoặc ống thông hậu môn phù hợp với bệnh nhân. Nếu dùng ống thông thì phải có ống nối tiếp. Nên dùng ống thông để thụt cho bệnh nhân liệt và trẻ em.

- 1 bình đựng nước thụt.

+ Nước chín: Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nên dùng nước muối sinh lý.

+ Số lượng nước thụt tùy theo chỉ định, thông thường đối với người lớn: 500 - 1.000 ml, không được quá 1.500ml.

+ Đối với trẻ em: Số lượng dịch thụt tùy theo tuổi. Nhưng không được quá 500ml.

+ Nhiệt độ của dịch thụt: 37- 40^0C

- 1 khay quả đậu

- Vài miếng gạc.

- Dầu nhờn

- 1 tấm nylon

- 1 vải đắp hoặc chăn.

- 1 bô dẹt

- Giấy vệ sinh

- Trụ treo bốc thụt

- Bình phong che nếu làm tại bệnh phòng.

3.3. Kỹ thuật tiến hành:

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

- Thay vải đắp.

- Kéo bình phong che để tránh ảnh hưởng tới bệnh nhân khác khi làm ở buồng bệnh.

- Lót tấm nylon dưới mông bệnh nhân.

- Bỏ hẳn quần bệnh nhân ra nếu bệnh nhân không đi lại được.

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh:

+ Thông thường cho bệnh nhân nằm nghiêng trái.

+ Trường hợp bệnh nhân liệt cho bệnh nhân nằm ngửa trên bô dẹt, nâng cao đầu cho bệnh nhân.

- Lắp canuyn hoặc ống thông vào ống cao su của bốc thụt. Kẹp ống lại.

- Đổ nước vào bốc thụt.

- Treo bốc thụt lên trụ cách mặt giường 50 - 80 cm. Không treo bốc quá cao vì treo cao nước chảy vào với áp lực mạnh gây kích thích, tăng nhu động ruột gây cản trở nước không vào sâu được ảnh hưởng đến kết quả thụt và làm bệnh nhân khó chịu.

- Bôi trơn canuyn hoặc đầu ống thông.

- Mở kẹp cho nước chảy vào khay quả đậu nhằm đuổi không khí và phần nước lạnh trong ống ra ngoài, đồng thời kiểm tra sự thông thoát của ống cao su, canuyn hoặc ống thông. Sau đó lại kẹp ống lại. Có thể kiểm tra lại nhiệt độ của nước thụt bằng cách cho vài giọt chảy vào mu bàn tay. Nếu thấy nóng quá hoặc lạnh quá thì phải điều chỉnh lại.

- Bỏ vải đắp để lộ mông bệnh nhân, một tay vạch mông bệnh nhân để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa canuyn hoặc ống thông vào hậu môn cho tới khi được 2/3 canuyn hoặc ống vào sâu từ 12-15cm là được.

+ Trong khi đưa canuyn hoặc ống thông vào bảo bệnh nhân há miệng thở đều.

+ Nếu dùng canuyn thì lúc đầu phải hướng canuyn theo chiều hậu môn rốn tới khoảng 2-3cm sau đó đưa canuyn hướng về phía cột sống. Theo vị trí giải phẫu của ruột thẳng (trực tràng).

- Mở kẹp để cho nước chảy vào từ từ.

+ Một tay phải luôn giữ canuyn hoặc ống thông để đề phòng canuyn hoặc ống thông bị bật ra ngoài.

- Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không:

+ Quan sát lượng nước ở trong bốc.

+ Hỏi bệnh nhân xem có thấy cảm giác nước vào ruột không.

+ Nếu dịch không chảy thì phải xem lại canuyn hoặc ống thông. Có thể rút lui Canuyn ra một chút rồi lại đẩy vào đồng thời nâng cao bốc lên để tạo sự thay đổi áp lực.

+ Trong lúc dịch chảy vào nếu bệnh nhân kêu đau, tức khó chịu, mót rặn muốn đi đại tiện thì phải khóa ngay ống lại, để bệnh nhân nghỉ một lát; khi các dấu hiệu trên giảm đi thì lại tiếp tục cho dịch chảy vào với áp lực thấp hơn.

- Khi nước trong bốc đã chảy gần hết thì kẹp ống lại, nhẹ nhàng rút canuyn hoặc ống thông ra, dùng giấy vệ sinh bọc canuyn rồi để vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào thùng đựng dung dịch sát khuẩn. Treo ống cao su lên trụ.

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10-15 phút.

- Đưa bô cho bệnh nhân hoặc giúp bệnh nhân đi ra nhà vệ sinh.

- Khi bệnh nhân đi đại tiện xong giúp bệnh nhân lau chùi sạch sẽ.

- Rửa tay cho bệnh nhân, hoặc giúp bệnh nhân tự lau chùi.

- Lấy tấm nylon ra.

- Sửa lại giường cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

3.4. Thu dọn và bảo quản dụng cụ:

- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định.

- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

3.5. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ thụt.

- Dung dịch thụt - số lượng.

- Kết quả thụt, tính chất phân.

- Tên người làm thủ thuật.

4. Những điểm cần lưu ý:

- Trong lúc nước vào đại tràng, nếu bệnh nhân kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện, phải ngừng ngay không cho nước chảy vào và báo bác sĩ.

- Kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi thụt tránh gây tổn thương niêm mạc

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỤT THÁO

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh		
2	Thông báo, giải thích, động viên người bệnh yên tâm		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
4	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
	Mâm chữ nhật, gạc tẩm glycerin, gạc sạch, nhiệt kế đo nhiệt độ nước, canuyn hoặc sonde rectal (bn liệt)		
	Bốc thụt, ca múc nước,trụ treo, bô, giấy vệ sinh, túi nylon đựng đồ bẩn		
	Tấm nilon, găng tay, vải đắp, bồn hạt đậu		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
5	Đưa người bệnh đến phòng thủ thuật hoặc che bình phong		
6	Kiểm tra nhiệt độ của nước, đổ nước vào bốc, treo bốc lên trụ cách mặt giường 50 – 80 cm		
7	Thay mền bằng vải đắp, lót tấm nilon dưới mông		
8	Đặt người bệnh nằm nghiêng (chân dưới duỗi thẳng, chân trên co). Kéo quần người bệnh khỏi mông.		
9	Mang găng, gắn canuyn hoặc sonde, bôi chất trơn. Đuổi khí		
10	Mở vải đắp. Vạch mông. Bảo bệnh nhân há miệng thở đều.Điều dưỡng 1 tay cầm gạc vạch hậu môn, đưa vào khoảng 2/3 canuyn hoặc 12 – 15cm (ống thông)		
11	Mở khóa cho nước chảy từ từ, tay giữ canuyn Kiểm tra lượng nước trong bốc, hỏi phản ứng của người bệnh.		
12	Khi gần hết lượng nước thụt, khóa lại, nhẹ nhàng rút canuyn ra. Bọc giấy mở canuyn cho vào bồn hạt đậu		
13	Bỏ nilon,thay vải đắp, giúp người bệnh nằm ngửa lại. Dặn người bệnh cố giữ nước 10 – 15 phút hoặc giúp người bệnh đi vệ sinh		
14	Thu dọn dụng cụ, tháo găng		
15	Ghi phiếu chăm sóc		

II-THỤT GIỮ:

1-Mục đích:

Cho thức ăn qua trực tràng vào ruột già để nuôi dưỡng bệnh nhân.

2-Chỉ định:

Các bệnh nhân không thể cho ăn bằng đường dạ dày:

-Ung thư thực quản.
-Ung thư dạ dày.
-Tổn thương tá tràng.

3-Các thức ăn dùng để thụt giữ:

Dùng dưới dạng dung dịch:
-Sữa + trứng.
-Sữa + súp thịt + lòng đỏ trứng.
-Nước trái cây.

Ngoài ra người ta còn thụ giữ:
-Thuốc nhuận tràng và tẩy.
-Thuốc trị giun sán, trị Amib.
-Thuốc giảm đau, an thần, chống co giật.
-Dung dịch mặn ưu trương để kích thích nhu động ruột: NaCl 30% - nước mắm ăn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI NHỎ:

1. Kể chỉ định của thụt tháo
2. Kể 3 chống chỉ định của thụt tháo
3. Trình bày những điểm cần lưu ý khi tiến hành thụt tháo cho người bệnh
4. Nêu mục đích của thụt giữ
5. Kể 3 chỉ định thụt giữ

CHỌN CÂU ĐÚNG – SAI:

6. Chỉ định thụt tháo cho người bệnh sau 2 ngày chưa đi tiêu
7. Chỉ định thụt tháo cho bệnh nhân thương hàn
8. Thụt giữ chỉ định cho bệnh nhân viêm ruột thừa
9. Thụt tháo cho bệnh nhân trước khi soi dạ dày
10. Thụt tháo cho bệnh nhân trước khi soi đại tràng

Bài 17:
KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG - CHƯỜM LẠNH

MỤC TIÊU:

1. Nêu được mục đích của chườm nóng - chườm lạnh.
2. Kể đúng, đủ chỉ định & chống chỉ định của chườm nóng -. chườm lạnh
3. Tiến hành chườm nóng - chườm lạnh đúng kỹ thuật

NỘI DUNG:

I. CHƯỜM NÓNG:

1. Chườm nóng khô:

1.1. Mục đích:

- Sưởi ấm bệnh nhân
- Làm dịu cơn đau.
- Giảm viêm, sưng, sung huyết các bộ phận trong sâu
- Mau nung mủ.

1.2. Chỉ định:

- Trẻ sơ sinh
- Người già khi trời rét
- Các cơn đau: thần kinh, cơ, khớp,…

1.3. Chống chỉ định:

- Viêm ruột thừa
- Viêm màng bụng cấp
- Nhiễm trùng răng
- Các bệnh nhiễm khuẩn gây mủ nặng.
- Xuất huyết
- Những vùng không có cảm giác
- Đau bụng không rõ nguyên nhân

1.4. Những điểm cần lưu ý:

- Phải đo nhiệt độ của nước chườm theo đúng chỉ định.
- Thường xuyên theo dõi da bệnh nhân vùng chườm, nhất là những người già, trẻ em suy dinh dưỡng, thiếu máu, bệnh nhân rối loạn cảm giác.
- Không cho bệnh nhân đè lên túi chườm.

- Không nên chườm quá lâu. Thông thường mỗi lần chườm từ 20 - 40 phút. Nếu cần thì 2-3 giờ sau cho chườm lại vì chườm lâu làm cho da mềm, các lỗ chân lông giãn ra vi khuẩn dễ xâm nhập vào cơ thể gây nhiễm khuẩn da, cơ

2. Chườm nóng ướt:

2.1. M ục đích:

Giống như chườm nóng khô, nhưng cho kết quả nhanh hơn

2.2. <u>Chỉ định</u>:

- Vết thương hở
- U nhọt
- Nhiễm khuẩn nhẹ như đau mắt

2.3. Kỹ thuật chườm nóng ướt:

- ***Chuẩn bị bệnh nhân:*** như phần chườm nóng khô.
- ***Chuẩn bị dụng cụ:***

- Bình đựng nước hay dung dịch chườm theo chỉ định (cồn Boric 2%, dung dịch NaCl 0,9%, rượu quế, rượu hồi...)
- Nếu chườm lên vết thương hở thì dung dịch chườm phải đảm bảo vô khuẩn.
- Nhiệt độ của dung dịch chườm 40-50^{o}C.
- Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước chườm.
- Gạc miếng hoặc khăn bông. Kích thước của gạc hay khăn tùy thuộc vào diện tích vùng chườm. Nếu đắp lên vết thương hở thì phải chuẩn bị gạc vô khuẩn.
- 2 kẹp hoặc kìm Kocher
- Tấm nylon hoặc vải dày (Phủ ngoài gạc hoặc khăn để giữ sức nóng được lâu.)
- Dầu nhờn: Vaselin

- ***Tiến hành:***

- Pha nước, kiểm tra nhiệt độ của nước chườm. Nếu không có phích nước nóng thì phải đun dung dịch hay nước nguội cho tới khi thấy bốc hơi. (Nhiệt độ của dung dịch hoặc nước lúc này ở khoảng 40-50^{o}C).
- Đem dụng cụ đến bên giường bệnh.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế thích hợp.
- Nhúng gạc hoặc khăn vào dung dịch.
- Vắt cho ráo bằng kềm Kocher (Khi chườm nóng ướt lên vết thương hở phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn.)
- Mở rộng khăn ra, từ từ đắp lên vùng chườm.
- Phủ tấm nylon hoặc vải dày lên trên lớp gạc hoặc khăn chườm.
- Thay gạc hoặc khăn chườm khi hết nóng (trung bình 10 phút thay 1 lần)
- Lấy gạc hoặc khăn ra khi không chườm nữa.

- Không nên chườm quá lâu. Thời gian mỗi lần chườm từ 20-40 phút. Sau đó cho bệnh nhân nghỉ một vài giờ rồi lại chườm tiếp nếu cần.

- Lau khô da bệnh nhân, xoa dầu nhờn. khi bệnh nhân kêu nóng rát. Không xoa đầu lên mặt vết thương.

- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

- Trường hợp chườm ở mắt: Dùng gạc vuông 5x5 cm.Nếu có một mắt đau thì phải che mắt lành lại. Cho bệnh nhân nằm nghiêng về bên mắt đau để tránh gạc đè lên mắt đau.

- ***Thu dọn và bảo quản dụng cụ:***

- Đưa toàn bộ dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định.

- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

- ***Ghi hồ sơ:***

Như phần chườm nóng khô.

- ***Những điểm cần lưu ý:***

- Tuyệt đối giữ kỹ thuật vô trùng khi chườm nóng trên vết thương hở.

- Đắp mắt dùng vải thưa kích thước nhỏ 5.5cm hay gòn bao, nếu có một mắt đau đậy mắt lành lại cho mặt hơi nghiêng về phía mắt đau

II. CHƯỜM LẠNH:

1. Mục đích:

- Làm hạ nhiệt độ
- Cầm máu
- Giảm đau,sưng, xung huyết tại chỗ
- Giảm nhịp đậm của tim
- Chậm nung mủ

2. Chỉ định:

- Xuất huyết
- Sốt cao
- Nhức đầu
- Chấn thương sọ não
- Sau mỗ bướu cổ
- Các chứng viêm: tai vòi, cơ tim, túi mật
- Các trường hợp đau ngực, bụng

3. Chống chỉ định:

- Xuất huyết phổi
- Tuần hoàn cục bộ kém
- Thân nhiệt thấp
- Người già yếu

4.Những điểm cần lưu ý:

- Trường hợp cần làm hạ thân nhiệt thì phải dùng nhiều túi, đặt túi chườm ở những vùng da mỏng, nơi có nhiều mạch máu lớn chạy qua.
- Không đặt túi chườm kéo dài, thỉnh thoảng phải ngừng chườm một vài giờ sau đó chườm lại.
- Ngừng chườm ngay khi theo dõi thấy da bệnh nhân tím tái, bệnh nhân kêu tê, mất cảm giác vùng chườm, thân nhiệt giảm xuống dưới mức bình thường.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG KHÔ BẰNG TÚI CHƯỜM

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Xem y lệnh, đối chiếu người bệnh.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh yên tâm.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
3	Khay chữ nhật, Túi chườm (kiểm tra), ca.nước chườm,		
4	Nhiệt kế bách phân (đo nhiệt độ của nước), khăn bông to, khăn bông nhỏ, cốc đựng bông tẩm vaselin		
5	Kiểm tra nhiệt độ của nước, đổ nước vào 1/2 – 2/3 túi chườm, đuổi khí,vặn chặt nắp,dốc ngược túi kiểm tra, lau khô, bọc khăn quanh túi chườm.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vị trí chườm.		
7	Đặt túi chườm lên vị trí chườm, miệng túi quay lên trên		
8	Hỏi cảm giác của người bệnh, cố định túi chườm		
9	Dặn người bệnh lưu ý túi chườm		
10	Thời gian mỗi lần chườm 20 - 40 phút, theo dõi quan sát vùng chườm, xoa vaselin tại vị trí chườm (nếu cần).		
11	Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái.		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
12	Thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc.		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHƯỜM LẠNH BẰNG TÚI CHƯỜM

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Xem y lệnh, đối chiếu người bệnh.		
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh yên tâm.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
3	Khay chữ nhật, Túi chườm (kiểm tra), đá, vồ đập đá, chậu nước.		

4	Cốc đựng bột talc và gòn viên,khăn bông to, khăn bông nhỏ.		
5	Cho đá vào 1/2 – 2/3 túi chườm, đuổi hết khí. Đậy nắp, lau khô, bộc khăn quanh túi chườm.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vị trí chườm.		
7	Đặt túi chườm lên vị trí chườm.		
8	Hỏi cảm giác của người bệnh. Cố định túi chườm		
9	Thời gian tối đa mỗi lần chườm là 2 giờ. Thỉnh thoảng tháo bớt nước trong túi.		
10	Chườm xong lấy túi ra, lau khô nơi chườm, xoa bột talc (nếu cần).		
11	Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái.		
12	Thu dọn dụng cụ. Ghi phiếu chăm sóc.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu đúng nhất:

1. Những trường hợp nào cần chườm lạnh:
   a. Xuất huyết ở phổi
   b. Thiếu máu
   c. Sốt cao
   d. Táo bón
2. Những trường hợp nào không được chườm lạnh:
   a. Thân nhiệt thấp
   b. Đau ngực, đau bụng
   c. Người già
   d. Sau phẫu thuật tuyến giáp
3. Những trường hợp nào cần chườm nóng:
   a. Đau bụng chưa rõ nguyên nhân
   b. Xuất huyết tiêu hoá
   c. Trẻ sơ sinh thiếu tháng
   d. Vùng chi mất cảm giác
4. Những trường hợp nào không được chườm nóng:
   a. Viêm ruột thừa
   b. Đau bụng kinh
   c. Người già yếu
   d. Trẻ sơ sinh thiếu tháng

Chọn câu đúng – sai:

5. Thời gian chườm nóng mỗi lần trung bình từ 3 – 4 giờ
6. Cần đặt túi chườm trực tiếp lên da để tăng tác dụng
7. Không áp dụng chườm nóng khi bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá

Bài 18:
VỆ SINH ĐÔI TAY, MẶC ÁO CHOÀNG, MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG, GĂNG TAY VÔ KHUẨN

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được mục đích của rửa tay nội khoa và ngoại khoa, đeo khẩu trang, mặc áo choàng và mang găng tay vô khuẩn.
2. Thực hiện được rửa tay nội và ngoại khoa, đeo khẩu trang, mặc áo choàng, mang găng tay vô khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

NỘI DUNG:

I. RỬA TAY:

1. Mục đích:

Rửa tay là phương pháp hiệu quả nhất để ngăn ngừa sự lan truyền vi khuẩn qua đôi bàn tay nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh và nhân viên y tế.

2. Các phương pháp rửa tay:

2.1. Rửa tay nội khoa:

2.1.1. Chỉ định:

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

2.1.2. Chuẩn bị dụng cụ:

Lavabô, vòi nước có gạt

Dung dịch sát khuẩn hoặc xà phòng

Hộp đựng khăn vô khuẩn dùng một lần hoặc khăn giấy,

Khăn lau tay sạch.

Thùng hoặc túi đựng khăn bẩn

Máy sấy tay (nếu có).

2.1.3. Chuẩn bị điều dưỡng:

Đội mũ, đeo khẩu trang, cắt móng tay, tháo bỏ trang sức.

2.1.4. Tiến hành:

- Mở vòi nước, làm ướt bàn tay, cho xà phòng vào lòng bàn tay.

- Chà hai lòng bàn tay vào nhau (5 lần).

- Chà lòng bàn tay phải lên mu bàn tay trái và ngược lại, các ngón tay xen kẽ nhau (5 lần).

- Chà hai lòng bàn tay vào nhau, các ngón tay xen kẽ nhau (5 lần).

- Chà mu các ngón tay phải vào lòng bàn tay trái và ngược lại (5lần).

- Chà xát các đầu ngón tay phải vào lòng bàn tay trái và ngược lại (5 lần).

- Chà xát xung quanh hai ngón cái (5 lần).

- Xả nước rửa sạch toàn bộ hai bàn tay.

- Xả nước từ các đầu ngón tay đến bàn tay (đầu ngón tay cao hơn cẳng tay).

- Lấy khăn sạch thấm khô bàn tay, khô các kẽ ngón tay.

- Khóa vòi nước bằng khăn thường dùng, bỏ khăn vào thùng thu gom khăn.

2.2. Rửa tay ngoại khoa:

2.2.1. Áp dụng:

- Trước khi tiến hành phẫu thuật.

- Áp dụng đối với kỹ thuật viên, kỹ thuật viên dụng cụ.

- Áp dụng đối với điều dưỡng viên thực hiện các kỹ thuật ngoại khoa như: thay băng, cắt chỉ...

2.2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Đồng hồ, lavabô, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân.

- Bàn chải vô khuẩn, xà phòng có chất diệt khuẩn, khăn lau tay vô khuẩn, cồn 70^{o}C, hộp đựng găng tay vô khuẩn, thùng (túi) đựng khăn đã lau tay.

2.2.3. Chuẩn bị điều dưỡng:

- Đội mũ che kín tóc, đeo khẩu trang, tháo bỏ trang sức, cắt móng tay.

2.2.4. Tiến hành:

Lần 1:

- Vén tay áo quá khuỷu 10 – 20 cm.

- Mở vòi nước bằng khuỷu tay hoặc bằng chân.

- Làm ướt bàn tay, cẳng tay và khuỷu tay.

- Dùng bàn chải thứ nhất nhúng vào dung dịch xà phòng chín hoặc dung dịch rửa tay, đánh cọ tay trong năm phút.

- Dùng bàn chải cọ rửa các đầu, kẽ và cạnh ngón tay theo chiều dọc hoặc vòng xoáy ốc (tránh cọ ngược tay).

- Đánh cọ lòng bàn tay và mu bàn tay, đánh cho nổi bọt xà phòng.

- Đánh cọ cổ tay, cẳng tay lên quá khuỷu 5 – 10cm.

- Rửa tay dưới vòi nước chảy từ bàn tay xuống cẳng tay.

Lần 2:

- Dùng bàn chải thứ hai đánh rửa như lần một (trong 5 phút).

Lần 3:

- Dùng bàn chải thứ ba đánh rửa như lần hai (trong 5 phút).

- Sau mỗi lần đánh rửa, dội hết nước xà phòng, chất bẩn từ các ngón đến bàn tay, cổ tay, khuỷu tay dưới vòi nước.

- Bỏ bàn chải đã sử dụng vào thùng đựng bàn chải.

- Trong suốt quá trình rửa, hai bàn tay luôn giơ cao.

- Dùng khăn vô khuẩn thấm khô tay.

- Bỏ khăn lau vào thùng đựng khăn bẩn.

- Ngâm hai bàn tay, cổ tay vào chậu cồn hoặc cloramin B 5% trong 3 phút.

- Để tay trước ngực, tránh va chạm vào quần áo, các vật dụng xung quanh.

2.3. Những điểm cần lưu ý:

- Phải cắt móng tay, tháo bỏ đồng hồ, nhẫn trước khi rửa tay.

- Khăn lau tay chỉ dùng một lần.

- Tiến hành kỹ thuật rửa tay theo đúng quy trình.

II. MẶC VÀ CỞI ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN:

1. Mục đích:

Ngăn ngừa vi khuẩn từ thầy thuốc lây lan vào vùng phẫu thuật và ngược lại ngăn ngừa vi khuẩn trong khi phẫu thuật (hoặc làm các thủ thuật) sang người thầy thuốc.

2. Chỉ định:

Tất cả các trường hợp làm phậu thuật.

3. Chuẩn bị dụng cu:

- Áo choàng vô khuẩn được gấp đúng quy cách, mặt ngoài vo trong, hình đèn xếp, đựng trong hộp vô khuẩn,

- Kềm Kelly vô khuẩn.

Mang găng, mặc áo choàng vô khuẩn

4. Tiến hành:

4.1. Mặc áo choàng:

- Người phụ:

+ Mở hộp áo đã hấp.

+ Dùng kẹp Kelly vô khuẩn lấy áo từ trong hộp đưa cho thầy thuốc.

- Thầy thuốc:

+ Đón lấy áo bằng cách hai tay cầm lấy bờ vai phía trong (mặt trái) của áo buông nhẹ xuống.

+ Hai tay luồn vào hai tay áo và đưa thẳng ra phía trước.

- Người phụ: đứng sau lưng luồn tay vào mặt trái của áo kéo dây cổ áo lên và buộc lại.

- Thầy thuốc cầm hai đầu dây khẩu trang đưa sang ngang và lên trên. Người phụ đón lấy vòng trên tai và buộc lại phía sau đầu.

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

4.2. Cởi áo choàng:

- Sau khi đã cởi bỏ găng.

- Tay phải nắm lấy vai áo bên trái, kéo áo ra; tương tự như vậy với bên đối diện.

- Trường hợp đặt biệt nếu cởi áo giữa hai cuộc mổ phải cởi áo ra trước, cởi găng sau.

- Cuộn áo mặt ngoài vào trong.

- Bỏ áo vào chỗ để đồ vải bẩn.

4.3. Những điểm cần lưu ý:

- Thầy thuốc không được sờ vào mặt ngoài của áo choàng.

- Tay người phụ không được chạm vào tay thầy thuốc cũng như áo choàng của thầy thốc.

III. MANG GĂNG TAY VÔ KHUẨN:

1. Mục đích:

Tránh đưa vi khuẩn vào cơ thể người bệnh hoặc ngược lại, thông qua đôi bàn tay của thầy thuốc khi phẫu thuật hoặc khi làm các thủ thuật.

2. Chỉ định:

Tất cả các trường hợp làm phẫu thuật và các thủ thuật vô khuẩn.

3. Chuẩn bị dụng cu:

- Hộp găng vô khuẩn.
- Kềm Kelly không mấu vô khuẩn.

4. Tiến hành:

4.1. Cách mang găng tay:

Có hai cách mang găng vô khuẩn: có người phụ hoặc thầy thuốc tự đi găng.

Cách 1: Có người phụ giúp khi mang găng.

- Người phụ sau khi đã rửa tay, đi găng vô khuẩn, lấy găng.

- Cầm mặt ngoài của găng.

- Dùng hai tay mở rộng cổ găng.

- Thầy thuốc đưa nhẹ nhàng tay vào găng.

- Sau khi đã mang được hai găng thì tự chỉnh găng.

Cách 2: Thầy thuốc tự đi găng.

- Rửa tay và lau khô.

- Lấy khăn ra khỏi bao: dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ của bàn tay này nắm vào mặt trong phần gấp của găng.

- Đưa bàn tay kia vào trong để mang găng.

- Đưa bốn ngón tay đã mang găng (chừa ngón cái) vào mặt dưới phòng gấp của găng còn lại để nhắc lên.

- Mang găng vào tay còn lại.

- Điều chỉnh găng cho đúng vị trí của hai tay.

- Lật cổ găng đúng quy cách.

- Hai tay đã mang găng hoàn chỉnh.

4.2. Tháo găng tay:

- Tay này nắm lấy mặt ngoài của găng kia chỗ cổ tay, kéo nhẹ găng ra (tránh đụng da cổ tay).

- Tay đã cởi găng nắm mặt trong của găng tay bên chưa cởi kéo nhẹ găng ra.

IV. MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG:

- Rửa tay sạch, đội mũ.

- Lấy khẩu trang, mở ra.

- Đặt khẩu trang kín miệng và mũi.

- Buộc dây phía sau đầu và cổ.

- Quá hai giờ thay khẩu trang khác.

- Dùng xong mở khẩu trang (chỉ nên tiếp xúc với dây buộc).

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT RỬA TAY NỘI KHOA

STT	NỘI DUNG	Có	Không
1	Dụng cụ: vòi nước, xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn, khăn lau tay, bấm móng tay		
2	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, cắt móng tay, tháo bỏ trang sức		
3	Mở vòi nước làm ướt 2 bàn tay		
4	Lấy dung dịch sát khuẩn vào lòng bàn tay		
5	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau 5 lần		
6	Chà lòng bàn tay này lên lưng bàn tay kia, mặt bên và kẽ mặt ngòai các ngón, 5 lần		
7	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, kẽ mặt trong các ngón, 5 lần.		
8	Lòng bàn tay này chà mặt lưng các ngón bàn tay kia, cùng lúc chà mặt lòng các ngón vào nhau 5 lần		
9	Mặt lòng bàn tay này xoay quanh ngón cái bàn tay kia và ngược lại 5 lần		
10	Chụm 5 đầu ngón tay phải chà xát vào lòng bàn tay trái và ngược lại 5 lần		
11	Xả nước rửa sạch từ đầu ngón đến cổ tay (đầu ngón tay luôn cao hơn cẳng tay).		
12	Lấy khăn sạch thấm khô 2 bàn tay, các kẽ ngón tay		
13	Khóa vòi nước bằng khăn vừa lau, bỏ khăn vào nơi thu gom khăn		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT RỬA TAY NGOẠI KHOA

STT	NỘI DUNG	Có	Không
1	Vén tay áo quá khuỷu 10 – 20 cm		
2	Mở vòi nước bằng khuỷu hoặc bằng chân		
3	Làm ướt bàn; cẳng tay và khuỷu		
4	Dùng bàn chải thứ nhất cho dung dịch xà phòng (đã khử khuẩn), hoặc dung dịch rửa tay, chà cọ 2 tay trong 5 phút,		
5	Dùng bàn chải cọ rửa các đầu, kẽ và cạnh các ngón tay theo chiều dọc hoặc vòng tròn xóay ốc (tránh cọ rửa ngược lại).		
6	Đánh cọ lòng bàn tay, lưng bàn tay, đánh cho nổi bọt xà phòng		
7	Đánh cọ cổ tay, cẳng tay lên quá khuỷu 5 – 10 cm		
8	Rửa tay dưới vòi nước chảy từ bàn tay xuống cẳng tay		
9	Dùng bàn chải thứ hai đánh rửa như lần một (trong 5 phút).		
10	Dùng bàn chải thứ ba cọ rửa như lần hai (trong 5 phút).		
11	Sau mỗi lần chà rửa, dội hết nước xà phòng, chất bẩn từ các ngón đến bàn, cổ tay, khuỷu tay dưới vòi nước		
12	Bỏ bàn chải đã sử dụng vào thùng đựng bàn chải bẩn		
13	Trong suốt quá trình rửa, hai bàn tay luôn đưa lên cao		
14	Dùng khăn vô khuẩn thấm khô tay		
15	Bỏ khăn vào thùng đựng khăn bẩn		

16	Sát trùng tay lại bằng cồn 70^{o} hoặc dung dịch khử khuẩn		
17	Để tay trước ngực, tránh va chạm vào quần áo và các vật dụng xung quanh.		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT RỬA TAY VÔ KHUẨN

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị dụng cụ**		
1	Hệ thống nước vô khuẩn, kéo cắt móng tay, xà phòng, 2 bàn chải mềm được tiệt khuẩn.		
2	Bình kìm kocher, hộp cồn iod		
3	Hộp đựng khăn tay vô khuẩn, chậu đựng dung dịch khử khuẩn, 2 viên gòn to.		
4	Tạp dề, túi đựng đồ bẩn.		
	Chuẩn bị người điều dưỡng		
5	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.		
6	Cởi bỏ đồ trang sức, mặc áo tạp dề, đội mũ.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Cắt móng tay, xoắn tay áo quá khuỷu, chấm cồn iod.		
8	Lần 1: Rửa tay thường qui (không lau khô tay).		
9	Lần 2: Đánh, rửa bằng bàn chải.		
9.1	Làm ướt tay trên khuỷu 5cm, dùng bàn chải thứ nhất nhúng vào dung dịch xà phòng.		
9.2	Đánh móng tay và sang bên đối diện.		
9.3	Đánh lòng bàn tay và sang bên đối diện.		
9.4	Đánh kẽ ngón tay và sang bên đối diện.		
9.5	Đánh mu bàn tay và sang bên đối diện.		
9.6	Đánh mặt trong cẳng tay trên khuỷu tay 5cm và chuyển sang bên đối diện.		
9.7	Đánh mặt ngoài cẳng tay trên khuỷu tay 5cm và chuyển sang bên đối diện.		
9.8	Đánh vùng khuỷu tay và sang bên đối diện.		
9.9	Xả nước rửa sạch xà phòng.		
10	Lần 3: Đánh, rửa bằng bàn chải lần 2		
10.1	Dùng bàn chải thứ hai đánh rửa tay như lần 1 trong 5 phút.		
10.2	Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn theo qui định.		
10.3	Ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn trong 5’ sau đó để trước tay trước ngực		

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT MẶC ÁO CHOÀNG, MANG GĂNG VÔ KHUẨN

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
	Hộp áo choàng vô khuẩn, trụ cắm kìm Kocher, găng tay.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
	MẶC ÁO CHOÀNG		
1	Người phụ mở hộp và gắp áo choàng đưa cho người làm thủ thuật		
2	Người làm thủ thuật cầm lấy 2 vai áo buông nhẹ xuống		
3	Luồn tay vào hai tay áo và đưa thẳng về phía trước để mặc.		
4	Cầm đầu ngoài hai dây lưng áo dang rộng hai bên để người phụ buộc.		
5	Cầm đầy ngoài 2 dây khẩu trang dang rộng sang hai bên để người phụ buộc.		
	MANG GĂNG		
	*** Trường hợp tự đi găng:**		
1	Người phụ mở túi găng		
2	Người làm thủ thuật một tay cầm phần gấp của găng, tay kia đưa vào găng.		
3	Dùng 4 ngón đi găng cầm phần gấp của găng, đi găng còn lại		
4	Chỉnh cả 2 găng trùm lên cổ tay áo.		
	*** Trường hợp có người phụ:**		
1	Người phụ mang găng vô khuẩn cầm mặt ngoài của găng dùng tay mở rộng cổ găng.		
2	Người làm thủ thuật đưa tay vào găng.		
3	Sau khi đưa cả hai tay vào găng thì tự điều chỉnh lại găng.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

ĐIỀN TỪ THÍCH HỢP VÀO CHỖ TRỐNG

1. Kể 2 mục đích của rửa tay

   A..... B.....

2. Kể 4 chỉ định rửa tay nội khoa

   A..... B.....

   C..... D.....

3. Kể 3 trường hợp áp dụng rửa tay ngoại khoa

   A..... B.....

   C.....

CHỌN CÂU ĐÚNG – SAI

4. Trường hợp đặc biệt nếu cởi áo choàng giữa hai cuộc mổ phải

   A: Cởi áo trước, cởi găng sau.

5. Rửa tay ngoại khoa được áp dụng

   A.Trước khi tiến hành tiêm thuốc vào cơ bắp.

   B. Áp dụng đối với phẫu thuật viên, kỹ thuật viên dụng cụ.

   C.Chỉ áp dụng đối với các kỹ thuật ngoại khoa.

CHỌN CÂU TRẢ LỜI ĐÚNG NHẤT

6. Người phụ mặc áo choàng giúp thầy thuốc phải

   A. Mở hộp áo đã hấp.

   B. Dùng kẹp Kocher vô khuẩn lấy áo từ trong hộp.

   C. Đưa cho thầy thuốc.

   D. Cả A và B.

   E. Cả A, B và C.

Bài 19:
KỸ THUẬT BĂNG

MỤC TIÊU:

1. Nêu được các kiểu băng cơ bản của băng cuộn
2. Nêu được nguyên tắc băng vết thương bằng băng cuộn
3. Thực hiện được các kỹ thuật băng vết thương ở các vùng trên cơ thể
4. Trình bày được cách theo dõi tuần hoàn của chi sau băng

NỘI DUNG:

I. BĂNG CUỘN

Băng cuộn là loại băng thường dùng nhằm mục đích:

- Che chở bảo vệ vết thương.
- Giữ vật liệu băng tại chỗ (bông gạc, nẹp) trong băng vết thương.
- Băng ép cầm máu.
- Băng giữ nẹp trong cố định gãy xương.

1.1 Vật liệu để làm băng

Băng cuộn được làm bằng: vải mềm, vải gạc, vải thun, cao su, vải trải thạch cao (băng thạch cao).

1.2 Cách làm băng

- Băng gạc: Là loại băng được làm từ những mảnh vải gạc (vải màn). Dùng mảnh gạc dài 3-5m, rộng theo khổ vải gấp và cắt theo chiều dài của mảnh vải, thông thường chiều rộng từ 5-10 cm, dài 1-2m, cuộn lại sẽ tạo ra những cuộn băng bằng gạc. Loại băng này để băng các vết thương thông thường.
- Băng vải: Là loại băng được làm từ những mảnh vải thô. Phương pháp làm cuộn băng vải được tiến hành như cách làm cuộn băng gạc. Cuộn băng vải được sử dụng để băng ép, băng trong cố định gãy xương và băng để nâng đỡ các bộ phận của cơ thể.
- Băng thun: Là loại băng được làm bằng những sợi mút, hoặc sợi tơ dệt xen với sợi cao su nhỏ có tính co giãn-đàn hồi. Băng thun được sử dụng để băng ép, các vết thương hoặc cố định các khớp trong trường hợp bong gân, sai khớp.
- Băng cao su (Esmarch): Là băng được làm bằng cao su mỏng có độ chun giãn lớn, có chiều rộng khoảng từ 5-8 cm, chiều dài 3-4m. Băng cao su được sử dụng trong garô cầm máu.

- Băng thạch cao: Là những cuộn băng được làm từ những mảnh vải thô (vải màn) có trộn bột thạch cao. Dùng cuộn băng gạc hoặc băng vải, rải đều bột thạch cao lên bề mặt rồi cuộn lại. Khi dùng phải ngâm vào nước, sau đó vắt bớt nước đi, rồi tiến hành băng. Băng thạch cao được sử dụng để băng cố định trong gãy xương, bong gân, sai khớp.
- Cấu tạo một cuộn băng gồm 3 phần:

  + Đầu băng: là phần băng được cuộn vào bên trong của một cuộn băng.

  + Thân băng: là phần băng đã được cuộn để tạo nên cuộn băng

  + Đuôi băng là phần ngoài của cuộn băng được trải ra khi chuẩn bị tiến hành kỹ thuật băng.

1.3 Cách sử dụng băng cuộn

1.3.1 *Nguyên tắc băng*

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ công việc mà người điều dưỡng sắp làm cho người bệnh.

- Để người bệnh ngồi hoặc nằm theo tư thế thoải mái, thuận tiện, chú ý những vị trí băng cần phải có người hỗ trợ (nâng, giữ) hoặc dùng giá đỡ để kê cao khi băng như: các vết thương ở chi, xương chậu.

- Phải lấy hết dị vật, rửa sạch vết thương, đắp lên bề mặt vết thương miếng gạc vô khuẩn trước khi băng.

- Khi băng, đặt đuôi băng vào phía dưới nơi định băng (cách vết thương khoảng 10cm), tay trái giữ lấy đầu băng, tay phải cầm thân băng vừa nới cuộn băng, vừa băng cho đến khi che kín vết thương.

- Đối với băng chi phải băng từ ngọn chi đến gốc chi, để không gây chèn ép, xung huyết. Để hở các đầu chi để theo dõi tuần hoàn của chi đó.

- Khi băng phải băng đều tay, đủ chặt, không lỏng quá dễ tuột, chặt quá người bệnh đau và ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của vùng băng. Vòng băng sau chồng lên vòng trước 1/2 hoặc 1/3 (chiều rộng của băng).

- Vòng cố định băng có tác dụng để giữ băng (có thể dùng kim băng, móc bấm, băng dính, nút buộc) xong chú ý tránh đè trực tiếp lên vết thương, vùng tỳ đè hoặc chỗ xương nhô ra.

1.3.2 *Các kiểu băng cơ bản*

Có 6 kiểu băng cơ bản: băng vòng, rắn quấn, xoáy ốc, chữ nhân, vòng gấp lại (băng hồi quy) và băng số 8. Tùy từng trường hợp, vị trí của vết thương trên cơ thể mà lựa chọn kiểu băng cho thích hợp.

*** Băng vòng:**

Băng vòng là kiểu băng mà các vòng sau chồng khít lên vòng băng trước. Băng vòng được áp dụng để băng các vết thương ở cổ, trán hoặc được sử dụng như những vòng băng khởi đầu, kết thúc của những kiểu băng khác (vòng khóa).

Hình: Băng vòng khóa

*** Băng rắn quấn**

- Là kiểu băng: sau khi băng những vòng băng khóa ban đầu, băng chếch lên trên, ra sau và xuống dưới rồi lại đi về phía trước để tiếp tục những vòng băng sau. Trong kiểu băng rắn quấn: vòng băng sau tách rời (không chồng lên) vòng băng trước, giữa hai vòng băng có một khoảng trống.

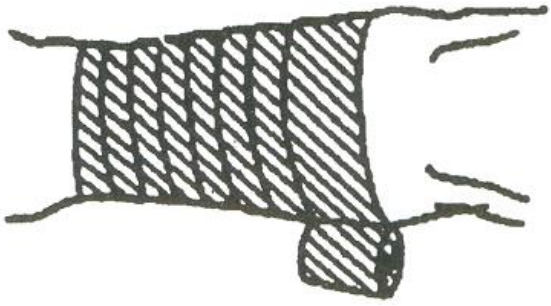
- Áp dụng: băng rắn quấn được áp dụng trong trường hợp băng đỡ gạc, nẹp trong bất động gãy xương.

Hình: Băng rắn quấn

*** Băng xoáy ốc**

- Băng xoáy ốc là kiểu băng có đường băng đi theo hướng giống như băng rắn quấn (chếch lên trên, ra sau, xuống dưới rồi về trước). Vòng băng sau đè lên vòng băng trước 1/2 đến 2/3 chiều rộng của băng.

- Áp dụng: băng xoáy ốc được áp dụng để băng các vết thương ở cánh tay, ngón tay, đùi.



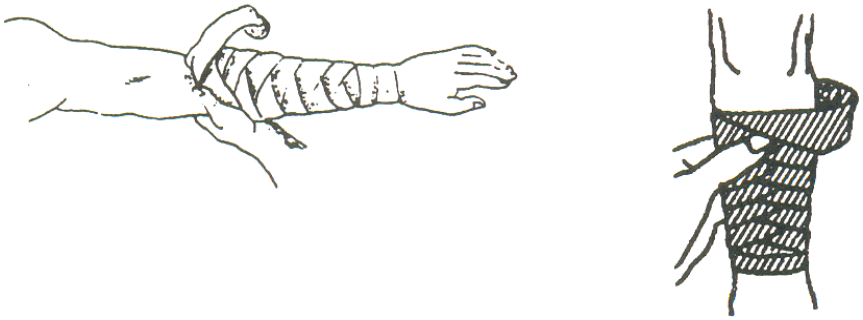
Hình: ***Băng xoáy ốc***

*** Băng chữ nhân (có 2 kiểu)**

- Chữ nhân thường: băng 2 vòng đầu làm vòng khóa, băng chếch lên trên, ra sau, về trước rồi đi xuống dưới, cứ băng như thế cho đến khi băng che kín hết vết thương.

- Băng chữ nhân gấp lại: giống như băng chữ nhân thường nhưng mỗi vòng trở xuống đều phải gấp lại sau đó băng che hết vết thương.

- Băng chữ nhân được áp dụng để băng các vết thương ở cẳng tay, cẳng chân.



Hình:Băng chữ nhân

*** Băng số 8**

- Băng số 8 là kiểu băng có đường đi: chếch lên trên, ra sau và xuống dưới rồi lại đi về phía trước. Vòng băng sau bắt chéo và đè lên vòng băng trước 1/2 hay 2/3 chiều rộng của băng. Các đường băng tạo nên hình số 8 tại vùng băng.

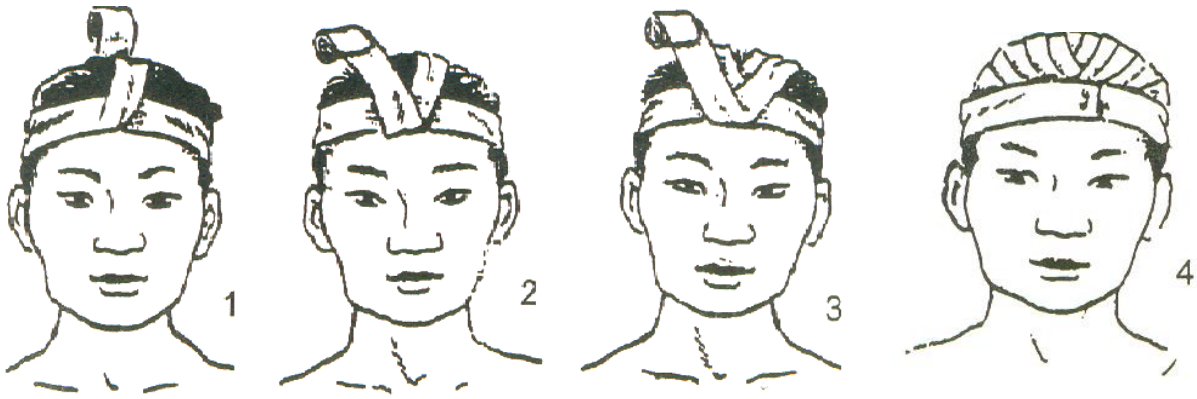
- Băng số 8 được áp dụng để băng các vết thương hoặc cố định xương ở vùng khớp, khuỷu (khuỷu tay, cổ tay, mắt cá chân, đầu gối), cố định gãy xương đòn

Hình: Băng số 8

*** Băng vòng gấp lại (băng hồi quy)**

- Băng vòng gấp lại là kiểu băng mà có nhiều đường băng cùng xuất phát và trở về tại 1 điểm. Đường băng đầu tiên thường đi chính giữa vết thương, các đường băng sau lan rộng sang hai bên cho đến khi che kín vết thương.

- Băng vòng gấp lại thường được áp dụng để băng các vết thương vùng đỉnh đầu, đầu các ngón tay, mõm cụt.



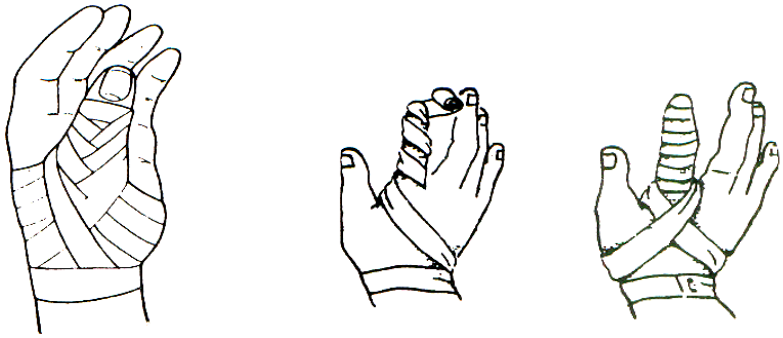
Hình: Băng vòng gập lại

1.4. Ứng dụng các kiểu băng cơ bản để băng các vết thương trên cơ thể

1.4.1. Băng ngón tay

*** Băng 1 ngón tay**

- Băng 2 vòng ở cổ tay (vòng khóa), kéo băng từ mu bàn tay đến gốc ngón tay định băng rồi tiến hành băng hình rắn quấn đến đầu ngón tay. Băng xoáy ốc trở về gốc ngón tay, băng từ gốc ngón tay trở về cổ tay sau đó băng 2 vòng cố định.



Hình: Băng một ngón

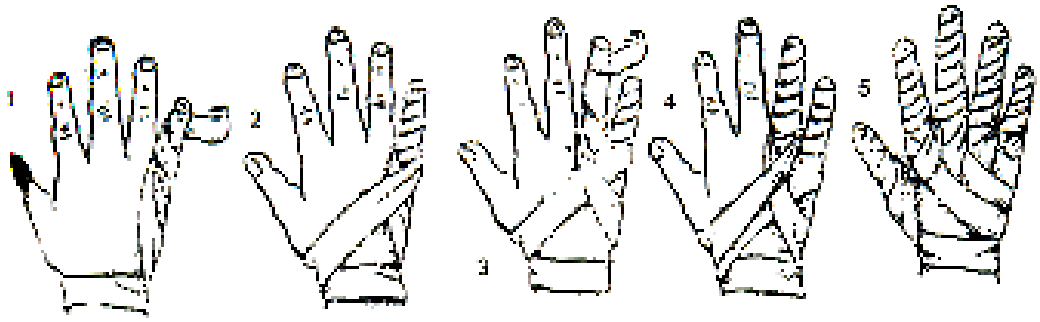
*** Băng kín 5 ngón**

- Băng 2 vòng ở cổ tay (vòng khóa)

- Băng từ mu bàn tay đến gốc ngón cái (nếu băng tay trái thì kéo đến ngón út) băng rắn quấn đến đầu ngón rồi cuộn 1 vòng.

- Băng xoáy ốc về đến gốc ngón tay rồi lại trở về bên mép bàn tay.

- Từ mu bàn lên đến ngón tay trỏ, băng kín theo cách trên lại trở về mép bàn tay. Cứ thế để băng tuần tự các ngón kế tiếp khác cho đến khi băng kín các ngón rồi băng 2 vòng ở cổ tay để cố định băng (nếu cần băng kín cả đầu ngón tay thì mỗi lượt băng đến đầu ngón đều dùng cách băng vòng gấp lại).



Hình: Băng kín 5 ngón

*** Bàn tay**

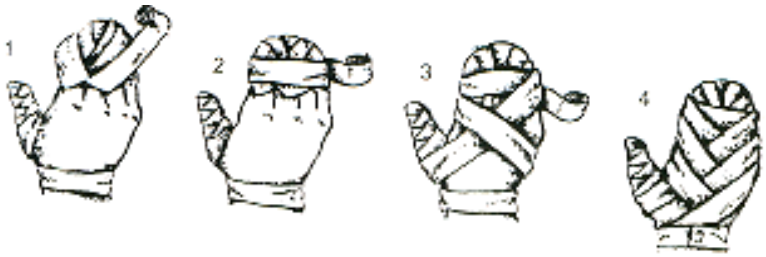
***- Mu và lòng bàn tay*:**

+ Thứ tự cũng như băng kín 5 ngón, nhưng mỗi lượt băng đến gốc ngón, không cần băng đến đầu ngón mà chỉ băng một vòng ở gốc ngón rồi trở về bên mép tay. Nếu băng lòng bàn tay thì phải băng chếch qua lòng bàn tay lên đến cuối ngón tay.

***- Băng kín bàn tay*:**

+ Băng kín 4 ngón: băng đầu ngón tay theo cách băng vòng gấp lại. Ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ lấy băng, cuộn 2 vòng.

+ Băng kín bàn tay theo kiểu số 8. Băng chặt ở cổ tay.



Hình: Băng kín bàn tay

- Băng bàn tay để hở ngón:

+ Băng 2 vòng ở khớp đốt bàn và ngón

+ Băng hình số 8 ở mu bàn tay

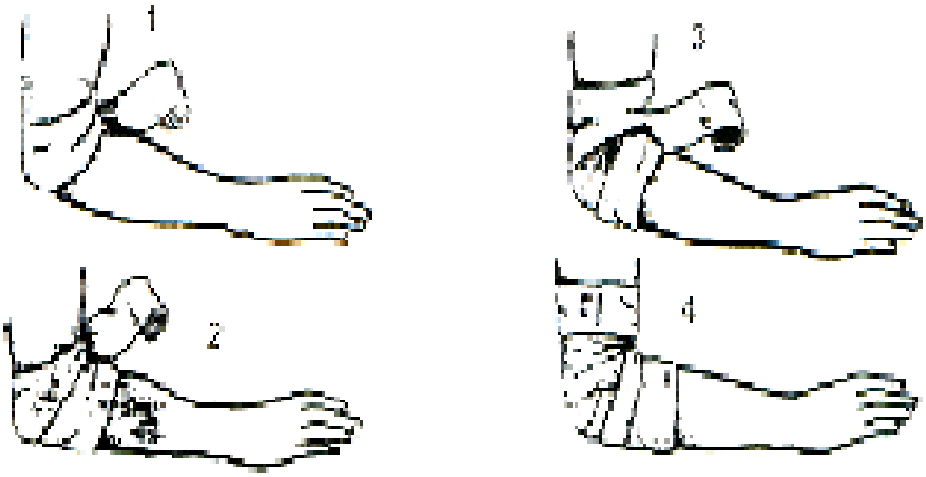
+ Băng chặt ở cổ tay

*** Khuỷu tay**

- Băng 2 vòng ở khuỷu tay (vòng khóa)

- Băng theo hình số 8 bắt chéo ở phía trước khuỷu tay, vòng sau đè lên 1/2 hay 2/3 vòng băng trước.

- Băng 2 vòng ở cẳng tay rồi cố định băng.



Hình: Băng khuỷu tay

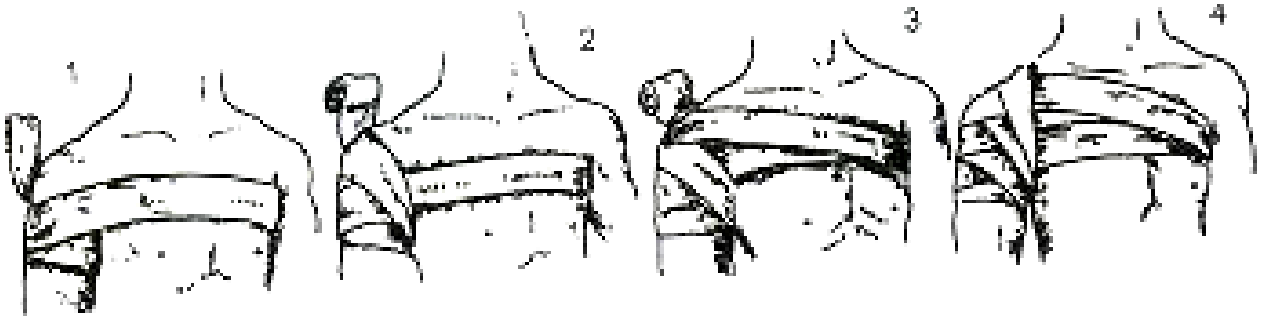
*** Vai**

- Băng kiểu hình số 8:

+ Băng 2 vòng khóa ở cánh tay (sát nách) bên vai bị thương

+ Băng lên vai qua lồng ngực (nếu tay trái bị thương thì vòng qua sau lưng, luồn dưới nách bên đối diện rồi lại băng vòng qua lưng lên vai tổn thương.

+ Tiếp tục băng vòng ở cánh tay, băng lên vai qua lồng ngực luồn dưới nách đối diện vòng qua lưng lên vai tổn thương cứ như thế băng cho đến kín vết thương rồi cố định băng ở cánh tay bên tổn thương



Hình: Băng vai

*** Bàn chân**

- Bàn chân để hở gót

- Băng gót chân

+ Băng 2 vòng khóa từ gót chân lên phía trên mu chân, tiếp tục băng từ cạnh mắt cá chéo qua mu chân xuống gan chân, băng kín 1/3 gót.

+ Băng từ gan chân qua mu chân bắt chéo với vòng trước, vòng đến cạnh mắt cá chân, băng hình số 8 băng dần lên mắt cá và mu chân, các vòng băng gặp nhau bắt chéo ở mặt trước mu chân, cho đến khi băng kín gót chân.

*** Băng đầu gối (áp dụng kiểu băng số 8)**

Băng 2 vòng khóa ở gối, băng theo hình số 8 ở khoeo chân sau đó băng tỏa dần về cả hai phía trên và dưới khớp gối cứ như vậy băng cho đến khi kín vết thương rồi cố định băng ở đùi hoặc cẳng chân.

- Băng bẹn (áp dụng kiểu băng số 8)

+ Băng 2 vòng khóa sát bẹn, vòng qua lưng đến gai chậu bên kia, từ bụng chếch qua xương mu đến phía ngoài đùi.

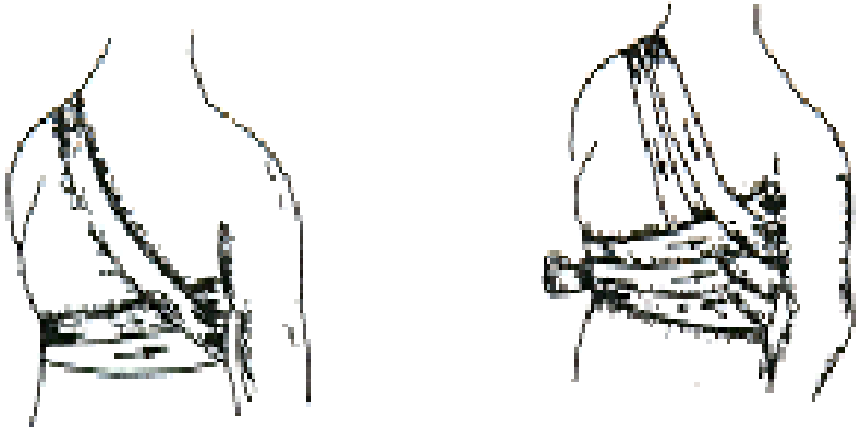
+ Băng qua phía sau đùi đến phía trong đùi chếch lên qua lưng đến gai chậu bên kia, rồi băng lại theo 2 hướng như trên, dần dần băng xuống dưới, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hay 2/3, băng kín vết thương cố định ở đùi.

*** Băng vú**

- Băng một bên vú trái:

+ Băng 2 vòng tròn ngay dưới vú, kéo dải băng ra sau lưng chếch lên vai phải rồi chếch xuống phía trái để băng phần trong vú trái.

+ Vòng ra sau lưng, nách phải chéo để đè lên vòng trước cứ tiếp tục như vậy đến khi kín vú.



Hình: Băng vú

- Băng một bên vú phải:

Băng 2 vòng tròn ngay dưới vú, kéo dải băng ra sau lưng chếch về nách phải rồi chếch lên vai trái trở về nách phải, băng chéo đè lên vòng trước.

- Băng hai vú:

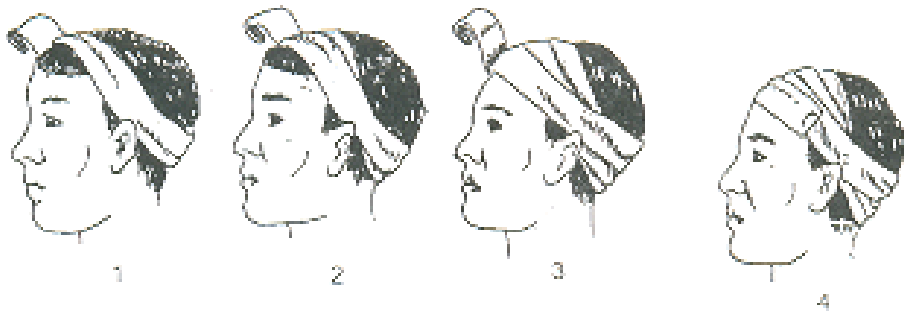
Băng từ vú trái tiếp đó băng đường vú phải đến khi cả hai vú đều kín. Băng hai vú có hai vòng số 8 ở cả hai vú.

*** Băng vùng đầu**

- Băng trán

+ Bắt đầu từ trên tai phải, chếch qua phía trên trán, tai và xương chẩm về chỗ bắt đầu, băng thêm như thế 2 lần nửa để cố định.

+ Tiếp tục băng theo qui luật vòng sau đến chỗ trán thì thấp hơn vòng trước, đến chỗ xương chẩm (gáy) thì cao hơn vòng trước. Băng cho đến khi kín trán, vòng cuối cùng băng thêm một vòng nữa rồi cố định.



Hình: Băng trán

- Băng đỉnh đầu bằng 2 cuộn:

+ Dùng cuộn băng 1 băng vòng quanh trán chẩm làm vòng khóa.

+ Cuộn băng 2: đặt băng từ giữa trán lên đỉnh đầu ra sau tới chẩm.

+ Băng cuộn 1 đè lên cuộn 2 ở chẩm rồi vòng về phía trán.

+ Cứ thế tiếp tục: cuộn băng 2 đi từ chẩm qua đỉnh đầu về trán (lan ra 2 bên), cuộn băng 1 vòng quanh trán chẩm cho đến khi băng kín, cố định băng trước trán.

- Bănng đỉnh đầu bằng một cuộn:

+ Kéo dài cuộn băng và đặt chính giữa đỉnh đầu, một bên đặt phía trước tai, một bên đặt phía sau tai.

+ Gấp cuộn băng ngược lại đến ngang tai, bắt chéo và băng vòng khóa quanh đầu.

+ Bắt chéo băng khi đến ngang tai và băng qua đỉnh đầu sang tai đối diện.

+ Lật ngửa, lật sấp cuộn băng từ phải qua trái và ngược lại tỏa dần sang hai bên. Băng kín vết thương cố định lại trước trán.

*** Băng kiểu Barto**

Dùng trong trường hợp gãy xương hàm dưới, băng để giữ bông gạc ở hàm

- Bắt đầu từ dưới chỗ phình xương chẩm qua sau tai trái chếch lên đỉnh đầu, từ phía trước tai phải xuống dưới quai hàm, từ phía tai trái qua đỉnh đầu, bắt chéo vòng trước ở giữa đỉnh đầu (đường giữa).
- Từ phía sau tai phải đến chỗ bắt đầu, băng thêm một lần như thế rồi cố định.
- Tiếp đó từ chỗ bắt đầu, qua dưới tai trái, hàm dưới sang tai phải về chỗ bắt đầu

*** Băng gáy (băng số 8)**

- Băng 2 vòng quanh trán chẩm làm vòng khóa.

- Băng từ bướu đỉnh trái xuống gáy, vòng về trước cổ, ra sau băng bắt chéo đường băng trước tại gáy. Băng tiếp lên bướu đỉnh phải vòng qua trán sang bướu đỉnh trái băng đường băng thứ hai xuống gáy.

- Băng kín vết thương cố định lại trước trán (nếu băng từ bướu đỉnh phải thì băng ngược lại).

*** Băng tai**

Băng hai vòng xung quanh trán chẩm làm vòng khóa

- Băng tai trái: khi băng đến thái dương bên trái, băng chếch xuống che kín dái tai trái
- Băng tai phải: khi băng đến thái dương bên phải, băng chếch xuống che kín dái tai phải
- Cứ thế, vòng sau cao hơn vòng trước, băng đến khi kín tai, băng 2 vòng quanh đầu rồi cố định trước trán.

*** Băng mắt**

- Băng một mắt:

+ Băng 2 vòng quanh đầu qua trá và chẩm làm vòng khóa sau đó băng từ bướu đỉnh qua sống mũi đến mắt, xuống dưới tai vòng ra sau gáy rồi lên bướu đỉnh. Vòng sau đè lên vòng trước 1/2 - 2/3.

+ Tiếp tục băng như trên cho đến khi băng kín mắt bị thương rồi băng 2 vòng quanh đầu và cố định.

Hình: Băng một mắt

- Băng hai mắt:

Băng 2 vòng quanh đầu qua trán và chẩm làm vòng khóa sau đó băng từ bướu đỉnh phải qua sống mũi đến mắt trái, xuống dưới tai trái vòng ra sau gáy qua dưới tai phải băng lên mắt phải bắt chéo đường băng trước ở sống mũi. Băng lên bướu đỉnh trái, vòng qua chẩm về bướu đỉnh phải và tiếp tục băng đường băng thứ 2. Cứ thế băng cho kín cả 2 mắt rồi băng vòng quanh trán chẩm và cố định.

II. BĂNG TAM GIÁC

- Chất liệu: băng tam giác được tạo nên từ những mảnh vải bông mềm.

- Cách làm: từ một mảnh vải hình vuông kích thước tùy theo mục đích sử dụng và chiều rộng của vết thương. Gấp chéo mảnh vải rồi cắt đôi tạo thành 2 khăn tam giác có: 1 đỉnh, 2 góc (phải, trái) và đường nền (cạnh đáy).

- Sử dụng: băng tam giác được sử dụng rất đơn giản, nhanh chóng, tiện lợi phù hợp với các trường hợp cấp cứu và sơ cứu nạn nhân. Ngoài ra băng tam giác còn được sử dụng trong ngoại khoa, chấn thương dùng làm khăn treo, đỡ cánh tay, cẳng tay, băng bàn tay, băng mặt,..

2.1 Băng treo

2.1.1 *Kiểu rộng*

Đặt một góc băng lên vai bên tay lành, góc đỉnh ở chỗ khuỷu tay dưới nách tay đau. Kéo góc ở dưới lên buộc nút ở cổ để giữ cẳng tay ở trên băng treo, gấp góc 90^0 theo tư thế cơ năng của chi trên. Cuối cùng gấp đầu thừa của góc đỉnh lại cho gọn, rồi cài kim băng.

Hình: Băng treo rộng

2.1.2 *Kiểu hẹp*

Gấp khăn tam giác thành dải hẹp (hay thay bằng băng cuộn) rồi treo cánh tay lên như cách trên.

Hình: Băng treo hẹp

2.2 Băng mặt

Trường hợp cả mặt bị bỏng hay bị thương, trước hết buộc nút ở góc đỉnh chụp lấy đầu mặt, khoét lỗ con ở mắt (hai mắt và chỗ mũi mồm) rồi kéo hai góc trái và phải ra sau gáy và vòng về đằng trước, buộc nút ở phía trước cổ.

Hình: Băng mặt

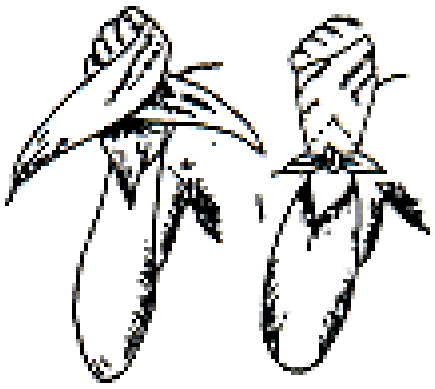
2.3 Băng đỉnh đầu

Gấp hẹp khăn lại (nếp rộng độ hai ngón tay) kéo góc đỉnh về phía sau, vòng hai góc trái và phải ra sau đầu, buộc nút rồi kéo ra trước trán buộc một nút nửa nhét đầu góc đỉnh vào sau nút hay ghim lại.

2.4 Băng bàn tay

**** Băng kín bàn tay***

Đặt tay vào giữa khăn tam giác, ngón tay hướng lên góc đỉnh, gấp góc đỉnh lên mu bàn tay, góc trái và góc phải bắt chéo ở mu bàn tay, rồi xuống đến cổ tay lại vòng lại lên mu tay và buộc nút. Gấp góc đỉnh lên che lấy chỗ buộc nút.



Hình: Băng kín bàn tay

**** Băng lòng bàn tay***

Gấp khăn tam giác thành dải, từ lòng bàn tay, vòng đến mu bàn tay bắt chéo rồi kéo về phía cổ tay, buộc nút ở phía mu tay.

Hình: Băng lòng bàn tay

2.5 Băng khuỷu tay

Gấp phía dưới góc khăn tam giác (rộng độ 5cm) góc đỉnh quay lên trên, hai góc trái và phải vòng qua cánh tay dưới bắt chéo phía trên khuỷu tay rồi vòng lên cánh tay trên và buộc nút, gấp góc đỉnh xuống.

III. BĂNG CÓ DẢI

Là loại băng đặc biệt, được làm bằng những vải bông mềm (như băng tam giác) ngoài ra còn có thêm như dải để buộc băng. Băng dải hay được sử dụng thường có hình dạng như "T" (ba dải) ngoài ra còn có loại băng 4 dải hoặc băng nhiều dải.

3.1 Các loại băng dải

3.1.1 *Băng chữ T*

- Chất liệu: bằng vải bông mềm

- Cách làm: làm bằng 2 lần vải, dải dọc thường rộng 8cm, dài 1m, dải ngang rộng 2-3cm, dài 90cm.

- Có 2 loại:

+ Băng chữ T một dải: loại băng này thường dùng để băng, giữ bông gạc ở tầng sinh môn và bộ phận sinh dục cho nữ giới

+ Băng chữ T hai dải: dùng để băng đỡ bông gạc ở tầng sinh môn và bộ phận sinh dục cho nam giới.

3.1.2 *Băng 4 dải*

- Chất liệu: làm bằng vải bông mềm

- Cách làm: lấy mảnh vải rộng 8-10cm, dài tùy theo nơi cần băng sau đó cắt hai đầu mảnh vải theo hình chữ V, tạo nên một mảnh băng có hai đầu với 4 dải buộc.

- Băng 4 dải được sử dụng để băng các vết thương vùng cằm, đầu gối.

3.1.3 *Băng nhiều dải*

- Chất liệu: làm bằng vải bông mềm.

- Cách làm: lấy 5 mảnh vải rộng 15cm, dài 1,2cm xếp chồng lên nhau một nửa rồi khâu một miếng vải bông vuông vào giữa làm thân băng. Dùng để băng bụng.

- Nếu thêm hai dải vào một bên thân băng để băng ngực, khi băng kéo hai dải từ vai xuống như mặc áo may ô để giữ cho băng khỏi tuột và tụt xuống.

IV. BĂNG DÍNH

- Chất liệu: làm bằng vải, nylon, keo dính.

- Cách làm: người ta dùng vải, nylon rộng 2-10cm, dài 3-5m. Dùng keo dính trải đều lên bề mặt vải hoặc nylon đó, rồi cuộn vào một ống nhựa tạo nên cuộn băng dính.

- Băng dính được sử dụng để băng những vết thương nhỏ, nông. Tuy nhiên, băng dính không có tác dụng ép chặt hoặc nâng đỡ các bộ phận của cơ thể.

V. THEO DÕI BIẾN ĐỔI TUẦN HOÀN CHI SAU KHI BĂNG

Sau khi băng vết thương cho nạn nhân xong, trong một số trường hợp cần phải theo dõi người bệnh để phát hiện tai biến cản trở sự lưu thông tuần hoàn do băng quá chặt gây nên.

- Bình thường sau khi băng vết thương xong, nạn nhân không có cảm giác gì đặc biệt ngoài cảm giác đau tại vết thương.
- Nếu băng quá chặt làm ảnh hưởng đến sự lưu thông tuần hoàn tại vùng cơ thể có vết thương có thể phát hiện được bằng các dấu hiệu sau:

  + Hỏi: hỏi nạn nhân xem có cảm giác đau, nhức, khó chịu hoặc cử động khó ở nơi băng, hoặc chi bị băng.

  + Nhìn: quan sát vùng băng thấy có biểu hiện phù nề, biến dạng hình dạng đầu các ngón của chi to hơn bình thường (nếu là băng chi), màu sắc: vùng băng có màu tím đỏ, hoặc thẫm (ứ huyết).

  + Sờ: đầu chi thấy lạnh, cấu véo người bệnh giảm cảm giác đau, bắt mạch ở phía dưới vùng tổn thương không được.
- Xử trí: nhanh chóng cởi băng, băng lại vừa phải, đảm bảo lưu thông tuần hoàn được tốt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống

1. Ba loại băng được dùng trong y tế là băng:

A. Băng cuộn

B.....

C.....

2. Băng vòng là kiểu băng mà các.....A..... chồng khít lên vòng....B.....

3. Băng rắn quấn là kiểu băng vòng băng sau....A.... vòng băng trước, giữa hai vòng băng có một....B.... không có băng.

4. Băng xoáy ốc, vòng băng sau....A.... vòng băng trước 1/2 đến 2/3....B.... của băng.

5. Băng chữ nhân có 2 kiểu, đó là băng chữ nhân:

A.....

B.....

6. Băng số 8 là kiểu băng mà vòng băng sau....A.... và....B.... vòng băng trước 1/2 – 2/3 chiều rộng của băng.

7. Băng vòng gấp lại là kiểu băng có nhiều đường băng cùng....A.... và....B.... tại 1 điểm.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau:

8. Kiểu băng đúng nhất được lựa chọn để băng vết thương ở mặt trước khuỷu tay:

A. Chữ nhân

B. Vòng

C. Số 8

D. Cả 3 ý trên

9. Để băng vết thương vùng đỉnh đầu có thể áp dụng kiểu băng

A. Vòng

B. Vòng gấp lại

C. Chữ nhân

D. Cả 3 ý trên

10. Để cố định tạm thời xương đòn bị gãy người ta áp dụng kiểu băng

A. Số 8

B. Rắn quấn

C. Vòng

D. Chữ nhân

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

TT	Nội dung	A	B
11	Khi băng vết thương ở chi cần phải từ ở gốc chi đến ngọn chi.		
12	Băng bàn tay phải để hở các đầu ngón cho người bệnh dễ chịu.		
13	Có thể sử dụng băng dính to bản để cố định xương sườn bị gãy.		
14	Băng vết thương càng băng chặt càng tốt.		
15	Sau khi băng vết thương xong phải hỏi người bệnh có cảm giác đau tức ở vùng băng không.		
16	Sau băng vết thương nếu có hiện tương chèn ép thì da thường nóng.		

Bài 20:
CHĂM SÓC HÀNG NGÀY, VỆ SINH CHO BỆNH NHÂN

MỤC TIÊU:

1. Trình bày đầy đủ nội dung các yêu cầu chăm sóc vệ sinh hàng ngày cho người bệnh
2. Tiến hành săn sóc răng miệng đặc biệt cho người bệnh hôn mê, tắm bệnh và gội tóc tại giường đúng quy trình kỹ thuật

NỘI DUNG:

I. 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 thâm 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: săn sóc răng miệng, gội đầu, tắm rửa, vệ sinh hậu môn - sinh dục, giữ sạch sẽ chân tay.

II. NHỮNG YÊU CẦU VỆ SINH HÀNG NGÀY CHO NGƯỜI BỆNH

1. Săn sóc răng miệng:

1.1. 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.

1.2. Kỹ thuật:

- Săn sóc thông thường: Áp dụng cho những bệnh nhân tỉnh táo nhưng không đi lại được.

- Săn sóc đặc biệt: Áp dụng đối với bệnh nhân nặng, hôn mê, sốt cao, tổn thương ở miệng: gãy xương hàm, vết thương ở miệng

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SĂN SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

(*Người bệnh hôn mê)*

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Nhận định tình trạng người bệnh		
2	Giải thích động viên để người bệnh và người nhà yên tâm.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
4	Mâm chữ nhật: Kềm Kelly, gạc miếng, gòn viên, que gòn, cây đè lưỡi, găng tay		
5	Chén đựng dung dịch NaCl $9^0/_{00}$, Vaselin hoặc Glycerin, chén đựng nước cốt chanh, (nếu cần)		
6	Đè lưỡi, khăn lông, bồn hạt đậu.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Điều dưỡng mang găng, đặt người bệnh nằm đầu bằng, mặt nghiêng về phía Điều dưỡng.		
8	Choàng khăn qua cổ, đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh.		
9	Dùng cây đè lưỡi mở miệng, gắp gạc thấm dung dịch NaCl $9^0/_{00}$ vừa đủ ướt lau sạch răng trên, dưới qua lại cho người bệnh.		
10	Lau vòm miệng, mặt trên và mặt dưới lưỡi, cho đến khi sạch.		
11	Bôi Glycerin hoặc Vaselin để chống khô môi.		
12	Dẹp bồn hạt đậu, tháo bỏ khăn lông. Cho người bệnh nằm tiện nghi		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
13	Thu dọn dụng cụ, tháo găng		
14	Ghi phiếu chăm sóc.		

2. Vệ sinh mũi:

- Săn sóc thông thường: thường rửa miệng, rửa mũi cùng một lúc. Nếu bệnh nhân có ít nước mũi, ta chỉ cần lau bằng que gòn. Trường hợp bệnh nhân có nhiều gỉ mũi, ta cho vào bông gòn một ít dầu: Glycérin hoặc dầu dừa, thấm vào gỉ mũi sẽ tự bong ra.

- Săn sóc đặc biệt: cần sát khuẩn đường hô hap trên ở bệnh nhân hôn mê, cúm thì sau khi lau sạch mũi nhỏ vào 1 - 2 giọt thuốc sát khuẩn (NaCl 0, 9%).

3. Vệ sinh vùng hậu môn – sinh dục:

- Bệnh nhân tỉnh: Hướng dẫn, giúp đỡ.

- Bệnh nhân hôn mê tiểu không tự chủ: Rửa xà bông, lau khô sau mỗi lần tiêu tiểu

4. Gội đầu:

4.1. Mục đích:

- Giúp da đầu sạch sẽ.
- Giúp bệnh nhân thoải mái, dễ chịu.
- Giúp các hạch dưới da đầu và tuần hoàn hoạt động tốt.

4.2. Chỉ định & chống chỉ định:

- Chỉ định: Trợ giúp hoặc gội đầu tại giường khi BN khơng tự gội được(2 lần/tuần)
- Chống chỉ định: Bệnh nhân nặng hoặc đang sốt cao

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT GỘI TÓC CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Nhận định tình trạng người bệnh		
2	Giải thích động viên để người bệnh yên tâm.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
4	Mâm chữ nhật to, 1 ly dầu gội, lược chải tóc, máy sấy tóc (nếu có)		
5	1 khăn lông to, 1 khăn nhỏ, 1 tấm nilon hoặc áo gối cao su, 2 viên gòn không thấm nước..		
6	Máng gội, ca múc nước, xô đựng nước ấm gội đầu, xô đựng nước thải,.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Đóng cửa, tắt quạt (tránh gió lùa). Điều dưỡng mang găng. (nếu cần)		
8	Mang áo gối cao su vào gối, đặt gối dưới vai người bệnh		
9	Xếp rẽ quạt khăn lông to theo chiều dọc quàng vào cổ người bệnh, vắt chéo trước ngực		
10	Cho người bệnh nằm xéo trên giường (gối ở dưới vai), gáy đặt lên lòng máng, đầu thấp hơn vai		
11	Đặt thùng nước sạch ở nơi thuận tiện, xô đựng nước thải phía dưới lòng máng.		
12	Chải suông tóc.		
13	Nút gòn không thấm nước vào tai, gấp khăn lông nhỏ che mắt người bệnh.		
14	Dội nước cho ướt đều tóc và da đầu..		

15	Cho dầu gội vào tay, xoa đều, chà sát khắp da đầu và tóc bằng các đầu ngón tay. Quan sát da đầu		
16	Dội nước lên tóc, xả nhiều lần cho tóc thật sạch. Chế nước cốt chanh lên tóc (nếu cần), rồi xả lại bằng nước cho sạch		
17	Bỏ khăn Lông nhỏ lau mắt, trán. Lấy bông ở tai ra.		
18	Kéo khăn quàng cổ bao tóc cho người bệnh.		
19	Bỏ máng, cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái		
20	Lau tóc, sấy khô, chải tóc cho người bệnh.		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
21	Thu dọn dụng cụ sửa giường bệnh, sắp xếp gọn gàng vùng phụ cận		
22	Ghi phiếu chăm sóc.		

5. Tắm bệnh tại giường:

5.1. Mục đích:

- Giữ da sạch, ngăn ngừa các bệnh về da
- Tăng cường sự tuần hoàn & giúp da bài tiết tốt
- Đem lại cảm giác thoải mái cho người bệnh

5.2. Chỉ định & chống chỉ định:

- Chỉ định: BN không tự làm được, hôn mê, sau phẫu thuật, nằm lâu …
- Chống chỉ định: bệnh trong giai đoạn nguy kịch, đa chấn thương …

Ngoài việc thay quần áo, drap giường cho bệnh nhân, ta cần phải bảo vệ da bệnh nhân được sạch sẽ khô ráo bằng các cách:

- Lau mình cho bệnh nhân khi không thể tắm
- Cắt móng tay, chân cho BN, tránh gây xước da

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TẮM NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Nhận định tình trạng người bệnh		
2	Giải thích động viên để người bệnh yên tâm.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
3	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
4	Khay chữ nhật: xà bông tắm, cồn 70 ^{0}, phấn Talc, lược chải tóc		
5	Quần áo, khăn tắm, 2 khăn lông lớn, 3 khăn lông nhỏ, vải đắp, găng tay.(nếu cần)		
6	Thau đựng nước tắm ấm (T^0 37 – 40^0 C), bình phong.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Đóng cửa, tắt quạt hoặc che bình phong. thay mềm		
8	Choàng khăn lông dưới cằm, ngang ngực người bệnh		
9	Quấn khăn đã thấm nước vào tay, lau mặt: lau mắt, trán, 2 má, mũi, miệng, cằm, cổ và gáy, xả lại khăn sau mỗi lần lau.		
10	Bỏ quần áo người bệnh ra		
11	Lót khăn lông dưới cánh tay người bệnh, tắm tay xa, đến tay gần mỗi động tác tắm chà theo hình xoắn ốc v à theo trình tự: làm ướt - chà xà bông – lau lại bằng nước sạch – lau khô		
12	Đặt thau nước cạnh giường rửa sạch hai bàn tay, lau khô. Thay nước sạch		
13	Phủ khăn lông tắm ngực, bụng từ trên xuống dưới đến khi sạch, thấm khô.Nam tắm ngực thì che bụng & ngược lại. Nữ tắm trong khăn để người bệnh được kín đáo		
14	Thay nước sạch..Lót khăn lông dưới chân, tắm lần lượt chân xa đến chân gần. Lau khô.		
15	Đưa thau nước vào rửa 2 bàn chân, lau khô. Thay nước.		
16	Đỡ người bệnh nằm nghiêng, lót khăn dọc theo lưng, tắm lưng, mông, lau khô. Thay nước		
17	Thực hiện massage vùng lưng mông: thoa cồn, phấn talc nhẹ đều khắp, nhồi sâu vùng lưng mông nơi đè cấn.		
18	Lót nilon dưới mông người bệnh, để người bệnh nằm tư thế sản khoa, đặt bô dẹt, vệ sinh vùng hậu môn, sinh dục và thấm khô. Hoặc cho bệnh nhân tự lau nếu được		
19	Bỏ khăn tắm, nilon vào túi đựng đồ dơ, mặc áo, quần và giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái.		
20	Thay vải đắp, sắp xếp giường, tủ gọn gàng.		
21	Ghi phiếu chăm sóc.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI NGẮN:

1. Nêu 2 trường hợp săn sóc răng miệng cho người bệnh ?
2. Kể 3 mục đích tắm bệnh tại giường ?
3. Kể 2 mục đích gội tóc cho người bệnh tại giường ?
4. Kể 3 mục đích của săn sóc răng miệng cho người bệnh ?
5. Nêu chỉ định & chống chỉ định tắm người bệnh tại giường ?

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

6. Khi lưỡi bệnh nhân đóng trắng, điều dưỡng cần bôi Glycerin hoặc nước cốt chanh:

   A. Trước 30 phút

   B. Trước 15 phút

   C. Ngay sau khi săn sóc răng miệng xong

   D. Ngay trước khi săn sóc răng miệng

Bài 21:
KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN
DUNG DỊCH ĐƯỜNG TĨNH MẠCH - TRUYỀN MÁU

MỤC TIÊU

1. Kể được mục đích - chỉ định - chống chỉ định của truyền dịch.truyền máu
2. Nêu được tên các loại dung dịch thường dùng để truyền dịch.
3. Trình bày được nguyên tắc - tai biến khi truyền dịch, truyền máu.
4. Thực hiện kỹ thuật truyền dịch, truyền máu cho người bệnh đúng quy trình

NỘI DUNG

I. TRUYỀN DỊCH ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

1. Mục đích:

- Hồi phục tạm thời khối lượng tuần hoàn trong cơ thể bị mất.
- Nuôi dưỡng cơ thểtrong thời gian ngắn
- Bồi phụ 1 số thành phần bị thiếu hụt
- Đem thuốc vào cơ thể.
- Giải độc.

2. Chỉ định:

- Những trường hợp mất nước, mất máu
- Những trường hợp bệnh nặng cần duy trì truyền dịch liên tục có pha thuốc theo y lệnh
- Bệnh nặng không ăn uống được
- Ngộ độc.

3. Chống chỉ định:

- Suy tim
- Cao huyết áp.
- Phù phổi cấp.

4. Các loại dung dịch thường dùng:

- ***Dung dịch đẳng trương:***
  + Mặn đẳng trương: Natrichlorua 9‰
  + Ngọt đẳng trương: Glucose 5%
  + Natrihydrocacbonate 14‰ ($NaHCO_3$).

Các loại dung dịch tiêm truyền

- ***Dung dịch ưu trương***:
  + Natrichlorua 10% - 20%.
  + Glucose 10% - 20% - 30% - 50%.
  + Natrihydrocacbonate 5% - 14%.
- ***Dung dịch có phân tử lượng lớn***:
  + Dextran
  + Acid amin: Moriamine, Alvesine, Onkowertine

5. Nguyên tắc truyền dịch:

- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu
- Dịch truyền và các dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn.
- Đảm bảo vô khuẩn và tiến hành đúng kỹ thuật.
- Tuyệt đối không để không khí vào tĩnh mạch.
- Đảm bảo áp lực dịch truyền cao hơn áp lực máu của người bệnh.
- Đảm bảo đúng tốc độ chảy của dịch theo y lệnh.
- Theo dõi sát tình trạng người bệnh trước - trong và sau truyền dịch.
- Phát hiện sớm các dấu hiệu của phản ứng và xử trí kịp thời.
- Không lưu kim quá 24 giờ trong cùng một vị trí.

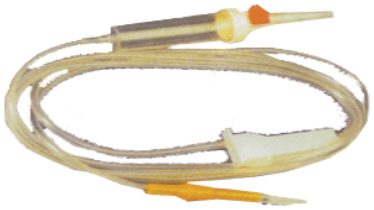
BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Chào hỏi đối chiếu họ tên, số giường.		
2	Giải thích để người bệnh yên tâm, kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn dặn người bệnh đi tiểu,.. những điều cần thiết		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường qui,		
	*** Chuẩn bị dụng cụ:**		
4	Mâm: bình kềm, gạc che kim, gòn tẩm cồn iod, bộ dây truyền dịch.		
5	Dịch truyền theo y lệnh, hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe. Phiếu dịch truyền. Găng tay sạch, băng keo, bồn hạt đậu. Đồng hồ		

	chỉnh giọt.		
6	Hộp đựng vật sắc nhọn, túi nylon vàng xanh, gối kê tay, dây garô, tấm nylon, trụ treo.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
7	Kiểm tra dịch truyền theo y lệnh, bật và sát khuẩn nút chai.		
10	Mở bao bộ dây truyền dịch, khóa dây truyền lại, cắm dây vào chai dịch.		
11	Treo chai dịch lên trụ, cho dịch vào ½ bầu đếm giọt, mở khóa đuổi khí vào bồn hạt đậu, khóa lại, xé băng keo.		
12	Báo lại cho người bệnh, bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.		
13	Đặt gối dưới vùng tiêm, luồn dây garô trên vị trí tiêm, mang găng tay.		
14	Thắt dây garô, sát khuẩn vị trí tiêm bằng gòn cồn iod theo chiều xoắn ốc rộng 5 cm.		
15	Điều dưỡng 1 tay giữ tĩnh mạch, 1 tay cầm chuôi kim đâm nhanh qua da 1 góc 15 - 30^0 so với mặt da.		
16	Đâm kim vào tĩnh mạch, khi thấy máu vào chuôi kim, tháo dây garô.		
17	Mở khóa cho dịch chảy, cố định chuôi kim, đặt gạc che kim, dán băng keo.		
18	Điều chỉnh giọt theo y lệnh, quan sát sắc mặt người bệnh. Dặn dò những điều cần thiết.		
19	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu tiêm truyền, phiếu chăm sóc.		

Kim luồn tĩnh mạch

Kim cánh bướm



Bộ dây truyền dịch

6. Tai biến khi truyền dịch:

- ***Phù nơi tiêm***:
  - Do lệch kim, vát kim chưa vào hẳn lòng mạch, vỡ mạch.

- Rút kim ra truyền lại.

- ***Dịch không chảy***:
  - Do vát kim áp sát thành mạch ; nâng chuôi kim kê lên.
  - Do tắc kim: do cục máu đông; thay kim truyền lại.

- ***Sốc:***
  - Do truyền nhanh.
  - Do dụng cụ hoặc kỹû thuật không đảm bảo vô trùng.
  - Do cơ thể phản ứng thuốc hoặc dịch truyềnï.

* **Dấu hiệu**: người bệnh khó thở, lạnh run, vã mồ hôi, tím tái, mạch nhanh, HA hạ.

* **Xử trí**: Ngưng truyền, báo bác sĩ, ủ ấm, cho thở O_2, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, thực hiện y lệnh cấp cứu

- ***Phù phổi cấp:***
  - Do truyền số lượng nhiều và nhanh.

* **Dấu hiệu**: Người bệnh đau ngực, khó thở dữ dội,ho liên tục khạc bọt màu hồng, tím tái, nghe phổi có nhiều ran ẩm ở 2 đáy phổi.

* **Xử trí**: Ngưng truyền ngay, báo bác sĩ, cho thở O_2, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chuẩn bị dụng cụ ngăn máu về tim, thực hiện y lệnh cấp cứu

- ***Tắc mạch:***
  - Do cục máu đông.
  - Do không khí vào tĩnh mạch.

* **Dấu hiệu**: Ở chi: người bệnh kêu đau nhức chi.
Ở não: người bệnh bị rối loạn tri giác.
Ở phổi: người bệnh đau ngực dữ dội - khó thở.

*** Xử trí**: Ngừng truyền, báo bác sĩ

+ Ở phổi: cho thở oxy, cho nằm đầu cao.
+ Ở não: theo dõi tri giác.
+ Ở chi: theo dõi mạch của chi bị tắc.
+ Thực hiện thuốc theo y lệnh.

- ***Nhiễm khuẩn:***
  - Do không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn gây nhiễm khuẩn

7. Những điểm cần lưu ý khi truyền dịch:

- Áp dụng kỹ thuật vô trùng khi thực hiện thao tác
- Thực hiện 3 tra, 5 đối, 5 đúng trước khi tiến hành kỹ thuật
- Theo dõi sát người bệnh suốt quá trình thực hiện
- Cho tốc độ dịch chảy theo ylệnh và lưu ý người bệnh không được tự điều chỉnh
- Công thức tính thời gian chảy của dịch truyền:

Thể tích dịch truyền (ml) x số giọt /1ml (dây truyền)

Thời gian chảy/phút = ...Số giọt theo y lệnh / 1phút

- Khi sử dụng kim luồn không nên lưu kim quá 72 giờ

II. TRUYỀN MÁU

Máu toàn phần là máu có đầy đủ các thành phần: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và các thành phần của huyết tương. Phần lớn bạch cầu và tiểu cầu tròn máu toàn phần sẽ không tồn tại sau vài ngày lưu trữ, một đơn vị máu toàn phần có khoảng 250ml máu.

1. **Mục đích**
   - Bù đắp số lượng máu bị mất (truyền máu toàn phần)
   - Tăng khả năng đông máu và cầm máu (truyền tiểu cầu và huyết tương)
   - Tăng khả năng cung cấp oxy (truyền hồng cầu)
   - Tăng khả năng đề kháng và chống nhiễm khuẩn (truyền bạch cầu)

2. Chỉ định
   - Mất máu cấp
   - Thiếu máu toàn phần hoặc thiếu các thành phần của máu nặng.
   - Truyền thay máu.
   - Các bệnh về máu.

3. **Chống chỉ định**
   - Các bệnh van tim.
   - Suy tim.
   - Xơ cứng mạch máu - huyết áp cao.
   - Không dung nạp với các thành phần của máu

4. Một số chế phẩm của máu, đặc điểm và chỉ định:

- ***Máu toàn phần*:**
  - Lấy từ máu tĩnh mạch, có chất chống đông để bảo quản
  - Bảo quản ở nhiệt độ 4^0C (2- 6^0C) từ 35- 42 ngày
- ***Hồng cầu khối*** (máu đã tách huyết tương → hồng cầu đậm đặc)
  - 1 đơn vị = 150 – 180ml
  - Chỉ định: thiếu máu mạn, không giảm thể tích, thiếu máu có suy tim, suy thận
- ***Hồng cầu rửa:*** khối hồng cầu đã loại sạch huyết tương
  - Bảo quản 2 – 6^0C, 24giờ
  - Thành phần: hồng cầu đậm đặc
  - Chỉ định: tan máu miễn dịch có hoạt hoá bổ thể, truyền máu có phản ứng với protein huyết tương
- ***Huyết tương giàu tiểu cầu*** (tách đơn giản từ máu toàn phần mới lấy)
  - Bảo quản 22^0 C
  - Thành phần: tiểu cầu (còn bạch cầu, yếu tố huyết tương)
  - Chỉ định: thiếu tiểu cầu, thiếu huyết tương (sốt xuất huyết)
- ***Tiểu cầu khối (tiểu cầu đậm đặc)***
  - 1đơn vị = 150ml
  - Bảo quản 22^0C
  - Chỉ định: giảm tiểu cầu, nguy cơ xuất huyết

- Chống chỉ định: xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch chưa có nguy cơ xuất huyết

- ***Huyết tương tươi đông lạnh***
  - 1đơn vị = 250ml
  - Bảo quản 2năm ở nhiệt độ - 35^0C
  - Chỉ định: rối loạn đông máu, Hemophilia, bù protein, phối hợp với khối hồng cầu cho bệnh nhân mất nhiều máu
- ***Tủa yếu tố VIII và Fibrinogen***
  - 1đơn vị = 60ml
  - Bảo quản 2năm ở nhiệt độ - 35^0C
  - Chỉ định: Hemophilia A, mất Fibrinogen
- ***Huyết tương tươi đông lạnh bỏ tủa***: huyết tương còn lại sau lấy tủa yếu tố VIII và fibrinogen
  - Bảo quản 2năm ở nhiệt độ - 35^0C
  - Chỉ định: Hemophilia B, bù protein và áp lực keo, suy gan,bỏng, phối hợp khối hồng cầu cho bệnh nhân mất nhiều máu
- ***Các chế phẩm khác***: albumin, globulin
- ***Khối bạch cầu***:
  - 1đơn vị = 170 - 200ml
  - Chỉ định: bệnh nhân suy tủy số lượng bạch cầu quá thấp

5. Phân loại nhóm máu:

Dựa trên phản ứng giữa kháng nguyên và kháng thể tác động lên kháng nguyên cung cấp xảy ra hiện tượng ngưng kết. Kháng nguyên nằm trên màng hồng cầu gọi là ngưng kết nguyên, kháng thể trong huyết tương được gọi là ngưng kết tố. Máu người được chia thành 4 nhóm theo hệ ABO

Tên nhóm máu	Kháng nguyên trên màng hồng cầu (ngưng kết nguyên)	Kháng thể trong huyết tương (ngưng kết tố)
A	A	β
B	B	α
AB	A và B	Không có
O	Không có	α và β

-Nhóm hồng cầu hệ Rh (Rhesuss)

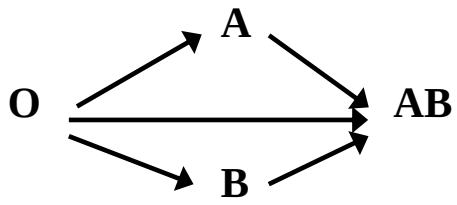
TÊN NHÓM MÁU	KHÁNG NGUYÊN	KHÁNG THỂ
Rh (+)	Rh	Không có
Rh (-)	Không có	Không có

Xảy ra 2 trường hợp:

- Người nhóm Rh(-) truyền máu nhóm Rh(+) nhiều lần
- Sẩy thai liên tiếp ở người vợ có nhóm Rh(-) lấy chồng có nhóm Rh(+)

6. Nguyên tắc truyền máu

- Phải truyền máu cùng nhóm theo quy tắc truyền máu cơ bản và theo chỉ định của Bác sĩ
    - Nhóm A truyền → người nhóm máu A
    - Nhóm B truyền → người nhóm máu B
    - Nhóm AB truyền → người nhóm máu AB
    - Nhóm O truyền → người nhóm máu O
- Trước khi truyền máu phải chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cần thiết: nhóm máu - phản ứng chéo đầu giường
- Khi lãnh máu phải kiểm tra túi máu: màu sắc, số lượng, nhóm máu, số hiệu túi máu, hạn dùng, và đối chiếu sổ lãnh, sổ lưu.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền máu, nếu bất thường báo lại cho Bác sĩ.
- Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn dây truyền máu phải có bầu lọc - kim đúng cỡ (số18).
- Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng thời gian theo y lệnh.
- Phải làm phản ứng sinh vật khi truyền máu
- Túi máu đem ra khỏi tủ lạnh không quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh.
- Trong quá trình truyền máu phải theo dõi sát tình trạng người bệnh để đề phòng tai biến có thể xảy ra.
- Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền máu khác nhóm (nhưng không quá 500ml) theo sơ đồ sau:



7. Tai biến khi truyền máu:

*** Phản ứng sớm:**

- ***Sốc tiêu huyết***
    - Do bất đồng nhóm máu hệ ABO
    - Triệu chứng xuất hiện sớm ngay sau khi truyền được vài ml máu, người bệnh kích thích vật vã, đau ngực, đau thắt lưng, đau bụng, sốt, rét run, khó thở, mạch nhanh huyết áp hạ, tiểu ít, nước tiểu có huyết sắc tố rồi vô niệu
    - Xử trí: Ngưng truyền máu, giữ mạch bằng dung dịch đẳng trương, thực hiện thuốc cấp cứu, nâng mạch và huyết áp theo ylệnh, kiểm tra lại túi máu và kiểm tra máu người bệnh
- ***Sốt rét do truyền máu không gây tan máu***
    - Do kháng thể của người bệnh chống bạch cầu trong máu người cho
    - Người bệnh sốt cao, rét run khoảng 30 – 60 phút sau truyền máu
    - Xử trí: ngưng truyền máu hoặc truyền tốc độ chậm, cho người bệnh dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh và theo dõi sát bệnh nhân

- ***Phản ứng dị ứng:***
    - Do cơ thể phản ứng với protein trong huyết tương của chế phẩm được truyền
    - Phản ứng thường nhẹ và trung bình: mẩn ngứa, nổi mề đay, sốt, co thắt khí phế quản... Người bệnh khỏi nhanh khi uống kháng histamin và khi ngưng truyền hoặc truyền với tốc độ chậm
    - Phản ứng dị ứng nặng như sốc phản vệ cần xử trí cấp cứu
- ***Nhiễm khuẩn huyết:***
    - Do các chế phẩm bị nhiễm khuẩn
    - Triệu chứng: sốt, rét run, mẩn đỏ, ngứa, đau bụng, đau cơ, suy thận, đông máu rải rác trong lòng mạch, sốc nhiễm trùng
    - Xử trí: ngưng truyền, báo Bác sĩ, thực hiện thuốc cấp cứu, cấy máu của người bệnh và túi máu tìm vi trùng
- ***Trụy tim cấp - phù phổi cấp***
    - Truyền với tốc độ nhanh với số lượng nhiều.
    - Triệu chứng: tức ngực,khó thở tím tái, khạc bọt hồng, mạch nhanh, huyết áp tuột,..
    - Xử trí: ngừng truyền ngay, báo Bác sĩ, cho nằm đầu cao, thở oxy. Chuẩn bị dụng cụ ngăn máu về tim, thực hiện y lệnh thuốc
- ***Tắc mạch do không khí hoặc cục máu đông***

*** Phản ứng muộn:**

- ***Bệnh nhiễm trùng truyền qua đường máu***: HIV, HBV, sốt rét, giang mai,..
- ***Tan máu muộn do truyền máu***: thường xuất hiện 5-10 ngày sau, người bệnh sốt, vàng da, xanh xao, tiểu sậm màu. Trường hợp nặng: sốc, suy thận, đông máu nội mạch
- ***Hội chứng xuất huyết sau truyền máu***: xảy ra sau 20-30 ngày, do tiểu cầu của người cho không phù hợp với người nhận

Bộ dây truyền máu

Túi máu được làm ấm qua máy sưởi

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Chào hỏi đối chiếu họ tên, số giường.		
2	Giải thích để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường qui,		
	*** Chuẩn bị dụng cụ:**		
4	Mâm dụng cụ vô trùng: bình kềm, gạc che kim, gòn tẩm cồn iod, bộ dây truyền máu, bơm tiêm.		
5	Túi máu, phiến kính, lancet, hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe. Phiếu truyền máu. Găng tay sạch, băng keo, bồn hạt đậu. Đồng hồ chỉnh giọt.		
6	Hộp đựng vật sắc nhọn, túi nylon vàng xanh, gối kê tay, dây garô, tấm nylon, trụ treo.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
9	Báo lại cho người bệnh, điều dưỡng mang găng tay, làm phản ứng chéo và đọc kết quả.		
10	Kiểm tra túi máu đã nguội, treo túi máu lên trụ.		
11	Mở túi đựng dây truyền máu, khóa dây truyền lại, cắm dây truyền vào túi máu, tiến hành đuổi khí.		
12	Để người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm, đặt gối kê tay, đặt và thắt dây garô.		
13	Sát khuẩn vị trí truyền		
14	Đâm kim vào tĩnh mạch, tháo dây garô, mở khóa dây truyền.		
15	Cố định đốc kim, đặt gạc che kim, dán băng keo. Bỏ gối kê tay, dây garô.		
16	Làm phản ứng sinh vật, theo dõi và quan sát sắc mặt người bệnh. Điều chỉnh giọt theo y lệnh.		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
17	Thu dọn dụng cụ, tháo găng. Dặn dò người bệnh những điều cần thiết.		
18	Ghi phiếu truyền máu, phiếu chăm sóc.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi nhỏ:

1. Kể 5 mục đích của truyền dịch ?
2. Nêu các nguyên tắc khi truyền dịch ?
3. Nêu chỉ định và chống chỉ định khi truyền dịch ?
4. Phân loại và cho ví dụ các loại dung dịch tiêm truyền thường dùng ?
5. Nêu các tai biến, cách xử trí khi truyền dịch ?
6. Mục đích truyền máu ?
7. Chỉ định và chống chỉ định truyền máu ?
8. Nêu nguyên tắc truyền máu ?

9. Tai biến truyền máu: dấu hiệu, xử trí ?

Chọn câu đúng - sai:

10. Cần thực hiện 3 tra, 3 đối chiếu trước khi thực hiện truyền dịch và truyền máu
11. Thử phản ứng chéo tại giường là việc làm không cần thiết trước khi truyền máu
12. Bệnh nhân đang truyền dịch kêu khó chịu, điều dưỡng cần rút kim ra ngay.
13. Người bệnh đang truyền dịch không được thực hiện bất cứ thủ thuật nào.

Chọn câu đúng nhất:

14. Vị trí thường được chọn để tiêm truyền tĩnh mạch:
    A. Nếp gấp khuỷu tay
    B. Mạch mu bàn tay
    C. Mạch cổ tay
    D. Mạch cẳng tay
15. Sau truyền dịch cần theo dõi:
    A. 5phút /lần trong 1 giờ đầu
    B. 10 phút /lần trong 1 giờ đầu
    C. 15 phút /lần trong 1 giờ đầu
    D. 30 phút /lần trong 1 giờ đầu
16. Thời gian tốt nhất máu lãnh từ ngân hàng về truyền cho người bệnh là:
    A. Không quá 30 phút
    B. Không quá 40 phút
    C. Không quá 50 phút
    D. Không quá 1 giờ
17. Biểu hiện của người bệnh bất đồng nhóm máu khi truyền máu:
    A. Khó thở, rét run sau truyền máu 1-2 ml
    B. Mạch nhanh yếu, huyết áp hạ, lơ mơ, hôn mê
    C. Tiểu ít, đau lưng dữ dội
    D. Tất cả đều đúng
18. Tai biến cấp cứu cả 2 trường hợp truyền dịch, truyền máu đều có:
    A. Nhiễm trùng
    B. Sốc tiêu huyết
    C. Phù phổi cấp
    D. Bất đồng nhóm máu

Bài 22:
KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC ĐƯỜNG UỐNG - DA - NIÊM

MỤC TIÊU:

1. Trình bày được những nguyên tắc và yêu cầu cần thiết khi cho người bệnh dùng thuốc
2. Kể được các đường dùng thuốc
3. Thực hiện kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc đường uống,qua da, niêm đúng quy trình

NỘI DUNG:

I. Đại cương

Cho bệnh nhân dùng thuốc là một phần trong công tác điều trị. Vì vậy khi thực hiện cho thuốc bệnh nhân phải nhận thức rõ trách nhiệm và phải chú ý các điểm quan trọng để tránh sự nhầm lẫn và những hậu quả tai hại. Thuốc vào cơ thể bệnh nhân qua nhiều đường: uống, tiêm, ngoài da, niêm mạc...

II. Nguyên tắc chung khi cho bệnh nhân dùng thuốc:

1. Đảm bảo an toàn tính mạng cho người dùng thuốc.
2.Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
3.Phải tập trung tư tưởng cho việc dùng thuốc, sao chép y lệnh phải thật chính xác tránh nhầm lẫn..

III.Những yêu cầu cần thiết khi cho bệnh nhân dùng thuốc:

- Tác phong làm việc phải chính xác, khoa học và có trách nhiệm.
- Trung thành với chỉ định của bác sĩ, nếu nghi ngờ phải hỏi lại.
- Khi thực hiện y lệnh nếu có sai phạm phải báo bác sỹ ngay để xử trí kịp thời
- Tuyệt đối không được thay đổi y lệnh.
- Sắp xếp thuốc theo thứ tự, dễ tìm, tránh nhầm lẫn.
- Thuốc độc A, B phải để ngăn riêng có khóa
- Thuốc dùng ngoài da để xa thuốc uống.
- Kiểm tra thuốc hàng ngày nếu có thuốc kém chất lượng phải đổi ngay ở khoa dược.
- Kiểm kê bàn giao thuốc cẩn thận sau mỗi ca.

IV. Những kiến thức cơ bản cần biết khi cho người bệnh dùng thuốc:

1. Công dụng của thuốc

- Chống nhiễm khuẩn: như các loại kháng sinh, sulfamid.
- Phòng bệnh: vaccin, huyết thanh.
- Chẩn đoán bệnh: BCG test.
- Giảm triệu chứng: giảm đau, giảm ho, giảm sốt.
- Thuốc tác dụng toàn thân hay tại chỗ.

2. Tính chất của thuốc:

Có một số bệnh của bệnh nhân cần thận trọng khi dùng thuốc như loét dạ dày tá tràng không uống vitamin C mà tiêm, hoặc không uống Aspirin mà thay thế bằng Parcetamol, uống prednison khi đã ăn no,...

3. Yếu tố hấp thụ và bài tiết:

Tùy theo dược tính và liều lượng dùng thuốc, thuốc hấp thụ nhanh hay chậm.
Ví dụ:

- Kháng sinh bài tiết hết sau 6 giờ nên 6 giờ bệnh nhân uống hoặc tiêm 1 lần.
- Thuốc ngủ tác dụng sau 15 đến 30 phút, kéo dài 6 đến 8 tiếng.
- Những thuốc bị dịch vị phá hủy thì chỉ tiêm truyền.

4. Dạng thuốc:

- Thuốc viên: viên nén bọc đường, viên nhộng.
- Thuốc nước: ống thuốc, thuốc giọt, theo mililit

5. Liều dùng:

Tùy theo cân nặng, tuổi, tình trạng bệnh, đường dùng thuốc.

6. Quy chế về thuốc độc.

- Nhãn thuốc: độc A và giảm độc A màu đen. Độc B và giảm độc B màu đỏ.
- Hàm lượng: Số lượng thuốc có trong thành phần.
- Liều lượng: Số lượng thuốc dùng cho bệnh nhân để chữa khỏi mà không gây tác hại.

7. Cách bảo quản:

- Để nơi khô ráo, thoáng mát.
- Những thuốc dùng dở phải đậy nút kín, bảo quản tốt, tránh hư hao nhiễm khuẩn như xi rô kháng sinh (để tủ lạnh) huyết thanh đã dùng dở chỉ để được trong 24 giờ.

V. Các đường dùng thuốc:

1. Kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc:

a. Chỉ định:

Thường áp dụng cho tất cả các bệnh nhân có thể uống được và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy.

b. Chống chỉ định:

Không áp dụng cho bệnh nhân mê man, nôn mửa liên tục, bệnh nhân bị bệnh ở thực quản và bệnh nhân bị tâm thần không chịu uống.

c. Nguyên tắc khi cho người bệnh uống thuốc:

-Thuốc có tính acid làm hại men răng cần phải pha loãng và uống qua ống hút.

- Sau uống thuốc dầu cần cho uống nước cam chanh để đỡ cảm giác buồn nôn

- Uống Aspirin nên uống lúc no và không uống chung các loại thuốc có tính kiềm

- Phải kiểm tra mạch, huyết áp người bệnh trước khi cho uống thuốc tim mạch

d**. Quy trình kỹ thuật:**

KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh**		
1	Chào hỏi đối chiếu họ tên, số giường.		
2	Giải thích để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết		
	*** Chuẩn bị người điều dưỡng**		
3	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường qui,		
	*** Chuẩn bị dụng cụ và thuốc**		
4	Phiếu công khai thuốc, thuốc theo y lệnh		
5	Khay chữ nhật, ly đựng thuốc, bình đựng nước, ly uống nước.		
6	Dụng cụ đo lường: ly chia độ hoặc muỗng…, gạc, ống hút, bồn hạt đậu, gạc miếng, túi nylon đựng đồ dơ.		
a)	**Lấy thuốc viên:**Tay phải cầm lọ đựng thuốc viên, tay trái mở nắp lọ thuốc hoặc cốc đựng thuốc đổ thuốc vào cốc đếm đủ số lượng cần lấy (không được dùng tay để bốc thuốc)		
b)	**Lấy thuốc nước:**Tay phải cầm chai thuốc lắc nhẹ cho thuốc trộn đều, tay trái mở nắp chai và ngửa nắp chai thuốc lên trên mặt bàn, cầm cốc đựng thuốc đưa ngang với tầm mắt, đầu ngón cái ngang mức thuốc cần lấy. Để nhãn của chai thuốc lên trên và rót thuốc không để miệng chai thuốc chạm vào miệng cốc. Lấy đủ số lượng thuốc, lau sạch miệng chai thuốc bằng miếng gạc sạch và đậy nắp chai lại, để chai thuốc về chỗ cũ.		
c)	**Lấy thuốc giọt:** Cho một ít nước đun sôi để nguội vào cốc để làm loãng thuốc. Tay phải cầm thẳng ống hút đưa đầu ống hút vào lọ thuốc và hút thuốc, nhỏ từng giọt cẩn thận vào cốc đếm giọt theo chỉ định.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
	Đối với người bệnh tự uống được		
1	Người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao		
2	Kiểm tra lại thuốc.		
3	Đưa thuốc và nước cho người bệnh uống.		
4	Lau miệng và giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái. Dặn những điều cần thiết		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
5	Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu công khai thuốc và phiếu chăm sóc.		
	Đối với trẻ nhỏ		
1	Hòa tan thuốc viên thành dạng nước.		
2	Hòa thêm một chút đường cho trẻ dễ uống.		
3	Điều dưỡng bế trẻ vào lòng, đầu hơi cao.		
4	Dùng muỗng cà phê lấy thuốc, đổ từ từ vào phía góc hàm		

5	Tráng lại muỗng, ly đựng thuốc bằng nước chín cho trẻ uống hết, lau lại miệng cho trẻ.		
	*** Thu dọn dụng cụ**		
6	Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu công khai thuốc và phiếu chăm sóc		

2. Thuốc dùng ngoài da và niêm mạc

Các thuốc dùng ngoài da và niêm mạc ở nhãn thường có màu vàng và có hàng chữ "Không được uống".

2.1. Thuốc ngậm dưới lưỡi

2.2. Khí dung (hay còn gọi là xông): Thuốc ngấm qua đường hô hấp làm giảm co thắt cơ trơn, giảm viêm họng.

Thường xông các thuốc kháng sinh khi bệnh nhân viêm đường hô hấp trên, viêm các xoang vùng mặt.

2.3. Thuốc đặt âm đạo, đặt hậu môn: Hay dùng ở sản khoa, hạ nhiệt độ cho trẻ em bị sốt cao hay co giật.

2.4. Các loại thuốc bôi ngoài da: Hay dùng ở khoa da liễu, khoa bỏng.

2.5. Các thuốc xoa: Như các loại thuốc dầu nóng Trường Sơn, Thiên Long, Dầu long não, Cao sao vàng.

2.6. Thuốc nhỏ mắt, mũi, tai:

a) Kỹ thuật nhỏ thuốc tai và rửa tai

*** Chuẩn bị dụng cụ:**

- Thuốc nhỏ theo chỉ định hoặc quả bóp cao su
- Một tấm nilon (nếu rửa tai)
- Bông cầu
- Bồn hạt đậu

*** Chuẩn bị bệnh nhân**

Có thể ngồi hoặc nằm nghiêng về bên tai lành

*** Quy trình kỹ thuật**

- Nhỏ thuốc tai:

Điều dưỡng viên rửa tay, tay phải cầm ống thuốc nhỏ giọt, tay trái kéo vành tai lên trên và ra sau, nhỏ vài giọt thuốc vào thành ống tai (không nhỏ thẳng vào màng nhĩ). Kéo nhẹ vài lần vành tai cho thuốc dễ vào.

Dặn bệnh nhân giữ đầu ở tư thế đó vài phút, lấy bông cầu nút tai lại cho bệnh nhân để thuốc không chảy ra ngoài. Sau đó đỡ bệnh nhân ngồi dậy.

- Rửa tai:

Quàng tấm nylon trên vai bệnh nhân, để đầu nghiêng về phía bên tai rửa. Nhờ bệnh nhân cầm khay quả đậu hứng nước bẩn dưới tai, nếu bệnh nhân còn nhỏ có thể nhờ người phụ cầm giúp.

Điều dưỡng tay phải cầm quả bóp có ống hút, tay trái ngón trỏ và ngón cái kéo vành tai lên trên hoặc kéo dái tai xuống dưới. Bơm nước từ từ vào thành ống tai ngoài (không nên bơm quá nhanh làm cho bệnh nhân có thể chóng mặt hay nhức tai do bơm quá nhanh và mạnh vào mang tai, hoặc nước quá nóng, quá lạnh), nên bơm đều đều và nghỉ ngắt quãng.

Sau lấy bông lau khô ống tai và vành tai cho bệnh nhân.

b) Kỹ thuật nhỏ và rửa mắt.

*** Chuẩn bị dụng cụ:**

- Thuốc nước, thuốc mỡ theo chỉ định.
- Miếng gạc vô khuẩn.
- Bông thấm nước.
- Bồn hạt đậu
- Dung dịch để rửa mắt: Dung dịch muối sinh lý, natri hydrocarbonat, thuốc tím pha loãng, Boric.

*Bệnh nhân nằm ngửa thẳng hoặc ngồi trên ghế tựa đầu tựa trên thành ghế.

***Quy trình kỹ thuật**

- Nhỏ thuốc:

Điều dưỡng sát khuẩn tay. Tay trái cầm miếng gạc, kéo mi dưới xuống, tay phải cầm ống thuốc nhỏ hai giọt thuốc vào niêm mạc mi dưới hoặc góc trong mắt (tránh nhỏ vào niêm mạc nhãn cầu). Bảo bệnh nhân nhắm mắt lại và lấy bông vô khuẩn thấm thuốc tràn ra ngoài mắt.

- Tra thuốc mỡ.

Tay trái kéo mi dưới xuống, tay phải cầm ống thuốc bỏ ít thuốc đầu, bóp một lượng thuốc vừa đủ bằng hạt thóc vào cùng đồ mi dưới, chờ một chút cho thuốc mỡ tan rồi thả ngón tay ở mi mắt ra.

- Lau rửa mắt.

Dùng bông vô khuẩn thấm vào nước chín để nguội hoặc nước muối sinh lý (9%) lau mi mắt từ trong ra ngoài hoặc từ ngoài vào trong, lau xong một mắt lấy bông khác lau tiếp mắt thứ hai.

* Lưu ý không lau 2 mắt bằng cùng miếng bông và không nhúng bông lau rồi vào nước để rửa tiếp mà phải lấy bông khác.

- Rửa mắt:

Bệnh nhân nằm đầu nghiêng sang bên rửa, hứng khay quả đậu dưới má. Dùng quả bóp hút dung dịch để bơm rửa mỗi mắt 2-3 lần. Sau lấy gạc vô khuẩn lau sạch và bảo bệnh nhân nhắm mắt lại.

c) Kỹ thuật nhỏ mũi.

* Dụng cụ.

Thuốc nước hoặc thuốc mỡ theo chỉ dẫn.

* Bệnh nhân:

Nằm hoặc ngồi ngửa đầu ra sau

* Quy trình kỹ thuật.

- Điều dưỡng rửa tay, tay trái giữ đầu bệnh nhân, tay phải cầm ống thuốc nhỏ 2-3 giọt vào thành bên của mũi, sau đó bóp nhẹ cánh mũi để thuốc tan đều.
- Nếu là thuốc mỡ, cho vào mỗi bên mũi một ít thuốc bằng độ hạt thóc, bảo bệnh nhân hít nhẹ từ từ, hít mạnh sẽ làm thuốc vào họng.

VI. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý:

1. Phải nắm vững nguyên tắc chung & những điều cần thiết khi cho bệnh nhân dùng thuốc
2. Thận trọng khi lấy thuốc để tránh nhầm lẫn. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu khi tiến hành

3. Theo dõi tác dụng phụ của thuốc
4. Khi cho người bệnh uống thuốc nếu có điều cho rõ cần phải hỏi lại, tuyệt đối không tự ý sữa chữa
5. Chỉ được phép ghi thuốc chính tay mình cho người bệnh dùng

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI NHỎ:

1. Kể 5 đường đưa thuốc vào cơ thể
2. Kể 5 công dụng của thuốc
3. Kể 3 nguyên tắc chung khi cho bệnh nhân dùng thuốc
4. Kể những yêu cầu cần thiết khi cho bệnh dùng thuốc
5. Kể 4 nguyên tắc khi cho bệnh nhân uống thuốc

CÂU ĐÚNG – SAI:

6. Thuốc độc A, giảm độc A có màu đen
7. Thuốc độc B màu đỏ, giảm độc B màu vàng
8. Cần kiểm tra nhịp thở trước khi cho bệnh nhân dùng thuốc tim mạch
9. Nên cho người bệnh dùng Aspirin lúc no
10. Thuốc có tính acid làm hại men răng không nên cho người bệnh uống

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

11. Thuốc đặt hậu môn đặt âm đạo thường được dùng ở khoa:
    A. Khoa sản
    B. Thần kinh
    C. Khoa nhi khi bé sốt cao
    D. Cả A & C
12. Nguyên tắc chung khi cho người bệnh uống thuốc là:
    A. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu
    B. Cần có sự hợp tác của NB
    C. Đảm bảo nguyên tắc vô trùng
    D. Cẩn thận khi cho trẻ con dùng

Bài 23
KỸ THUẬT HÚT ĐÀM NHỚT CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

1. Kể được mục đích, chỉ định và các phương pháp hút đàm nhớt
2. Trình được những điểm cần lưu ý khi hút đàm cho người bệnh
3. Tiến hành hút đàm nhớt cho người bệnh đúng quy trình

NỘI DUNG

I. MỤC ĐÍCH HÚT ĐÀM

1. Làm thông đường hô hấp
2. Lấy dịch nhầy xét nghiệm
3. Tránh các biến chứng ở hệ hô hấp do tắc đàm

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh có nhiều đàm nhớt không tự khạc được
2. Hôn mê, tăng tiết đàm
3. Người bệnh hít phải chất nôn
4. Trẻ ngay sau sanh, hôn mê, động kinh
5. Người bệnh có mở khí quản, đặt nội khí quản, thở máy.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP HÚT ĐÀM NHỚT

1. Hút thông đường hô hấp trên:

- Hút qua đường mũi hoặc miệng
- Chỉ định cho người bệnh có đàm nhớt nhiều mà không khạc được hoặc không nuốt được

2. Hút thông đường hô hấp dưới:

Áp dụng cho những người bệnh đang đặt nội khí quản hoặc có mở khí quản

- Hút đàm nhớt ở phế quản: ống vào sâu 20cm đối với người lớn hoặc đo từ đỉnh mũi tới trái tai rồi đo tiếp tới sụn giáp
- Nếu hút qua đường miệng thì đo từ cung răng đến giữa xương ức
- Đối với hút thông đường hô hấp dưới cần áp dụng kỹ thuật vô khuẩn để tránh nguy cơ nhiễm trùng khi hút đàm.

IV. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý:

1. Phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn khi hút thông hô hấp dưới để tránh bội nhiễm cho người bệnh
2. Mỗi lần hút không quá 10 - 15 giây(bằng thời gian nhịp thở của điều dưỡng), 3- 5 lần/ đợt để tránh tình trạng thiếu oxy cho người bệnh
3. Không nên đưa ống hút quá sâu (khi người bệnh có phản xạ ho thì ngưng) và phải đảm bảo lực hút, ống hút phù hợp:

- Người lớn: ống hút số 12-18 ; áp lực 100 -120 mmHg
- Trẻ em: ống hút số 8 -10, sơ sinh ống số 5- 8 ; áp lực 50 - 75mmHg

4. Nên tăng nồng độ oxy 100% 3phút trước và sau khi hút
5. Kỹ thuật hút phải nhẹ nhàng và phải đưa ống vào đúng vị trí rồi mới hút
6. Nếu đàm quá đặc có thể bơm 4 – 5ml NaCl 0.9% trước khi hút
7. Dùng 2 ống hút riêng biệt cho 2 đường hô hấp trên và dưới
8. Có thể dùng bơm tiêm 50 – 100ml và ống thông để hút khi không có máy hút
9. Luôn theo dõi nhịp thở, tình trạng khó thở của người bệnh trong khi thực hiện thao tác

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Nhận định tình trạng người bệnh và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà yên tâm.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
2	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
3	Mâm chữ nhật, chén NaCl 0.9%, găng tay.		
4	Ống hút, gạc, bồn hạt đậu, cây đè lưỡi		
5	Máy hút, túi đựng đồ dơ.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện		
7	Tăng oxy lên 100% cho thở trong 1 -2 phút (khi NB đang thở máy)		
8	Cắm máy hút, kiểm tra và điều chỉnh áp lực.		
9	Điều dưỡng mang găng. Nối ống hút với hệ thống máy hút và hút 1 ít nước vào ống kiểm tra		
10	Đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh. Bóp ống hút		
11	Đưa ống vào miệng, hầu họng, mũi. Điều dưỡng nín thở. Buông ống và hút		
12	Di chuyển ống nhẹ nhàng qua lại. điều dưỡng cần thở, bóp ống lại. Rút ống ra		
13	Lau nhớt, đưa ống vào hút NaCl 0.9% cho sạch,		
14	Lập lại động tác hút cho đến khi sạch Chú ý quan sát tình trạng khó thở của người bệnh		
15	Mỗi lần hút không quá 15 giây, mỗi đợt hút không quá 2 phút, sau mỗi lần hút phải hút nước để ống được thông.		
16	Tắt máy. Lau và tháo ống thông bỏ vào túi màu vàng		
17	Cho người bệnh tiện nghi. Báo việc đã xong		
18	Thu dọn dụng cụ, tháo găng. Rửa tay		
19	Ghi phiếu chăm sóc.		

BẢNG KI ỂM KỸ THUẬT HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI

QUA MỞ KHÍ QUẢN hoặc NỘI KHÍ QUẢN

TT	NỘI DUNG	Có	Không
	*** Chuẩn bị người bệnh.**		
1	Nhận định tình trạng người bệnh và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà yên tâm.		
	*** Chuẩn bị người Điều dưỡng.**		
2	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	*** Chuẩn bị dụng cụ.**		
3	Mâm chữ nhật, bộ dụng cụ vô trùng: chén NaCl 0.9%, găng tay vô trùng, khăn trải mâm vô trùng, 2 ống hút, gạc		
4	Máy hút, bồn hạt đậu, túi đựng đồ bẩn.		
	*** Kỹ thuật tiến hành**		
6	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện		
7	Tăng oxy lên 100% cho thở 1-2 phút (nếu đang thở oxy)		
8	Cắm máy hút, kiểm tra và điều chỉnh áp lực.		
9	Điều dưỡng mang găng vô trùng. Nối ống hút với hệ thống máy hút và hút 1 ít nước vào ống kiểm tra		
10	Bóp ống hút,đưa vào mở khí quản hoặc nội khí quản 8 – 12cm		
11	Điều dưỡng nín thở. Buông ống và hút		
12	Di chuyển ống nhẹ nhàng qua lại. điều dưỡng cần thở, bóp ống lại. Rút ống ra		
13	Lau nhớt, đưa ống vào hút NaCl 0.9% cho sạch,		
14	Lập lại động tác hút cho đến khi sạch		
15	Tắt máy. Lau và tháo ống thông bỏ vào túi màu vàng		
16	Thay ống hút mới vào dây nối. Hút đường mũi, miệng giống trên		
17	Chú ý quan sát tình trạng khó thở của người bệnh		
18	Mỗi lần hút không quá 15 giây, mỗi đợt hút không quá 2 phút, sau mỗi lần hút phải hút nước để ống được thông.		
19	Tắt máy. Lau và tháo ống thông bỏ vào túi màu vàng		
20	Cho người bệnh tiện nghi. Báo việc đã xong		
21	Thu dọn dụng cụ, tháo găng. Rửa tay		
22	Ghi phiếu chăm sóc.		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

CÂU HỎI NHỎ:

1. Kể 3 mục đích của hút đàm nhớt
2. Nêu 5 chỉ định của hút đàm nhớt
3. Nêu 2 phương pháp hút đàm nhớt
4. Trình bày những điểm cần lưu ý khi tiến hành hút đàm cho người bệnh

CHỌN CÂU ĐÚNG – SAI:

5. Cần áp dụng kỹ thuật vô trùng tuyệt đối cho tất cả các trường hợp hút đàm
6. Hút đàm đường mũi trước khi hút đường miệng
7. Hút đàm đường mũi trước khi hút qua nội khí quản hoặc mở khí quản
8. Phải chuẩn bị hệ thống oxy hỗ trợ cho bệnh nhân ngay sau khi hút đàm

CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

9. Thời gian mỗi động tác hút đàm không quá:
   A. 10 – 15 giây B. 30 giây
   C. 40 giây D. 1phút
10. Trong khi hút đàm, người điều dưỡng cần chú ý theo dõi:
    A. Mạch của người bệnh B. Nhịp thở của người bệnh
    B. Nhiệt độ C. Huyết áp của người bệnh

BÀI 24:
KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1.Kể được mục đích rửa dạ dày, trường hợp áp dụng và không áp dụng rửa dạ dày
2.Trình bày được những tai biến của rửa dạ dày, và cách đề phòng.
3.Thực hiện rửa dạ dày đúng quy trình kỹ thuật.

NỘI DUNG

I. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

1.1 Rửa dạ dày.

Là thủ thuật đưa nước vào đồng thời để hút các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.... Nhằm mục đích làm sạch dạ dày để phẫu thuật, để thải trừ bớt các chất độc, để điều trị chứng nôn trớ ở trẻ em, nôn nặng ở người lớn.

1.2. Trường hợp áp dụng:

- Ngộ độc cấp: thuốc ngủ, sắn, thuốc phiện và các chế phẩm.... trong 6 giờ đầu. (Bệnh nhân hôn mê đặt nội khí quản để rửa).
- Trước khi phẫu thuật dạ dày; phẫu thuật đường tiêu hóa nếu bệnh nhân đã ăn chưa quá 6 giờ.
- Người bệnh hẹp môn vị
- Đặt ống thông hút dịch vị, thức ăn qua ống thông.
- Nôn không cầm được.
- Say rượu nặng (ngộ độc).

1.3. Trường hợp không áp dụng:

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh: trung hòa bằng sữa hoặc lòng trắng trứng.
- Người bệnh ngộ độc sau sáu giờ. Người bệnh hôn mê do bị ngộ độc (phải đặt nội khí quản trước khi rửa).
- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bỏng, u, dò thực quản.
- Bệnh nhân suy mòn nặng, kiệt sức, trụy tim mạch....

1.4. Tai biến và cách đề phòng:

- Viêm phổi do sặc dịch rửa: điều dưỡng khi rửa dạ dày cho người bệnh phải đặt đúng tư thế, thực hiện rửa theo đúng quy trình kỹ thuật, nếu người bệnh hôn mê phải đặt nội khí quản, bơm bóng chèn trước khi rửa.
- Rối loạn nước, điện giải: do chuẩn bị nước rửa không đúng quy định (pha nồng độ muối không đúng).
- Tổn thương thực quản, dạ dày: do kỹ thuật thực hiện thô bạo.
- Hạ thân nhiệt: do thời tiết lạnh, pha nước chưa đúng nhiệt độ quy định, không sưởi ấm người bệnh.
- Nhịp chậm, ngất: do kích thích dây phế vị (điều dưỡng phải chuẩn bị dụng cụ, thuốc chống sốc để cấp cứu kịp thời).

II. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.

2.1. Chuẩn bị

2.1.1 Dụng cụ

- Ống Faucher, có thể nối với dây dẫn cao su đầu tù kết hợp với quả bóp, hoặc dùng ống Levine khi rửa cho trẻ em hoặc khi cần rửa nhiều lần với điều kiện dạ dày không có thức ăn làm tắc ống.
- Ca múc nước
- Cốc đựng nước súc miệng
- Kẹp mở miệng (nếu cần) - Cây đè lưỡi
- Hai tấm nylon
- Khăn mặt
- Khay quả đậu
- Thùng đựng nước rửa, nhiệt độ 37 – 40^{o} C, thường là nước chín, nước uống được hoặc nước có pha muối hoặc thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Số lượng nước rửa tùy thuộc tình trạng người bệnh, và tình trạng ngộ độc. - Thùng đựng nước thải từ dạ dày.
- Dầu nhờn: glycerin, parafin, nước đường.
- Ống nghiệm, giá để ống nghiệm, nếu cần xét nghiệm.
- Phiếu xét nghiệm.
- Áo choàng nylon, găng tay.
- Nhiệt kế đo nhiệt độ của nước
- Băng dính – kéo
- Than hoạt, hoặc thuốc theo y lệnh
- Hộp hoặc chén đựng nước muối, nếu có răng giả.
- Ống nghe.
- Hai kếm – Bình kềm
- Máy hút (nếu có)

2.1.2. Bệnh nhân

- Đối chiếu người bệnh với hồ sơ; hỏi tên, tuổi, số giường, bồng nằm điều trị.
- Động viên, giải thích cho bệnh nhân mọi việc sắp làm để bệnh nhân yên tâm và hợp tác. Nếu bệnh nhân hôn mê giải thích cho người nhà.
- Tháo răng giả (nếu có).
- Để bệnh nhân ở phòng kín đáo, tránh gió lùa.

2.1.3. Địa điểm:

Tùy theo tình trạng người bệnh; nếu bệnh tĩnh, rửa tại phòng thủ thuật rửa dạ dày kín đáo, sạch sẽ. Nếu người bệnh trong tình trạng nặng, hôn mê; điều dưỡng thực hiện rửa dạ dày tại giường để tiện việc theo dõi, chăm sóc và cấp cứu.

2.2. Tiến hành kỹ thuật

- Đem dụng cụ đến giường bệnh nhân, điều dưỡng mặc tạp dề ny long, nếu cần.
- Đặt bệnh nhân tư thế phù hợp tùy theo tình trạng người bệnh: có thể ngồi trên ghế tựa, đầu hơi ngả về phía trước hoặc đầu cao nghiêng người về bên trái hoặc nằm đđầu bằng mặt nghiêng về một bên (khi bị ngộ độc nặng người bệnh có đặt nội khí quản).

- Trải một tấm nylon lên phía đầu giường và quàng một tấm quanh cổ trước ngực, phủ khăn bông bên ngòai bệnh nhân.
- Tháo răng giả, nếu có
- Đặt thùng chứa nước rửa và thùng hứng nước bẩn trên sàn nhà nơi thuận tiện làm kỹ thuật
- Cắt băng dính - người điều dưỡng mặc áo choàng nylon hoặc đi găng (đối với ngộ độc thuốc sâu).
- Đặt khay quả đậu dưới cằm bệnh nhân (có thể nhờ người phụ giữ)
- Đo ống và đánh dấu (đo từ cánh mũi tới dái tái vòng xuống mũi ức, khoảng 45cm
- 50cm là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cửa cho đến rốn).
- Bảo bệnh nhân há miệng (dùng kẹp mở miệng nếu bệnh nhân không hợp tác).
- Cuộn gọn ống trong lòng bàn tay nhúng đầu ống vào dầu nhờn khỏang 10 cm (không để dầu đọng trong ống làm bệnh nhân sặc).
- Tay thuận cầm ông thông như cầm bút, bảo người bệnh há miệng nhẹ nhàng đưa ống vào miệng (hoặc mũi), sát má, tránh vòm họng và lưỡi gà, khi ống thông vào khỏang 10 cm động viên bệnh nhân nuốt mặc dầu rất khó chịu, đồng thời một tay nâng đầu người bệnh cho cổ hơi gập về phía trước (nếu người bệnh ở tư thế nằm) trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu bệnh nhân có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.
- Thử để biết chắc ống đã chạm vào đúng dạ dày chưa bằng 3 cách:
Cách 1: Nhúng đầu ống vào cốc nước nếu không có sủi bọt là vào đúng dạ dày.
Cách 2: Dùng bơm. tiêm hút dịch vị.
Cách 3: Đặt ống nghe lên vùng thượng vị, dùng bơm tiêm bơm một lượng nhỏ không khí trong dạ dày, sẽ nghe thấy tiếng động ở dạ dày.
- Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút. Hứng dịch vị vào ống nghiệm hoặc dùng bơm tiêm hút khỏang 5 ml, trường hợp dịch dạ dày quá ít, không thể hút được phải bơm khỏang 100 ml nước muối sinh lý qua ống thông vào dạ dày để lấy dịch tìm độc chất.
- Đổ nước từ từ vào phễu (tùy theo tuổi: người lớn 500 - 1000 ml, trẻ em 200 ml) đưa phễu cao hơn đầu bệnh nhân khoảng 15cm cho nước chảy vào dạ dày.
- Khi mức nước trong phễu gần hết (còn khỏang 1/2 thì nhanh tay lật úp phễu xuống cho nước từ trong dạ dày chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau) hoặc có thể dùng máy hút để hút với áp lực 3 -5 atmospher.
- Rửa cho tới khi nước trong dạ dày chảy ra sạch thì thôi, vừa rửa vừa quan sát theo dõi người bệnh, nếu có bất thường phải dừng lại để can thiệp kịp thời.
- Gập đầu ống lại và rút ra từ từ - khi còn 10cm – 20 cm dùng kìm Kocher kẹp chặt và rút nhanh ra hết.
- Cho bệnh nhân súc miệng.
- Lau mặt, miệng lắp răng giả (nếu có) cho bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái, quan sát tình trạng chung của bệnh nhân và dặn dò những điều cần thiết, cám ơn trước khi đi làm việc khác.

2.3. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Rửa sạch tất cả dụng cụ và lau khô.

- Chuẩn bị những dụng cụ cần tiệt khuẩn.
- Trả những dụng cụ khác về chỗ cũ.

2.4. Ghi vào hồ sơ

- Ngày, giờ và thời gian rửa.
- Dung dịch, thuốc, số lượng nước rửa.
- Tính chất nước chảy ra.
- Tình trạng chung và phản ứng của bệnh nhân nếu có.
- Mẫu dịch gửi xét nghiệm
- Tên người rửa.

2.5. Những điểm cần lưu ý

- Đưa ống thông vào đúng dạ dày.
- Trong lúc rửa phải luôn luôn quan sát tình trạng bệnh nhân, hạn chế khí vào dạ dày.
- Phải ngừng rửa ngay khi bệnh nhân kêu đau bụng hay có máu chảy ra theo nước, đồng thời phải báo ngay với bác sĩ.
- Khi người bệnh ngộ độc thuốc trừ sâu hay Chloroquin, phải có mặt bác sĩ trong lúc rửa dạ dày.

III. TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG

3.1. Viêm phổi do sặc dịch rửa

Khi rửa dạ dày cần để bệnh nhân đúng tư thế, rửa theo đúng quy trình kỹ thuật, nếu bệnh nhân hôn mê hay rối loại ý thức phải đặt nội khí quản bơm bóng chèn trước khi rửa.

3.2. Rối loạn nước điện giải

Do nồng độ dung dịch rửa pha không đúng lượng muối qui định, cần thực hiện đúng.

3.3. Nhịp chậm, ngất do kích thích dây phế vị (chuẩn bị hộp đựng dụng cụ và thuốc chống sốc, atropin... để cấp cứu kịp thời).

3.4. Hạ thân nhiệt do trời lạnh: trời lạnh pha nước âm, sưởi ấm cho bệnh nhân.

3.5. Tổn thương thực quản dạ dày do kỹ thuật thô bạo, thông cứng, sắc cạnh, hoặc rửa trong những trường hợp uống acid hoặc base.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang		
2	Chuẩn bị người bệnh: Đ ối chiếu, giải thích, động viên người bệnh hoặc người nhà Tháo răng giả, nếu có		
3	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ		
4	Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật sắp làm, nếu người bệnh tĩnh. Đặt người bệnh tư thế thích hợp		

5	Trải nylong lên phía đầu giường, chòang nylong trước ngực, phủ khăn bông phía ngòai, đặt bồn hạt đậu dưới cằm hoặc bên má		
6	Cắt băng dính, điều dưỡng đi găng		
7	Đo và đánh dấu đầu ống thông - Bôi trơn đầu ống thông		
8	Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi hoặc miệng vào dạ dày đúng kỹ thuật đến vị trí đánh dấu. – Dùng cây đè lưỡi mở miệng kiểm tra.		
9	Kiểm tra ống vào dạ dày bằng 3 phương pháp		
10	Dán băng dính cố định ống thông, cho người bệnh nằm nghiêng trái		
11	Hút dịch dạ dày vào ống nghiệm nếu có chỉ định Đ ổ nước từ từ vào phễu, mỗi lần khỏang 300 – 500 ml, khi còn 1/2- 1/3 phễu lật úp phễu xuống, thấp hơn dạ dày để nước chảy ra. Đ ổ rửa liên tục cho đến khi sạch. Luôn quan sát, theo dõi người bệnh		
12	Rút ống: cầm gạc rút từ từ, vừa rút vừa lau, còn khỏang 10 – 20 cm kẹp ống rút ra hết. Cho người bệnh súc miệng (nếu tĩnh), lau mặt, thu dọn khăn vải láng.... Cho người bệnh nằm tư thế tiện nghi. Dặn dò những điều cần thiết		
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay – Gửi bệnh phẩm xét nghiệm		
14	Ghi chép vào hồ sơ những nội dung cần thiết		

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

4. Kể 2 mục đích của hút dịch đờm

A……

B……

5. Kể đủ 3 trường hợp áp dụng hút dịch dạ dày

A……

C……

B……

6. Liệt kê 3 trường hợp không áp dụng hút dịch dạ dày

A……

C……

B……

7. Kể 2 tai biến có thể xảy ra khi hút dịch dạ dày

A……

B……

Câu hỏi đúng/sai

8. Dùng bơm hút dịch vị, có nhiều dịch vị là chắc ống thông đã ở trong dạ dày
9. Đề phòng trướng bụng cần đặt ống thông lưu tại dạ dày

Chọn câu trả lời đúng nhất

10. Tác dụng của dầu nhờn
    A. Dầu nhờn cần phải có khi thực hiện đặt thông dạ dày
    B. Dầu nhờn nên có khi thực hiện đặt thông dạ dày.
    C. Dầu nhờn có thể cần khi tực hiện đặt thông dạ dày
    D. Dầu nhờn cần một ít bôi trơn ngay đầu ống thông khi thực hiện đặt thông dạ dày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ y tế (2004), Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
[2] Bộ y tế (2005), Kỹ thuật điều dưỡng. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
[3] Bộ y tế (2007), Điều dưỡng cơ bản.Sách đào tạo Cao đẳng điều dưỡng. Chủ biên TS. Đỗ Đình Xuân. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
[4] Bộ y tế (2008), Điều dưỡng cơ bản. Sách đào tạo Cử nhân điều dưỡng. Chủ biên ThS. Trần Thị Thuận. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
[5] Bộ y tế (2007) Quy chế quản lý chất thải y tế
[6] Y Khoa. Net