**UỶ BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI**

**TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI**

****

**GIÁO TRÌNH**

**MÔN HỌC ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ**

***(Theo quyết định số .............QĐ/ĐT***

***ngày .....tháng..... năm)***

**HÀ NỘI – 2022**

# **BÀI 1: BIỂU MẪU THEO DÕI, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VÀ NGUYÊN TẮC GHI CHÉP**

**Số tiết: 1**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức**   1. Trình bày được mục đích ghi chép hồ sơ, nguyên tắc sử dụng, ghi chép và bảo quản hồ sơ. 2. Trình bày được cách ghi chép một số biểu mẫu theo dõi, chăm sóc người bệnh và các quy định về sắp xếp và dán hồ sơ người bệnh theo quy định.   **\* Kỹ năng**   1. Ghi chép và dán được các biểu mẫu theo dõi, chăm sóc đúng quy định và chính xác.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**   1. Thể hiện được thái độ nghiêm túc, chính xác, trung thực trong ghi chép và bảo quản hồ sơ.   Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan và kỹ năng giao tiếp phù hợp để ghi chép biểu mẫu theo dõi, chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Hồ sơ người bệnh là các giấy tờ có liên quan đến quá trình điều trị của người bệnh tại một cơ sở y tế trong thời gian nằm viện, mỗi loại có nội dung và tầm quan trọng riêng của nó.

Hồ sơ bệnh án là tài liệu và là bằng chứng cho tất cả hoạt động khám, chẩn đoán, điều trị của bác sĩ và công việc chăm sóc của người điều dưỡng đã làm. Mỗi người bệnh khi vào viện đều được lập một bộ hồ sơ bao gồm bệnh án và các loại giấy tờ liên quan đến bệnh tật, quá trình điều trị, chăm sóc.

Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ, chính xác, có hệ thống không chỉ mang tính chất pháp lý mà còn giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị, phòng bệnh, chăm sóc, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt kết quả cao, nó cũng giúp cho việc đánh giá chất lượng về điều trị, chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và khả năng của cán bộ. Vì vậy mỗi nhân viên y tế cần phải hiểu và thực hiện tốt việc sử dụng, ghi chép, bảo quản và lưu trữ hồ sơ người bệnh theo đúng quy chế của bệnh viện.

**Trách nhiệm của điều dưỡng trong ghi chép phiếu theo dõi, chăm sóc người bệnh**

Thực hiện các quy chế quản lý, lưu giữ hồ sơ bệnh án theo quy định tại Khoản 3 Điều 59 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh Bộ Y tế.

Bảo mật thông tin trong hồ sơ bệnh án và phiếu chăm sóc của người bệnh.

Ghi chép hồ sơ điều dưỡng bảo đảm tính khách quan, chính xác, đầy đủ và kịp thời diễn biến bệnh và các can thiệp điều dưỡng.

Sử dụng các dữ liệu thu thập được về tình trạng sức khoẻ người bệnh làm cơ sở để xây dựng chính sách và tạo thuận lợi cho việc chăm sóc người bệnh.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích của việc ghi chép hồ sơ**

- Phục vụ cho chẩn đoán: phân biệt, nguyên nhân, quyết định.

- Theo dõi diễn biến bệnh, dự đoán các biến chứng.

- Theo dõi quá trình điều trị được liên tục.

- Đánh giá chất lượng điều trị, tinh thần trách nhiệm và khả năng của cán bộ.

- Theo dõi về hành chính và làm chứng cứ pháp lý. Luôn nhớ: “Nếu bạn không ghi chép lại, chứng tỏ bạn đã không làm”.

- Giúp việc thống kê, nghiên cứu khoa học và công tác đào tạo.

**2.2. Nguyên tắc sử dụng, ghi chép và bảo quản hồ sơ**

***2.2.1. Nguyên tắc sử dụng và ghi chép hồ sơ***

Tất cả các hồ sơ cần ghi chép rõ ràng, chữ viết dễ đọc, dễ xem và tuân thủ quy định của bệnh viện. Hiện nay một số bệnh viện có sử dụng phần mềm trong quản lý chăm sóc người bệnh giúp việc quản lý và tra cứu hồ sơ bệnh án được thuận tiện và dễ dàng nhất.

- Tất cả các tiêu đề phải được ghi chép chính xác, hoàn chỉnh.

- Ghi ngay những hoạt động điều trị, chăm sóc do chính mình thực hiện.

- Tất cả thông số theo dõi phải được ghi vào phiếu theo dõi người bệnh hàng ngày, mô tả tình trạng người bệnh càng cụ thể càng tốt, người bệnh nặng, người bệnh sau khi mổ cần có phiếu theo dõi đặc biệt liên tục suốt 24 giờ.

+ Chỉ dùng ký hiệu viết tắt phổ thông khi thật cần thiết.

+ Người bệnh từ chối sự chăm sóc, không cộng tác cùng thầy thuốc trong quá trình điều trị cần ghi lý do vào bệnh án. Người bệnh mổ hay làm thủ thuật phải có giấy cam đoan của người bệnh hoặc thân nhân có chữ ký, ghi họ tên, địa chỉ.

+ Nếu ghi sai, người ghi có thể dùng bút và thước để kẻ đè lên những chữ cần xoá, không được tẩy hay xoá những chữ đó viết.

***2.2.2. Nguyên tắc bảo quản hồ sơ***

- Trong trường hợp phải sao chép lại hồ sơ (do bị hỏng, rách) phải dán kèm bản gốc vào cuối hồ sơ để đảm bảo tính hợp pháp.

- Hồ sơ phải bảo quản chu đáo, không để lẫn, thất lạc, không được cho người bệnh tự xem hồ sơ và biết các điều bí mật chuyên môn.

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

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

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

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

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

**2.3. Các giấy tờ chính thuộc hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án

- Các giấy tờ thuộc lâm sàng:

+ Phiếu theo dõi chức năng sống của người bệnh hàng ngày.

+ Bảng kế hoạch chăm sóc.

+ Phiếu tiêm truyền dung dịch.

+ Phiếu thử phản ứng thuốc.

+ Biên bản hội chẩn.

+ Giấy duyệt mổ.

+ Giấy chuyển viện.

+ Biên bản nhận xét tử vong.

+ Phiếu xin máu.

- Các giấy tờ thuộc cận lâm sàng:

+ Giấy xét nghiệm các loại.

+ Giấy X quang, siêu âm, điện tim….

**2.4. Ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc**

***2.4.1. Hướng dẫn chung***

Bệnh án là hồ sơ chuyên môn chủ yếu của người bệnh. Qua bệnh án người thầy thuốc có thể hiểu được về hoàn cảnh gia đình, tư tưởng, diễn biến quá trình bệnh tật, quá trình chữa bệnh, phòng bệnh. Bệnh án gồm 2 phần :

- Phần hành chính:

+ Họ tên, tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa chỉ.

+ Họ tên người thân, địa chỉ khi cần liên lạc.

- Phần chuyên môn: bác sỹ ghi.

***2.4.2. Hướng dẫn ghi chép cụ thể một số biểu mẫu***

*2.4.2.1. Phiếu theo dõi chức năng sống ( phụ lục ..)*

- Thủ tục hành chính:

+ Bệnh viện, khoa, phòng, giường, họ tên người bệnh, tuổi, giới, chẩn đoán.

- Cách ghi và kẻ bảng:

+ Ghi: ngày, tháng, sáng, chiều.

+ Mạch: dùng bút màu đỏ chấm (**.**) trên biểu đồ tương ứng với cột thời gian chỉ số mạch. Đường nối dao động giữa 2 lần đo mạch dùng bút màu đỏ.

+ Nhiệt độ: dùng bút màu xanh chấm (**.**) trên biểu đồ tương ứng với thời gian và chỉ số nhiệt độ. Đường nối dao động giữa 2 lần đo nhiệt độ, dùng bút màu xanh.

+ Nhịp thở, huyết áp: dùng bút màu xanh ghi các chỉ số vào phiếu theo dõi chức năng sống.

+ Các theo dõi khác: ghi vào dòng trống dưới biểu đồ mạch, nhiệt độ tuỳ theo y lệnh, tình trạng người bệnh.

+ Điều dưỡng ghi tên sau khi thực hiện đầy đủ các hoạt động trên.

*2.4.2.2. Phiếu chăm sóc ( phụ lục ... )*

- Mục đích sử dụng phiếu chăm sóc:

+ Là phiếu dùng để ghi những diễn biến của người bệnh về chăm sóc, xử trí và thực hiện các y lệnh về điều trị của điều dưỡng.

+ Là phiếu để thực hiện các thông tin của điều dưỡng và giữa các điều dưỡng với bác sỹ điều trị.

+ Là tài liệu pháp lý để xem xét, đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng.

- Nguyên tắc chung:

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

+ Thông tin ngắn gọn, chính xác: chỉ ghi những thông tin trong phạm vi trách nhiệm của điều dưỡng.

+ Không ghi trùng lặp thông tin: các thông tin ghi trong các phiếu (phiếu theo dõi chức năng sống…) không ghi trong phiếu này.

+ Kiểm tra lại ngay hoặc trao đổi lại ngay với bác sỹ điều trị, nếu điều dưỡng phát hiện có những thông tin khác biệt với nhận xét của bác sỹ điều trị.

- Hướng dẫn ghi phiếu chăm sóc:

+ Mỗi lần ghi vào phiếu chăm sóc phải ghi ngày, giờ và phút tại thời điểm mà người điều dưỡng theo dõi hoặc chăm sóc người bệnh.

+ Cột diễn biến ghi ngắn gọn những diễn biến hoặc tình trạng bất thường của người bệnh mà người điều dưỡng theo dõi được. Kể cả những than phiền, kiến nghị của người bệnh.

+ Cột thực hiện y lệnh/ chăm sóc:

\* Về chăm sóc: ghi những hành động chăm sóc (tắm, vệ sinh, thay đổi tư thế, chăm sóc vết loét, giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn người bệnh...)

\* Về xử trí: chỉ ghi những xử trí khi có tình huống cần giải quyết trong phạm vi quyền hạn, trách nhiệm của điều dưỡng sơ cứu ban đầu cùng với việc báo bác sỹ hoặc các xử trí thông thường (thay băng, đắp khăn chườm mát khi có người bệnh sốt cao...)

\* Về đánh giá kết quả: ghi những kết quả mang lại ngay sau xử trí chăm sóc nếu có như: sau khi hút, làm thông đường mũi, miệng người bệnh thấy dễ thở hơn.

\* Về thực hiện y lệnh: ghi việc thực hiện y lệnh đặc biệt, bổ sung đột xuất theo hồ sơ bệnh án. Các y lệnh thường quy được ghi đánh dấu trong sổ thực hiện y lệnh nên chỉ cần ghi thực hiện theo y lệnh. Riêng y lệnh truyền dịch phải ghi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở trước, trong và kết thúc truyền, khối lượng dịch truyền và những bất thường xảy ra trong suốt quá trình truyền dịch.

+ Cột ký tên: điều dưỡng ghi tên sau khi thực hiện chăm sóc cho người bệnh.

+ Đối với người bệnh chăm sóc cấp I, cấp II cần ghi thường xuyên về những diễn biến bệnh của người bệnh. Đối với người bệnh chăm sóc cấp III, ghi tối thiểu một lần trong ngày và khi cần. Ngày nghỉ cuối tuần, ngày lễ cần ghi những diễn biến của người bệnh nặng hoặc có diễn biến bất thường.

*2.4.2.3. Phiếu theo dõi truyền dịch*

- Phiếu truyền dịch ghi được nhiều ngày, qua phiếu tính được lượng dịch truyền trong ngày.

- Phiếu truyền dịch không quy định phải ghi kết quả theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp trong quá trình truyền dịch, vì các thông số này đã được ghi trong phiếu chăm sóc.

**3. Quy định về sắp xếp và dán hồ sơ người bệnh.**

Điều dưỡng hành chính khoa có trách nhiệm sắp xếp, hoàn chỉnh hồ sơ người bệnh theo trình tự như sau:

- Các giấy tờ hành chính.

- Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).

- Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau từng lớp: huyết học, sinh hoá, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh…. theo trật tự xét nghiệm làm trước dán dưới, xét nghiệm làm sau dán trên.

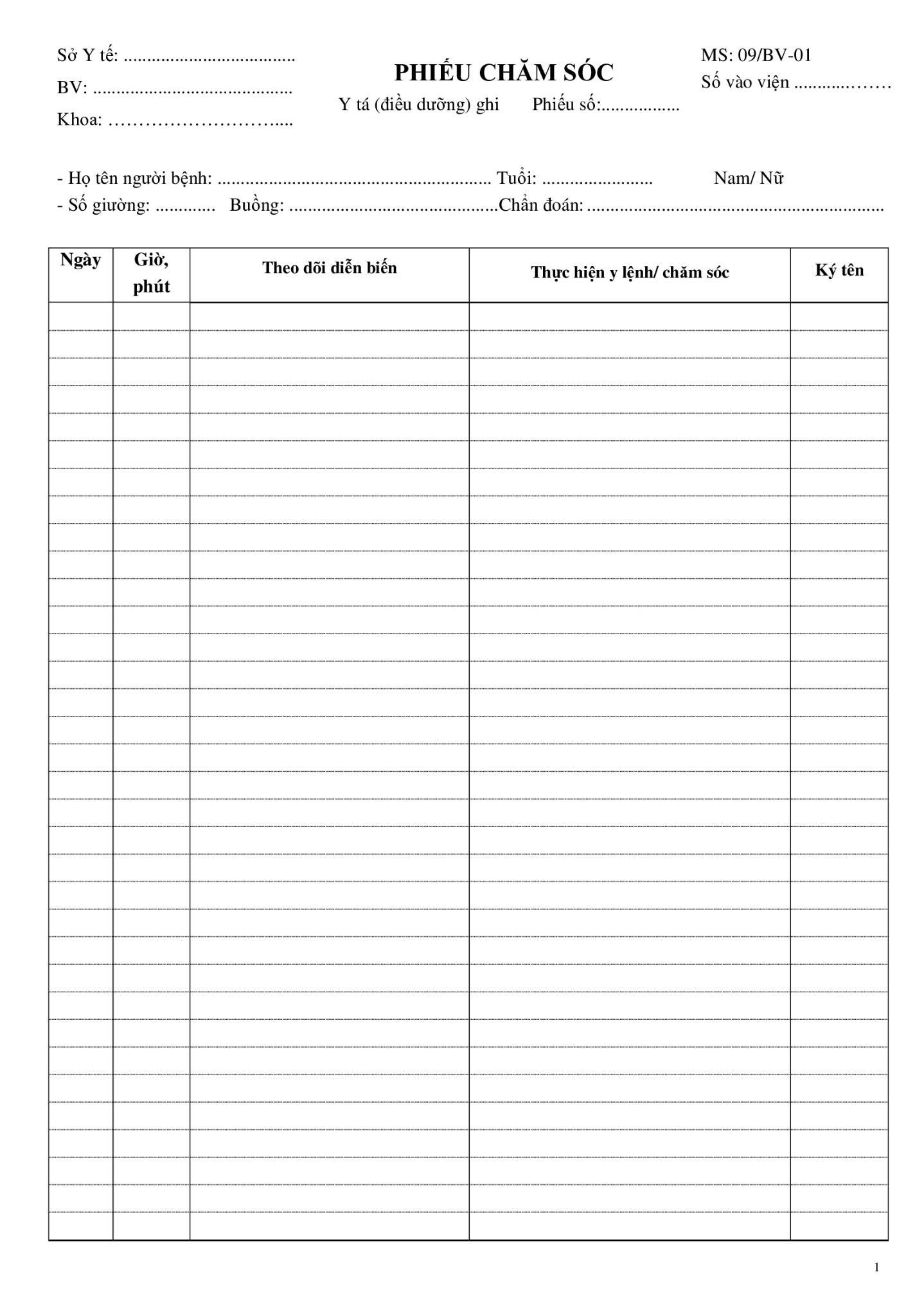
- Phiếu theo dõi.

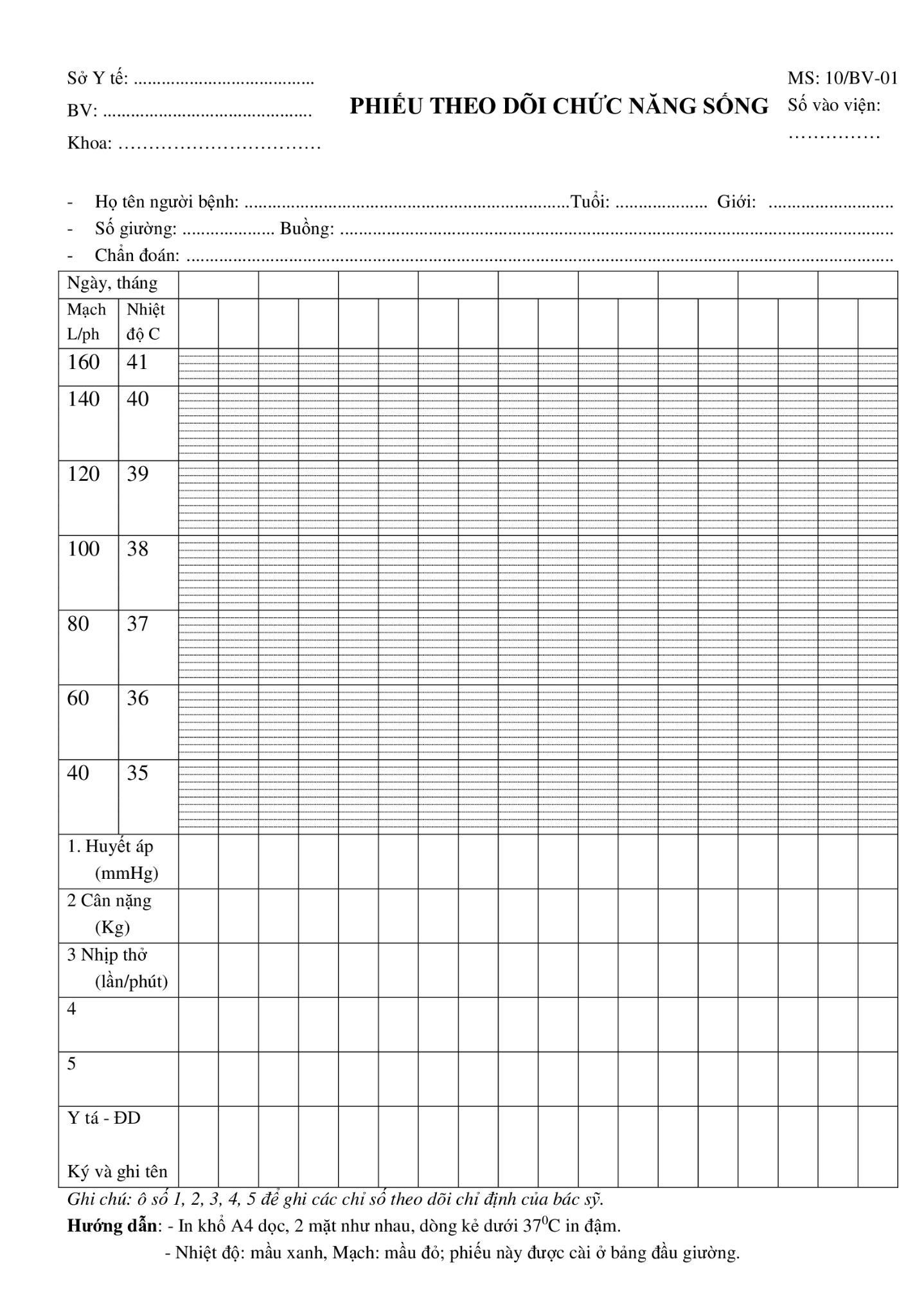
- Phiếu chăm sóc.

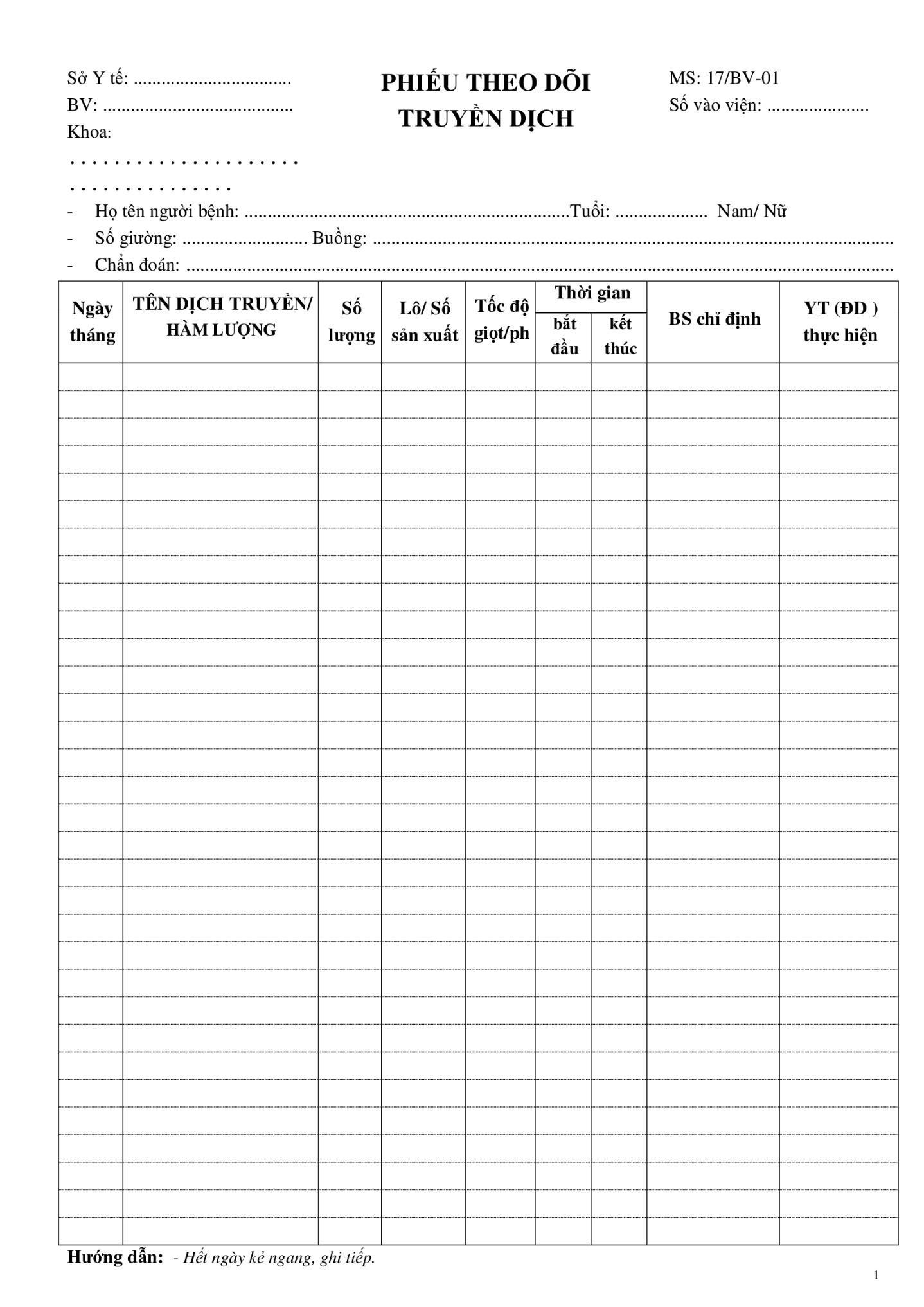
- Biên bản hội chẩn, sơ kết điều trị, giấy cam đoan … (nếu có).

- Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian.

PHỤ LỤC CÁC LOẠI GIẤY TỜ







|  |  |
| --- | --- |
| Bộ Y tế  Bệnh viện:………..  Khoa:………………  Buồng:….Giường:… | **BẢNG KẾ HOẠCH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH** |

Họ và tên người bệnh: Tuổi: Giới:

Nghề nghiệp:

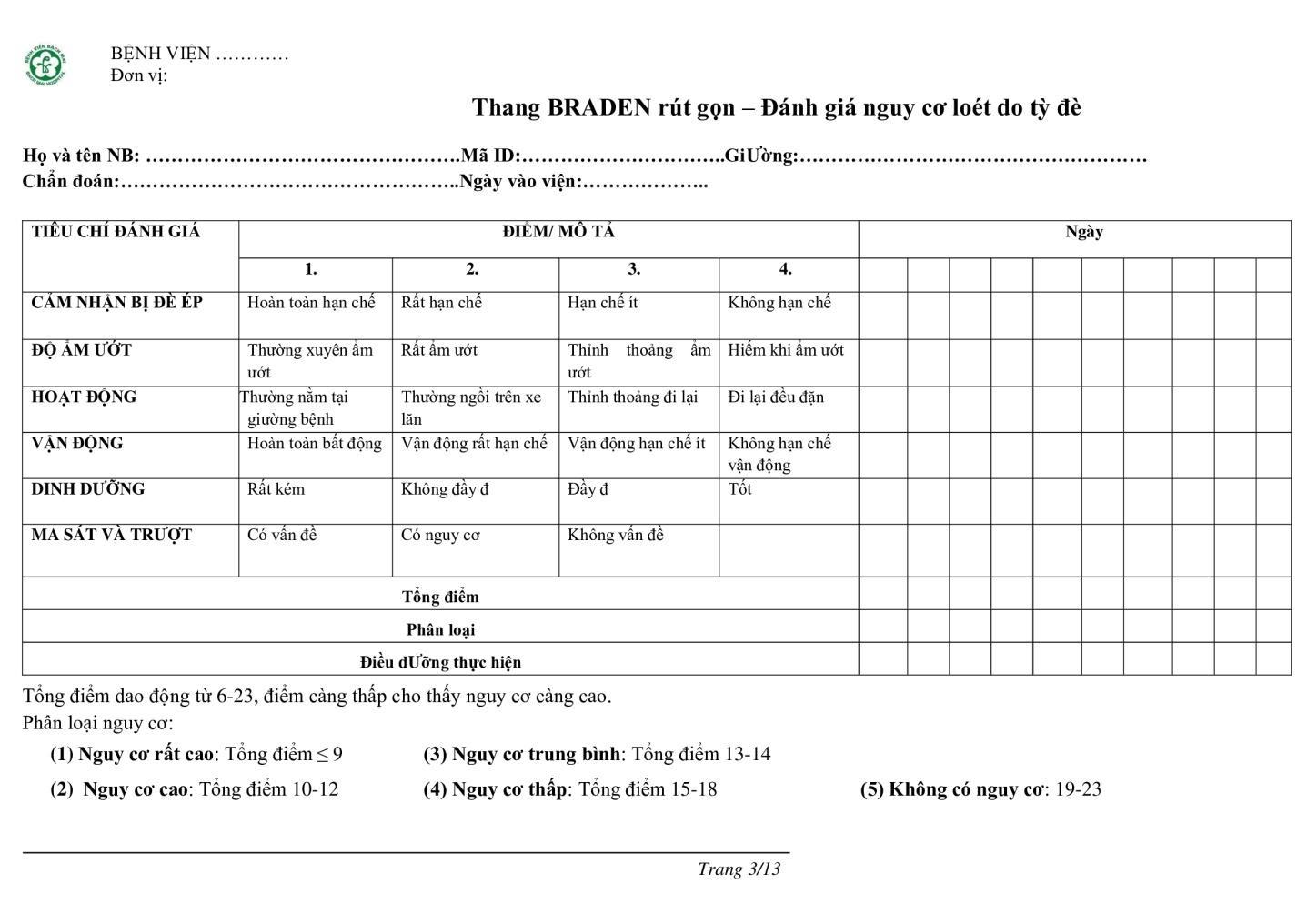
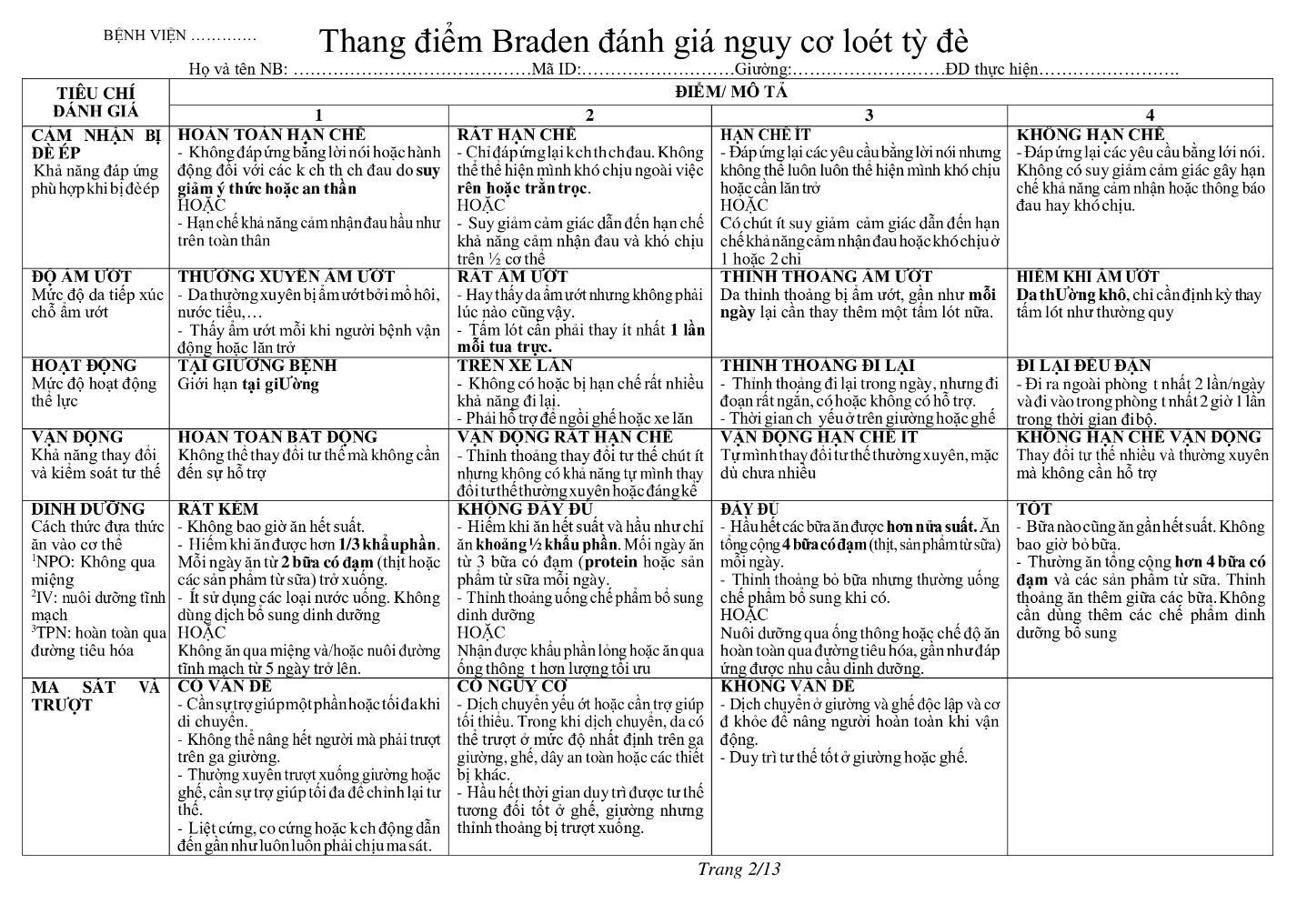
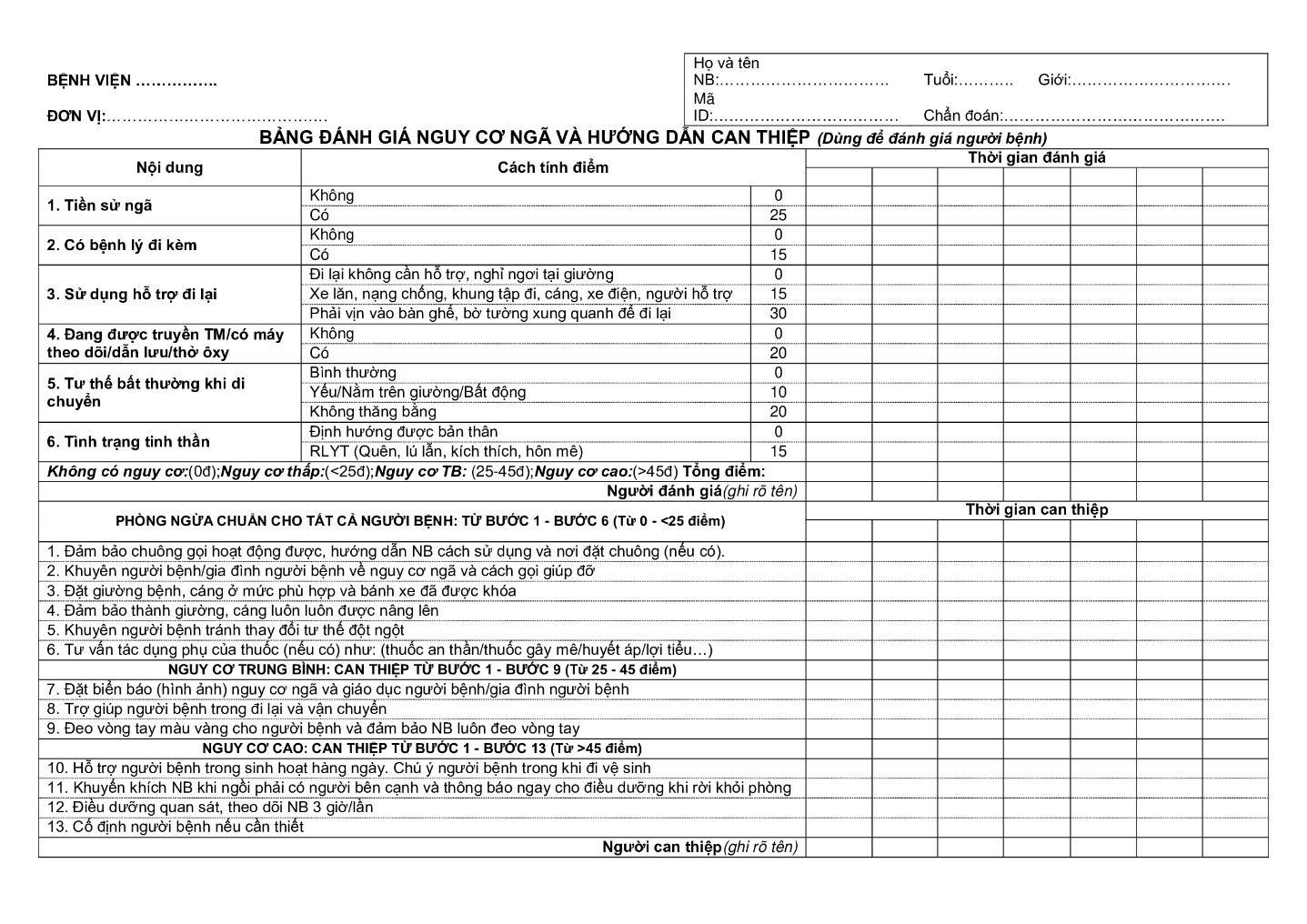
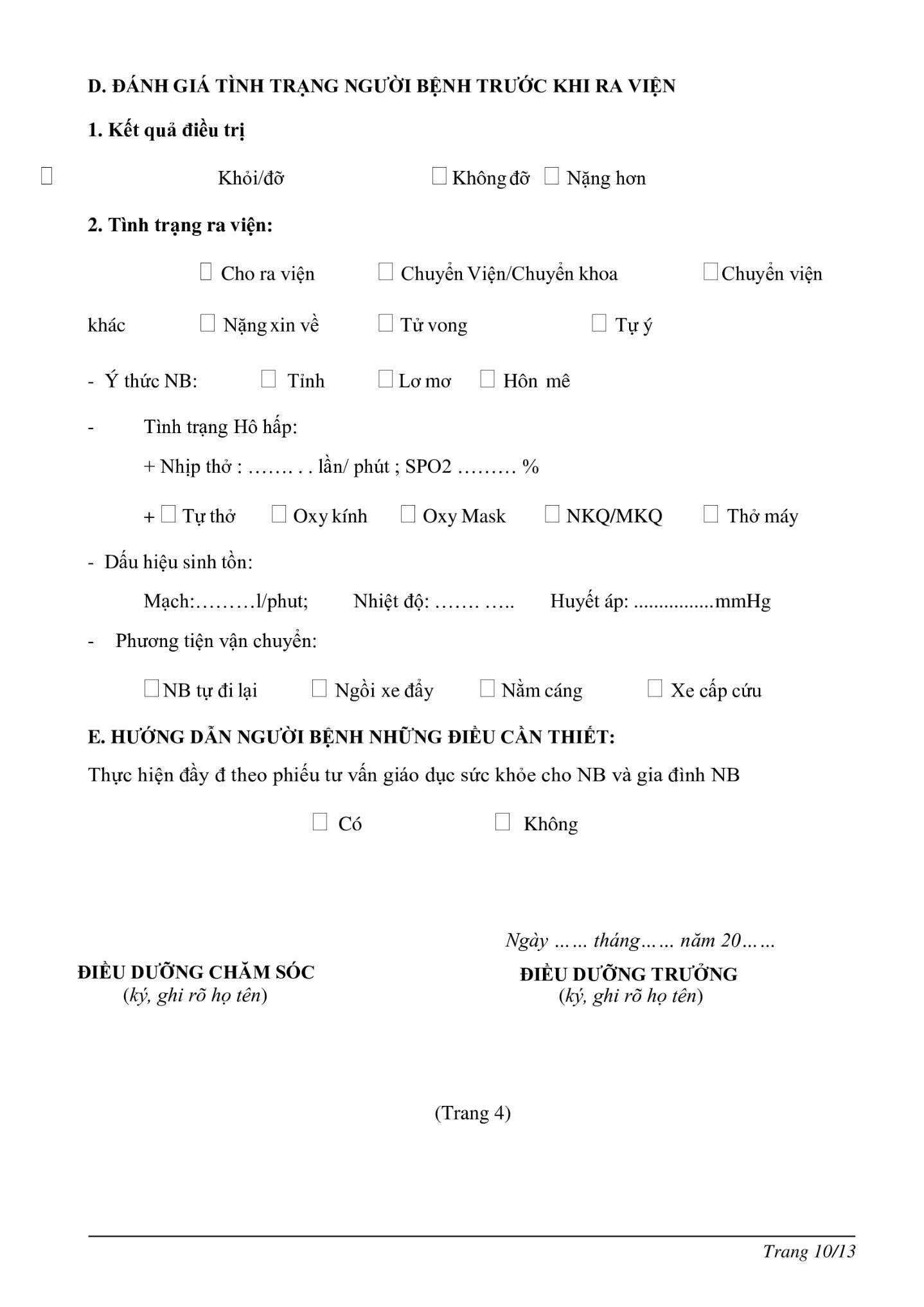
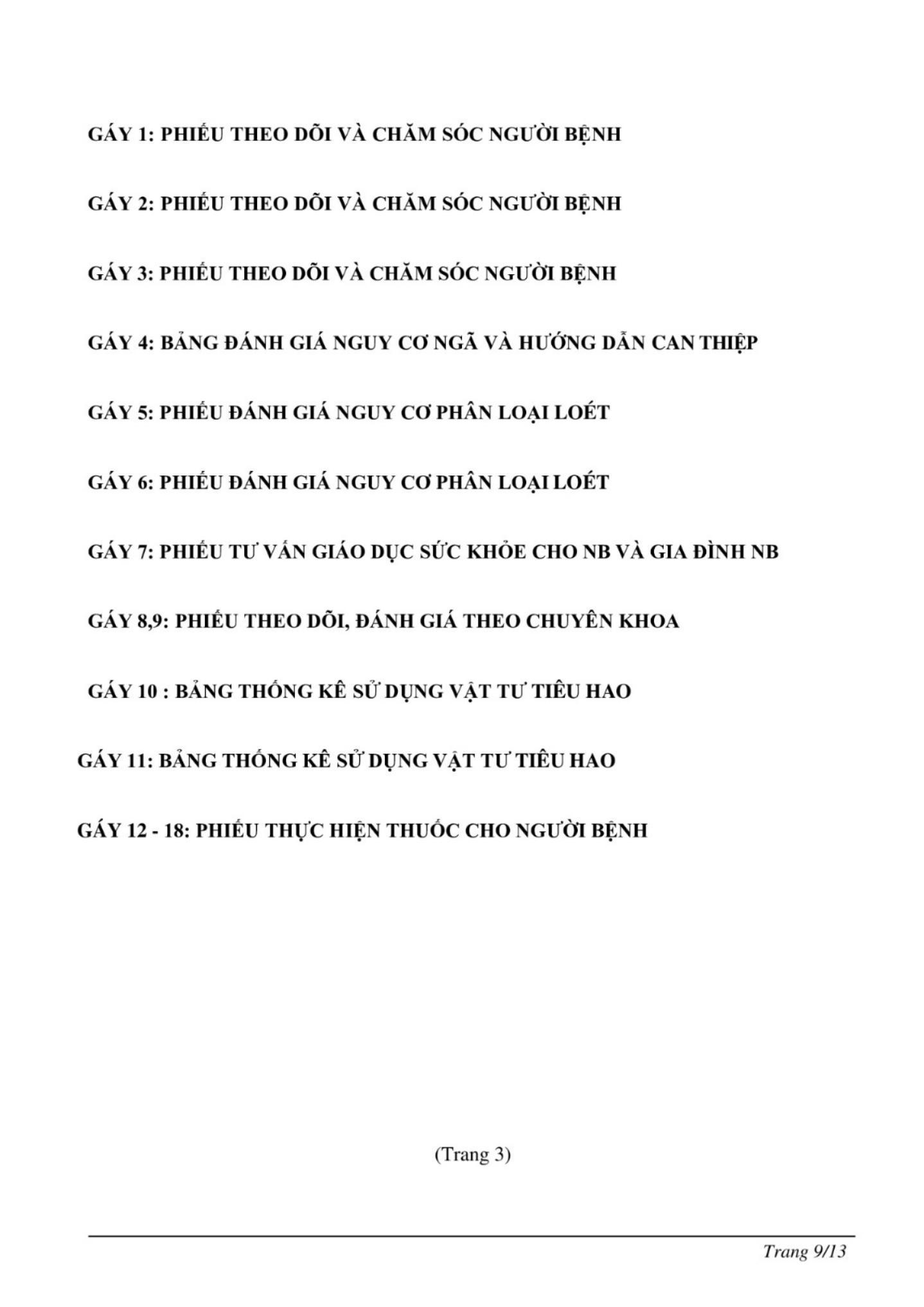
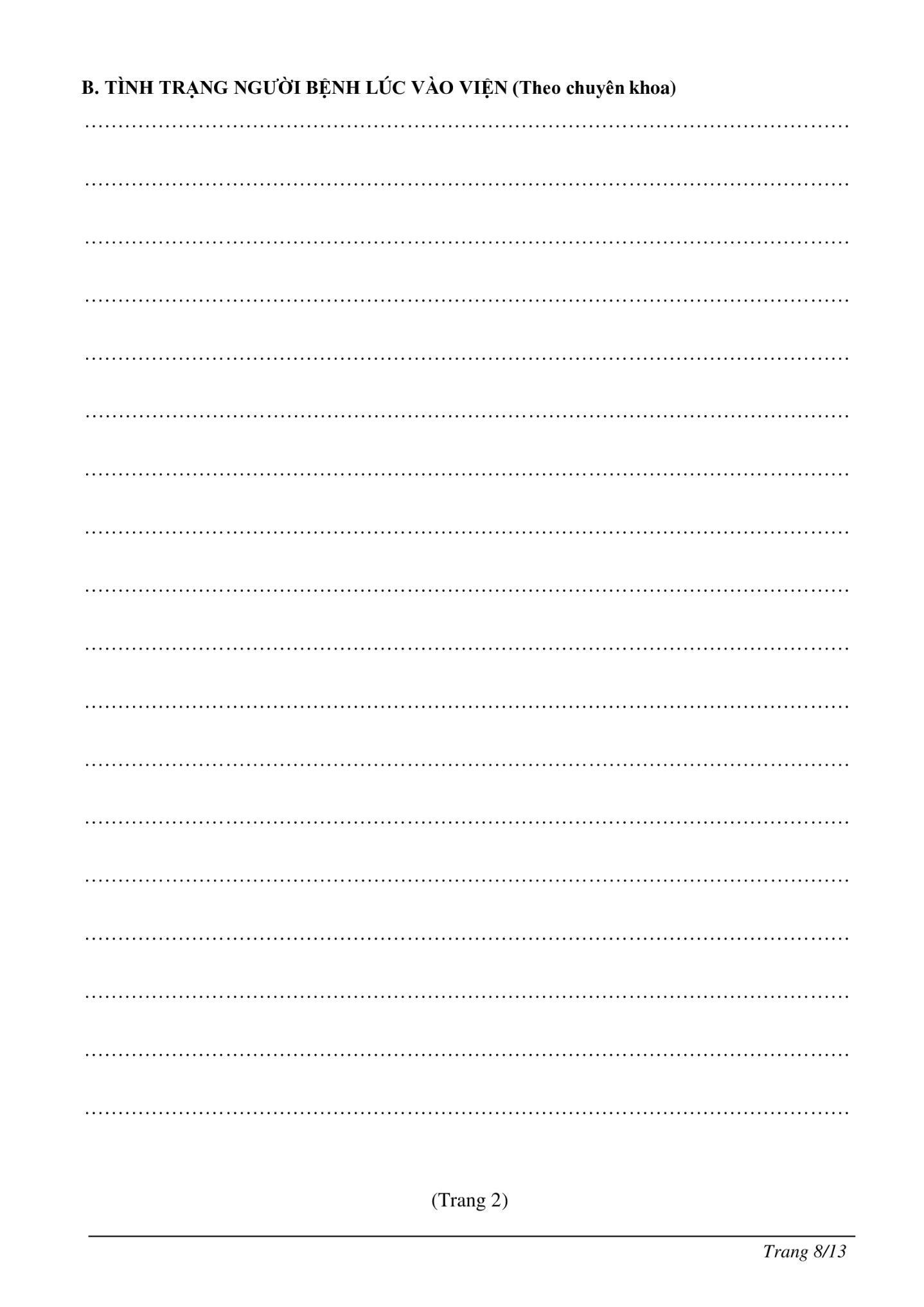
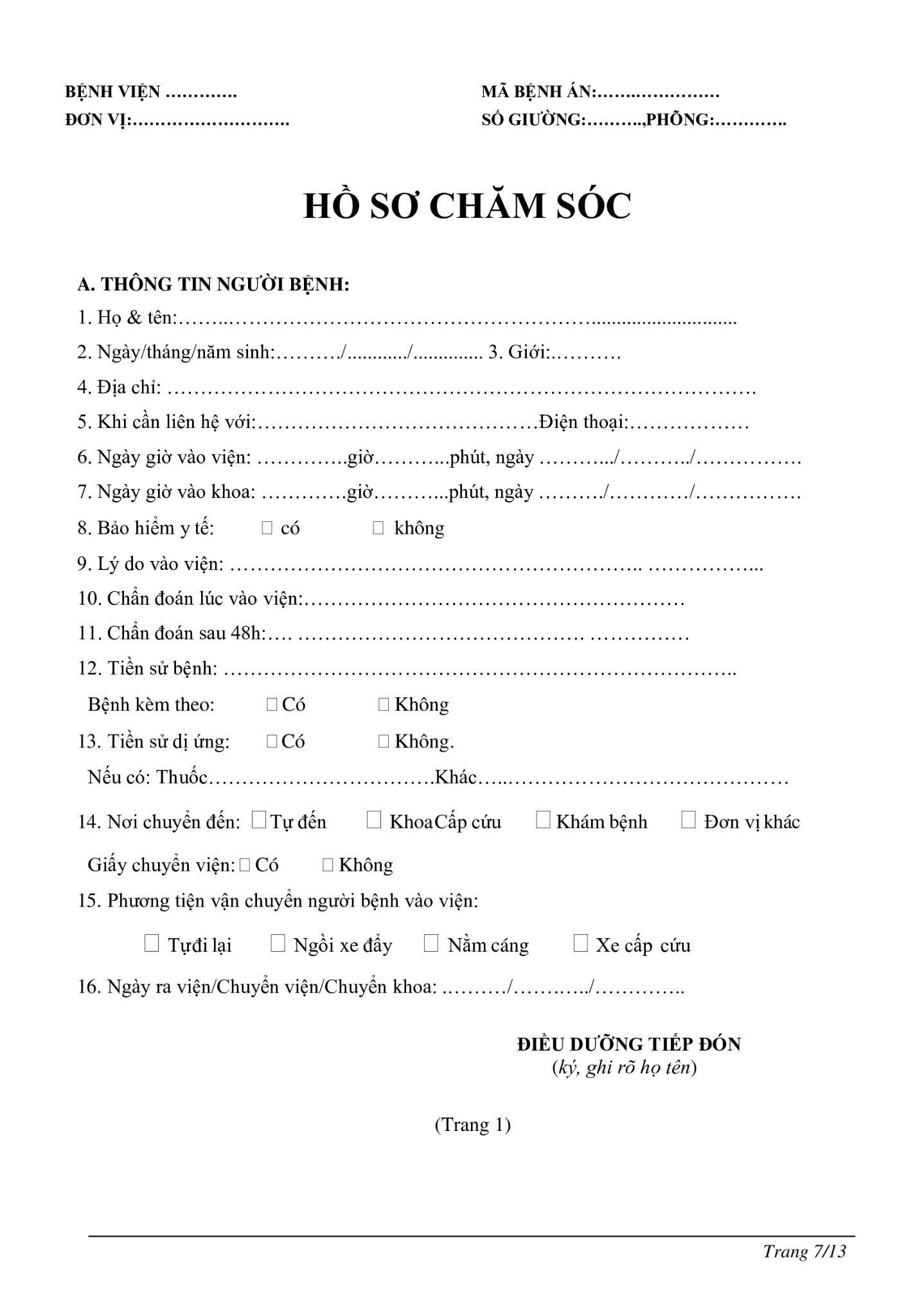
Địa chỉ:

Ngày vào viện:

Lí do vào viện:

Chẩn đoán:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ngày**  **tháng** | **Nhận định người bệnh** | **Chẩn đoán điều dưỡng/ Vấn đề chăm sóc** | **Lập kế hoạch chăm sóc** | **Thực hiện kế hoạch chăm sóc** | **Tên**  **điều dưỡng** | **Đánh giá** |
|  |  |  |  |  |  |  |

****

**KỸ NĂNG HỖ TRỢ VỆ SINH THÂN THỂ NGƯỜI BỆNH**

# **BÀI 2: CHĂM SÓC TÓC VÀ DA ĐẦU**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức:**   1. Trình bày mục đích, nguyên tắc, áp dụng và không áp dụng khi gội đầu cho người bệnh. 2. Trình bày một số bệnh và tổn thương thường gặp ở tóc và da đầu.   **\* Kỹ năng:**  3. Thực hiện được gội đầu cho người bệnh an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình/người bệnh giả định tại phòng tiền lâm sàng.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi gội đầu trong tình huống giả định.  **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm:**  4. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện gội đầu cho người bệnh trong tình huống giả định.  5. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi gội đầu cho người bệnh giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Chăm sóc vệ sinh cho người bệnh là nhiệm vụ thường quy đối với người điều dưỡng. Gội đầu tại giường được tiến hành khi người bệnh nằm lâu tại chỗ không tự gội được, người bệnh sau phẫu thuật còn yếu, người bệnh liệt, … Tuỳ thuộc vào tình trạng cụ thể của từng người bệnh mà điều dưỡng cần có kế hoạch gội đầu cho người bệnh đạt an toàn và hiệu quả, giúp người bệnh thoải mái và nhanh chóng hồi phục.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích**

- Sạch tóc và da đầu làm người bệnh thoải mái, dễ chịu.

- Phòng chống các bệnh về tóc và da đầu: chấy, nấm.

- Kích thích tuần hoàn da đầu giúp người bệnh thoải mái dễ chịu

**2.2 Nguyên tắc**

- Tránh cho người bệnh bị nhiễm lạnh.

- Tránh để nước xà phòng vào mắt và tai của người bệnh.

- Trường hợp đầu người bệnh có vết thương nên đắp vải thưa có chất nhờn (gạc vaselin) lên rồi gội trước khi chăm sóc vết thương.

- Hạn chế lắc lư đầu trong khi gội, giúp người bệnh thoải mái, tiện nghi và an toàn khi nằm gội.

- Nếu vải trải giường hoặc quần áo người bệnh bị ướt phải thay ngay sau khi gội xong.

**2.3 Áp dụng*:***

-  Người bệnh nằm lâu không gội đầu.

- Người bệnh mắc một số bệnh về tóc và da đầu.

- Người bệnh bị dính chất độc trên đầu.

**2.4 Không áp dụng**

- Người bệnh đang trong tình trạng nặng: trụy mạch…

- Người bệnh đang sốt cao, mê sảng, co giật

- Đang trong con đau cấp

**2.5 Một số bệnh và tổn thương thường gặp ở tóc và da đầu**

- Gàu: gàu nhiều thường xuất hiện khi có viêm, nấm vùng da đầu hoặc do một số bệnh hệ thống. Để khắc phục có thể dùng các loại dầu gội trị gàu chuyên dụng hoặc tham khảo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa.

- Chấy: là loại ký sinh trùng thường gặp ở những người vệ sinh da đầu kém. Chấy có thể lan từ người bệnh này sang người bệnh khác trong phòng bệnh. Việc gội đầu, vệ sinh tóc tốt hoặc dùng dầu bôi tóc có thể điều trị được chấy.

- Rụng tóc: hay gặp ở phụ nữ, nguyên nhân có thể do một số bệnh như nấm tóc, bệnh nội tiết hoặc do dinh dưỡng kém, nhiều căng thẳng trong cuộc sống. Nguyên nhân thường gặp là do nhuộm tóc, uốn tóc, sấy tóc ở nhiệt độ cao. Tóc thường xơ, chẻ ngọn, có màu hung vàng và gãy ngang thân tóc. Để khắc phục phải điều trị nguyên nhân, đồng thời loại bỏ các yếu tố nguy cơ như: sấy tóc ở nhiệt độ cao, dinh dưỡng kém, nhiều căng thẳng trong cuộc sống,…

**3. Quy trình kỹ thuật**

(\*) Chuẩn bị dụng cụ: (xe 2 hoặc 3 tầng)

|  |  |
| --- | --- |
| Tầng trên:  - Dầu gội  - Ca múc nước  - Nhiệt kế đo nước  - Bông không thấm nước, kim băng  - Khăn bông nhỏ  - 2 Khăn bông to  - Máng gội: máng chữ U tự tạo có bọc nilon/máng cao su, máng làm bằng nhựa/máng bằng i-nox… | - Chậu đựng nước và nước  - Nilon  - Gối kê dưới vai  - Lược chải tóc  - Máy sấy tóc  - Dao cạo râu, kem dùng trước khi cạo râu. |
| Tầng dưới:  - Thùng đựng nước bẩn  - Túi đựng đồ bẩn | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân ...  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | Nhận định người bệnh tỉnh/hôn mê, kết quả đo dấu hiệu sinh tồn. |
| 3 | Tình trạng da đầu và tóc của người bệnh | Mức độ sạch, sự toàn vẹn của da đầu. Các tổn thương ở da đầu như da khô, nứt nẻ, lở loét, mụn nhọt, nấm, viêm nhiễm… |
| 4 | Nhận định về tiền sử dị ứng các loại dầu gội đầu của người bệnh. | Hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng dầu gội đầu. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình gội đầu đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6 | Vệ sinh tay thường qui | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 7 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác. Pha nước ấm. |
| 8 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh. - Đặt máng gội đầu sát giường - Trải khăn tắm dưới vai-gáy và che phần ngực-cổ người bệnh.  Đặt người bệnh nằm ngửa đầu sát cạnh giường, kê gối (gối có vỏ bọc bằng vải chống thấm) dưới vai, đầu người bệnh được đặt trên máng, |
| 9 | Gấp khăn mặt che mắt, nút bông không thấm nước vào hai lỗ tai. | Mắt người bệnh được che kín, tai nút bông không thấm nước tránh nước nhỏ vào tai, mắt. |
| 10 | Chải tóc. | Chải từ ngọn tóc tới chân tóc. Nếu có vết thương ở đầu, dùng gạc tẩm vaseline che vết thương. |
| 11 | Dội nước, xoa dầu gội, chà xát tóc và da đầu: | - Dội nước làm ướt tóc.  - Xoa dầu gội.  - Chà xát tóc và da đầu bằng các đầu ngón tay (tránh làm xây xát và tránh lắc đầu người bệnh). |
| 12 | Dội nước nhiều lần cho sạch dầu gội | Dội nước nhiều lần cho sạch dầu gội đến khi nước chảy ra dưới tóc trong như nước sạch trước khi dội vào tóc (da đầu và tóc đã được chà sạch). |
| 13 | Rửa mặt, rửa tai cho người bệnh. | Dùng khăn che mắt rửa mặt cho người bệnh, lau mắt, trán, má, mũi, cổ và tai.  Xối nước rửa vành tai cho sạch. |
| 14 | Tháo bông ở tai, dùng khăn bông bọc kín tóc. | Tháo bông nhẹ nhàng, dùng tăm bông lau sạch phía bên trong của tai  Bỏ máng ra khỏi đầu, cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái trên giường  Dùng khăn bông trải dưới vai gáy người bệnh để bọc kín tóc |
| 15 | Làm khô tóc bằng khăn và máy sấy | Dùng khăn bông trải dưới vai gáy người bệnh để lau tóc, sử dụng máy sấy để sấy tóc đến khi khô. |
| 16 | Chải tóc | Chải suôn tóc, chải từ ngọn tóc đến chân tóc, tết tóc cho người bệnh (nếu cần). |
| 17 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | Sắp xếp lại dụng cụ, thu gom và phân loại chất thải đúng quy định.  Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước |
| 18 | Ghi hồ sơ chăm sóc: | Ghi hồ sơ chăm sóc:  - Ngày giờ,  - Tình trạng người bệnh trong và sau khi gội đầu.  - Tên điều dưỡng thực hiện |
| **Lượng giá** | | |
| 19 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

# **BÀI 3: CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức:**   1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc và áp dụng của kỹ thuật chăm sóc răng miệng.   **\* Kỹ năng:**   1. Thực hiện chăm sóc răng miệng theo đúng quy trình, chính xác trên người bệnh giả định. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi chăm sóc răng miệng cho người bệnh trong tình huống giả định.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm:**   1. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc răng miệng cho người bệnh trong tình huống giả định.   5. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi chăm sóc răng miệng cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Chăm sóc răng miệng là kỹ thuật chăm sóc thường quy mà người điều dưỡng hàng ngày thực hiện chăm sóc cho người bệnh. Chăm sóc răng miệng giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu, ăn uống ngon miệng hơn và đề phòng được các bệnh viêm nhiễm răng miệng. Tuỳ thuộc vào tình trạng người bệnh người điều dưỡng cần có kế hoạch vệ sinh răng miệng cho người bệnh phù hợp, đảm bảo kỹ thuật thực hiện an toàn và đạt hiệu quả.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích**

- Giữ răng miệng luôn sạch sẽ đề phòng nhiễm khuẩn rang miệng

- Chống nhiễm khuẩn khi có tổn thương ở miệng.

- Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu, ăn ngon.

**2.2. Nguyên tắc chăm sóc răng miệng**

- Nên kết hợp lúc chăm sóc răng miệng để hướng dẫn cho người bệnh và gia đình người bệnh lợi ích và kỹ thuật về vệ sinh răng miệng.

- Động tác chà răng phải theo chiều răng mọc.

- Khi chà răng cho người bệnh phải theo một trình tự nhất định để tránh bỏ sót. Trường hợp có vết thương ở miệng, phải áp dụng kỹ thuật vô trùng khi chăm sóc.

- Nếu răng miệng người bệnh quá bẩn, lưỡi đóng bựa trắng nhiều nên bôi vào niêm mạc lưỡi dung dịch glycerine và nước cốt chanh truớc 15 - 20 phút, sau đó mới tiến hành chăm sóc.

- Đối với răng giả:

+ Sau khi ăn phải tháo hàm ra và chải răng thật sạch với nước lạnh (khi chải tránh mặt trong của hàm, chỗ tiếp xúc với lợi và vòm miệng) để tránh sự mài mòn, dẫn đến làm giảm độ chính xác của hàm răng.

+ Ban đầu khi mang răng giả nên ăn những thức ăn lỏng, mềm.

+ Khi đi ngủ phải tháo răng ra, ngâm vào trong cốc nước lạnh có nắp đậy, không nên để răng ở chỗ khô và nóng, tránh để rơi răng giả vì có thể làm rạn nứt hoặc gãy vỡ.

+ Cuối cùng, hằng ngày cần súc miệng kỹ với nước muối loãng hoặc các dung dịch súc miệng, để làm dịu niêm mạc lợi và vòm họng.

+ Tập nhai đều cả hai bên hàm tránh bị đau khớp hàm.

+ Tránh dùng tăm xỉa răng khi đang mang răng giả.

**2.3. Áp dụng:**

- Chăm sóc thông thường: Cho những bệnh nhân tỉnh táo nhưng không đi lại được.

- Chăm sóc đặc biệt:

* Đối với người bệnh có chỉ định chăm sóc hộ lý cấp I.
* Người bệnh hôn mê, người bệnh có đặt ống nội khí quản- mở khí quản.
* Người bệnh không thể tự vệ sinh răng miệng: tổn thương vùng hàm mặt; vết thương vùng miệng

**3. Quy trình kỹ thuật chăm sóc răng miệng**

**A. Chăm sóc răng miệng cho người bệnh tỉnh**

(\*) Chuẩn bị dụng cụ: (xe 2 hoặc 3 tầng)

|  |
| --- |
| Tầng trên:  - Bàn chải - Kem đánh răng  - Nước súc miệng: nước súc miệng có bổ sung thêm Fluor hoặc dung dịch NaCl 0,9%.  - Khăn mặt. - Đè lưỡi  - Cốc nước ấm - Khay quả đậu, tấm nilon  - Chỉ tơ nha khoa - Găng tay sạch  -Tầng dưới:  - Thùng đựng nước bẩn  - Túi đựng đồ bẩn |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Các bước tiến hành** | | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh, | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên người bệnh, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh: | Nhận địnhkết quả dấu hiệu sinh tồn… |
| 3 | Nhận định tình trạng răng miệng | Nhận định mức độ sạch, sự toàn vẹn, màu sắc, độ ẩm của lợi. Các tổn thương ở miệng như viêm loét, nấm, sâu răng…và mùi hôi |
| 4 | Nhận định thói quen, kiến thức liên quan đến vệ sinh răng miệng: thời gian vệ sinh răng miệng | Nhận định thói quen: thời gian vệ sinh răng miệng, các sản phẩm thường dùng khi vệ sinh răng miệng, các vấn đề liên quan tới yếu tố văn hóa. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình chăm sóc răng miệng đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | |  |
| 6 | Vệ sinh tay thường qui | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 7 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác. |
| 8 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh  - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.  - Đặt người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao 300- 450, mặt nghiêng về phía người chăm sóc |
| 9 | Nâng cao giường và thanh chắn giường. | Đảm bảo an toàn, thoải mái cho người bệnh |
| 10 | Choàng khăn qua cổ và ngực | Quàng khăn vào cổ, đặt khay hạt đậu sát bên má người bệnh |
| 11 | Mang găng sạch. | Đi găng đúng kĩ thuật |
| 12 | Làm ướt bàn chải, bôi kem đánh răng | Phân phối đều kem đánh răng lên trên bề mặt răng. |
| 13 | Nếu người bệnh tự đánh răng được thì đưa bàn chải cho người bệnh và hướng dẫn cách đánh răng cho người bệnh: | Giữ bàn chải nghiêng một góc 450 đối với bề mặt nướu, đảm bảo các đầu lông chải tiếp xúc và thâm nhập vào bên dưới đường nướu, đánh răng theo sự hướng dẫn của điều dưỡng:  - Mặt ngoài: chải theo chiều răng mọc, hàm trên, hàm dưới.  - Mặt trong: chải theo chiều răng mọc, hàm trên, hàm dưới.  - Mặt nhai: chải qua lại, hàm trên, hàm dưới. |
| 14 | Cho người bệnh súc miệng thật kĩ bằng nước và nhổ vào khay hạt đậu | Loại bỏ thức ăn thừa, kem đánh răng. |
| 15 | Cho người bệnh súc miệng bằng dung dịch súc miệng khử trùng trong 30 giây, yêu cầu người bệnh nhổ vào khay hạt đậu | Để giảm mảng bám và viêm nướu giữa 2 răng. |
| 16 | Hỗ trợ người bệnh lau miệng. | Tạo cảm giác thoải mái. |
| 17 | Vệ sinh kẽ răng bằng chỉ tơ nha khoa giữa tất cả các kẽ răng: | - Giữ chỉ áp sát răng trong khi đó kéo lên xuống ở các bên của răng.  - Giải thích cho người bệnh về tầm quan trọng của việc dùng chỉ nha khoa hàng ngày: Loại bỏ mảng bám và ngăn ngừa bệnh nướu răng và để loại bỏ vi khuẩn gây sâu răng giữa răng và dưới đường nướu. |
| 17 | Súc miệng lại | Cho người bệnh súc miệng kỹ bằng nước lạnh và nhổ nước vào khay hạt đậu. |
| 18 | Lau miệng | Hỗ trợ người bệnh lau miệng bằng khăn sạch |
| 19 | Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái. | Lấy khay hạt đậu đi và hạ giường lại vị trí ban đầu |
| 20 | Thu dọn dụng cụ đã dùng. | Đổ nước nhổ của người bệnh, rửa sạch bàn chải; xử lý đúng kĩ thuật |
| 21 | Tháo bỏ găng tay bẩn Vệ sinh tay thường qui | Đảm bảo đúng quy trình, rửa tay bằng nước và xà phòng đủ 6 bước |
| 22 | Ghi hồ sơ chăm sóc: | Tình trạng người bệnh trong và sau khi vệ sinh răng miệng. Những bất thường về răng miệng của người bệnh: tổn thương, chảy máu, viêm… |
|  | **Lượng giá** | |
| 23 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

**B. Chăm sóc răng miệng cho người bệnh hôn mê, không tự chăm sóc răng miệng.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi người nhà họ tên người bệnh, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | Nhận định kết quả đo dấu hiệu sinh tồn. |
| 3 | Nhận định tình trạng răng miệng | Nhận định mức độ sạch, sự toàn vẹn, màu sắc, độ ẩm của lợi. Các tổn thương ở miệng như viêm loét, nấm, sâu răng…và mùi hôi |
| 4 | Nhận định thói quen, kiến thức liên quan đến vệ sinh răng miệng | Nhận định thói quen: thời gian vệ sinh răng miệng, các sản phẩm thường dùng khi vệ sinh răng miệng, các vấn đề liên quan tới yếu tố văn hóa. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình chăm sóc răng miệng an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6 | Vệ sinh tay thường qui | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 7 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác. |
| 8 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh  - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp |
| 9 | Mang găng sạch. | Đi găng đúng kĩ thuật |
| 10 | Quàng khăn cổ, đặt khay hạt đậu | Quàng khăn vào cổ, đặt khay hạt đậu sát bên má người bệnh |
| 11 | Vệ sinh răng | Dùng kìm mở miệng, đè lưỡi mở miệng người bệnh. Dùng gạc thấm dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước súc miệng, chà sạch răng cho người bệnh:  - Chà hàm trên, hàm dưới, mặt trong, mặt ngoài, mặt nhai của mỗi răng.  - Hàm trên lau từ trên xuống dưới, hàm dưới từ dưới lên trên. |
| 12 | Lau vòm miệng | Lau vòm miệng, mặt trên và mặt dưới lưỡi cho đến khi sạch. Lau miệng cho người bệnh. Thoa vaselin vào môi. |
| 13 | Lau miệng, thoa váelin | Miệng người bệnh được lau sạch và được thoa vaselin phòng tránh khô môi |
| 14 | Thu dọn khay hạt đậu, khăn quàng cổ. | Lấy khay hạt đậu ra, lấy khăn quàng trên cổ người bệnh ra |
| 15 | Tháo găng, rửa tay. | Thực hiện đúng kĩ thuật |
| 16 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Tình trạng người bệnh trong và sau khi vệ sinh răng miệng. Những bất thường về răng miệng của người bệnh: tổn thương, chảy máu, viêm… |
| **Lượng giá** | | |
| 17 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

# **BÀI 4: KỸ NĂNG HỖ TRỢ VỆ SINH DA**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức:**   1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc, áp dụng và không áp dụng kỹ thuật vệ sinh da.   **\* Kỹ năng:**   1. Thực hiện vệ sinh da (tắm, vệ sinh bộ phận sinh dục) theo đúng quy trình, chính xác trên người bệnh giả định. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi hỗ trợ vệ sinh da cho người bệnh trong tình huống giả định.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**   1. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện hỗ trợ vệ sinh da cho người bệnh trong tình huống giả định. 2. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi hỗ trợ vệ sinh da cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Chăm sóc vệ sinh da cho người bệnh là kỹ thuật đảm bảo vệ sinh cho người bệnh, giữ da luôn sạch sẽ đem lại sự thoải mái cho người bệnh, giúp cho sự bài tiết qua da được dễ dàng, phòng tránh được lở loét và nhiễm khuẩn da. Trường hợp người bệnh hôn mê, liệt, ... việc vệ sinh sạch sẽ cho da góp phần rất quan trọng trong việc đề phòng loét tỳ đè cho người bệnh.

Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày cho người bệnh rất quan trọng, đem lại sự thoải mái cho người bệnh và góp phần phóng tránh các viêm nhiễm đường hậu môn sinh dục.

Khi thực hiện vệ sinh da, vệ sinh bộ phận sinh dục cho người bệnh cần lưu ý đảm bảo sự riêng tư và kín đáo cho người bệnh.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích:**

Tắm cho người bệnh tại giường nhằm mục đích

-  Để giữ da sạch sẽ, ngăn ngừa các biến chứng ngoài da.

- Tăng cường sự tuần hoàn và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.

- Đem đến sự thoải mái và thỏa mãn nhu cầu cơ bản cho NB.

2 phương pháp tắm:

- Tắm ướt.

- Tắm khô

**2.2. Nguyên tắc vệ sinh da**

- Giữ cho người bệnh được kín đáo khi tắm (chỉ để lộ phần cơ thể đang tắm).

- Chăm sóc theo thứ tự ưu tiên của người bệnh.

- Tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh trong suốt thời gian tắm.

- Kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm cho người bệnh, xà phòng tắm không nên dùng loại có độ kiềm cao.

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh trong suốt thời gian tắm: người cao tuổi không nên tắm quá kỹ vì da của người già ít chất nhờn hơn, nên tắm kỹ sẽ làm cho da trở nên khô ráp. Không nên tắm nước nóng sau khi ăn tối vì dễ bị xuất huyết não, nhồi máu cơ tim…Xem xét yếu tố văn hóa của người bệnh liên quan đến tắm.

- Xem xét thói quen vệ sinh cá nhân, thói quen sử dụng các sản phẩm vệ sinh và thời điểm thực hiện trong ngày.

**2.3. Áp dụng:** Cho người bệnh không tự vệ sinh da được

- Tắm tại giường cho người bệnh nặng cần chăm sóc cấp 1.

- Người bệnh bị gãy xương.

- Người bệnh liệt.

- Người bệnh nặng.

- Người bệnh sau phẫu thuật.

**2.4. Không áp dụng**

- Người bệnh đang trong tình trạng quá nặng

- Người bệnh đa vết thương

**3. Quy trình kỹ thuật vệ sinh da (tắm, vệ sinh bộ phận sinh dục)**

(\*) Chuẩn bị dụng cụ: (xe 2 hoặc 3 tầng)

|  |  |
| --- | --- |
| Tầng trên:   * Chậu/xô đựng nước ấm. * Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước. * Gạc củ ấu. * Kìm Kocher * Xà phòng tắm/sữa tắm. * 02 khăn vuông nhỏ (một dùng tắm toàn thân, một dùng tắm bộ phận sinh dục). * 02 khăn tắm lớn. | * Quần áo sạch. * Vải phủ. * Vải trải giường. * Tấm nilon. * Đệm cao su (đặt ở bồn tắm) * Bột talc. * Găng tay sạch (nếu cần). * Bô dẹt   Bình phong. |
| Tầng dưới:  - Thùng đựng nước bẩn  - Túi đựng đồ bẩn | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | Nhận định người bệnh tỉnh/hôn mê, kết quả đo dấu hiệu sinh tồn, da và niêm mạc. |
| 3 | Nhận định tình trạng của da người bệnh: | Nhận định độ đàn hồi của da, độ ẩm của da, đặc biệt là ở các nếp gấp. |
| 4 | Nhận định khả năng hoạt động của các chi | Nhận định khả năng hoạt động các chi, chi bất động (người bệnh bị liệt, bất động chi, gãy xương, yếu liệt, …), tình trạng giảm hoặc mất cảm giác, giảm tuần hoàn, bệnh lý thuộc về thần kinh,… |
| 5 | Nhận định thói quen, phong tục, tập quán và các yếu tố văn hóa của người bệnh liên quan đến tắm | Nhận định thời gian tắm, các sản phẩm thường dùng khi tắm, thói quen, phong tục, tập quán và các yếu tố văn hóa của người bệnh liên quan đến tắm |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 6 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình tắm cho người bệnh an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 7 | Vệ sinh tay thường qui | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 8 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác. Pha nước ấm để tắm. |
| 9 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo và giải thích cho người bệnh/người nhà hiểu được mục đích của tắm, các bước tiến hành và yêu cầu phối hợp với nhân viên y tế.  - Cho người bệnh đi vệ sinh (nếu cần) |
| 10 | Điều chỉnh giường bệnh | Điều chỉnh giường bệnh ở vị trí thích hợp: Nâng thành giường bên đối diện, hạ thành giường bên gần với người điều dưỡng và giúp người bệnh nằm sát mép giường gần với người điều dưỡng. Điều chỉnh giường bệnh ở vị trí thích hợp (ngang tầm của điều dưỡng thực hiện). |
| 11 | Kiểm tra nhiệt độ của nước. | Dùng nhiệt kế bách phân kiểm tra nhiệt độ của nước tắm |
| 12 | Tháo bỏ vải đắp cũ và thay vải đắp (mền) mới | Thay vải đắp (mền) mới cho người bệnh. Xử lý vải đắp bẩn đúng qui định |
| 13 | Cởi áo quần của người bệnh | Cởi bên không bị hạn chế hoạt động trước, bị hạn chế hoạt động sau |
| 14 | Đặt khăn tắm dưới đầu người bệnh. | Nhẹ nhàng nâng đầu người bệnh và lót khăn tắm dưới đầu người bệnh |
| 15 | Rửa mặt cho người bệnh | Nhúng bao khăn vào nước ấm và vắt kĩ. Gấp khăn rửa mặt quanh các ngón tay của điều dưỡng để tạo thành bao khăn.  Sử dụng 2 góc trên của bao khăn để vệ sinh mắt cho người bệnh. Rửa và lau khô: trán, má, mũi, cổ và tai. |
| 16 | Tắm tay: | - Cánh tay và cẳng tay: Kéo vải phủ để lộ tay, trải nilon và khăn bông to dưới cẳng tay đến nách (tắm tay xa trước, tay gần sau), dùng khăn tắm từ cổ tay đến nách bằng nước ấm, xà phòng/sữa tắm, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô (tắm 2 tay như nhau).  - Hai bàn tay: trải nilon, đặt chậu nước lên giường cho hai bàn tay vào chậu nước rửa sạch bàn tay và ngón tay (từ cổ tay trở xuống), lau khô. |
| 17 | Thay nước, kiểm tra nhiệt độ của nước. | Đổ nước bẩn, thay nước sạch và kiểm tra nhiệt độ của nước. |
| 18 | Tắm ngực và bụng | Kéo chăn đắp để lộ ngực, bụng và hõm nách. Trải khăn tắm lên che vùng ngực, bụng.  - Một tay~~,~~ nâng rìa khăn tắm ra khỏi ngực. Một tay quấn khăn và tắm ngực, nách (chú ý nếp gấp của ngực)  - Lau khô ngực của người bệnh và phủ khăn tắm trên ngực và bụng của người bệnh.  - Một tay nâng khăn tắm. Một tay quấn khăn, tắm bụng (chú ý **‎**đặc biệt đến các nếp gấp bụng và rốn). Lau từ bên này đến bên kia theo chiều của cơ bụng.  - Lau khô và kéo vải đắp che kín ngực bụng |
| 19 | Tắm chân | - Tắm cẳng chân, đùi: Kéo vải phủ để lộ chân, trải nylon và khăn bông to dưới cẳng chân đến bẹn (tắm chân xa trước, chân gần sau), dùng khăn tắm từ cổ chân đến bẹn bằng nước ấm, xà phòng/sữa tắm, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô (tắm 2 chân như nhau).  - Tắm hai bàn chân: trải nilon, đặt chậu nước lên giường cho lần lượt từng bàn chân vào chậu nước rửa sạch bàn chân và ngón chân.  - Lau khô hai bàn chân và thay nước tắm. |
| 20 | Tắm vùng lưng, mông | Giúp người bệnh nằm sấp hoặc nằm nghiêng một bên. Lót khăn tắm phía dưới lưng mông của người bệnh  Bộc lộ vùng lưng mông (đảm bảo kín đáo cho người bệnh). Tắm từ thắt lưng lên đến vai theo chiều thớ cơ, sau đó tắm từ thắt lưng xuống mông theo chiều xoắn ốc bằng nước ấm, xà phòng/sữa tắm, lau lại bằng nước sạch, lau khô (chú ý đến những nếp gấp của vùng mông và hậu môn).  Xoa bóp vùng mông - lưng bằng bột talc |
| 21 | Thay nước, mang găng tay sạch | Thay nước mới, đi găng tay sạch |
| 22 | Vệ sinh bộ phận sinh dục: | Lót nilon và đặt bô dẹt dưới mông người bệnh. Bộc lộ vùng hậu môn sinh dục.  + Người bệnh nam: Lấy miếng gạc lót tay và nâng nhẹ dương vật lên, rửa quanh lỗ tiểu dọc theo dương vật từ đầu xuống gốc dương vật, chú ý rửa kỹ các nếp da bao quy đầu  + Người bệnh nữ:   * Để người bệnh nằm ngửa, chống và dạng hai chân.   Dùng kìm gắp gạc củ ấu, rửa kỹ các nếp âm hộ, rửa từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong (không được làm ngược lại), rửa dưới dòng nước dội, rửa nước xà phòng/dung dịch vệ sinh da, rửa lại cho sạch (mỗi lần rửa phải thay gạc mới) cuối cùng rửa hậu môn và lau khô. |
| 23 | Xoa bột talc, tháo găng tay | Xoa bột talc vào vùng cùng cụt, tháo găng tay sạch |
| 24 | Mặc lại áo quần. Chải đầu cho người bệnh. | Mặc quần áo mới cho người bệnh, chải tóc gọn gàng. |
| 25 | Ghi hồ sơ: | - Ngày, giờ tắm.  - Nhiệt độ nước tắm, loại dung dịch tắm, tổng thời gian tắm.  - Tình trạng da người bệnh trước và sau khi tắm.  - Tình trạng sức khỏe của người bệnh trước, trong và sau khi tắm.  - Tên người điều dưỡng thực hiện. |
| **Lượng giá** | | |
| 26 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

# **BÀI 5: KỸ NĂNG TRẢI GIƯỜNG, THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức:**   1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc trải giường, thay vải trải giường.   **\* Kỹ năng:**   1. Thực hiện trải giường, thay vải trải giường theo đúng quy trình, chính xác trên người bệnh giả định.   3. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng trải giường, thay vải trải giường cho người bệnh trong tình huống giả định  **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**  4. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng trải giường, thay vải trải giường cho người bệnh trong tình huống giả định.  5. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi kỹ năng trải giường, thay vải trải giường cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Thay vải trải giường là quy trình kỹ thuật đáp ứng nhu cầu ngủ, nghỉ ngơi, tư thế trị liệu và phòng tránh nhiễm khuẩn cho người bệnh.

Trong thời gian bị bệnh, số giờ người bệnh nằm nghỉ tại giường bệnh trong ngày bao giờ cũng nhiều hơn so với khi còn khoẻ. Một số người bệnh do tình trạng bệnh lý phải nằm bất động tại giường, mọi hoạt động của người bệnh, chăm sóc điều dưỡng, điều trị đều thực hiện trên giường bệnh. Vì vậy, giường bệnh có nguy cơ bị nhiễm bẩn cao và cần phải được thay vải trải, vệ sinh hàng ngày sạch sẽ. Một số người bệnh không có khả năng ra khỏi giường nên việc nuôi dưỡng, tắm hay đại tiểu tiện có thể gây loét tỳ đè. Do đó việc chuẩn bị giường bệnh đón người bệnh và thay vải trải giường là hết sức quan trọng. Chuẩn bị giường cẩn thận, chu đáo là tạo sự thoải mái, tiện nghi cho người bệnh, giúp người bệnh giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích**

* Giường chuẩn bị đón người bệnh/giường của người bệnh sạch sẽ tiện nghi.
* Phòng tránh các bệnh về da, loét tỳ đè khi người bệnh sử dụng giường.
* Giữ cho môi trường khoa phòng được sạch sẽ.

**2.2. Nguyên tắc**

***2.2.1. Quy định chung***

+ Cần phải nhận định tình trạng và yêu cầu điều trị để chuẩn bị loại giường thích hợp.

+ Chuẩn bị dụng cụ trải giường đầy đủ, dụng cụ làm trước để ở trên, làm sau để ở dưới.

+ Không sử dụng vải trải giường rách, bẩn.

+ Kiểm tra vải trải giường trước khi thay vì người bệnh có thể để tiền, vàng, kim ghim,… dưới gối hay vải trải.

***2.2.2. Đảm bảo vệ sinh/*** **Phòng ngừa nhiễm trùng chéo**

+ Tránh tung vải trải, dù là vải sạch hoặc bẩn.

+ Đối với trải giường bẩn phải cuộn phần bẩn vào trong và nhẹ nhàng cho vào túi nylon, tránh chạm vải bẩn vào người thực hiện.

+ Khi vải trải bị ướt hay bẩn phải thay ngay.

+ Sau khi người bệnh xuất viện, vải trải phải được tháo ra gửi nhà giặt, đệm được hộ lý vệ sinh sạch sẽ trước khi chuẩn bị đón người bệnh mới.

+ Rửa sạch tay trước khi làm giường và sau khi hoàn tất kỹ thuật trải giường.

***2.2.3. Đảm bảo kỹ thuật***

+ Khi trải giường vải trải phải bọc 2 đầu đệm xong, mới tiến hành gấp các góc.

+ Tránh di chuyển nhiều lần, hoàn tất một bên giường rồi đến bên còn lại.

+ Khi thực hiện những phần dưới thấp thì nên nâng giường lên hoặc khuỵu gối, tránh cong lưng.

+ Vải trải phải căng, phẳng, không xếp nếp tránh gây chèn ép cho người bệnh.

+ Nếu sử dụng tấm nylon cần phải trải vải phủ lên trên không để người bệnh tiếp xúc trực tiếp với nylon.

+ Luôn tôn trọng sự riêng tư và an toàn cho người bệnh.

**2.3. Giới thiệu các loại giường về phương tiên cơ học.**

2.2.1. Các loại giường

|  |  |
| --- | --- |
| Giường bệnh thông thường:  Giường được cấu tạo đơn giản, gọn, dễ di chuyển, dễ tẩy uế. Thường dùng giường khung làm bằng sắt, ống rỗng, phía đầu giường có bậc nâng cao thấp, chân có bánh xe bọc cao su.  Giát giường bằng gỗ, gồm hai phần: 1/3 ở phía đầu giường, 2/3 ở phía cuối giường.  Kích thước của giường:   * Chiều dài: từ 1,8m đến 2m. * Chiều rộng; từ 0,8m đến 1,0m. * Chiều cao: 0,6m | https://inoxnamviet.vn/wp-content/uploads/2019/12/Giuong-benh-nhan-inox-nang-dau-1.jpg  Hình 6.1: Giường bệnh thông thường |
| Giường bệnh hiện đại:  + Giường làm bằng inox, ống rỗng, chân có bánh xe bọc cao su để tiện di chuyển. Giường có nhiều tính nǎng, tác dụng, giát giường bằng lò xo, hai bên giường có thành chắn để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.  + Giường có nút ấn hoặc tay quay để điều chỉnh mức cao thấp khác nhau và cố định giường. | GIƯỜNG BỆNH NHÂN , GIƯỜNG Y TẾ, GIƯỜNG BỆNH VIỆN, GIƯỜNG BỆNH ĐA CHỨC NĂNG  NIKITA GIÁ TỐT ,  Hình 6.2: Giường bệnh hiện đại. |

2.2.2. Các phương tiện kèm theo:

- Đệm và vỏ đệm

- Vải trải giường: Kích thước 3,0m x 2,0m

- Tấm nylon: 2m x 0,8m

- Vải lót: 2m x 0,8m

- Chǎn, vỏ chǎn và khǎn khoác.

- Gối và vỏ gối.

- Màn.

2.2.3. Phân loại giường.

Có hai loại

- Giường trống: Gồm có:

+ Giường kín: là giường được chuẩn bị sau khi đã làm vệ sinh khoa phòng. Giường được trải kín (giường đợi bệnh nhân)

+ Giường mở:

. Giường nội khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chǎn được gấp làm 3 nếp về phía cuối giường

. Giường ngoại khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chǎn được gấp làm 3 nếp theo chiều dọc của giường

- Giường có bệnh nhân: (nội khoa hay ngoại khoa)

Bệnh nhân nằm nghỉ hoàn toàn trên giường đã được đắp chǎn. Các phần vải còn lại 2 bên được dắt xuống dưới đệm.

**3. Quy trình kỹ thuật trải giường, thay vải trải giường**

**3.1. Quy trình kỹ thuật trải giường**

\* Chuẩn bị dụng cụ:

|  |
| --- |
| * Vải phủ nilon * Chăn và vỏ chăn * Gối và vỏ gối * Màn * Túi đựng đồ bẩn * Vải trải giường, vải đắp * Tấm nilon |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1 | Nhận định người bệnh chuẩn bị vào khoa | Nhận định tình trạng người bệnh chuẩn bị vào khoa, phòng: tỉnh/hôn mê, các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng vận động, phẫu thuật… |
| 2 | Nhận định phòng bệnh và giường bệnh | Phòng bệnh trống hay có nhiều người bệnh, tình trạng vệ sinh giường bệnh.  Nhận định điều kiện, phương tiện sẵn có tại khoa. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 3 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình trải giường an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 4 | Vệ sinh tay thường qui | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 5 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác |
| 6 | Chuẩn bị giường | Khóa bánh xe ở chân giường. Hạ thấp thanh chắn giường ở hai bên  Điều chỉnh độ cao của giường ngang với tầm thực hiện  Kéo thẳng đệm vừa với mép giường. |
| 7 | 7.1 Trường hợp trải giường ngoại khoa: Trải nilon theo chiều dọc của giường | Đặt nilon trải lên 1/4 về phía đầu giường, trải xuống 1/2 giường, dọc theo chiều dài của giường. |
| 7.2 Trường hợp trải giường nội khoa: trải vải trải giường theo chiều dọc của giường | Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, trải xuống 1/2 giường, dọc theo chiều dài của giường. |
| 8 | 8.1 Trải giường ngoại khoa: Kéo tấm nilon về 2 phía đầu đệm và dắt xuống đệm | Kéo tấm nilon phẳng về phía 2 đầu đệm và dắt chặt xuống dưới đệm |
| 8.2 Trường hợp trải giường nội khoa: kéo vải trải giường về 2 phía đầu đêm và dắt xuống đệm | Kéo vải trải giường phẳng về phía 2 đầu đệm và dắt chặt xuống dưới đệm. |
| 9 | 9.1 Trải giường nội khoa: Gấp góc vải ở 4 góc giường | Gấp góc vải trải giường ở phía đầu giường và cuối giường như góc bánh chưng. |
| 9.1 Trải giường ngoại khoa: Gấp góc nilon ở 4 góc giường | Gấp tấm nilon ở phía đầu giường và cuối giường như góc bánh chưng. Dắt phần thừa của tấm nilon xuống dưới đệm. Sang bên kia giường làm nốt phần còn lại như phía bên điều dưỡng đã gấp. |
| 10 | 10.1 Trải giường nội khoa: Trải nilon 1/3 giữa giường.Trải vải lót 1/3 giữa giường | Trải tấm nilon vào 1/3 giữa giường, trải vải lót lên trên tấm nilon, đặt phần thừa của tấm nilon, vải lót và phần thừa của vải trải giường xuống dưới đệm.. |
| 10.2 Trải giường ngoại khoa: trải vải trải giường | Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, trải xuống 1/2 giường, dọc theo chiều dài của giường. Kéo vải trải giường phẳng về phía 2 đầu, cuối giường đã được trải nilon và dắt chặt xuống dưới đệm. |
| 11 | 11.1 Trải giường nội khoa: Kéo căng vải trải và dắt phần thừa xuống dưới đệm | Kéo căng phẳng vải trải giường và dắt sau phần vải thừa ở giữa giường xuống dưới đệm. Sang bên kia giường làm nốt phần còn lại như phía bên điều dưỡng đã gấp |
| 11.2 Trải giường nội khoa: Dắt phần vải thừa xuống dưới đệm | Gấp góc vải trải giường ở phía đầu giường và cuối giường như góc bánh chưng. Dắt phần thừa của vải trải giường xuống dưới đệm. Sang bên kia giường làm nốt phần còn lại như phía bên điều dưỡng đã gấp |
| 12 | Đặt gối lên đầu giường | Lồng vỏ gối và xếp gối lên đầu giường. |
| 13 | 13.1 Trải chăn giường nội khoa | Trải chăn. Chăn được gấp làm 3 nếp về phía cuối giường.  Xuống cuối giường để giắt mép chăn còn lại xuống đệm. |
| 13.2 Trải chăn giường ngoại khoa | Trải chăn và chăn được gấp làm 3 nếp về 1 bên giường, theo chiều dọc của giường. Sang bên kia để giắt mép chăn còn lại xuống đệm |
| 14 | Thu dọn dụng cụ, rửa tay. | Dụng cụ được xử lý đúng quy định.Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 15 | Ghi hồ sơ chăm sóc: | - Thời gian thay vải trải giường.  - Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi thay vải trải giường  - Các tổn thương thứ phát của người bệnh (nếu có).  - Tên điều dưỡng thực hiện |
| **Lượng giá** | | |
| 16 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

**3.2. Quy trình kỹ thuật thay vải trải giường cho người bệnh**

\* Chuẩn bị dụng cụ:

|  |
| --- |
| * Vải phủ nilon * Chăn và vỏ chăn * Gối và vỏ gối * Màn * Túi đựng đồ bẩn * Vải trải giường, vải đắp * Tấm nilon |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Nhận định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án.  Trường hợp NB hôn mê có thể hỏi người nhà, đối chiếu hồ sơ NB với vòng định danh. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | Nhận định người bệnh tỉnh/hôn mê, kết quả đo dấu hiệu sinh tồn. |
| 3 | Nhận định tình trạng vệ sinh ga giường | Các dịch dẫn lưu có dính trên vải trải giường hay không, tình trạng vệ sinh giường bệnh. |
| 4 | Nhận định phòng bệnh | Phòng bệnh có ít hay nhiều người bệnh, các phương tiện sẵn có tại khoa. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thay vải trải giường an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6 | Vệ sinh tay thường qui | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 7 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác |
| 8 | Chuẩn bị người bệnh: | Thông báo, giải thích và động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh cộng tác. Để người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 9 | Chuẩn bị giường | Khóa bánh xe ở chân giường. Điều chỉnh độ cao của giường ngang với tầm thực hiện. Hạ thấp thanh giường ở phía bên gần. |
| 10 | Đặt người bệnh nằm nghiêng và dịch về phía bên xa của giường, | Sang bên đối diện nghiêng người bệnh sang 1 bên, điều chỉnh lại gối dưới đầu. Nâng thanh chắn giường bên xa lên (nếu chưa nâng). |
| 11 | Tháo vải trải giường cũ | Tháo vải trải bẩn một bên giường bên gần, cuộn phần bẩn vào trong. Không để đồ vải giường tiếp xúc với đồng phục |
| 12 | Trải vải trải giường theo chiều dài của giường | Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, trải xuống 1/2 giường, dọc theo chiều dài của giường. |
| 13 | Kéo căng vải trải và dắt phần thừa xuống dưới đệm | Kéo vải trải giường phẳng về phía 2 đầu đệm và dắt chặt xuống dưới đệm. Gấp góc vải trải giường ở phía đầu giường và cuối giường như góc bánh chưng. Kéo căng vải trải giường và dắt sâu phần vải thừa ở giữa giường xuống dưới đệm. |
| 14 | Trải nilon và vải lót | Trải tấm nilon vào 1/3 giữa giường, trải vải lót lên trên tấm nilon, đặt phần thừa của tấm nilon, vải lót xuống dưới đệm |
| 15 | Đỡ người bệnh về bên giường đã trải xong | Nâng thanh chắn giường, đỡ người bệnh về 1/2 giường đã trải xong. |
| 16 | Tháo bỏ vải bẩn | Đi về phía cuối giường sang bên kia, tháo vải bẩn cuộn vào trong cho vào túi đựng đồ bẩn. |
| 17 | Thực hiện trải giường giống các bước trên cho nửa giường còn lại | Kéo căng vải trải giường và dắt sâu phần vải thừa ở giữa giường xuống dưới đệm.  Kéo tấm nilon và vải phủ nilon cùng lúc và nhét sâu xuống đệm |
| 18 | Đặt người bệnh nằm ra giữa giường | Cho người bệnh nằm ra giữa giường thoải mái. Điều chỉnh lại gối dưới đầu. |
| 19 | Điều chỉnh độ cao đầu giường phù hợp | Nâng đầu giường lên với độ cao phù hợp với yêu cầu điều trị hoặc tùy theo yêu cầu người bệnh. Sắp xếp bàn ghế, tủ đầu giường |
| 20 | Báo cho người bệnh biết việc đã xong. | Quán sát người bệnh phát hiện các dấu hiệu bất thường như khó thở, mệt… |
| 21 | Thu dọn túi đựng đồ vải bẩn. Rửa tay. | Túi đựng đồ vải bẩn được thu gom lại cẩn thận. Rửa tay đúng quy trình |
| 22 | Ghi hồ sơ chăm sóc: | - Thời gian thay vải trải giường.  - Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi thay vải trải giường.  - Các tổn thương thứ phát của người bệnh (nếu có).  - Tên điều dưỡng thực hiện. |
| **Lượng giá** | | |
| 23 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

# **BÀI 6: KỸ NĂNG HỖ TRỢ TƯ THẾ, VẬN ĐỘNG VÀ**

# **DI CHUYỂN NGƯỜI BỆNH**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\*Kiến thức**   1. Trình bày được những trường hợp áp dụng, không áp dụng khi đặt người bệnh ở tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường. 2. Trình bày được mục đích, nguyên tắc và lưu ý khi cho người bệnh ngồi dậy và di chuyển người bệnh.   **\*Kỹ năng**   1. Thực hiện được kỹ năng đặt người bệnh ở tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường, xoay trở và di chuyển người bệnh đúng quy trình kỹ thuật, an toàn và hiệu quả trên người bệnh giả định. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng hỗ trợ tư thế, vận động và di chuyển người bệnh cho người bệnh trong tình huống giả định   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**   1. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng hỗ trợ tư thế, vận động và di chuyển người bệnh cho người bệnh trong tình huống giả định. 2. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng hỗ trợ tư thế, vận động và di chuyển người bệnh cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Sự vận động của cơ thể là sự phối hợp của hệ cơ xương và hệ thần kinh nhằm duy trì sự cân bằng của cơ thể khi nâng, gập, di chuyển, thực hiện các hoạt động hàng ngày và cho phép con người có khả năng thực hiện các hoạt động mà không cần có sự gắng sức của các cơ.

Trong trường hợp người bệnh bị bất động hoặc bị hạn chế vận động, người điều dưỡng nên đặt người bệnh đúng tư thế và di chuyển người bệnh một cách an toàn để giảm thiểu các biến chứng: loét tì đè...

Đặt người bệnh theo đúng tư thế trị liệu thông thường, xoay trở người bệnh sẽ giúp cho quá trình điều trị đạt hiệu quả.

Tư thế, vận động và di chuyển bệnh nhân là một nhóm các kỹ năng đơn giản mà bệnh nhân và người nhà có thể thực hiện được khi có sự hướng dẫn của cán bộ y tế trong quá trình điều trị và phục hồi sức khỏe.

**Nhóm kỹ năng hỗ trợ tư thế, vận động và di chuyển người bệnh bao gồm:**

- Các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường.

- Hỗ trợ người bệnh ngồi dậy

- Di chuyển người bệnh.

**2. Các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường**

**2.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***2.1.1 Mục đích***

* Tạo tư thế thoải mái cho người bệnh.
* Tránh được các biến chứng như ứ đọng dịch ở phổi, loét ép.
* Giúp điều trị và chăm sóc đạt hiệu quả.

***2.1.2 Áp dụng và không áp dụng***

**\* Tư thế nằm ngửa thẳng**

- Áp dụng: trị liệu sau ngất, shock, chóng mặt, xuất huyết mức độ nhẹ.

- Không áp dụng: người bệnh hôn mê, nôn (đề phòng chất nôn lạc vào đường hô hấp), khó thở.

**\* Tư thế nằm ngửa đầu thấp**

- Áp dụng:

* Sau xuất huyết đề phòng ngất, sốc.
* Sau chọc tuỷ sống.
* Lao đốt sống cổ.
* Kéo duỗi trong gãy xương đùi.

- Không áp dụng*:*

* Người bệnh hôn mê.
* Hen phế quản.
* Đang nôn.

**\* Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao**

* Áp dụng:
* Bệnh đường hô hấp.
* Bệnh tim.
* Thời kỳ dưỡng bệnh, người già.

- Không áp dụng:

* Có rối loạn về nuốt.
* Ho khó khăn.
* Hôn mê.
* Sau gây mê.
* Người bệnh sau mổ vẫn còn chưa tỉnh do thuốc gây mê.

**\* Tư thế nửa nằm - nửa ngồi (Fowler)**

- Áp dụng:

* Sau một số phẫu thuật ổ bụng.
* Bệnh đường hô hấp: khó thở, hen phế quản.
* Bệnh tim.

- Không áp dụng:

* Rối loạn về nuốt, ho khó khăn.
* Hôn mê.
* Sau gây mê.
* Có vết trợt loét do tỳ đè

**\* Tư thế nằm sấp**

- Áp dụng

* Loét hay có những tổn thương vùng lưng, vùng cùng cụt.
* Khám vùng gáy, lưng, mông.
* Chướng hơi ở bụng.

- Không áp dụng:

* Người bệnh có thai.
* Người bệnh có tổn thương vùng lồng ngực.

**\* Tư thế nằm nghiêng sang phải hoặc sang trái**

- Áp dụng:

* Tư thế nghỉ ngơi.
* Có dẫn lưu vùng bụng, nằm nghiêng bên dẫn lưu.
* Người bệnh có tổn thương vùng lưng.

- Không áp dụng: những trường hợp người bệnh có tổn thương vùng nghiêng.

**2.2. Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| **-** Giường phù hợp với điều kiện cơ sở   * Gối đủ loại: gối cứng, gối mềm, gối hình trụ. * Vòng đệm chống loét các loại (vòng cao su bơm hơi, vòng bông) * Hộp kê chân * Giá gỗ hoặc ghế, băng ca, ván trượt, vải trải * Song chắn giường. |

\* **Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | | | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. | | |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | Nhận định người bệnh tỉnh/hôn mê, kết quả đo dấu hiệu sinh tồn, mức độ thoải mái khi người bệnh nằm. | | |
| 3 | Đánh giá tình trạng người bệnh phù hợp với các yêu cầu của bác sỹ trước khi đặt tư thế người bệnh. | Bệnh lý và tình trạng của người bệnh phù hợp với tư thế thay đổi. Kiểm tra các ống dẫn lưu, hệ thống dây truyền, các thiết bị hỗ trợ khác trên người bệnh (nếu có)  ví dụ: vết thương ngực 🡪 không nằm sấp  người bệnh nôn 🡪 nằm nghiêng | | |
| **Lập kế hoạch** | | | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình hỗ trợ tư thế cho người bệnh đạt an toàn và hiệu quả | | | |
| **Thực hiện** | | | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường qui | | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. | |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác.  Thành giường được kéo lên hoặc hạ xuống phụ thuộc tư thế người bệnh. | |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh. | | * Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh. * Giúp người bệnh hiểu được tầm quan trọng và sự hiệu quả khi người bệnh có được tư thế trị liệu an toàn. | |
|  | **Tư thế nằm ngửa thẳng** | | Đau Lưng Khi Nằm Ngửa Là Bệnh Gì ? | Đai Lưng Cột Sống  Hình 8.1: Người bệnh nằm ngửa thẳng | |
| 8 | Đặt người bệnh nằm ngửa giữa giường. Đầu bằng, chân duỗi thẳng. | | Đầu, cổ và cột sống nằm trên đường thẳng.  Kê gối đầu hoặc cổ, vai, thắt lưng (nếu cần). | |
| 9 | Điều chỉnh giường thẳng. | | Giường thẳng được đặt thẳng, chiều cao của giường phù hợp với người bệnh, tiện di chuyển. | |
| 10 | Cánh tay để hai bên thân người hoặc đặt lên bụng | | Tay thả lỏng thoải mái, không vướng. | |
| 11 | Bàn chân vuông góc cẳng chân. | | Kê gối mềm mỏng vùng kheo chân.  Có thể kê gối để bàn chân vuông góc cẳng chân. | |
|  | **Tư thế nằm ngửa đầu thấp** | | Phương pháp sơ cứu cho người bị rối loạn tiền đình | |
| 8 | Đặt người bệnh nằm ngửa giữa giường. | | Người bệnh nằm giữa giường thoải mái | |
| 9 | Chỉnh giường nâng chân cao chân giường. | | Chân giường kê cao hơn đầu giường 150-200. Trường hợp giường không có hệ thống tự động cần chuẩn bị thêm gối/chăn để nâng cao chân. | |
| 10 | Đặt người bệnh ở tư thế đầu thấp | | Nằm đầu không gối.  Kê thêm gối phía dưới chân người bệnh nếu giường không có hệ thống điều chỉnh chân giường cao. | |
| 11 | Cánh tay để hai bên thân người hoặc đặt lên bụng | | Tay thả lỏng thoải mái, không vướng. | |
|  | **Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao** | | tư thế nằm ngửa | |
| 8 | Đặt người bệnh nằm ngửa giữa giường. | | Người bệnh nằm giữa giường thoải mái | |
| 9 | Điều chỉnh giường | | Ấn nút tự động để đầu giường được kê cao 150-300. Trường hợp giường không có hệ thống tự động cần chuẩn bị thêm gối/chăn để nâng cao đầu giường. | |
| 10 | Đặt người bệnh nằm tư thế đầu hơn cao | | Kê gối dưới đầu người bệnh đảm bảo không cao quá, không gập cổ. | |
| 11 | Hai tay để thoải mái. Chân thả lỏng. | | Kê 2 gối để đỡ 2 tay (nếu cần)  Kê gối dưới khoeo chân. Bàn chân vuông góc với cẳng chân. | |
|  | **Tư thế nửa nằm, nửa ngồi (Fowler)** | | tư thế nửa nằm nửa ngồi  Hình 8.2. Người bệnh nửa nằm, nửa ngồi | |
| 8 | Đặt người bệnh nằm ngửa giữa giường. | | Người bệnh nằm giữa giường thoải mái | |
| 9 | Chỉnh giường nâng chân cao đầu giường. | | Đầu giường kê cao 450-600. Trường hợp giường không có hệ thống tự động cần chuẩn bị thêm gối/chăn để nâng cao đầu giường. | |
| 10 | Kê gối cho người bệnh nằm thoải mái. | | Người bệnh nằm đầu cao phù hợp. Giữ lưng người bệnh thẳng  Kê gối không cao, không gập cổ, có thể kê gối đỡ cả đầu và vai: đầu, khoeo chân, bàn chân. | |
| 11 | Hai tay để thoải mái. Chân thả lỏng. | | Kê 2 gối để đỡ 2 tay (nếu cần)  Kê gối dưới khoeo chân. Bàn chân vuông góc với cẳng chân. | |
|  | **Tư thế nằm sấp** | | scan0036  tư thế nằm sấp  Hình 8.3. Người bệnh nằm sấp | |
| 8 | Giúp người bệnh nằm một bên giường. | | Nâng người bệnh nằm sang một bên giường, kéo thành giường lên. | |
| 9 | Đặt người bệnh nằm sấp giữa giường. | | Đặt 2 tay người bệnh để sát thân. Điều dưỡng đặt chân phía xa chéo lên chân kia.  Điều dưỡng đứng 1 bên xa người bệnh; 1 tay đặt vai, 1 tay đặt hông của người bệnh từ từ lật người bệnh nằm sấp.  Giúp người bệnh nằm giữa giường | |
| 10 | Kê gối cho người bệnh nằm thoải mái. Đặt đầu người bệnh nghiêng về 1 bên. | | Kê gối đỡ mặt, phần trên ngực, ngang vùng bụng người bệnh nếu tỳ đè giường cứng  Đưa hai tay lên trên hoặc kê 2 gối để đỡ 2 tay thoải mái.  Kê gối dưới đầu gối và cổ chân, giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân, chân thả lỏng.  Đảm bảo kê gối ở các vị trí không cao quá | |
| 11 | Kê gối hai tay và hai chân cho người bệnh thoải mái | | Đưa hai tay lên trên hoặc kê 2 gối để đỡ 2 tay thoải mái.  Kê gối dưới đầu gối và cổ chân, giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân, chân thả lỏng.  Chân tay không bị tỳ đè trực tiếp xuống giường cứng. | |
|  | **Tư thế nằm nghiêng phải hoặc nghiêng trái** | | tư thế nằm nghiêng  Hình 8.4. Tư thế nghiêng | |
| 8 | Giúp người bệnh nằm một bên giường. | | Nâng người bệnh nằm sang một bên giường, kéo thành giường lên. | |
| 9 | Đặt người bệnh nằm nghiêng giữa giường. | | Tay người bệnh phía gần điều dưỡng của người bệnh để vuông góc với thân mình, tay còn lại để trên bụng. Chân phía xa điều dưỡng đặt chéo lên chân kia.  Điều dưỡng đứng 1 bên xa người bệnh; 1 tay đặt vai, 1 tay đặt hông của người bệnh từ từ lật người bệnh nằm nghiêng.  Giúp người bệnh nằm giữa giường | |
| 10 | Kê gối cho người bệnh nằm thoải mái. | | Kê gối dưới đầu, cổ, vai, sau lưng người bệnh để không ngả người ra sau.  Kê một gói trước ngực để người bệnh ôm.  Kê gối dưới và giữa đầu gối, cổ chân, chân thả lỏng đảm bảo mắt cá chân trong, ngoài và đầu gối không bị tỳ đè trực tiếp xuống giường cứng. | |
| 11 | Kê gối hai tay và hai chân cho người bệnh thoải mái. | | Cho người bệnh ôm gối.  Kê gối dưới và giữa đầu gối, cổ chân, chân thả lỏng.  Mắt cá chân trong, ngoài và đầu gối không bị tỳ đè trực tiếp xuống giường cứng. | |
| 12 | Kéo thành giường | | Hai thành giường được kéo lên chắc chăn | |
| 13 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp  Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước | |
| 14 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | | Sắp xếp lại dụng cụ.  Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước | |
| 15 | Ghi hồ sơ chăm sóc: | | Ghi hồ sơ chăm sóc:  - Ngày giờ, thời gian nằm tư thế trị liệu  - Tình trạng người bệnh trong và sau quá trình nằm tư thế trị liệu  - Tên điều dưỡng thực hiện | |
| **Lượng giá** | | | | |
| 16 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | | | |

**3. Hỗ trợ người bệnh ngồi dậy**

**3.1. Kiến thức liên quan**

Hỗ trợ người bệnh ngồi dậy và di chuyển quan giường là một trong những kỹ năng cần thiết để giúp cho sự lưu thông tuần hoàn tốt hơn và tránh được các biến chứng cho người bệnh. Kỹ năng này thường được áp dụng trong trường hợp người bệnh già yếu, suy kiệt, vận động hạn chế, nhất là những người bệnh có tổn thương thần kinh, cơ xương khớp

**3.1.1. Mục đích:**

* Giúp máu lưu thông điều hòa trong cơ thể.
* Ngừa những biến chứng: ứ máu phổi, tắc mạch, biến dạng cơ thể, mảng mục.
* Tạo sự thoải mái cho người bệnh và giúp người bệnh chóng hồi phục

**3.1.2. Những điểm cần lưu ý**

* Phải chắc chắn người bệnh khoẻ trước khi cho người bệnh ra ngồi hoặc ra khỏi giường.
* Điều dưỡng luôn theo dõi trong suốt thời gian người bệnh ngồi chơi ở ghế.
* Điều dưỡng luôn giữ tư thế đúng khi đỡ người bệnh

**3.2. Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | Nhận định người bệnh tỉnh/hôn mê, kết quả đo dấu hiệu sinh tồn, mức độ thoải mái khi người bệnh ngồi. |
| 3. | Đánh giá tình trạng người bệnh phù hợp với các yêu cầu của bác sỹ trước khi đặt tư thế người bệnh. | Bệnh lý và tình trạng của người bệnh phù hợp với tư thế thay đổi.  Kiểm tra các ống dẫn lưu, hệ thống dây truyền, các thiết bị hỗ trợ khác trên người bệnh (nếu có)  Xác định những nguy cơ té ngã khi di chuyển bằng thang điểm MORSE |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình hỗ trợ cho người bệnh ngồi dậy an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
|  | **\*Giúp người bệnh ngồi dậy** | |
| 5 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác.  Thành giường được kéo lên hoặc hạ xuống phụ thuộc tư thế người bệnh. |
| 6 | Chuẩn bị người bệnh | * Thông báo, động viên và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra, … * Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp. * Kiểm tra nếu có vết thương ở ngực, bụng cần giảm đau trước khi cho người bệnh ngồi dậy. |
| 7 | Sắp xếp các vật dụng xung quanh và có liên quan gọn gàng, phù hợp.  Hạ thành giường xuống | Giường, chăn gối hỗ trợ ngồi.  Chỉnh các thiết bị bao gồm ống dẫn lưu, túi nước tiểu…, gọn gàng, phù hợp. |
|  | **Người bệnh tự dậy (hướng dẫn người bệnh)** | |
| 8 | Điều dưỡng viên ở một bên giường hướng dẫn người bệnh. | Điều dưỡng viên ở một bên mặt hướng về phía đầu giường |
| 9 | Hướng dẫn người bệnh dùng lực hai tay đẩy người ngồi dậy. | Hướng dẫn người bệnh để 2 tay ở 2 bên, lòng bàn tay tỳ vào mặt giường (bệnh nhân có thể sử dụng 2 tay đẩy người lên cộng tác với điều dưỡng viên khi ngồi dậy). |
|  | **Người bệnh cộng tác được** | |
| 8 | Điều dưỡng đưa hai tay để người bệnh chủ động bám. | * Tay điều dưỡng và tay người bệnh bám vào mặt sau cánh tay của nhau để người bệnh bám tay và ngồi dậy. |
| 9 | Hai tay điều dưỡng tạo lực đấy và nâng cho người bệnh ngồi. | * Khuỷu tay điều dưỡng tỳ xuống mặt giường khi nâng người bệnh, bàn tay kia của người bệnh úp xuống mặt giường và tự đẩy cơ thể người bệnh lên. * Phối hợp nhịp nhàng tạo lực thống nhất giúp người bệnh ngồi dậy. |
|  | **Người bệnh không cộng tác được** | |
| 8 | Điều dưỡng đứng 1 bên giường. | Bên người bệnh không liệt, người bệnh được chủ động tham gia vào quá trình ngồi. |
| 9 | Điều dưỡng đưa tay dưới vai người bệnh, đỡ người bệnh ngồi. | Điều dưỡng viên luồn một tay dưới vai người bệnh. Tay kia tỳ bàn tay trên mặt giường đẩy người bệnh lên. Dùng trọng lực của mình để nâng người bệnh ngồi dậy |
| 10 | Giữ tư thế người bệnh ngồi. | - Ngồi dựa vào đầu giường: kê gối hoặc đặt giá đỡ phía sau lưng người bệnh, từ từ đặt người bệnh tựa lưng vào gối hoặc giá đỡ. Kê gối dưới khoeo chân.  - Ngồi trên giường, chân đặt xuống dưới giường: Một tay điều dưỡng để dưới khoeo chân một tay đỡ vai, xoay nhẹ nhàng bệnh nhân và cho bệnh nhân thâng 2 chân xuống, kéo 1 thành giường lên. |
| 11 | Kéo thành giường | Hai thành giường được kéo lên chắc chăn |
| 12 | Quan sát và theo dõi sắc mặt người bệnh trong quá trình ngồi. | Hỏi tình trạng người bệnh: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt  Nếu người bệnh tái nhợt, người bệnh kêu chóng mặt, mạch người bệnh tăng nhanh cần đặt người bệnh nằm đầu thấp ngay. |
| 13 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | Sắp xếp lại dụng cụ.  Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước |
| 14 | Ghi hồ sơ chăm sóc: | Ghi hồ sơ chăm sóc:  - Ngày giờ, thời gian ngồi tư thế trị liệu  - Tình trạng người bệnh trong và sau quá trình ngồi tư thế trị liệu  - Tên điều dưỡng thực hiện |
| **Lượng giá** | | |
| 15 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

**4. Di chuyển người bệnh**

**4.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***4.1.1. Nguyên tắc chung khi di chuyển người bệnh***

* Có chỉ định của bác sĩ.
* Có kế hoạch vận chuyển rõ ràng gồm 4 nội dung: tình trạng người bệnh (hiện trạng và nguy cơ tiềm tàng); sự nguy hiểm của môi trường xung quanh và hạn chế có thể nguy cơ tới người bệnh, nhân viên vận chuyển; các phương tiện cần thiết cho vận chuyển; năng lực của nhân viên vận chuyển.
* An toàn cho người bệnh và nhân viên
* Thông tin đầy đủ cho người bệnh, nơi nhận và đơn vị quản lý: liên hệ trước, đủ hồ sơ, giấy tờ;

***\* Lưu ý:***

* Chỉ được di chuyển người bệnh khi có chỉ định của thầy thuốc và ghi rõ giờ, ngày, tháng, phương pháp di chuyển.
* Phải chuẩn bị đầy đủ và kiểm tra lại các phương tiện di chuyển người bệnh: cáng, xe lăn, ô tô, … để đảm bảo di chuyển người bệnh an toàn.
* Trong khi di chuyển người bệnh phải đảm bảo an toàn, nhẹ nhàng, cẩn thận, đặc biệt những người bệnh mới mổ, chấn thương cột sống, gãy xương đùi, … Tư thế người bệnh khi vận chuyển phải đảm bảo đúng kỹ thuật: người bệnh mất máu phải để nằm đầu thấp, người bệnh khó thở phải nằm tư thế đầu cao, …
* Nếu chuyển người bệnh từ khoa này sang khoa khác hoặc đưa người bệnh đi xét nghiệm, chiếu chụp X quang…điều dưỡng phải:
  + Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ, giấy tờ cần thiết (các giấy xét nghiệm, phiếu chụp X quang có chữ ký của thầy thuốc).
  + Thông báo cho khoa mới biết trước để chuẩn bị sẵn sàng đón tiếp người bệnh.
  + Khi di chuyển người bệnh phải giữ ấm cho người bệnh, không để mưa, nắng ảnh hưởng đến sức khoẻ người bệnh.
* Chuyển người bệnh đi bệnh viện khác để điều trị hoặc khám chuyên khoa ở cơ sở khác phải mang theo thuốc, dụng cụ cấp cứu và các trang thiết bị khác như: nước uống, bô vịt, … để sử dụng trên đường vận chuyển.
* Khi chuyển người bệnh đến khoa, bệnh viện mới phải bàn giao người bệnh, hồ sơ, giấy tờ cần thiết khác với điều dưỡng trưởng khoa mới hoặc người có trách nhiệm tiếp đón người bệnh.
* Nếu di chuyển người bệnh bằng cáng, xe đẩy, ô tô…phải đệm lót cho người bệnh ngồi hoặc nằm được êm và di chuyển nhẹ nhàng.
* Khi trở về phải báo cáo công việc đã làm với điều dưỡng trưởng khoa hoặc người phụ trách đã giao nhiệm vụ.

***4.1.2. Áp dụng:*** Tất cả những người bệnh nặng không tự di chuyển được (người bệnh chuyển từ khoa này sang khoa khác, người già, người tàn tật…) theo chỉ định của bác sỹ

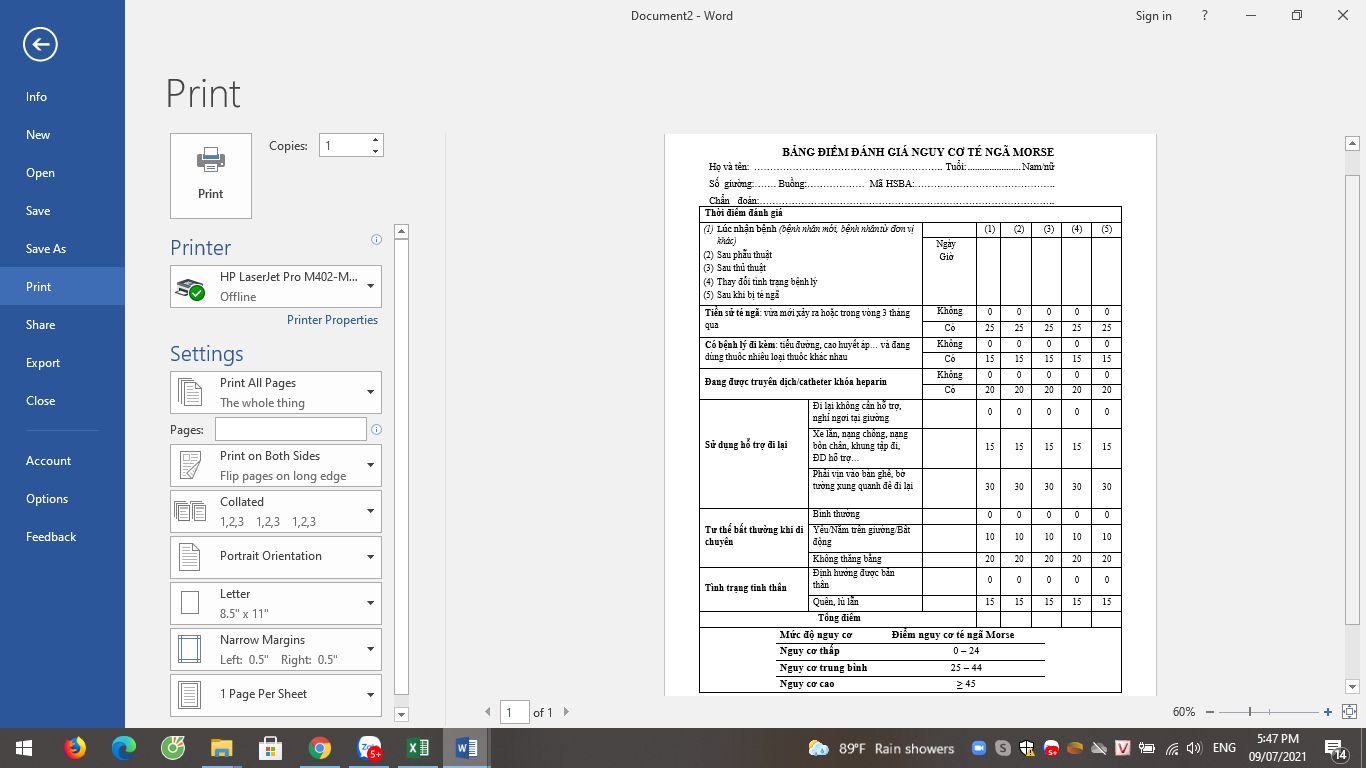
**4.2. Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| - Cáng, xe lăn, ô tô, …  - Hồ sơ, các giấy xét nghiệm, phiếu chụp X quang  - Ghế tựa (hay xe đẩy có bánh xe), ghế cao vừa phải, tiện lợi, thoải mái cho người bệnh ngồi. |

**\* Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | | | | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định/Đánh giá** | | | |  |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | | | | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | | | | Nhận định người bệnh tỉnh/hôn mê, kết quả đo dấu hiệu sinh tồn, mức độ thoải mái khi người bệnh di chuyển. |
| 3 | Đánh giá tình trạng người bệnh phù hợp với các yêu cầu của bác sỹ trước khi di chuyển.  Lựa chọn phương tiện phù hợp. | | | | Bệnh lý và tình trạng của người bệnh phù hợp với di chuyển. Giảm đau cho người bệnh trong di chuyển.  Kiểm tra các ống dẫn lưu, hệ thống dây truyền, các thiết bị hỗ trợ khác trên người bệnh (nếu có)   * Xác định những nguy cơ té ngã khi di chuyển bằng thang điểm MORSE (phụ lục 1) |
| 4. | Lựa chọn phương tiện phù hợp.  Môi trường trong khi di chuyển người bệnh: trời mưa, đường dốc,… | | | | - Chuẩn bị và sử dụng các trang thiết bị để tránh, giảm nguy cơ té ngã cho người bệnh.  - Có kế hoạch chuẩn bị các trang thiết bị phù hợp, cố định chắc chắn người bệnh. |
| **Lập kế hoạch** | | | | | |
| 5 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình hỗ trợ cho người bệnh di chuyển an toàn và hiệu quả | | | | |
| **Thực hiện** | | | | | |
| 6 | Vệ sinh tay thường qui | | | | Vệ sinh tay theo đúng quy trình 6 bước. |
| 7 | Chuẩn bị dụng cụ | | | | Dụng cụ đủ, đúng và được sắp xếp thuận tiện cho thao tác. Xe lăn hoặc cáng phù hợp với tình trạng người bệnh |
| 8 | Chuẩn bị người bệnh | | | | Thông báo, động viên và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra, …   * Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp. Thay quần áo và ủ ấm cho người bệnh (nếu cần).   - Đối với người bệnh gãy xương, bỏng, chấn thương nặng cần phải được băng bó, cố định bằng nẹp trước để hạn chế đau, đề phòng sốc – ngất trong khi di chuyển. |
| **Tiến hành di chuyển** | | | | | |
|  | **Di chuyển người bệnh từ giường sang ghế** | | | | |
| 9 | Đặt ghế ngồi gần/cạnh giường | Đặt ghế bên cạnh giường, lưng ghế hướng về phía cuối giường. Nếu bệnh nhân chỉ đi được một chân thì để ghế cạnh chân đó.  Nếu ghế có bánh xe (xe lăn) thì khóa bánh xe lại để xe khỏi di động. | | | |
| 10 | Hạ thấp thành giường | Hạ thấp giường tới mức có thể và kiểm tra chốt khóa bánh xe (nếu có). Nếu giường không hạ thấp được, bệnh nhân không thể với chân xuống nền nhà thì phải chuẩn bị bục để chân, để bệnh nhân bước xuống dễ dàng. | | | |
| 11 | Nâng người bệnh đứng. | Điều dưỡng đứng dạng chân đối mặt với bệnh nhân, chân trước chân sau, chùng gối và hông (thế đứng như vậy làm cho vững vàng giữ thăng bằng khi cử động và người không bị vặn). | | | |
| 12 | Giúp người bệnh từ giường sang ghế ngồi | Điều dưỡng viên đặt 2 tay vào 2 bên thắt lưng bệnh nhân, 2 tay bệnh nhân lên vai điều dưỡng viên, điều dưỡng hơi nhún mình xuống để đưa bệnh nhân ra khỏi giường. Xoay người lại, đầu gối của điều dưỡng tỳ vào đầu gối bệnh nhân để bệnh nhân khỏi ngã. | | | |
| 13 | Giúp người bệnh ngồi xuống ghế. | Giúp bệnh nhân hạ thấp người, ngồi xuống ghế ngay ngắn đúng tư thế. Chẹn gối vùng thắt lưng và gáy cho bệnh nhân. | | | |
| 14 | Cho bệnh nhân ngồi thoải mái. Quan sát tình trạng người bệnh | Cài các thành ghế đảm bảo an toàn cho người bệnh.  Trường hợp bệnh nhân không đi được: cho bệnh nhân phương tiện giải trí sách báo khi ngồi. Trường hợp bệnh nhân đi được, điều dưỡng dìu bệnh nhân đi lại (tay trái điều dưỡng xốc nách trái bệnh nhân, tay phải luồn qua lưng đỡ hông dìu bệnh nhân đi). Sau khi đi xong đưa bệnh nhân về giường, đặt bệnh nhân nằm đúng tư thế. | | | |
| 15 | Chuyển bệnh nhân từ ghế lên giường thì làm động tác ngược lại | | | | |
|  | **Chuyển người bệnh từ cáng sang giường và ngược lại** | | | | |
|  | **Phương pháp đặt cáng song song** | | | | |
|  | ***Song song gần*** | | | | |
| 9 | Đặt giường và cáng hợp lý: Điều dưỡng hướng dẫn nâng cáng sát giường | | | Đặt cáng sát với giường, đầu cáng cùng chiều với đầu người bệnh.  Hai người cầm 4 tay cáng, đặt cáng sát giường và có độ cao bằng nhau. | |
| 10 | Nâng người bệnh khỏi cáng | | | * Hai hoặc ba người đứng ngoài cáng, hướng dẫn người phụ: * Người thứ 1 luồn tay dưới gáy, tay kia dưới lưng người bệnh. * Người thứ 2 luồn tay dưới thắt lưng, tay kia dưới mông người bệnh. * Người thứ 3 luồn tay đỡ đùi và tay kia đỡ cẳng chân người bệnh. | |
| 11 | Di chuyển người bệnh lên giường. | | | 3 người đỡ người bệnh thống nhất động tác nâng người bệnh lên   * Hai người buông 2 tay cáng phía trong để cáng áp sát vào thành giường. | |
| 12 | Giúp người bệnh nằm giữa giường | | | Người bệnh nằm giữa giường, đặt tư thế phù hợp với tình trạng bệnh lý, tạo sự thoải mái | |
| 13 | Kéo thành giường | | | Thành giường kéo chắc chắn 2 bên. | |
|  | ***Song song xa*** | | | | |
| 9 | Đặt giường và cáng hợp lý | | | Đặt cáng cách giường người bệnh 1m, đầu cáng ngược đầu với người bệnh. | |
| 10 | Nâng người bệnh khỏi cáng | | | 2 đến 3 người đứng giữa cáng và người bệnh, hướng dẫn người phụ:   * Người thứ 1 luồn tay dưới gáy, tay kia dưới lưng người bệnh. * Người thứ 2 luồn tay dưới thắt lưng, tay kia dưới mông người bệnh. * Người thứ 3 luồn tay đỡ đùi và tay kia đỡ cẳng chân người bệnh. | |
| 11 | Di chuyển người bệnh lên giường. | | | Thống nhất động tác nâng người bệnh lên quay 180°, đặt người bệnh nhẹ nhàng vào giường. | |
|  | ***Phương pháp đặt cáng vuông góc*** | | | | |
| 9 | Đặt giường và cáng hợp lý | | | Đầu cáng vuông góc với chân giường của người bệnh. | |
| 10 | Nâng người bệnh khỏi cáng | | | Hai đến ba người đứng trong góc vuông hướng dẫn người phụ (giống đặt cáng song song gần). | |
| 11 | Di chuyển người bệnh lên giường. | | | Thống nhất động tác nâng người bệnh lên quay 90° | |
|  | ***Phương pháp đặt cáng nối tiếp*** | | | | |
| 9 | Đặt giường và cáng hợp lý. | | | Đầu cáng nối tiếp với chân giường. | |
| 10 | Nâng người bệnh khỏi cáng | | | Hai đến ba người đứng ngoài cáng hướng dẫn người phụ (giống đặt cáng song song gần) | |
| 11 | Di chuyển người bệnh lên giường. | | | Thống nhất động tác nâng người bệnh lên. | |
| 12 | Giúp người bệnh nằm giữa giường | | Người bệnh nằm giữa giường, đặt tư thế phù hợp với tình trạng bệnh lý, tạo sự thoải mái | | |
| 13 | Kéo thành giường | | Thành giường kéo chắc chắn 2 bên. | | |
|  | ***Kỹ thuật kéo sang ngang với ga trải/ván trượt*** | | | | |
| 9 | Đặt giường và cáng hợp lý | | | Đặt cáng thấp hơn mặt giường 2 -3cm.  Cài phanh của cáng và giường. | |
| 10 | Kéo người bệnh khỏi giường/cáng | | | * Hai điều dưỡng nắm tại mép ga/tay cầm ở ván trượt ở các vị trí ngang đầu, chân người bệnh, kéo đồng thời cả người bệnh và ga/ván trượt sang. Nếu người bệnh có chấn thương cột sống cổ cần có một điều dưỡng giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. | |
| 11 | Giúp người bệnh nằm thoải mái trên giường/cáng. | | | Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp thì lấy ga trải/ ván trượt ra. Nâng thanh chắn và cai đai an toàn. | |
| 12 | Thu gọn giường hoặc di chuyển cáng. | | | Mở khóa xe và di chuyển người bệnh, bàn giao người bệnh cho nơi đến. | |
|  | **Chuyển người bệnh từ giường lên xe lăn** | | | | |
| 9 | Tạo khoảng trống xung quang để di chuyển xe lăn đến giường. | | | Săp xếp quanh giường tạo khoảng trống để di chuyển; điều chỉnh độ cao của giường. Chân của người bệnh phải chạm đất. | |
| 10 | Đặt xe lăn cạnh giường  Khoá cố định 2 bánh xe đẩy. | | | Cố định Xe đẩy để cạnh giường, xe và giường một góc 45 độ, ở vị trí thuận tiện cho người bệnh. Để đảm bảo khoảng cách di chuyển ngắn, không vướng chỗ để chân và đảm bảo không gian cho người hỗ trợ. | |
| 11 | Điều dưỡng phối hợp người bệnh cùng ngồi dậy, 2 chân người bệnh buông xuống giường | | | Thực hiện theo quy trình cho người bệnh ngồi. | |
| 12 | Phối hợp cùng người bệnh ngồi thẳng chắc chắn | | | Điều dưỡng luồn chân phía xa xe lăn vào giữa hai đầu gối của người bệnh. Chân phía gần xe lăn hướng về phía đặt xe lăn.  Yêu cầu người bệnh choàng hai tay qua vai điều dưỡng và nắm chặt hai tay vào nhau.  Hai tay điều dưỡng đỡ hai bên thắt lưng của người bệnh, hai tay đan vào nhau. | |
| 13 | Giúp người bệnh đứng lên. | | | Điều dưỡng đưa thân trên của người bệnh ra phía trước và kéo người bệnh đứng lên. | |
| 14 | Di chuyển người bệnh từ giường sang xe lăn | | | Xê dịch chân của người bệnh từ từ, quay lưng người bệnh về phía xe lăn. Điều dưỡng hạ lưng đồng thời ấn nhẹ thắt lưng của người bệnh về phía sau đỡ người bệnh ngồi sâu vào xe lăn và chỉnh tư thế cho người bệnh. | |
| 15 | Giúp người bệnh ngồi chắc chắn trên xe lăn. | | | Điều dưỡng đặt hai chân của người bệnh lên chỗ để chân, đi dép cho người bệnh (khoác áo ấm cho người bệnh nếu cần. Điều chỉnh xe đẩy để tạo ra tư thế thoải mái, dễ chịu. | |
| 16 | Mở khóa cố định xe. | | | Nếu xe đẩy có hệ thống khoá vành xe thì khi di chuyển cần chú ý mở khoá còn khi muốn để người bệnh ngồi trên xe thì khoá lại. | |
| 17 | Đẩy xe đi. | | | Đẩy từ từ nhẹ nhàng. Xuống dốc có thể đi ngược. | |
| 18 | Áp dụng cách làm ngược lại khi di chuyển người bệnh từ xe (hoặc ghế) lên giường. | | | | |
|  | **Chuyển cáng người bệnh lên, xuống xe ô tô** | | | | |
|  | **Đưa cáng người bệnh lên xe ô tô** | | | | |
|  | ***Phương pháp 2 người*** | | | | |
| 9 | Hai người khiêng cáng lại gần xe, đưa cáng phía đầu người bệnh lên trước. | | | Người khiêng cáng trước đi thẳng, mặt hướng về trước.  Người khiêng cáng sau quan sát sắc mặt người bệnh. | |
| 10 | Hai người khiêng cáng cùng di chuyển | | | Hai người khiêng đi cùng đi một tốc độ tiến đến xe ô tô. | |
| 11 | Di chuyển cáng lên xe ô tô. | | | Người khiêng phía đầu lên xe đón cáng.  Người khiêng phía chân đi dần lên, chuyển cáng vào trong xe. Cả hai người cùng nâng cáng cho thăng bằng để đưa cáng vào sàn xe. | |
| 12 | Cố định cáng trên xe ô tô | | | Buộc dây (nếu có), cố định cáng an toàn khi di chuyển. | |
|  | ***Phương pháp 4 người*** | | | | |
| 9 | Bốn người khiêng cáng lại gần xe, đưa cáng phía đầu người bệnh lên trước. | | | Người khiêng cáng trước đi thẳng, mặt hướng về trước.  Người khiêng cáng sau quan sát sắc mặt người bệnh. | |
| 10 | Bốn người khiêng cáng cùng di chuyển đến xe ô tô. | | | 4 người khiêng đi cùng đi một tốc độ tiến đến xe ô tô. | |
| 11 | Di chuyển cáng lên xe ô tô. | | | Người thứ nhất và người thứ hai khiêng phía đầu người bệnh đặt tay cáng lên sàn xe. Người thứ nhất lên xe đón cáng. Người thứ hai cùng người thứ 3 và 4 khiêng phía chân người bệnh đi dần lên chuyển cáng vào trong xe. Cả bốn người cùng nâng cáng cho thăng bằng để đưa cáng vào sàn xe. | |
| 12 | Cố định cáng trên xe ô tô | | | Buộc dây (nếu có), cố định cáng an toàn khi di chuyển. | |
|  | **Đưa cáng người bệnh xuống xe ô tô**  Theo chiều ngược lại: tháo dây cố định cáng trên ô tô trước.  Các bước di chuyển theo chiều ngược lại và luôn tuân thủ người khiêng cáng trước quan sát đường đi, người khiêng cáng sau quan sát người bệnh trong quá trình di chuyển. | | | | |
| **Lượng giá** | | | | | |
| 13 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | | | | |



# **BÀI 7: KỸ NĂNG CHƯỜM**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức**  1.Trình bày được mục đích, tác dụng, các trường hợp áp dụng, không áp dụng của các kỹ năng chườm.  **\* Kỹ năng**  2. Thực hiện được các kỹ thuật chườm cho người bệnh theo đúng quy trình kỹ thuật an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  3.Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng chườm cho người bệnh trong tình huống giả định.  **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**  4. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện chườm cho người bệnh trong tình huống giả định.  5. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng chườm cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Chườm là dùng nhiệt độ nóng hay lạnh hơn nhiệt độ của cơ thể, tác động lên vùng da hay một phần của cơ thể, để tạo ảnh hưởng trực tiếp lên vùng chườm hay gián tiếp đến các cơ quan bên trong của cơ thể.

Chườm nóng, chườm lạnh là một kỹ thuật đơn giản thường được áp dụng tại bệnh viện cũng như tại gia đình. Khi áp dụng đòi hỏi người điều dưỡng phải hiểu rõ tác dụng, hiệu quả của nhiệt năng trên cơ thể người bệnh. Từ đó mà lúc tiến hành chườm cần theo dõi, quan sát người bệnh để tránh những tai biến xảy ra cho người bệnh như lạnh quá, nóng quá gây bỏng.

**2. Chườm nóng**

***2.1. Mục đích của chườm nóng***

* Sưởi ấm cơ thể.
* Làm giảm cơn đau.
* Bớt viêm, bớt sưng, giảm xung huyết các bộ phận nằm sâu trong cơ thể.

***2.2. Tác dụng của chườm nóng***

- Da: tăng nhiệt độ của da làm cho người bệnh ấm lên. Tăng sự bài tiết của da.

- Các mô liên kết của da: giảm cân cơ, giảm co thắt.

- Mạch máu: giãn mạch, tăng tuần hoàn ngoại vi.

- Thần kinh: làm êm dịu (mức độ trung bình).

- Chuyển hóa tế bào:

+ Làm kích thích (mức độ cao).

+ Tăng cường sự hoạt động của tế bào.

+ Kích thích sự tăng trưởng và phục hồi của các tổ chức.

+ Tăng cường sự xâm nhập của bạch cầu tăng tốc độ nung mủ.

***2.3. Các phương pháp chườm nóng***

***2.3.1.******Chườm nóng khô***

Là phương pháp làm nóng da người bệnh nhưng da không bị ướt. Sức nóng không được sâu nhưng giúp cho người bệnh dễ chịu, giảm đau ngay, sự nóng cũng giúp vùng chườm được tưới máu tốt. Có nhiều phương pháp chườm nóng khô như: sử dụng lò sưởi, chăn điện, đệm điện, túi sưởi đa năng, chai nước nóng, gạch nướng, nước nóng đổ vào túi chườm...

- Mục đích của chườm nóng khô:

* Sưởi ấm cơ thể.
* Làm giảm cơn đau.
* Bớt viêm, bớt sưng, giảm xung huyết các bộ phận nằm sâu trong cơ thể.

*-* Áp dụng:

* Người bị hạ nhiệt độ: người già khi trời rét...
* Trẻ sơ sinh thiếu tháng.
* Các cơn đau: gan, thận, khớp, dây thần kinh...
* Viêm tại chỗ.
* Bí tiểu tiện do co thắt cổ bàng quang.

- Không áp dụng:

* Nhiễm khuẩn đã gây mủ: viêm ruột thừa, viêm màng bụng…
* Các trường hợp xuất huyết.
* Đau bụng không rõ nguyên nhân.
* Nhiễm độc nặng.
* Chấn thương 24 giờ đầu: vì dễ gây chảy máu lại do giãn mạch.

***2.3.2. Chườm nóng ướt***

- Các phương pháp chườm nóng ướt thường áp dụng như: ngâm vùng chườm vào nước ấm, đắp parafin nóng, khăn gạc tẩm nước nóng...

- Áp dụng:

* Vết thương hở (ngâm, đắp dung dịch sát khuẩn ấm...).
* Nhiễm trùng cục bộ (nhọt mới phát…).
* Vùng nhiễm trùng nhẹ (trán, mắt...).

- Không áp dụng:

* Các trường hợp chảy máu.
* Đau bụng không rõ nguyên nhân.
* Nhiễm độc nặng.
* Chấn thương 24 giờ đầu: vì dễ gây chảy máu lại do giãn mạch.

***2.3.3. Chườm ấm ướt***

- Mục đích: hạ sốt

- Áp dụng:Trẻ bị sốt

**2.4. Quy trình kỹ thuật**

***2.4.1. Quy trình kỹ thuật chườm nóng khô***

(\*) Chuẩn bị dụng cụ: (xe 2 hoặc 3 tầng)

|  |  |
| --- | --- |
| Tầng trên:  + Túi chườm  + Nhiệt kế bách phân đo nhiệt độ của nước chườm  + Khăn lau túi chườm  + Khăn bọc túi chườm (kích thước 80x80cm)  + Khăn bông to để phủ lên túi chườm  + Dầu nhờn Parafin (nếu cần)  + Găng tay (nếu cần)  + Dung dịch sát khuẩn tay nhanh  + Nước chườm: Xô đựng nước; Ca múc nước  Bình phong.  Tầng dưới:  - Thùng đựng nước bẩn  - Túi đựng đồ bẩn | Description: túi chườm nóng  Hình 9.1: Túi chườm nóng |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | - Dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| 3. | Nhận định tại chỗ | Sự toàn vẹn của da, mức độ sưng nề, tiết dịch, xuất huyết, khả năng vận động. Nếu có vết thương thì nhận định: tình trạng vết thương, màu sắc, sự tiết dịch.  - Nhiệt độ da, điểm đau, cảm giác vùng tổn thương: tê, mất cảm giác. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình chườm nóng an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị nước chườm, dụng cụ | Sắp xếp đúng, đủ và thuận tiện khi thực hiện |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | + Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh.  + Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 8. | Thử nhiệt độ nước chườm. | Nhiệt độ nước chườm 50-600C |
| 9. | Đổ nước vào túi chườm | Nước chườm từ ½ - 2/3 túi chườm. |
| 10. | Đuổi khí ra khỏi túi chườm, vặn nút chặt. | Khí được đuổi ra ngoài đúng kỹ thuật |
| 11. | Dốc ngược túi xuống kiểm tra. | Nước chườm không chảy ra ngoài |
| 12. | Lau khô túi chườm. | Túi chườm khô ráo |
| 13. | Bọc túi chườm | Bọc kín túi chườm để hở phần miệng túi bằng khăn vải mỏng. |
| 14. | Bộc lộ vùng chườm. | Bộc lộ vùng cần chườm tạo thuận lợi khi làm kỹ thuật |
| 15. | Đặt túi chườm lên vị trí chườm | Miệng túi để lên trên. (Trẻ nhỏ: đặt túi bên cạnh và dọc theo chiều cơ thể). |
| 16. | Phủ khăn bông to lên túi chườm. | Phủ khăn kín thân túi để hở miệng túi. |
| 17. | Theo dõi vùng chườm. | Theo dõi vùng chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm (20-30 phút/1 lần chườm, khoảng cách giữa các lần chườm ít nhất là 3 giờ), thay nước khi cần |
| 18. | Nhận định lại tình trạng người bệnh. | - Đánh giá lại tình trạng người bệnh trong khi chườm.  - Bôi dầu parafin nếu người bệnh thấy nóng rát vùng chườm |
| 19. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Cảm ơn người bệnh | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết. |
| 20. | Thu dọn dung cụ | - Đối với túi chườm:  + Rửa sạch túi chườm, dốc ngược miệng túi, phơi khô nơi mát.  + Bảo quản túi: Cho hơi vào túi và nút kín, thoa phấn Talc bên ngoài túi.  - Các dụng cụ khác rửa sạch, phơi khô, khử khuẩn. |
| 21. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 22. | Ghi hồ sơ chăm sóc | - Vị trí chườm, tình trạng da trước và sau khi chườm.  - Thời gian chườm, nhiệt độ.  - Dung dịch chườm đặc biệt nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 23. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

***2.4.2. Quy trình kỹ thuật chườm nóng ướt***

(\*) Chuẩn bị dụng cụ tương tự 2.4.1 bổ sung nước chườm:

|  |
| --- |
| - Chườm nóng ướt:  + Nước chườm: đối với vết thương hở dung dịch chườm thường là nước muối đẳng trương hoặc đặc biệt theo chỉ định của bác sỹ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | - Dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| 3. | Nhận định tại chỗ | Sự toàn vẹn của da, mức độ sưng nề, tiết dịch, xuất huyết, khả năng vận động. Nếu có vết thương thì nhận định: tình trạng vết thương, màu sắc, sự tiết dịch.  - Nhiệt độ da, điểm đau, cảm giác vùng tổn thương: tê, mất cảm giác. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình chườm an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị nước chườm, dụng cụ | Sắp xếp đúng, đủ và thuận tiện khi thực hiện |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | + Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh.  + Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thích hợp.  + Bộc lộ vị trí chườm. |
| 8. | Vệ sinh tay thường quy.  Mang găng sạch. | Theo đúng nguyên tắc và quy trình 6 bước. |
| 9. | Tháo bỏ băng bẩn. | Không chạm vào mặt trong bẩn của băng. |
| 10. | Vệ sinh tay thường quy, tháo găng bẩn. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 11. | Thử nhiệt độ dung dịch chườm. | Nhiệt độ thích hợp 40-500C (dùng nhiệt kế bách phân) |
| 12. | Rót nước chườm vào khay hạt đậu vô khuẩn. | Nước/dung dịch chườm đổ bằng ½ - 2/3 khay |
| 13. | Tẩm gạc bằng dịch dung dịch chườm. | Gắp gạc cho vào khay hạt đậu, không làm bắn nước chườm ra ngoài. Vắt khô gạc bằng 2 panh. |
| 14. | Đặt gạc ướt lên vị trí cần chườm. | Gạc phải phủ kín vết thương. |
| 15. | Kiểm tra nhiệt độ phù hợp với người bệnh. | Sau vài giây nhấc, hỏi cảm giác người bệnh mức nóng, đau rát.  Kiểm tra nền da được chườm: kéo góc gạc để theo dõi màu sắc da/mô bên dưới: nóng đỏ,… |
| 16. | Duy trì nhiệt độ trong thời gian chườm.  Theo dõi người bệnh. | - Phủ gạc khô vô khuẩn lên bề mặt gạc ướt  - Thời gian chườm 15-20 phút, thay gạc ẩm mỗi 5 phút.  - Luôn quan sát và thăm hỏi người bệnh trong quá trình chườm. |
| 17. | Hết thời gian chườm, tháo bỏ gạc. Chăm sóc lại vùng chườm. Đặt gạc che vết thương. | Thảo bỏ gạc chườm. Chăm sóc vùng chườm theo nguyên tắc đối với vết thương hở theo đúng quy trình. Che gạc phủ kín với vết thương hở. |
| 18. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Cảm ơn người bệnh | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết. |
| 19. | Thu dọn dung cụ | Thu dọn rác theo đúng nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn.  Các dụng cụ khác rửa sạch, phơi khô, khử khuẩn. |
| 21. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 22. | Ghi hồ sơ chăm sóc | - Vị trí chườm, tình trạng da trước và sau khi chườm.  - Thời gian chườm, nhiệt độ.  - Dung dịch chườm đặc biệt nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 23. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh- | |

***2.4.3. Quy trình kỹ thuật chườm ấm***

(\*) Chuẩn bị dụng cụ tương tự 2.4.1 bổ sung nước chườm:

|  |
| --- |
| - Chườm ấm  + Nước chườm: nước ấm, nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ của cơ thể 1-2 độ  + 5 khăn nhỏ: có khả năng thấm nước tốt.  + Nhiệt kế, nhiệt kế bách phân |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | - Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ trung tâm, nhịp thở, huyết áp đối với trẻ lớn.  - Sự tỉnh táo và hợp tác của trẻ thể trạng…  - Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| 3. | Nhận định tại vị trí chườm (thường là trán, nách, bẹn, lòng bàn tay, lòng bàn chân) | Sự toàn vẹn của da, mức độ sưng nề, tiết dịch, xuất huyết, khả năng vận động. Không chườm vào vùng có tổn thương.  - Nhiệt độ da, điểm đau, cảm giác vùng tổn thương: tê, mất cảm giác. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình chườm an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị nước chườm, dụng cụ | Sắp xếp đúng, đủ và thuận tiện khi thực hiện |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | + Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh.  + Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thích hợp.  + Cởi bỏ bớt/nới rộng quần áo |
| 8. | Vệ sinh tay thường quy.  Mang găng sạch. | Theo đúng nguyên tắc và quy trình 6 bước. |
| 9. | Tháo bỏ băng bẩn. | Không chạm vào mặt trong bẩn của băng. |
| 10. | Vệ sinh tay thường quy, tháo găng bẩn. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 11. | Thử nhiệt độ dung dịch chườm. | Nhiệt độ thích hợp thấp hơn nhiệt độ cơ thể của trẻ 1-2 độ (dùng nhiệt kế bách phân) |
| 12. | Đổ nước chườm vào chậu | ½ đến ⅔ chậu. |
| 13. | Dùng khăn nhúng vào chậu nước, vắt ráo nước. | Khăn không sũng nước. |
| 14. | Lau toàn thân để hạ sốt | Lau chủ yếu tại các vị trí: trán, nách, bẹn, lòng bàn tay, bàn chân |
| 15. | Thay khăn khi bớt ấm. | Khi khăn bớt ấm, nhúng lại vào chậu nước, vắt ráo nước và lặp lại hành động như trên cho đến khi nhiệt độ giảm. |
| 16. | Duy trì nhiệt độ nước trong thời gian chườm.  Theo dõi người bệnh. | - Khi nước ở trong chậu hết ấm thì thay chậu nước khác hoặc cho thêm nước nóng, kiểm tra lại nhiệt độ của nước và lau người tiếp cho trẻ.  - Luôn quan sát và thăm hỏi người bệnh trong quá trình chườm. |
| 17. | Đo lại thân nhiệt của trẻ sau thời gian chườm. | Đo lại thân nhiệt của trẻ sau mỗi 15 – 30 phút chườm để kiểm tra sự thay đổi của nhiệt độ. Dừng chườm cho trẻ khi nhiệt độ < 37,5°C |
| 18. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Cảm ơn người bệnh | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết. |
| 19. | Thu dọn dung cụ | Thu dọn rác theo đúng nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn.  Các dụng cụ khác rửa sạch, phơi khô, khử khuẩn. |
| 21. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 22. | Ghi hồ sơ chăm sóc | - Vị trí chườm, tình trạng da trước và sau khi chườm.  - Thời gian chườm, nhiệt độ.  - Dung dịch chườm đặc biệt nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 23. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

***\* Lưu ý trường hợp chườm ấm hạ sốt cho trẻ:***

* Đo lại thân nhiệt của trẻ sau mỗi 15 – 30 phút chườm để kiểm tra sự thay đổi của nhiệt độ. Dừng chườm cho trẻ khi nhiệt độ < 37,5°C
* Lau khô người và mặc lại quần áo mỏng cho trẻ
* Khi chườm cho trẻ động tác phải nhẹ nhàng, tránh chà sát làm tổn thương da, gây đau rát, mẩn đỏ.
* Sử dụng thuốc hạ sốt: Sử dụng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ ở nách ≥ 38°C, tốt nhất là dùng Paracetamol với liều từ 10 – 15mg/kg/lần, mỗi lần cách 4 – 6h theo chỉ định của bác sĩ.
* Cho trẻ uống nhiều nước để hạn chế tình trạng mất nước.
* Cho trẻ bú mẹ nhiều lần hơn đối với trẻ còn bú mẹ.

**3. Chườm lạnh**

**3.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

Được áp dụng bằng nhiều phương pháp như: tắm, lau người bằng nước lạnh, chườm lạnh ướt và sử dụng túi chườm đá.

***3.1.1. Mục đích***

- Làm giảm nhiệt độ.

- Làm giảm cơn đau.

- Cầm máu.

- Bớt sưng.

- Bớt xung huyết tại chỗ.

***3.1.2. Tác dụng***

- Da:

+ Giảm nhiệt độ của da làm lạnh nhợt nhạt.

+ Giảm sự bài tiết của da.

- Mạch máu: gây co mạch, giảm phù nề.

- Thần kinh: giảm kích thích đầu dây thần kinh.

- Chuyển hóa tế bào:

+ Giảm cảm giác.

+ Giảm sự tăng trưởng sự xâm nhập của bạch cầu.

+ Giảm tốc độ nung mủ.

***3.1.3. Áp dụng***

- Chảy máu (xuất huyết)

- Chấn thương sọ não.

- Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp trong bệnh cường tuyến giáp.

- Các chứng viêm: viêm màng bụng, viêm ruột thừa...

- Giảm đau tức thì trong chấn thương: sơ cứu bong gân, trật khớp trong 24 - 48h đầu.

***3.1.4. Không áp dụng***

- Tuần hoàn cục bộ kém.

- Xuất huyết ở phổi.

- Thân nhiệt thấp.

- Người già yếu.

**3.2. Quy trình kỹ thuật**

(\*) Chuẩn bị dụng cụ: (xe 2 hoặc 3 tầng)

|  |  |
| --- | --- |
| Tầng trên:  Túi Chườm lạnh  + Chậu đựng đá viên (không sắc cạnh)  + Búa đập đá  + Khăn lau túi chườm  + Khăn bọc túi chườm (kích thước 80x80cm)  + Bột Talc  + Găng tay (nếu cần)  + Dung dịch sát khuẩn tay nhanh  Tầng dưới:`  - Thùng đựng nước bẩn  - Túi đựng đồ bẩn | Hình 9.2: Túi chườm lạnh |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn chấm điểm** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | - Dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Người bệnh/người nhà phối hợp |
| 3. | Nhận định tại chỗ | - Sự toàn vẹn của da, mức độ sưng nề, tiết dịch, xuất huyết, khả năng vận động.  - Nhiệt độ da, điểm đau, cảm giác vùng tổn thương: tê, mất cảm giác. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình chườm lạnh an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị đá chườm, dụng cụ | Sắp xếp đúng, đủ và hợp lý, thuận tiện khi thực hiện kỹ thuật |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | + Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh.  + Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 8. | Đập đá, cho đá vào túi | Đá đầy từ 1/2 – 2/3 túi chườm |
| 9. | Đuổi khí ra khỏi túi chườm, vặn nút chặt. | Đuổi khí đúng kỹ thuật, hạn chế tối đa khí trong túi chườm |
| 10. | Dốc ngược túi chườm để kiểm tra. | Nước chườm không chảy ra ngoài |
| 11. | Lau khô túi chườm. | Túi chườm khô |
| 12. | Bọc túi chườm bằng khăn vải mỏng. | Bọc kín thân túi chườm, để hở miệng túi chườm |
| 13. | Bộc lộ vùng chườm. | Xác định đúng vị trí để bộc lộ vị trí chườm |
| 14. | Đặt túi chườm lên vị trí chườm, | Đặt đúng vị trí cần chườm, miệng túi hướng lên trên. |
| 15. | Theo dõi vùng chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm | Không quá 20 phút kiểm tra lại vùng da đặt túi chườm, thay đá khi cần. |
| 16. | Lau khô vùng chườm, xoa bột Talc.  Nhận định lại tình trạng người bệnh. | - Đảm bảo vùng chườm khô, xoa bột Talc  - Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh: tỉnh hay mê, đo DHST |
| 17. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Cảm ơn | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết. |
| 18. | Thu dọn dung cụ | - Đối với túi chườm:  + Rửa sạch túi chườm, dốc ngược miệng túi, phơi khô nơi mát.  + Bảo quản túi: Cho hơi vào túi và nút kín, thoa phấn Talc bên ngoài túi.  - Các dụng cụ khác rửa sạch, phơi khô, khử khuẩn. |
| 19. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 20. | Ghi hồ sơ chăm sóc | - Vị trí chườm, tình trạng da trước và sau khi chườm.  - Thời gian chườm, nhiệt độ. |
| **Lượng giá** | | |
| 21. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 8: KỸ NĂNG ĐO VÀ ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức:***  1. Trình bày được nguyên tắc đo mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp.  2. Trình bày được các giới hạn bình thường và cách chăm sóc cho người bệnh bất thường về mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp.  ***\* Kỹ năng:***  3. Thực hiện đo và đánh giá mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp theo đúng quy trình, chính xác trên người bệnh giả định.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi đo và đánh giá dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện đo và đánh giá dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi đo và đánh giá dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Dấu hiệu sinh tồn là thuật ngữ chỉ các chỉ số chức năng sống trên cơ thể người. Đo lường dấu hiệu sinh tồn bao gồm thân nhiệt, mạch, huyết áp, nhịp thở. Đo dấu hiệu sinh tồn với mục đích:

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.  
- Chẩn đoán bệnh.  
- Theo dõi tình trạng bệnh, diễn biến bệnh.  
- Theo dõi kết quả điều trị và chăm sóc.  
**Thực hiện đo dấu hiệu sinh tồn trong các trường hợp:**

- Kiểm tra sức khỏe  
- Khi tiếp nhận người bệnh  
- Người bệnh đang nằm điều tại các cơ sở y tế  
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật, làm một số thủ thuật (truyền dịch, chọc dịch ...)  
- Trước và sau dùng một số thuốc ảnh hưởng đến hô hấp, tim mạch (thuốc an thần, giảm đau, trợ tim …)  
- Tình trạng người bệnh có những thay đổi (hôn mê, đau, đi ngoài …).  
- Khi có chỉ định của bác sĩ  
- Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng.  
- Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển khoa, chuyển viện.

Điều dưỡng dựa vào kết quả đánh giá dấu hiệu sinh tồn để đưa ra các can thiệp điều dưỡng phù hợp với tình trạng người bệnh và đồng thời theo dõi sự đáp ứng của người bệnh với liệu pháp điều trị. Bên cạnh đó, khi chăm sóc sức khỏe tại nhà, điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh cách tự đánh giá các dấu hiệu sinh tồn cơ bản giúp họ có thể tự theo dõi tình trạng sức khỏe tại nhà khi cần thiết.

Dấu hiệu sinh tồn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: tuổi, giới tính, thời tiết, môi trường… Đặc biệt là trong trường hợp người bệnh có hút thuốc lá, uống rượu bia sẽ ảnh hưởng đến kết quả đo dấu hiệu sinh tồn. Vì vậy, khi đánh giá dấu hiệu sinh tồn người điều dưỡng cần ghi nhận tất cả những yếu tố có liên quan.

**2. Nguyên tắc đo dấu hiệu sinh tồn**

* Trước khi đo mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp phải để người bệnh nghỉ tại chỗ ít nhất 15 phút.
* Kiểm tra lại phương tiện dụng cụ trước khi đo mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp.
* Khi đang đo mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp không được tiến hành bất cứ kỹ thuật nào trên cơ thể người bệnh.
* Thường quy mỗi ngày đo mạch, thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp 2 lần: sáng, chiều cách nhau ít nhất khoảng 8 giờ. Những trường hợp đặc biệt lấy theo y lệnh của bác sĩ: 15phút, 30 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ một lần...
* Khi thấy kết quả bất thường phải báo ngay cho bác sỹ để xử lý kịp thời.
* Đường biểu diễn trên bảng theo dõi

- Mạch: màu đỏ.

- Nhiệt độ: màu xanh.

- Nhịp thở, huyết áp: ghi chỉ số vào bảng theo dõi.

**3. Kỹ năng đo và đánh giá thân nhiệt (nhiệt độ cơ thể)**

**3.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**3.1.1. Thân nhiệt bình thường**

Thân nhiệt/nhiệt độ cơ thể là thước đo khả năng sinh ra và thoát nhiệt của cơ thể.

Cơ thể có khả năng tự điều chỉnh nhiệt độ rất tốt trong phạm vi an toàn, ngay cả khi nhiệt độ bên ngoài cơ thể thay đổi rất nhiều. Khi quá nóng, các mạch máu trên da sẽ giãn rộng để mang nhiệt dư thừa lên bề mặt da. Có thể bắt đầu đổ mồ hôi. Khi mồ hôi bay hơi, nó giúp làm mát cơ thể. Khi quá lạnh, mạch máu hẹp lại. Điều này làm giảm lưu lượng máu đến da để tiết kiệm nhiệt cơ thể. Có thể bắt đầu run. Khi các cơ run rẩy theo cách này, nó sẽ giúp tạo ra nhiều nhiệt hơn.

Thân nhiệt/nhiệt độ cơ thể có thể được đo ở nhiều nơi trên cơ thể.

- Thân nhiệt trung tâm: đo ở những vùng nằm sâu trong cơ thể, là nhiệt độ trực tiếp có ảnh hưởng đến tốc độ các phản ứng sinh học xảy ra trong cơ thể, là muc đích của hoạt động điều nhiệt và ít thay đổi theo nhiệt độ môi trường. Thân nhiệt trung tâm thường được đo ở 3 vị trí:

+ Ở trực tràng hằng định nhất, trong điều kiện cơ sở chỉ dao động trong khoảng 36,3 - 37,10C.

+ Ở miệng thấp hơn ở trực tràng 0,2- 0,60C.

+ Ở nách thấp hơn ở trực tràng 0,5- 10C dao dộng nhiều nhưng thuận tiện nên thường được dùng để theo dõi thân nhiệt.

- Thân nhiệt ngoại vi: đo ở da, chịu ảnh hưởng của môi trường nhiều hơn, thân nhiệt ngoại vi cũng thay đổi theo vị trí đo:

+ Ở trán: vào khoảng 33,5 0C

+ Ở lòng bàn tay: 320C

+ Ở mu bàn chân: 280C

- Giới hạn bình thường của nhiệt độ cơ thể: 360 - 370C.

**3.1.2. Những thay đổi sinh lý của thân nhiệt**

+ Nhiệt độ thay đổi theo thời tiết:

\* Nhiệt độ lúc ngủ dậy (buổi sáng) thường thấp hơn bình thường (370C).

\* Nhiệt độ buổi chiều có thể cao hơn bình thường.

+ Nhiệt độ thay đổi theo tuổi:

\* Người già nhiệt độ thường hơi thấp.

\* Trẻ em trong thời gian 1 tuổi thường có sự dao động đáng kể về thân nhiệt, rất dễ bị ảnh hưởng bởi điều kiện nhiệt độ, môi trường.

+ Thay đổi theo thời kỳ kinh nguyệt và mang thai:

\* Trước khi rụng trứng nhiệt độ hơi giảm một chút.

\* Khi rụng trứng nhiệt độ tăng 0,50C so với bình thường khoảng 1- 2 ngày.

\* Thân nhiệt tăng trong thời kỳ thai nghén.

+ Lao động thể dục thể thao, làm việc, xúc động, ăn uống nhiệt độ cao hơn bình thường.

**3.1.3. Thân nhiệt không bình thường**

3.1.3.1. Tăng thân nhiệt (sốt):

- Định nghĩa: sốt là một trạng thái nhiệt độ cơ thể lên cao quá mức bình thường (sốt là phản ứng của cơ thể với tác nhân gây bệnh).

- Nguyên nhân:

+ Nhiễm khuẩn toàn thân hay cục bộ

+ Rối loạn nội tiết: bệnh cường tuyến giáp trạng.

+ Rối loạn thần kinh: tổn thương trung tâm điều nhiệt: chấn thương sọ não…

+ Nhiệt độ môi trường quá cao: say nắng, say nóng, hầm lò.

- Phân loại:

+ Theo mức độ:

\* Sốt nhẹ: 3705 ≤ thân nhiệt < 380C.

\* Sốt vừa: 380 ≤ thân nhiệt < 390C.

\* Sốt cao: 390 ≤ thân nhiệt < 400C.

\* Sốt quá cao: thân nhiệt ≥ 400C.

+ Theo tính chất của sốt:

\* Sốt không dứt cơn (sốt liên tục): nhiệt độ luôn giữ ở mức cao trong một thời gian, nhiệt độ sáng chiều thay đổi không vượt quá 10C. Gặp trong viêm phổi, sốt phát ban....

\* Sốt dao động: nhiệt độ thay đổi trong ngày, sự chênh lệch nhiệt độ sáng chiều quá 10C hay gặp trong nhiễm khuẩn huyết, lao phổi,

\* Sốt cách nhật: Có sự luân phiên giữa cơn sốt và thời kỳ không sốt, hay gặp trong sốt rét.

\* Sốt hồi quy: là kiểu sốt cơn từng đợt 5-7 ngày sau đó người bệnh hết sốt rồi lại tiếp tục sốt, hay gặp trong sốt do nhiễm xoắn khuẩn.

3.1.3.2. Hạ thân nhiệt

- Là tình trạng nhiệt độ cơ thể ở dưới mức bình thường (360C).

- Người có nguy cơ hạ thân nhiệt:

+ Sốc, trụy tim mạch.

+ Người bệnh sau phẫu thuật, chảy máu nhiều.

+ Toát mồ hôi nhiều.

+ Cơ thể quá yếu (trẻ sơ sinh non yếu).

+ Hệ thần kinh bị ức chế quá mẫn.

**3.1.4. Áp dụng và không áp dụng các vị trí đo thân nhiệt**

*- Miệng:*

+ Áp dụng cho người lớn, trẻ lớn tự kiểm soát được hành động

+ Không áp dụng cho người bệnh lơ mơ, kích động, người mất trí, tổn thương ở miệng, khó thở.

*- Nách:*

+ Áp dụng cho tất cả mọi người.

+ Không áp dụng cho trẻ sơ sinh.

*- Hậu môn:*

+ Áp dụng cho trẻ sơ sinh.

+ Không áp dụng: người bệnh tiêu chảy, kiết lị, táo bón, tổn thương hậu môn.

- *Tai:*

+ Áp dụng cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

+ Không áp dụng: Người bệnh bị viêm tai giữa.

- *Trán:*

+ Áp dụng cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

+ Không áp dụng: Trẻ ra mồ hôi nhiều hoặc có tổn thương ở trán.

***3.1.5. Các loại nhiệt kế***

|  |  |
| --- | --- |
| **Hình ảnh** | **Công dụng** |
| Hình 10.1: Nhiệt kế điện tử | - Có thể đo ở nách, miệng, hậu môn.  - Cho kết quả nhanh  - Dễ đọc kết quả. |
| Hình 10.2: Nhiệt kế điện tử đo ở tai hay ở màng nhĩ | - Chỉ số thân nhiệt sẽ phản ánh nhiệt của màng nhĩ và ống tai.  - Cho kết quả nhanh và dễ sử dụng. |
| Image result for nhiá»t káº¿ thá»§y ngÃ¢n Äo nhiá»t Äá» á» nÃ¡ch  Nhiệt kế thủy ngân đo tại nách    Nhiệt kế thủy ngân đo tại hậu môn    Nhiệt kế thủy ngân đo tại miệng  Hình 10.3: Nhiệt kế thủy ngân | - Có 3 loại nhiệt kế đo ở nách, miệng, hậu môn.  - Thời gian đo dài hơn nhiệt kế điện tử.  - Dễ gây độc do thủy ngân trong nhiệt kế khi bị vỡ. |
| Hình 10.4: Nhiệt kế Scaner kỹ thuật số  đo ở trán | - Cho kết quả rất nhanh, chính xác.  - Đặc biệt nên sử dụng cho trẻ dưới một tuổi. |
| Hình 10.5: Nhiệt kế bằng nhựa dán ở trán | Cho biết người bệnh có sốt hay không nhưng độ chính xác không cao. |

***3.2. Quy trình kỹ thuật đo thân nhiệt***

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| Bông khô  Gạc miếng (để lau hố nách, lau nhiệt kế)  Phiếu theo dõi (sổ ghi kết quả)  Bút bi màu xanh  Thước kẻ  Chất trơn (nếu đặt ở hậu môn)  Nhiệt kế  Khay hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/ Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/hôn mê  - Hỏi người bệnh đã nghỉ ngơi ít nhất 15 phút như điều dưỡng đã hướng dẫn chưa?  - Nhận định vùng da tại vị trí đo mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh và các kết quả DHST trước đó |
| 3 | 3.1. Nhận định sự cần thiết phải đo nhiệt độ.  3.2. Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | 3.1. Ghi nhận các yếu tố nguy cơ làm cho thân nhiệt người bệnh thay đổi:  + Tình trạng bệnh lý.  + Các thuốc đang dùng có liên quan (thuốc hạ sốt, dịch truyền, …)  - Nhận định các dấu hiệu và triệu chứng thường đi kèm với việc thay đổi thân nhiệt:  + Tăng thân nhiệt: Nóng, da khô, nhịp tim nhanh, huyết áp hạ, khát nước nhiều, rối loạn thị giác, lơ mơ hoặc hôn mê.  + Hạ thân nhiệt: da tái nhợt, sờ da lạnh, nhịp tim chậm/loạn nhịp tim, run, giảm tri giác, thở nông.  3.2. Quan sát sự giao tiếp giữa người bệnh/người nhà người bệnh và điều dưỡng. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành đo thân nhiệt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, động viên và giải thích cho người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Dặn người bệnh/gia đình người bệnh những điều cần thiết:  + Nằm nghỉ ngơi trước khi đo thân nhiệt 15 phút.  + Nếu đo thân nhiệt ở hậu môn: cho người bệnh đi đại, tiểu tiện trước khi đo (nếu cần).  - Kéo rèm che (nếu đo thân nhiệt ở hậu môn) hoặc đóng cửa buồng bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp: ngồi, nằm. |
| 8 | Vệ sinh tay thường quy, mang găng tay sạch (nếu cần). | Theo đúng quy trình 6 bước. |
|  | **A. Đo thân nhiệt bằng nhiệt kế thủy ngân** | |
| 9 | Lấy nhiệt kế, lau khô. Vẩy nhiệt kế đúng quy định. | Đặt tay vẩy nhiệt kế đạt yêu cầu: vạch thủy ngân xuống dưới 350C. Nhiệt kế không bị vỡ. |
|  | ***\*Đo thân nhiệt ở miệng*** | |
| 10 | Đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi, giữ trong 5 phút | Hướng dẫn người bệnh há miệng, cong lưỡi lên vòm miệng Bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi, đầu ngoài nhiệt kế đưa ra góc miệng. Yêu cầu người bệnh hạ lưỡi xuống, dùng môi giữ chặt nhiệt kế trong 5 phút. |
| Hình 10.6: Đo thân nhiệt ở miệng |
|  | ***\* Đo thân nhiệt ở nách*** | |
| 10 | Đặt nhiệt kế vào hố nách, giữ trong 5 phút. | Đặt bầu thủy ngân sát vào hố nách, thân nhiệt kế chếch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng. Yêu cầu người bệnh giữ nhiệt kế trong vòng 5 phút. |
|  | ***\* Đo thân nhiệt ở hậu môn*** | |
| 10 | Mang găng tay sạch. Bôi chất trơn vào đầu nhiệt kế (nếu cần). | Mang găng tay sạch theo đúng kỹ thuật. |
| 11 | Điều dưỡng đứng ngang hông, Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế thích hợp, bộc lộ vị trí đo thân nhiệt. | Người lớn: nằm nghiêng về bên trái.  Trẻ nhỏ: nằm thẳng, điều dưỡng nâng 2 chân lên. |
| 12 | Đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế vào hậu môn, giữ trong 5 phút. | Đặt nhiệt kế vào hậu môn theo chiều hướng về rốn người bệnh, đưa nhẹ nhàng vào với độ dài:  - Trẻ nhũ nhi: 1,5 cm  - Trẻ nhỏ: 2,5 cm  - Người lớn: 3,7 cm |
| 13 | Lấy nhiệt kế ra và đọc kết quả. | Lấy nhiệt kế ra để nhiệt kế ngang tầm mắt và đọc chính xác kết quả (không cầm vào bầu thuỷ ngân, xoay nhẹ nhiệt kế để có thể nhìn rõ cột thuỷ ngân). |
|  | **B. Đo thân nhiệt bằng nhiệt kế điện tử** | |
|  | ***\* Đo thân nhiệt ở miệng hoặc nách*** | |
| 9 | Lấy nhiệt kế khỏi hộp, bọc đầu đo nhiệt kế. | Bọc đầu đo bằng miếng plastic (kích cỡ phù hợp) và kéo phủ nhiệt kế: khi đo ở miệng và nách (nếu cần) nhưng luôn bọc đầu đo khi đo ở hậu môn. |
| 10 | Đặt nhiệt kế vào vị trí cần đo. | Đặt nhiệt kế vào vị trí cần đo: ở miệng, nách hoặc hậu môn (giống vị trí khi đo bằng nhiệt kế thủy ngân). |
| 11 | Ấn phím bật cho đến khi có tiếng bíp. Giữ đầu đo nhiệt kế đủ thời gian. | Khi nghe tiếng “bíp-bíp-bíp” và chỉ số nhiệt độ xuất hiện trên màn hình. |
| 12 | Đọc kết quả. Tắt nhiệt kế. | Đọc chính xác chỉ số xuất hiện trên màn hình |
|  | ***\* Đo thân nhiệt bằng nhiệt kế điện tử ở tai*** | |
| 8 | Chọn tai cần đo, cho người bệnh ở tư thế thích hợp. | - Lựa chọn tai không có tổn thương  - Người bệnh ngồi: đầu nghiêng 1 bên về bên xa so với điều dưỡng.  - Người bệnh nằm: nghiêng 1 bên và đo tai phía trên.  *Lưu ý: cần lấy sạch ráy tai trước khi đo.* |
| 9 | Lấy nhiệt kế khỏi hộp, bọc đầu đo nhiệt kế. | Bọc đầu đo bằng miếng plastic (kích cỡ phù hợp) và kéo phủ nhiệt kế: khi đo ở miệng và nách (nếu cần) nhưng luôn bọc đầu đo khi đo ở hậu môn. |
| 10 | Đặt nhiệt kế vào lỗ tai đúng cách | + Cầm nhiệt kế đúng cách, tay không chạm vào đầu đo (nếu đo tai phải: cầm nhiệt kế ở tay phải và ngược lại).  + Tay còn lại nhẹ nhàng kéo vành tai hướng lên và ra sau đối với trẻ trên 3 tuổi, kéo thẳng ra sau đối với trẻ < 3 tuổi để làm thẳng ống tai.  + Đặt nhiệt kế vào giữa và nhẹ nhàng đưa vào trong ống tai để làm kín lỗ tai, đầu đo hướng vào phía màng nhĩ. |
| 11 | Ấn phím bật cho đến khi có tiếng bíp. Giữ đầu đo nhiệt kế đủ thời gian. | Khi nghe tiếng “bíp-bíp-bíp” và chỉ số nhiệt độ xuất hiện trên màn hình. |
| 12 | Đọc kết quả. Tắt nhiệt kế. | Đọc chính xác chỉ số xuất hiện trên màn hình |
| 13 | Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Hỗ trợ các biện pháp can thiệp điều dưỡng (nếu cần). | Thông báo kết quả chính xác.  Giúp người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp tình trạng. |
| 14 | Thu dọn dụng cụ: xử lý và cất nhiệt kế. | Nhiệt kế thủy ngân: Dùng bông/gạc lau sạch bầu thủy ngân. Cho nhiệt kế vào khay hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.  Nhiệt kế điện tử: Lấy nhiệt kế ra tháo miếng vỏ bọc bằng plastic cho vào thùng rác. Dùng bông/gạc lau nhiệt kế.  Cất nhiệt kế vào nơi quy định. |
| 15 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 16 | Ghi kết quả vào hồ sơ | - Ghi ngày giờ đo, kết quả thân nhiệt vào hồ sơ/phiếu theo dõi.  - Ghi rõ thời điểm đo thân nhiệt trước hay sau khi áp dụng các liệu pháp điều trị.  - Báo cáo điều dưỡng trực hoặc bác sỹ, nhân viên y tế liên quan khi có kết quả bất thường. |
| **Lượng giá** | | |
| 17 | Lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi đo. | |

**3.3. Theo dõi, chăm sóc người bệnh bất thường về thân nhiệt**

***3.3.1. Người bệnh sốt***

- Theo dõi (tuỳ theo tình trạng người bệnh):

+ Theo dõi theo chỉ định của bác sỹ.

+ Theo dõi tính chất của sốt.

+ Theo dõi tình trạng tinh thần của người bệnh.

+ Theo dõi tình trạng cơn giật có hay không?

+ Theo dõi về tim, mạch, huyết áp, nhịp thở.

+ Theo dõi lượng nước tiểu 24h.

+ Theo dõi da và niêm mạc.

+ Theo dõi người bệnh có biểu hiện xuất huyết nội tạng, xuất huyết dưới da hay không? có ban mọc lên hay không?

+ Thực hiện các xét nghiệm cho người bệnh theo chỉ định của bác sỹ.

- Chăm sóc:

+ Đặt người bệnh nằm trong phòng thoáng, nới rộng quần áo, bỏ bớt chăn đắp.

+ Thực hiện đúng, đủ, an toàn các y lệnh của bác sỹ.

+ Chườm ấm cho người bệnh trong trường hợp người bệnh rét.

+ Đảm bảo nhu cầu về nước, điện giải cho người bệnh bằng cách cho người bệnh uống nhiều nước hoa quả hoặc Oresol.

+ Đảm bảo chế độ ăn cho người bệnh và chia nhỏ thành nhiều bữa ăn.

+ Vệ sinh thân thể, răng miệng cho người bệnh.

***3.3.2. Người bênh hạ thân nhiệt***

- Theo dõi:

+ Nhiệt độ cho người bệnh.

+ Trạng thái tinh thần của người bệnh.

+ Mạch và huyết áp.

- Chăm sóc:

+ Tìm mọi biện pháp làm tăng thân nhiệt, ủ ấm cho người bệnh.

+ Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.

**4. Kỹ năng đếm và đánh giá mạch**

***4.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng***

***4.1.1. Định nghĩa****: Mạch l*à cảm giác đập nảy nhịp nhàng theo nhịp tim khi ta đặt tay trên một động mạch.

***4.1.2. Chỉ số mạch:***

- Tần số mạch được thống kê trong bảng sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đối tượng** | **Mạch chậm**  **(lần/phút)** | **Bình thường**  **(lần/phút)** | **Mạch nhanh**  **(lần/phút)** |
| Người lớn | < 60 | 60 – 80 | >80 |
| Trẻ em | < 80 | 80 – 100 | >100 |
| Trẻ <1 tuổi | < 100 | 100 – 120 | >120 |
| Sơ sinh | < 140 | 140 – 160 | >160 |

-Khi nhu cầu của cơ thể cần nhiều máu, thì tần số tim đập có thể tăng lên nhiều.

***4.1.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến tần số mạch***

- Tuổi: Tần số mạch giảm từ lúc sinh cho đến khi trưởng thành.

- Giới tính: Phụ nữ mạch thường nhanh hơn nam giới 7 - 8 nhịp trong 1 phút.

- Thuốc:

+ Kích thích tăng tần số mạch.

+ Giảm đau và an thần làm giảm tần số mạch.

- Vận động luyện tập làm tăng tần số mạch.

- Ăn uống làm tăng tần số mạch một chút.

- Tăng thân nhiệt cơ thể.

- Đau: tần số mạch tăng.

***\* Liên quan giữa mạch và nhiệt độ:***

- Bình thường có sự tăng, giảm song song giữa mạch và nhiệt độ.

- Thân nhiệt tăng 10C thì mạch tăng thêm 10 – 15 nhịp/1 phút.

- Mạch, nhiệt phân ly:

+ Bệnh thương hàn: nhiệt độ tăng cao trong khi mạch không tăng hoặc chậm đi.

+ Xuất huyết nội tạng: mạch nhanh nhưng nhiệt độ không tăng, nhiều khi nhiệt độ giảm.

***4.1.4. Tính chất của mạch***

*4.1.4.1 Tần số*

- Tần số là số lần tim đập trong 1 phút

- Tần số bất thường trong những trường hợp:

+ Mạch nhanh: khi tần số mạch ở người lớn từ 100 lần/phút trở lên. Gặp trong trường hợp: nhiễm khuẩn, basedow, bệnh tim nhịp nhanh, uống nhiều rượu, ngộ độc thuốc Dobutamine….

+ Mạch chậm: khi tần số mạch của người lớn chậm hơn 60 lần/phút, gặp trong trường hợp: bệnh cơ tim, bệnh tim nhịp chậm, ngộ độc Digitalis…

*4.1.4.2. Nhịp điệu*

- Nhịp điệu là khoảng cách giữa các lần đập của mạch.

- Bình thường: đều đặn, bằng nhau.

- Bệnh lý: mạch có thể nhanh hoặc chậm thường gặp trong một số trường hợp bệnh lý.

- Một vài kiểu rối loạn nhịp:

+ Loạn nhịp ngoại tâm thu: mạch đập bình thường thỉnh thoảng có lần mất mạch rồi lại đập bình thường. Số lần mất mạch nhiều ít trong một phút thể hiện tình trạng bệnh lý tim mạch.

+ Mạch so le: một lần đập mạnh, một lần đập yếu.

+ Loạn nhịp hoàn toàn: mạch lúc nhanh, lúc chậm, lúc mạnh, lúc yếu.

*4.1.4.3. Cường độ*

- Cường độ là sức đập của tim mạnh hay yếu

- Cường độ mạnh: gặp trong sốt, xúc động, basedow, vận động.

- Cường độ yếu: gặp trong mất nước, mất máu, sốc truỵ tim mạch.

*4.1.4.4. Sức căng của mạch*

- Sức căng của mạch là tính co giãn của mạch: bình thường mạch nhẵn, mềm và có tính đàn hồi tốt.

- Bệnh lý mạch trở nên cứng, mất tính đàn hồi khi sờ vào động mạch cảm giác như ấn vào ống cao su cứng ở dưới da, thường gặp trong tăng huyết áp ở người già hoặc xơ cứng động mạch, đoạn mạch bị sơ cứng trong người bệnh bị nghiện, tiêm chích nhiều ở một đoạn tĩnh mạch.

***4.1.5. Vị trí bắt mạch***

- Lấy mạch ở những nơi động mạch to, nông, nổi:

+ Động mạch cảnh.

+ Động mạch thái dương.

+ Động mạch quay.

+ Động mạch bẹn.

+ Động mạch hiển trong.

+ Động mạch kheo chân.

+ Động mạch dưới hàm.

***4.2. Quy trình kỹ thuật đếm mạch***

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| - Đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ có kim giây.  - Phiếu theo dõi chức năng sống (sổ ghi kết quả).  - Bút bi màu đỏ.  - Thước kẻ.  - Ống nghe. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/hôn mê  - Hỏi người bệnh đã nghỉ ngơi ít nhất 15 phút như điều dưỡng đã hướng dẫn chưa?  - Nhận định vùng da tại vị trí đo mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh và các kết quả DHST trước đó |
| 3 | Nhận định sự cần thiết phải đếm mạch  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh: | - Các yếu tố nguy cơ làm có thể ảnh hưởng đến nhịp tim của người bệnh:  + Tình trạng bệnh lý.  + Các thuốc đang dùng có liên quan (thuốc tim mạch, …)  - Nhận định các dấu hiệu và triệu chứng cho thấy sự thay đổi chức năng tim mạch: khó thở, đau ngực, mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, phù, da xanh tím  Quan sát sự giao tiếp giữa người bệnh/người nhà người bệnh và điều dưỡng. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành đếm mạch an toàn và hiệu quả | |
|  | **Thực hiện** |  |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Dặn người bệnh/gia đình người bệnh những điều cần thiết.  - Nằm nghỉ ngơi trước khi đếm mạch 15 phút.  - Kéo rèm che hoặc đóng cửa phòng bệnh (nếu cần) |
|  | **\* Đếm mạch quay** |  |
| 8 | Cho người bệnh ở tư thế thích hợp. | + Nếu ngồi: Tay người bệnh để thẳng và đặt tay lên bàn hoặc ghế cao ngang ngực, phía trước ngực.  + Nếu nằm: Đặt cánh tay ngửa dọc theo thân người hoặc đặt trên bụng với cổ tay thẳng. |
| 9 | Đặt gối kê tay. | Gối kê tay được đặt dưới vị trí bắt mạch, làm căng động mạch. |
| 10 | Xác định và đặt tay lên vị trí bắt mạch. | Xác định vị trí bắt mạch và đặt nhẹ 3 đầu ngón tay lên động mạch quay của người bệnh (ngón trỏ, giữa và áp út; không dùng ngón cái để bắt mạch). |
| 11 | Cảm nhận mạch đập đồng thời bấm đồng hồ đếm mạch. | Khi thấy mạch đập, nhìn kim giây và đếm mạch trong 1 phút (chú ý tính chất của mạch: tần số, cường độ, nhịp điệu, sức căng). |
| 12 | Ghi nhận kết quả. | Báo cáo kết quả chính xác. Khi mạch không đều, cần so sánh với mạch quay ở tay đối diện và mạch mỏm tim. |
|  | **\* Đếm nhịp tim** | |
| 8 | Cho người bệnh ở tư thế thích hợp, bộc lộ vị trí đếm mạch và nghe tim | Che bình phong, đóng cửa (nếu cần).  Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi. Bộc lộ vùng xương ức và ngực trái. |
| 9 | Xác định đỉnh tim. | Dùng tay xác định khoang liên sườn V bên trái trên đường kẻ từ giữa xương đòn xuống. Chú ý cảm giác đập nhẹ, dứt khoát trong đường kính 1 đến 2 cm tại vị trí đỉnh tim. |
| 10 | Đặt mặt màng ống nghe ở vị trí đỉnh tim và nghe tiếng tim T1, T2. | Dùng 2 bàn tay làm ấm mặt màng của ống nghe trong vòng 5 - 10 giây. Đặt màng nghe ở vị trí đỉnh tim. |
| 11 | Sau khi nghe rõ 2 tiếng tim T1 và T2, dùng đồng hồ có kim giây để đếm trọn 1 phút. | Đếm được chính xác nhịp tim sau khi đã nghe rõ tiếng tim. |
| 12 | Ghi nhận kết quả. | Báo cáo kết quả chính xác: tần số; ghi nhận nhịp tim: đều, không đều, loạn nhịp. |
|  | **\* Đếm mạch, nhịp tim – mạch quay**  Thực hiện các bước 8-10 như trên | |
| 11 | Thực hiện đếm mạch và nhịp tim. | Nên có 2 điều dưỡng: một người đếm mạch quay, một người đếm nhịp tim.  + Điều dưỡng đếm mạch quay sẽ cầm đồng hồ và nói “bắt đầu”, rồi cả hai người cùng bắt đầu đếm mạch.  + Cả 2 điều dưỡng phải đếm tần số mạch quay, nhịp tim trọn trong 1 phút.  + Khi đủ thời gian, điều dưỡng đếm mạch quay (cầm đồng hồ) nói “dừng” thì sẽ kết thúc quy trình. |
| 12 | Ghi nhận kết quả, xác định mạch hụt (nếu có)  (Mạch hụt phản ánh số lần tim co bóp không hiệu quả trong 1 phút) | Báo cáo kết quả chính xác: tần số, ghi nhận nhịp tim: đều, không đều, loạn nhịp.  Xác định mạch hụt: Lấy tần số mạch quay trừ cho tần số nhịp tim ta thu được số lần mạch hụt.  Nếu xác định có mạch hụt, điều dưỡng cần nhận định các dấu hiệu và triệu chứng của việc giảm cung lượng tim. Tình trạng giảm tuần hoàn máu đến các cơ quan, người bệnh có biểu hiện: khó thở, mệt quá mức, đau ngực, đánh trống ngực. |
| 13 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh, cảm ơn. | Mặc lại áo cho người bệnh. Cho người bệnh về tư thế thoải mái: nằm, ngồi.  Dặn dò người bệnh những bất thường: khó thở, mệt mỏi…. báo cáo lại. |
| 14 | Thu dọn dụng cụ. | Vệ sinh ống nghe, đồng hồ bấm giờ (nếu có)  Cất dụng cụ vào nơi quy định. |
| 15 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 16 | Ghi phiếu theo dõi. | Tần số mạch quay, nhịp tim.  Tần số mạch hụt.  Thông báo cho điều dưỡng trực, bác sỹ về tình trạng mạch hụt của người bệnh. |
| **Lượng giá** | | |
| 17 | Lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | |

**4.3. Chăm sóc người bệnh bất thường về mạch**

- Theo dõi tùy theo chỉ định của bác sỹ hoặc mức độ bệnh tật của người bệnh.

+ Tình trạng tinh thần của người bệnh.

+ Tim, mạch, huyết áp, nhịp thở.

+ Da và niêm mạc.

+ Thực hiện các xét nghiệm cho người bệnh theo chỉ định của bác sỹ.

- Chăm sóc:

+ Đặt người bệnh nằm trong phòng thoáng.

+ Thực hiện đúng, đủ, an toàn các y lệnh của bác sỹ.

+ Vệ sinh thân thể cho người bệnh.

**5. Kỹ năng đếm và đánh giá nhịp thở**

***5.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng***

***5.1.1. Nhịp thở bình thường***

- Trao đổi khí: Chức năng của bộ máy hô hấp là đem oxy từ ngoài vào cung cấp cho các mô của cơ thể đồng thời thải khí cacbonic trong cơ thể ra ngoài.

- Nhịp thở bình thường: hô hấp êm dịu, đều đặn, không có cảm giác gì và được thực hiện qua mũi một cách từ từ và sâu.

+ Người lớn khoẻ mạnh: 16 - 18 lần/phút

+ 8 - 15 tuổi: 16 - 20 lần/phút

+ 4 - 6 tuổi: 20 - 25 lần/phút

+ 2 - 3 tuổi: 25 - 30 lần/phút

+ 7 - 12 tháng: 30 - 35 lần/phút

+ Dưới 6 tháng: 35 – 40 lần/phút

+ Sơ sinh: 40 - 60 lần/phút

- Có nhiều yếu tố tham gia điều hoà hoạt động của các trung tâm hô hấp như:

+ Vai trò của O2 và CO2

+ Vai trò của thần kinh: thần kinh trung ương, dây thần kinh số X.

+ Vai trò của các cơ hô hấp: cơ hoành, gian sườn, cơ ức đòn chũm.

***5.1.2. Thay đổi sinh lý***

- Nhịp thở nhanh: lao động, thể dục thể thao, trời nóng, xúc động.

- Nhịp thở chậm: người tập khí công, do ý muốn, do thần kinh bị căng thẳng.

***5.1.3. Thay đổi bệnh lý***

- Chấn thương sọ não: nhịp thở nông, chậm.

- Sốt cao: nhịp thở nhanh vì cơ thể cố gắng thải bớt nhiệt ra ngoài.

***5.1.4. Một số kiểu khó thở***

- Định nghĩa: bình thường ta không có cảm giác khi thở, khi động tác thở trở nên nặng nề, khó chịu cần phải chú ý để thở đó là hiện tượng khó thở.

- Phân loại:

+ Khó thở từ từ hay đột ngột.

+ Khó thở xảy ra ban đêm hoặc ban ngày.

+ Khó thở thì thở vào hoặc thở ra.

+ Khó thở nhanh hoặc chậm.

+ Khó thở khi gắng sức hoặc liên tục.

+ Khó thở khi nằm hoặc khi ngồi.

- Một số kiểu thở

|  |  |
| --- | --- |
| **Kiểu thở** | **Sơ đồ biểu diễn nhịp thở** |
| Bình thường |  |
| Cheyne - Stokes:  + Gồm 2 giai đoạn: giai đoạn thở: thở nhanh, thở hổn hển gấp gáp tăng dần về biên độ, sau tự giảm dần về biên độ. Kéo dài 30 - 45 giây. Giai đoạn ngừng thở: Giai đoạn này tiếp theo ngay giai đoạn thở và kéo dài trong vòng 20 giây do ức chế trung tâm hô hấp  + Gặp trong chấn thương sọ não, xuất huyết não, suy tim suy thận, ngộ độc thuốc. |  |
| Kussmaull:  + Kiểu thở đặc trưng bởi các nhịp thở sâu hơn bình thường, đều đặn,  + Liên quan đến các bệnh lý như nhiễm toan chuyển hóa, đặc biệt là nhiễm ceton do đái tháo đường và suy thận. Đây là một dạng của tăng thông khí. Ở nhiễm toan chuyển hóa, bệnh nhân thở ban đầu nhanh và nông, nhưng khi nhiễm toan trở nên trầm trọng, nhịp thở sâu và nặng nhọc và hổn hển, gọi là kiểu thở Kussmaul hay nhịp thở Kussmaul. |  |
| Biot’s:  + Kiểu thở biểu hiện là các nhịp thở với biên độ đều đặn, bằng nhau bị gián cách bởi các thời gian ngừng thở dài ngắn khác nhau.  + Gặp trong trường hợp có thể mất đáp ứng của trung khu hô hấp với nồng độ C02 trong máu, thay vào đó là 02 đã kích thích trung khu hô hấp thông qua các thụ cảm thể hoá học. |  |

***5.2. Quy trình kỹ thuật đếm nhịp thở***

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| - Bút, thước kẻ, bảng theo dõi chức năng sống  - Đồng hồ đếm nhịp thở |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. | |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/hôn mê  - Hỏi người bệnh đã nghỉ ngơi ít nhất 15 phút như điều dưỡng đã hướng dẫn chưa?  - Nhận định lượng áo mặc, vùng lồng ngực, bụng người bệnh và các kết quả DHST trước đó | |
| 3 | Nhận định sự cần thiết phải theo dõi hô hấp của người bệnh.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh: | - Các yếu tố nguy cơ làm rối loạn hô hấp của người bệnh:  + Tình trạng bệnh lý.  + Các thuốc đang dùng có liên quan  - Nhận định các dấu hiệu và triệu chứng thường đi kèm với rối loạn hô hấp:  + Xanh tím da niêm mạc.  + Giảm mức độ tri giác: kích động, bứt rứt, vật vã, hôn mê.  Quan sát sự giao tiếp giữa người bệnh/người nhà và điều dưỡng. | |
| **Lập kế hoạch** | | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành đếm nhịp thở an toàn và hiệu quả | | |
| **Thực hiện** | | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước | |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý | |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Dặn người bệnh/gia đình người bệnh những điều cần thiết: nằm nghỉ ngơi trước khi đếm nhịp thở 15 phút.  - Người bệnh ở tư thế thoải mái: ngồi hoặc nằm với đầu giường nâng cao 45 - 600. | |
| 8 | Người bệnh được ngồi hoặc nằm tư thế thoải mái. Bộc lộ vùng dễ dàng đếm nhịp thở. | Tư thế người bệnh thuận lợi, ngồi hoặc nằm phụ thuộc tính chất bệnh lý người bệnh.  - Bộc lộ phần ngực, bụng (nếu cần) thường khi đếm nhịp thở trẻ em.  - Để tay người bệnh chéo lên bụng hoặc phần ngực dưới của người bệnh, tay điều dưỡng đặt trực tiếp lên tay của người bệnh. | |
| 9 | Quan sát trọn chu kỳ: hít vào, thở ra tính một nhịp. | Nhịp thở chỉ được đếm chính xác sau khi điều dưỡng quan sát 1 chu kỳ thở, các cơ tham gia vào quá trình hô hấp, đánh giá việc sử dụng cơ hô hấp phụ. | |
| 10 | Bấm đồng hồ, đếm nhịp thở trong 1 phút. Ghi nhận kết quả. | Đếm nhịp thở trọn vẹn 1 phút. Đánh giá tính chất thở: nhịp điệu, độ nông sâu, kiểu thở. | |
| 11 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh, cảm ơn. | Mặc lại áo cho người bệnh. Cho người bệnh về tư thế thoải mái: nằm, ngồi.  Dặn dò người bệnh những bất thường: khó thở, mệt mỏi…. báo cáo lại. | |
| 12 | Thu dọn dụng cụ. | Vệ sinh đồng hồ bấm giờ (nếu có).  Để dụng cụ vào nơi quy định. | |
| 13 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước | |
| 14 | Ghi kết quả vào hồ sơ | - Ngày, giờ: tần số, tính chất thở.  - Ghi rõ kết quả nhận định trước hay sau khi thực hiện các liệu pháp hô hấp (ghi rõ liệu pháp nếu có).  - Ghi rõ liệu pháp oxy nếu người bệnh đang được sử dụng: loại dụng cụ, liều lượng oxy.  - Thông báo bất thường về hô hấp cho điều dưỡng trực, bác sỹ… | |
| **Lượng giá** | | | |
| 15 | Lượng giá đúng kết quả đã thực hiện và phản ứng của người bệnh. | | |

**5.3. Theo dõi, chăm sóc người bệnh rối loạn nhịp thở**

\* Theo dõi:

- Theo dõi chỉ số SpO2, SpO2 <95% → báo bác sĩ

- Thực hiện đếm nhịp thở 15-30 phút /1 lần

- Kiểu thở, da, sắc mặt, niêm mạc môi, đầu chi.

- Mức độ tỉnh táo, suy giảm trí nhớ, ...

|  |
| --- |
| **Sử dụng máy đo oxy theo SpO2**  - Tháo bỏ móng tay giả, tẩy sơn móng tay, và làm ấm bàn tay bệnh nhân nếu lạnh.  - Người bệnh cần nghỉ ngơi ít nhất 5 phút trước khi đo.  - Người bệnh đặt bàn tay cố định lên bàn/giường.  - Bật máy đo và gắn vào ngón tay người bệnh, tốt nhất ở ngón giữa hoặc ngón trỏ.  - Để yên máy đo tại vị trí ít nhất một phút hoặc lâu hơn nếu con số chưa ổn định.  - Con số cần thời gian để hiển thị. Ghi kết quả khi số hiển thị không đổi trong vòng 5 giây.  **Thang đo chỉ số SpO2 tiêu chuẩn**  - SpO2 từ 97 - 99%: Chỉ số oxy trong máu tốt;  - SpO2 từ 94 - 96%: Chỉ số oxy trong máu trung bình, cần thở thêm oxy;  - SpO2 từ 90% - 93%: Chỉ số oxy trong máu thấp, cần xin ý kiến của bác sĩ chủ trị;  - SpO2 < 92% không thở oxy hoặc dưới 95% có thở oxy: Dấu hiệu suy hô hấp rất nặng;  - SpO2 dưới 90%: Biểu hiện của một ca cấp cứu trên lâm sàng. |

\* Chăm sóc:

- Động viên người bệnh rối loạn nhịp thở.

- Để người bệnh nằm tư thế thích hợp trong phòng thoáng.

- Nới rộng quần áo, khăn quàng cổ, thắt lưng nếu có.

- Làm thông thoáng đường thở.

- Cho người bệnh thở Oxy theo y lệnh.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

- Lau mồ hôi, chuẩn bị ca, cốc cho người bệnh khạc nhổ.

**6. Huyết áp**

***6.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng***

***6.1.1. Định nghĩa****:* huyết áp là áp lực của máu trên thành động mạch, khi tâm thất co bóp áp lực trong động mạch lên tới mức cao nhất gọi là huyết áp tối đa hay huyết áp tâm thu. Khi tim giãn ra, áp lực xuống tới mức thấp nhất gọi là huyết áp tối thiểu hay huyết áp tâm trương.

- Các yếu tố cơ bản tạo nên huyết áp:

+ Sức co bóp của tim.

+ Sự co giãn (đàn hồi) của động mạch lớn.

+ Lực cản ngoại vi: Khối lượng máu, độ quánh của máu, sức cản của thành mạch

+ Yếu tố thần kinh.

***6.1.2. Chỉ số huyết áp (giới hạn bình thường)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bảng. Phân độ huyết áp theo Hiệp hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam 2018 | | | |
| **Loại huyết áp** | **Tâm thu mmHg**  **(số phía trên)** |  | **Tâm trương mmHg**  **(số phía dưới)** |
| **Tối ưu** | **< 120**  **và**  **> 90** | **và** | **< 80**  **và**  **> 60** |
| **Bình thường\*** | **120-129** | **và/hoặc** | **80-84** |
| **Bình thường\*\*** | **130-139** | **và/hoặc** | **85-89** |
| Tăng huyết áp độ 1 | 140-159 | và/hoặc | 90-99 |
| Tăng huyết áp độ 2 | 160-179 | và/hoặc | 100-109 |
| Tăng huyết áp độ 3 | ≥ 180 | và/hoặc | ≥ 110 |
| Tăng huyết áp tâm thu đơn độc | ≥ 140 | Và | <90 |
| \* Nếu huyết áp không cùng mức để phân loại thì chọn mức huyết áp tâm thu hay tâm trương cao nhất. Tăng huyết áp tâm thu đơn độc xếp loại theo mức huyết áp tâm thu  \*\* Tiền tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu > 120-130mmHg và huyết áp tâm trương >80-89mmHg | | | |
| **Bảng. Phân độ huyết áp theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2017** | | | |
| **Loại huyết áp** | **Tâm thu mmHg**  **(số phía trên)** |  | **Tâm trương mmHg**  **(số phía dưới)** |
| Bình thường | < 120  và  > 90 | và | < 80  và  > 60 |
| Tăng | 120-129 | và | < 80 |
| Huyết áp cao  (Tăng huyết áp) giai đoạn 1 | 130-139 | hoặc | 80-89 |
| Huyết áp cao  (Tăng huyết áp) giai đoạn 2 | ≥ 140 | hoặc | ≥ 90 |
| Cơn tăng huyết áp  (đi khám bác sĩ ngay) | ≥ 180 | Và/ hoặc | ≥ 120 |

HA tối thiểu (HA tâm trương) = HATĐ/2 + 10 đến 20mmHg

Huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) của trẻ sơ sinh: 75 mmHg

Huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) của trẻ 1 tuổi là 80mmHg

Huyết áp tối đa của trẻ trên 1 tuổi được tính bằng công thức: 80 + 2 x (n-1)

(n là số tuổi tính theo năm)

***6.1.3. Những yếu tố ảnh hưởng tới huyết áp***

- Thay đổi sinh lý:

+ Tuổi:

\* Huyết áp thấp ở trẻ nhỏ, tăng dần ở người lớn.

\* Huyết áp người già cao hơn người trẻ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tuổi | HA tối đa (mmHg) | HA tối thiểu (mmHg) | Trị số trung bình |
| Mới sinh | 65 – 95 | 30 – 60 | 80/60 |
| 1 tuổi | 65 – 115 | 42 – 80 | 90/61 |
| 3 tuổi | 76 – 122 | 46 – 84 | 99/65 |
| 6 tuổi | 85 – 115 | 48 – 64 | 100/56 |
| 10 tuổi | 93 – 125 | 46 – 68 | 109/58 |
| 14 tuổi | 99 – 137 | 51 – 71 | 118/61 |
| Người lớn | 100 – 140 | 60 – 90 | 120/80 |
| Người già | 100 – 160 | 60 – 90 | 130/80 |

+ Giới: phụ nữ thường có huyết áp thấp hơn nam giới.

+ Khi hoạt động, lao động nặng, gắng sức huyết áp thường tăng, và nó sẽ trở về bình thường sau khi nghỉ ngơi.

+ Khi mang thai huyết áp thường tăng, sau khi đẻ huyết áp sẽ trở về bình thường.

+ Yếu tố thần kinh: trong các trạng thái cảm xúc mạnh, đau đớn, lo lắng huyết áp thường tăng.

+ Tầm vóc hình dáng: người béo bệu thường có huyết áp cao hơn người cùng cân nặng có hình dáng trung bình.

+ Đau đớn, lo lắng làm tăng huyết áp.

+ Vận cơ: luyện tập, lao động thể dục thể thao huyết áp tăng tức thời.

+ Ăn uống: ăn, uống, các chất kích thích làm tăng huyết áp (rượu, bia…). Lưu ý một số trường hợp uống rượu bia quá nhiều có thể làm giãn mạch gây hạ huyết áp.

+ Tư thế: ở tư thế đứng huyết áp cao hơn tư thế nằm khoảng 10mmHg đến 20mmHg.

+ Vị trí cơ thể: có sự khác biệt nhỏ khi đo huyết áp của hai tay (khoảng 5mmHg), giữa tay và chân, huyết áp chênh nhau khoảng 20 - 40 mmHg (huyết áp ở chân cao hơn).

+ Thuốc:

\* Thuốc co mạch làm tăng huyết áp.

\* Thuốc giãn mạch làm hạ huyết áp.

\* Thuốc ngủ cũng làm hạ huyết áp.

- Thay đổi bệnh lý:

+ Tăng huyết áp: bệnh ảnh hưởng đến hệ thống tuần hoàn và tiết niệu.

+ Hạ huyết áp: chảy máu, mất dịch cơ thể.

+ Huyết áp kẹt: hiệu số giữa huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tụt xuống ≤ 20 mmHg

***6.1.4. Nguyên lý khi đo huyết áp***

- Là làm mất động tác đập của động mạch bằng cách bơm căng một băng cao su rồi sau đó xả hơi dần, đồng thời ghi những phản ứng của động mạch trước sự giảm sức ép của một áp kế.

- Huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) tương đương với lúc máu bắt đầu đi qua băng cao su khi xả hơi ra. Xác định huyết áp tối đa khi nghe tiếng đập đầu tiên.

- Huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) tương ứng với lúc máu lưu thông hoàn toàn tự do trong tĩnh mạch. Xác định huyết áp tối thiểu khi nghe tiếng đập cuối cùng hoặc khi nghe thấy tiếng đập thay đổi âm sắc.

***6.1.5. Vị trí đo huyết áp***

- Cánh tay: là vị trí chuẩn để đo huyết áp.

- Cổ tay

- Đùi

- Cẳng chân

Có sai số do hậu quả của huyết động, thường các nhánh động mạch càng xa huyết áp tâm thu càng tăng trong khi huyết áp tâm trương càng giảm.

|  |
| --- |
|  |
| Hình 10.7. Vị trí đo huyết áp |

***6.1.6. Các loại huyết áp***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Huyết áp đồng hồ | Huyết áp kế thủy ngân | Các câu hỏi thường gặp khi sử dụng máy đo huyết áp tự động tại nhà  Huyết áp điện tử |
| Hình 10.8: Các loại huyết áp | | |

***6.2. Quy trình kỹ thuật đo huyết áp***

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| - Máy huyết áp  - Ống nghe.  - Bảng theo dõi chức năng sống, thước kẻ, bút xanh. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/ Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/hôn mê  - Hỏi người bệnh đã nghỉ ngơi ít nhất 15 phút như điều dưỡng đã hướng dẫn chưa?  - Nhận định vùng da tại vị trí đo huyết áp cho người bệnh và các kết quả DHST trước đó |
| 3 | Nhận định sự cần thiết phải theo dõi huyết áp của người bệnh.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | - Các yếu tố nguy cơ làm ảnh hưởng đến huyết áp của người bệnh:  + Tình trạng bệnh lý.  + Các thuốc đang dùng có liên quan  - Nhận định các dấu hiệu/triệu chứng thường đi kèm huyết áp:  + Da và sắc mặt.  + Giảm mức độ tri giác: kích động, bứt rứt, vật vã, hôn mê.  Quan sát sự giao tiếp giữa người bệnh/người nhà người bệnh và điều dưỡng. |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành đo huyết áp an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý  Máy huyết áp phù hợp với người bệnh. |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra.  - Để người bệnh ở tư thế thoải mái.  - Cho người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 15 phút trước khi đo, người bệnh không được hút thuốc lá, uống cafe, tập thể dục trong 30 phút trước khi đo huyết áp. |
| 8 | Người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái, bộc lộ vùng đo huyết áp. | - Nằm ngửa thẳng, vén tay áo đến nách.  - Tư thế ngồi tay ngang mức tim. |
| 9 | Đặt băng huyết áp phù hợp | - Huyết áp thủy ngân: đặt máy đo huyết áp ngang tim;  - Huyết áp động hồ: cài đồng hồ lên phía trên của băng huyết áp hoặc đặt xuống ngang dải băng huyết áp;  - Huyết áp điện tử: đặt máy ngang tim. |
| 10 | Cuốn băng huyết áp vào vị trí đo. | Quấn băng huyết áp vừa đủ, không lỏng, không chặt  Băng huyết áp cánh tay cách nếp gấp khuỷu tay 3-5 cm. |
|  | **Huyết áp điện tử** : bấm nút “On”/”Start”, máy hoạt động, và cho kết quả trên màn hình | |
|  | **Huyết áp thủy ngân** | |
| 11 | Xác định động mạch, đặt ống nghe. | Dùng 2-3 đầu ngón tay, xác định vị trí mạch đập tại nếp gấp khuỷu tay, đặt ống nghe. |
| 12 | Vặn chặt van của quả bóp cao su. Bơm hơi từ từ qua điểm mất mạch. | Hơi được bơm từ từ, qua điểm mất mạch, bơm thêm 20-30 mmHg. |
| 13 | Xả hơi từ từ, nghe và xác định chỉ số huyết áp, ghi lại kết quả | Xác định đúng chỉ số huyết áp tâm thu, tâm trương  Mở van xả hơi từ từ và chú ý lắng nghe đồng thời theo dõi mức thuỷ ngân hoặc nhìn đồng hồ khi nghe thấy tiếng mạch đập đầu tiên là huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu). Tiếng đổi âm sắc hoặc tiếng đập cuối cùng là huyết áp tối thiểu. |
| 14 | Tháo băng huyết áp. | Tháo băng nhẹ nhàng. Xả hết số hơi còn lại trong băng huyết áp, cuốn gọn lại. |
| 15 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh, cảm ơn. | Mặc lại áo cho người bệnh. Cho người bệnh về tư thế thoải mái: nằm, ngồi.  Dặn dò người bệnh những bất thường: khó thở, mệt mỏi…. báo cáo lại. |
| 17 | Thu dọn dụng cụ. | Cuộn gọn băng huyết áp, cho vào hộp đựng. Cất dụng cụ vào nơi quy định. |
| 18 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 19 | Ghi kết quả vào hồ sơ | - Ngày, giờ: chỉ số huyết áp  - Thông báo bất thường cho điều dưỡng trực, bác sỹ… |
| **Lượng giá** | | |
| 20 | Lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi đo huyết áp | |

**6.3. Theo dõi, chăm sóc người bệnh bất thường về huyết áp**

6.3.1. Theo dõi tùy theo chỉ định của bác sỹ:

+ Trạng thái tinh thần của người bệnh.

+ Da và niêm mạc, phản xạ mắt.

+ Huyết áp

+ Lượng nước tiểu 24h.

+ Sự đáp ứng của thuốc.

6.3.2. Chăm sóc:

- Tăng huyết áp:

+ Để người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh.

+ Giải thích cho người bệnh hoặc thân nhân người bệnh về chế độ điều trị.

+ Chế độ ăn theo chỉ định hạn chế muối và thức ăn giàu Cholesterol.

+ Chấp hành tập thể dục, vật lý trị liệu đều đặn.

+ Kiêng các chất kích thích (cà phê, thuốc là, rượu, bia…).

- Hạ huyết áp:

+ Cho người bệnh nằm yên tĩnh đầu thấp.

+ Thực hiện đầy đủ thuốc theo y lệnh.

+ Đảm bảo chế độ ăn cho người bệnh.

**KỸ THUẬT THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/hôn mê  - Hỏi người bệnh đã nghỉ ngơi ít nhất 15 phút như điều dưỡng đã hướng dẫn chưa?  - Nhận định vùng da tại vị trí đo mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh và các kết quả DHST trước đó |
| 3. | Nhận định sự cần thiết phải đo dấu hiệu sinh tồn.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | Ghi nhận các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến dấu hiệu sinh tồn của người bệnh như dùng thuốc, nhiễm khuẩn |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình theo dõi dấu hiệu sinh tồn an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp |
| 8. | Lau khô và vẩy nhiệt kế | Vẩy nhiệt kế < 350C. |
| 9. | Đặt nhiệt kế vào vị trí cần đo (thời gian: 5 phút). | - Đặt bầu thuỷ ngân giữa hõm nách chếch theo hướng vú, khép cánh tay người bệnh vào thân và đặt cẳng tay lên bụng.  - Đặt bầu thủy ngân vào tai, giữ nhiệt kế trong 5 phút  - Đặt bầu thủy ngân vào hậu môn, giữ nhiệt kế trong 5 phút |
| 10. | Đếm mạch trong 1 phút, ghi lại kết quả | - Kê gối dưới cổ tay người bệnh (nếu đếm mạch ở động mạch quay)  - Đặt nhẹ 3 đầu ngón tay (trỏ, giữa, áp út) lên động mạch.  - Ghi lại kết quả chính xác. |
| 11. | Đếm nhịp thở trong 1 phút, ghi lại kết quả. | - Đặt tay như đếm mạch, để đồng hồ gần sát với lồng ngực/bụng, quan sát lồng ngực/bụng di động.  - Ghi lại kết quả chính xác. |
| 12. | Cuốn băng huyết áp vào vị trí đo. | - Kéo tay áo tới nách, đặt máy huyết áp ngang ngực người bệnh.  - Băng huyết áp cách nếp gấp khuỷ tay 3 - 5 cm |
| 13. | Xác định động mạch, đặt ống nghe. | Dùng 2-3 đầu ngón tay, xác định vị trí mạch đập tại nếp gấp khuỷu tay, đặt ống nghe. |
| 14. | Vặn chặt van của quả bóp cao su. Bơm hơi từ từ qua điểm mất mạch. | Hơi được bơm từ từ, qua điểm mất mạch, bơm thêm 20-30 mmHg. |
| 15. | Xả hơi từ từ, nghe và xác định chỉ số huyết áp, ghi lại kết quả | Xác định đúng chỉ số huyết áp tâm thu, tâm trương  Mở van xả hơi từ từ và chú ý lắng nghe đồng thời theo dõi mức thuỷ ngân hoặc nhìn đồng hồ khi nghe thấy tiếng mạch đập đầu tiên là huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu). Tiếng đổi âm sắc hoặc tiếng đập cuối cùng là huyết áp tối thiểu. |
| 16. | Tháo băng huyết áp. | Tháo băng nhẹ nhàng. Xả hết số hơi còn lại trong băng huyết áp, cuốn gọn lại. |
| 17. | Lấy nhiệt kế, ghi lại kết quả | Lấy nhiệt kế, ghi lại kết quả chính xác.  Lau khô và cất nhiệt kế |
| 18. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh, cảm ơn. | Mặc lại áo cho người bệnh. Cho người bệnh về tư thế thoải mái: nằm, ngồi.  Dặn dò người bệnh những bất thường: khó thở, mệt mỏi…. báo cáo lại. |
| 19 | Thu dọn dụng cụ. | Gối kê tay, băng huyết áp, nhiệt kế, dụng cụ khác |
| 20 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 21 | Kẻ bảng theo dõi. | Chỉ số: Mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở được ghi vào bảng theo dõi theo đúng nguyên tắc màu sắc |
| **Lượng giá** | | |
| 22 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**KỸ NĂNG CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG**

# **BÀI 9: KỸ NĂNG BĂNG VẾT THƯƠNG**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức:**  1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc và áp dụng của băng vết thương.  **\* Kỹ năng:**  2. Thực hiện được kỹ thuật băng vết thương theo đúng quy trình an toàn và đạt hiệu quả trên người bệnh giả định.  3. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng băng vết thương cho người bệnh trong tình huống giả định.  **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**  4. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng băng bó vết thương cho người bệnh trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng băng vết thương cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Trong đời sống và lao động hàng ngày, không thể tránh khỏi các va chạm gây tổn thương đến một vài bộ phận của cơ thể. Biết cách băng vết thương giúp nạn nhân là một trong những kỹ năng sơ cấp cứu ban đầu bạn rất cơ bản và quan trọng cần có. Tuỳ thuộc vào vị trí vết thương, mục đích băng bó, điều kiện cấp cứu mà người sơ cứu sử dụng kỹ thuật băng bó, kích cỡ và loại băng khác nhau sao cho phù hợp.

Việc băng bó vết thương đôi lúc trở thành thông lệ đối với các điều dưỡng viên ở các khoa thuộc hệ ngoại, cấp cứu chấn thương. Tuy nhiên, đã là một người nhân viên y tế nói chung, một điều dưỡng viên nói riêng thì việc băng bó cấp cứu ban đầu cho người bệnh luôn là trách nhiệm phải thực hiện ở mọi lúc, mọi nơi chứ không phải chỉ có trong bệnh viện mà thôi. Do vậy đã là điều dưỡng thì phải thuần thục trong các động tác và biết sử dụng tất cả những phương tiện sẳn có để tiến hành băng bó cho người bệnh.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích**

* Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
* Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ xát va chạm.
* Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu.
* Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời.
* Nâng đỡ những bộ phận bị thương hay các bộ phận bị sa.

**2.2. Nguyên tắc băng vết thương**

* Loại bỏ dị vật, rửa sạch vết thương
* Vô khuẩn triệt để vật liệu, dụng cụ
* Thấm hút dịch trong 24 giờ, che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
* Cuộn băng lăn sát cơ thể từ trái sang phải không để rơi băng.
* Băng từ dưới lên trên để hở các đầu chi cho tiện theo dõi.
* Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 – 2/3 vòng trước.
* Băng nhẹ nhàng, nhanh chóng, không làm đau đớn tổn thương thêm các tổ chức.
* Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tì đè, chỗ dễ cọ sát.
* Tháo băng cũ: 2 tay 2 panh chuyển nhau hoặc có thể dùng kéo cắt dọc băng để tháo bỏ nhanh.

**2.3. Các loại băng**

***2.3.1. Băng cuộn***

* Băng ép bằng băng cuộn để cầm máu khi có chảy máu và hạn chế cử động trong trường hợp gãy xương.
* Băng cuộn được làm bằng vải, vải thô, vải thưa, vải thun. Có nhiều loại và nhiều cỡ, tùy theo vị trí tổn thương củ cơ thể mà dùng các loại băng thích hợp.

+ Băng gạc mịn: thích hợp với cơ thể trẻ em.

+ Băng vải: dùng để băng ép cố định và nâng đỡ.

+ Băng thun: là loại băng tốt nhất dùng để băng nén ép cầm máu, không bị xê dịch nhờ tính chất co giãn.

* Băng Esmach: bằng cao su dùng làm garo cầm máu trong phòng mổ khi phẫu thuật cắt đoạn chi.
* Một cuộn băng gồm có 3 phần: đuôi băng, đầu băng, thân băng.
* Kích thước trung bình của cuộn băng dùng cho người lớn:

+ Kích thước băng: 2,5 cm × 2m thường áp dụng cho băng ngón tay...

+ Kích thước băng: 5cm × 3 m thường áp dụng cho băng cẳng tay, bàn tay...

+ Kích thước băng: 5 – 6 cm × 6 m thường áp dụng cho băng cánh tay...

+ Kích thước băng: 7 – 8 cm × 7 m thường áp dụng cho băng chân...

+ Kích thước băng: 10 – 15 cm × 10 m thường áp dụng cho băng thân người...

***2.3.2. Băng dính:*** thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

***2.3.3. Băng tam giác*** (khăn chéo, mùi xoa, miếng vải…)

* Loại băng này đơn giản, nhanh chóng hơn băng cuộn.
* Rất thích hợp cho các trường hợp cấp cứu.
* Sử dụng trong trường hợp không có băng cuộn.
* Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ yên vật liệu băng bó ở đầu, tay, chân.

***2.3.4. Băng dải:*** chữ T, 4 dải, 6 dải...

**2.4. Các kiểu băng cơ bản**

* Băng vòng khoá: bắt đầu các kiểu băng bằng 2 vòng đầu tiên.
* Băng rắn quấn: áp dụng trong trường hợp băng đỡ gạc, nẹp trong bất động gãy xương.
* Băng xoáy ốc: áp dụng cho những phần trên cơ thể tương đối đều nhau như: cánh tay, đùi người già, bụng, ngón tay.
* Băng chữ nhân: áp dụng cho những phần trên cơ thể không đều nhau như cẳng tay, cẳng chân.
* Băng số 8: áp dụng băng vai, ngực, gáy, bẹn, mông, nách, đầu gối, khuỷu tay, gót chân.
* Băng gấp lại (hồi quy): áp dụng băng đầu, mỏm cụt, băng cả bàn tay, bàn chân không tách ngón.

**3. Quy trình kỹ thuật**

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.  Tầng 1:  - 1 hộp dụng cụ vô khuẩn (mỗi người bệnh thay băng bằng 1 hộp dụng cụ riêng), trong hộp có: + 1 kẹp phẫu tích+ 1 panh không mấu.+ 1 kéo  - Dung dịch rửa vết thương: 1 lọ oxy già, 1 chai NaCl 9 0/00  - Dung dịch sát khuẩn vết thương: 1 lọ betadine (hoặc providine)  - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Clincare)  - Ống trụ cắm panh vô khuẩn: 1pank có mấu, 1 pank ko mấu  Tầng 2:  - Gạc cầu, gạc đắp vết thương  - Nilon lót khi thay băng  - Túi nilon nhỏ/khay hạt đậu  - Băng dính, kéo cắt băng  - Găng sạch  - Băng cuộn các kích cỡ  Tầng 3:  - Thùng đựng rác mã màu theo quy định. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | |  |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Nhận định đúng người bệnh/nạn nhân. | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Toàn trạng nạn nhân/người bệnh  Sự hợp tác của người bệnh/ người nhà. | + Tỉnh hay bất tỉnh?  + Mạch, huyết áp, nhịp thở?  + Da, sắc mặt?  + Mức độ đau của nạn nhân?  - Người bệnh/người nhà phối hợp |
| 3. | -Nhận định tại chỗ  -Nạn nhân/người bệnh đã được sơ cứu hay chưa sơ cứu | Sự toàn vẹn của da, mức độ sưng nề, tiết dịch, xuất huyết, khả năng vận động.  + Có một vết thương hay nhiều vết thương  + Kích thước của vết thương: nông hay sâu?  + Vị trí chảy máu, tính chất của máu?  + Xác định tình trạng đã đươc sơ cứu trước đó bằng quan sát, hỏi |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật băng an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7. | Chuẩn bị địa điểm | Đủ sáng, yên tĩnh, sạch sẽ |
| 8. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp |
| 9. | Bộc lộ vết thương, trải nilon/đặt khay hạt đậu | Trải nilon dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon cạnh vết thương. |
| 10. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 11. | Mở khay dụng cụ vô khuẩn | Mở khay dụng cụ đúng kỹ thuật, đổ gạc vào khay vô khuẩn, đổ dung dịch rửa, sát khuẩn vết thương vào bát kền (nếu cần) |
| 12. | Đeo găng tay | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 13. | Rửa vết thương | Bằng dung dịch NaCl 0,9%: từ mép vết thương ra ngoài, từ trên xuống dưới đến khi sạch đúng kỹ thuật |
| 14. | Thấm khô vết thương | Dùng gạc vô khuẩn thấm khô trực tiếp vào vết thương |
| 15. | Sát khuẩn vết thương | Bằng dung dịch sát khuẩn từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới.  Đối với vết thương ở mắt, không sát khuẩn trực tiếp lên mắt |
| 16. | Đặt gạc lên vết thương | Đặt gạc có bông phủ kín vết thương |
| **KỸ THUẬT BĂNG** | | |
| **BĂNG CÁNH TAY** | | |
| Một số kiểu băng vết thương cơ bản  Hình 11.2: Băng cánh tay | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại cánh tay | Băng 2 vòng khóa ở cánh tay (phía dưới vết thương) |
| 18. | Áp dụng kiểu băng xoáy ốc | Cuộn băng lăn sát cơ thể, đường đi vòng băng xoáy ốc lên trên vết thương |
| 19. | Băng kín vết thương | Vòng băng sau đè lên ½ đến 2/3 vòng băng trước, băng kín vết thương |
| 20. | Cố định băng ở cánh tay | Tại vị trí: mặt ngoài cánh tay, nút buộc không vào vị trí tì đè |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **BĂNG CẲNG TAY** | | | | |
| Các kiểu băng bó vết thương ai cũng cần phải biết  Băng chính quy | | | | Băng tùy ứng | |
| Hình 11.7: Băng cẳng tay | | | | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại cổ tay | | Cố định vòng khóa ở cẳng tay | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng chữ nhân: | | Cuộn băng lăn từ trái sang phải, đường băng chếch lên trên, vòng ra mặt sau căng tay, đi chếch xuống đè lên đường băng chếch lên tạo thành chữ nhân tại vết thương | | |
| 19. | Băng kín vết thương | | Vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng ở cẳng tay | | Tại vị trí cẳng tay, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | **Tùy ứng** | |  | | |
|  | Tạo nếp gấp trên khăn tam giác. | | Gấp khăn tam giác thành dải băng có chiều rộng 5cm-10cm tùy theo chiều dài vết thương | | |
|  | Băng kín vết thương | | Đặt khăn lên mặt sau nơi bị tổn thương, 1 đường băng đi qua vết thương, đường băng sau đi đè lên đường băng trước tạo chữ X (bắt chéo) ngay tại vết thương. | | |
|  | Cố định khăn được chắc chắn | | Buộc cố định 2 đầu băng, nút buộc không vào vết thương và vị trí tỳ đè. | | |
|  | **BĂNG NGÓN TAY**  Description: 14194228_830593513741760_890400625_n  Hình 11.6: Băng bàn tay tách ngón | | | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại cổ tay | | Cố định hai vòng băng ở cổ tay | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng rắn cuốn, xoáy ốc, số 8 | | Cuộn băng lăn từ phải sang trái:  Tay trái: đường băng đi từ cổ tay xuống ngón út bằng băng rắn cuốn, đi lên cổ tay bằng băng xoáy ốc  Tay phải: đường băng đi từ cổ tay xuống ngón cái bằng băng rắn cuốn, đi lên cổ tay bằng băng xoáy ốc | | |
| 19. | Băng kín vết thương | | Vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng ở cổ tay | | Tại vị trí cổ tay, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | **BĂNG BÀN TAY** | | | | |
|  |  |  | | | Cứu thương : Băng Bàn tay - Bàn chân - Đầu bằng khăn tay | GĐPT Việt Nam  Kiểu băng tùy ứng |
| Kiểu băng chính quy | | | |
| Hình 11.7: Băng bàn tay | | | | |
|  | **Chính quy** | |  | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại cổ tay và bàn tay | | Đi 3 đường băng hồi quy, cố định hai vòng băng ở cổ tay | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng hồi quy, xoáy ốc, số 8 | | Cuộn băng lăn từ phải sang trái, đi lên đầu các ngón tay, cố định 1 vòng tại đầu các ngón tay, đường băng đi lên cổ tay bằng băng số 8. | | |
| 19. | Băng kín vết thương | | Tiếp tục đi đường băng, vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng 2 vòng ở cổ tay | | Tại vị trí cổ tay, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | **Tùy ứng** | |  | | |
|  | Gấp khăn mùi xoa theo đường chéo | | Tay nạn nhân đặt vào giữa khăn, che kín vết thương. | | |
|  | Băng kín vết thương | | Vắt hai bên dải khăn mùi xoa lên mu bàn tay, bắt chéo chỗ vị trí tổn thương | | |
|  | Cố định khăn được chắc chắn | | Vòng 2 góc xuống dưới cổ tay và cố định khăn lên phía trên cổ tay. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BĂNG VAI** | | | | |
| Kiểu băng chính quy | | | | Kiểu băng tùy ứng |
|  | | Hình 11.2: Băng vai | | |
| ***Chính quy*** | |  | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại cánh tay | Băng 2 vòng khóa ở cánh tay (sát nách) | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng số 8 | Cuộn băng lăn sát cơ thể, đường đi vòng băng theo hình số 8:  - Băng vai (T): đường băng lân từ trước 🡪 lên trên vai 🡪 ra phía sau, luồn sang nách (P), tiếp tục đi lên vai (T) đè lên đường băng trước đó tạo chữ nhân tại vết thương  - Băng vai (P): đường băng lân từ sau 🡪 lên trên vai 🡪 ra phía trước, luồn sang nách (T), tiếp tục đi lên vai (P) đè lên đường băng trước đó tạo chữ nhân tại vết thương | | |
| 19. | Băng kín vết thương | Vòng băng sau đè lên ½ đến 2/3 vòng băng trước, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng ở cánh tay | Tại vị trí: mặt ngoài cánh tay, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | ***Tùy ứng*** |  | | |
|  | Tạo nếp gấp trên đáy khăn tam giác | Gấp khăn tam giác theo cạnh huyền, tạo nếp gấp có bề rộng khoảng 5 cm | | |
|  | Băng kín vết thương. | - Đặt khăn lên vai, phần nếp gấp đặt mặt ngoài cánh tay bên vai tổn thương  - Kéo góc đỉnh của khăn tam giác phủ kín vết thương. | | |
|  | Cố định băng | Đường băng ép vào vết thương tác dụng cầm máu và che vết thương: dải băng sau từ sau ra trước lên vai tổn thương, dải băng trước qua ngực sang nách đối diện, đi ra sau.  Buộc 2 đầu khăn tam giác vào nhau, nút buộc không vào vết thương. Gấp đầu góc đỉnh vào sau chỗ bắt chéo trên vai. | | |
|  | **BĂNG KHUỶU TAY, ĐẦU GỐI** | | | |
| Kiểu băng chính quy | | | | Kiểu băng tùy ứng |
| Hình 11.6: Băng khuỷu tay | | | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại cẳng tay | - Băng ly tâm: vòng khóa ở khuỷu tay.  - Băng hướng tâm: vòng khóa ở cẳng tay. | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng số 8 | Cuộn băng lăn sát cơ thể, băng từ trái sang phải  - Băng ly tâm: đường đi của băng đi theo hình số 8, từ vị trí khuỷu tay đi ra ngoài.  - Băng hướng tâm: đường đi của băng đi theo hình số 8, từ ngoài đi vào khuỷu tay. | | |
| 19. | Băng kín vết thương | Vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng ở cánh/cẳng tay | Tại vị trí ở cẳng tay hoặc cánh tay, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | **Tùy ứng** |  | | |
|  | Tạo nếp gấp trên đáy khăn tam giác. | Gấp khăn tam giác theo cạnh huyền, tạo nếp gấp có bề rộng khoảng 5 cm. | | |
|  | Băng kín vết thương. | - Đặt khăn lên khuỷu tay, phần nếp gấp dưới cẳng tay.  - Kéo góc đỉnh của khăn tam giác lên trên cánh tay. | | |
|  | Cố định khăn được chắc chắn | Vòng 2 góc trái và phải bắt chéo qua nếp gấp khuỷu tay, tiếp tục vòng lên cánh tay và buộc cố định ở cánh tay. Gấp góc đỉnh xuống vào trong nút buộc. | | |
| **BĂNG ĐẦU** | | | | |
| Các kiểu băng bó vết thương ai cũng cần phải biết  Băng chính quy | | | | Description: Sơ cứu vết thương phần mềm - Health Việt Nam  Băng tùy ứng |
|  | Hình 11.1: Băng đầu | | | |
| 17. | Băng vòng khóa quanh đầu | Cố định hai vòng băng ở xung quanh đầu (trên 2 cung lông mày, trên hai tai, dưới chẩm) | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng hồi quy | Một cuộn băng gấp đi gấp lại ở trên đầu, đường băng đầu tiên đi chính giữa, các đường băng sau lần lượt lân sang hai bên đến khi kín vết thương | | |
| 19. | Băng kín vết thương | Vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, kết thúc bởi hai đường băng hoặc cài kim băng ở trước trán | | |
| 20. | Cố định băng quanh đầu | Băng 2 vòng khóa ở quanh đầu, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | **Tùy ứng** |  | | |
|  | Tạo nếp gấp trên đáy khăn tam giác. | Gấp khăn tam giác theo cạnh huyền, tạo nếp gấp có bề rộng khoảng 5 cm. | | |
|  | Che kín vùng đầu tổn thương. | - Đặt khăn lên trán, phần nếp gấp sát cung lông mày, trên tai, dưới chẩm.  - Kéo góc đỉnh của khăn tam giác qua đầu về phía sau. | | |
|  | Cố định khăn được chắc chắn | Vòng 2 góc trái và phải ra sau đầu (vùng chẩm), tiếp tục vòng ra trước, buộc lại. Chú ý không che kín tai, đè lên góc đỉnh, bắt chéo nhau. Gấp đầu góc đỉnh vào sau chỗ bắt chéo | | |
|  | **BĂNG NGỰC** | | | |
|  | Băng chính quy | | https://doctors24h.vn/uploads/news/05_2019/cach-bang-bo5.jpg  Băngtùy ứng | |
|  | Hình 11.3: Băng ngực | | | |
| 17. | Băng vòng khóa tại bụng | Cố định vòng khóa ngang cơ hoành. | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng số 8 | Kiểu băng số 8: Cuộn băng lăn từ phải sang trái, đường băng đi qua vị trí tổn thương, lên vai, đường băng tiếp tục đi qua ngực (tạo chữ X tại vị trí tổn thương) | | |
| 19. | Băng kín vết thương | Vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng ở bụng | Tại vị trí bụng, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
|  | **Tùy ứng** |  | | |
|  | Tạo nếp gấp trên đáy khăn tam giác. | Gấp khăn tam giác theo cạnh huyền, tạo nếp gấp có bề rộng khoảng 5 cm. | | |
|  | Phủ khăn kín 1 bên ngực của nạn nhân | - Đặt khăn lên ngực, phần nếp gấp ngang cơ hoành.  - Kéo góc đỉnh của khăn tam giác lên trên vai bên ngực tổn thương. | | |
|  | Cố định khăn được chắc chắn | Vòng 2 góc trái và phải ra sau lưng buộc lại sao cho tạo thành 1 dải dây dài hơn, tiếp tục buộc dải dây đó với góc đỉnh khan tam giác ở trên vai. | | |
| **BĂNG MẮT**    Hình 11.5: Băng mắt | | | | |
| 17. | Băng vòng khóa quanh đầu, ngang trán | Cố định hai vòng băng ở xung quanh đầu (trên 2 cung lông mày, trên hai tai, dưới chẩm) | | |
| 18. | Áp dụng kiểu băng số 8 | Cuộn băng lăn từ phải sang trái:  Mắt trái: đường băng đi từ đầu xuống mắt bị tổn thương, qua góc hàm, và đi chéo lên đầu.  Mắt phải: đường băng đi từ góc hàm qua mắt bị tổn thương, lên đầu và đi chéo xuống góc hàm. | | |
| 19. | Băng kín vết thương | Vòng băng sau đè lên 1/2 đến 2/3 vòng băng trước, khoảng cách các vòng băng đều nhau, băng kín vết thương | | |
| 20. | Cố định băng quanh đầu | Băng 2 vòng khóa cố định quanh đầu, nút buộc không vào vị trí tì đè | | |
| **21** | Kiểm tra tuần hoàn đầu chi/ tại nơi băng | Đảm bảo băng không quá chặt, tuần hoàn dưới phần tổn thương bình thường  Hỏi tình trạng đau của nạn nhân  Quan sát phần dưới của vết thương hoặc so sánh 2 phần chi thể | | |
| 22 | Thu dọn dụng cụ. | - Phân loại rác đúng quy định.  - Xử lí rác.  - Phân loại dụng cụ đúng theo quy định. | | |
| 23 | Ghi hồ sơ: | Ghi đầy đủ nội dung để bàn giao và đảm bảo theo dõi liên tục.  - Tình trạng vết thương.  - Phương pháp xử trí.  - Ngày, giờ xử trí.  - Tên người xử trí. | | |
| Lượng giá | |  | | |
| 22. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | | | |

**4. 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.

# **BÀI 12: KỸ NĂNG THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức:**  1. Trình bày được phân loại vết thương và các giai đoạn của sự lành vết thương.  2. Trình bày được mục đích, nguyên tắc của thay băng rửa vết thương  **\* Kỹ năng:**  3. Thực hiện được kỹ thuật thay băng rửa vết thương theo đúng quy trình an toàn và đạt hiệu quả trên người bệnh giả định tại phòng tiền lâm sàng.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thay băng rửa vết thương cho người bệnh trong tình huống giả định.  **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện thay băng rửa vết thương cho người bệnh trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thay băng rửa vết thương cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

**Vết thương** là dạng thương tổn khi da bị rách, cắt hoặc đâm thủng (vết thương hở) hoặc bị tác động bởi một lực gây ra chấn thương (vết thương đóng). Trong bệnh lý, nó được xem là vết thương mạnh gây tổn hại lớp biểu bì da..

Chăm sóc vết thương là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc người bệnh của điều dưỡng, việc chăm sóc vết thương tốt giúp người bệnh phục hồi sức khỏe nhanh chóng, kiểm soát vấn đề vô trùng, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, tăng cường niềm tin của người bệnh vào nhân viên y tế.

Chăm sóc vết thương bao gồm chăm sóc các loại vết thương từ đơn giản đến phức tạp như vết thương sạch, vết thương nhiễm khuẩn, hoại tử, loét ép (loét tỳ), vết thương có chỉ khâu, vết thương có ống dẫn lưu, vết thương ghép da… Bên cạnh đó, người điều dưỡng cần phải có kỹ năng sử dụng các loại băng vết thương để che chở và bảo vệ vết thương giúp cho sự lành vết thương diễn ra một cách tốt nhất.

Điều dưỡng cần phối hợp với các đồng nghiệp, các chuyên gia giúp người bệnh phục hồi chức năng các cơ quan bị ảnh hưởng sau phẫu thuật; phối hợp gia đình người bệnh hỗ trợ họ có kiến thức và kế hoạch chăm sóc người bệnh sau khi ra viện, giúp người bệnh phục hồi sức khỏe một cách nhanh chóng.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Giải phẫu sinh lý da và cơ** (đã học)

**2.2. Phân loại vết thương**

***2.2.1. Phân loại theo cơ chế tổn thương:*** Dựa trên các yếu tố bên ngoài tạo nên vết thương, vết thương được chia thành bốn loại:

* Đụng dập (bầm tím)
* Mài mòn (trầy xước da)
* Rách (xé rách)
* Rạch (cắt).

***2.2.2. Phân loại theo mức độ***

* Vết thương cấp tính: Là tổn thương do chấn thương có thể là vết cắt, trượt da, bỏng hoặc các loại chấn thương khác. Vết thương cấp tính thường đáp ứng nhanh với điều trị và thường liền mà không có biến chứng.
* Vết thương mạn tính: Là vết thương không liền theo một trật tự thời gian tương đối chỉ mang lại sự toàn vẹn về giải phẫu và chức năng. Vết thương mạn tính có đặc trưng chung là sự hiện diện bệnh lý và thường liên quan đến quá trình viêm dai dẳng, kéo dài hay ngăn cản quá trình liền thương. Vì liền thương thông qua quá trình liền thương thứ phát có sự xuất hiện mô hạt như vết loét tỳ đè, loét chân….

***2.2.3. Phân loại theo mức độ nhiễm khuẩn***

* Vết thương sạch: Là vết thương ngoại khoa được thực hiện dưới các điều kiện vô khuẩn, không bị nhiễm khuẩn, không nằm trong vùng của hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu và không có ống dẫn lưu.
* Vết thương sạch có nguy cơ nhiễm khuẩn: Là vết thương không có dấu hiệu nhiễm khuẩn nhưng nằm trong vùng hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu, vết thương hở, vết thương có ống dẫn lưu.
* Vết thương nhiễm khuẩn: Là vết thương nhiễm khuẩn, vết thương do tai nạn, dập nát, vết thương trên vùng có nhiễm khuẩn trước mổ (ví dụ: viêm phúc mạc, chấn thương ruột...).
* Vết thương bẩn: Là vết thương có mủ, hoại tử và có nguồn gốc bẩn từ trước.

*2.2.4.* ***Phân loại vết thương phẫu thuật***

* Phẫu thuật sạch: Vết mổ không bị viêm nhiễm, không phải là phẫu thuật vùng hầu miệng, hệ hô hấp, hệ tiêu hóa, sinh dục, tiết niệu. Phẫu thuật do một chấn thương kín cũng xếp vào loại này.
* Phẫu thuật sạch nhiễm**:** phẫu thuật hệ hô hấp, tiêu hóa, sinh dục, tiết niệu trong điều kiện có kiểm soát và không bị nhiễm trùng bất thường. Những phẫu thuật cắt ruột thừa, phẫu thuật đường sinh dục nữ, đường mật, đường hầu họng cũng có thể xêp vào tiêu chuẩn này nếu không có bằng chứng nhiễm trùng hay không bị gián đoạn kỹ thuật.
* Phẫu thuật nhiễm: bao gồm vết thương hở, chấn thương mới hay taị nạn. Ngoài ra, những phẫu thuật có gián đoạn trong kỹ thuật vô khuẩn (ví dụ: xoa bóp tim hở) hay thủng lớn từ đường tiêu hóa, và những đường rạch bị viêm cấp tính nhưng không có mủ.
* Phẫu thuật bẩn**:**bao gồm các chấn thương cũ có mô hoại tử, dị vật và những vết thương có nhiễm trùng rõ trên lâm sàng hay thủng tạng rỗng. Những vi khuẩn gây bệnh sau phẫu thuật đã có hiện diện ở thời điểm trước phẫu thuật.

**2.3. Sự lành của vết thương**

Khi có một vết thương thì sẽ xảy ra quá trình lành vết thương. Bản chất của quá trình liền vết thương giống nhau đối với các vết thương có độ sâu giống nhau, nhưng thời gian lành vết thương tuỳ thuộc vào vị trí và độ rộng của vết thương, tốc độ tái sinh của các tế bào bị tổn thương, và tổng trạng của người bệnh.

***2.3.1. Các giai đoạn của quá trình lành vết thương***

* Lành vết thương là một quá trình sinh học nhằm thay thế mô chết bằng mô lành như một sự tiếp tục của hoạt động tăng trưởng bình thường trong cơ thể. Đây là một hoạt động có 2 chiều hướng:
* Loại bỏ vật lạ có hại.
* Tu bổ tái sinh lại mô.
* Lành vết thương được chia thành 4 giai đoạn:
* Giai đoạn cầm máu ;
* Giai đoạn viêm ;
* Giai đoạn tăng sinh ;
* Giai đoạn tái tạo ;

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Hình 12.1. Các giai đoạn lành vết thương | |

***2.3.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền thương***

*2.3.2.1. Các yếu tố cá nhân*

- Tuổi: Những thay đổi do quá trình lão hoá bình thường có thể làm cản trở quá trình liền thương. Tuần hoàn hơi chậm làm hạn chế quá trình cung cấp oxy cho cho vết thương. Hoạt động của nguyên bào sợi, và sự tổng hợp collagen cũng giảm theo tuổi vì thế sự phát triển phân hoá và tái xây dựng của tế bào sẽ chậm hơn.

- Thuốc:

Nhiều thuốc, ngoài tác dụng chính của nó còn có ảnh hưởng đến quá trình đáp ứng miễn dịch, và ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.

Các chất kháng đông, làm giảm sự hình thành các cục máu đông, làm tăng khả năng chảy máu ở bên trong vết thương: Aspirin, thuốc kháng viêm không steroid, làm giảm sự kết tụ tiểu cầu, làm kéo dài thời gian chảy máu.

- Stress: Các stress tâm lý hay sinh lý kích thích sự phóng thích catecholamin, gây ra sự co mạch và cuối cùng làm giảm lưu lượng máu chảy đến vết thương. Chấn thương, đau, và các bệnh cấp tính hay mãn tính đều có thể gây ra stress.

*2.3.2.2. Các yếu tố tại chỗ*

- Nhiễm trùng:

Các vi khuẩn có thể xâm nhập vào các vết thương hở, nhưng quá trình liền thương vẫn diễn ra. Khi số lượng vi khuẩn gây bệnh đủ lớn sẽ gây ra tình trạng nhiễm trùng, khi đó quá trình liền thương bị trì hoãn, điều này đặc biệt đúng đối với các vết loét tì đè và loét ở chân. Các vi khuẩn thường được tìm thấy trong các vết loét tì đè và loét ở chân bao gồm: staphylococcus aureus, pseudomonas aeruginosa...

Nhiễm trùng cũng có thể do phẫu thuật, đặc biệt phẫu thuật ở vùng dễ nhiễm bệnh như tiêu hoá, niệu sinh dục. Nhiễm trùng càng dễ xảy ra đối với các vết thương có dị vật hoặc mô hoại tử.

- Môi trường xung quanh vết thương

Môi trường xung quanh vết thương có ảnh hưởng đến quá trình liền thương, pH (7-7,6). Nếu dịch từ các ống dẫn lưu dò rỉ có thể làm thay đổi độ pH, gây viêm loét xung quanh vết thương do đó ống dẫn lưu phải đảm bảo kín và chăm sóc đúng cách tránh dịch dò rỉ ra ngoài.

Tình trạng tăng áp lực tại vết thương ví dụ như (bụng chướng căng) ảnh hưởng đến quá trình liền thương, do áp lực gây căng ép lên vết thương ở bụng, có khả năng gây trở ngại cho quá trình liền thương.

**2.4. Nguyên tắc cơ bản khi thực hiện kỹ năng chăm sóc vết thương**

***2.4.1. Mục đích của chăm sóc vết thương***

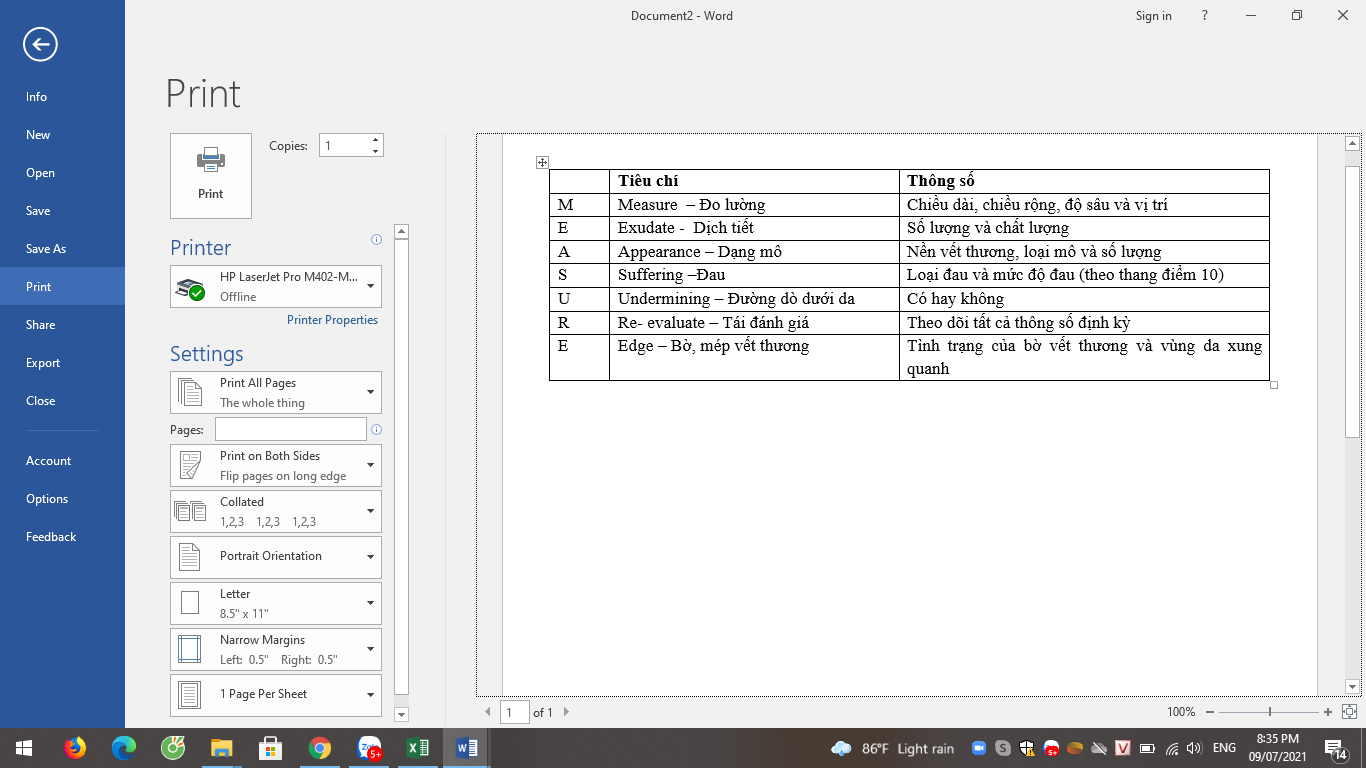
* Đánh giá tình trạng vết thương.
* Làm sạch, mau lành vết thương.
* Bôi đắp thuốc khi có chỉ định.

***2.4.2. Nguyên tắc thay băng***

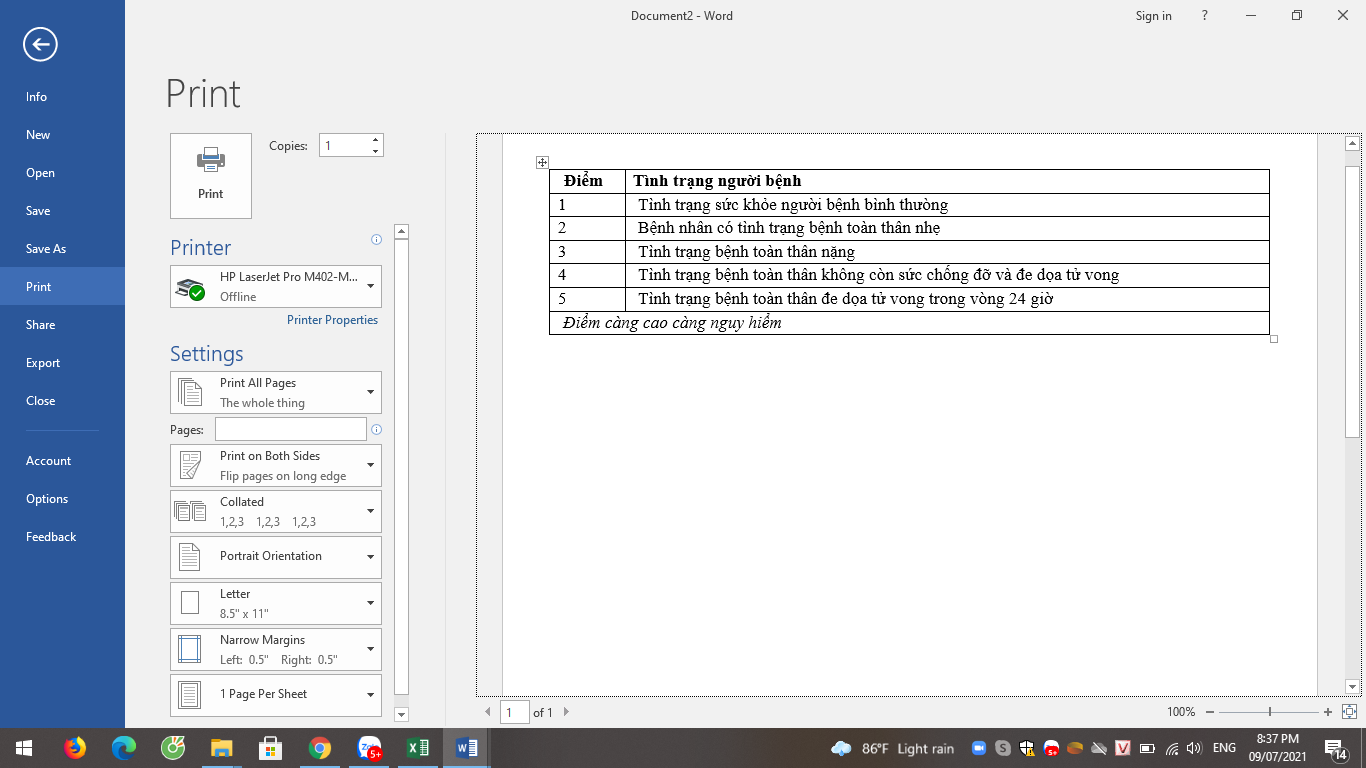
* Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi thay băng vết thương
* Mỗi bộ dụng cụ thay băng chỉ dùng riêng cho một người bệnh
* Rửa vết thương đúng nguyên tắc từ trong ra ngoài với vết thương xác định là sạch
* Trên một người bệnh có nhiều vết thương cần ưu tiên rửa vết thương vô khuẩn trước, rồi đến vết thương sạch, vết thương nhiễm khuẩn
* Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra ngoài từ 3-5 cm
* Bông băng đắp lên vết thương phải phủ kín vết thương
* Vết thương có long, tóc cần cạo sạch trước khi thay băng
* Một số vết thương đặc biệt (có ghép da) khi thay băng phải có chỉ định của bác sĩ.
* Thực hiện thuốc giảm đau trước khi thay băng.
* Thời gian bộc lộ vết thương càng ngắn càng tốt.

***2.4.3. Nhận định/Đánh giá người bệnh có vết thương***

* Đánh giá vết thương phụ thuộc các yếu tố:
* Loại vết thương
* Thời gian xuất hiện vết thương
* Đo lường và mô tả vết thương theo chỉ số đánh giá vết thương (Keast et al ;2004)



* Tình trạng người bệnh theo thang điểm ASA (American Society of Anesthesiologists score).



* Tình trạng dinh dưỡng: những bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng có vết thương kèm theo sẽ tăng nhu cầu dinh dưỡng. nên cho bệnh nhân khám chuyên gia dinh dưỡng để được đánh giá đầy đủ, giúp đưa ra chế độ dinh dưỡng bổ sung cho bệnh nhân
* Đánh giá yếu tố tâm lý-xã hội: Mức độ stress, trầm cảm, tình trạng giấc ngủ

🡪 Việc đánh giá vết thương cần thực hiện một cách toàn diện, ngoài việc đánh giá tại chỗ (nền vết thương, bờ vết thương), mùi, dịch tiết vết thương, kích cỡ, độ sâu , chúng ta cần lưu ý đến da vùng xung quanh vết thương, ngay cả việc phải sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng như đo các chỉ số TcPO2 ( áp phần oxygen qua da ), Chỉ sốABI v.v.

**Một số loại dung dịch và tác dụng của dung dịch thường dùng rửa vết thương**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Một số loại dung dịchrửa vết thương** | **Tác dụng** |
| 1 | Description: http://galleryplus.ebayimg.com/ws/web/130824880641_1_0_1/1000x1000.jpg  Hình 12.5. Betadin 1/1000 | Có tính khử khuẩn cao, không gây kích ứng mô và sự lành vết thương. Dùng sát khuẩn da, niêm mạc, rửa vết thương và các xoang của cơ thể. |
| 2 | Description: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/a/a1/L%E1%BB%8D_%C3%B4xy_gi%C3%A0.jpg/220px-L%E1%BB%8D_%C3%B4xy_gi%C3%A0.jpg  Hình 12.6. Oxy già (H2O2) | - Làm co mạch máu tại chỗ, chỉ định rửa các vết thương sâu, có mủ, nhiễm trùng, nhiều đất cát.  - Không dùng để rửa vết thương đang lên mô hạt. |
| 3 | Description: http://www.mammothpetsupplies.com.au/assets/full/36306.jpg  Hình 12.7. NaCl 0.9%. (Normalsaline) | - Dùng rửa những vết thương thông thường , lành tính. |
| 4 | Description: http://4.bp.blogspot.com/_tugjD0mUn6M/TQEjB8w6t-I/AAAAAAAABoE/mcSO6HwYEvc/s1600/images+%25285%2529.jpg  Hình 12.8. Thuốc tím 1/1000 -1/10000 KMnO4 | Chỉ định rửa vết thương có nhiều chất nhờn. |
| 5 | Description: http://www.healthykin.com/images/Product/large/3963.jpg  Hình 12.9. Prontosan | Chỉ định làm sạch, làm ẩm, ngăn ngừa nhiễm khuẩn đối với các vết thương cấp và mãn tính. |
| 6 | Description: https://www.pharmaciebailly.com/photos/articles/3400934117848.jpg  Hình 12.10. Eau dakin | Gồm oxy già 0,5; acid boric 0,5 dùng diệt vi khuẩn gram (+), sử dụng tốt trong vết thương có mô hoại tử (băng nóng ướt). |
| 7 | Description: http://img.thuocbietduoc.com.vn/images/drugs/OPC/ThuocDo.jpg  Hình 12.11. Thuốc đỏ | Làm khô các niêm mạc, cẩn thận khi dùng vì có thể gây ngộ độc Hg khi dùng trên vết thương có diện tích rộng. Không sử dụng ở những vị trí thẩm mỹ: vì khi tiếp xúc ánh sáng mặt trời bị oxy hóa sẽ để lại vết thâm sạm màu. Không sử dụng khi sơ cứu ban đầu vì không theo dõi được tình trạng vết thương. |
| 8 | Description: https://dccdn.de/shop.doccheck.com/out/pictures/generated/product/1/354_354_95/schuelke_occteniderm_450x450_z1.jpg  Hình 12.12. Octenidine dihydrochloride | Là một kháng sinh tại chỗ, hiện đang ngày càng được sử dụng trong lục địa châu Âu như là một thay thế cho chlorhexidine. Như tác nhân kháng khuẩn tại chỗ, Octenidine thường được sử dụng cho vết thương hở khử nhiễm. Octenidine đáp ứng các nhu cầu cho một kháng sinh phổ rộng phù hợp cho việc chăm sóc vết thương. |

**Đặc điểm và chỉ định của các loại băng vết thương**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Các loại băng** | **Đặc điểm** | **Chỉ định** |
| **1** | Description: http://www.tamducmse.com.vn/image/cache/data/IMG_3407-2-500x500.jpg  Hình 12.13. Băng alginate | - Tính thấm hút cao, thường dùng đặt vào trong vết thương.  - Cần có băng phủ ngoài. | Vết thương sâu, khuyết mô, nhiễm khuẩn có dẫn lưu, dò. |
| **2** | Description: http://www.baothach.com.vn/Home/wp-content/uploads/G%E1%BA%A1c-Y-T%E1%BA%BF.jpg  Hình 12.14. Gạc | - Tính thấm hút tốt, sợi cotton thông thoáng bề mặt.  - Có thể tẩm nước muối sinh lý để lầm ẩm vết thương lớn. | - Sử dụng rộng rãi cho những vết thương.  - Nhét dẫn lưu vết thương sâu. |
| **3** | Description: http://www.northamericanrehab.com/store/media/catalog/product/cache/1/image/260x/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/h/y/hydrotac_nonadh_packaging.jpg  Hình 12.5. Băng mỏng | - Có màu da, làm từ hydroactive, có keo dính mặt sau.  - Lớp đệm thấm dịch tiết vừa phải, giữ vết thương luôn ẩm.  - Bít bề mặt không cho oxy tiếp xúc vết thương. | - Những vết thương cạn, mô hạt đỏ.  - Loét do tỳ đè.  - Loét tĩnh mạch chân. |
| **4** | Description: http://www.healthykin.com/images/Product/large/2973.jpg  Hình 12.16. Hydrogel | - Miểng mỏng trong suốt bằng polymer.  - Thấm hút dịch dẫn lưu và cung cấp độ ẩm cho vết thương, làm mát da. | - Vết thương cạn, mô hạt đỏ, vết thương mất da, vết bỏng nhỏ.  - Loét ép (loét tỳ) độ I, II. |
| **5** | Description: http://manufacturability.files.wordpress.com/2013/02/320405.jpeg  Hình 12.17. Polyurethane foam | - Mềm nhẹ, khả năng thấm hút tùy độ dày.  - Tạo độ ẩm cho bề mặt vết thương. | - Vết thương cạn, mô hạt đỏ.  - Phủ vết thương đã nhét merch. |
| **6** | Description: http://dk.hartmann.info/images/Hydrotul_a_42339.jpg  Hình 12.18. Băng dính trong suốt | - Film polyurethane có băng dính phía sau, có nhiều lỗ thoát hơi.  - Duy trì độ ẩm vết thương, không có tính thấm hút. | - Vết thương cạn, mô hạt đỏ, ít dịch.  - Bảo vệ vùng dễ tỳ đè, có thể dùng thay băng keo. |

**3. Quy trình kỹ thuật**

|  |
| --- |
| Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.  Tầng 1:  - 1 hộp dụng cụ vô khuẩn (mỗi người bệnh thay băng bằng 1 hộp dụng cụ riêng), trong hộp có: + 1- 2 kẹp phẫu tích + 2 panh không mấu. + 1 kéo+ 2 bát kền  - Dung dịch rửa vết thương: 1 lọ oxy già, 1 chai NaCl 9 0/00  - Dung dịch sát khuẩn vết thương: 1 lọ betadine (hoặc providine)  - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Clincare)  - Ống trụ cắm panh vô khuẩn: 1pank có mấu, 1 pank ko mấu  Tầng 2:  - Gạc cầu, gạc đắp vết thương  - Nilon lót khi thay băng  - Túi nilon nhỏ/khay hạt đậu  - Băng dính, kéo cắt băng  - Băng optiskin  - Băng cuộn; Túi hậu môn nhân tạo (nếu cần)  - Găng sạch  Tầng 3:  - Thùng đựng rác mã màu theo quy định. |

**3.1. Thay băng rửa vết thương sạch**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | |  |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | - Mức độ tỉnh táo, tình trạng bệnh lý, đánh giá dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Người bệnh/người nhà phối hợp |
| 3. | Nhận định vết thương/vết mổ | - Vết thương/vết mổ:  tình trạng đau tại vết mổ/vết thương; tình trạng băng (gạc): màu sắc, khô ướt, thấm dịch; Kích thước, hình dạng, vị trí;  - Hệ thống dẫn lưu (nếu có) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thay băng rửa vết thương sạch đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy.  Đeo khẩu trang | Theo đúng quy trình 6 bước  Đeo khẩu trang đúng kỹ thuật |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp, phù hợp với vị trí vết thương |
| 8. | Bộc lộ vết thương, trải nilon/đặt khay hạt đậu | Trải nilon dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon cạnh vết thương. |
| 9. | Tháo bỏ băng cũ | Tháo bỏ băng cũ bằng tay hoặc bằng kẹp Kocher. |
| 10. | Đánh giá tình trạng vết thương | Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương 🡪 xác định là vết thương sạch. |
| 11. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 12. | Mở khay dụng cụ vô khuẩn | Mở khay dụng cụ đúng kỹ thuật, đổ gạc vào khay vô khuẩn, đổ dung dịch rửa, sát khuẩn vết thương vào bát kền (nếu cần) |
| 13. | Mang găng tay sạch | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 14. | Rửa chân băng dính | Rửa chân băng dính bằng NaCl 0,9%, không còn băng dính trên da |
| 15. | Rửa vết thương | Bằng dung dịch NaCl 0,9%: từ mép vết thương ra ngoài, từ trên xuống dưới (rửa bên đối diện với điều dưỡng trước, phía điều dưỡng sau), rửa trực tiếp trên vết thương. |
| 16. | Thấm khô vết thương. | Thấm khô trực tiếp vào vết thương |
| 17. | Sát khuẩn vết thương. | Bằng dung dịch sát khuẩn: từ mép vết thương ra ngoài, từ trên xuống dưới (sát khuẩn bên đối diện với điều dưỡng trước, phía điều dưỡng sau), sát khuẩn trực tiếp trên vết thương |
| 18. | Đặt gạc che kín vết thương và băng lại. | Đặt gạc có bông phủ kín vết thương và cố định bằng băng dính  https://phacdochuabenh.com/dieu-duong-2/Dieu-duong-co-ban-60.jpg  Hình12.2: Đặt gạc che kín vết thương |
| 19. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Dặn dò người bệnh  Cảm ơn | - Người bệnh được đặt ở tư thế thoải mái sau khi thay băng rửa vết thương  - Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin sau khi thay băng rửa vết thương |
| 20. | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 21. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Vị trí, kích thước, tiến triển vết thương. |
| **Lượng giá** | | |
| 22. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**3.2. Quy trình kỹ thuật thay băng vết thương nhiễm khuẩn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | - Mức độ tỉnh táo, tình trạng bệnh lý, đánh giá dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Người bệnh/người nhà phối hợp |
| 3. | Nhận định vết thương/vết mổ | - Vết thương/vết mổ:  tình trạng đau tại vết mổ/vết thương; tình trạng băng (gạc): màu sắc (vàng, mủ, lẫn máu), khô ướt, thấm dịch; Kích thước, hình dạng, vị trí; Đã được cắt chỉ thoát lưu mủ? Cắt chỉ ngày mấy? Số lượng dịch mủ ra?  - Hệ thống dẫn lưu (nếu có) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thay băng cắt chỉ vết thương nhiễm khuẩn an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy.  Đeo khẩu trang | Theo đúng quy trình 6 bước  Đeo khẩu trang đúng kỹ thuật |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp, phù hợp với vị trí vết thương |
| 8. | Bộc lộ vết thương, trải nilon/đặt khay hạt đậu | Trải nilon dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon cạnh vết thương. |
| 9. | Tháo bỏ băng cũ | Tháo bỏ băng cũ bằng tay hoặc bằng kẹp Kocher. |
| 10. | Đánh giá tình trạng vết thương | Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương 🡪 xác định là vết nhiễm khuẩn |
| 11. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 12. | Mở khay dụng cụ vô khuẩn | Mở khay dụng cụ đúng kỹ thuật, đổ gạc vào khay vô khuẩn, đổ dung dịch rửa, sát khuẩn vết thương vào bát kền (nếu cần) |
| 13. | Mang găng tay sạch | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 14. | Rửa chân băng dính | Rửa chân băng dính bằng NaCl 0,9%, không còn băng dính trên da |
| 15. | Rửa vết thương | Dùng dung dịch NaCl 0,9% rửa xung quanh vết thương sau đó rửa trực tiếp vào vết thương, nhiều lần cho đến khi sạch |
| 16 | Nặn mủ  Rửa H2O2 (nếu cần) | - Dùng mũi kẹp Kocher tách nhẹ mép vết thương để cho dịch mủ từ trong vết thương chảy ra.  - Gắp gạc củ ấu ấn nhẹ dọc theo vết thương cho dịch ở trong vết thương chảy ra hết.  - Dùng oxy già để làm sạch vết thương.  - Dùng gạc thấm khô oxy già. |
| 17 | Rửa lại vết thương | - Dùng dung dịch NaCl 0,9% rửa lại vết thương cho sạch, rửa rộng xung quanh vết thương và các vùng lân cận; rửa vết thương từ mép vết thương ra ngoài (phía bên đối diện trước, phía bên điều dưỡng sau). Sau đó rửa sạch vết thương từ trên xuống dưới. |
| 18 | Thấm khô vết thương. | Thấm khô trực tiếp vào vết thương |
| 19 | Sát khuẩn vết thương. | - Sát khuẩn xung quanh vết thương bằng Betadine.  - Sát khuẩn vết thương và chân chỉ từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới (phía bên đối diện người điều dưỡng trước). |
| 20. | Đặt gạc che kín vết thương và băng lại. | Đặt gạc có bông phủ kín vết thương.  Băng vết thương bằng băng dính |
| 21. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Dặn dò người bệnh  Cảm ơn | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp với vị trí vết thương.  Dặn người bệnh báo cáo lại với nhân viên y tế những bất thường:  + Tại chỗ: vết thương chảy dịch, sưng, đau …  + Toàn thân: sốt, mệt mỏi, nhức đầu hoa mắt, chóng mặt… |
| 22. | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 23. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Vị trí, kích thước, tiến triển vết thương. |
| **Lượng giá** | | |
| 24 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**3.3. Quy trình kỹ thuật thay băng rửa chân ống dẫn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | |  |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | - Mức độ tỉnh táo, tình trạng bệnh lý, đánh giá dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Người bệnh/người nhà phối hợp |
| 3. | Nhận định dẫn lưu | - Vị trí dẫn lưu. Loại dẫn lưu. Mục đích đặt. Dẫn lưu ngày mấy?  Tình trạng hoạt động của dẫn lưu. Đánh giá số lượng, màu sắc và tính chất dịch dẫn lưu. => Ghi nhận hằng ngày khi thực hiện chăm sóc.  Dẫn lưu có cần bơm rửa hay không?  Có chỉ định rút hay chưa? |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thay băng rửa chân ống dẫn lưu an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy.  Đeo khẩu trang | Theo đúng quy trình 6 bước  Đeo khẩu trang đúng kỹ thuật |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp, phù hợp với vị trí vết thương |
| 8. | Bộc lộ vết thương, trải nilon/đặt khay hạt đậu | Trải nilon dưới vết thương, đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon cạnh vết thương. |
| 9. | Tháo bỏ băng cũ | Tháo bỏ băng cũ bằng tay hoặc bằng kẹp Kocher. |
| 10. | Đánh giá tình trạng ống dẫn lưu, chân ống dẫn lưu | - Màu sắc, khô ướt, thấm dịch 🡪 xác định tình trạng tại chân ống dẫn lưu sạch/nhiễm khuẩn  - Số lượng dịch dẫn lưu |
| 11. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 12. | Mở khay dụng cụ vô khuẩn | Mở khay dụng cụ đúng kỹ thuật, đổ gạc vào khay vô khuẩn, đổ dung dịch rửa, sát khuẩn vết thương vào bát kền (nếu cần) |
| 13. | Mang găng tay sạch | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 14. | Rửa chân băng dính | Rửa chân băng dính bằng NaCl 0,9%, không còn băng dính trên da |
| 15. | Rửa chân ống dẫn lưu  https://phacdochuabenh.com/dieu-duong-2/Dieu-duong-co-ban-59.jpg  Hình: Cách rửa chân ống dẫn lưu | Dùng kẹp rửa chân ống dẫn lưu từ trong ra ngoài đường kính 5 cm, rửa thân ống dẫn lưu khoảng 7-10 cm (từ chân ống lên) bằng NaCl 0,9 %. |
| 16. | Thấm khô vết thương. | Thấm khô trực tiếp vào vết thương |
| 17. | Sát khuẩn chân ống dẫn lưu | Sát khuẩn chân và thân ống dẫn lưu bằng dung dịch betadine từ trong ra ngoài, từ chân ống lên thân ống dẫn lưu 7-10 cm. |
| 18. | Đặt gạc che kín chân ống dẫn lưu và băng lại. | Cắt gạc (hình chữ Y hoặc L), đặt gạc phủ kín chân ống dẫn lưu, 2 mép gạc chồng lên nhau, cố định bằng băng dính. |
| 19. | Xả dịch hay thay túi chứa. | - Dùng kẹp kẹp ống dẫn lưu.  - Quan sát, ghi nhận số lượng, màu sắc, tính chất dịch.  - Mang găng sạch.  - Trường hợp xả dịch:   * Đặt dụng cụ chứa, mở khóa cho dịch chảy hết trong túi chứa. * Đóng khóa lại, mở kẹp. * Đặt túi chứa dịch ở vị trí phù hợp.   - Trường hợp thay túi:   * Tháo dây cầu nối ra khỏi dẫn lưu. * Sát khuẩn đầu dẫn lưu. * Gắn dây cầu nối có túi chứa vào dẫn lưu. * Mở kẹp.   Treo túi chứa vào vị trí thích hợp |
| 20. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Dặn dò người bệnh  Cảm ơn | - Người bệnh được đặt ở tư thế thoải mái sau khi thay băng rửa vết thương  - Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin sau khi thay băng rửa vết thương |
| 21. | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 22. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Vị trí, kích thước, tiến triển vết thương. |
| **Lượng giá** | | |
| 23. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**KỸ NĂNG SƠ CẤP CỨU BAN ĐẦU**

# **BÀI 11: CẤP CỨU NẠN NHÂN NGỪNG HÔ HẤP, NGỪNG TUẦN HOÀN**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức**   1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng của nạn nhân ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn. 2. Phân tích kỹ thuật kiểm tra hơi thở, mạch đập. 3. Trình bày những dấu hiệu chứng tỏ ép tim-thổi ngạt có hiệu quả.   **\* Kỹ năng**   1. Thực hiện cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp ngừng tuần hoàn an toàn và hiệu quả trên tình huống/mô hình giả định tại phòng tiền lâm sàng. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp ngừng tuần hoàn an toàn trong tình huống giả định.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**   1. Thể hiện được thái độ khẩn trương, cẩn thận, chính xác khi thực hiện cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp ngừng tuần hoàn trong tình huống giả định. 2. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp ngừng tuần hoàn an toàn trong tình huống giả định. |

NỘI DUNG

**1. Giới thiệu**

Ngừng tuần hoàn là trạng thái tim ngừng cung cấp máu cho cơ thể, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như não, tuần hoàn vành, phổi…

Ngừng tuần hoàn có thể xảy ra đột ngột trên một quả tim hoàn toàn khoẻ mạnh như trong các tai nạn do điện giật, đuối nước, sốc phản vệ, đa chấn thương… Nhưng cũng có thể là hậu quả cuối cùng của một bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối như ung thư, xơ gan, suy tim, suy thận…

Ngừng tuần hoàn kéo theo ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn và hô hấp là nguyên nhân đồng thời là hậu quả của nhau

Ngừng hô hấp - tuần hoàn là một tối cấp cứu vì nạn nhân đang ở ranh giới giữa sống và chết, có thể gặp trong cộng đồng hoặc ở bệnh viện, nạn nhân cần được tiến hành cấp cứu ngay sau khi bị ngừng hô hấp - tuần hoàn càng sớm càng tốt.

Ngừng tuần hoàn được cấp cứu muộn có nguy cơ chết não hoặc hôn mê kéo dài (hôn mê mãn tính).

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Nguyên nhân**

* *Nguyên nhân do tim:*
* Bệnh thiếu máu cơ tim.
* Tắc mạch vành cấp.
* Các bệnh cơ tim.
* Viêm cơ tim.
* Chấn thương tim chèn ép tim cấp.
* Kích thích trực tiếp vào tim.
* *Nguyên nhân tuần hoàn:*
* Thiếu khối lượng tuần hoàn cấp (các loại sốc).
* Tắc mạch phổi (do khí, do cục nghẽn).
* Cơ chế phản xạ dây phế vị.
* *Nguyên nhân hô hấp:*
* Tràn khí màng phổi nặng.
* Thiếu oxy cấp (thường gây ra vô tâm thu): dị vật, tắc đường thở.
* *Nguyên nhân rối loạn chuyển hoá:*
* Rối loạn chuyển hoá kali.
* Tăng canxi máu cấp.
* Tăng catecholamin cấp.
* Hạ thân nhiệt.
* *Nguyên nhân do thuốc, nhiễm độc:*
* Tác động trực tiếp của thuốc gây ngừng tim.
* Do tác dụng phụ của thuốc.
* *Nguyên nhân khác:*
* Điện giật.
* Đuối nước.

**2.2. Dấu hiệu /triệu chứng nạn nhân ngừng hô hấp ngừng tuần hoàn**

- Dựa vào 3 triệu chứng cơ bản sau:

* Mất ý thức: được xác định khi bệnh nhân gọi hỏi không có đáp ứng trả lời, không có phản xạ thức tỉnh.
* Ngừng thở hoặc thở ngáp:xác định khi lồng ngực và bụng bệnh nhân hoàn toàn không có cử động thở.
* Ngừng tim: khi mất mạch cảnh hoặc mất mạch bẹn.

- Các dấu hiệu/triệu chứng khác như:

* Da nhợt nhạt hoặc tím tái
* Giãn đồng tử và mất phản xạ đồng tử với ánh sáng
* Máu ngừng chảy từ các vết thương.

**2.3. Kỹ thuật kiểm tra hơi thở, mạch đập**

***2.3.1. Kỹ thuật kiểm tra hơi thở***

* Áp má cấp cứu viên vào vùng miệng nạn nhân không nghe thấy hoặc cảm nhận thấy hơi thở của nạn nhân. Hoặc:
* Dùng vật mỏng nhẹ như tóc, mảnh nilon nhỏ đặt vào mũi nạn nhân không thấy di động).
* Dùng gương soi áp vào mũi, miệng nạn nhân không thấy gương mờ do hơi nước).
* Quan sát các cử động vùng ngực không thấy di động.
* Kết hợp kiểm tra mạch đập (tiếng tim).
* Quan sát, nghe và cảm nhận trong 5 giây để quyết định là nạn nhân còn thở hay không.

***2.3.2. Kỹ thuật kiểm tra mạch đập***

* Cấp cứu viên dùng 3 đầu ngón tay kiểm tra động mạch cảnh hoặc động mạch bẹn không thấy đập hoặc áp tai trực tiếp lên vùng tim không thấy tim đập.
* Bắt mạch trong 5 giây để quyết định là mạch nạn nhân còn đập hay không.

**2.4. Nguyên tắc xử trí cấp cứu**

|  |
| --- |
| ***Can thiệp nhanh, tại chỗ, cấp cứu liên tục, kiên trì*** |

Các bước tiến hành xử trí cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp – tuần hoàn được thể hiện bằng phác đồ theo thứ tự chữ cái C,A,B (C= Circulation, A= Airway, B= Breathing)

**2.5. Những dấu hiệu chứng tỏ ép tim-thổi ngạt có hiệu quả**

* Lồng ngực nở ra mỗi khi thổi hơi vào phổi.
* Sờ thấy mạch bẹn hoặc mạch cảnh mỗi khi ép tim.
* Màu da bớt tím tái.
* Có dấu hiệu tự thở.
* Tim của nạn nhân đập lại.
* Ngừng ép tim thổi ngạt khi:
* Nạn nhân mất hẳn tri giác
* Không tự thở
* Đồng tử giãn và không còn phản xạ ánh sáng được 15-20 phút

**3. Quy trình kỹ thuật**

**\* Một số dụng cụ**

|  |
| --- |
| - Kìm mở miệng  - Bóng ambu  - Khay hạt đậu  - Gạc |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | Chào hỏi người bệnh | | Giới thiệu bản thân điều dưỡng |
| **Nhận định** | | | |
| 1 | Nhận định yếu tố nguy cơ gây nguy hiểm cho nạn nhân | | Loại bỏ yếu tố nguy hiểm; dây điện, đưa nạn nhân lên bờ trong trường hợp đuối nước…. |
| 2 | Nhận định toàn trạng | | - Da, niêm mạc tím tái, nhợt nhạt ..  - Quan sát các vết thương có thể có trên cơ thể nạn nhân |
| 3 | Nhận định sự hợp tác người nhà và sự hỗ trợ của người khác | | Gọi sự hỗ trợ của những người xung quanh |
| **Lập kế hoạch** | | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng nạn nhân để tiến hành quy trình cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp - tuần hoàn an toàn và hiệu quả | | |
| **Thực hiện** | | | |
| 5 | Đưa nạn nhân vào nơi an toàn | | Đảm bảo an toàn cho nạn nhân |
| 6 | Xác định nạn nhân bị ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn. | | * Nạn nhân được giữ nguyên ở tư thế khi người cấp cứu phát hiện * Kiểm tra ý thức của nạn nhân bằng cách gọi to, kích thích đau (véo vùng da) đánh giá có hay không đáp ứng của nạn nhân * Kiểm tra hoạt động hô hấp của nạn nhân: nghiêng đầu, áp má sát miệng và mũi nạn nhân, mắt nhìn xuôi xuống ngực nạn nhân để cảm nhận hơi thở và di động lồng ngực khi nạn nhân có hô hấp (nếu có theo dõi biên độ, cách thở và thời gian ngưng thở). * Kiểm tra mạch của nạn nhân ở: * Điểm xác định mạch cảnh: ở vùng cổ, ngang sụn giáp rãnh trước cơ ức đòn chũm. * Điểm xác định mạch bẹn: tại điểm giữa nếp gấp bẹn. |
| 7 | Gọi người hỗ trợ | | Gọi cấp cứu, tập trung sự chú ý của những người xung quanh. Chỉ đích danh 1 người gọi điện đến 115 (nếu điều kiện cho phép). |
| 8 | Chuẩn bị nạn nhân. | | * Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn. * Đặt nạn nhân tư thế nằm ngửa trên mặt phẳng cứng, chân cao hơn đầu; nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván hoặc khay lớn dưới lưng. Nới rộng quần áo, thắt lưng, cravat, áo ngực (phụ nữ).   Động viên người nhà nạn nhân (nếu có), các nguy cơ, diễn biến xấu nhất của nạn nhân có thể xảy ra để họ chuẩn bị tâm lý |
| 9 | Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ hợp lý. | | * Tấm ván hoặc khay lớn rộng hơn lưng nạn nhân (nếu nạn nhân nằm trên giường). * Gạc miếng hoặc vải sạch * Đè lưỡi * Chăn hoặc vải trải giường |
| 10 | Tư thế cấp cứu viên hợp lý | | Cấp cứu viên quỳ ngang vai nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường.  - Trường hợp có 1 người cấp cứu: cấp cứu viên quỳ một bên ngang giữa cổ và ngực nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường   * - Trường hợp có 2 người cấp cứu: người cấp cứu viên số 1: quỳ một bên ngang cổ nạn nhân (thổi ngạt), cấp cứu viên số 2: quỳ một bên ngang ngực nạn nhân (ép tim) |
| **C. HỖ TRỢ TUẦN HOÀN** | | | |
| 11 | Tư thế cấp cứu viên hợp lý | Cấp cứu viên quỳ ngang vai nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường. | |
| 12 | Xác định vị trí ép tim: | - Đặt gốc bàn tay thứ nhất trên xương ức cách mũi ức 2 khoát ngón tay  - Đặt gốc bàn tay 2 lên trên bàn tay 1 với người lớn, trẻ em 1-8 tuổi dùng 1 gốc bàn tay, sơ sinh dùng 2 ngón tay | |
| 13 | Tiến hành ép tim.    Hình 17.1: Ép tim với người lớn    Hình 17.2.Ép tim ở trẻ lớn    Hình 17.3. Ép tim ở trẻ nhỏ    Hình 17.4. Ép tim ở trẻ nhỏ | * Nạn nhân là người lớn và thiếu niên: Hai tay của cấp cứu viên duỗi thẳng, ép thẳng góc xuống lồng ngực với lực ép làm lún ngực nạn nhân ít nhất 5 cm không quá 6 cm, tần số 100 – 120 lần/phút. Để thành ngực nảy lên hoàn toàn sau mỗi lần nhấn ngực, người cứu hộ phải tránh đè lên ngực giữa các lần nhấn ngực. * Nạn nhân là trẻ em (từ 1 tuổi đến tuổi dậy thì): người cấp cứu viên dùng gốc một bàn tay để ép tim lún sâu về phía cột sống 4-5cm nhịp nhàng liên tục với tần số 100 – 120 lần/phút.   Nạn nhân là trẻ sơ sinh: người cấp cứu viên đặt 2 ngón tay trên xương ức dưới đường thẳng giữa 2 núm vú (1 người cấp cứu) hoặc vòng hai bàn tay quanh ngực nạn nhân với hai ngón cái đặt nằm cạnh nhau trên xương ức và dưới đường thẳng giữa hai núm vú (2 người cấp cứu), ấn sâu về phía xương sống 1/3 -1/2 độ dày thành ngực nhịp nhàng liên tục với tần số 100 - 120 lần/phút. | |
| **A. KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ** | | | |
| 11 | Đặt tư thế nạn nhân phù hợp. | * Nhanh chóng phát hiện chấn thương cột sống cổ, nếu như chấn thương cột sống cổ để cổ ở tư thế ngửa trung gian, nếu nạn nhân đang nằm nghiêng hoặc sấp thì dùng kỹ thuật “lật khúc gỗ” (lật đồng thời cả đầu, thân và chân tay cùng một lúc) để đưa nạn nhân về tư thế nằm ngửa.   - Ðặt nạn nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên (không có chấn thương cột sống cổ). | |
| 12 | Giải phóng các cơ hô hấp | Nới rộng quần áo, thắt lưng, cravat, áo ngực (nữ). | |
| 13 | Khai thông đường thở | Mở miệng nạn nhân (có thể dùng kìm mở miệng), dùng ngón tay trỏ cuốn gạc móc đờm dãi, lấy răng giả (nếu có). Trường hợp nạn nhân có dị vật đường thở phải sử dụng nghiệm pháp Heimlich để lấy dị vật   * Nạn nhân là người lớn: Cấp cứu viên đứng sau lưng nạn nhân, vòng tay ra phía trước, đan 2 bàn tay phía dưới ngực nạn nhân hích mạnh và lên cao (thủ thuật Heimlich). Nếu dị vật vẫn chưa ra, hãy thử thêm 4 lần nữa sau đó tiếp tục vỗ vào lưng và làm thủ thuật Heimlich với tỉ lệ: 5:5 * Nạn nhân là trẻ lớn: đặt trẻ vắt ngang đầu gối của cấp cứu viên, đầu trẻ cúi xuống, vỗ vào giữa 2 xương bả vai nhưng vỗ nhẹ hơn lực người lớn, 5 lần liên tiếp. Nếu vỗ lưng chưa có hiệu quả, cấp cứu viên đứng sau lưng nạn nhân, vòng tay ra phía trước, đan hai bàn tay phía dưới lồng ngực của nạn nhân hích mạnh và lên cao. Nếu dị vật vẫn chưa ra hãy thử làm thêm 4 lần nữa, sau đó tiếp tục vỗ vào lưng và làm thủ thuật Hemlich với tỉ lệ 5:5. * Nạn nhân là trẻ bé: đặt em bé xuôi theo cánh tay bạn, vỗ vào giữa hai xương bả vai, vỗ nhẹ hơn so với trẻ lớn. Lưu ý không áp dụng thủ thuật Heimlich với trẻ bé. * Nếu nạn nhân bất tỉnh: Đặt nạn nhân nằm ngửa, cấp cứu viên quỳ xuống dạng hai chân qua người nạn nhân rồi đặt một tay phía dưới lồng ngực, tay kia đạt chồng lên ấn vào theo hướng ra phía trước khoảng 5 lần. | |
| 14 | Đặt tư thế nạn nhân nằm ngửa đầu tối đa.    Hình 17.5. Người bệnh cổ ngửa tối đa.  Hình 17.6: Nhũ nhi tư thế trung gian | Cấp cứu viên đặt nạn nhân ngửa đầu tối đa; dùng một tay đỡ dưới gáy nạn nhân nâng cổ đẩy hẳn ra phía sau, tay kia đè và đẩy mạnh xuống dưới lên trán nạn nhân - nếu không nghi ngờ chấn thương cột sống cổ (ấn giữ hàm nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ).Tư thế giúp thổi ngạt có hiệu quả nhất. | |
| **B. HỖ TRỢ HÔ HẤP** | | | |
| 13 | Hỗ trợ thổi ngạt.      Hình 17.7.Thổi ngạt miệng - miệng  BÀI 24. MỘT SỐ KĨ NĂNG CƠ BẢN CẤP CỨU HÔ HẤP VÀ TUẦN HOÀN  Hình 17.8. Bóp bóng ambu | - Thổi ngạt miệng – miệng: cấp cứu viên dùng ngón trỏ và ngón cái một bàn tay bóp chặt mũi và mô út của bàn tay đè lên trán của nạn nhân. Kết hợp với bàn tay kia nâng cằm, đẩy ngửa đầu nạn nhân ra phía sau. Kéo mở rộng miệng của nạn nhân. Cấp cứu viên ngửa cổ, ngậm miệng, hít sâu không khí vào lồng ngực sau đó cúi xuống áp miệng của mình vào miệng của nạn nhân thổi không khí qua miệng nạn nhân vào phổi. Tiếp theo thả ngón tay bóp mũi để không khí từ phổi nạn nhân tự thở ra. Tiếp tục thổi ngạt với tần số: 10 - 12 lần/phút  Trẻ em/trẻ sơ sinh tần số 12-20 lần/phút  - Bóp bóng ambu hoặc bóp bóng bằng mask: áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh bóp bóng với oxy 100%. | |
| **D. CẤP CỨU NẠN NHÂN NGỪNG HÔ HẤP – TUẦN HOÀN** | | | |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** | |
| **Nhận định** | | | |
| 1 | Nhận định yếu tố nguy cơ gây nguy hiểm cho nạn nhân | Loại bỏ yếu tố nguy hiểm; dây điện, đưa nạn nhân lên bờ trong trường hợp đuối nước…. | |
| 2 | Nhận định toàn trạng | - Da, niêm mạc tím tái, nhợt nhạt ..  - Quan sát các vết thương có thể có trên cơ thể nạn nhân | |
| 3 | Nhận định sự hợp tác người nhà và sự hỗ trợ của người khác | Gọi sự hỗ trợ của những người xung quanh | |
| **Lập kế hoạch** | | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng nạn nhân để tiến hành quy trình cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp - tuần hoàn an toàn và hiệu quả | | |
| **Thực hiện** | | | |
| 5 | Đưa nạn nhân vào nơi an toàn | Nạn nhân ở khu vực an toàn | |
| 6 | Xác định nạn nhân có ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn | Gọi, hỏi, bắt động mạch cảnh, nghe và cảm nhận hơi thở đồng thời quan sát lồng ngực, nhìn đồng tử | |
| 7 | Gọi người hỗ trợ | Gọi to và rõ ràng | |
| 8 | Chuẩn bị nạn nhân | Đặt nạn nhân tư thế nằm ngửa trên mặt phẳng cứng, chân cao hơn đầu; nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván hoặc khay lớn dưới lưng. Nới rộng quần áo, thắt lưng, cravat, áo ngực (phụ nữ). | |
| 9 | Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ hợp lý | Chuẩn bị được khay hạt đậu, gạc, đè lưỡi đầy đủ | |
| 10 | Tư thế cấp cứu viên hợp lý | Cấp cứu viên quỳ ngang vai nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường.  - Trường hợp có 1 người cấp cứu: cấp cứu viên quỳ một bên ngang giữa cổ và ngực nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường  - Trường hợp có 2 người cấp cứu: người cấp cứu viên số 1: quỳ một bên ngang cổ nạn nhân (thổi ngạt), cấp cứu viên số 2: quỳ một bên ngang ngực nạn nhân (ép tim) | |
| 11 | Xác định vị trí ép tim | * Đặt gốc bàn tay thứ nhất trên xương ức cách mũi ức 2 khoát ngón tay.   - Đặt gốc bàn tay 2 lên trên bàn tay 1 với người lớn, trẻ em 1-8 tuổi dùng 1 gốc bàn tay, sơ sinh dùng 2 ngón tay | |
| 12 | Ép tim 30 lần liên tiếp | Hai tay duỗi thẳng, ép xuống lồng ngực với tần số 100 -120 lần/phút. (Độ lún tùy thuộc độ tuổi.) | |
| 13 | Khai thông đường thở | - Ðặt nạn nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên (đã loại bỏ chấn thương cột sống cổ).  - Mở miệng nạn nhân: Dùng ngón tay trỏ cuốn gạc móc đờm dãi, lấy răng giả (nếu có). | |
| 14 | Đặt nạn nhân nằm ngửa đầu tối đa | - Dùng một tay đỡ dưới gáy nạn nhân nâng cổ đẩy hẳn ra phía sau, tay kia đè và đẩy mạnh xuống dưới lên trán nạn nhân – nếu không nghi ngờ chấn thương cột sống cổ.  Ấn giữ hàm nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ. | |
| 15 | Thổi ngạt 2 lần liên tiếp | Người cấp cứu hít thật sâu, tay bịt mũi, thổi mạnh vào miệng nạn nhân, miệng người cấp cứu chùm kín miệng nạn nhân | |
| 16 | Thực hiện kiểm tra | Hơi thở (cấp cứu viên áp tai vào vùng mũi, miệng nạn nhân đồng thời mắt nhìn lồng ngực), bắt động mạch cảnh. | |
| 17 | Phối hợp nhịp nhàng 2 lần thổi ngạt, 30 lần ép tim. | Sinh viên thực hiện ít nhất 5 chu kì | |
| 18 | Thực hiện kiểm tra | Hơi thở (cấp cứu viên áp tai vào vùng mũi, miệng nạn nhân đồng thời mắt nhìn lồng ngực), bắt động mạch cảnh. | |
| 19 | Ủ ấm cho nạn nhân | Nếu nạn nhân tỉnh lại, ủ ấm và theo dõi sát sắc mặt, nhịp thở và mạch của nạn nhân | |
| 20 | Vận chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế gần nhất. | Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến khoa cấp cứu của bệnh viện (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển) | |
| Lượng giá | | | |
| 21 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | | |

**- Lưu ý:**

* Không đè các ngón tay lên xương sườn vì có thể làm gãy xương sườn
* Không đè vào mũi ức để tránh làm dập gan và chảy máu trong.

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

# **BÀI 12: KỸ NĂNG DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

**Số tiết: 1**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức**   1. Trình bày các chẩn đoán phản vệ và mức độ phản vệ. 2. Trình bày nguyên tắc dự phòng phản vệ và nguyên tắc xử trí cấp cứu phản vệ. 3. Trình bày xử trí cấp cứu phản vệ.   **\* Kỹ năng**   1. Áp dụng kiến thức phòng và xử trí phản vệ để xử trí cấp cứu phản vệ đạt hiệu quả trên tình huống giả định. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng dự phòng và xử trí phản vệ cho người bệnh trong tình huống giả định.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**  **6.** Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng dự phòng và xử trí phản vệ cho người bệnh trong tình huống giả định.  7. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng dự phòng và xử trí phản vệ cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

- *Phản vệ* là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

- *Dị nguyên* là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

- *Sốc phản vệ* là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

Nguyên tắc khi cấp cứu phản vệ là phải khẩn trương, thực hiện cấp cứu ngừng tuần hoàn ngay tại chỗ cho đến khi đảm bảo được đường thở (Airway), hô hấp (Breathing), tuần hoàn (Circulation) bằng adrenalin, truyền dịch... rồi mới được chuyển đi nơi khác.

Ngừng ngay việc tiếp xúc với dị nguyên như các loại thuốc, máu và chế phẩm máu, dịch truyền, các loại thuốc uống, bôi, nhỏ mắt...

**2. Chẩn đoán phản vệ**

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

**2.1. Triệu chứng gợi ý**

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

a) Mày đay, phù mạch nhanh.

b) Khó thở, tức ngực, thở rít.

c) Đau bụng hoặc nôn.

d) Tụt huyết áp hoặc ngất.

e) Rối loạn ý thức.

**2.2. Các bệnh cảnh lâm sàng:**

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

a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

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

a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.

b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

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

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

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

**2.3. Chẩn đoán phân biệt:**

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

2. Tai biến mạch máu não.

3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).

4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.

5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.

6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

**2.4 Chẩn đoán mức độ phản vệ:**

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

**2.4.1. Nhẹ (độ I)**: Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

**2.4.2. Nặng (độ II)**: có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

**2.4.3. Nguy kịch (độ III)**: biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

**2.4.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV)**: Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

**3. Nguyên tắc dự phòng phản vệ**

**3.1. Tại các cơ sở khám chữa bệnh:**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sĩ, nhân viên y tế phải bảo đảm các nguyên tắc dự phòng phản vệ sau đây:

- Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ tiêm khi không sử dụng được đường dùng khác.

- Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có chỉ định của bác sỹ theo quy định.

- Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh. Trường hợp không có thuốc thay thế phù hợp mà cần dùng thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do bác sỹ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh. Việc thử phản ứng trên người bệnh với thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ thực hiện

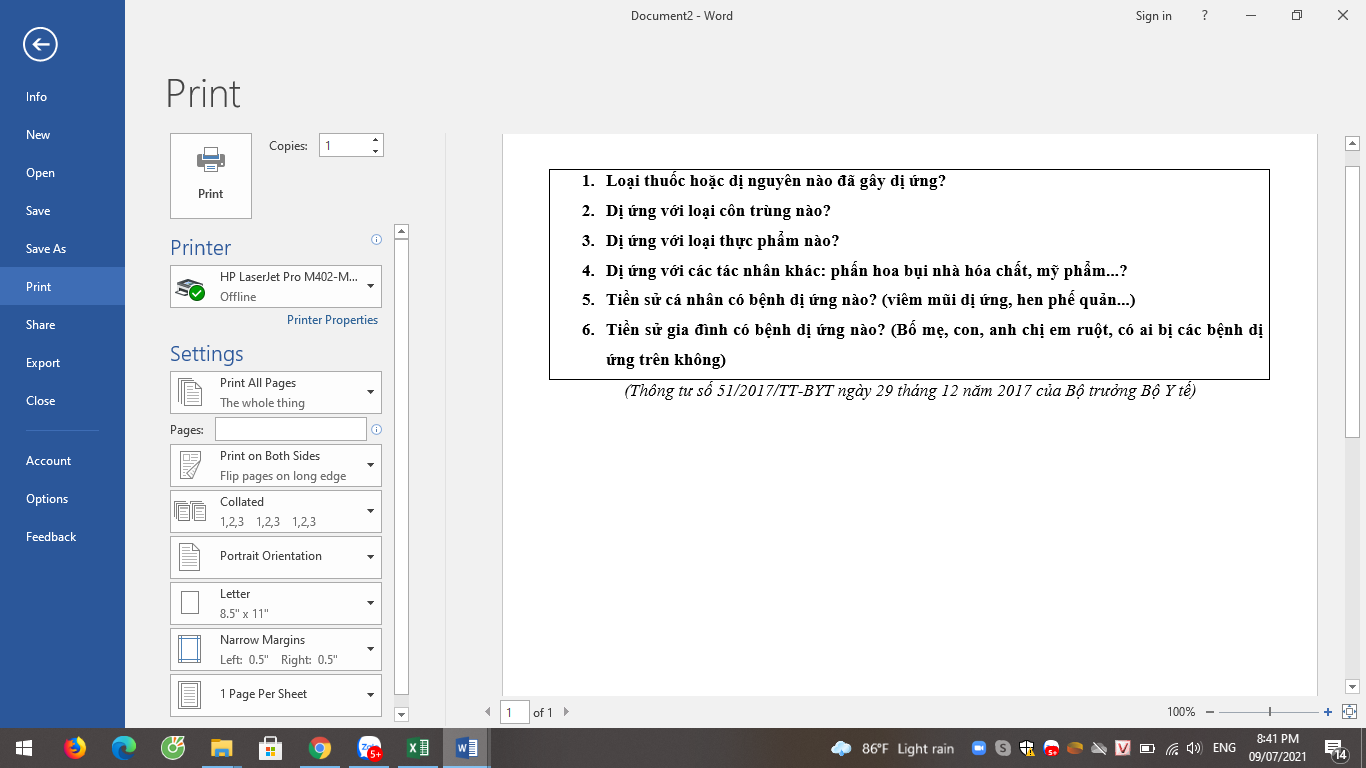
- Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc hoặc Trung tâm Khu vực Thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành.

- Bác sỹ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phản khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc. Tất cả các thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện.

- Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, bác sỹ, nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng, yêu cầu người bệnh cung cấp các thông tin dị ứng mỗi khi khám bệnh, chữa bệnh.

**3.2. Đối với nhân viên y tế thực hiện sử dụng thuốc cho người bệnh:**

Nhân viên y tế trước khi sử dụng thuốc cho người bệnh phải khai thác tiền sử dị ứng thuốc theo 6 câu hỏi sau:



**4. Nguyên tắc xử trí cấp cứu phản vệ**

**4.1. Nguyên tắc chung**

* Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
* Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
* **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ,** phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.
* Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

**4.2. Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ**

**4.2.1. Yêu cầu dự phòng cấp cứu phản vệ**

- Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu, sẵn có để sử dụng cấp cứu phản vệ.

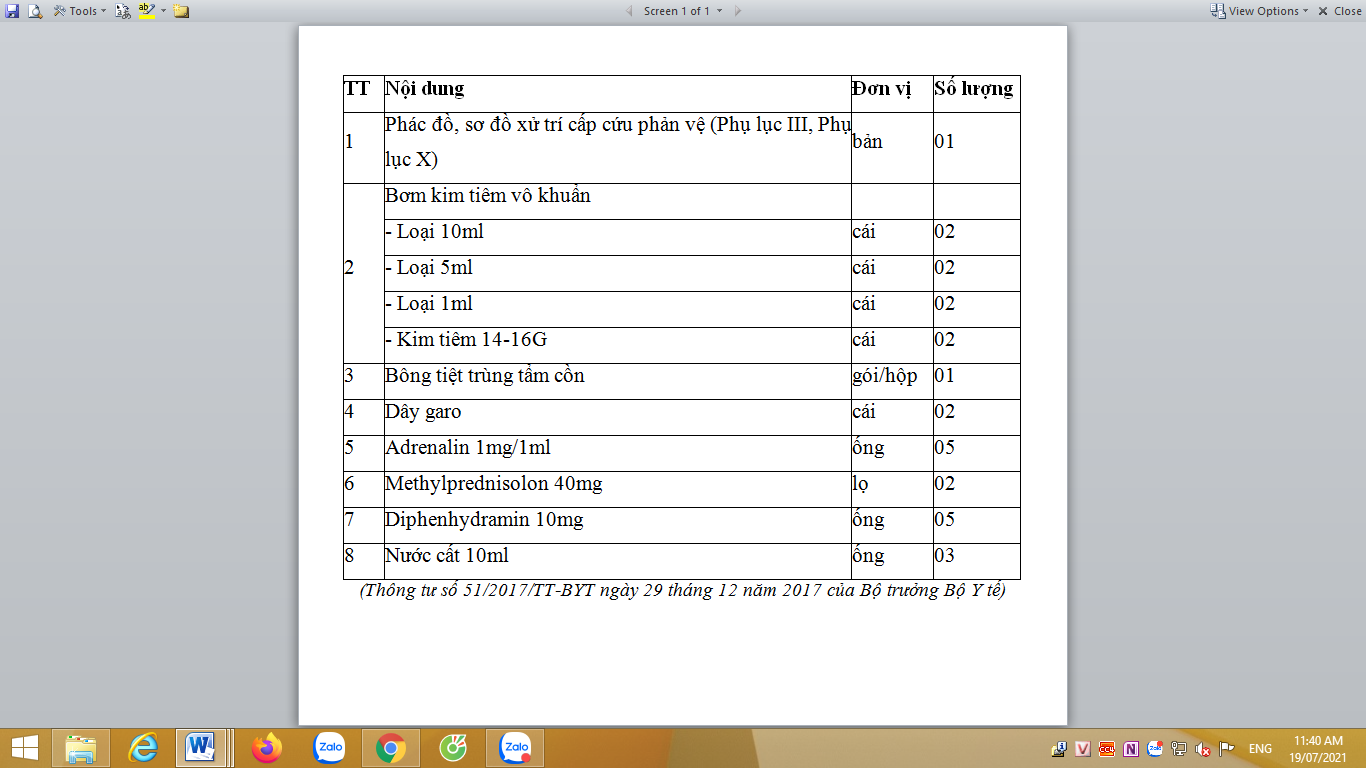
- Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu phản vệ.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế theo quy định.

- Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ.

- Trên các phương tiện giao thông công cộng máy bay, tàu thủy, tàu hỏa, cần trang bị hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo quy định.

**4.2.2. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:**



**4.2.3. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

* Oxy.
* Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
* Bơm xịt salbutamol.
* Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
* Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
* Các thuốc chống dị ứng đường uống.
* Dịch truyền: natriclorid 0,9%./.

**5. Xử trí cấp cứu phản vệ**

* + Tại chỗ: Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên (các loại thuốc, dịch truyền, máu và các chế phẩm máu các loại thuốc uống, bôi, nhỏ mắt, …), gọi hỗ trợ và đặt người bệnh nằm đầu thấp.

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

* Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
* Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

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

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

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

2. Tiêm hoặc truyền adrenalin theo “*Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch NaCl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm”* dưới đây).

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

4. Thở ô xy: người lớn 6-101/phút, trẻ em 2-41/phút qua mặt nạ hở.

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

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

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

6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo “*Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch NaCl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm”* dưới đây).

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

**- Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch**

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

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

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

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

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

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

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

2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như trên 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

- ***Người lớn:*** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100µg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- ***Trẻ em:*** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 µg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

**Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch NaCl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4µg adrenalin)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cân nặng người bệnh (kg) | Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1µg/kg/phút) | Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt |
| Khoảng 80 | 2ml | 40 giọt |
| Khoảng 70 | 1,75ml | 35 giọt |
| Khoảng 60 | 1,50ml | 30 giọt |
| Khoảng 50 | 1,25ml | 25 giọt |
| Khoảng 40 | 1ml | 20 giọt |
| Khoảng 30 | 0,75ml | 15 giọt |
| Khoảng 20 | 0,5ml | 10 giọt |
| Khoảng 10 | 0,25ml | 1. giọt |

**- Xử trí tiếp theo**

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,

b) Bóp bóng AMBU có oxy,

c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,

d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

* e) Có thể thay thế aminophylin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

**- Theo dõi**

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

*HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT*  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt**

**1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:**

a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

**2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:**

a) Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

b) Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

c) Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

d) Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

- Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

- Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

**3. Phản vệ với thuốc cản quang:**

a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

**II. Các trường hợp đặc biệt khác**

**1. Phản vệ do gắng sức**

a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

**2. Phản vệ vô căn**

a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

c) Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2 lần/2 tháng).

d) Điều trị dự phòng theo phác đồ:

- Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó

- Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó

- Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng

- Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

**KỸ NĂNG DÙNG THUỐC**

# **BÀI 13: KỸ NĂNG DÙNG THUỐC QUA DA**

**Số tiết: 1**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức.***  1. Trình bày được những nguyên tắc chung khi dùng thuốc cho người bệnh.  2. Trình bày được nguyên tắc, những điểm cần lưu ý khi dùng thuốc qua da cho người bệnh.  ***\* Kỹ năng.***  3. Thực hiện được kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc qua da an toàn và đạt hiệu quả trên người bệnh trong tình huống giả định.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua da cho người bệnh trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm.***  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua da cho người bệnh trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua da cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Thuốc là một dạng hoạt chất được sử dụng trong các trường hợp: điều trị, phòng ngừa và nâng cao sức khỏe.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc bao gồm:

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

Kỹ năng cho người bệnh dùng thuốc an toàn và hiệu quả là một trong những nhiệm vụ rất quan trọng của nhân viên y tế, kỹ năng này bao gồm dùng thuốc đường xâm lấn và không xâm lấn. Để đảm bảo cho người bệnh dùng thuốc an toàn và hiệu quả, người điều dưỡng phải có đầy đủ kiến thức hiểu biết cơ bản về thuốc, cách sử dụng. Sau khi cho người bệnh dùng thuốc, điều dưỡng phải theo dõi tác dụng phụ của thuốc và hướng dẫn người bệnh phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời. Điều dưỡng chủ động phối hợp với đồng nghiệp để tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh có khả năng tự sử dụng thuốc tại nhà.

Dùng thuốc qua da là một trong các phương pháp dùng thuốc không xâm lấn. Nhãn thuốc thường có màu vàng và có hàng chữ “không được uống”.

Các dạng thuốc:

- Thuốc kem, thuốc mỡ: hay dùng tại khoa da liễu, khoa bỏng…

- Miếng dán, cao dán

- Thuốc xịt

- Thuốc bột

- Thuốc nước

**2. Nguyên tắc chung khi cho người bệnh dùng thuốc**

***2..1. Đảm bảo an toàn tính mạng cho người dùng thuốc***

- Phải có tinh thần trách nhiệm

* Phải sáng suốt khi nhận y lệnh:
  + Tên thuốc
  + Hàm lượng thuốc
  + Liều lượng thuốc
  + Đường dùng thuốc
  + Thời gian dùng, số lần trong ngày
* Không thực hiện y lệnh qua miệng hoặc qua điện thoại.
* Nếu nghi ngờ phải hỏi lại, không được tự ý thay đổi y lệnh.
* Không được pha trộn các loại thuốc với nhau nếu không có y lệnh.
* Phải thành thật khai báo nếu có sai phạm.

- Tác phong làm việc phải khoa học, chính xác

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

- Nhận định về người bệnh

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

***2.2. Thực hiện 5 đúng***

*2.2.1. Đúng người bệnh*

Bước quan trọng trong dùng thuốc an toàn là đảm bảo chắc chắn điều dưỡng đưa đúng thuốc cho người bệnh. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo, trước khi sử dụng thuốc cho người bệnh, nhân viên y tế phải sử dụng ít nhất 2 định danh để xác định đúng người bệnh:

Hỏi họ tên người bệnh và đối chiếu xem có trùng lặp với bệnh án, đơn thuốc, y lệnh không? Trong thực tế có người trùng cả họ và tên.

Hỏi ngày tháng năm sinh (tuổi) của người bệnh hoặc địa chỉ gia đình.

Không bao giờ xác định người bệnh dựa vào số buồng, số phòng người bệnh đang nằm, bởi diễn biến của người bệnh thay đổi từng giờ, nên việc sử dụng số phòng hay giường sẽ có thể nhầm lẫn.

Tổ chức Y tế Thế giới và Joint Commission (một tổ chức chất lượng quốc tế) khuyến cáo với các bệnh viện nên sử dụng vòng đeo tay có thông tin cá nhân người bệnh hoặc mã vạch để xác định chính xác người bệnh, đặc biệt là với bệnh nhi hoặc người bệnh không tự giao tiếp được (xem ảnh).

|  |
| --- |
| Vòng đeo tayimagesimages (2)  Hình 20.1. Vòng đeo tay, mã vạch người bệnh |

*2.2.2. Đúng thuốc*

* + Bất cứ thuốc nào khi điều dưỡng cho người bệnh dùng đều phải có y lệnh. Bất kể khi nào nhận y lệnh, điều dưỡng cần so sánh bản sao chép thuốc/sổ thuốc với y lệnh gốc.
  + Điều dưỡng phải biết các chữ viết tắt do bệnh viện quy định để sử dụng khi sao chép các y lệnh thuốc.
  + Mỗi y lệnh thuốc cần phải có các thông tin về tên người bệnh, tên thuốc, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng thuốc.
  + Điều dưỡng kiểm tra bao bì thuốc để xác định bao bì vẫn còn nguyên vẹn, chất lượng thuốc tốt, nhãn thuốc còn rõ chữ, đọc được tên thuốc đúng theo y lệnh, hàm lượng, ngày sản xuất và còn, hạn sử dụng.
  + Điều dưỡng/điều dưỡng hành chính khi sao chép y lệnh lên bản sao chép thuốc/sổ thuốc phải ghi đầy đủ họ tên người bệnh, ngày ra y lệnh, ngày y lệnh hết hiệu lực, tên thuốc, liều, thời gian sử dụng và đường dùng mặt khác khi viết các ký hiệu, các từ viết tắt phải theo qui định, không để chữ viết mờ, nhòe trong bản sao đơn thuốc. Cần phải làm rõ các y lệnh không đọc được.
  + Điều dưỡng chăm sóc phải có trách nhiệm kiểm tra tất cả các bản sao chép thuốc/sổ thuốc với y lệnh gốc.
  + Y lệnh miệng hay y lệnh qua điện thoại được chấp nhận trong các trường hợp cấp cứu khi người ra lệnh không có thể để viết y lệnh trực tiếp ngay lúc đó. Khi một điều dưỡng nhận y lệnh miệng, phải nhắc lại cho người ra y lệnh xác định đúng nội dung vừa nhắc với y lệnh. Sau đó, điều dưỡng nhận y lệnh phải viết y lệnh lên phiếu y lệnh thuốc, ghi họ tên, chức vụ người ra y lệnh và ký tên mình bên dưới. Nhớ nhắc người ra y lệnh ký ngay khi có thể. Sinh viên, học sinh điều dưỡng không được nhận y lệnh miệng hoặc y lệnh qua điện thoại.
  + Điều dưỡng đối chiếu, kiểm tra lại các thông tin giữa người bệnh và phiếu y lệnh thuốc. Khi chuẩn bị thuốc từ hộp hay chai cần kiểm tra nhãn thuốc với y lệnh cho thuốc ít nhất 3 lần:

+ Trước khi lấy thuốc ra khỏi khay chứa thuốc.

+ Khi lấy thuốc vào cốc hay bơm tiêm.

+ Trước khi cho người bệnh dùng thuốc.

* + Điều dưỡng nào thực hiện thuốc phải tự chuẩn bị thuốc để tránh sai sót, nhầm lẫn, và nếu có sai sót sẽ phải chịu trách nhiệm. Trường hợp trong quá trình chuẩn bị và thực hiện thuốc, nếu người bệnh hoặc gia đình người bệnh có phát hiện hoặc hỏi về thuốc đang chuẩn bị, điều dưỡng có trách nhiệm kiểm tra lại và giải thích cho người bệnh. Người bệnh tỉnh táo sẽ biết được thuốc đang thực hiện có khác với các thuốc họ đã sử dụng hay không. Giữ thuốc cho đến khi điều dưỡng có thể kiểm tra lại xem thuốc chuẩn bị có khác với y lệnh hay không. Nếu thuốc chuẩn bị không đúng hoặc không phù hợp, điều dưỡng phải hỏi lại bác sỹ để có quyết định đúng.

*2.2.3. Đúng liều*

Khi tiến hành tính lượng thuốc hoặc quy đổi đơn vị tính, thì cần phải có một điều dưỡng khác kiểm tra lại liều thuốc đó.

* Sau khi tính liều, sử dụng các thiết bị đo lường chuẩn để chuẩn bị thuốc (ví dụ: cốc, bơm tiêm, bầu nhỏ giọt). Ở nhà, hướng dẫn người bệnh sử dụng thìa ăn ở bếp để tính thể tích dịch. Nguyên tắc vàng để quan sát khi dùng dụng cụ đo lường thuốc dạng dung dịch bao gồm:
* Khi đổ thuốc dạng dịch vào cốc phải giữ cốc ở ngang tầm mắt để tính chính xác lượng dịch mong muốn. Lượng dịch được đổ ra nên bằng với mặt khum của chất lỏng.
* Khi đổ thuốc dạng dịch phải để nhãn của lọ thuốc quay lên trên nhằm đảm bảo dịch sẽ không chảy xuống nhãn, gây khó khăn cho việc đọc.
* Hút thuốc dạng dịch vào bơm tiêm (không cần kim) một cách từ từ để tránh bọt khí vì có bọt khí trong thuốc sẽ gây ra sai liều.
* Thực hiện chia liều viên thuốc để đảm bảo chính xác giữa các lần dùng là rất cần thiết:
* Chỉ chia viên thuốc khi nhà sản xuất có mốc chia thuốc.
* Có thể yêu cầu khoa dược chia thuốc và chia gói thuốc bằng một nhãn để đảm bảo đúng liều.
* Khi bẻ viên thuốc tại vị trí chia, phải đảm bảo chia đều.
* Chia thuốc thành 2 phần bằng lưỡi dao hoặc dụng cụ chuyên dụng.
* Bỏ các viên thuốc không được chia đều.
* Với chia thuốc tại nhà, điều dưỡng cần phải lượng giá liệu người bệnh có đủ khéo léo và tinh tường để chia viên thuốc không. Nếu có thể, bác sỹ cần tránh cho các thuốc đòi hỏi phải chia liều.
* Với các thuốc nghiền rồi trộn với thức ăn:
* Luôn luôn kiểm tra để xác định liệu thuốc có thể được nghiền hay không.
* Làm sạch các dụng cụ trước khi nghiền thuốc.
* Trộn thuốc với số lượng nhỏ thức ăn hoặc dịch.
* Không sử dụng những thức ăn hoặc dịch yêu thích của người bệnh vì thuốc sẽ làm biến đổi vị giác của họ và giảm ham muốn của người bệnh với các loại thức ăn đó. Điều này hết sức quan trọng đối với trẻ em.

*2.2.4. Đúng đường dùng*

* Đúng đường tiêm theo chỉ định của bác sỹ điều trị và đúng đường tiêm theo quy định của loại thuốc do nhà sản xuất ghi trong hướng dẫn sử dụng thuốc.
* Cần hỏi lại bác sỹ điều trị khi: quên đường dùng, trong hướng dẫn sử dụng thuốc không ghi rõ đường dùng, đường dùng trong chỉ định và trong hướng dẫn sử dụng thuốc khác nhau.

*2.2.5. Đúng thời gian dùng thuốc*

* Thuốc bác sỹ kê đơn được dùng trong một thời gian cụ thể trong ngày cho người bệnh. Việc dùng thuốc đúng thời gian có ý nghĩa rất quan trọng giúp cho quá trình điều trị đạt hiệu quả.
* Mỗi bệnh viện hay cơ sở y tế có thể có quy định về thời gian bắt đầu cho người bệnh dùng thuốc khác nhau, thường buổi sáng là 8 giờ, buổi chiều là 14 giờ. Ở một số bệnh viện, bác sỹ vận dụng dược động học của thuốc để kê đơn thuốc hoặc ra y lệnh sử dụng thuốc bằng khoảng cách thời gian giữa các lần sử dụng thuốc để tối ưu tác dụng của thuốc.
* Ưu tiên đối với những loại thuốc phải uống vào giờ cố định.

Ví dụ: tiêm Insulin vào một khoảng thời gian chính xác trước bữa ăn. Dùng thuốc kháng sinh sau mỗi một khoảng thời gian bằng nhau để duy trì nồng độ thuốc trong máu.

* Trước khi ra viện, cần lượng giá chế độ dùng thuốc của người bệnh để có kế hoạch tư vấn thích hợp.
* Giúp đỡ người bệnh lập kế hoạch dựa vào khoảng thời gian dùng thuốc, tính chất dược lý của thuốc và thời gian biểu hàng ngày của người bệnh sao cho thích hợp. Đối với những người bệnh khó khăn trong việc nhớ thời gian dùng thuốc, lập một biểu đồ có chỉ dẫn cụ thể thời gian khi nào người bệnh dùng thuốc hoặc có thể chuẩn bị những hộp nhỏ đựng riêng rẽ thuốc cho mỗi lần uống.

***2.1.3. Thực hiện nguyên tắc vô khuẩn***

- Thuốc và các phương tiện đưa thuốc vào cơ thể

- Trang thiết bị, dụng cụ

**3. Dùng thuốc qua da**

***3.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng:***

***3.1.1. Nguyên tắc***

+ Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

+ Đảm bảo vùng da sạch trước khi sử dụng thuốc: lấy sạch tế bào bị sừng hóa, mô chết, dịch tiết, chất bẩn…

***3.1.2. Các dạng thuốc***

- Có rất nhiều dạng thuốc có thể dùng qua da như dạng thuốc bôi tại chỗ, dạng đắp, dán, và thuốc mỡ có tác dụng toàn thân hay tại chỗ.

***3.1.3. Những điều cần lưu ý khi dùng thuốc qua da***

- Không nên bôi thuốc quá rộng, miếng dán quá rộng.

- Không dùng thuốc dạng miếng dán trên vùng da: tiết nhiều chất nhờn, bị bỏng, bị tổn thương (rách, cắt), dễ bị kích ứng.

- Nên massage vùng bôi thuốc giúp thuốc hấp thu nhanh hơn.

**3.2. Quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua da**

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

- Găng tay sạch hoặc găng tay vô khuẩn (cho các trường hợp da bị tổn thương).

- Thuốc theo y lệnh.

- Tăm bông/gạc dùng để bôi thuốc.

- Chậu hoặc ca to đựng nước.

- Nước ấm.

- Xà phòng vệ sinh da (nếu cần).

- Khăn sạch.

- Gạc vô khuẩn (nếu cần).

- Phiếu chăm sóc.

**-** Thùng đựng rác mã màu theo quy định

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và vị trí vùng da dùng thuốc của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Kiểm tra vùng da dùng thuốc: tình trạng bề mặt da, các tổn thương, dịch tiết… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua da an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh và vệ sinh vùng da bôi thuốc | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp.  - Kiểm tra vùng da chuẩn bị bôi thuốc: Cạo bớt lông (nếu được), rửa sạch, làm khô da. |
| 10. | Chuẩn bị địa điểm | - Kéo rèm che hoặc đóng cửa buồng bệnh |
| 11. | Bộc lộ vị trí bôi thuốc | Kéo áo/quần bệnh nhân qua vị trí cần bôi thuốc, cuộn áo quần vào trong |
| 12. | Mang găng tay | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng kĩ thuật (găng tay vô khuẩn nếu da bị tổn thương). |
| Thuốc kem, thuốc mỡ | | |
| 13. | Lấy thuốc | Lấy lượng thuốc kem/ mỡ theo đúng y lệnh. |
| 14. | Tiến hành bôi thuốc | - Xoa nhẹ thuốc trên bề mặt da của người bệnh.  - Massage nhẹ nhàng vùng da vừa bôi thuốc đến khi khô. |
| Miếng dán/cao dán | | |
| 13. | Lấy miếng dán/cao dán | - Chọn miếng dán có kích cỡ phù hợp vị trí cần dán.  - Bóc lớp vỏ bảo vệ của miếng dán (tay không chạm vào mặt bám dính). |
| 14. | Tiến hành dán miềng dán/cao dán | - Dán miếng dán vào vị trí trên da, dùng tay vuốt nhẹ cho miếng dán ôm sát bề mặt da.  - Lưu miếng dán trên da theo yêu cầu điều trị. |
| Thuốc xịt | | |
| 13. | Lấy thuốc xịt | - Lắc mạnh bình xịt thuốc.  - Đọc hướng dẫn trên nhãn bình xịt để biết khoảng cách giữa bình xịt và vị trí da (thường là 15 cm). |
| 14. | Tiến hành xịt thuốc | Xịt thuốc đều trên vùng da người bệnh đến khi đủ theo chỉ định của thầy thuốc. |
| Thuốc bột | | |
| 13. | Lấy thuốc bột | - Số lượng thuốc theo chỉ định của thầy thuốc hoặc theo tờ hướng dẫn sử dụng. |
| 14. | Tiến hành xoa thuốc bột | - Xoa đều thuốc lên vị trí cần dùng thuốc  - Phủ một khăn mỏng lên trên nếu cần thiết. |
| 15. | Dặn dò người bệnh | Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 16. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 17. | Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Tháo găng đúng kĩ thuật.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 18. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 19. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**BÀI 14: KỸ NĂNG DÙNG THUỐC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA**

**Số tiết: 1**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức.***  1. Trình bày được nguyên tắc, áp dụng, không áp dụng, các tai biến có thể xảy ra trong và sau khi cho người bệnh dùng thuốc đường tiêu hóa.  2. Phân tích được những điểm cần lưu ý khi dùng thuốc đường tiêu hóa cho người bệnh.  ***\* Kỹ năng.***  3. Thực hiện được kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc đường tiêu hóa an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua đường tiêu hóa cho người bệnh trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua đường tiêu hóa cho người bệnh trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua đường tiêu hóa cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc qua đường uống rất phổ biến và được áp dụng rất rộng rãi. Ngoài việc hiểu được các nguyên lý chung để đảm bảo an toàn và hiệu quả của việc dùng thuốc, điều dưỡng cần nắm được những điều cần lưu ý cơ bản nhất đảm bảo việc dùng thuốc qua đường uống đạt được mục đích của việc dùng thuốc.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Nguyên tắc**

Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

**2.2. Áp dụng:** Tất cả các người bệnh có thể nuốt được hoặc người bệnh đã được đặt ống thông mũi – dạ dày và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hoá phá huỷ.

**2.3. Không áp dụng**

- Người bệnh rối loạn thần kinh, cơ

- Người bệnh bị nôn liên tục.

- Người bệnh chít hẹp thực quản.

- Người bệnh mất khả năng nuốt hoặc hôn mê chưa được đặt ống thông dạ dày

- Người bệnh đang hút dịch dạ dày.

**2.4. Những điều cần lưu ý khi dùng thuốc qua đường tiêu hóa**

* + Không được uống nhiều loại thuốc cùng một lúc với nhau (phòng ngừa tương tác thuốc).
  + Thuốc có tính axit làm hại men răng cần pha loãng và cho người bệnh uống qua ống hút.
  + Các loại thuốc ho dạng siro không được pha vào sữa, nước hoa quả hay thức ăn. Vì siro có độ quánh hơn nước, nên khi cho trẻ nhỏ uống, nên pha loãng với nước hoặc sau khi trẻ uống xong phải cho uống thêm nước để trẻ đỡ “khé họng” và có cảm giác buồn nôn.
  + Sau khi cho người bệnh dùng thuốc dầu, nên cho người bệnh uống thêm nước cam hoặc nước chanh để đỡ cảm giác buồn nôn.
  + Khi cho người bệnh uống aspirin phải cho uống lúc no, không uống chung với các loại thuốc có tính chất kiềm.
  + Thuốc lợi tiểu phải uống trước 15 giờ.
  + Các loại thuốc sulfamid, nên cho người bệnh uống nhiều nước để tránh thuốc lắng đọng ở thận.
  + Thuốc nên uống vào lúc đói (trước bước ăn ½ - 1 giờ): thuốc bao bọc niêm mạc dạ dày để điều trị loét như sucralfat.
  + Đối với thuốc có thể làm tổn thương niêm mạc dạ dày phải cho người bệnh uống sau khi ăn no.
  + Thuốc nên uống vào lúc no: các thuốc kích thích sự bài tiết dịch tiêu hóa, các thuốc hấp thu quá nhanh lúc đói.
  + Thuốc nên uống vào buổi tối trước khi đi ngủ: các thuốc an thần, thuốc ngủ.
  + Điều dưỡng cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn trước và sau khi cho người bệnh dùng những loại thuốc làm ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp. VD: thuốc Digitalis phải đếm mạch trước khi cho uống.
  + Nếu người bệnh đang sử dụng thuốc đông y, thuốc nam phải báo lại cho bác sỹ biết để tránh tương tác thuốc.
  + Trong trường hợp người bệnh đang đặt sonde dạ dày thì phải nghiền thuốc pha với nước để bơm qua sonde (không pha trộn nhiều loại thuốc với nhau khi không có y lệnh).

**2.5. Nguy cơ tai biến, cách đề phòng và xử trí**

***2.5.1. Dị ứng thuốc/phản vệ***

- Cách đề phòng: khai thác kĩ tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh, thực hiện 5 đúng.

- Xử trí: theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

***2.5.2. Xuất huyết tiêu hóa (chảy máu dạ dày)***

- Cách đề phòng: sử dụng các loại thuốc dễ gây viêm loét dạ dày phải theo đúng chỉ định của bác sỹ, tránh tự ý mua thuốc dùng.

- Xử trí:

* Sử dụng thuốc cầm máu, bất cứ loại nào có sẵn.
* Không được để người bệnh đói bụng, cho người bệnh ăn những thức ăn nhẹ nhàng, dễ tiêu hoá, nên cho uống nhiều chất lỏng như sữa, nước trà đường.
* Rửa dạ dày cho người bệnh bằng nước lạnh có tác dụng làm giảm co bóp, giảm tiết dịch, làm hạ huyết áp tại chỗ, nhờ đó có thể giúp cầm máu cho người bệnh.
* Người bệnh cần được đo huyết áp, đếm mạch thường xuyên. Nếu huyết áp vẫn còn thấp hoặc ngày càng tụt là dấu hiệu máu vẫn còn chảy bên trong.

**3. Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| Sắp xếp xe 3 tầng gọn gàng:  + Tầng 1: Thuốc theo chỉ định: Thuốc các loại  Hộp đựng bông, gạc bẻ thuốc, hộp đựng gạc, ống trụ cắm panh, 1 panh không mấu, 1 khay sạch nhỏ và 1 panh có mấu, dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, sổ thuốc/hồ sơ bệnh án (có phiếu chăm sóc, phiếu điều trị) …  + Tầng 2: hộp thuốc cấp cứu phản vệ, găng tay (nếu cần)  **+** Tầng 3: xô/túi nilon chứa chất thải màu: xanh, trắng, vàng, hộp đựng vật sắc nhọn/hộp kháng thủng màu vàng. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và khả năng dùng thuốc đường uống của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Nhận định các trường hợp không nên dùng thuốc qua đường uống: nôn, kích ứng ở ruột, giảm nhu động ruột, đã từng có phẫu thuật đường tiêu hóa, hút hoặc dẫn lưu dịch dạ dày…  - Nhận định nguy cơ hít sặc thuốc vào đường hô hấp: khả năng nuốt, ho, phản xạ nôn… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua đường tiêu hóa an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp: ngồi hoặc nằm đầu cao. |
| **Dùng thuốc qua đường miệng** | | |
| 10. | Lấy thuốc và đưa khay thuốc đến phòng người bệnh. | Thuốc viên: dùng nắp lọ hoặc khay đếm thuốc.  Thuốc nước:  - Chứa trong chai: lắc đều chai thuốc, dùng dụng cụ đo lường phù hợp để đo lượng thuốc theo chỉ định.  - Thuốc nước với số lượng ít (nhỏ giọt): cho một ít nước vào ly, để thẳng ống đếm giọt và nhỏ đúng số giọt theo y lệnh.  Thuốc bột:  - Thuốc bột đựng trong gói: chia đều từng phần rồi gói riêng từng phần.  - Thuốc bột pha lẫn dịch: lắc đều chai thuốc, dùng dụng cụ đo lường phù hợp để đo được lượng thuốc theo chỉ định. |
| 11. | Tiến hành cho người bệnh uống thuốc. | - *Viên nén, viên nang:* đưa cho người bệnh tự cầm và cho thuốc vào miệng. Nên cho người bệnh uống từng viên thuốc, kiểm tra trong miệng không còn thuốc mới uống viên tiếp theo.  - *Viên sủi:* cho viên thuốc vào ly nước sủi hết bọt đưa người bệnh uống.  *- Thuốc dạng nước, dung dịch hay nhũ tương:* đưa cốc đựng thuốc để người bệnh tự uống.  *- Thuốc dạng bột:* khuấy đều thuốc trước khi uống với nước ấm  *- Thuốc ngậm dưới lưỡi:* Đặt thuốc vào dưới lưỡi người bệnh, hướng dẫn người bệnh ngậm đến khi thuốc tan hoàn toàn.  *- Thuốc dạng nhai:* Đặt thuốc giữa hai răng, hướng dẫn người bệnh nhai nhuyễn viên thuốc, uống thêm nước sau khi nhai. |
| 12. | Theo dõi đến khi người bệnh uống thuốc xong | - Kiểm tra số lượng thuốc đã uống.  - Yêu cầu người bệnh há miệng để kiểm tra. |
| 13. | Lau miệng, dặn dò người bệnh | - Dùng khăn bông lau miệng cho người bệnh  - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn, đau bụng, buồn nôn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 14. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 15. | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | Phân loại, thu gom chất thải đúng quy định, vệ sinh tay |
| 16. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Dùng thuốc qua ống thông mũi dạ dày** | | |
| 10. | Lấy thuốc và pha thuốc | Nghiền nhuyễn thuốc rồi pha loãng trước khi cho qua ống thông. |
| 11. | Mang găng tay sạch. | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng kĩ thuật |
| 12. | Bơm thuốc vào dạ dày qua ống thông mũi/miệng - dạ dày | - Kiểm tra vị trí ống thông  - Bơm thuốc vào dạ dày qua ống thông mũi/miệng - dạ dày từ từ, quan sát sắc mặt người bệnh.  - Tráng ống lại với nước.  - Lau sạch và che chở đuôi ống. |
| 13. | Lau miệng, dặn dò người bệnh. | Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn, đau bụng, buồn nôn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 14. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Đưa người bệnh về tư thế thoải mái (duy trì tư thế đầu cao khoảng 30 phút với người bệnh dùng thuốc qua ống thông dạ dày)  - Cảm ơn người bệnh |
| 15. | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Tháo găng đúng kĩ thuật.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 16. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 17. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 15: KỸ NĂNG DÙNG THUỐC QUA NIÊM MẠC**

**Số tiết: 1**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức.***  1. Trình bày được nguyên tắc, những điểm cần lưu ý khi dùng thuốc qua niêm mạc cho người bệnh.  ***\* Kỹ năng.***  2. Thực hiện được kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc qua niêm mạc an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  3. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua niêm mạch cho người bệnh trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  4. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua niêm mạc cho người bệnh trong tình huống giả định.  5. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng dùng thuốc qua niêm mạc cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Dùng thuốc qua đường niêm mạc bao gồm dùng thuốc ở mắt, mũi, họng, tai, khí dung, hậu môn và âm đạo. Các phương pháp này còn có ưu điểm khác là dễ tiến hành nên người bệnh có thể hợp tác dễ dàng hoặc tự mình thực hiện. Đây là các kỹ năng dùng thuốc không xâm lấn nên giảm thiểu được nguy cơ nhiễm trùng cho người bệnh.

**2. Dùng thuốc qua niêm mạc mắt**

**2.1. Nguyên tắc**

- Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

- Đảm bảo mắt người bệnh mở được dễ dàng, sạch rỉ trước khi tra thuốc

- Sau khi dùng thuốc nếu thấy có dấu hiệu bất thường như ngứa, đau rát, đỏ, giảm thị lực…phải dừng thuốc ngay và báo thầy thuốc.

**2.2. Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

|  |
| --- |
| Sắp xếp xe 3 tầng gọn gàng:  + Tầng 1: Thuốc theo chỉ định  Hộp đựng bông, gạc bẻ thuốc, hộp đựng gạc, ống trụ cắm panh, 1 panh không mấu, 1 khay sạch nhỏ và 1 panh có mấu, dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, sổ thuốc/hồ sơ bệnh án (có phiếu chăm sóc, phiếu điều trị) …  + Tầng 2: hộp thuốc cấp cứu phản vệ, găng tay (nếu cần)  **+** Tầng 3: xô/túi nilon chứa chất thải màu: xanh, trắng, vàng, hộp đựng vật sắc nhọn/hộp kháng thủng màu vàng. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và tình trạng mắt của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Nhận định tình trạng của mắt người bệnh: kết mạc, giác mạc, gỉ mắt… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua niêm mạc mắt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp: nằm ngửa hoặc ngồi trên ghế tựa, đầu dựa vào thành ghế và ngửa mặt lên trên |
| 10. | Mang găng tay sạch (nếu cần). | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng qui trình |
| 11. | Vệ sinh mắt cho người bệnh | Làm sạch mắt bằng khăn sạch hoặc gạc và nước ấm, thấm khô vùng xung quanh mắt. |
| *Thuốc dạng nước* | | |
| 12. | Cầm ống thuốc và bộc lộ kết mạc mi dưới của người bệnh  image241  Hình 22.1: Bộc lộ mi mắt dưới | - Tay không thuận của người điều dưỡng cầm bông cầu hoặc gạc sạch đặt và giữ ở mí mắt dưới của người bệnh, kéo nhẹ xuống dưới để bộc lộ mặt trong của mi mắt và kết mạc dưới.  - Tay thuận của người điều dưỡng cầm ống thuốc, tì nhẹ ngón út vào giữa trán người bệnh, khoảng cách từ ống thuốc đến mắt người bệnh khoảng 1 - 2 cm |
| 13 | Tiến hành nhỏ thuốc mắt | - Bóp ống thuốc để nhỏ thuốc vào phần kết mạc mi dưới (1 đến 2 giọt hoặc theo chỉ định của bác sỹ).  - Nếu trong quá trình nhỏ người bệnh nhắm mắt lại hoặc nhỏ thuốc ra ngoài thì phải nhỏ lại.  - Nhỏ lần lượt từng mắt một, sau khi nhỏ xong cả hai mắt yêu cầu người bệnh nhắm mắt lại. |
| 14 | Dùng miếng gạc ấn vào vùng sống mũi ngay dưới mi mắt người bệnh | Ấn nhẹ trong vòng 30 - 60 giây. |
| Thuốc dạng mỡ | | |
| 15 | Cầm tuýp thuốc và bộc lộ kết mạc mi dưới của người bệnh | - Dùng ngón cái và ngón trỏ của bàn tay không thuận kéo nhẹ bờ trên và bờ dưới của mi mắt.  - Tay thuận cầm tuýp thuốc |
| 16 | Tiến hành bôi thuốc mỡ | - Tay thuận bóp nhẹ tuýp thuốc mỡ bắt đầu từ đầu mắt đến đuôi mắt.  - Lặp lại động tác cho mắt còn lại. |
| 17 | Yêu cầu người bệnh nhắm mắt lại và điều dưỡng dùng tay day nhẹ trên mắt người bệnh. | Day nhẹ nhàng trên mắt người bệnh để thuốc được dàn đều. |
| 18 | Dặn dò người bệnh | Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn, phù…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 19 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn. | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 20 | Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Tháo găng đúng kĩ thuật.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 21 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 22 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**3. Dùng thuốc qua niêm mạc tai**

**3.1. *Nguyên tắc***

+ Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

+ Mặc dù cấu trúc của tai ngoài không vô trùng, nhưng trong trường hợp bị rách màng nhĩ vẫn phải sử dụng thuốc nhỏ tai đảm bảo được tiệt trùng.

+ Không đưa các ống nhỏ thuốc vào lỗ tai khi tra thuốc vì có thể tạo áp lực gây tổn thương màng nhĩ.

**3.2. Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và tình trạng ống tai ngoài của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Nhận định tình trạng ống tai ngoài của người bệnh: sưng, đau, chảy dịch, gỉ… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua niêm mạc tai an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Giúp người bệnh tư thế thích hợp: nằm nghiêng một bên, tai nhỏ thuốc hướng lên phía trên hoặc người bệnh ngồi trên ghế hoặc cạnh giường thì phải đảm bảo đầu được giữ cố định |
| 10. | Mang găng tay sạch (nếu cần). | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng kĩ thuật |
| 11. | Vệ sinh tai | - Dùng tăm bông vệ sinh tai nhẹ nhàng, làm sạch gỉ, dịch… |
| 12. | Tiến hành nhỏ thuốc tai  Sử dụng thuốc nhỏ tai đúng cách  Hình 22.2: Bộc lộ ống tai | Điều dưỡng dùng tay kéo vành tai lên trên và ra sau để bộc lộ ống tai, đưa ống nhỏ giọt cách ống tai 1 cm và bóp nhẹ để nhỏ đủ số giọt vào ống tai. |
| 13. | Day/ấn nhẹ nhàng vào gờ vành tai (bình tai.)  Thuốc nhỏ tai  Hình 22.3: Ấn nhẹ bình tai | Dùng các ngón tay day nhẹ nhàng vào gờ vành tai để thuốc chảy vào trong. |
| 14. | Dùng bông cầu bịt phần bên ngoài của ống tai. | Không ấn bông cầu vào trong ống tai. |
| 15. | Nhỏ thuốc tiếp lỗ tai còn lại (nếu cần) | Chờ ít nhất 3 phút sau đó nghiêng người bệnh sang bên kia và nhỏ vào tai còn lại. |
| 16. | Dặn dò người bệnh | Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn…; đau tai, giảm thính lực…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 17. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 18. | Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Tháo găng đúng kĩ thuật.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 19. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 20. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**4. Dùng thuốc qua niêm mạc mũi**

**4.1.Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***4.1.1. Nguyên tắc***

+ Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

+ Đảm bảo vùng niêm mạc mũi được sạch, mũi được thông thoáng trước khi sử dụng thuốc: lấy sạch gỉ mũi, nước mũi bên trong ...

***4.1.2.******Các dạng thuốc:*** Thuốc qua niêm mạc mũi có thể có các dạng như thuốc xịt, thuốc nhỏ mũi, hoặc nút gạc. Phổ biến nhất là dạng xịt thông mũi hay là nhỏ mũi để giảm ngạt mũi và phòng cảm lạnh. Đối với người bệnh thuốc dạng xịt là loại sử dụng dễ nhất.

|  |  |
| --- | --- |
| Thuốc mũi dạng nhỏ | thuốc mũi dạng xịt  Thuốc mũi dạng xịt |
| Hình 22.4: Dùng thuốc qua niêm mạc mũi | |

***4.2.3. Những điều cần lưu ý khi sử dụng thuốc qua niêm mạc mũi:***

+ Không lạm dụng thuốc

+ Trong trường hợp không tuân thủ theo đơn của bác sĩ người bệnh có thể gây bồn chồn, bực dọc, run rẩy hay mất ngủ....

**4.2. Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng, tình trạng mũi của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Kiểm tra tình trạng mũi và xoang: sự thông thoáng mũi 2 bên, có nước mũi không? nếu có đánh giá màu sắc và độ nhầy… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua niêm mạc mũi an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh và vệ sinh mũi | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Dùng tăm bông vệ sinh mũi nhẹ nhàng |
| **Thuốc nhỏ mũi** | | |
| 10. | Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp | - Đầu người bệnh ngửa về phía sau để thuốc có thể tới cuống họng.  - Đỡ đầu người bệnh bằng tay không thuận đưa ra cạnh giường và kê một gối nhỏ vào dưới vai người bệnh, để người bệnh nghiêng đầu về phía mũi cần tra thuốc. |
| 11 | Tiến hành nhỏ thuốc mũi | - Hướng dẫn người bệnh thở bằng miệng.  - Giữ ống thuốc khoảng 1cm phía trên nhân trung, bóp nhẹ ống thuốc để nhỏ vào mũi. |
| 12 | Dặn dò người bệnh | - Duy trì tư thế nằm ngửa trong khoảng 5 phút.  - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| **Thuốc xịt mũi** | | |
| 10 | Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp | Đặt người bệnh ngồi thẳng, đầu hơi cúi về phía trước. |
| 11 | Tiến hành xịt thuốc mũi | - Đưa đầu ống xịt vào một lỗ mũi, bịt lỗ mũi còn lại bằng ngón tay.  - Hướng dẫn người bệnh hít vào trong và ngậm kín miệng, rồi xịt thuốc vào lỗ mũi. |
| 12 | Dặn dò người bệnh | Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 13 | Lau mũi và giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái, cảm ơn. | - Dùng khăn mặt sạch lau mũi cho người bệnh.  - Đưa người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 14 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 15 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 16 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**5. Dùng thuốc qua niêm mạc họng**

**5.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***5.1.1. Nguyên tắc***

+ Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

+ Tiền sử dị ứng của người bệnh

+ Đảm bảo tình trạng hô hấp của người bệnh

***5.1.2. Các dạng thuốc:*** thuốc dùng qua đường niêm mạc họng thường được dùng dưới dạng hít để gây hiệu quả cục bộ, các loại thuốc này được hấp thu nhanh chóng thông qua việc lưu thông vào phổi.

***5.1.3. Những điều cần lưu ý khi dùng thuốc qua niêm mạc họng***

+ Không nên sử dụng thuốc quá liều.

+ Người bệnh nên tìm hiểu về các loại thuốc và làm thế nào để sử dụng thuốc một cách an toàn.

**5.2 Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và khả năng dùng thuốc của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Nhận định các trường hợp không nên dùng thuốc: nôn, kích ứng, …  - Nhận định nguy cơ hít sặc thuốc vào đường hô hấp: khả năng nuốt, ho, phản xạ nôn… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh. Hướng dẫn người bệnh hít sâu và thở ra hoàn toàn  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp: ngồi hoặc nằm đầu cao. |
| 10. | Lắc đều lọ/ống thuốc. | Mở nắp trên của miệng ống xịt. Lắc đều ống xịt từ 2 đến 5 giây (lắc khoảng 5 đến 6 lần). Đảm bảo trộn thuốc đều trong ống đựng |
| 11. | Đưa thuốc xịt vào miệng người bệnh | - Giữ ống xịt trong tay thuận  - Đặt đầu miệng ống xịt vào miệng người bệnh, yêu cầu người bệnh khép chặt môi xung quanh miệng bình xịt  - Để bình xịt hướng về phía đường hô hấp, đầu miệng ống xịt cách miệng của người bệnh từ 2-4cm, miệng của người bệnh mở rộng, đầu ống xịt hướng về phía sau của cổ họng |
| 12. | Tiến hành xịt thuốc | - Hướng dẫn người bệnh hơi ngửa đầu ra đằng sau, hít vào chậm và sâu qua miệng từ 3 đến 5 giây, ấn mạnh bình xịt  - Yêu cầu người bệnh nín thở khoảng 10 giây  - Thuốc được phân phối đến niêm mạc họng, được hấp thu dễ dàng và hiệu quả hơn |
| 13. | Từ từ lấy ống xịt khỏi miệng. | Lấy ống xịt từ miệng trước khi thở ra, sau đó hướng dẫn người bệnh thở ra từ từ qua mũi và mím môi lại |
| 14. | Dặn dò người bệnh, đưa người bệnh về tư thế thoải mái. | - Hướng dẫn người bệnh chờ 20 đến 30 giây giữa các lần xịt (nếu xịt 2 lần) hoặc 2 đến 5 phút giữa các lần xịt tiếp theo nếu là thuốc khác  - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ da, nổi mẩn, khó thở…để báo với nhân viên y tế kịp thời.  - Giúp người bệnh tư thế thoải mái. |
| 15. | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Tháo găng đúng kĩ thuật.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 16. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 17. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi được dùng thuốc. | |

**6. Dùng thuốc qua đường khí dung**

**6.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***6.1.1. Nguyên tắc***

+ Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

+ Nhận biết và hiểu được cấu tạo, nguyên tắc hoạt động của một số loại máy khí dung thông dụng trên thị trường

***6.1.2. Những điểm cần lưu ý khi dùng thuốc qua đường khí dung***

+ Một vài thuốc tác dụng đến hệ hô hấp có thể gây tác dụng phụ như kích động, bồn chồn, lo lắng, đánh trống ngực. Nên thận trọng khi sử dụng những thuốc này đối với người bệnh mắc các bệnh về tim mạch vì thuốc có thể gây tăng huyết áp, loạn nhịp tim hay co thắt động mạch vành. Nếu có những dấu hiệu này xảy ra, phải ngừng sử dụng thuốc ngay và báo bác sĩ.

+ Đa phần các liều dùng cho thuốc khí dung không yêu cầu pha loãng. Tuy nhiên, trong những trường hợp đặc biệt cần phải pha loãng, người điều dưỡng cũng như người bệnh phải đọc kỹ hưỡng dẫn để pha đúng nồng độ của thuốc

**6.2 Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ (tương tự phần 2; thêm dụng cụ khí dung)**

- Bình khí dung và ống dẫn

- Máy khí dung

- Máy đo nồng độ ôxy động mạch

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và khả năng dùng thuốc của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Nhận định các trường hợp không nên dùng thuốc: nôn, kích ứng, …  - Nhận định nguy cơ hít sặc thuốc vào đường hô hấp: khả năng nuốt, ho, phản xạ nôn… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh. Hướng dẫn người bệnh hít sâu và thở ra hoàn toàn  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp: ngồi hoặc nằm đầu cao, tư thế nửa nằm nửa ngồi. |
| 10. | Chuẩn bị máy khí dung | Lắp đặt các thành phần đầy đủ và cắm điện. Kiểm tra sự hoạt động của máy. |
| 11. | Cho thuốc theo chỉ định vào bình đựng | Cho thuốc theo chỉ định và chất pha loãng (nếu cần thiết) vào bình đựng, thuốc đủ liều lượng, không đổ ra ngoài. |
| 12. | Đặt mặt nạ (mask)/ống khí dung vào vùng mũi miệng. | Mặt nạ (phủ kín miệng và mũi) hoặc đầu ống khí dung vào miệng/mũi người bệnh |
| 13. | Bật máy. | Bật công tắc của máy và quan sát thấy thuốc bắt đầu phun ra dưới dạng sương mù |
| 14. | Hướng dẫn người bệnh hít thở đúng trong quá trình dùng thuốc khí dung | Người bệnh hít sâu, chậm và thở ra đều.  - Nếu người bệnh bị khó thở: bảo người bệnh cứ mỗi nhịp thở thứ 4 hoặc thứ 5 thì lại hít sâu rồi nín thở trong vòng 5-10 giây rồi mới thở ra  - Luôn nhắc nhở người bệnh hít sâu, thở ra chậm thụ động trong suốt quá trình khí dung  - Theo dõi mạch của người bệnh trong suốt quá trình khí dung, đặc biệt là các thuốc chẹn beta |
| 15. | Theo dõi người bệnh trong quá trình dùng thuốc. Tắt máy khi hết thuốc. | Người bệnh được theo dõi dhst, sử dụng máy khí dung hiệu quả. Khi hết thuốc, tắt máy, tháo bình đựng thuốc, ống dẫn ngâm vào dung dịch khử khuẩn |
| 16. | Dặn dò người bệnh, đưa người bệnh về tư thế thoải mái. | - Hướng dẫn người bệnh súc miệng và lau sạch bằng nước ấm (nếu cần)  - Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái |
| 17. | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Tháo găng đúng kĩ thuật.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 18. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 19. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi được dùng thuốc. | |

**7. Dùng thuốc qua niêm mạc hậu môn**

**7.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***7.1.1. Nguyên tắc***

+ Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

+ Phải đảm sự kín đáo và riêng tư khi đặt thuốc cho người bệnh

+ Đảm bảo hậu môn - trực tràng sạch và không chảy máu trước khi đặt thuốc cho người bệnh

***7.1.2. Những điều cần lưu ý khi dùng thuốc qua niêm mạc hậu môn***

* Không được sờ khám trực tràng khi đặt thuốc cho người bệnh nếu người bệnh có tiền sử phẫu thuật trực tràng. Nhìn chung, thuốc đặt hậu môn được chống chỉ định trong các trường hợp chảy máu trực tràng, tiêu chảy, viêm da vùng hậu môn.
* Không nên đặt thuốc vào hậu môn cho trẻ khi trẻ bị táo bón vì sẽ làm ảnh hưởng tới sự hấp thu của thuốc, làm giảm tác dụng của thuốc.
* Nếu người bệnh hạn chế vận động không thể tự nằm nghiêng theo tư thế Sim thì cần một điều dưỡng khác giúp người bệnh nằm nghiêng, đặt gối ở dưới cánh tay và chân.

**7.2 Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng.  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và tình trạng hậu môn của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Bệnh lý đường tiêu hóa làm ảnh hưởng đến việc dùng thuốc: tiêu chảy,…  - Tình trạng hậu môn, trực tràng: tổn thương, nứt kẽ, chảy máu… |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | - Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua niêm mạc hậu môn an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị địa điểm | Đóng kín cửa hoặc che bình phong |
| 10. | Chuẩn bị người bệnh, kéo quần người bệnh xuống. | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Đặt tư thế người bệnh  + Tư thế Sim: nghiêng sang trái, tay trái đưa ra sau lưng, chân phải co lên bụng  + Hoặc nằm nghiêng sang trái, chân phải co lên bụng  - Kéo quần người bệnh xuống dưới mông |
| 11. | Mang găng sạch | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng kĩ thuật |
| 12. | Lấy thuốc, bôi trơn thuốc đặt hậu môn | - Bóc bỏ vỏ của viên thuốc đạn, bôi trơn phần đầu của viên thuốc với dung dịch dầu nhờn.  - Bôi trơn ngón tay trỏ bàn tay thuận của người điều dưỡng |
| 13. | Tiến hành đặt thuốc hậu môn  https://healthvietnam.vn/photos/174/%C4%91i%E1%BB%81u%20d%C6%B0%E1%BB%A1ng/%C4%91i%E1%BB%81u%20d%C6%B0%E1%BB%A1ng%20c%C6%A1%20b%E1%BA%A3n%202/image244.gif  Hình 22.5: Đưa thuốc vào hậu môn | - Hướng dẫn người bệnh hít sâu, thở đều, chậm qua đường miệng  - Tay không thuận của người điều dưỡng đặt lên mông và dùng ngón cái kéo rộng lỗ hậu môn của người bệnh  - Tay còn lại cầm viên thuốc đạn đặt vào hậu môn và dùng ngón trỏ đẩy sâu thuốc vào 10 cm đối với người lớn và 5 cm đối với trẻ em.  - Rút tay ra, khép lỗ hậu môn |
| 14. | Tháo găng tay, kéo quần lại cho người bệnh. | - Tháo găng tay đúng kĩ thuật  - Kéo quần lại cho người bệnh. |
| 15. | Dặn dò người bệnh | - Yêu cầu người bệnh tiếp tục nằm nghiêng hoặc có thể nằm ngửa thẳng trong vòng 5 phút  - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 16. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 17. | Kéo rèm trở lại, thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 18. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 19. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**8. Dùng thuốc qua niêm mạc âm đạo**

**8.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***8.1.1. Nguyên tắc***

- Tuân thủ nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh dùng thuốc

- Phải vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi đặt thuốc vào âm đạo.

***8.1.2. Các dạng thuốc:*** Có nhiều dạng thuốc có thể dùng qua niêm mạc âm đạo như thuốc bột, mỡ, kem, thuốc trứng, viên nén...

***8.1.3. Những điều cần lưu ý khi dùng thuốc qua niêm mạc âm đạo***

* Với viên trứng, viên nhét thể chất mềm, đặt thẳng vào âm đạo, viên nén thể chất hơi cứng, khó tan nên làm ẩm bằng cách nhúng viên thuốc vào nước sôi để nguội khoảng 20 – 30 giây hoặc bôi trơn thuốc bằng chất trơn tan trong nước trước khi đặt thuốc vào âm đạo.
* Thuốc được đặt dọc theo thành sau của âm đạo sâu 5 đến 7,5 cm
* Đảm bảo kỹ thuật thực hiện vô trùng cho người bệnh
* Thuốc đặt âm đạo chỉ áp dụng với những phụ nữ đã có quan hệ tình dục
* Bảo quản thuốc trong tủ lạnh tránh cho thuốc bị tan chảy ra khi ở trong nhiệt độ môi trường
* Cần giữ kín đáo cho người bệnh khi đặt thuốc vào âm đạo
* Tránh giao hợp trong thời gian đặt thuốc nhằm làm cho thuốc đạt hiệu quả
* Không dùng các loại viên đặt âm đạo để uống

**8.2 Quy trình kỹ thuật**

**\* Chuẩn bị dụng cụ: tương tự phần 2; bổ sung:**

- Dụng cụ đặt thuốc, và dung dịch để rửa (theo chỉ định).

- Nước và dung dịch bôi trơn

- Đèn chiếu; khăn giấy lụa, băng vệ sinh (nếu cần)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng và tình trạng âm đạo, dịch tiết của người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.  - Nhận định tính chất dịch tiết: màu sắc, mùi, có máu/không có máu?... |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 5. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc qua niêm mạc âm đạo an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 6. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 7. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 8. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 9. | Chuẩn bị địa điểm | Đóng kín cửa hoặc che bình phong |
| 10. | Chuẩn bị người bệnh và vệ sinh âm hộ | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật.  - Vệ sinh vùng âm hộ: dùng khăn lau/rửa sạch vùng âm hộ  - Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa trên giường, đầu gối và hông dạng ra |
| 11. | Đặt tấm lót dưới vùng mông người bệnh | Đặt tấm lót đúng vị trí, ngay ngắn |
| 12. | Mang găng tay sạch | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng kĩ thuật |
| **Thuốc dạng viên** | | |
| 13. | Lấy thuốc, bôi trơn thuốc đặt âm đạo | - Lấy thuốc đặt ra khỏi vỏ bao  - Làm trơn đầu thuốc bằng dung dịch bôi trơn hoặc nhúng qua nước ấm.  - Bôi trơn ngón trỏ và ngón giữa tay thuận |
| 14. | Tiến hành đặt thuốc âm đạo  https://healthvietnam.vn/photos/174/%C4%91i%E1%BB%81u%20d%C6%B0%E1%BB%A1ng/%C4%91i%E1%BB%81u%20d%C6%B0%E1%BB%A1ng%20c%C6%A1%20b%E1%BA%A3n%202/image244.gif  Hình 22.6: Đưa thuốc vào âm đạo | - Tay không thuận vạch môi bé  - Tay thuận nhét đầu tròn của viên thuốc dọc theo cổ tử cung vào trong cho đến ngập hết ngón tay trỏ |
| **Thuốc dạng kem** | | |
| 13. | Lấy thuốc dạng kem | - Bóp thuốc từ tuýp thuốc vào giữa ngón trỏ và ngón giữa theo đúng liều lượng |
| 14. | Tiến hành đặt thuốc kem vào âm đạo | - Tay không thuận vạch môi bé  - Tay thuận kẹp thuốc giữa ngón trỏ và ngón giữa, đưa theo chiều dài ngón tay vào âm đạo khoảng 5 đến 7.5 cm  - Hoặc dụng cụ đặt sâu vào âm đạo: lấy đủ liều thuốc vào dụng cụ, tay không thuận vạch môi bé, tay thuận đưa dụng cụ và thuốc vào âm đạo, đẩy nòng để thuốc vào sâu |
| 15. | - Rút hai ngón tay/dụng cụ bơm,  - Thả tay vạch môi bé | - Rút tay/ dụng cụ bơm nhẹ nhàng |
| 16. | Lau thuốc đọng ở bộ phận sinh dục ngoài. | Dùng khăn bông sạch lau nhẹ nhàng bộ phận sinh dục |
| 17. | Tháo găng tay, kéo quần lại cho người bệnh. | - Tháo găng tay đúng kĩ thuật  - Kéo quần lại cho người bệnh. |
| 18. | Dặn dò người bệnh | - Cho người bệnh nằm nghỉ tại giường ít nhất 10 phút  - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, các dấu hiệu bất thường như: mẩn ngứa, đỏ ra, nổi mẩn…để báo với nhân viên y tế kịp thời. |
| 19. | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| 20. | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| Lượng giá | | |
| 21. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 16: KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức.***   1. 1. Trình bày nguyên lý cơ bản khi tiêm thuốc cho người bệnh. 2. 2. Trình bày được định nghĩa, áp dụng, không áp dụng, vị trí tiêm để thực hiện kỹ thuật tiêm trong da. 3. 3. Trình bày các tai biến có thể xảy ra khi tiêm trong da để phát hiện và xử trí kịp thời.   ***\* Kỹ năng.***  4. Thực hiện được kỹ thuật tiêm trong da cho người bệnh an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  5. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ thuật tiêm trong da cho người bệnh trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  6. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh thực hiện kỹ thuật tiêm trong da cho người bệnh trong tình huống giả định.  7. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ thuật tiêm trong da cho người bệnh trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Kỹ thuật tiêm thuốc là đưa thuốc vào cơ thể người bệnh có sự can thiệp của điều dưỡng vào các tổ chức của cơ thể người bệnh bao gồm tiêm trong da, dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch nhằm mục đích điều trị, phòng ngừa nâng cao sức khỏe và chẩn đoán.

Để đảm bảo cho người bệnh dùng thuốc an toàn và hiệu quả, người điều dưỡng phải có đầy đủ kiến thức hiểu biết về thuốc và cách sử dụng thuốc. Trong và sau khi tiêm thuốc điều dưỡng cần chủ động phối hợp với đồng nghiệp để tư vấn, hướng dẫn người bệnh phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời. Đặc biệt đối với dùng thuốc qua đường tiêm người điều dưỡng phải đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn để phòng tránh lây chéo từ người này sang người khác.

Kỹ thuật tiêm trong da được sử dụng trong một số các trường hợp nhất định. Điều dưỡng viên cần nắm vững kỹ thuật để đảm bảo an toàn và hiệu quả cho người bệnh.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Nguyên lý cơ bản khi tiêm thuốc cho người bệnh**

***2.1.1. Thực hiện 5 đúng để đảm bảo an toàn cho người bệnh khi tiêm thuốc***

***2.1.2. Đảm bảo vô khuẩn trong tất cả các bước khi chuẩn bị thuốc và thực hành kỹ thuật tiêm thuốc.***

|  |
| --- |
| Bơm Tiêm Dùng 1 Lần Tanaphar Có Nhiều Dung Tích Khác Nhau  Hình 23.1: Cấu tạo bơm kim tiêm |

***2.1.3. Đưa kim đúng góc độ để tiêm thuốc vào đúng vị trí tiêm và mục đích của mũi tiêm.***

|  |
| --- |
| Hình 23.2: Các góc độ tiêm |

***2.1.4. Giảm thiểu sự không thoải mái của người bệnh khi tiến hành tiêm***

* + Sử dụng kim tiêm có mũi vát sắc nhọn, thân kim nhỏ và phù hợp với đường tiêm.
  + Đặt tư thế và vị trí của người bệnh phù hợp để xác định chính xác vị trí tiêm và làm giảm đau cơ.
  + Đánh lạc sự chú ý của người bệnh khi tiến hành tiêm bằng nói chuyện, động viên người bệnh.
  + Có thể sử dụng thuốc xịt giảm đau trên vị trí tiêm 15 giây trước khi tiến hành tiêm hoặc chườm đá lên vị trí tiêm trong khoảng 1 phút trước khi tiến hành tiêm.
  + Đâm kim nhẹ và nhanh. Thực hiện theo nguyên tắc: 2 nhanh (đâm kim và rút kim nhanh) và 1 chậm (bơm thuốc chậm 1ml/10s). Tuy nhiên, một số thuốc cần đưa theo yêu cầu của nhà sản xuất ví dụ: thuốc Penicillin chậm (Benzathine Penicillin) không nên tiêm chậm vì có thể gây tắc kim.
  + Giữ bơm tiêm chắc khi kim tiêm nằm trong vị trí tiêm để phòng ngừa tổn thương mô.
  + Nhẹ nhàng dùng bông/gạc vô khuẩn ấn vào vị trí tiêm sau khi tiêm xong. Trường hợp tiêm vắc xin phòng bệnh thì dùng ngón tay cái bên trái kéo da vùng tiêm chệch sang bên để ngăn thuốc trào ra theo lỗ kim đâm và không được sát khuẩn cồn. Bởi thuốc tiêm phòng rất ít (khoảng 1/10 ml, nếu dùng bông cồn thì cồn sẽ thẩm thấu vào vết kim trộn với lượng vắc xin ít ỏi và làm vắc xin mất tác dụng.
  + Thay đổi vị trí tiêm ở các lần tiêm sau, tránh mũi tiêm nọ đè lên mũi tiêm kia nhằm đề phòng sự hình thành áp xe (abces), hoặc xơ cứng cơ.

***2.1.5. Thuốc đã hút vào bơm kim tiêm, sau 15 phút không sử dụng phải loại bỏ***

***2.1.6. Phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn gây ra***

* + Chuẩn bị sẵn hộp đựng vật sắc nhọn.
  + Cô lập ngay kim tiêm đã sử dụng, không được dùng tay để đậy nắp kim.
  + Báo cáo và xử lý về rủi ro do vật sắc nhọn bao gồm:
* Trang thiết bị gây ra tai nạn: vật sắc nhọn có dính máu, dịch tiết của người bệnh không? Người bệnh có nguy cơ bị bệnh đường máu (HIV, HBV, HCV...) không?
* Thời gian, địa điểm xảy ra tai nạn.
* Mô tả tai nạn: vị trí, độ sâu của vết thương.

**2.2. Chuẩn bị thuốc từ ống thuốc, lọ thuốc**

***2.2.1. Khái niệm ống thuốc, lọ thuốc***

Ống thuốc thường chứa liều đơn, dạng dung dịch thường có số lượng từ 1-10ml Ống thuốc được làm bằng thủy tinh với cổ ống thắt nhỏ lại để bẻ gãy khi lấy thuốc ra. Ở cổ ống thuốc có một vòng tròn có màu hoặc chấm đánh dấu ống thuốc đã được cưa sẵn để bẻ một cách dễ dàng.

Lọ thuốc chứa liều đơn hoặc đa liều, có nút cao su ở đầu, có nắp kim loại hoặc nhựa để bảo vệ. Thuốc lọ có hai dạng: dạng bột và dạng dung dịch. Những thuốc không ổn định trong dung dịch được đóng gói dưới dạng bột. Nhãn của lọ thuốc ghi rõ loại dung môi và số lượng dịch cần thiết để hòa tan thuốc và để đạt được nồng độ thuốc như mong muốn. Nước muối sinh lý và nước cất là dung môi phổ biến sử dụng để hòa tan thuốc.

Một số lọ thuốc có 2 ngăn được ngăn cách bởi một nút cao su: một ngăn chứa dung dịch hòa tan (dung môi) và một ngăn chứa thuốc dạng bột.

***2.2.2. Quy trình kỹ thuật***

**\* Chuẩn bị dụng cụ**

|  |  |
| --- | --- |
| Xe tiêm 3 tầng được sắp xếp gọn gàng:  - Tầng 1: Thuốc theo y lệnh  Cồn 70⁰C, bông, hộp đựng bông, gạc bẻ thuốc, hộp đựng gạc  Ống trụ cắm panh, 1 panh không mấu  1 khay sạch nhỏ và 1 panh có mấu  Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn  Sổ thuốc/hồ sơ bệnh án (có phiếu chăm sóc, phiếu điều trị) …  - Tầng 2: Hộp thuốc cấp cứu phản vệ  + Bơm tiêm: có nhiều cỡ bơm tiêm khác nhau từ 1ml đến 60ml. Mỗi bơm tiêm có kim tiêm hoặc không có kim tiêm được đóng gói trong bao bì bằng nhựa hoặc bằng giấy vô khuẩn. Bơm tiêm chỉ sử dụng một lần tuyệt đối không tái sử dụng trong kỹ thuật tiêm thuốc cho người bệnh.  \* Tiêm trong da: bơm tiêm 1ml  \* Tiêm dưới da: bơm tiêm 1 – 3ml  \* Tiêm bắp thịt: bơm tiêm 3 – 5ml  \* Tiêm tĩnh mạch: bơm tiêm 5, 10, 20 ml  + Kim tiêm: Kim tiêm được đóng gói cùng với bơm tiêm. Mỗi kim tiêm gồm có ba phần: đốc kim, thân kim và mặt vát kim. Cả ba phần của bơm kim tiêm phải được giữ vô khuẩn. Có nhiều cỡ kim khác nhau. Chiều dài của kim từ 1cm đến 7,5 cm.  \* Kim pha thuốc thường có đường kính trong từ 19G đến 20G.  \* Kim tiêm trong da: cỡ kim: 26-27G; dài 0,6 – 1,3 cm; mũi vát ngắn  \* Kim tiêm dưới da: cỡ kim 23-25G; dài 1,5-2,5cm  \* Kim tiêm bắp: cỡ kim: 21-23G; dài 2,5 – 4cm  \* Kim tiêm tĩnh mạch: cỡ kim 19-23G, dài 2,5 – 4cm  Kim pha thuốc (thường có đường kính trong từ 19G đến 20G).  Thuốc, nước cất/NaCl 0,9%, dung môi hòa tan theo chỉ định Gạc bẻ ống thuốc  Găng tay (nếu cần)  - Tầng 3: xô/túi nilon chứa chất thải màu: xanh, trắng, vàng, hộp đựng vật sắc nhọn/hộp kháng thủng màu vàng theo quy định KSNK | bom-kim-tiem-cao-cap  Hình 23.3: Các loại bơm tiêm  Capture1.PNG  Hình 23.4: Hộp kháng thủng  Xe tiêm 3 tầng inox không rỉ | Dụng cụ sơ cứu | Vinmece.Com  Hình 23.5: Xe tiêm được sắp xếp theo 3 tầng |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1. | Nhận định đúng thuốc, đúng người bệnh. | Xác định đúng người bệnh và kiểm tra chính xác và toàn diện việc sao chép đơn thuốc: hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Đánh giá chất lượng thuốc và số liều thuốc phù hợp với người bệnh, tương tác thuốc khác của người bệnh | Đánh giá chất lượng thuốc: màu sắc, tính chất của thuốc, đối với loại thuốc bột đánh giá thuốc bột có bị vón cục không.  Đánh giá tổng quát tình trạng người bệnh để đưa ra xử trí kịp thời. |
| 3. | Nhận định các dụng cụ đi kèm, đường đưa thuốc vào cơ thể. | - Bơm kim tiêm các loại phù hợp  - Thuốc pha đi kèm đủ |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh và dụng cụ, phương tiện để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 7. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| ***Chuẩn bị thuốc từ ống thuốc*** | | |
| 8 | Sát khuẩn ống thuốc | Búng nhẹ đầu ống thuốc bằng ngón tay cho đến khi dịch không còn ở cổ ống.  Sát khuẩn cổ ống thuốc bằng bông cồn. |
| 9 | Bẻ ống thuốc | Bẻ ống thuốc bằng miếng gạc khô. Không dùng gạc/bông cồn để bẻ thuốc. |
|  | C:\Users\uer\Desktop\Hinh tiem thuoc\images.jpg  Hình 23.5: Bẻ ống thuốc | |
| 10. | Thay kim tiêm bằng kim lấy thuốc. | Kim lấy thuốc phù hợp.  Thực hiện đúng kỹ thuật, tay không chạm kim |
| 11. | Đưa kim vào ống/lọ thuốc | Lấy thuốc đúng kỹ thuật: giữ ống thuốc dựng đứng hoặc đặt trên một mặt phẳng. Đưa kim qua cổ ống thuốc. Không để đầu kim hoặc thân kim chạm vào miệng của ống thuốc. |
| 12 | Lấy thuốc vào bơm tiêm đến hết lượng thuốc cần. | - Giữ đầu kim luôn ngập trong thuốc. Không được đuổi khí khi đang hút thuốc  - Hút đủ số lượng thuốc vào trong bơm tiêm bằng cách kéo nhẹ nhàng pittong. |
| ***Chuẩn bị thuốc từ lọ thuốc bột*** | | |
| 8. | Sát khuẩn nắp lọ thuốc bột | Mở nắp lọ thuốc để lộ phần cao su, sát khuẩn nắp cao su bằng bông cồn và để khô tự nhiên. |
|  | |  |  | | --- | --- | |  |  |   Hình 23.6: Sát khuẩn lọ thuốc và lấy thuốc | |
| 9. | Rút thuốc hòa tan thuốc bột đủ liều lượng pha thuốc. | Rút hết lượng dịch hòa tan vào bơm tiêm (thao tác như chuẩn bị thuốc từ ống thuốc). |
| 10. | Bơm dung môi vào lọ thuốc bột. | Đâm kim lấy thuốc qua trung tâm của nút cao su.. Chính giữa nắp cao su là nơi mỏng nhất nên dễ đâm kim. Đẩy dung môi vào lọ thuốc |
| 11 | Hòa tan lượng thuốc bột. | Rút 1 lượng khí ra từ lọ thuốc, lấy kim ra,  Lắc lọ thuốc đều thuốc theo chiều ngang.để dung môi bắt đầu làm tan và trộn đều thuốc trong lọ. |
| 12. | Rút thuốc từ lọ thuốc đúng y lệnh. | Bơm 1 lượng khí vào lọ thuốc bằng với lượng thuốc sẽ rút ra, đồng thời kéo lui pittong để lấy thuốc đã được hòa tan vào bơm tiêm. Xác định chính xác liều thuốc và đảm bảo vô khuẩn thuốc tiêm. |
| 15. | Thay kim lấy thuốc bằng kim tiêm | Thay kim lấy thuốc bằng kim tiêm cỡ thích hợp. Kim lấy thuốc không được sử dụng để tiêm. |
| 16. | Đuổi khí trong bơm tiêm | Không khí không còn trong bơm tiêm. |
| 17. | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay. | - Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định.  - Vệ sinh tay theo đúng qui trình. |
| **Lượng giá** | | |
| 18. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả về số lượng, chất lượng thuốc đã lấy vào bơm tiêm. | |

**2.3. Tiêm trong da**

***2.3.1. Định nghĩa:*** Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ 1/10ml vào dưới lớp thượng bì, thuốc được hấp thu rất chậm.

|  |
| --- |
| Hướng dẫn an toàn tiêm chủng và kỹ thuật tiêm cho điều dưỡng viên  Hình 23.7: Kỹ thuật tiêm trong da |

***2.3.2. Áp dụng***

- Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc (test nội bì nếu Bác sỹ yêu cầu).

- Tiêm một số vắc xin phòng bệnh (vắc xin BCG phòng bệnh Lao cho trẻ em) hoặc tìm phản ứng để chẩn đoán lao (phản ứng Mantoux).

***2.3.3. Không áp dụng làm******test lẩy da***

- Đang có cơn dị ứng cấp tính.

- Phụ nữ có thai.

- Viêm da có mủ

***2.3.4. Vị trí tiêm***

- Vùng để tiêm trong da rất nhiều và rộng, lựa chọn các vùng da mỏng, trắng, không sẹo, không có lông, không bị thâm tím, không nhiễm trùng hay phù nề, các vị trí thường tiêm:

+ 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay (đường nối từ nếp gấp cổ tay đến nếp gấp khuỷu tay).

+ 1/3 trên mặt ngoài cánh tay (đường nối từ mỏm vai đến mỏm khuỷu) thường được áp dụng tiêm vắc xin BCG

***2.3.5. Nguy cơ tai biến, cách đề phòng và xử trí***

*2.3.5.1. Phản vệ*

- Nguyên nhân: do phản ứng quá mẫn của cơ thể với thuốc.

- Đề phòng:

+ Khai thác tiền sử dị ứng.

+ Thực hiện 5 đúng.

+ Bơm thuốc chậm đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.

- Xử trí theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

*2.3.5.2. Tiêm vaccin quá sâu hoặc quá liều quy định*

***-*** Đề phòng: thực hiện 5 đúng, tiêm đúng kỹ thuật.

- Xử trí: báo bác sỹ, thực hiện theo y lệnh.

*2.3.5.2 Một số phản ứng tại chỗ*: đau, đỏ hoặc sưng tại chỗ tiêm, thường tự khỏi trong vòng vài ngày đến 1 tuần

***2.3.6. Cách pha thuốc thử phản ứng.***

***-*** Đối với thuốc kháng sinh Steptomycine và Penecillin, pha thuốc để thử phản ứng (test nội bì) theo hướng dẫn sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Thứ tự pha thuốc và nước cất | Loại 500mg (500.000 UI) | Loại 1g (1.000.000UI) |
| 1 | Pha nước cất | 5ml  (DD1 100.000UI/ml) | 10ml  (DD1 100.000UI/ml) |
| 2 | Rút DD 1 ra pha thêm với | 0,1 ml (1/10 DD1)  0,9 ml nước cất  -> 1ml DD2 (1.000UI) | 0,1 ml (1/10 DD1)  0,9 ml nước cất  -> 1ml DD2 (1.000UI) |
| 3 | Rút DD 2 ra pha thêm với | 0,1 ml (1/10 DD2)  0,9 ml nước cất  -> 1ml DD3 (100UI) | 0,1 ml (1/10 DD2)  0,9 ml nước cất  -> 1ml DD3 (100UI) |
| 4 | Rút DD 3 ra pha thêm với | 0,1 ml (1/10 DD3)  0,9 ml nước cất  -> 1ml DD4 (100UI) | 0,1 ml (1/10 DD3)  0,9 ml nước cất  -> 1ml DD4 (100UI) |
| 5 | Lấy 0,1 ml DD4 (10UI) đi thực hiện test nội bị cho người bệnh | | |

***-*** Đối với thuốc kháng sinh hoặc các thuốc cần thử phản ứng khác, sử dụng dung dịch tiêm là dung dịch đã được chuẩn hóa bởi nhà sản xuất hoặc khoa dược bệnh viện.

***2.3.7. Quy trình kĩ thuật***

***\* Chuẩn bị dụng cụ:*** Tương tự phần: 2.2. Chuẩn bị thuốc từ ống thuốc, lọ thuốc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp. |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định vị trí tiêm trong da | Thâm tím, sẹo, sưng nề, viêm da … |
| 5. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và thân nhân đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh và thân nhân về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 6. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật tiêm trong da an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 7. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 8. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 9. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 10. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 11. | Lấy thuốc vào bơm tiêm | *- Tiêm BCG*  + Sát khuẩn nắp lọ thuốc BCG và đầu ống/ cổ ống dung môi. Pha thuốc, lấy thuốc theo đúng chỉ định (1/10ml)  + Thay kim, kiểm tra kim.  *- Test nội bì thử phản ứng thuốc*  + Sát khuẩn lọ/ống dung dịch đã được chuẩn hóa và lấy dung dịch theo đúng chỉ định (0.02 – 0.05ml).  + Thay kim, kiểm tra kim. |
| 12. | Xác định và bộc lộ vị trí tiêm trong da | *- Tiêm BCG:* 1/3 trên mặt trước ngoài cánh tay trái (T).  *- Test nội bì thử phản ứng thuốc:* 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay |
| 13. | Sát khuẩn vị trí tiêm | Từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần). |
| 14. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 15. | Đuổi khí | Để bơm tiêm thẳng đứng, chỉnh mũi vát kim cùng chiều với mặt số của bơm tiêm, đẩy nhẹ pittong loại bỏ hết khí trong bơm tiêm. |
| 16. | Đâm kim qua da | Căng da, để mũi vát kim lên trên, đâm kim góc độ 10-15º so với mặt da vừa đủ ngập mũi vát.  - Tiêm vaccine: mũi vát kim ngửa lên trên và ngập vào trong da.  - Test nội bì: tiêm trong da 2 điểm cách nhau 3 – 5 cm  + Điểm 1: dung dịch NaCl 0,9% (chứng âm)  + Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa |
| 17. | Bơm thuốc từ từ | Bơm thuốc từ từ hết sẽ có cảm giác nặng tay, tại vị trí tiêm xuất hiện nốt phồng nổi trên mặt da, đường kính khoảng 6mm đối với tiêm BCG và 3mm đối với test nội bì. |
| 18. | Rút kim | Rút kim nhanh, căng da, cô lập bơm kim tiêm vào hộp kháng thủng. |
| 19. | - Đặt bông lên vị trí tiêm (nếu cần)  - Khoanh tròn sát chân nốt phồng (nếu thử phản ứng thuốc) | - Đặt bông khô lên vị trí tiêm, không được đặt bông cồn.  - Dùng bút bi khoanh vòng quanh chân nốt sẩn (không khoanh trong tiêm BCG) |
| 20. | Theo dõi và hướng dẫn người bệnh/gia đình NB những điều cần thiết | *Tiêm BCG:*  + Không chạm vào vùng tiêm  + Theo dõi trẻ tại cơ sở tiêm chủng ít nhất 30 phút, sau đó về nhà theo dõi tiếp 24-48h.  + Nếu có các triệu chứng bất thường như: trẻ sốt cao, khó thở, bỏ bú…đưa trẻ đến cơ sở y tế.  - *Test nội bì thử phản ứng thuốc:*  + Không chạm vào vùng tiêm  + Khi thấy một trong những triệu chứng sau: mày đay, mẩn ngứa; khó thở, thở nhanh, thở rít; đau bụng, nôn…thì báo với nhân viên y tế để xử trí kịp thời. |
| 21. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Đưa người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 22. | Thu dọn dụng cụ | Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định. |
| 23. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 24. | Ghi hồ sơ | - Ghi lại những tác dụng không mong muốn  - Ghi phiếu thử phản ứng thuốc.  - Ghi hồ sơ chăm sóc. |
| **Lượng giá** | | |
| 25. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**2.4. Test lẩy da**

***2.4.1. Định nghĩa***: là đưa một lượng thuốc được pha loãng với nồng độ thích hợp vào lớp thượng bì của da để thử phản ứng của cơ thể với thuốc hoặc dị nguyên

|  |
| --- |
| Xét nghiệm dị ứng da những điều cần biết  Hình 23.8: test lẩy da |

***2.4.2. Áp dụng:*** thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc

***2.4.3. Không áp dụng làm******test lẩy da***

- Đang có cơn dị ứng cấp tính: viêm mũi, mày đay, ban đỏ….

- Phụ nữ có thai.

- Trẻ sơ sinh

- Đang sử dụng thuốc kháng histamine (phải dừng trước khi thử test 48 – 72g), corticoid toàn thân (ngừng dùng corticoid toàn thân từ 3 – 5 ngày trước khi thử test)

***2.4.4. Vị trí tiêm:*** 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay (đường nối từ nếp gấp cổ tay đến nếp gấp khuỷu tay).

***2.4.5. Cách pha thuốc thử phản ứng:*** sử dụng dung dịch 1 (100.000UI/ml) để test.

***2.4.6. Quy trình kĩ thuật***

***\* Chuẩn bị dụng cụ:*** Dụng cụ giống trong phần lấy thuốc vào bơm tiêm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| **1.** | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| **2.** | Nhận định toàn trạng người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp. |
| **3.** | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| **4.** | Nhận định vị trí test lẩy da | Thâm tím, sẹo, sưng nề, viêm da … |
| **5.** | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và người nhà người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh và người nhà người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| **6.** | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật test lẩy da an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| **7.** | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| **8.** | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| **9.** | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| **10.** | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| **11.** | Lấy thuốc vào bơm tiêm | Sát khuẩn nắp lọ thuốc và đầu ống/cổ ống dung môi. Pha thuốc, lấy thuốc theo đúng chỉ định  - Thay kim, kiểm tra kim. |
| **12.** | Xác định và bộc lộ vị trí test lẩy da | Bộc lộ vị trí tiêm: 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay |
| **13.** | Sát khuẩn vị trí tiêm | Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần). |
| **14.** | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| **15.** | Đuổi khí | Để bơm tiêm thẳng đứng, chỉnh mũi vát kim cùng chiều với mặt số của bơm tiêm, đẩy nhẹ pittong loại bỏ hết khí trong bơm tiêm. |
| **16.** | Nhỏ dung dịch thuốc và chứng âm, chứng dương trên mặt da | Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn:  - 1 giọt dung dịch chuẩn (thuốc hoặc dị nguyên) lên mặt da.  - 1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm)  - 1 giọt dung dịch histamine 1mg/ml (chứng dương) |
| **17.** | Đâm kim qua da góc 450 so với mặt da rồi lẩy nhẹ | Dùng kim tiêm vô khuẩn cắm vào giữa giọt trên (mỗi giọt dùng kim riêng) qua lớp thượng bì, tạo với mặt da một góc 450 rồi lẩy nhẹ (không được làm chảy máu). |
| **18.** | Rút kim | Rút kim nhanh, căng da, cô lập bơm kim tiêm vào hộp kháng thủng. |
| **19.** | Theo dõi và hướng dẫn người bệnh/người nhà người bệnh những điều cần thiết | + Không chạm vào vùng tiêm  + Khi thấy một trong những triệu chứng sau: mày đay, mẩn ngứa; khó thở, thở nhanh, thở rít; đau bụng, nôn…thì báo với nhân viên y tế để xử trí kịp thời. |
| **20.** | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| **21.** | Thu dọn dụng cụ | Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định. |
| **22.** | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| **23.** | Ghi hồ sơ | - Ghi lại những tác dụng không mong muốn (nếu có).  - Ghi phiếu thử phản ứng thuốc.  - Ghi hồ sơ chăm sóc. |
| **Lượng giá** | | |
| **24.** | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 17: KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* *Kiến* thức.**  1. Trình bày được định nghĩa, áp dụng, không áp dụng, vị trí tiêm để thực hiện kỹ thuật tiêm dưới da.  2. Trình bày các tai biến, cách đề phòng và xử trí các tai biến có thể xảy ra trong và sau khi tiêm dưới da.  ***\* Kỹ năng.***  3. Thực hiện được kỹ thuật dưới da cho người bệnh theo đúng quy trình, an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ thuật tiêm dưới da trên mô hình trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ thuật tiêm dưới da cho người bệnh trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ thuật tiêm dưới da trên mô hình trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Kỹ thuật tiêm dưới da là một trong những đường dùng thuốc xâm lấn và thực hiện khá rộng rãi tại bệnh viện. Với một số trường hợp, kỹ thuật tiêm dưới da còn được áp dụng tại nhà do người bệnh sau một thời gian tập huấn có thể tự thực hiện mũi tiêm, ví dụ: tiêm Insulin cho người bệnh tiểu đường… Do vậy, điều dưỡng viên cần thực hiện tốt kỹ thuật này và có phương pháp hướng dẫn tốt trong các trường hợp người bệnh cần dùng thuốc tại nhà bằng kỹ thuật tiêm dưới da.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1 Định nghĩa**

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

**2.2. Áp dụng**

Áp dụng chủ yếu là cho một số thuốc mà ta muốn thấm dần vào cơ thể, thuốc hấp thu chậm và duy trì thời gian tác dụng.

- Tiêm Insulin trong điều trị bệnh tiểu đường.

- Tiêm Atropin trong điều trị giảm đau.

- Tiêm một số vacxin phòng bệnh: bệnh dại, sởi, quai bị,…

**2.3. Không áp dụng***:*

- Những thuốc gây hoại tử mô và tổ chức (canxi clorid).

- Những thuốc dầu khó tan

**2.4. Vị trí tiêm**

|  |  |
| --- | --- |
| - Tất cả những chỗ trên cơ thể không nhạy cảm quá có nhiều cơ đều tiêm được.  - Thường tiêm:  + 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay (đường nối từ mỏm cùng vai đến lồi cầu ngoài/mỏm khuỷu).  + 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi (đường nối từ gai chậu trước trên đến bờ ngoài xương bánh chè).  + Dưới da bụng (xung quanh rốn, cách rốn 3 - 5cm) |  |
|  | Hình 24.1: Vị trí tiêm dưới da |

**2.5. Nguy cơ tai biến, cách đề phòng và xử trí**

***2.5.1. Phản vệ***

- Nguyên nhân: do phản ứng quá mẫn của cơ thể với thuốc.

- Đề phòng:

+ Khai thác tiền sử dị ứng.

+ Thực hiện 5 đúng.

+ Bơm thuốc chậm đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.

- Xử trí theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

***2.5.2. Quằn kim, gẫy kim***

- Nguyên nhân: người bệnh giẫy dụa mạnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật.

- Đề phòng:

+ Giải thích động viên người bệnh trước khi tiêm.

+ Tiêm đúng kỹ thuật (không bao giờ tiêm ngập kim).

- Xử trí: dùng panh rút phần kim bị gãy, động viên giải thích cho người bệnh. Báo bác sỹ thực hiện y lệnh.

***2.5.3. Áp xe tại chỗ:***

*\* Áp xe vô khuẩn:* đau, chỗ tiêm sưng, cứng

- Nguyên nhân: do thuốc tiêm vào không tan đi được hoặc tan chậm.

- Xử trí: chườm nóng, báo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

*\* Áp xe nhiễm khuẩn:* Chỗ tiêm tấy đỏ, sưng nóng, có thể sốt.

- Nguyên nhân: Không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

- Đề phòng: đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước, trong và sau khi tiêm.

- Xử trí: chườm nóng, báo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

***2.5.4. Lây bệnh truyền nhiễm như:*** viêm gan B,C, nhiễm HIV…

- Nguyên nhân:

* Không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn
* Sử dụng chung kim bơm tiêm, kim tiêm của người mắc viêm gan B, C, giang mai, nhiễm HIV…
* Xử lý vật sắc nhọn không an toàn
* Đề phòng:

+ Xử lý vật sắc nhọn đúng quy định và ngay sau khi sử dụng

+ Tiêm phòng vaccin với đối tượng có nguy cơ cao (tiêm phòng viêm gan B cho Điều dưỡng…)

+ Thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn, dùng bơm tiêm 1 lần cho mỗi người bệnh.

+ Theo dõi chặt chẽ người bệnh trong và sau quá trình tiêm

* Xử trí :

+ Ngay sau khi có phơi nhiễm cần xử lý tại chỗ, theo dõi và làm các xét nghiệm cần thiết, điều trị dự phòng (nếu cần).

+ Báo bác sĩ, thực hiện y lệnh nhanh chóng và chính xác.

+ Báo cáo sự việc đến các cấp có thẩm quyền

**3. Quy trình kỹ thuật**

***\* Chuẩn bị dụng cụ:*** Dụng cụ giống trong phần lấy thuốc vào bơm tiêm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Xác định đúng người bệnh | Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp. |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định vị trí tiêm dưới da | Thâm tím, sẹo, sưng nề, viêm da … |
| 5. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và người nhà người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh và người nhà người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập Kế hoạch** | | |
| 6. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình kỹ thuật tiêm dưới da an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 7. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 8. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 9. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 10 | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 11 | Lấy thuốc vào bơm tiêm | - Sát khuẩn nắp lọ thuốc hoặc đầu/cổ ống thuốc, dùng gạc bẻ ống thuốc.  - Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim, kiểm tra kim. |
| 12 | Xác định và bộ lộ vị trí tiêm dưới da | - Tay: 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay.  - Đùi: 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi.  - Dưới da bụng cách rốn 5cm. |
| 13 | Sát khuẩn vị trí tiêm | Từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần). |
| 14 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 15 | Đuổi khí | Để bơm tiêm thẳng đứng, chỉnh mũi vát kim cùng chiều với mặt số của bơm tiêm, đẩy nhẹ pittong loại bỏ hết khí trong bơm tiêm. |
| 16 | Đâm kim qua da góc độ 30- 450 so với mặt da | Căng da, tay cầm bơm tiêm ngửa mũi vát lên trên đưa kim nhanh chếch 30 - 450 so với mặt da (hoặc phương pháp véo da, đưa kim nhanh vuông góc với mặt da véo lên/ đáy da véo, buông tay vùng da véo) ngập 2/3 thân kim. |
| 17 | Kiểm tra kim tiêm vào mạch máu | Rút nhẹ pittong xem có máu trào vào bơm tiêm không |
| 18 | Bơm thuốc từ từ, theo dõi sắc mặt người bệnh | - Bơm thuốc từ từ với tốc độ 1ml/10 giây  - Nhìn sắc mặt người bệnh trong suốt quá trình tiêm. |
| 19 | Rút kim | Khi bơm hết thuốc, rút kim nhanh, căng da, cô lập bơm kim tiêm vào hộp kháng thủng. |
| 20 | Đặt bông khô lên vị trí tiêm | Dùng bông khô đặt lên vị trí vừa tiêm trong vòng khoảng 30 giây để phòng chảy máu, đồng thời thả tay căng da. |
| 21 | Dặn dò người bệnh | Khi thấy một trong những triệu chứng sau: mày đay, mẩn ngứa; khó thở, thở nhanh, thở rít; đau bụng, nôn…thì báo với nhân viên y tế để xử trí kịp thời. |
| 22 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 23 | Thu dọn dụng cụ | Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định. |
| 24 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 25 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 26 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 18: KỸ THUẬT TIÊM BẮP**

**Số tiết: 2**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức.***  1. Trình bày được định nghĩa, áp dụng, không áp dụng, vị trí tiêm để thực hiện kỹ thuật tiêm bắp.  2. Trình bày các tai biến, cách đề phòng và xử trí các tai biến có thể xảy ra trong và sau khi tiêm bắp.  ***\* Kỹ năng.***  3. Thực hiện được kỹ thuật tiêm bắp cho người bệnh an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện tiêm bắp trên mô hình trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện tiêm bắp trên mô hình trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện tiêm bắp trên mô hình trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Kỹ thuật tiêm bắp là kỹ thuật tiêm được áp dụng rất rộng rãi tại bệnh viện. Với các loại thuốc khác nhau sẽ có quy định đường dùng thuốc nhất định, nếu sai đường dùng thuốc có thể gây ra những tai biến rất nguy hiểm cho người bệnh, thậm chí là tử vong. Với thuốc được chỉ định tiêm bắp, tuỳ thuộc lượng thuốc và tính chất thuốc mà sẽ được tiêm vào các vị trí bắp thịt khác nhau trên cơ thể. Điều dưỡng cần nắm vững những quy định nghiêm ngặt này nhằm đảm bảo dùng thuốc an toàn và hiệu quả cho người bệnh.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Định nghĩa**

Định nghĩa: Tiêm bắp là hình thức đưa một lượng thuốc vào trong bắp thịt (cơ)

Cơ bắp có nhiều mạch máu đến nuôi dưỡng giúp cho thuốc thấm nhanh, tác dụng nhanh hơn là tiêm dưới da.

**2.2. Áp dụng**

Có thể tiêm bắp nhiều loại thuốc, dung dịch đẳng trương như:

* Thuốc dầu: lâu tan, dễ gây đau.
* Thuốc chậm tan: Kháng sinh, dung dịch keo, hormon…
* Tiêm một số loại vacxin: bạch hầu- ho gà; uốn ván; cúm; ...
* Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm bắp thịt được trừ cafein.
* Các thuốc không được tiêm tĩnh mạch nhưng muốn có tác dụng nhanh hơn tiêm dưới da.
* Các loại thuốc dễ kích thích mạnh khi tiêm dưới da: penicillin, streptomycin, quinine...

**2.3. Không áp dụng**

- Thuốc gây hoại tử tổ chức: Canxiclorid, , dung dịch Glucose 30%…

**2.4. Vị trí tiêm**

|  |  |
| --- | --- |
| - Cánh tay: cơ Delta 1/3 trên mặt trước ngoài cánh tay, đường nối từ mỏm cùng vai đến lồi cầu ngoài (hạn chế tiêm ở trẻ em).  - Vùng đùi: cơ tứ đầu đùi, 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi (điểm nối từ gai chậu trước trên đến bờ ngoài xương bánh chè). | Hình 25.1: Vị trí tiêm bắp vùng cánh tay, đùi |
| - Vùng mông. Có 2 cách xác định vị trí tiêm mông:  + Kẻ đường thẳng nối từ gai chậu trước trên đến mỏm xương cụt, chia làm ba phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 ngoài (điểm 1/3 là điểm tiêm tốt nhất).  + Hoặc chia 1 bên mông thành 4 phần bằng nhau, tiêm 1/4 trên ngoài. | Hình 25.2: Vị trí tiêm bắp vùng mông |

**2.5. Nguy cơ tai biến, cách đề phòng và xử trí**

***2.5.1. Phản vệ***

- Nguyên nhân: do phản ứng quá mẫn của cơ thể với thuốc.

- Đề phòng:

+ Khai thác tiền sử dị ứng.

+ Thực hiện 5 đúng.

+ Bơm thuốc chậm đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.

- Xử trí theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

***2.5.2. Gãy kim***

* Nguyên nhân: do người bệnh giãy giụa.
* Đề phòng: giữ người bệnh tốt, động viên giải thích, không tiêm ngập hết thân kim.
* Xử trí: dùng panh rút phần kim bị gãy, động viên giải thích cho người bệnh. Báo cáo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

***2.5.3. Đâm vào dây thần kinh hông to (thần kinh toạ)***

* Nguyên nhân:

+ Xác định vị trí tiêm sai.

+ Đâm kim không đúng kỹ thuật.

+ Người bệnh nằm ngồi không đúng tư thế.

* Đề phòng: xác định chính xác vị trí tiêm, góc độ tiêm đúng.
* Xử trí: ngừng tiêm, động viên người bệnh, báo bác sỹ thực hiện y lệnh.

***2.5.4. Tắc mạch:***

* Nguyên nhân: do tiêm thuốc dầu hoặc thuốc sữa vào mạch máu.
* Đề phòng: khi tiêm phải rút thử nòng bơm tiêm xem có máu không? Không có máu mới được bơm thuốc.
* Xử trí: báo cáo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

***2.5.5. Áp xe vô khuẩn, nhiễm khuẩn***

* Nguyên nhân gây áp xe vô khuẩn: do thuốc không tan hoặc thuốc dầu khó tan như tiêm quinin…
* Nguyên nhân gây áp xe nhiễm khuẩn: không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn,
* Đề phòng: thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn.
* Xử trí: chườm nóng, chích áp xe nếu cần thiết.

***2.5.6. Hoại tử mô/ mảng mục***

* Nguyên nhân: do tiêm những chất gây hoại tử mô.
* Xử trí:

+ Phát hiện sớm tiêm phong bế Novocain.

+ Lúc đầu chườm nóng.

+ Lúc hoại tử: có thể phải chích nếu ổ hoại tử lớn.

***2.5.7. Trường hợp tiêm bắp ở cơ delta cho trẻ em có thể gây xơ hoá cơ delta.***

* Nguyên nhân:

+ Do tiêm không đúng kỹ thuật.

+ Do thuốc.

Đề phòng: tiêm đúng kỹ thuật, hạn chế tiêm bắp ở trẻ em.

***2.5.8. Lây bệnh truyền nhiễm như:*** viêm gan B,C, nhiễm HIV… (bài Kỹ thuật Tiêm dưới da)

***3. Quy trình kỹ thuật***

***\* Chuẩn bị dụng cụ:*** Dụng cụ giống trong phần lấy thuốc vào bơm tiêm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp. |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định vị trí tiêm bắp | Thâm tím, sẹo, sưng nề, viêm da … |
| 5. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và người nhà người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh và người nhà người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 6. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình tiêm bắp đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 7. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 8. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 9. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 10 | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 11 | Lấy thuốc vào bơm tiêm | - Sát khuẩn nắp lọ thuốc hoặc đầu/cổ ống thuốc, dùng gạc bẻ ống thuốc.  - Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim, kiểm tra kim. |
| 12 | Xác định và bộ lộ vị trí tiêm bắp | - Tay: 1/3 trên mặt trước ngoài cánh tay (cơ Delta).  - Đùi: 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi (cơ tứ đầu đùi).  - Mông: 1/4 trên ngoài mông hoặc 1/3 trên đường nối từ gai chậu trước trên với mỏm xương cụt (cơ mông lớn). |
| 13 | Sát khuẩn vị trí tiêm | Từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần). |
| 14 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 15 | Đuổi khí | Để bơm tiêm thẳng đứng, chỉnh mũi vát kim cùng chiều với mặt số của bơm tiêm, đẩy nhẹ pittong loại bỏ hết khí trong bơm tiêm. |
| 16 | Đâm kim qua da góc độ 60º- 90ºso với mặt da | Căng da, tay cầm bơm tiêm đưa kim nhanh:  - Tay và đùi: đưa kim chếch 60º - 90ºso với mặt da ngập 2/3 thân kim.  - Mông: đưa kim vuông góc với mặt da (90º so với mặt da), hướng dẫn người bệnh gập, duỗi chân bên tiem |
| 17 | Kiểm tra kim tiêm vào mạch máu | Rút nhẹ pittong xem có máu trào vào bơm tiêm không |
| 18. | Bơm thuốc từ từ, theo dõi sắc mặt người bệnh | - Bơm thuốc từ từ với tốc độ 1ml/10 giây  - Nhìn sắc mặt người bệnh trong suốt quá trình tiêm. |
| 19 | Rút kim | Khi bơm hết thuốc, rút kim nhanh, căng da, cô lập bơm kim tiêm vào hộp kháng thủng. |
| 20 | Đặt bông khô lên vị trí tiêm | Dùng bông khô đặt lên vị trí vừa tiêm trong vòng khoảng 30 giây để phòng chảy máu, đồng thời thả tay căng da. |
| 21 | Dặn dò người bệnh | Khi thấy một trong những triệu chứng sau: mày đay, mẩn ngứa; khó thở, thở nhanh, thở rít; đau bụng, nôn…thì báo với nhân viên y tế để xử trí kịp thời. |
| 22 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 23 | Thu dọn dụng cụ | Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định. |
| 24 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 25 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 26 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 19: KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| ***\* Kiến thức.***  1. Trình bày được định nghĩa, áp dụng, không áp dụng, vị trí tiêm để thực hiện kỹ thuật tiêm tĩnh mạch.  2. Trình bày các tai biến, cách đề phòng và xử trí các tai biến có thể xảy ra trong và sau khi tiêm tĩnh mạch.  ***\* Kỹ năng.***  3. Thực hiện được kỹ thuật tiêm tĩnh mạch cho người bệnh an toàn và đạt hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định.  4. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện tiêm tĩnh mạch trên mô hình trong tình huống giả định.  ***\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm***  5. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện tiêm tĩnh mạch trên mô hình trong tình huống giả định.  6. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện tiêm tĩnh mạch trên mô hình trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Tiêm tĩnh mạch là kỹ thuật tiêm phổ biến tại các các cơ sở y tế, thuốc được đưa trực tiếp vào hệ tuần hoàn nên có tác dụng nhanh chóng, cần thiết trong những trường hợp cấp cứu. Tuy nhiên, nếu thực hiện không đúng quy trình có thể gây ra những tai biến nguy hiểm cho người bệnh. Do vậy, Điều dưỡng cần nắm vững quy trình kỹ thuật nghiêm ngặt nhằm đảm bảo dùng thuốc an toàn và hiệu quả cho người bệnh.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Định nghĩa**

|  |  |
| --- | --- |
| Định nghĩa: Tiêm tĩnh mạch là kỹ thuật đưa thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch ngoại biên. | Hình 26.1: kỹ thuật tiêm tĩnh mạch |

**2.2. Áp dụng**

* Những thuốc mong muốn có tác dụng nhanh khi đưa vào cơ thể như: thuốc gây mê, gây ngủ, chống xuất huyết, trụy mạch...
* Những thuốc có tác dụng toàn thân.
* Những thuốc gây hoại tử các mô, gây đau, thậm chí gây mảng mục nếu tiêm dưới da hay bắp thịt như calciclorua, uabain…
* Những thuốc không được tiêm bắp hoặc tiêm dưới da chỉ được tiêm tĩnh mạch.
* Những dung dịch đẳng trương, ưu trương cần đưa vào cơ thể bệnh nhân với khối lượng thuốc khá lớn.
* Máu, huyết tương và các dung dịch keo: dextran, subtosan.
* Các loại huyết thanh trị liệu.

**2.3. Không áp dụng**

* Thuốc gây kích thích mạnh trên hệ tim mạch: Adrenalin (chỉ tiêm trong trường hợp cấp cứu dị ứng kháng sinh khi không bắt được mạch, huyết áp tụt…).
* Thuốc dầu: Testosteron...

**2.4. Vị trí tiêm**

Tất cả các tĩnh mạch đều được áp dụng kỹ thuật tiêm; Các tĩnh mạch thường được sử dụng:  
– Hai tĩnh mạch to ở mặt trước khuỷu tay chụm lại thành hình chữ V trong hệ thống tĩnh mạch M. Tĩnh mạch này to, ít di động dễ tìm, dễ tiêm.  
– Có thể tiêm vào tĩnh mạch: Cẳng tay, mu bàn tay, mu bàn chân, tĩnh mạch mắt cá trong (tĩnh mạch hiển trong). Khi cần thiết có thể tiêm vào tĩnh mạch đùi ở bẹn hoặc tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn.  
– Đối với trẻ em tiêm vào tĩnh mạch đầu, mu bàn tay, cổ tay, mắt cá trong.

|  |
| --- |
| Description: image (1) https://slidetodoc.com/presentation_image_h/0d45444b93e9b21badd1decf9f1db54a/image-8.jpg |
| https://slidetodoc.com/presentation_image_h/0d45444b93e9b21badd1decf9f1db54a/image-9.jpg  Hình 26.2: Tĩnh mạch nông chi trên và chi dưới áp dụng trong kỹ thuật tiêm tĩnh mach |

**2.5. Nguy cơ tai biến, cách đề phòng và xử trí**

***2.5.1. Phản vệ***

- Nguyên nhân: do phản ứng quá mẫn của cơ thể với thuốc.

- Đề phòng:

+ Khai thác tiền sử dị ứng.

+ Thực hiện 5 đúng.

+ Bơm thuốc chậm đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.

- Xử trí theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

***2.5.2. Tắc kim***

* Nguyên nhân: khi đâm kim đúng vào tĩnh mạch máu chảy vào trong bơm tiêm nhưng bị đông lại ngay ở đầu mũi kim.
* Đề phòng: bơm thuốc ngay sau khi kim tiêm vào đúng tĩnh mạch.
* Xử trí: rút kim ra, thay kim khác, tiêm lại.

***2.5.3. Tắc mạch do khí***

* Nguyên nhân: do không khí lọt vào tĩnh mạch.
* Đề phòng: đuổi hết không khí trong bơm tiêm trước khi tiêm.
* Xử trí: cho người bệnh nằm đầu dốc, báo cáo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

***2.5.4. Phồng nơi tiêm***

* Nguyên nhân: do mũi vát nửa trong nửa ngoài
* Đề phòng: tiêm đúng kỹ thuật.
* Xử trí: điều chỉnh lại mũi kim rồi tiêm tiếp, nếu phồng nơi tiêm thì rút kim, thay kim và xác định vị trí tiêm khác.

***2.5.5. Tiêm nhầm động mạch***

* Dấu hiệu: cảm giác đẩy thuốc vào nặng hơn tiêm tĩnh mạch hoặc máu đẩy pittông ngược lại mạnh hơn bình thường. Bơm thuốc thấy người bệnh kêu nóng ở bàn tay hoặc bàn chân. Ở trẻ nhỏ hoặc trẻ sơ sinh thì có thể thấy vùng da tại vị trí tiêm chuyển sang màu trắng nhạt.
* Nguyên nhân: chưa xác định được đúng tĩnh mạch.
* Đề phòng: xác định đúng tĩnh mạch trước khi tiêm.

- Xử trí: ngừng tiêm, rút kim, tiêm vị trí khác.

***2.5.6. Nhiễm khuẩn***

* Nguyên nhân:

+ Không duy trì kỹ thuật vô trùng trong quá trình thực hiện thuật tiêm

+ Cố định không tốt làm kim (catheter) di động tạo điều kiện cho vi sinh vật xâm nhập.

+ Lưu kim/catheter quá thời gian qui định.

+ Viêm tĩnh mạch kéo dài tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển.

* Dấu hiệu/triệu chứng:

+ Nếu là nhiễm khuẩn tại chỗ: Sưng, nóng, đỏ, đau tại vùng tiêm, nặng có thể tạo thành áp xe.

+ Nhiễm khuẩn toàn thân: Sốt cao, rét run ...

* Cách đề phòng:

+ Thực hiện nghiêm kỹ thuật vô khuẩn trong khi tiêm tĩnh mạch, lưu kim.

+ Bảo vệ tất cả đầu kết nối.

* Xử trí:

+ Báo bác sĩ, thực hiện y lệnh nhanh chóng và chính xác: dùng thuốc theo y lệnh

+ Nuôi cấy vùng truyền và đầu catheter

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

***2.5.7. Lây bệnh truyền nhiễm như:*** viêm gan B,C, nhiễm HIV… (bài Kỹ thuật Tiêm dưới da)

**2.6. Quy trình kỹ thuật**

***\* Chuẩn bị dụng cụ: tương tự chuẩn bị*** thuốc; bổ sung:

Dây garo, gối kê tay

Kim luồn, kim bướm (nếu cần)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Kim luồn an toàn | Kim luồn thường | Kim bướm |
| 26.3: Các loại bơm kim tiêm tĩnh mạch | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh | - Tỉnh/hôn mê  - Kết quả đo DHST: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp. |
| 3. | Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh | Sử dụng 6 câu hỏi khai thác tiền sử dị ứng |
| 4. | Nhận định vị trí tiêm và tình trạng tĩnh mạch | - Tình trạng tĩnh mạch: to, rõ, ít di động, bền vững …  - Thâm tím, sẹo, sưng nề… |
| 5. | Nhận định sự hợp tác của người bệnh và gia đình người bệnh đối với việc dùng thuốc | - Hỏi kiến thức, thái độ của người bệnh và gia đình người bệnh về loại thuốc sử dụng  - Cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe (nếu cần) |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 6. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình tiêm tĩnh mạch đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 7. | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 8. | Chuẩn bị dụng cụ | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 9. | Thực hiện 5 đúng | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 10 | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/ người nhà người bệnh.  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp. |
| 11 | Lấy thuốc vào bơm tiêm | - Sát khuẩn nắp lọ thuốc hoặc đầu/cổ ống thuốc, dùng gạc bẻ ống thuốc.  - Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim, kiểm tra kim. |
| 12 | Xác định và bộc lộ vị trí tiêm tĩnh mạch | Bộc lộ vùng tiêm, chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động, bền vững. |
| 13 | Đặt gối kê tay và dây ga rô | Đặt gối kê tay vùng tiêm, dây ga rô không đặt lên gối kê tay (nếu tiêm tĩnh mạch ở các chi) |
| 14 | Mang găng sạch (nếu cần) | - Lựa chọn găng phù hợp kích cỡ  - Mang găng tay sạch đúng kĩ thuật |
| 15 | Buộc dây ga rô, bắt động mạch phía dưới vị trí buộc xem còn đập không. | - Buộc trên vị trí tiêm, cách khoảng 10 cm (trẻ nhỏ khoảng 5cm) (nếu tiêm ở chi)  - Không buộc dây ga rô chặt quá, đảm bảo rằng máu động mạch vẫn lưu thông được. |
| 16 | Sát khuẩn vị trí tiêm | Từ trong ra ngoài theo hình xoáy chôn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần). |
| 17 | Vệ sinh tay thường quy (nếu không đi găng). | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 18 | Đuổi khí | Để bơm tiêm thẳng đứng, chỉnh mũi vát kim cùng chiều với mặt số của bơm tiêm, đẩy nhẹ pittong loại bỏ hết khí trong bơm tiêm. |
| 19 | Đâm kim qua da góc độ 30° so với bề mặt da | 1 tay căng da cố định tĩnh mạch, 1 tay cầm bơm tiêm, đưa kim 1 góc 30° qua da vào tĩnh mạch, ngập 2/3 thân kim. |
| 20 | Kiểm tra kim tiêm vào tĩnh mạch | Rút thử nòng bơm tiêm, nếu thấy máu trào vào bơm tiêm. |
| 21 | Tháo dây garo | Tháo dây ga rô nhẹ nhàng. |
| 22 | Bơm thuốc từ từ, theo dõi vị trí tiêm và sắc mặt người bệnh. | - Bơm thuốc từ từ với tốc độ 1ml/10 giây  - Nhìn vị trí tiêm và sắc mặt người bệnh trong suốt quá trình tiêm. |
| 23 | Rút kim | Khi bơm hết thuốc, rút kim nhanh, căng da, cô lập bơm kim tiêm vào hộp kháng thủng. |
| 24 | Đặt bông khô lên vị trí tiêm | Dùng bông khô đặt lên vị trí vừa tiêm trong vòng khoảng 30 giây để phòng chảy máu, đồng thời thả tay căng da. |
| 25 | Dặn dò người bệnh | Khi thấy một trong những triệu chứng sau: mày đay, mẩn ngứa; khó thở, thở nhanh, thở rít; đau bụng, nôn…thì báo với nhân viên y tế để xử trí kịp thời. |
| 26 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, cảm ơn | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái  - Cảm ơn người bệnh |
| 27 | Thu dọn dụng cụ | Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định. |
| 28 | Tháo găng tay (nếu có). Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 29 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi đúng và đủ nội dung của phiếu: tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, các tai biến nếu có. |
| **Lượng giá** | | |
| 30 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**2.7. Sử dụng bơm tiêm điện**

***2.7.1.*** ***Mục đích sử dụng***

- Trong một số trường hợp cần duy trì một nồng độ thuốc nhất định trong cơ thể người bệnh, cần truyền dịch hay dùng thuốc với liều thấp và đòi hỏi độ an toàn cao và ổn định.

- Bơm tiêm điện được sử dụng để tiêm liên tục với tốc độ rất chậm các chất dinh dưỡng, máu và một số hóa chất nhằm nuôi dưỡng, điều trị người bệnh, đặc biệt là với trẻ sơ sinh, sơ sinh non tháng tại các đơn vị điều trị tích cực hay chăm sóc đặc biệt trong bệnh viện.

- Bơm tiêm điện được sử dụng kèm với các loại bơm tiêm thông dụng có nhiều thể tích khác nhau: 10, 20, 30 và 50ml.

***2.7.2. Nguyên tắc***

- Pha thuốc cần phải tính toán theo đúng liều lượng chỉ định.

- Cần có nhãn dán trực tiếp lên bơm tiêm ghi rõ: tên thuốc, liều dùng, tốc độ, giờ bắt đầu, giờ kết thúc.

- Phải điều chỉnh các thông số và chạy thử ổn định sau đó mới lắp vào người bệnh.

- Trong quá trình bơm tiêm hoạt động cần kiểm tra thường xuyên sự hoạt động liên tục của bơm tiêm, tránh tình trạng gập hay tắc nghẽn đường truyền và khớp nối.

- Cần phải đảm bảo nguồn liên tục và nên luôn có pin ở chế độ chờ sẵn sàng sử dụng.

- Người điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng đáp ứng thuốc và không đáp ứng hoặc đáp ứng quá mức trong quá trình dùng bơm tiêm điện để thông báo chỉ định điều chỉnh liều lượng, tốc độ kịp thời.

|  |
| --- |
| Hình 26.3: Bơm tiêm điện |

**2.7.3. Quy trình kỹ thuật sử dụng bơm tiêm điện**

***\* Chuẩn bị dụng cụ:*** Dụng cụ giống trong phần lấy thuốc vào bơm tiêm. Ngoài ra:

- Bản ghi thuốc hoặc bản in máy tính.

- Bơm tiêm điện.

- Dịch pha loãng chính xác nếu cần (ví dụ: nước cất, NaCl 0,9%).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Nhận định đúng thuốc, đúng người bệnh. | | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Xác định đúng người bệnh và kiểm tra chính xác và toàn diện việc sao chép đơn thuốc: hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Đánh giá chất lượng thuốc và số liều thuốc phù hợp với người bệnh, tương tác thuốc khác của người bệnh | | Đánh giá chất lượng thuốc: màu sắc, tính chất của thuốc, đối với loại thuốc bột đánh giá thuốc bột có bị vón cục không.  Đánh giá tổng quát tình trạng người bệnh để đưa ra xử trí kịp thời. |
| 3. | Nhận định các dụng cụ đi kèm, đường đưa thuốc vào cơ thể. | | - Bơm kim tiêm các loại phù hợp  - Thuốc pha đi kèm đủ |
| **Lập kế hoạch** | | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh và dụng cụ, phương tiện để tiến hành quy trình kỹ thuật dùng thuốc an toàn và hiệu quả | | |
| **Thực hiện** | | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | | - Dụng cụ chuẩn bị đúng, đủ, thuận tiện trong các thao tác  - Chuẩn bị thuốc đúng theo y lệnh |
| 7 | Thực hiện 5 đúng | | Đối chiếu thuốc và y lệnh:  - Đúng người bệnh  - Đúng thuốc: nhãn thuốc, hạn sử dụng  - Đúng liều dùng  - Đúng đường dùng  - Đúng thời gian |
| 8 | Chuẩn bị bơm tiêm điện: | | a. Nối dây cấp nguồn điện vào máy  (đèn báo AC/DC sẽ sáng).  b. Ấn nút ON/OFF, sau một âm báo ngắn, các đèn báo liên tiếp sáng, hệ thống sẽ tự động đi vào kiểm tra từng chức năng.  - Khi việc kiểm tra tự động của máy hoàn thành tất cả đèn báo loại và kích cỡ bơm đề sáng, một âm báo ngắn lần 2 cho biết máy đang trong trạng thái chờ.  Màn hình hiện thị trạng thái chờ “----“ xuất hiện. |
| 9 | Lấy thuốc và dung môi vào bơm tiêm theo đúng y lệnh của bác sỹ. | | Đảm bảo đủ số lượng thuốc và vô khuẩn.  Đuổi hết không khí trong bơm tiêm, phòng biến chứng tắc mạch do bọt khí. |
| 10 | Dán nhãn tên thuốc lên bơm tiêm . Lắp bơm tiêm. | | Dán nhãn trực tiếp lên bơm tiêm ghi rõ: tên thuốc.  Bơm tiêm được lắp chắc chắn, đúng vị trí.  - Nâng chốt hãm và xoay 90 độ.  - Kéo bộ phận đẩy pittong ra phía ngoài.  - Đặt bơm tiêm sao cho bơm tiêm khớp với rãnh giữ, mặt số quay lên trên.  - Xoay chốt hãm ngược lại, cài chốt đẩy pittong khớp với đuôi pittong (cỡ bơm tiêm được hiển thị). |
| 11 | Khởi động bơm tiêm điện, đặt tốc độ theo y lệnh | | Đặt tốc độ (ml/giờ): ấn/xoay volume chỉnh tốc độ theo y lệnh. |
| 12 | Ấn phím “Bolus” trong khi ấn giữ phím “total vol”. | | Để đuổi khí từ bơm tiêm đến đầu mũi kim tiêm. Trong khi ấn phím “Bolus” đèn báo ml sẽ sáng và thể tích dịch được cộng vào sau mỗi lần ấn là 0.1ml. |
| 13 | Đặt đường tĩnh mạch tiêm thuốc. | | Đặt bộ dây tiêm vào tính mạch của người bệnh. Đảm bảo không còn khí trong hệ thống bơm tiêm, cố định chắc chắn kim truyền. |
| 16 | Nối đường tĩnh mạch với bơm tiêm điện. Theo dõi người bệnh trong quá trình dùng thuốc | | Ấn nút “Start/stop”. Đèn màu xanh sẽ nháy sáng liên tục để báo hiệu máy đang hoạt động.  Người bệnh được theo dõi trong quá trình dùng thuốc đảm bảo an toàn. |
| 17 | Khi hết thuốc, kết thúc quá trình dùng thuốc | | a. Ấn nút “Start/stop”.  b. Nâng kẹp giữ thân bơm tiêm lên.  c. Ấn phím “ON/OFF”. |
| 18 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết: | | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết:  Khi thấy một trong những triệu chứng sau: mày đay, mẩn ngứa; khó thở, thở nhanh, thở rít; đau bụng, nôn…thì báo với nhân viên y tế để xử trí kịp thời. |
| 19 | Thu dọn dụng cụ | | Thu gom, phân loại chất thải đúng quy định. |
| 20 | Vệ sinh tay thường quy | | Theo đúng qui trình 6 bước |
| 21 | Ghi hồ sơ chăm sóc | | - Số lượng dịch truyền, số lượng thuốc thêm và tốc độ tiêm truyền.  - Thời gian bắt đầu và kết thúc tiêm truyền.  - Ghi chép tất cả các dấu hiệu bất thường trong quá trình tiêm truyền bằng bơm tiêm điện. |
| **Lượng giá** | | | |
| 22 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi được dùng thuốc. | | |

# **BÀI 20: KỸ NĂNG LẤY BỆNH PHẨM XÉT NGHIỆM**

**Số tiết: 4**

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\* Kiến thức**  1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc của lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm, vai trò của người điều dưỡng trong việc lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.  **\* Kỹ năng**  2. Thực hiện được kỹ thuật lấy bệnh phẩm xét nghiệm cho người bệnh theo đúng quy trình, an toàn và đạt hiệu quả trên người bệnh giả định /mô hình trong tình huống giả định  3. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng lấy bệnh phẩm xét nghiệm trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định.  **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**  4. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng lấy bệnh phẩm xét nghiệm trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định.  5. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng lấy bệnh phẩm xét nghiệm trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Trong công tác khám và chữa bệnh, bên cạnh việc khai thác các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng, thì vấn đề xét nghiệm được xem là rất quan trọng, nhất là trong những trường hợp khám lâm sàng không thể xác định chính xác được bệnh lý. Kết quả của các xét nghiệm cận lâm sàng như xét nghiệm nước tiểu, máu, phân, đờm, dịch tiết, … không chỉ giúp cho bác sỹ chẩn đoán bệnh chính xác, điều trị đúng mà còn cung cấp các thông tin về tình trạng người bệnh, giúp cho việc chẩn đoán điều dưỡng, xác định các nguy cơ, lập kế hoạch và đánh giá hiệu quả chăm sóc.

Hiện nay, ở các nước tiên tiến, do sự phát triển của nhiều ngành khoa học cơ sở, các xét nghiệm trở nên hết sức tinh vi, phong phú, xét nghiệm đóng một vai trò hết sức quan trọng cho sự phát triển của nền y học. Muốn cho xét nghiệm được chính xác và khả năng tin tưởng vào xét nghiệm cao, thì đòi hỏi công việc lấy bệnh phẩm cần chính xác và đúng nguyên tắc.

Một trong những chức năng phối hợp của điều dưỡng viên là thực hiện y lệnh của bác sỹ về các xét nghiệm cho người bệnh và việc đảm bảo độ chính xác cho việc tiến hành các xét nghiệm là rất cần thiết, điều dưỡng viên phải có kiến thức, kỹ năng để có thể chuẩn bị và tiến hành lấy bệnh phẩm đúng kỹ thuật, đảm bảo an toàn.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Mục đích của lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm:**

* Xác định chẩn đoán, thực hiện làm kháng sinh đồ
* Điều trị đạt kết quả.

**2.2. Vai trò của người điều dưỡng trong quá trình lấy bệnh phẩm xét nghiệm**

* Chuẩn bị tốt công tác tư tưởng để người bệnh yên tâm.
* Dặn người bệnh những điều cần thiết trước khi lấy bệnh phẩm.
* Chuẩn bị dụng cụ đúng theo yêu cầu của từng loại xét nghiệm.
* Lấy bệnh phẩm đúng thời gian, đúng số lượng, đúng kỹ thuật.
* Bảo quản tốt bệnh phẩm khi chưa gửi đến phòng xét nghiệm.
* Ghi rõ họ tên, tuổi, số giường, khoa, dán vào lọ đựng bệnh phẩm và gửi đến phòng xét nghiệm.

**2.3. Nguyên tắc lấy bệnh phẩm xét nghiệm**

2.3.1. Đảm bảo chất lượng xét nghiệm

- Đúng thời điểm

- Đúng loại bệnh phẩm

- Chất lượng bệnh phẩm, kỹ thuật lấy mẫu đúng

- Đóng gói và bảo quản đúng yêu cầu của từng loại bệnh phẩm và loại xét nghiệm

2.3.2. Đảm bảo an toàn sinh học

- Mẫu bệnh phẩm có thể chứa tác nhân lây nhiễm, người lấy mẫu cần đảm bảo an toàn sinh học trong quá trình:

* Thời gian lấy bệnh phẩm
* Khi vận chuyển bệnh phẩm
* Trong lúc thực hiện xét nghiệm

- Khi thu thập mẫu bệnh phẩm phải áp dụng các biện pháp đảm bảo an toàn cho các đối tượng:

* Người lấy mẫu: trang thiết bị phòng hộ cá nhân phù hợp, thực hiện đúng quy trình
* Người được lấy mẫu: sử dụng dụng cụ dùng 1 lần, khử trùng dụng, có khu vực lấy bệnh phẩm độc lập
* Đồng nghiệp, nhân viên phòng xét nghiệm: lấy mẫu và bảo quản bệnh phẩm đúng quy trình
* Cộng đồng và môi trường: thu gom và xử lý chất thải đúng quy định, thực hiện đúng quy trình

**2.4. Các hội chứng và mẫu bệnh phẩm cần thu thập**

Tuỳ từng trường hợp cụ thể, bác sỹ điều trị có thể chỉ định loại mẫu bệnh phẩm cần lấy và yêu cầu xét nghiệm đối với mẫu bệnh phẩm đó

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hội chứng** | **Mẫu bệnh phẩm cần thu thập** |
| 1 | Nhiễm trùng đường tiêu hoá | mẫu phân, chất nôn |
| 2 | Nhiễm trùng đường hô hấp | mẫu dịch họng, dịch phế quản, phế nang, dịch mũi hầu, đờm, huyết thanh |
| 3 | Nhiễm trùng thần kinh trung ương | mẫu phân, dịch họng, huyết thanh, dịch não tủy |
| 4 | Hội chứng nhiễm trùng đường máu | mẫu máu, huyết thanh |
| 5 | Nhiễm trùng đường tiết niệu | mẫu nước tiểu |
| 6 | Nhiễm trùng da, niêm mạc | mẫu dịch nốt phỏng, máu, huyết thanh, dịch họng |
| 7 | Hội chứng vàng da niêm | mẫu máu, huyết thanh |

**3. Kỹ thuật lấy nước tiểu xét nghiệm**

**3.1. Các phương pháp lấy nước tiểu**

3.1.1. Lấy mẫu ngẫu nhiên

Mẫu có thể được lấy ở bất kỳ thời điểm nào, sử dụng một cái cốc sạch. Bình chứa không cần phải vô khuẩn. Mẫu nên được đưa ngay lập tức đến phòng xét nghiệm để tránh sự phát triển của vi khuẩn và thay đổi những thành phần của nước tiểu.

3.1.2.    Lấy mẫu có thời gian

Mẫu được lấy trong thời gian 24 giờ. Nước tiểu được thu thập trong bình gallon bằng nhựa có chứa chất bảo quản. Bình đựng nước tiểu nên được để trong tủ lạnh hoặc giữ lạnh bằng đá trong 24 giờ để làm chậm sự phát triển của vi khuẩn và ổn định các thành phần trong nước tiểu.

3.1.3.    Lấy mẫu từ hệ thống dẫn lưu kín

|  |  |
| --- | --- |
| Mẫu vô khuẩn có thể được lấy từ những bệnh nhân có đặt xông Foley hoặc hệ thống dẫn lưu kín. Mẫu vô khuẩn được sử dụng để nuôi cấy (hình 30.1).  Mẫu vô khuẩn không nên nhận từ những túi dẫn lưu vì những thành phần trong túi dẫn lưu nước tiểu có thể thay đổi, dẫn đến kết quả không chính xác và vi khuẩn phát triển nhanh trong những túi dẫn lưu. Sát khuẩn ống ở nơi định lấy. Dùng kim đâm vào vị trí chuyên dụng trên xông để lấy nước tiểu. | Hình 30.1. Cách lấy nước tiểu từ hệ thống dẫn lưu kín |

3.1.4.    Mẫu vô khuẩn

Đôi khi cần lấy mẫu vô khuẩn ở những bệnh nhân không đặt ống thông tiểu hoặc không có hệ thống dẫn lưu kín. Trong trường hợp này, bệnh nhân cần được đặt ống thông tiểu để lấy mẫu nước tiểu.

3.1.5.    Lấy mẫu sạch

Tiến hành lấy mẫu để đảm bảo mẫu không bị nhiễm bởi các vi khuẩn khác ở da. Những kỹ thuật vô khuẩn khác nhau được sử dụng riêng cho nam và nữ. Bệnh nhân nữ rửa vùng hậu môn sinh dục từ trước ra sau rồi cho nước tiểu vào bình. Bệnh nhân nam rửa từ đầu dương vật đi xuống rồi đi vào trong bình đựng mẫu.

**3.2. Quy trình kỹ thuật**

(\*) Chuẩn bị dụng cụ:

|  |
| --- |
| Xe 3 tầng được sắp xếp gọn gàng:  + Tầng 1: ống/lọ đựng bệnh phẩm xét nghiệm phù hợp  Cồn 70⁰C, bông, hộp đựng bông, ống trụ cắm panh, 1 panh không mấu.  Dung dịch sát khuẩn tay  Sổ thuốc/hồ sơ bệnh án (có phiếu chăm sóc, phiếu chỉ định xét nghiệm) …  + Tầng 2: Xà bông, khăn sạch/gạc (nếu cần)  Bơm tiêm 5 ml, 20ml vô khuẩn (phù hợp loại xét nghiệm)  Băng dính, kéo cắt băng dính  Găng tay sạch.  **+** Tầng 3: xô/túi nilon chứa chất thải màu: xanh, trắng, vàng, hộp đựng vật sắc nhọn/hộp kháng thủng màu vàng.  Hộp đựng bệnh phẩm |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh. | Tỉnh/ hôn mê, dấu hiệu sinh tồn, thể trạng… |
| 3 | Nhận định đúng xét nghiệm cần làm. Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | Kiểm tra đúng hồ sơ xét nghiệm, loại xét nghiệm Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm: dấu hiệu/triệu chứng nhiễm khuẩn đường niệu: đột ngột, cấp tính, tiểu khó, tiểu máu, đau hông, sốt, tiểu đục, nước tiểu hôi, tiểu nóng rát, tiểu lắt nhắt, không thành dòng, ứ đọng nước tiểu trong bàng quang. Tình trạng vệ sinh vùng tầng sinh môn  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà: Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm phù hợp đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý phù hợp với người bệnh và loại xét nghiệm, ghi tên/dán mã người bệnh lên ống xét nghiệm và phiếu xét nghiệm. |
| **7** | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra.  - Tạo không gian kín đáo cho người bệnh: che bình phong xung quanh giường, đóng cửa phòng hoặc trong nhà vệ sinh (nếu người bệnh đi lại được).  - Cung cấp nước uống cho người bệnh (nếu cần) trước khi lấy nước tiểu xét nghiệm. |
|  | **A. Lấy nước tiểu giữa dòng** | |
| 9 | Vệ sinh tầng sinh môn. | Người bệnh tiểu tiện tự chủ: hướng dẫn người bênh vệ sinh tầng sinh môn.  Người bệnh không tự chủ: đặt thông tiểu, lấy nước tiểu qua túi đựng. |
| 10 | Lấy nước tiểu vào ống nghiệm theo đúng số lượng yêu cầu. | Hướng dẫn người bệnh mở nắp ống nghiệm vô khuẩn, không được chạm vào lòng ống.  Cách lấy: bỏ phần nước tiểu đầu, đưa ống nghiệm vào trực tiếp lấy nước tiểu giữa dòng (khoảng 30 – 50ml). Bỏ ống nghiệm ra trước khi đi tiểu hết. |
| 11 | Đóng nắp, lau khô ngoài ống nghiệm. | Nắp được đóng chặt, ống nghiệm được thấm khô, không bị mờ nhãn. |
| 12 | Điều dưỡng mang găng tay | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 13 | Điều dưỡng nhận ống nghiệm, kiểm tra lượng nưới tiểu trong ống nghiệm. Đặt ống nghiệm vào khay | Lương nước tiểu phù hợp yêu cầu xét nghiệm.  Đặt phiếu xét nghiệm và ống nghiệm có bệnh phẩm vào khay đúng nơi quy định. |
| 14 | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 15 | Ghi hồ sơ  Gửi bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm. | Tình trạng người bệnh. Số lượng và loại bệnh phẩm. |
|  | **B. Lấy nước tiểu 24 giờ** | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý phù hợp với người bệnh và loại xét nghiệm, ghi tên/dán mã người bệnh lên ống xét nghiệm và phiếu xét nghiệm.  Chuẩn bị dụng cụ đựng nước tiểu có vạch chia độ, có nắp đậy, chất bảo quản và ghi tên người bệnh. |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra. Dặn người bệnh lấy toàn bộ nước tiểu vào dụng cụ (kể cả khi đi đại tiện). Đảm bảo số lượng chính xác trong 24 giờ.  - Cho người bệnh đi tiểu hết và ghi giờ (ví dụ từ 6h sáng). Tính thời điểm bắt đầu.  - Tạo không gian kín đáo cho người bệnh: che bình phong xung quanh giường, đóng cửa phòng hoặc trong nhà vệ sinh (nếu người bệnh đi lại được). |
| 8 | Đặt dụng cụ chứa nước tiểu 24 giờ đúng nơi quy định | Đặt dụng cụ chứa nước tiểu ở nơi thuận tiện cho việc lấy nước tiểu. Điều kiện nơi để dụng cụ thoáng mát, đậy nắp, tránh đổ. |
| 9 | Theo dõi người bệnh trong 24 giờ. | Người bệnh lấy toàn bộ nước tiểu vào dụng cụ (kể cả khi đi đại tiện). Đảm bảo số lượng chính xác trong 24 giờ |
| 10 | Hướng dẫn người bệnh khi kết thúc thời gian 24 giờ theo dõi nước tiểu. | Kết thúc thời gian theo dõi (6h sáng hôm sau), người bệnh đi tiểu lần cuối vào vật chứa. Ghi thời gian kết thúc theo dõi người bệnh lấy nước tiểu 24 giờ. |
| 11 | Điều dưỡng đeo găng tay | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 12 | Kiểm tra lượng nước tiểu theo dõi 24 giờ. | Số lượng nước tiểu, tính chất nước tiểu (màu sắc, độ trong đục, …). Ghi lại và lấy số lượng nước tiểu theo yêu cầu, thời gian kết thúc. |
| 13 | Lấy nước tiểu theo dõi 24 giờ vào ống nghiệm. | Lương nước tiểu phù hợp yêu cầu xét nghiệm vào ống nghiệm đã dán nhãn (mã người bệnh, họ tên người bệnh, tuổi, giường, phòng..).  Đặt phiếu xét nghiệm và ống nghiệm có bệnh phẩm vào khay đúng nơi quy định. |
| 14 | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 15 | Ghi hồ sơ  Gửi bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm. | Tình trạng người bệnh. Số lượng và loại bệnh phẩm. |
|  | **C. Lấy nước tiểu vô khuẩn từ ống thông tiểu** | |
| 9 | Quan sát lượng nước tiểu trong túi tiểu, kẹp đường dẫn lưu nước tiểu. | Ghi lại số lượng, tính chất nước tiểu trong túi tiểu,  Kẹp ống thông trước 30 phút. |
| 10 | Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế phù hợp. | Đặt tư thế người bệnh phù hợp, thuận tiện tiếp xúc với ống thông. Người bệnh không nằm đè lên đường dẫn lưu nước tiểu |
| 11 | Đeo găng tay | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 12 | Sát khuẩn vị trí lấy nước tiểu xét nghiệm. | Dùng bông tẩm cồn sát khuẩn vị trí tiếp nối giữa ống thông và túi đựng nước tiểu (phần cao su). |
| 13 | Dùng hơm kim tiêm lấy lượng nước tiểu đúng yêu cầu xét nghiệm. | Dùng bơm kim tiêm hút số lượng nước tiểu đúng yêu cầu xét nghiệm.  Cấy nước tiểu: 5ml  Xét nghiệm hóa sinh: 20ml. |
| 14 | Bơm nước tiểu vào ống nghiệm. | Bơm nước tiểu vào ống nghiệm vô khuẩn (cấy nước tiểu) hoặc ống nghiệm sạch (xét nghiệm thông thường). Đậy lại nắp ống nghiệm (chỉ cầm phía bên ngoài của nắp). |
| 15 | Tháo bỏ kẹp để nước tiểu chảy xuống túi chứa. | Tháo kẹp nước tiểu, kiểm tra sự lưu thông của hệ thống dẫn lưu. |
| 16 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh. Cảm ơn | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp với vị trí vết thương.  Dặn người bệnh báo cáo lại với nhân viên y tế những bất thường: sốt, mệt mỏi, nhức đầu hoa mắt, chóng mặt… |
| 17 | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 18 | Ghi hồ sơ  Gửi bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm. | Tình trạng người bệnh. Số lượng và loại bệnh phẩm. Mang đến phòng xét nghiệm trong vòng 2-3 giờ, nếu không phải bảo quản ở nhiệt độ 4-8oC, không được để đông băng |
| **Lượng giá** | | |
| 19 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi lấy nước tiểu làm xét nghiệm | |

**4. Kỹ thuật lấy phân làm xét nghiệm**

**4.1. Yêu cầu của lấy mẫu phân làm xét nghiệm**

* Tìm máu trong phân: kiêng ăn thịt nạc, kiêng uống viên sắt, kiêng uống bismuth trong 48 giờ (vì có thể làm cho phân có màu đen dễ nhầm với xuất huyết tiêu hoá).
* Không lấy phân lẫn nước tiểu.
* Mẫu phân được bảo quản ở nhiệt độ 4-8oC. Số lượng vi khuẩn có thể giảm đáng kể nếu không thực hiện đúng qui trình trong vòng 1-2 ngày sau lấy mẫu. Đối với lấy phân tìm amíp: gửi lên ngay phòng xét nghiệm, không quá 4 - 6h sau lấy phân. Shigella đặc biệt nhạy cảm với nhiệt độ cao.
* Mẫu phân dùng để chẩn đoán nhiễm ký sinh trùng phải được trộn với formalin 10% hoặc PVA, 3 phần phân một phần chất bảo quản. Lọ mẫu bệnh phẩm đặt trong túi nilon dán kín, vận chuyển ở nhiệt độ thường.

**4.2. Quy trình kỹ thuật**

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ:** tương tự phần 3.2; bổ sung

- Bô dẹt

- Lọ đựng bệnh phẩm

- Que lấy phân

- Găng tay sạch

- Xà phòng, nước

- Giấy vệ sinh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh. | Tỉnh/ hôn mê, dấu hiệu sinh tồn, thể trạng… |
| 3 | Nhận định đúng xét nghiệm cần làm. Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh. | Kiểm tra đúng hồ sơ xét nghiệm, loại xét nghiệm Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm: xét nghiệm liên quan đến các bệnh lý: trĩ, rối loạn tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa. Chu kỳ kinh.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà: Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| **Lập kế hoạch** | | |
| **4**4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm phù hợp đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý phù hợp với người bệnh và loại xét nghiệm, ghi tên/dán mã người bệnh lên ống xét nghiệm và phiếu xét nghiệm. |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra.  - Tạo không gian kín đáo cho người bệnh: che bình phong xung quanh giường, đóng cửa phòng hoặc trong nhà vệ sinh (nếu người bệnh đi lại được).  - Cho người bệnh đi tiểu và hứng nước tiểu riêng. Nếu cấy vi khuẩn dùng khay quả đậu to tiệt khuẩn và rửa hậu môn. |
| 8 | Hướng dẫn người bệnh đi ngoài vào dụng cụ có thể quan sát được phân. | Người bệnh đi ngoài vào bô dẹt hoặc bô giấy đặt lên bồn cầu. |
| 9 | Dùng que lấy phân, lấy phân đúng kỹ thuật và số lượng. | Dùng que để lấy phân, lấy nơi nghi ngờ như có nhầy, máu, mủ.  Lấy mẫu phân tươi, 5ml phân dạng lỏng hoặc 4-5g  phân dạng sệt (kích thước như hạt đậu) vào trong lọ đựng. |
|  | **Lấy mẫu bệnh phẩm từ hậu môn/trực tràng** | |
| 8 | Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế. | Người bệnh nằm nghiêng trái, sát mép giường. Quần của người bệnh được kéo, bộc lộ hậu môn. |
| 9 | Dùng tăm bông đưa nhẹ nhàng vào hậu môn.    Hình 30.2. Lấy mẫu bệnh phẩm hậu môn | Làm ướt tăm bông bằng nước muối vô trùng. Luồn tăm bông vừa qua khỏi cơ vòng hậu môn và xoay nhẹ nhàng. Rút tăm bông ra và kiểm tra để bảo đảm đầu tăm bông có dính phân |
| 10 | Cho bệnh phẩm phân vào ống nghiệm. Đặt ống nghiệm vào khay. | Cho tăm bông vào ống chứa môi trường vận chuyển vi khuẩn hoặc vi rút thích hợp. Bẻ phần trên tăm bông, không được chạm vào tube và xoáy chặt nút |
| 11 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh. Cảm ơn | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp với vị trí vết thương.  Dặn người bệnh báo cáo lại với nhân viên y tế những bất thường: sốt, mệt mỏi, nhức đầu hoa mắt, chóng mặt… |
| 12 | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 13 | Ghi hồ sơ. Gửi bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm. | Tình trạng người bệnh. Số lượng và loại bệnh phẩm. |
| **Lượng giá** | | |
| 14 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi lấy phân làm xét nghiệm | |

**5. Lấy mủ làm xét nghiệm**

**5.1.Áp dụng lấy mủ làm xét nghiệm:**

- Áp xe vỡ hoặc chưa vỡ, lỗ rò.

- Vết thương nhiễm trùng

- Dịch tiết trong ổ bụng, màng phổi, màng tim, khớp.

- Dịch não tủy trong trường hợp nghi viêm màng não, viêm não

- Làm kháng sinh đồ.

**5.2. Quy trình kỹ thuật**

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ:** tương tự phần 3.2; bổ sung

|  |  |
| --- | --- |
| - Khay thay băng vô trùng (nếu lấy mủ hở).  - Ống nghiệm chứa que gòn vô trùng.  - Bơm tiêm và kim vô trùng, cỡ kim 18 - 21g, dài 4 - 6 cm (ổ mủ kín). | Ong lay mau  Hình 30.3: Ống nghiệm và tăm bông vô trùng |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh. | Tỉnh/ hôn mê, dấu hiệu sinh tồn, thể trạng… |
| 3 | Nhận định đúng xét nghiệm cần làm. Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | Kiểm tra đúng hồ sơ xét nghiệm, loại xét nghiệm Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm: xét nghiệm liên quan đến đau vết thương, mép vết thương, sưng tấy, viêm nhiễm, tiết dịch…ấn nhẹ quanh mép vết thương xem có tiết dịch hoặc có mềm không  Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm phù hợp đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý phù hợp với người bệnh và loại xét nghiệm, ghi tên/dán mã người bệnh lên ống xét nghiệm và phiếu xét nghiệm. |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra.  - Nếu người bệnh đau, cho dùng thuốc giảm đau theo chỉ định.  - Để người bệnh ở tư thế phù hợp.  - Tạo môi trường kín đáo cho người bệnh. |
| 8 | Vệ sinh tay thường quy. Đi găng tay | Theo đúng quy trình 6 bước, đi găng tay theo quy định |
|  | **\* Lấy ổ mủ kín:** | |
| 9 | Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế phù hợp. | Người bệnh nằm tư thế thuận lợi phù hợp với vị trí lấy bệnh phẩm, bộc lộ ổ mủ. |
| 10 | Sát khuẩn vùng da chọc. | Sát khuẩn vùng da nơi chuẩn bị chọc kim bằng cồn 70 độ, đường kính rộng ra ngoài 5 cm. |
| 11 | Lấy bơm tiêm và đâm kim vào ổ mủ | - Nếu lấy được nhiều mủ (>=0,5ml) bơm mủ vào tube vô trùng  - Nếu lấy được ít mẫu (<0,5ml) hút thêm khoảng 0,5 nước muối sinh lý hay nước cất vô trùng sau đó bơm vào tube vô trùng  - Nếu ổ mủ mới hình thành, khó hút mủ thì bơm vào đó 0,5ml nước muối sinh lý vô khuẩn, sau đó hút trở lại |
| 12 | Rút kim ra khỏi ổ mủ, băng lại. | Nhẹ nhàng rút kim khỏi ổ mủ, sát khuẩn lại nơi đâm kim, băng lại bằng gạc vô khuẩn. |
| 13 | Bơm mủ vào trong ống nghiệm vô trùng. | Bơm mủ vào thành ống nghiệm đúng kỹ thuật. |
|  | **\* Vết thương/ổ mủ hở:** | |
| 9 | Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế phù hợp. | Người bệnh nằm tư thế thuận lợi phù hợp với vị trí lấy bệnh phẩm. |
| 10 | Bộc lộ và đánh giá tình trạng vết thương/ổ mủ. | Cởi bỏ quần áo (nếu cần), bộc lộ vết thương/ổ mủ. Đánh giá tình trạng ổ mủ/vết thương: số lượng, tính chất dịch mủ (màu sắc, độ đặc, …) |
| 11 | Vệ sinh tay thường quy. Đi găng tay | Theo đúng quy trình 6 bước, đi găng tay theo quy định |
| 12 | Sát khuẩn quanh vết thương | Sát khuẩn và làm sạch dịch tiết xung quanh vết thương/ổ mủ đúng kỹ thuật. |
| 13 | Dùng tăm bông vô khuẩn lấy dịch mủ từ ổ mủ/vết thương cho vào ống nghiệm đúng yêu cầu. | Mở ống nghiệm, lấy tăm bông vô khuẩn phết vào vùng đáy hay thành của vết thương. Cho tăm bông trở lại ống nghiệm.  Trường hợp vết thương nhiễm trùng có thể cắt lọc vùng mô dưới lớp mủ đã chùi sạch, ấn nặn mủ thấm vào tăm bông vô trùng và cho mẫu mô vào tube |
| 14 | Làm sạch vết thương/ổ mủ. | Thực hiện kỹ thuật thay băng vết thương nhiễm khuẩn. |
| 15 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh  Cảm ơn | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp với vị trí vết thương.  Dặn người bệnh báo cáo lại với nhân viên y tế những bất thường:  +Tại chỗ lấy mủ: chảy dịch, sưng, đau...  +Toàn thân: sốt, mệt mỏi, nhức đầu hoa mắt, chóng mặt… |
| 16 | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 17 | Ghi hồ sơ. Gửi bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm. | Tình trạng người bệnh. Số lượng và loại bệnh phẩm. |
| **Lượng giá** | | |
| 18 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi lấy mủ xét nghiệm | |

**6. Kỹ thuật lấy đờm làm xét nghiệm**

**6.1. Áp dụng lấy bệnh phẩm đờm:**

- Bệnh phẩm đờm khạc để nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí. Thời điểm tốt nhất là lấy đờm vào buổi sáng sau khi bệnh nhân ngủ dậy. Hoặc khi bệnh nhân đến khám.

**-** Bệnh phẩm đờm khạc tìm vi khuẩn lao (AFB):

Thời điểm: Tốt nhất lấy 3 mẫu

Mẫu I: Lần đầu đến khám.

Mẫu II: Lấy vào buổi sáng dậy (tốt nhất).

Mẫu III: Lấy tại chỗ bác sĩ.

**6.2 Quy trình kỹ thuật**

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ:** tương tự phần 3.2; bổ sung

|  |  |
| --- | --- |
| - Lọ đựng đờm vô trùng.  - Bộ dụng cụ hút đờm vô trùng và máy hút đờm (cấy đờm).  - Ống đựng tăm bông vô trùng để phết họng (người bệnh không tự khạc được).  - Cốc lấy đờm có nắp.  - Hệ thống oxy (nếu cần). | Bộ hút đàm kín LB6122  Hình 30.4: ống chứa đờm xét nghiệm |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định/Đánh giá** | | |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh. | Tỉnh/hôn mê, dấu hiệu sinh tồn, thể trạng… |
| 3 | Nhận định đúng xét nghiệm cần làm. Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Kiểm tra đúng hồ sơ xét nghiệm, loại xét nghiệm Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm: xét nghiệm liên quan thời gian bữa ăn gần nhất của người bệnh hoặc tình trạng ăn qua ống thông mũi dạ dày. Thực hiện kỹ thuật sau 1 – 2h nếu người bệnh mới ăn. Tình trạng hô hấp của người bệnh.  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà: Người bệnh/người nhà phối hợp |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm phù hợp đạt an toàn và hiệu quả | |
|  | **Thực hiện** |  |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý phù hợp với người bệnh và loại xét nghiệm, ghi tên/dán mã người bệnh lên ống xét nghiệm và phiếu xét nghiệm. |
| **7** | Chuẩn bị người bệnh | - Thông báo, giải thích động viên người bệnh/người nhà người bệnh về mục đích, cách thức tiến hành kỹ thuật, những nguy cơ có thể xảy ra.  - Tư thế người bệnh phù hợp.  - Người bệnh đánh răng hoặc súc miệng bằng nước sạch (phụ thuộc yêu cầu xét nghiệm). Hướng dẫn người bệnh thở bình thường trong khi hút đờm để phòng thở quá nhanh. |
|  | **Lấy bệnh phẩm đờm.** | |
|  | 1. ***Người bệnh tự khạc đờm*** | |
| 8 | Vệ sinh tay thường quy. Điều dưỡng đeo găng sạch | Theo đúng quy trình 6 bước. Điều dưỡng đeo găng sạch đúng kỹ thuật |
| 9 | Hướng dẫn cho người bệnh cách ho và khạc đờm. | Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh cách ho và khạc đờm:  Lần đầu: hít hơi vào thật sâu, nín thở khoảng 5 giây và thở ra chầm chậm.  Lần thứ hai: hít hơi vào thật sâu **ho** mạnh cho đến khi có **đờm** trong miệng. |
| 10 | Điều dưỡng mở nắp lọ xét nghiệm hướng dẫn người bệnh nhổ đờm vào cốc | Điều dưỡng đưa lọ xét nghiệm cho người bệnh hướng dẫn người bệnh:  - Cầm cốc lấy đờm không chạm tay vào phía trong cốc. - Đặt cốc ở môi dưới, rồi nhẹ nhàng nhổ hết **đờm** vào trong lọ.  - Tiếp tục **làm** như trên cho đến khi điều dưỡng xác nhận mẫu **đờm** đạt chất lượng. |
| 11 | Điều dưỡng kiểm tra lượng đờm trong cốc đạt yêu cầu. | Kiểm tra đến khi được khoảng 5 - 10 ml đờm (không lẫn nước bọt). |
|  | ***B. Lấy đờm bằng hút đờm*** | |
| 8 | Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi. | Đặt người bệnh ở tư thế đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi. Quan sát chỉ số trên monitor. |
| 9 | Kiểm tra sự hoạt động của máy hút đờm | Kiểm tra hệ thống hút đờm dãi. Nối máy hút với ống/lọ chứa đờm. |
| 10 | Vệ sinh tay thường quy.  Đeo găng tay. | Theo đúng quy trình 6 bước. Đúng quy định KSNK |
| 11 | Nối ống thông vô khuẩn với ống cao su của máy hút. | Ống thông nối với máy hút đúng nguyên tắc KSNK: tay sạch, tay mang găng vô khuẩn ra vùng xung quanh |
| 12 | Đưa đầu ống hút nhẹ nhàng vào mũi/ miệng hoặc ống nội khí quản/mở khí quản. | Nhẹ nhàng đưa đầu ống hút qua hầu họng, ống nội khí quản/đường mở khí quản. Hướng dẫn người bệnh ho. |
| 13 | Bật máy hút khoảng 5-10 giây, hút đờm vào ống chứa. | Thực hiện thao tác hút đờm, xoay ống hút, lấy đủ lượng đờm theo yêu cầu xét nghiệm (2 - 10ml).  Hút thông đường hô hấp nếu cần. |
| 14 | Rút ống thông khỏi bộ phận chứa đờm và tắt máy hút. | Rút ống thông nhẹ nhàng, không làm tổn thương niêm mạc. |
| 15 | Tháo lọ chứa khỏi hệ thống hút, đậy nắp lọ chứa đờm. | Lọ chứa đờm được vặn chặt, làm sạch bên ngoài lọ chứa, không làm mờ nhãn lọ. |
| 16 | Làm sạch mũi miệng người bệnh. | Mũi miệng được làm sạch, người bệnh cảm thấy thoải mái. |
| 17 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Dặn dò người bệnh. Cảm ơn | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp với vị trí vết thương.  Dặn người bệnh báo cáo lại với nhân viên y tế những bất thường: buồn nôn, nôn, khó thở, ... |
| 18 | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 20 | Ghi hồ sơ. Gửi bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm. | Tình trạng người bệnh. Số lượng và loại bệnh phẩm. |
| **Lượng giá** | | |
| 21 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh và phản ứng của người bệnh sau khi lấy đờm xét nghiệm | |

**7. Lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm**

7.1. **Thông tin hướng dẫn người bệnh trước khi lấy máu**

**-** Nhịn đói 8 - 12 giờ trước khi lấy máu (trừ khi có chỉ định cấp cứu). Đối với một số xét nghiệm như glucose, cholesterol, triglyceride thì nhịn ăn là yêu cầu bắt buộc.

- Ngừng tất cả các hình thức vận động nặng: 24 - 48 giờ trước khi lấy máu.

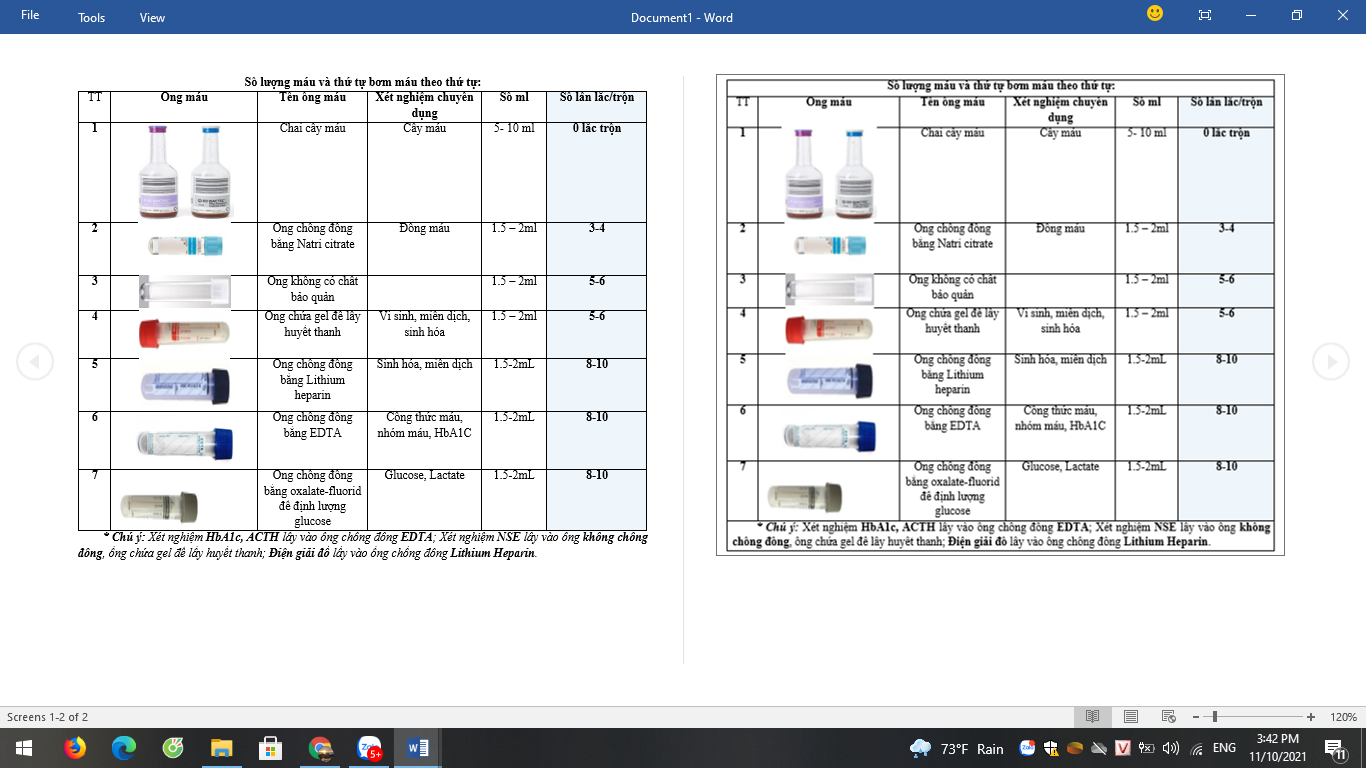
- Trong trường hợp thực hiện một số xét nghiệm đặc biệt ngoài các chú ý trên cần chú ý:

+ Người bệnh phải được ngủ ít nhất 7 giờ trong đêm trước khi lấy máu.

+ Không dùng bất cứ thuốc gì trước khi lấy máu.

+ Lưu ý chế độ ăn trước khi thực hiện lấy máu cho một số xét nghiệm.

**-** Trường hợp nhiều loại xét nghiệm cùng một thời điểm thì số lượng máu và thứ tự bơm máu được quy định như sau:



**7.2. Quy trình kỹ thuật**

**(\*) Chuẩn bị dụng cụ:** tương tự phần 3.2; bổ sung

|  |
| --- |
| *Lấy máu mao mạch:*  - 3 phiến kính sạch, khô, trong đó có 1 miếng kính phẳng để kéo lam.  - Lamcette hay kim vô trùng, cỡ kim 25 - 26G, chiều dài 1-1.5 cm.  *Lấy máu tĩnh mạch:*  - Gối kê tay; Dây ga rô.  - Lấy máu qua CVP: 2 bơm tiêm 10ml vô trùng, 1 bơm tiêm 10 ml chứa nước muối sinh lý.  - Cấy máu: 2 bơm tiêm 20 ml vô trùng, kim vô trùng (cỡ kim 20 -21G cho người lớn, 23 – 25G cho trẻ em), ống đựng máu cấy vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
| **Nhận định** | | |
| 1. | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2. | Nhận định toàn trạng người bệnh  Nhận định đúng xét nghiệm | - Tỉnh/ hôn mê, dấu hiệu sinh tồn, thể trạng…  - Kiểm tra đúng hồ sơ xét nghiệm, loại xét nghiệm |
| 3. | Nhận định các vấn đề liên quan đến xét nghiệm  Sự hợp tác của người bệnh/người nhà người bệnh | - Vấn đề liên quan: xét nghiệm liên quan đến bữa ăn, vị trí lấy máu  - Người bệnh/người nhà người bệnh phối hợp |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4. | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5. | Vệ sinh tay thường quy. | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6. | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng, hợp lý phù hợp với người bệnh và loại xét nghiệm, ghi tên/dán mã người bệnh lên ống xét nghiệm |
| 7. | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Giúp người bệnh ở tư thế thích hợp |
| 8. | Lựa chọn bơm tiêm, kiểm tra bơm tiêm | Kiểm tra bơm kim tiêm, điều chỉnh mũi vát cùng chiều với mặt số của bơm tiêm. |
| 9. | Bộc lộ vị trí lấy máu  Đặt gối kê tay, dây ga-rô | Bộc lộ vị trí lấy máu, chọn tĩnh mạch to rõ, ít di động.  Đặt gối kê tay và dây ga-rô dưới vị trí lấy máu (trừ tĩnh mạch ở trên đầu). |
| 10. | Đeo găng tay | - Găng tay không rách  - Chọn găng phù hợp kích cỡ tay  - Đeo găng đúng kỹ thuật |
| 11. | Buộc dây ga-rô, bắt lại mạch | Buộc dây ga-rô trên vị trí lấy máu, khoảng 10 - 15cm, bắt lại mạch dưới vị trí buộc dây ga-rô. |
| 12. | Sát khuẩn vị trí lấy máu. | Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông/gạc vô khuẩn. Đặt bông/gạc giữa vị trí lấy máu và sát khuẩn rộng ra với đường kính trên 10cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần). |
| 13. | Đưa kim lấy máu vào tĩnh mạch. | 1 tay căng da cố định tĩnh mạch, 1 tay cầm bơm tiêm để ngửa mũi vát lên trên, đưa kim 1 góc 30° qua da vào tĩnh mạch, ngập 2/3 thân kim. |
| 14. | Rút pít tong để máu ra đúng số lượng yêu cầu. | Khi thấy máu trào vào bơm tiêm (hoặc rút nhẹ nhàng nòng bơm tiêm thấy máu) rút từ từ pít tong để máu ra đúng số lượng xét nghiệm yêu cầu, đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh. |
| 15. | Tháo dây ga-rô, rút kim, ấn bông khô lên vùng lấy máu. | Tháo dây garô/cao su, rút kim nhanh, căng da, đặt bông khô lên vùng lấy máu, ấn chặt. |
| 16. | Bơm máu vào ống nghiệm | Tháo kim, bơm máu nhẹ nhàng vào thành ống nghiệm, nếu ống nghiệm có chất chống đông, lắc nhẹ nhàng từ trên xuống dưới khoảng 8 - 10 lần. |
| 17. | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.  Dặn dò người bệnh  Cảm ơn | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái phù hợp với vị trí vết thương.  Dặn người bệnh báo cáo lại với nhân viên y tế những bất thường:  + Tại chỗ lấy máu: chảy dịch, sưng, đau...  + Toàn thân: sốt, mệt mỏi, nhức đầu hoa mắt, chóng mặt… |
| 18. | Thu dọn dụng cụ  Tháo găng, rửa tay | Thu gọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải đúng quy định.  Tháo găng tay đúng kỹ thuật  Rửa tay đúng kỹ thuật |
| 19. | Ghi phiếu chăm sóc  Gửi máu xuống phòng xét nghiệm. | Số lượng máu, tình trạng người bệnh |
| **Lượng giá** | | |
| 20. | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **KỸ NĂNG HỖ TRỢ HÔ HẤP**

# **BÀI 21: KỸ NĂNG HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP**

Số tiết: 4

**MỤC TIÊU**

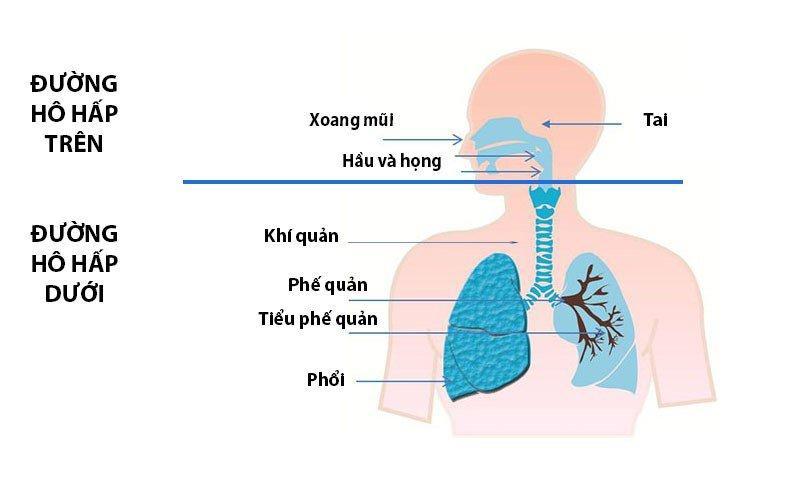
|  |
| --- |
| **\*Kiến thức**   1. Trình bày được mục đích, áp dụng, nguy cơ tai biến và cách đề phòng khi hút thông đường hô hấp trên và dưới.   **\*Kỹ năng**   1. Thực hiện được các kỹ năng hỗ trợ hô hấp theo đúng quy trình kỹ thuật, an toàn và hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng hút thông đường hô hấp trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**   1. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng hút thông đường hô hấp trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định. 2. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng hút thông đường hô hấp trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Thông khí có vai trò hết sức quan trọng trong quá trình hô hấp, bình thường phản xạ ho khạc có tác dụng tống hết dị vật (đờm rãi) giúp đường hô hấp được thông thoáng, đảm bảo việc cung cấp oxy cho cơ thể. Khi người bệnh không có khả năng ho, khạc, đường thở bị tắc nghẽn gây ứ đọng cản trở thông khí, làm tăng khả năng viêm nhiễm và chính hiện tượng này lại làm nặng thêm sự tắc nghẽn và giảm khả năng cung cấp khí oxy cho cơ thể. Trong những trường hợp này, người điều dưỡng phải sử dụng kỹ thuật hút đờm rãi để làm thông thoáng đường thở cho người bệnh.

Kỹ thuật hút dòm rãi được phân làm hai loại: hút thông đường hô hấp trên và hút thông đường hô hấp dưới. Hút thông đường hô hấp trên là kỹ thuật hút đờm rãi tại miệng hầu, mũi hầu; hút thông đường hô hấp dưới là kỹ thuật hút đồm rãi được thực hiện qua miệng hoặc mũi đôi khi hút qua đường thở nhân tạo tới khí quản, phế quản. Kỹ thuật hút đờm rãi được thực hiện dựa trên những nguyên tắc cơ bản nhờ áp lực được tạo ra từ máy hút để lấy hết các chất ứ đọng trên đường hô hấp ra bên ngoài giúp người bệnh thoải mái và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình lưu thông không khí. Mặt khác, miệng hầu, khí quản được coi là vô khuẩn, do vậy khi tiến hành kỹ thuật phải áp dụng các biện pháp vô khuẩn để hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh.



Hình 32.1: Hệ hô hấp

**2. Hút thông mũi miệng**

**2.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***2.1.1. Mục đích***

* Làm sạch dịch tiết giúp khai thông đường hô hấp.
* Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
* Phục vụ cho mục đích chẩn đoán.
* Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng dịch.

***2.1.2. Áp dụng***

* Người bệnh có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được.
* Người bệnh bị hôn mê, co giật xuất tiết nhiều đờm dãi.
* Người bệnh hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột.
* Trẻ ngay sau đẻ, trẻ sơ sinh sặc nước ối.
* Người bệnh mở khí quản, đặt nội khí quản.
* Lấy đờm để làm xét nghiệm.
* Trước khi rút ống nội khí quản, ống mở khí quản

***2.1.3. Nguy cơ tai biến và cách dự phòng***

* Kích thích gây nôn, nguy cơ sặc vào phổi.
* Dự phòng:
* Trong lúc đang đưa ống hút vào không nên thực hiện hút.
* Không hút đờm dãi khi người bệnh vừa ăn no (cách thời điểm ăn ít nhất 30ph).
* Đặt người bệnh tư thế nằm đầu nghiêng trái khi người bệnh nôn.
* Tổn thương niêm mạc
* Dự phòng:
* Điều chỉnh áp lực hút cho phù hợp với người bệnh.
  + Người lớn: (-100) - (-120) mmHg
  + Trẻ lớn: (- 80) - (-100) mmHg
  + Trẻ nhỏ, sơ sinh: (- 60) - (-80) mmHg
* Khi hút tránh đầu ống thông bám chặt vào niêm mạc, gây tổn thương niêm mạc đường hô hấp.

**2.2. Quy trình kỹ thuật**

Chuẩn bị dụng cụ

|  |  |
| --- | --- |
| -Tầng 1:  +Ống trụ cắm panh: 1 pank có mấu, 1 pank không mấu  + Dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Clincare)  + Bộ dụng cụ hút đờm dãi: Ống hút: là loại ống nhựa mềm, linh hoạt, kích cỡ phù hợp với người bệnh:   * Trẻ sơ sinh : 5 – 8 Fr * Trẻ nhỏ : 8 – 10 Fr * Người lớn : 12 – 18Fr   + Canuyl Mayo  +Dung dịch: Natriclorua 0.9%, Natribicacbonat 14%.  Tầng 2:  + Giấy ướt/ khăn ăn  + Nylon/khăn phủ  + Gạc không bông vô khuẩn  + Nilon lót /khay hạt đậu  + Găng sạch/găng vô khuẩn  - Giấy xét nghiệm, ống nghiệm và giá đựng ống nghiệm (nếu lấy đờm làm xét nghiệm)  + Hồ sơ điều dưỡng.  - Tầng 3: Thùng đựng rác mã màu theo quy định.  **Dụng cụ khác**  - Máy hút và dây nối.  - Hệ thống máy theo dõi DHST, SpO2 | Hút đờm dãi 1  Hình 32.2. Ống thông hút đờm dãi  Hút đờm dãi 2  Hình 32.3. Canuyl Mayo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định** |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định chính xác người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/ hôn mê  - Da, niêm mạc xanh tái, móng tay  - DHST: Nhip thở (tăng/giảm; tính chất thở: nông/sâu, SpO2.... |
| 3 | Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Người bệnh/người nhà phối hợp tốt với điều dưỡng trong và sau khi thực hiện kỹ thuật |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình hút thông đường hô hấp trên đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Thực hiện 6 bước theo quy trình kỹ thuật |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được chuẩn bị đầy đủ và sắp xếp hợp lý  Máy hút hoạt động tốt. |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh    Hình 32.4: Tư thế Semi-Fowler | - Hướng dẫn người bênh ho, thở sâu, vỗ rung (nếu cần).  - Đặt người bệnh nằm ở tư thế thích hợp: Semi-Fowler/nằm đầu ngửa tối đa (kê gối dưới vai), hoặc đầu cao, nghiêng sang 1 bên.  - Choàng nylon và khăn phủ trước ngực và quanh cổ  - Tăng oxy lên 100% cho người bệnh thở trong 1-2 phút nếu người bệnh đang thở oxy. |
| 8 | Mở máy hút Điều chỉnh áp lực cho phù hợp | Điều chỉnh áp lực hút cho phù hợp với người bệnh.  - Người lớn: (-100) - (-120) mmHg  - Trẻ lớn: (- 80) - (-100) mmHg  - Trẻ nhỏ, sơ sinh: (- 60) - (-80) mmHg |
| 9 | Vệ sinh tay, mang găng sạch | Mang găng đúng quy định |
| 10 | Nối ống hút vào dây nối. Thử ống hút | Chú ý: Tay thuận cầm ống hút, tay không thuận cầm dây nối  Hút thử nước muối sinh lý trong cốc đựng và quan sát hoạt động của máy hút |
| 11 | Đưa ống hút vào mũi | Gập ống hút/mở cửa sổ ống hút khi đưa vào, đưa ống hút vào mũi miệng, khoảng cách từ cánh mũi đến thùy tai |
| 12 | Tiến hành hút với áp lực phù hợp với từng người bệnh. | Bỏ tay gập ống thông/đóng cửa sổ ống hút. Thực hiện hút với thao tác nhẹ nhàng: xoay ống theo 2 chiều, mỗi lần hút từ 10 đến 15 giây, dừng lại ở vị trí nhiều đờm, mỗi bên mũi chỉ hút 1-2 lần. Vừa xoay ống vừa từ từ rút ống ra. Lau chất tiết bám vào ống  Đánh giá tính chất đờm dãi.  Theo dõi ý thức, DHST trong quá trình hút đờm |
| 13 | Hút dịch trong khoang miệng. | Đưa ống thông vào miệng, hút dịch trong khoang miệng đến khi sạch. Lau chất tiết bám vào ống, tráng ống hút. |
| 14 | Tráng dây máy hút. Tháo ống hút | Nếu dùng ống 1 lần thì bỏ ống. Nếu dùng lại thì ngâm vào dung dịch khử khuẩn |
| 15 | Vệ sinh mũi miệng. | Lau sạch mũi miệng bằng khăn hoặc giấy ướt |
| 16 | Thu dọn dụng cụ | Sắp xếp gọn gàng và phân loại rác thải đúng |
| 17 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi rõ thời gian hút, màu sắc đờm, dịch…. |
| **Lượng giá** | | |
| 18 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**3**. **Hút thông nội khí quản, mở khí quản**

**3.1. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

***3.1.1. Mục đích***

* Làm sạch dịch xuất tiết ở khí quản, các phế quản
* Kích thích phản xạ ho.

***3.1.2. Áp dụng***

* Người bệnh hôn mê thở máy qua ống nội khí quản hoặc canuyn mở khí quản
* Người bệnh được mở khí quản có xuất tiết nhiều đờm dãi không tự khạc ra được.
* Người bệnh được đặt ống nội khí quản có thể trạng suy kiệt, phản xạ ho kém.

|  |  |
| --- | --- |
| kỹ thuật hút đàm nhớt hút đàm nhớt hut dam nhot hut dam dai ASIA Health |  |
| Hình 32.4: hút đờm dãi qua ống mở khí quản | Hình 32.5: hút đờm dãi qua ống nội khí quản |

***3.1.3. Nguy cơ tai biến và cách dự phòng***

* Thiếu oxy, giảm oxy máu
* Dự phòng:
* Trước khi thực hiện hút, cho người bệnh thở oxy theo y lệnh
* Tăng thông khí ở người bệnh có cao áp phổi, hoặc có triệu chứng tăng áp lực nội sọ trong 1 phút trước và sau mỗi lần hút đờm
* Trong quá trình đưa ống thông vào thì không hút (phải gập ống thông)
* Thời gian hút cho mỗi lần hút không quá 10 giây, khoảng cách giữa hai lần hút liên tiếp tối thiểu 1 phút, tổng thời gian hút không quá 5 phút.
* Thực hiện hỗ trợ ôxy nghiêm ngặt trong suốt quá trình hút (bóp bóng hỗ trợ). Theo dõi Sp02 liên tục, chỉ khi Sp02>= 95% mới hút tiếp.
* Tăng oxy FiO2 100% trước, trong, sau hút đờm trừ khi có chống chỉ định của bác sĩ như trẻ sinh non, bệnh phổi mạn tính.
* Sau khi hút xong, lắp máy thở và tiếp tục cho người bệnh thở ôxy (nếu có).
* Nếu người bệnh tím tái trong lúc hút đờm, tăng thông khí, tăng FiO2 cho đến khi người bệnh hồng lại.
* Tổn thương niêm mạc khí, phế quản
* Dự phòng:
* Trong quá trình đưa ống thông vào thì không hút (gập ống thông)
* Áp lực hút phù hợp với người bệnh:
  + - Người lớn: (-100) - (-120) mmHg
    - Trẻ lớn: (- 80) - (-100) mmHg
    - Trẻ nhỏ, sơ sinh: (- 60) - (-80) mmHg
* Thao tác nhẹ nhàng; không cố dùng sức để đẩy ống thông vào trong trường hợp ống thông bị mắc, khó đưa vào mà phải tìm cách kiểm tra và thử lại.
* Sử dụng ống thông có kích thước phù hợp với độ tuổi người bệnh.
* Ngừng tim, ngừng thở.
* Dự phòng:
* Giải thích, động viên người bệnh trước khi thực hiện hút đờm dãi.
* Thời gian hút không quá 5 phút, trước khi hút phải tăng oxy lên 100%.
* Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, Sp02, da niêm mạc của người bệnh; nếu có dấu hiệu bất thường (khó thở, tím tái, mệt, nhìn mờ) phải dừng ngay; hỗ trợ hô hấp và theo dõi người bệnh.
* Kiểm tra đáp ứng của người bệnh với máy thở sau mỗi lần hút.
* Co thắt thanh quản
* Dự phòng:
* Người bệnh nằm ngửa cổ tối đa, khí quản thẳng.
* Đưa ống sâu đến khi người bệnh có phản xạ ho là được, không nên đưa sâu quá vì có thể gây kích thích dây thần kinh X.
* Thời gian mỗi lần hút không quá 10 giây, tổng thời gian hút sạch đờm không quá 5 phút.
* Khi hút phải quan sát theo dõi sắc mặt, ý thức, nhịp tim, SpO2 trên máy monitor (nếu có), quan sát số lượng đờm, màu sắc trong và sau khi hút.
* Nhiễm trùng
* Dự phòng:
* Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình thực hiện.
* Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn (những dụng cụ yêu cầu vô khuẩn)
* Không dùng lại ống thông của hút thông đường hô hấp trên. Thông thường người bệnh cần hút thông đường hô hấp trên và dưới thì điều dưỡng sẽ hút thông đường hô hấp dưới trước sau đó có thể sử dụng ống thông đó để hút thông đường hô hấp trên (ống thông dùng một lần).
* Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh theo đúng y lệnh.
* Ảnh hưởng đến thở máy
* Dự phòng:
* Kiểm tra máy thở trước khi lắp máy thở cho người bệnh sau mỗi lần hút đờm.
* Đảm bảo các thông số cài đặt trên máy thở là phù hợp với người bệnh.
* Trong quá trình hút đờm dãi hạn chế chạm hay bấm thay đổi các chỉ số trên máy thở.
* Theo dõi sự đáp ứng của người bệnh với máy thở trước khi thu dọn dụng cụ và rửa tay.

**3.2. Quy trình kỹ thuật**

**(\*) Dụng cụ:** tương tự phần 2.2, bổ sung:

***3.2.1. Hút ðờm dãi đường hô hấp dưới bằng ống hút dùng một lần***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định** |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định chính xác người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/ hôn mê  -Da, niêm mạc xanh tái, móng tay  - DHST: Nhip thở, nồng độ ôxy |
| 3 | Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Người bệnh/người nhà phối hợp tốt với điều dưỡng trong và sau khi thực hiện kỹ thuật |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình hút thông đường hô hấp dưới đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Thực hiện 6 bước theo quy trình kỹ thuật |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được chuẩn bị đầy đủ và sắp xếp hợp lý. Máy hút hoạt động tốt.  Chuẩn bị Natriclorua 0.9% vào bơm tiêm mở túi ống hút |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Đặt người bệnh nằm ở tư thế thích hợp: đầu nghiêng sang 1 bên.  - Choàng nylon và khăn phủ trước ngực và quanh cổ  - Tăng oxy lên 100% cho người bệnh thở trong 1-2 phút nếu người bệnh đang thở oxy. |
| 8 | Mở máy hút Điều chỉnh áp lực cho phù hợp | Điều chỉnh áp lực hút cho phù hợp với người bệnh.  - Người lớn: (-100) - (-120) mmHg  - Trẻ lớn: (- 80) - (-100) mmHg  - Trẻ nhỏ, sơ sinh: (- 60) - (-80) mmHg |
| 9 | Sát khuẩn tay nhanh, mang găng vô khuẩn | Mang găng đúng quy định |
| 10 | Nối ống hút với hệ thống hút. Bật máy hút và mở cửa sổ ống hút. Thử ống hút    Hình 32.6: nối ống hút với máy hút | Hút thử nước muối sinh lý trong cốc đựng và quan sát hoạt động của máy hút  Chú ý: Tay sạch và tay vô khuẩn |
| 11 | Đưa ống hút vào ống NKQ/MKQ  kỹ thuật hút đàm nhớt hút đàm nhớt hut dam nhot hut dam dai ASIA Health  Hình 32. 7: đưa ống hút vào ống mở khí quản | Gập ống hút/mở cửa sổ ống hút khi đưa vào ống NKQ hoặc MKQ cho tới khi có sức cản thì rút ra khoảng 1 cm hoặc NB kích thích. Đối với mở khí quản vào khoảng 3-5cm, đối với đặt nội khí quản vào sâu hơn chiều dài ống nội khí quản khoảng 1 cm hoặc cho đến khi người bệnh ho/không đưa vào được nữa thì ngừng lại. Không được hút trong quá trình đưa ống vào |
| 12 | Tiến hành hút với áp lực phù hợp với từng người bệnh.    Hình 32.8: vừa xoay ống hút vừa rút ra | Bỏ tay gập ống thông/đóng cửa sổ ống hút. Thực hiện hút với thao tác nhẹ nhàng: xoay ống theo 2 chiều, mỗi lần hút không quá 10 giây, dừng lại ở vị trí nhiều đờm. Vừa xoay ống vừa từ từ rút ống ra. Lau chất tiết bám vào ống.  Đánh giá tính chất màu sắc, số lượng đờm  Sau 1 chu kỳ hút đờm cho người bệnh nghỉ đến khi SpO2 ổn định (sau mỗi lần hút cho người bệnh thở lại máy hoặc thở lại ôxy). Theo dõi ý thức, DHST trong quá trình hút đờm |
| 13 | Lặp lại động tác hút đến khi sạch | Lặp lại động tác hút đến khi sạch đờm. Hút đờm 3 tư thế: Ngửa thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu cần).  Nếu đờm đặc bơm Natriclorua 0.9% hoặc Natribicacbonat 14% vào NKQ/ MKQ, mỗi lần bơm không quá 2ml để làm loãng đờm.  Nếu mũi miệng có đờm:  -Hút lần lượt 2 mũi, hầu họng, lưu ý xoay nhẹ ống khi hút. Đánh giá màu sắc, tính chất đờm.  - Hút dịch trong khoang miệng đến khi sạch.  Theo dõi ý thức, DHST trong quá trình hút đờm |
| 14 | Tráng dây máy hút. Tháo ống hút | Không còn dịch đờm dãi đọng trong ống hút. |
| 15 | Kiểm tra cuff (bóng chèn) | Cuff đúng chỉ định, đảm bảo cố định chắc chắn. |
| 16 | Vệ sinh mũi miệng. | Lau sạch mũi miệng bằng khăn hoặc giấy ướt |
| 17 | Tắt máy. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay | Sắp xếp gọn gàng và phân loại rác thải đúng |
| 18 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi rõ thời gian hút, màu sắc dịch…. |
| **Lượng giá** | | |
| 19 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

***3.2.2. Hút ðờm dãi đường hô hấp dưới bằng hệ thống kín***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định** |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định chính xác người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/ hôn mê  -Da, niêm mạc xanh tái, móng tay  - DHST: Nhip thở, nồng độ ôxy |
| 3 | Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Người bệnh/người nhà phối hợp tốt với điều dưỡng trong và sau khi thực hiện kỹ thuật |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình hút thông đường hô hấp dưới đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Thực hiện 6 bước theo quy trình kỹ thuật |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được chuẩn bị đầy đủ và sắp xếp hợp lý. Máy hút hoạt động tốt.  Chuẩn bị Natriclorua 0.9% vào bơm tiêm mở túi ống hút |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Đặt người bệnh nằm ở tư thế thích hợp: đầu nghiêng sang 1 bên.  - Choàng nylon và khăn phủ trước ngực và quanh cổ  - Tăng oxy lên 100% cho người bệnh thở trong 1-2 phút nếu người bệnh đang thở oxy. |
| 8 | Mở máy hút Điều chỉnh áp lực cho phù hợp | Điều chỉnh áp lực hút cho phù hợp với người bệnh.  - Người lớn: (-100) - (-120) mmHg  - Trẻ lớn: (- 80) - (-100) mmHg  - Trẻ nhỏ, sơ sinh: (- 60) - (-80) mmHg |
| 9 | Sát khuẩn tay nhanh, mang găng vô khuẩn | Mang găng đúng quy định |
| 10 | Nối ống hút với hệ thống hút. Bật máy hút và mở cửa sổ ống hút. Mở khóa ống hút kín. | Hút thử nước muối sinh lý trong cốc đựng và quan sát hoạt động của máy hút  Chú ý: Tay sạch và tay vô khuẩn |
| 11 | Đưa ống hút vào ống NKQ/MKQ | Cầm ống hút qua lớp vỏ bảo vệ, đưa ống hút vào ống NKQ hoặc MKQ cho tới khi có sức cản thì rút ra khoảng 1 cm hoặc NB kích thích. Đối với mở khí quản vào khoảng 3-5cm, đối với đặt nội khí quản vào sâu hơn chiều dài ống nội khí quản khoảng 1 cm hoặc cho đến khi người bệnh ho/không đưa vào được nữa thì ngừng lại. |
| 12 | Tiến hành hút ống NKQ/MKQ | Ấn khóa ống hút kín xuống, rút ống hút từ dưới lên đồng thời xoay nhẹ ống hút, dừng lại ở vị trí nhiều đờm, thời gian không qua 15 giây/lần hút.  Sau 1 chu kỳ hút đờm cho người bệnh nghỉ đến khi SpO2 ổn định |
| 13 | Lặp lại động tác hút đến khi sạch. | Lặp lại động tác hút đến khi sạch đờm. Hút đờm 3 tư thế: ngửa thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu cần). Đánh giá tính chất, màu sắc, số lượng đờm.  Theo dõi ý thức, DHST trong quá trình hút đờm |
| 14 | Tráng ống hút | Bơm 10 ml Natriclorua 0,9%, đồng thời ấn khóa ống hút kín xuống. |
|  | Khóa hệ thống hút, tráng dây hút | Tháo dây hút, đậy nắp ống hút.  Tráng sạch dây máy hút, tắt máy, ngâm đầu dây hút vào chai đựng dung dịch khử khuẩn hoặc bọc vào túi vô khuẩn. |
| 15 | Kiểm tra cuff (bóng chèn) | Cuff đúng chỉ định, đảm bảo cố định chắc chắn. |
| 16 | Vệ sinh mũi miệng. | Lau sạch mũi miệng bằng khăn hoặc giấy ướt |
| 17 | Tắt máy hút. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay. | Sắp xếp gọn gàng và phân loại rác thải đúng |
| 18 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Ghi rõ thời gian hút, màu sắc dịch…. |
| **Lượng giá** | | |
| 19 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

# **BÀI 22: KỸ NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH THỞ Ô XY**

Số tiết: 4

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **\*Kiến thức**   1. Trình bày được nguy cơ thiếu ô xy, các dấu hiệu/ triệu chứng khi người bệnh thiếu ô xy. 2. Trình bày được các hình thức đưa oxy vào cơ thể và nguyên tắc khi cho người bệnh thở ô xy. 3. Phân tích được các nguy cơ tai biến có thể xảy ra khi cho người bệnh thở ô xy.   **\*Kỹ năng**   1. Thực hiện được các kỹ năng cho người bệnh thở ô xy theo đúng quy trình kỹ thuật, an toàn và hiệu quả trên mô hình và người bệnh giả định. 2. Sử dụng kỹ năng giao tiếp, kỹ năng làm việc nhóm để hợp tác hiệu quả với các thành viên trong nhóm chăm sóc khi thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở ô xy trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định.   **\* Năng lực tự chủ và trách nhiệm**   1. Thể hiện được thái độ ân cần, niềm nở và cảm thông với người bệnh khi thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở ô xy trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định. 2. Tự chủ/chủ động trong học tập, tìm kiếm thông tin, nghiên cứu tài liệu liên quan để thực hiện có hiệu quả khi thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở ô xy trên người bệnh giả định/mô hình trong tình huống giả định. |

**NỘI DUNG**

**1. Giới thiệu**

Tỷ lệ các khí trên trong không khí phù hợp với nhu cầu sống hàng ngày của con người. Tuy nhiên trong một số trường hợp, do nhiều nguyên nhân khác nhau, bệnh nhân có thể lâm vào tình trạng thiếu oxy. Thiếu oxy sẽ gây tổn thương các mô của cơ thể nhất là các mô có vai trò quan trọng cho sự sống như tế bào não... Vì vậy, việc sử dụng liệu pháp oxy trong những trường hợp nói trên là hết sức cần thiết.

Thành phần không khí ở điều kiện bình thường (áp suất 760mmHg), gồm có các chất khí sau: - Khí oxy chiếm: 20,95%.

- Khí cacbonic chiếm: 0,03%.

- Khí nitơ chiếm: 79,02%.

Liệu pháp oxy là biện pháp cung cấp khí thở cho người bệnh có nồng độ oxy lớn hơn 21% trong những trường hợp người bệnh cần hỗ trợ oxy.

**2. Kiến thức liên quan đến kỹ năng**

**2.1. Nguy cơ gây thiếu oxy**

***2.1.1. Thiếu oxy do thiếu nguồn cung cấp oxy***

* Môi trường: ô nhiễm, không khí loãng, áp suất khí quyển cao...
* Giảm thông khí phế nang:

+ Các chướng ngại đường hô hấp

+ Hạn chế hoạt động của lồng ngực

* Cản trở sự khuếch tán khí ở vách phế nang: phù phổi, xung huyết, xơ hoá phổi…

***2.1.2. Thiếu oxy do nguyên nhân tuần hoàn***

* Do giảm thể tích tuần hoàn: mất máu, hậu phẫu...
* Do giảm lưu lượng tim: suy tim, thông liên nhĩ, thông liên thất
* Do ứ trệ tuần hoàn: nguyên nhân do ứ trệ tĩnh mạch, tắc động mạch

***2.1.3. Thiếu oxy do rối loạn huyết sắc tố (Hb)***

* Do thiếu máu, bệnh hồng cầu hình lưỡi liềm
* Do nhiễm độc các chất làm Hb mất khả năng vận chuyển oxy

***2.1.4. Thiếu oxy do suy giảm chức năng hệ thần kinh tham gia quá trình hô hấp:*** viêm não, chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, hôn mê…

***2.1.5. Thiếu oxy do tổ chức***

- Do tăng nhu cầu oxy của tổ chức

- Do nhiễm độc tế bào

**2.2. Dấu hiệu/ triệu chứng thiếu ôxy**

Có thể có một hoặc một số dấu hiệu/triệu chứng sau đây:

* Người bệnh kêu khó thở: thở nhanh nông, cánh mũi phập phồng, co kéo cơ hô hấp, rút lõm lồng ngực. Người bệnh thường ngồi dậy để thở.
* Người bệnh biểu hiện lo âu, hốt hoảng, bồn chồn.
* Vật vã kích thích.
* Giảm thị lực.
* Giảm trí nhớ, có thể lẫn lộn.
* Giảm trương lực và sự phối hợp của cơ.
* Trong giai đoạn đầu huyết áp, mạch, nhịp thở tăng vì tim đập tăng lên để đáp ứng nhu cầu oxy của cơ thể.
* Trong giai đoạn muộn người bệnh có biểu hiện tím tái, thở dốc, co kéo các cơ hô hấp, huyết áp và mạch giảm, mất khả năng vận động đi lại.
* Cận lâm sàng: phân tích khí trong máu động mạch thấy áp lực riêng phần oxy (PaO2) giảm, áp lực riêng phần CO2 (PaCO2) tăng.

**2.3**. **Các hình thức đưa oxy vào cơ thể**

***2.3.1. Ống thông mũi hầu***

- Ống thông mũi hấu dùng 1 lần hoặc ống thông Nelaton vô khuẩn cỡ số thích hợp

- Thở ô xy qua ống thông mũi hầu với lưu lượng oxy từ 1 – 5 lít/phút, có thể đạt nồng độ oxy trong khí thở từ 22 - 30%.

- Ưu điểm: rẻ tiền và dùng một lần.

- Nhược điểm: gây ra tình trạng khó chịu cho người bệnh khi dùng, có thể dính vào hốc mũi và làm khô miệng hầu. Liệu pháp này còn tốn nhiều thời gian.

***2.3.2. Oxy kính mũi (canuyn)***

- Thở ô xy qua canuyn với lưu lượng oxy từ 1 – 6 lít/phút, có thể đạt nồng độ oxy trong khí thở từ 24 - 45%.

* Ưu điểm: tương đối thoải mái và dễ sử dụng, kinh tế (tương đối rẻ).
* Nhược điểm: do dễ làm khô niêm mạc nên lưu lượng thường không quá 6 lít/phút (1 bộ làm ẩm qua các bọt nước có thể được thêm vào để giúp phòng khô niêm mạc mũi).

***2.3.3. Mặt nạ (mask)***

* Mặt nạ là một dụng cụ phủ kín miệng và mũi bệnh nhân và được dùng để cho người bệnh thở oxy trong những trường hợp khẩn cấp hoặc khi bệnh nhân có tổn thương mũi, hầu. Có thể sử dụng mặt nạ hít lại một phần hoặc mặt nạ không hít lại.
* Phương pháp thở ô xy qua mặt nạ với lưu lượng oxy từ 8 – 12 lít/ phút, có thể đạt nồng độ oxy trong khí thở từ 35 - 60%
* Ưu điểm: thoải mái, dễ dùng và kinh tế (tương đối rẻ), có thể cung cấp một nồng độ oxy cao.
* Nhược điểm là nguy cơ sặc nếu bệnh nhân nôn vào mặt nạ; không nên áp dụng trong các trường hợp sau: bệnh hô hấp, tuần hoàn gây khó thở tím tái kinh niên, hen phế quản, lao xơ lan rộng.

***2.3.4. Lều oxy (ít sử dụng, chỉ sử dụng cho trẻ sơ sinh)***

* Lều oxy là dụng cụ khá phổ biến để cung cấp oxy cho người bệnh, việc dùng thiết bị này đã tăng dần, được dùng như là lều khí.
* Ưu điểm: cung cấp FiO2 chính xác và độ ẩm cao.
* Nhược điểm: thiết bị cồng kềnh, vướng, khó chịu và làm người bệnh không thoải mái.

***2.3.5. Thở oxy qua ống nội khí quản hay mở khí quản***

* Đối với thông khí nhân tạo, oxy cung cấp cần phải luôn luôn được làm ẩm vì không đi qua đường thở thông thường là miệng và mũi. Hai dụng cụ được sử dụng để cung cấp oxy ẩm là ống chữ T hoặc vòng cổ trong mở thông khí quản.
* Ống chữ T là một thiết bị hình chữ T có một nhánh nối nguồn cung cấp oxy với đường thông khí nhân tạo (nội khí quản hoặc mở thông khí quản).
* Vòng cổ trong mở thông khí quản là một loại thiết bị có mặt cong với quai có thể điều chỉnh cho phù hợp với cổ người bệnh. Có hai lỗ: một lỗ luôn luôn mở ở phía người bệnh để thoát khi và một lỗ nối với nguồn oxy.

**2.4.** **Nguyên tắc khi cho người bệnh thở oxy**

***2.4.1. Sử dụng đúng liều lượng:*** Sử dụng lưu lượng oxy theo chỉ định và phương pháp thích hợp, vì lượng oxy vừa đủ thì có tác dụng cứu sống người bệnh, nhưng lượng oxy quá nhiều thì có thể đe dọa tính mạng của bệnh nhân.

***2.4.2. Phòng tránh nhiễm khuẩn***

* Dụng cụ vô khuẩn.
* Luôn giữ ống thông khô (tránh tắc ống).
* Thay ống thông và đổi bên lỗ mũi 8 giờ/1ần hoặc mỗi ca làm việc (khi thời gian thở oxy kéo dài đối với ống thông mũi hầu).
* Vệ sinh miệng cho người bệnh 3-4 giờ/1ần.
* Thay chai nước làm ẩm oxy mỗi 24 giờ.

***2.4.3. Phòng tránh khô niêm mạc đường hô hấp***

* Thực hiện tốt làm ẩm oxy bằng nước cất vô khuẩn; lượng nước trong bình làm ẩm ở mức 1/2 đến 2/3 tương đương 80-90% độ ẩm oxy.
* Hướng dẫn người bệnh thường xuyên uống nước (trẻ nhỏ cho bú mẹ); mỗi lần ít một chia nhiều lần.

***2.4.4. Phòng chống cháy nổ***

* Hệ thống oxy cách nơi có lửa 3-4m
* Cấm mọi nguồn điện, mạch điện hở nơi có oxy. Ở khu vực có bình chứa oxy phải treo biển “Cấm lửa” hoặc “Cấm hút thuốc lá”.
* Nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh làm tốt công tác phòng chống cháy nổ.
* Bình chứa oxy được để nơi khô ráo sạch sẽ, nếu cần vận chuyển thì phải dùng xe đẩy riêng và di chuyển nhẹ nhàng.

**2.5. Hạn chế của oxy liệu pháp**

- Ít hiệu quả ở người bệnh thiếu oxy do thiếu máu và suy tuần hoàn.

- Ôxy liệu pháp không thay thế được thông khí nhân tạo trong trường hợp có chỉ định thông khí nhân tạo.

**2.6. Các nguy cơ tai biến khi cho người bệnh thở oxy**

* Viêm loét mũi do khô hoặc xây xước hoặc nhiễm trùng niêm mạc mũi.
* Nhiễm trùng đường hô hấp do để ống lâu không được thay, không chăm sóc vệ sinh mũi.
* Chướng bụng (trường hợp thở oxy bằng ống thông mũi hầu, đặt nhầm vào thực quản).
* Vỡ phế nang do tốc độ oxy quá cao trong trường hợp người bệnh thở máy.
* Ngộ độc oxy (liên quan tới nồng độ và thời gian thở oxy): thở oxy với nồng độ càng cao (> 60%), thời gian càng lâu thì càng dễ sớm ngộ độc oxy.
* Dấu hiệu và triệu chứng ngộ độc oxy: ho, đau dưới xương ức, buồn nôn và nôn.
* Ngộ độc oxy có thể gây ra:
* Xẹp phổi: khi thở oxy với nồng độ quá cao, khí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra và có thể gây xẹp phế nang dẫn đến xẹp phổi.
* Bệnh lý võng mạc ở trẻ sơ sinh non tháng: trẻ sơ sinh non tháng khi cho thở oxy cao áp với áp lực riêng phần của oxy máu động mạch (Pa02 > 100 mmHg), động mạch võng mạc sẽ co lại gây thiếu máu võng mạc, tổn thương võng mạc, xơ hoá, có thể bong võng mạc và mù. Do đó, khi cho trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ sơ sinh non tháng thở oxy cao áp nên để Pa02 > 50mmHg nhưng không quá 80-90mmHg trong một thời gian ngắn theo chỉ định của bác sĩ.
* Giảm thông khí: tình trạng này có thể xảy ra ở người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, đối tượng có tăng CO2 mạn tính, chính thiếu oxy là động lực thúc đẩy người bệnh tự thở, do đó nếu làm tăng oxy ở những người bệnh này sẽ làm mất đi yếu tố này và người bệnh thở chậm và yếu.
* Ức chế trung tâm hô hấp do dùng oxy nồng độ cao từ 80→100% kéo dài nhiều ngày làm giảm PaCO2 trong cơ thể (dưới 30mmHg), không đủ để kích thích trung tâm hô hấp hoạt động.

1. **Quy trình kỹ thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| -Tầng 1:  +Ống trụ cắm panh: 1 pank có mấu, 1 pank không mấu  + Dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Clincare)  +Bộ dụng cụ cho người bệnh thở oxy: Ống thông mũi hầu (Nelaton) hoặc ống thông gọng kính hoặc mặt nạ thở oxy; Ống nối (nếu cần)  + Tăm bông, cốc đựng tăm bông  + Cốc đựng nước muối NaCL 0,9%  + Dung dịch NaCL 0,9%  Tầng 2:  + Găng tay sạch  + Giấy ướt/ khăn ăn  + Gạc không bông vô khuẩn  + Hồ sơ điều dưỡng.  + Băng dính, kéo  - Tầng 3: Thùng đựng rác mã màu theo quy định.  **Dụng cụ khác**  - Hệ thống và bình oxy/ máy tạo ôxy  - Hệ thống máy theo dõi DHST, SpO2 | | |
| thở oxy 1  Hình 33.1. Gọng kính thở oxy | thở oxy 2  Hình 33.2. Mask thở oxy | thở oxy 3  Hình 33.3. Mask thở oxy |

* 1. **Cho người bệnh thở ô xy bằng ống nelaton**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định** |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/ hôn mê  -Da, niêm mạc xanh tái, móng tay  - DHST và nồng độ oxy trong máu |
| 3 | Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Người bệnh/người nhà phối hợp tốt với điều dưỡng trong và sau khi thực hiện kỹ thuật |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thở ô xy bằng ống thông nelaton đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp đúng và đủ. Cắt băng dính đánh dấu |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Người lớn nằm đầu cao hoặc tư thế Fowler/ trẻ sơ sinh nằm ngửa cổ tối đa, kê gối dưới vai |
| 8 | Nới rộng quần áo, vệ sinh hai lỗ mũi nhẹ nhàng (hút đờm rãi nếu cần). | Các cơ tham gia vào quá trình hô hấp không bị cản trở, giúp người bệnh dễ thở: cơ hoành, cơ gian sườn, …. Đường thở thông thoáng |
| 9 | Lắp đặt và kiểm tra hệ thống oxy | Gắn bình làm ẩm, dây dẫn và ống thông vào hệ thống oxy. Bình làm ẩm được đổ nước đúng vạch và được lắp chắc chắn. Mở khoá bình oxy, kiểm tra bằng cách cho ống thông vào cốc nước thấy sủi bọt là hệ thống thông suốt. Khóa lại  oxy1  Hình 33.4a. Gắn ống thông vào hệ thống oxy |
| 10 | Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai | Không được chạm ống trên người bệnh, đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai, đánh dấu vị trí đo bằng băng dính.  Tho-oxy  Hình 33.6. Xác định chính xác độ dài của ống cần đưa vào. |
| 11 | Mở oxy với áp lực nhẹ, điều chỉnh liều lượng oxy theo y lệnh | Mở khóa, điều chỉnh lưu lượng ô xy đúng y lệnh và phù hợp với nhu cầu oxy của người bệnh.  ox2  Hình 33.5. Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh |
| 12 | Đưa ống thông vào mũi và kiểm tra ống thông đúng vị trí. | Nhẹ nhàng đưa ống thông vào mũi đến vị trí đánh dấu. Dùng đè lưỡi kiểm tra ống thông vùng hầu họng. |
| 13 | Cố định ống bằng băng dính | Băng dính được cố định tại đỉnh mũi. Ống thông không bị tuột |
| 14 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Theo dõi người bệnh trong quá trình thở ôxy | Tư thế nằm đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi phù hợp. Người bệnh được theo dõi nồng độ ô xy trong máu trong suốt quá trình thở oxy. |
| 15 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | Theo đúng 6 bước theo quy trình |
| 16 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Thời gian thực hiện, liều lượng oxy, tình trạng người bệnh, phản ứng của người bệnh (nếu có). |
| **\*Rút ống** | | |
| 18 | Rút ống, khoá hệ thống oxy | Dùng gạc rút ống (theo y lệnh của bác sỹ), vệ sinh mũi cho người bệnh |
| 19 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng 6 bước theo quy trình |
| 20 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Thời gian thực hiện, liều lượng oxy, tình trạng người bệnh, phản ứng của người bệnh (nếu có). |
| **Lượng giá** | | |
| 21 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

**3.2. Cho người bệnh thở ô xy qua mặt nạ /mask**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định** |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/ hôn mê  -Da, niêm mạc xanh tái, móng tay  - DHST và chỉ số SpO2 |
| 3 | Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Người bệnh/người nhà phối hợp tốt với điều dưỡng trong và sau khi thực hiện kỹ thuật |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thở ô xy bằng mặt nạ mask đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp đúng và đủ. |
| 7 | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Người lớn nằm đầu cao hoặc tư thế Fowler/ trẻ sơ sinh nằm ngửa cổ tối đa, kê gối dưới vai |
| 8 | Nới rộng quần áo, vệ sinh hai lỗ mũi nhẹ nhàng (hút đờm rãi nếu cần). | Các cơ tham gia vào quá trình hô hấp không bị cản trở, giúp người bệnh dễ thở: cơ hoành, cơ gian sườn, ….  Đường thở thông thoáng |
| 9 | Lắp đặt và kiểm tra hệ thống oxy | Gắn bình làm ẩm, đầu dây dẫn vào hệ thống oxy. Bình làm ẩm được đổ nước đúng vạch và được lắp chắc chắn. Mở khoá bình oxy, kiểm tra bằng cách cho úp mask vào mu bàn tay hoặc mang tai để kiểm tra hệ thống đã có oxy.  Description: Related image  Hình 33.4b. Gắn ống thông vào hệ thống oxy |
| 10 | Điều chỉnh liều lượng oxy theo y lệnh | Đúng chỉ định |
| 11 | Đặt mặt nạ lên mũi – miệng người bệnh. | Áp sát mặt nạ lên mũi - miệng người bệnh, góc mũi ấn phần kim loại sát, mặt nạ ôm khít cằm. |
| 12 | Lót gạc vào vùng tỳ đè.Description: ox9  Hình 33.8. Lót gạc - Tránh sự chèn ép của mask | Gạc lót vào vùng dây mặt nạ tỳ đè (tai, gò má) gạc lót không bị xê dịch, không bị rơi ra ngoài. |
| 13 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Theo dõi người bệnh trong quá trình thở ôxy | Tư thế nằm đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi phù hợp. Người bệnh được theo dõi nồng độ ô xy trong máu trong suốt quá trình thở oxy. |
| 14 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | Theo đúng 6 bước theo quy trình |
| 15 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Thời gian thực hiện, liều lượng oxy, tình trạng người bệnh, phản ứng của người bệnh. |
| **\*Rút ống** | | |
| 16 | Tháo mặt nạ, khoá hệ thống oxy | Dùng gạc tháo mask vệ sinh mũi cho người bệnh |
| 17 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng 6 bước theo quy trình |
| 18 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Thời gian thực hiện, liều lượng oxy, tình trạng người bệnh, phản ứng của người bệnh. |
| **Lượng giá** | | |
| 19 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

* 1. **Cho người bệnh thở ô xy bằng canuyn mũi (gọng kính)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Các bước tiến hành** | **Tiêu chuẩn phải đạt** |
|  | **Nhận định** |  |
| 1 | Chào hỏi người bệnh  Xác định đúng người bệnh | Giới thiệu bản thân điều dưỡng  Hỏi họ tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ và đối chiếu với vòng định danh (nếu có) với hồ sơ bệnh án. |
| 2 | Nhận định toàn trạng người bệnh | -Tỉnh/ hôn mê  -Da, niêm mạc xanh tái, móng tay  - DHST và chỉ số SpO2 |
| 3 | Sự hợp tác của người bệnh/người nhà | Người bệnh/người nhà phối hợp tốt với điều dưỡng trong và sau khi thực hiện kỹ thuật |
| **Lập kế hoạch** | | |
| 4 | Đưa ra những yêu cầu phù hợp với tình trạng người bệnh để tiến hành quy trình thở ô xy bằng gọng kính đạt an toàn và hiệu quả | |
| **Thực hiện** | | |
| 5 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng quy trình 6 bước |
| 6 | Chuẩn bị dụng cụ | Dụng cụ được sắp xếp đúng và đủ. |
| **7** | Chuẩn bị người bệnh | - Giải thích, động viên cho người bệnh/người nhà người bệnh  - Người lớn nằm đầu cao hoặc tư thế Fowler/ trẻ sơ sinh nằm ngửa cổ tối đa, kê gối dưới vai |
| 8 | Nới rộng quần áo, vệ sinh hai lỗ mũi nhẹ nhàng (hút đờm rãi nếu cần). | Các cơ tham gia vào quá trình hô hấp không bị cản trở, giúp người bệnh dễ thở: cơ hoành, cơ gian sườn, ….  Đường thở thông thoáng |
| 9 | Lắp đặt và kiểm tra hệ thống oxy  Description: ox3  Hình 33.9. Kiểm tra sự thông khí của hệ thống | Gắn bình làm ẩm, đầu dây dẫn vào hệ thống oxy. Bình làm ẩm được đổ nước đúng vạch và được lắp chắc chắn. Gắn đầu ngoài của canuyn vào hệ thống oxy. Mở khoá bình oxy, kiểm tra bằng cách cho đầu còn lại của canuyn úp vào mu bàn tay để kiểm tra hệ thống đã có oxy. |
| 10 | Mở oxy với áp lực nhẹ, điều chỉnh lưu lượng ôxy theo y lệnh | Đúng chỉ định |
| 11 | Nhẹ nhàng đưa canuyn vào 2 lỗ mũi người bệnh | Vòng dây sang hai tai bệnh nhân, gọng kính đưa vào lỗ mũi |
| **12** | Lót gạc vào vùng tỳ đè. | Gạc được lót vào vùng tỳ đè: gò má, thái dương. |
| 13 | Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Theo dõi người bệnh trong quá trình thở ôxy | Tư thế nằm đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi phù hợp. Người bệnh được theo dõi nồng độ ô xy trong máu trong suốt quá trình thở oxy. |
| 14 | Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay thường quy | Theo đúng 6 bước theo quy trình |
| 15 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Thời gian thực hiện, liều lượng oxy, tình trạng người bệnh, phản ứng của người bệnh. |
| **\*Rút ống** | | |
| 16 | Tháo gọng kính, khoá hệ thống oxy | Dùng gạc dây, vệ sinh mũi cho người bệnh |
| 17 | Vệ sinh tay thường quy | Theo đúng 6 bước theo quy trình |
| 18 | Ghi hồ sơ chăm sóc | Thời gian thực hiện, liều lượng oxy, tình trạng người bệnh, phản ứng của người bệnh. |
| **Lượng giá** | | |
| 20 | Sinh viên lượng giá đúng kết quả đã thực hiện trên người bệnh | |

MỤC LỤC

[**BÀI 1: BIỂU MẪU THEO DÕI, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VÀ NGUYÊN TẮC GHI CHÉP** 1](#_Toc113774740)

[**BÀI 2: CHĂM SÓC TÓC VÀ DA ĐẦU** 16](#_Toc113774741)

[**BÀI 3: CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH** 20](#_Toc113774743)

[**BÀI 4: KỸ NĂNG HỖ TRỢ VỆ SINH DA** 25](#_Toc113774744)

[**BÀI 5: KỸ NĂNG TRẢI GIƯỜNG, THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG** 30](#_Toc113774745)

[**BÀI 6: KỸ NĂNG HỖ TRỢ TƯ THẾ, VẬN ĐỘNG VÀ** 37](#_Toc113774746)

[**DI CHUYỂN NGƯỜI BỆNH** 37](#_Toc113774747)

[**BÀI 7: KỸ NĂNG CHƯỜM** 54](#_Toc113774748)

[**BÀI 8: KỸ NĂNG ĐO VÀ ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN** 65](#_Toc113774749)

[**BÀI 9: KỸ NĂNG BĂNG VẾT THƯƠNG** 90](#_Toc113774750)

[**BÀI 12: KỸ NĂNG THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG** 102](#_Toc113774751)

[**BÀI 11: CẤP CỨU NẠN NHÂN NGỪNG HÔ HẤP, NGỪNG TUẦN HOÀN** 117](#_Toc113774752)

[**BÀI 12: KỸ NĂNG DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ** 126](#_Toc113774753)

[**BÀI 13: KỸ NĂNG DÙNG THUỐC QUA DA** 135](#_Toc113774754)

[**BÀI 15: KỸ NĂNG DÙNG THUỐC QUA NIÊM MẠC** 148](#_Toc113774755)

[**BÀI 16: KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA** 166](#_Toc113774756)

[**BÀI 17: KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA** 177](#_Toc113774757)

[**BÀI 18: KỸ THUẬT TIÊM BẮP** 183](#_Toc113774758)

[**BÀI 19: KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH** 188](#_Toc113774759)

[**BÀI 20: KỸ NĂNG LẤY BỆNH PHẨM XÉT NGHIỆM** 197](#_Toc113774760)

[**KỸ NĂNG HỖ TRỢ HÔ HẤP** 215](#_Toc113774761)

[**BÀI 21: KỸ NĂNG HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP** 215](#_Toc113774762)

[**BÀI 22: KỸ NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH THỞ Ô XY** 225](#_Toc113774763)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**Tiếng Việt**

* 1. Bộ Y Tế (2011), Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, tập 1. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
  2. Bộ Y Tế (2011), Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, tập 2. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
  3. Bộ Y Tế (2012), Kỹ năng thực hành điều dưỡng, Nhà xuất bản Y học.
  4. Bộ Y Tế (2012), Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam, 1352 /QĐ-BYT ngày 21 tháng 4 năm 2012.
  5. Bộ Y Tế (2015), Điều dưỡng Hồi sức cấp cứu, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
  6. Bộ Y Tế (2016), Điều dưỡng cơ bản II, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
  7. Bộ Y Tế (2016), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành thận tiết niệu, Nhà xuất bản y học
  8. Bộ Y Tế (2014 ), “Hƣớng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức- Cấp cứu và Chống độc, Nhà xuất bản y học
  9. Bộ Y Tế (2014 ), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học.
  10. GS. Vũ Văn Đính và cộng sự (2012), Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản Y học.
  11. Trần Thị Thuận (2008), Điều dưỡng cơ bản I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
  12. Trần Thị Thuận (2008), Điều dưỡng cơ bản II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
  13. Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (2014), Điều dưỡng cơ bản 2, Nhà xuất bản Y Học.

**Tiếng Anh**

* 1. Guidelines, 2015, CPR & ECC, American Heart Association.
  2. Potter & Perry (2009), Fundamentals of Nursing. Mosby Elsevier.