

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN II

SÁCH ĐÀO TẠO CỬ NHÂN ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: Đ.34.Z.02

Chủ biên: ThS. ĐD. TRẦN THỊ THUẬN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2007

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ Khoa học & Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

ThS. ĐD. Trần Thị Thuận

THAM GIA BIÊN SOẠN:

ThS. ĐD. Trần Thị Thuận

ThS. Đoàn Thị Anh Lê

CNDD. Phạm Thị Yến

ThS. ĐD. Nguyễn Thị Sương

ThS. ĐD. Lương Văn Hoan

CNDD. Trần Thị Sanh

CNDD. Huỳnh Trương Lệ Hồng

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO:

ThS. Phí Văn Tâm

TS. Nguyễn Mạnh Pha

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo cử nhân điều dưỡng. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn học chuyên môn, cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ tài liệu dạy – học chuẩn về chuyên môn để đảm bảo chất lượng đào tạo nhân lực y tế.

Sách “*Điều dưỡng cơ bản II*” được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục đại học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt với phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách “*Điều dưỡng cơ bản II*” đã được biên soạn bởi các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết của bộ môn Điều dưỡng Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Sách “*Điều dưỡng cơ bản II*” đã được hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học chuyên ngành cử nhân điều dưỡng của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2007. Bộ Y tế ban hành là tài liệu dạy – học đạt chuẩn chuyên môn của ngành y tế trong giai đoạn hiện nay. Trong quá trình sử dụng, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các Nhà giáo, các chuyên gia của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách, cảm ơn ThS. Lê Thị Bình, ThS. Phạm Đức Mục đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế. Vì là lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

**VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ**

LỜI NÓI ĐẦU

Điều dưỡng cơ bản gồm những kiến thức, kỹ năng cơ bản là nền tảng liên quan đến các quá trình chăm sóc người bệnh cũng như người khoẻ mạnh và ứng dụng, phát triển trong việc chăm sóc điều dưỡng chuyên biệt như chăm sóc nội khoa, chăm sóc ngoại khoa, chăm sóc nhi khoa.

Tài liệu này được biên soạn gồm các chủ đề nội dung bám sát mục tiêu môn Điều dưỡng cơ bản của chương trình đào tạo Cử nhân điều dưỡng do Bộ Y tế và Bộ Giáo dục đào tạo ban hành, sách được phân làm 2 quyển điều dưỡng cơ bản I gồm 4 chương và điều dưỡng cơ bản II gồm 3 chương. Chương I nêu các vấn đề cơ sở chung về nghề nghiệp của điều dưỡng. Chương II gồm những nội dung để phát triển thực hành điều dưỡng. Chương III nêu các vấn đề khoa học cơ bản liên quan trong thực hành điều dưỡng. Chương IV gồm những vấn đề cần đáp ứng nhu cầu cơ bản trong sinh hoạt hằng ngày của con người, đặc biệt là việc chăm sóc vệ sinh tại giường cho người bệnh. Chương V, VI, VII bao gồm những kiến thức và kỹ năng cơ bản nhằm phục vụ cho việc chăm sóc điều trị, điều dưỡng như chăm sóc tiêu hoá và bài tiết, chăm sóc vết thương, băng bó và việc dùng thuốc cho người bệnh.

Với cách trình bày tuân thủ theo yêu cầu chung của Bộ Y tế về sách giáo khoa, việc phân nhóm nội dung dựa theo các tài liệu điều dưỡng cơ bản hiện hành của các nước phát triển. Tài liệu được biên soạn do nhóm Giảng viên Bộ môn điều dưỡng, khoa điều dưỡng – Kỹ thuật, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Sách dùng làm tài liệu cho sinh viên cử nhân điều dưỡng và các sinh viên Y học cần tham khảo môn điều dưỡng cơ sở.

Trong quá trình biên soạn, mặc dù với nhiều cố gắng nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi các thiếu sót, chúng tôi mong muốn nhận được sự đóng góp của quý đồng nghiệp và quý bạn đọc.

ThS. ĐD. Trần Thị Thuận

Trưởng Bộ môn điều dưỡng

Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
Chương V: Chăm sóc tiêu hoá – bài tiết	9
<i>Bài 35. Nhu cầu về dinh dưỡng – khẩu phần ăn – điều dưỡng các rối loạn về chức năng tiêu hóa</i>	<i>9</i>
<i>Bài 36. Kỹ thuật giúp người bệnh ăn</i>	<i>31</i>
<i>Bài 37. Các phương pháp đưa thức ăn vào cơ thể người bệnh</i>	<i>34</i>
<i>Bài 38. Kỹ thuật cho ăn bằng ống</i>	<i>39</i>
<i>Bài 39. Dinh dưỡng trong điều trị</i>	<i>48</i>
<i>Bài 40. Hút dịch vị – tá tràng</i>	<i>55</i>
<i>Bài 41. Kỹ thuật rửa dạ dày</i>	<i>72</i>
<i>Bài 42. Quản lý người bệnh thụt tháo</i>	<i>82</i>
<i>Bài 43. Kỹ thuật thụt tháo</i>	<i>90</i>
<i>Bài 44. Chăm sóc người bệnh thông tiểu – dẫn lưu nước tiểu</i>	<i>98</i>
<i>Bài 45. Kỹ thuật thông tiểu thường</i>	<i>110</i>
<i>Bài 46. Kỹ thuật thông tiểu liên tục</i>	<i>116</i>
<i>Bài 47. Kỹ thuật rửa bàng quang</i>	<i>127</i>
<i>Bài 48. Theo dõi và đo lượng dịch vào ra</i>	<i>141</i>
Chương VI: Chăm sóc vết thương băng cuộn	144
<i>Bài 49. Chăm sóc vết thương</i>	<i>144</i>
<i>Bài 50. Kỹ thuật thay băng vết thương thường</i>	<i>178</i>
<i>Bài 51. Cắt chỉ vết khâu</i>	<i>183</i>
<i>Bài 52. Băng cuộn</i>	<i>188</i>

Chương VII: Điều trị – điều dưỡng	198
Bài 53. Chuẩn bị bệnh nhân làm xét nghiệm cận lâm sàng	198
Bài 54. Kỹ thuật lấy máu để thử xét nghiệm	210
Bài 55. Kỹ thuật kéo máu trên phiến kính	214
Bài 56. Kỹ thuật lấy đờm, phân, mủ để thử nghiệm	217
Bài 57. Kỹ thuật lấy nước tiểu để thử xét nghiệm	222
Bài 58. Chườm nóng – chườm lạnh	226
Bài 59. Kỹ thuật chườm nóng – chườm lạnh	229
Bài 60. Oxy trị liệu	239
Bài 61. Kỹ thuật cho thở dưỡng khí	250
Bài 62. Kỹ thuật sử dụng lồng dưỡng khí	260
Bài 63. Hút đờm nhớt	263
Bài 64. Những nguyên tắc dùng thuốc	274
Bài 65. Cho người bệnh uống thuốc	293
Bài 66. Kỹ thuật tiêm thuốc	298
Bài 67. Quản lý liệu pháp dùng thuốc qua lòng mạch	316
Bài 68. Kỹ thuật tiêm truyền dung dịch	335
Bài 69. Quản lý người bệnh truyền máu	342
Bài 70. Kỹ thuật truyền máu	357
Tài liệu tham khảo	366

Chương V

CHĂM SÓC TIÊU HOÁ VÀ BÀI TIẾT

Bài 35

NHU CẦU VỀ DINH DƯỠNG – KHẨU PHẦN ĂN – ĐIỀU DƯỠNG CÁC RỐI LOẠN VỀ CHỨC NĂNG TIÊU HOÁ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nhu cầu dinh dưỡng của con người về chất lượng và vai trò, tác dụng của các chất sử dụng làm thức ăn.
2. Tính được khẩu phần ăn hàng ngày cho một người.
3. Kể được những yêu cầu giúp ăn ngon miệng.
4. Kể được các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng tiêu hoá.
5. Kể được các rối loạn về tiêu hoá thường gặp.
6. Trình bày kế hoạch chăm sóc người bệnh có rối loạn về chức năng tiêu hóa.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong cơ thể con người có 2 quá trình trái ngược nhau, luôn luôn gắn bó và kết hợp chặt chẽ với nhau: đó là quá trình đồng hóa và dị hóa.

1.1. Quá trình đồng hóa

Bao gồm các phản ứng chuyển các phân tử hữu cơ có trong thức ăn (glucid, protid, lipid) thuộc các nguồn gốc khác nhau (động vật và thực vật) thành chất hữu cơ đặc hiệu của cơ thể để tham gia vào sự tạo hình, tăng trưởng và dự trữ cho cơ thể. Muốn thực hiện phản ứng này cần năng lượng.

1.2. Quá trình dị hóa

Bao gồm các phản ứng thoái hóa của các chất hữu cơ thành những sản phẩm trung gian, thải những chất cặn bã (CO_2 , H_2O , ure...) mà cơ thể không cần nữa thải ra ngoài, phản ứng này tạo ra năng lượng dưới dạng nhiệt. Năng lượng dùng cho phản ứng tổng hợp và các phản ứng khác của cơ thể (co cơ, hấp thu, bài tiết...).

- Ở trẻ nhỏ quá trình đồng hóa mạnh hơn quá trình dị hóa: nếu dinh dưỡng đầy đủ cơ thể lớn và trọng lượng tăng.
- Ở tuổi trưởng thành: nếu ăn uống quá mức trọng lượng tăng, chất dư thừa được dự trữ trong cơ thể dưới dạng mỡ, đường.
- Ở người bệnh quá trình dị hóa tăng (do tiêu hao năng lượng, do sốt, hủy hoại mô), nếu dinh dưỡng không đủ cơ thể sẽ sử dụng protid, glucid để tạo ra năng lượng, người bệnh sụt cân và khả năng chống lại bệnh tật kém.
- Do đó dinh dưỡng rất cần thiết cho cơ thể. Vậy dinh dưỡng là cung cấp cho cơ thể những thực phẩm cần thiết cho sự sống. Thực phẩm phải đáp ứng 3 chức năng là cung cấp:
 - + Nguyên liệu tạo năng lượng trong quá trình dị hóa.
 - + Nguyên liệu để xây dựng và bảo tồn mô.
 - + Những chất cần thiết để điều hòa quá trình sinh hóa trong cơ thể.

Thực phẩm chúng ta ăn hàng ngày gồm có 5 loại dưỡng chất: đường, đạm, mỡ, vitamin và khoáng chất. Đường, đạm, mỡ là 3 chất sinh năng lượng hay còn gọi là chất hữu cơ. Sinh tố, chất khoáng và nước là những chất không sinh năng lượng (chất vô cơ).

Nhu cầu dinh dưỡng bao gồm nhu cầu về năng lượng và nhu cầu về chất:

- Nhu cầu năng lượng hàng ngày bao gồm nhu cầu năng lượng cho chuyển hóa cơ bản và nhu cầu năng lượng cần thiết cho những hoạt động của cơ thể. Nhu cầu năng lượng hàng ngày tùy thuộc vào từng người, từng giai đoạn phát triển và tùy theo mức độ lao động của mỗi người.
- Nhu cầu về chất bao gồm:
 - + Protein, lipid, glucid.
 - + Vitamin: tan trong nước và tan trong dầu.
 - + Khoáng chất: Fe, Ca, Mg, K, P...
 - + Nước, chất xơ.
- Khẩu phần là lượng thực phẩm cần dùng cho một người trong 24 giờ để đảm bảo nhu cầu về năng lượng và vật chất cho cơ thể. Nhu cầu dư trong khẩu phần không thể xác định một cách tuyệt đối mà nó tùy thuộc vào đối tượng, sức lao động, tình trạng và sức khỏe.

Cần có tỷ lệ cân đối giữa chất đạm, đường, mỡ, vitamin và khoáng chất trong khẩu phần ăn.

2. NHU CẦU DINH DƯỠNG

2.1. Nhu cầu về năng lượng

Nhu cầu năng lượng gồm có đáp ứng nhu cầu năng lượng cho chuyển hóa cơ bản và cung cấp năng lượng cho những hoạt động của cơ thể. Năng lượng cho

chuyển hóa cơ bản là năng lượng cần thiết để duy trì sự sống. Năng lượng cho hoạt động của cơ thể tùy theo loại hoạt động của mỗi người.

Để duy trì hoạt động sống bình thường và lao động, cơ thể cần được cung cấp thường xuyên năng lượng, năng lượng được cung cấp do quá trình dị hóa trong cơ thể và chủ yếu thức ăn là nguồn bổ sung năng lượng tiêu hao chính. Năng lượng tiêu hao hàng ngày bao gồm:

2.1.1. Năng lượng cần cho sự chuyển hóa cơ bản

a. Định nghĩa

Năng lượng cần cho sự chuyển hóa cơ bản là năng lượng cần thiết để duy trì sự sống (trong điều kiện nghỉ ngơi, nhịn đói, nhiệt độ 18–20°C) cho các hoạt động sinh lý cơ bản như: tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, hoạt động các tuyến, duy trì thân nhiệt khoảng 1400-1600Kcalor/ngày/người trưởng thành.

b. Yếu tố ảnh hưởng đến chuyển hóa cơ bản

- Tuổi: ở người trẻ nhu cầu cho chuyển hoá cơ bản nhiều hơn là người lớn tuổi.
- Giới tính: nhu cầu cho chuyển hoá cơ bản của phái nam nhiều hơn phái nữ.
- Nhiệt độ môi trường: trời lạnh nhu cầu cho chuyển hoá cơ bản cao hơn lúc trời nóng.
- Thân nhiệt: thân nhiệt cao trên 1°C so với thân nhiệt bình thường thì chuyển hoá cơ bản tăng 13% so với nhu cầu cho chuyển hoá cơ bản lúc bình thường.

2.1.2. Để tính nhu cầu năng lượng, người ta dùng đơn vị là Kcalor (1Kcalor = 1.000 calor)

- Nhu cầu năng lượng ở người trưởng thành trung bình
 - + Nam: 2.600 - 3.000 Kcalor/ngày.
 - + Nữ: 2.000 - 2.500 Kcalor/ngày.
- Nhu cầu năng lượng hàng ngày thay đổi tùy theo cường độ lao động
 - + Lao động nhẹ: 2.200 - 2.400 Kcalor: lao động trí óc.
 - + Lao động vừa: 2.600 - 2.800 Kcalor: công nhân công nghiệp, học sinh.
 - + Lao động nặng: 3.000 - 3.600 Kcalor: bộ đội luyện tập thể dục, thể thao.
 - + Lao động rất nặng: >3.600 Kcalor: thợ rừng, xây dựng công trình, khuôn đúc.
- Cách tính nhu cầu năng lượng

Bảng 35.1. Công thức tính nhu cầu năng lượng cho chuyển hóa cơ bản dựa theo cân nặng (W/Kg)

Nhóm tuổi	Nam	Nữ
0 - 3	60,9 xW + 54	61,0 xW + 51
3 - 10	22,7 xW + 495	22,5 xW + 499
10 - 18	17,5 xW + 651	12,2 xW + 746
18 - 30	15,3 xW + 679	14,7 xW + 496
30 - 60	11,6 xW + 487	8,7 xW + 829
> 60	13,5 xW + 487	10,5 xW + 506

Bảng 35.2. Hệ số nhu cầu năng lượng trong ngày của người trưởng thành so với chuyển hóa cơ bản

Loại lao động	Nam	Nữ
Lao động nhẹ	1,55	1,56
Lao động vừa	1,78	1,61
Lao động nặng	2,10	1,82

Tính nhu cầu năng lượng cho một người trong một ngày là: nhu cầu năng lượng / ngày bằng nhu cầu năng lượng chuyển hóa cơ bản nhân với hệ số loại lao động. (Dựa theo bảng tính nhu cầu năng lượng của trung tâm dinh dưỡng Thành phố Hồ Chí Minh).

2.2. Nhu cầu về chất

2.2.1. Chất hữu cơ

a. Protein

✦ Vai trò

Là thành phần quan trọng của mọi tế bào sống. Trong cơ thể con người có hơn 1000 loại protein khác nhau được tạo ra bằng cách kết hợp nhiều loại và được chia ra thành 22 khối xây dựng cơ bản, được biết là các acid amin. Mặc dù giống như các phân tử carbohydrat, acid amin có chứa carbon, hydro, oxy nhưng nó có khác ở chỗ nó còn chứa nitơ. Có 9 loại acid amin được xem là cần thiết vì nó không được tổng hợp bên trong cơ thể; những acid amin còn lại cũng không kém phần quan trọng, nhưng vì cơ thể có thể tạo ra chúng nếu như sự cung cấp nitơ có sẵn và vì lý do đó mà nó được gọi với thuật ngữ là không cần thiết.

- Là chất tăng trưởng và sửa chữa mô.
- Là thành phần của cấu tạo cơ thể: xương, cơ, gân, mạch máu, da tóc, móng.

- Là thành phần của chất dịch cơ thể: enzym, protein, huyết tương, chất dẫn truyền xung thần kinh, chất tiết.
- Thành phần của các hormon.
- Giúp cân bằng chất dịch cơ thể qua áp suất thẩm thấu.
- Giúp điều hòa cân bằng acid và base.
- Là thành phần của nhân và nguyên sinh chất của mọi tế bào.
- Là thành phần chính của các kháng thể.
- Vận chuyển chất béo và những chất khác vào máu.
- Là thành phần của các men xúc tác các quá trình chuyển hóa.
- Giúp giải độc những chất lạ, và hình thành kháng thể giúp cơ thể chống lại nhiễm trùng và một số bệnh khác.
- Giúp vận chuyển chất béo, vitamin tan trong mỡ, chất khoáng và một số chất khác qua máu.

Những chuyên gia khuyên rằng chúng ta nên ăn ít protein động vật và ăn nhiều protein thực vật; bệnh thiếu protein được miêu tả như phù, chậm tăng trưởng và hay bị mụn nhọt, cơ bị phá hủy, biến đổi lông tóc, tổn thương vĩnh viễn sự phát triển trí não và thể chất (nhất là ở trẻ em), bị tiêu chảy, hấp thụ kém, thiếu dinh dưỡng, gan nhiễm mỡ, tăng nguy cơ nhiễm trùng và tỉ lệ tử vong cao.

✦ **Nhu cầu: 1-1,5 g/kg/ngày**

- Chiếm 15% so với tổng số nhu cầu năng lượng/ngày.
- Chuyển hóa hoàn toàn 1g protein → 4 Kcalor.
- Tỉ lệ protid động vật/protid thực vật 50-60%.
- Nguồn cung cấp:
 - + Động vật: thịt, cá, trứng
 - + Thực vật: đậu nành, nấm
- Protein từ động vật có đầy đủ các loại acid amin, đặc biệt là các loại acid amin cơ thể không tự sản xuất được và cũng không có trong protein thực vật, ngoại trừ trong đậu tương.
- Sử dụng protein để cung cấp năng lượng thì hao phí về mặt sinh lý và tài chính hơn sử dụng carbohydrat; nitơ bị giữ lại sau khi protein được trao đổi chất qua thận do đó đòi hỏi phải cung cấp năng lượng để nó thải ra giống như carbohydrat, protein tiêu dùng quá mức cần thiết có thể biến đổi và dự trữ như chất béo.

b. Lipid

Chất béo trong chế độ ăn hay còn gọi là lipid là những chất không tan trong nước và vì thế không tan trong máu cũng giống như carbohydrat, chúng gồm hydro, carbon, oxy. Có 95% lipid trong chế độ ăn là chất béo hoặc chất dầu,

nói cách khác, đây là những lipid đơn giản. Lipid kép là phospholipid đây là một lipid kết hợp với một chất khác và tiền lipid (như cholesterol) cấu tạo để giữ lượng lipid lấy vào. Triglycerid là dạng dễ thấy nhất ở chất béo trong thực phẩm và là dạng dự trữ chính của chất béo trong cơ thể, chúng được cấu tạo bởi một phân tử gliserol và 3 acid béo, khác nhau bởi chiều dài và mức độ bão hòa. Hầu hết chất béo trong thực phẩm gồm một chuỗi các acid béo (chúng chứa nhiều hơn 12 nguyên tử carbon).

Acid béo no không có khả năng liên kết với bất cứ nguyên tử hydro nào cả, tất cả các nguyên tử carbon đều bão hòa. Acid béo không no có một hoặc nhiều nối đôi có liên kết đôi giữa hai nguyên tử carbon, vì thế chúng có khả năng liên kết với các nguyên tử hydro, nếu liên kết đôi bị gãy chất béo trong thực phẩm chứa acid béo no và không no lẫn lộn nhau. Hầu hết các chất béo ở động vật được xem là acid béo no vì nó chứa nhiều acid béo no và có hình dạng rắn ở nhiệt độ phòng. Ngược lại hầu hết các chất béo thực vật được xem là acid béo không no vì chứa nhiều acid béo không no, ở nhiệt độ phòng chất béo không no là chất lỏng và được xem như dầu. Chất béo no có khuynh hướng làm nâng mức cholesterol trong cơ thể lên, ngược lại chất béo không no lại làm giảm mức cholesterol.

Cholesterol là một chất giống chất béo chỉ được tìm thấy trong thức ăn từ động vật. Cholesterol không cần thiết cung cấp qua chế độ ăn vì cơ thể chúng ta tổng hợp được.

Cholesterol là thành phần quan trọng của màng tế bào và đặc biệt là có rất nhiều ở não và tế bào thần kinh. Nó cũng được dùng để tổng hợp acid mật và làm tiền chất của hormon steroid và vitamin D. Mặc dù cholesterol đáp ứng nhiều chức năng trong cơ thể nhưng khi mức cholesterol tăng cao nó lại có liên quan đến nguy cơ xơ vữa động mạch. Những chuyên gia đề nghị chúng ta giới hạn lượng cholesterol ăn vào, ăn ít chất béo đặc biệt là chất béo no, nên ăn nhiều chất béo không no và tăng lượng chất xơ, đây là chất làm tăng việc bài xuất cholesterol theo phân.

Acid Linoleic là một acid béo duy nhất mà cơ thể không thể tổng hợp được, vì thế nó được gọi là acid béo cần thiết. Acid Linoleic rất quan trọng cho sự bền chắc của mao mạch.

Chế độ ăn nhiều chất béo sẽ làm tăng nguy cơ các bệnh về tim mạch, có liên quan đến nguy cơ ung thư đại tràng và ung thư vú.

✦ Vai trò

- Là nguồn cung cấp và dự trữ năng lượng cho cơ thể.
- Làm lớp đệm cho các cơ quan bên trong.
- Là dung môi hòa tan của các vitamin tan trong dầu: A, D, E, K.
- Cung cấp mô mỡ, cấu trúc, điều hòa thân nhiệt.
- Chất béo làm tăng vị ngọt của thức ăn.

- Nhu cầu: 0,7 - 2g/kg/ngày.
- Chiếm 20% so với tổng số nhu cầu năng lượng.
- Chuyển hóa hoàn toàn 1g lipid → 9 Kcalor.

✦ Nguồn cung cấp

- Mỡ động vật: heo, gà, bò có nhiều cholesterol (trừ cá) thường ứ đọng dễ gây xơ mỡ động mạch.
- Dầu thực vật: dầu mè, dầu nành, dầu đậu phộng có nhiều acid béo không no, có khả năng chống lại sự phát triển của bệnh xơ vữa động mạch.

c. Glucid (carbohydrat)

Người ta thường biết carbohydrat dưới dạng chung chung như là đường và tinh bột, chúng ở dạng phức gồm Carbon, Hydro, và Oxy. Chúng hình thành nên cấu trúc tổ chức cho thực vật, nguồn carbohydrat động vật duy nhất là đường lactose hay đường sữa.

Người ta không hề phóng đại tầm quan trọng của carbohydrat bởi vì chúng rất dễ sản xuất và dự trữ; chúng là nguồn năng lượng phong phú nhất và ít xa xỉ nhất ở mọi nơi trên thế giới. Ở nước ta nguồn lương thực chính là lúa gạo thì carbohydrat có thể chiếm 65% tổng nhu cầu năng lượng.

Tùy thuộc vào số phân tử có trong cấu trúc mà carbohydrat được chia ra làm 2 loại: đường đơn (monosaccarid, disaccarid) và đường phức (polysaccarid). Monosaccarid chỉ chứa một phân tử đường, được xem là loại đường đơn giản nhất, chúng được hấp thu trực tiếp vào máu mà không cần men tiêu hóa, những monosaccarid quan trọng bao gồm: glucose, dextrose, galactose, fructose. Disaccarid là đường đôi gồm glucose và một monosaccarid khác disaccarid (sucrose, lactose, mantose) chúng được bẻ gãy bởi enzym của tuyến tiêu hóa trước khi được hấp thụ. Polysaccarid như: tinh bột, glycogen, cellulose và một số chất xơ khác là một phân tử phức gồm hàng trăm đến hàng ngàn phân tử glucose.

Carbohydrat dễ và hấp thu nhanh hơn protein và chất béo, 90% lượng carbohydrat lấy vào đều được tiêu hóa, nếu ăn nhiều chất xơ thì tỉ lệ này càng tăng. Mặc dù một lượng nhỏ tinh bột khi nấu lên có thể bắt đầu được tiêu hóa ở miệng, thực ra ruột non mới là nơi đầu tiên chứa chất enzym tiêu hóa thức ăn: polysaccarid và disaccarid bị enzym của tuyến tụy cắt đứt thành monosaccarid, rồi được hấp thu qua niêm mạc đường tiêu hóa và được vận chuyển đến gan qua tĩnh mạch cửa. Cellulose và những chất xơ không tiêu hóa được và được thải ra ngoài theo phân với dạng không đổi.

Ở gan, monosaccarid được biến đổi thành glucose sau đó được đưa vào máu để duy trì lượng đường trong máu ở mức bình thường. Bình thường mô và tế bào thân kinh trung ương xem glucose là nguồn nhiên liệu duy nhất của chúng. Vì vậy, glucose phải được cung cấp liên tục. Các hormon đặc biệt là insulin và glucagon chịu trách nhiệm giữ đường huyết ở mức tốt nhất kể cả lúc

nhịn ăn hay ăn quá no. Tế bào oxy hóa glucose để cung cấp năng lượng, CO₂, và nước. Glucose khi bị oxy hóa sẽ được oxy hóa hoàn toàn và rất có hiệu quả không có chất thải bỏ ra ngoài qua đường thận. Nếu lượng glycogen trong cơ hoặc gan bị thiếu hụt, glucose sẽ được biến đổi thành glycogen và dự trữ ở gan, khi cơ thể cần glucose, glycogen sẽ được phân hủy để tạo glucose, khi glycogen quá dư thừa sẽ được biến đổi thành chất béo được dự trữ dưới dạng triglycerid ở mô mỡ.

⊕ Vai trò

- Chủ yếu là cung cấp năng lượng.
- Bất kể carbohydrat có từ nguồn gốc nào cũng có chức năng thay thế protein, vì vậy nó được sử dụng để thực hiện chức năng chuyên biệt của protein như xây dựng và sửa chữa mô, tạo hình.
- Carbohydrat cũng cần thiết để đốt cháy chất béo thành năng lượng và theo cách ấy bảo vệ quá trình tạo thể ceton.
- Là thành phần cấu tạo một số chất quan trọng như acid nucleic, glucoprotein, glucolipid.
- Nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng lượng carbohydrat lấy vào cũng ảnh hưởng đến tính tình, kết quả là làm tăng sức chịu đựng, sự thư giãn cơ, tính tình ôn hòa, và làm giảm sự suy nhược cơ thể tùy thuộc vào sự nhạy cảm của cá nhân đối với chất dinh dưỡng này.

⊕ Nhu cầu: 5-7g/kg ngày

- Chiếm khoảng 65% tổng số nhu cầu năng lượng.
- Chuyển hóa hoàn toàn 1g glucid → 4 Kcalor.

⊕ **Nguồn cung cấp:** ngũ cốc, khoai, củ, đường mía...

2.2.2. Chất vô cơ

a. Nước

Là thành phần chính cấu tạo nên mỗi tế bào của cơ thể, nước chiếm 65-70% tổng trọng lượng cơ thể nhưng phân bố không đều, ở cơ thể trẻ sơ sinh nước chiếm tỉ lệ cao hơn. Khoảng 2/3 lượng nước của cơ thể chứa trong tế bào (còn gọi là dịch nội bào), nước còn lại gọi là dịch ngoại bào gồm tất cả các loại dịch trong cơ thể như huyết tương và dịch trong mô kẽ. Tổng lượng nước trong cơ thể và dịch ngoại bào giảm theo tuổi, dịch nội bào tăng tỉ lệ thuận với trọng lượng cơ thể.

Nước đối với cuộc sống quan trọng hơn thực phẩm, bởi vì nó cung cấp lượng dịch cần thiết cho tất cả các phản ứng hóa học, nó giữ vai trò quan trọng trong các phản ứng, tham gia vào các phản ứng lý hóa của cơ thể: phản ứng thủy phân, phản ứng hydrat hóa, và nó không được dự trữ trong cơ thể. Nước hoạt động như một dung môi hòa tan các chất vô cơ và hữu cơ, theo cách đó nó

giúp quá trình tiêu hóa, hấp thụ, tuần hoàn, bài tiết, vận chuyển các chất dinh dưỡng và đào thải các chất cặn bã. Thông qua quá trình bài tiết qua da nước giúp điều chỉnh thân nhiệt, giống như chất dịch, nước cần thiết để bảo vệ các mô và cơ quan: dịch ổ khớp, dịch não tủy và cho sự bài tiết mồ hôi.

Nguồn nước trong chế độ ăn không chỉ có trong nước uống mà còn là những thực phẩm dạng lỏng. Nước cũng được sinh ra trong quá trình trao đổi carbohydrat, protein và chất béo. Nó được thải ra ngoài cơ thể dưới dạng nước tiểu, phân, hơi thở và mồ hôi.

Nhu cầu: 2,5-3 lít/ngày: nhu cầu nước tùy thuộc vào sự cân bằng lượng nước xuất nhập, nhiệt độ môi trường, hoạt động của cơ thể.

Nguồn cung cấp: một phần lớn trong thức ăn, nước uống.

b. Chất khoáng và vi khoáng

Chất khoáng là hợp chất vô cơ có trong tất cả chất dịch và mô của cơ thể, ở dạng muối (NaCl) hoặc kết hợp với hợp chất hữu cơ (Fe trong Hemoglobin), một vài loại chất khoáng hình thành những cấu trúc bên trong cơ thể, ngược lại một số chất khác lại giúp thực hiện các quá trình xảy ra trong cơ thể, bởi vì chúng là những nguyên tố nên chúng không bị phân hủy. Mặc dù chất khoáng bị mất khi ngấm nước nhiều hoặc trong quá trình chế biến thức ăn, nhưng nói chung chất khoáng không bị phá hủy trong quá trình chế biến thực phẩm. Nhu cầu về calci, phospho, magie >100mg/ngày, còn các nguyên tố vi lượng như sắt, mangan, kẽm, iod thì nhu cầu ít hơn 100mg/ngày.

✦ Vai trò

- Giữ vai trò quan trọng trong hoạt động và phát triển bình thường của cơ thể, tham gia vào các thành phần tế bào và mô cơ thể.
- Muối không tan chiếm lượng nhiều nhất, tham gia cấu tạo xương.
- Muối hòa tan trong các dịch thường phân ly thành các ion có tác dụng tạo lên áp suất thẩm thấu (NaCl).
- Tham gia hệ thống đệm (H_2CO_3).
- Có tác dụng ức chế và hoạt hóa các men.
- Có tác dụng đặc biệt với trạng thái lý hóa của protein trong các tế bào và mô.
- Khoáng chất chiếm 4-5% trọng lượng cơ thể.

✦ Một số loại chất khoáng quan trọng

*** Natri**

- Là ion chính của dịch ngoại bào, có vai trò trong việc phân bố dịch ngoại bào và dịch nội bào.
- Nhu cầu hằng ngày: 6g (110mEq).
- Nguồn cung cấp: muối ăn, cá biển, tôm, cua.

- Với chế độ ăn bình thường lượng natri đã được cung cấp đầy đủ.
- Thiếu natri gây tình trạng vọp bẻ, da ẩm ướt và lạnh.
- Dư natri gây phù, tăng cân, cao huyết áp ở người bệnh có nguy cơ.

* **Kali**

- Đóng vai trò quan trọng trong hoạt động của tế bào đặc biệt là tế bào cơ tim.
- Là ion chính trong dịch nội bào, giữ vai trò quan trọng trong dẫn truyền thần kinh cơ và hoạt động của hệ thần kinh thực vật.
- Nhu cầu: 3g/ngày.
- Kali có nhiều trong thịt, các khoai tây, rau dền, nấm, cà rốt.
- Thiếu kali gây tình trạng vọp bẻ, yếu cơ và tim đập không đều.
- Dư kali gây tình trạng dễ bị kích động, giận dữ, loạn nhịp tim, tắc nghẽn các mạch máu ở tim.

* **Calci**

- Giúp hình thành hệ xương và răng vững chắc.
- Có vai trò trong dẫn truyền thần kinh cơ, trong chu trình đông máu, và trong cơ chế điều hòa nhịp tim.
- Rất cần thiết cho trẻ em, phụ nữ và người cao tuổi.
- Nhu cầu: 1-1,5g/ngày. Calci có nhiều trong sữa, hải sản, trứng.

* **Sắt**

- Tham gia vào thành phần của các men oxy hóa khử trong cơ thể. Tham gia vào quá trình tạo máu, là một trong những thành phần chính của hemoglobin.
- Được dự trữ ở gan, lách, tủy xương dưới dạng feritin.
- Nhu cầu: nữ: 2,5mg/ngày, nam: 1mg/ngày.
- Sắt thường có trong một số loại rau, gan, quả.

* **Iod**

- Giúp tuyến giáp hoạt động bình thường.
- Phòng bệnh bướu cổ.
- Iod có nhiều trong các thức ăn hải sản, muối biển.

* **Kẽm**

- Giúp chuyển hóa năng lượng và hình thành tổ chức. Giúp ăn ngon miệng, và cơ thể phát triển tốt.

* **Phospho**

- Giúp hình thành hệ xương và răng vững chắc.

c. Vitamin

Vitamin là hợp chất hữu cơ cần thiết cho cơ thể với một lượng rất nhỏ. Hầu hết các vitamin đều hoạt động dưới dạng coenzym, cùng với enzym thực hiện hàng ngàn phản ứng hóa học bên trong cơ thể. Mặc dù vitamin không cung cấp năng lượng nhưng chúng cần thiết cho quá trình biến đổi các chất carbohydrat, protein, và chất béo. Hầu hết các vitamin đều không được tổng hợp bên trong cơ thể hoặc số lượng ít nên chúng rất cần thiết trong chế độ ăn.

Vitamin hiện diện trong thực phẩm với một lượng rất nhỏ. Vitamin bị phá hủy bởi ánh sáng, nhiệt độ và trong suốt quá trình nấu nướng, thực phẩm tươi sống có hàm lượng vitamin cao hơn thức ăn đã chế biến. Một số các trường hợp dễ bị thiếu vitamin là:

- Những người thuộc nhóm sau: trẻ sơ sinh, phụ nữ mang thai và cho con bú.
- Những người hút thuốc lá, nghiện rượu, sử dụng thuốc điều trị trong một thời gian dài.
- Những người bệnh mãn tính, thể chất và tinh thần suy nhược.
- Những người ăn kiêng, ăn chay lâu ngày.

Vitamin cũng có chức năng như phòng ngừa các bệnh tim mạch, ung thư. Nhiều nhà nghiên cứu đã khuyên chúng ta nên ăn uống đầy đủ các loại thức ăn để có đủ lượng vitamin nhưng cũng đồng ý rằng những vitamin bổ sung chỉ có giá trị trong một vài trường hợp nào đó. Nhiều chuyên gia dinh dưỡng vẫn tin rằng hầu hết các vitamin ăn trong bữa ăn cũng có thể được xem là đầy đủ. Trong khi những nghiên cứu được tiến hành một cách cẩn thận tiếp tục nghiên cứu về sự bổ sung vitamin và những ảnh hưởng lâu dài của nó, hầu hết các chuyên gia cho rằng vitamin sẽ không bao giờ được thay thế trong việc ăn uống và lối sống lành mạnh.

Vitamin được phân làm hai loại: vitamin tan trong nước và vitamin tan trong dầu.

✚ Vitamin tan trong nước

Gồm vitamin C và vitamin nhóm B: chúng được hấp thu trực tiếp qua thành ruột và vào máu. Một vài mô trong cơ thể có thể giữ được một lượng nhỏ vitamin tan trong nước nên nó thường không được dự trữ trong cơ thể. Triệu chứng thiếu vitamin rất dễ nhận thấy khi lượng vitamin lấy vào không đủ, vì thế cần thiết lập một chế độ ăn phù hợp, vì vitamin tan trong nước không được dự trữ nên khi được cung cấp quá mức sẽ được thải qua nước tiểu. Mặc dù liều một triệu đơn vị vitamin tan trong nước có thể có hại cho cơ thể, tuy nhiên biểu hiện của vitamin không giống như nhiễm độc.

* Vitamin C

Nâng cao sức đề kháng cơ thể, bền vững thành mạch.

- Hình thành collagen, chống oxy hóa, tăng sự hấp thu Fe.

- Nhu cầu: 50-75mg/ngày. Có nhiều trong rau xanh, trái cây tươi có vị chua như cam quýt, bông cải xanh, tiêu xanh, dâu tây, rau xanh.
- Dấu hiệu thiếu: xuất huyết, làm chậm quá trình lành vết thương.
- Dấu hiệu dư: sỏi thận, nôn ói, tiêu chảy.

*** Vitamin B₁**

- Giúp chuyển hóa glucid thành năng lượng.
- Làm coenzym cho phản ứng sản xuất năng lượng từ glucose.
- Có nhiều trong các mầm lúa, vỏ ngoài các hạt ngũ cốc, rau xanh, gan, tim động vật.
- Nhu cầu: 1-1,4mg.
- Thiếu B1 gây bệnh Beri-Beri, rối loạn tâm thần, suy nhược cơ thể.

*** Vitamin B₂**: tham gia cấu tạo nhiều enzym. Có nhiều trong thịt, cá, sữa...

*** Vitamin B₆**

- Làm coenzym cho protein, chất béo và carbohydrat.
- Có nhiều trong men bia, chuối, bông cải xanh.
- Nhu cầu: 1,2-2mg.
- Thiếu B6 gây tình trạng thiếu máu.
- Thừa B6 gây đi đứng khó khăn, tay chân tê.

*** Vitamin B₁₂**

- Giúp tạo hồng cầu, giữ cho các tổ chức của hệ tiêu hóa và hệ thần kinh được tốt.
- Làm coenzym cho quá trình trao đổi protein, hình thành nên heme là thành phần của hemoglobin.
- Có nhiều trong thận, gan, sữa, vi khuẩn đường ruột cũng có thể tổng hợp được vitamin B₁₂.
- Nhu cầu: 2µg
- Thiếu B₁₂: gây thiếu máu ác tính (thiếu B₁₂ không phải do thiếu cung cấp mà do sự hấp thu kém).

✚ Vitamin tan trong dầu

Gồm vitamin A, D, E, K được hấp thu cùng với chất béo vào hệ bạch huyết, thiếu vitamin có thể xảy ra bất cứ lúc nào khi quá trình tiêu hóa và hấp thu chất béo thay đổi, như trong triệu chứng kém hấp thu và các bệnh về tụy và mật. Cơ thể dự trữ các vitamin tan trong chất béo dư thừa hầu hết ở gan và mô mỡ. Vì chúng được dự trữ nên chế độ ăn hằng ngày không cần thiết lắm và triệu chứng thiếu có thể xảy ra sau vài tuần, vài tháng và có thể vài năm. Các vitamin lấy vào dư thừa đặc biệt là vitamin A và D thì độc đối với cơ thể.

* Vitamin A

- Đảm bảo sự phát triển bình thường của bộ xương, răng, bảo vệ niêm mạc và da. Tham gia cấu tạo tế bào giác mạc: bảo vệ mắt tránh các bệnh quáng gà, khô giác mạc. Nâng sức đề kháng cơ thể, làm vết thương mau lành. Nuôi dưỡng độ mịn màng của da.
- Có trong trái cây tươi có màu đỏ, rau màu xanh đậm, lòng đỏ trứng.
- Nhu cầu: 5000UI/ngày.
- Thiếu vitamin A gây quáng gà, da thô ráp.
- Dư vitamin A gây biếng ăn, rụng tóc, khô da, nhức trong xương.

* Vitamin D

- Giúp cơ thể sử dụng tốt calci và phospho để hình thành và duy trì bộ xương, răng vững chắc.
- Chủ yếu là được hấp thu qua da dưới ánh nắng của mặt trời. C, gan, dầu.
- Nhu cầu: 400UI/ngày.
- Thiếu vitamin D gây làm chậm sự tăng trưởng của xương, thiếu sự hình thành xương.
- Dư vitamin D gây tăng sự hóa vôi ở xương, sỏi thận, nôn, nhức đầu.

* Vitamin K

- Tham gia vào quá trình đông máu. Được sử dụng ở gan để tổng hợp prothrombin.
- Có nhiều trong rau xanh, rau dền, bắp cải, và được tổng hợp do các vi khuẩn ở ruột.
- Nhu cầu: 1mg/ngày.
- Thiếu vitamin K gây băng huyết do không hình thành được cục máu đông.
- Dư vitamin K gây thiếu máu tán sỏi, gan bị tổn thương do tổng hợp vitamin K.

* Vitamin E

- Bảo vệ chất béo trong tổ chức cơ thể không bị oxy hóa. Là chất chống oxy hóa, chủ yếu chống lại các gốc tự do. Tham gia điều hòa quá trình sinh sản. Bảo vệ sự hấp thu vitamin A, tổng hợp **Heme**.
- Có trong các dầu thảo mộc, rau xanh, mầm lúa mì, giá.
- Nhu cầu: 10-30mg/ngày.
- Thiếu vitamin E gây tăng nguy cơ đẻ non.
- Dư vitamin E có thể gây mệt mỏi và tiêu chảy.

2.2.3. Chất xơ

Các loại thức ăn dưới đây chứa một số lượng lớn chất xơ:

- Trái cây tươi: táo, cam, chuối, bưởi, đu đủ, mận...

- Rau xanh: cải, rau màu xanh đậm hay các loại rau ăn sống: xà lách, dưa leo...
- Ngũ cốc: bánh mì, khoai lang, sắn dây, gạo lứt...

3. KHẨU PHẦN ĂN

Cách tính khẩu phần ăn:

- Tính tổng số kcalor cần thiết trong ngày cho một người tùy theo cân nặng, lứa tuổi và mức độ lao động.
- Tính năng lượng cần cho nhu cầu cơ bản dựa theo cân nặng.
- Tính nhu cầu năng lượng cần thiết cho hoạt động của cơ thể trong ngày.
- Tính tỉ lệ giữa các chất để tính được số lượng năng lượng cần cho mỗi chất: protein: 15%; lipid: 20%; glucid: 65%.
- Thành phần thực phẩm ta tính nhóm thực phẩm cung cấp chất glucid, sau đó đến protid, lipid.
- Lựa chọn thức ăn thích hợp để đáp ứng đủ số lượng cần thiết của mỗi chất và tùy theo hoàn cảnh kinh tế gia đình hoặc thực phẩm có sẵn ở địa phương để xây dựng thực đơn.
- Cách tốt nhất để chắc chắn bạn đã ăn đầy đủ chất dinh dưỡng theo nhu cầu là phải ăn đa dạng, sử dụng nhiều loại thức ăn trong ngày.

4. YÊU CẦU ĂN NGON MIỆNG

- An toàn, vệ sinh trong thực phẩm, ăn chín, uống sôi.
- Tạo không gian, tinh thần thoải mái, vui vẻ.
- Vệ sinh răng miệng sạch sẽ.
- Ăn đủ lượng, đủ chất.
- Trình bày món ăn đẹp mắt.
- Thức ăn hợp khẩu vị.
- Thức ăn phải nóng, ấm.
- Thay đổi món ăn thường xuyên.

5. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUÁ TRÌNH TIÊU HÓA

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bài tiết tiêu hoá, sự hiểu biết về các yếu tố này giúp điều dưỡng có các phương pháp cần thiết để duy trì tiêu hóa bình thường.

5.1. Tuổi

Sự thay đổi về tuổi tác ảnh hưởng đến quá trình tiêu hóa, trẻ nhỏ có dạ dày và tiết ra ít men tiêu hóa. Một số thức ăn như tinh bột khó tiêu hóa đối với

trẻ nhỏ, thời kỳ thanh thiếu niên có sự phát triển nhanh chóng của ruột già, tăng tiết acid HCl, đặc biệt là ở trẻ trai.

Người lớn tuổi thường có sự thay đổi ở hệ thống dạ dày, ruột, làm suy yếu chức năng tiêu hóa và bài tiết, một số người không còn đủ răng vì vậy cũng ảnh hưởng đến chức năng nhai. Thức ăn đi qua đường tiêu hóa chỉ được nhai một phần và không được tiêu hóa vì lượng men tiêu hóa của nước bọt và acid dạ dày giảm theo tuổi, hơn nữa nhu động thực quản giảm theo tuổi làm khó chịu cho vùng thượng vị, khả năng hấp thụ của niêm mạc ruột thay đổi đã làm thiếu hụt protein, vitamin và khoáng chất. Những người lớn tuổi cũng mất trương lực cơ ở đáy chậu và cơ vòng hậu môn mặc dầu cơ thắt vòng ngoài vẫn còn nguyên vẹn nên có thể gặp khó khăn trong việc kiểm soát sự bài tiết.

5.2. Chế độ ăn

Thức ăn được đưa vào hằng ngày giúp duy trì nhu động ruột, trung bình 12-15 lần/phút, chất xơ trong thức ăn sẽ làm tăng thêm dung tích phân và kích thích nhu động ruột giúp tống xuất phân ra ngoài dễ dàng hơn.

Các thức ăn sinh hơi như hành, bông cải... cũng kích thích nhu động. Hơi làm căng thành ruột làm tăng sự chuyển động của ruột.

Một số thức ăn cay có thể làm tăng nhu động nhưng cũng có thể làm khó tiêu.

Đối với một số người thì một số thức ăn như sữa hoặc các sản phẩm của sữa gây khó tiêu do không dung nạp lactose, một loại đường đơn có trong sữa.

5.3. Lượng dịch cung cấp

Sự cung cấp không đủ dịch hoặc một số rối loạn như nôn mửa, sẽ tạo nên sự thiếu hụt dịch đưa vào, từ đó ảnh hưởng đến tính chất phân. Dịch sẽ làm lỏng các chất trong lòng ruột, làm các chất đó đi qua đại tràng dễ dàng. Người lớn nên uống nước khoảng 1400-2000ml (tùy theo thời tiết).

Các thức uống nóng và nước hoa quả sẽ làm mềm phân và làm tăng nhu động.

Một số người uống một lượng sữa lớn có thể làm chậm nhu động và gây táo bón.

5.4. Các hoạt động hàng ngày

Các hoạt động trong ngày làm tăng nhu động, trong khi sự mất vận động sẽ làm giảm nhu động ruột.

Hoạt động sớm được khuyến khích để duy trì sự bài tiết bình thường sau đau ốm, sau phẫu thuật.

Việc duy trì trương lực của hệ cơ xương khi đi đại tiện là rất quan trọng. Các cơ ổ bụng và cơ vùng chậu yếu nên khả năng làm tăng áp lực trong ổ bụng giảm và giảm khả năng kiểm soát cơ thắt vòng ngoài hậu môn.

5.5. Các yếu tố về tâm lý

Chức năng của hầu hết các hệ thống trong cơ thể đều có thể bị suy yếu do stress. Nếu một người lo lắng, sợ hãi hay giận dữ sẽ làm tăng nhu động ruột gây tiêu chảy, đầy hơi..., nếu một người trầm cảm hệ thần kinh tự động sẽ làm chậm sự dẫn truyền thần kinh và nhu động ruột có thể giảm.

5.6. Một số bệnh về đường tiêu hóa có liên quan đến việc căng thẳng thần kinh như: viêm loét dạ dày, viêm ruột, bệnh crohn...

5.7. Thói quen

Thói quen bài tiết của một người cũng ảnh hưởng đến chức năng của hệ tiêu hóa. Mỗi người nên tìm cho mình một thời gian đại tiện thích hợp. Các phản xạ dạ dày ruột kích thích đại tiện dễ dàng nhất là sau bữa ăn sáng.

Những người bệnh nằm viện khó có thể duy trì thói quen đại tiện bình thường vì phòng vệ sinh phải dùng chung với nhiều người, và mỗi người lại có một thói quen vệ sinh khác nhau. Tiếng động, quang cảnh, sự sạch sẽ, mùi của phòng vệ sinh làm người bệnh lúng túng, sự lúng túng này khiến người bệnh không thoải mái và dẫn đến sự mất cảm giác muốn đi đại tiện và sẽ gây tình trạng táo bón.

5.8. Tư thế trong quá trình đi đại tiện

Ngồi xổm là tư thế thích hợp trong đại tiện, những phòng vệ sinh trong bệnh viện nên được thiết kế thuận tiện cho tư thế này.

5.9. Cảm giác đau

Bình thường khi đi đại tiện không gây đau, tuy nhiên trong một số trường hợp có tổn thương ở vùng trực tràng âm đạo như trĩ, phẫu thuật ở trực tràng, và sinh đẻ có thể gây cảm giác đau khi đi đại tiện. Trong những trường hợp này, người bệnh thường nín đi đại tiện để tránh cảm giác đau và gây tình trạng táo bón. Táo bón là một vấn đề hay gặp ở những người bệnh đau trong lúc đi đại tiện.

5.10. Phẫu thuật và gây mê

Các chất gây mê được sử dụng trong quá trình phẫu thuật làm ngưng tạm thời nhu động ruột, làm ức chế hoạt động phó giao cảm đối với các cơ ở ruột, làm ngừng hoặc chậm lại nhu động ruột, trong khi những người bệnh được gây tê vùng hay tại chỗ thì ít có nguy cơ ảnh hưởng đến sự bài tiết vì các hoạt động của hệ tiêu hóa ít hoặc không bị ảnh hưởng.

5.11. Thuốc

Một số thuốc được dùng để hỗ trợ cho việc đại tiện như:

- Thuốc nhuận tràng có tác dụng làm mềm phân và kích thích nhu động. Thuốc nhuận tràng được sử dụng đúng thì chức năng bài tiết, tiêu hóa vẫn

được duy trì an toàn nhưng nếu dùng quá liều có thể gây tiêu chảy nặng dẫn đến mất nước và các chất điện giải.

- Thuốc giảm đau (Nacotic) làm giảm nhu động nên gây táo bón.
- Những thuốc kháng cholinergic như Atropin ức chế sự tiết acid dạ dày và ức chế sự nhào trộn của dạ dày, mặc dù có ích trong việc điều trị các rối loạn tăng nhu động ruột gây giảm nhu động ruột và có thể gây táo bón.
- Nhiều loại kháng sinh gây tiêu chảy do làm rối loạn các chủng vi khuẩn sống ký sinh bình thường trong ruột.

5.12. Các xét nghiệm chẩn đoán

Những xét nghiệm cần nhìn thấy các cấu trúc của đường ruột, nội soi đường tiêu hóa dưới, cần phải làm sạch các chất trong lòng ruột như cho dùng thuốc tẩy nhẹ hay thụt tháo trước khi thực hiện các loại xét nghiệm này, vì vậy cũng sẽ ảnh hưởng đến sự bài tiết cho đến khi việc ăn uống bình thường được lập lại.

6. CÁC RỐI LOẠN TIÊU HÓA HAY GẶP

6.1. Táo bón

Táo bón là một triệu chứng, không phải là một bệnh, làm giảm số lần đi đại tiện, do phân khô và cứng, người bệnh phải rặn trong quá trình đi đại tiện.

Mỗi người có một thói quen đi đại tiện khác nhau, không phải mọi người đều có thói quen đi đại tiện hàng ngày. Việc đi đại tiện xảy ra sau 4 hoặc hơn 4 ngày mới được xem là bất bình thường. Ở những người lớn tuổi, sau 2-3 ngày không đi đại tiện và không gặp khó khăn hay đau hay chảy máu nào thì được xem là bình thường.

Táo bón là một triệu chứng ảnh hưởng đáng kể đối với sức khỏe, việc rặn nhiều trong quá trình đi đại tiện gây đau đớn đối với các người bệnh mới phẫu thuật ở trực tràng hoặc vùng sinh dục.

Cần lưu ý đối với những người bệnh có tăng áp lực nhãn cầu và tăng áp lực nội sọ nên phòng ngừa tránh táo bón.

Những người lớn tuổi có thể bị táo bón do một số thuốc uống như: Aspirin, kháng histamin, lợi tiểu và những thuốc kiểm soát bệnh tiểu đường.

Triệu chứng chính khi bị táo bón là không thể đi đại tiện được mặc dù vẫn có cảm giác mắc rặn, ăn không ngon miệng, khó tiêu, bụng chướng và đau vùng trực tràng.

6.2. Tiêu chảy

Tiêu chảy là sự gia tăng khối lượng phân, phân loãng, nhiều nước và không thành khuôn. Các chất trong lòng ruột đi qua ruột non và đại tràng nhanh hơn nhiều so với việc hấp thu bình thường của ruột.

Rất khó đánh giá phân của trẻ em. Một trẻ bú sữa bình có thể đi đại tiện phân cứng 2 lần trong ngày, còn những trẻ bú sữa mẹ có thể đi đại tiện 5-8 lần mỗi ngày với phân mềm. Người mẹ hay điều dưỡng cần phải ghi nhận bất cứ sự tăng đột ngột bất thường nào về số lượng phân, tính chất phân để phát hiện kịp thời các rối loạn về chức năng tiêu hóa.

6.3. Tiêu không tự chủ

Là sự mất khả năng điều khiển cơ vòng hậu môn, mất sự kiểm soát có thể gây nên tiêu không tự chủ.

6.4. Đầy hơi (chướng bụng)

Khi hơi di chuyển trong lòng ruột, thành ruột căng và phồng lên. Đây là nguyên nhân hay gặp nhất của đầy hơi, thường hơi trong ruột thoát ra qua miệng (ợ hơi) hay qua hậu môn (trung tiện). Là tình trạng làm giảm nhu động ruột do ảnh hưởng của thuốc tê, thuốc gây mê dùng trong phẫu thuật gây nên tình trạng chướng hơi.

6.5. Trĩ

Trĩ là tình trạng của tĩnh mạch bên trong trực tràng bị giãn và xung huyết, thường gọi là trĩ nội hay trĩ ngoại. Áp lực tĩnh mạch tăng do rặn mạnh lúc đi đại tiện thường xảy ra trên người mang thai, người bệnh gan mạn tính, táo bón lâu ngày.

7. QUI TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG ĐỐI VỚI CÁC RỐI LOẠN VỀ TIÊU HOÁ

7.1. Nhận định

7.1.1. Hỏi

- Khai thác bệnh sử, các yếu tố làm ảnh hưởng đến quá trình tiêu hoá.
- Thói quen ăn uống? Điều độ?
- Thức ăn đã dùng: những loại thức ăn dùng trong ngày? Uống? ...
- Chất bài tiết: số lần, thời điểm đi đại tiện trong ngày, tính chất mềm hay cứng, có đóng khuôn? Màu sắc, số lượng?
- Có cảm giác nôn hay buồn nôn không, nếu nôn thì tính chất số lượng màu sắc dịch nôn ra?
- Đã áp dụng phương pháp điều trị gì: dùng thuốc hoặc dầu nhuận tràng, uống nước ấm, xoa vùng bụng dưới, dùng thuốc cầm tiêu chảy cầm nôn ói?
- Lượng nước uống hằng ngày?
- Vận động: tập thể dục? Chơi thể thao? ...
- Có hậu môn nhân tạo? Đặc điểm tình trạng hậu môn nhân tạo, vùng da xung quanh?
- Tiền sử bệnh về đường tiêu hoá: loét dạ dày tá tràng, bệnh lý về gan, mật?

- Tiền sử dùng thuốc: thuốc nhuận tràng, thuốc kháng acid, các loại thuốc cung cấp ion, giảm đau có thể làm thay đổi sự bài tiết và đặc điểm của phân?
- Công việc sinh hoạt hàng ngày? Phòng vệ sinh tiện nghi?
- Người bệnh có kiểm soát được sự bài tiết không? Có khả năng tự đi vào nhà vệ sinh không? Tâm lý của người bệnh ổn định hay lo lắng?...

7.1.2. Thăm khám

- Thăm khám miệng, lưỡi có đóng bọt trắng? Răng: tình trạng răng: mất răng, sâu răng, viêm nha chu thường ảnh hưởng đến chức năng nhai.
- Thăm khám bụng: tình trạng bụng, chu vi hình dạng tính cân đối, màu sắc, tuần hoàn trên da bụng, các sóng nhu động, các sẹo, vết thương trên bụng.
- Nghe các ổ đập bất thường trên vùng bụng.
- Đếm nhu động ruột, bình thường 12-15 lần trong 1 phút nếu tăng có thể do tiêu chảy hoặc giảm như trong bán tắc ruột.
- Gõ vùng bụng đánh giá độ to của gan, lách, xác định bóng hơi dạ dày.
- Khám bụng nông và sâu để phát hiện các khối u trong bụng.
- Theo dõi các xét nghiệm về chức năng gan, mật, tụy các cơ quan ảnh hưởng đến đường tiêu hoá.

7.2. Chẩn đoán điều dưỡng

7.2.1. Nguyên nhân của táo bón

- Vận động kém.
- Phòng vệ sinh không tiện nghi.
- Môi trường lạ.
- Thiếu nước (lượng nước nhập ít hơn nhu cầu).
- Chế độ ăn ít chất xơ.
- Lạm dụng thuốc nhuận tràng.

7.2.2. Nguyên nhân của tiêu chảy

- Ngộ độ thức ăn, thức ăn không hợp vệ sinh.
- Căng thẳng hay lo lắng quá mức.
- Chế độ ăn không phù hợp với thói quen.

7.2.3. Nguyên nhân của tiêu không tự chủ

- Tổn thương thần kinh, bệnh lý về thần kinh.
- Trầm cảm hay lo lắng quá mức.

7.2.4. Đau vùng hậu môn do trĩ

7.2.5. Nguy cơ tổn thương da do dịch từ hậu môn nhân tạo

7.3. Kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Mục tiêu của việc chăm sóc là

- Người bệnh có sự hiểu biết về quá trình bài tiết bình thường.
- Có thói quen đi đại tiện điều độ.
- Có kiến thức về nhu cầu dinh dưỡng đặc biệt là nhu cầu về chất xơ và nước trong chế độ ăn hàng ngày.
- Xây dựng thói quen vận động (tập thể dục): khuyến khích người bệnh nên đi lại vận động nếu được, đối với người bệnh bất động tại giường ta nên tập vận động thụ động hoặc chủ động tại giường.
- Người bệnh cảm thấy thoải mái khi nằm viện nhất là có sự kín đáo khi đi đại tiện, nếu người bệnh không đi vào nhà vệ sinh được người điều dưỡng nên giữ an toàn và tiện nghi khi người bệnh đi đại tiện, để đầu người bệnh cao 30 độ (nếu được) giúp người bệnh đi đại tiện dễ dàng, động tác đặt bô hoặc lấy bô thật nhẹ nhàng tránh làm tổn thương da người bệnh.
- Duy trì sự toàn vẹn của da, quản lý các lỗ mở ra da tránh dò dịch ra ngoài gây lở loét da.

7.3.2. Lượng giá

- Người bệnh đi cầu với phân thành khuôn, mềm, không đau.
- Người bệnh nhận biết được các dấu hiệu của việc bài tiết bất thường qua đường tiêu hoá.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi

1. Nêu định nghĩa của nhu cầu năng lượng cho chuyển hoá cơ bản.
2. Nêu các nhu cầu về chất.
3. Nêu các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu năng lượng cho chuyển hoá cơ bản.
4. Nêu cách tính nhu cầu năng lượng cho một người bình thường trong một ngày.
5. Nêu các vai trò và chức năng của các chất hữu cơ và vô cơ.
6. Kể các bước xây dựng khẩu phần ăn cho một người bình thường.

7. Nêu các yêu cầu ăn ngon miệng.
8. Nêu các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình tiêu hoá.
9. Kể các rối loạn về đường tiêu hoá thường gặp.

Phân biệt đúng (Đ) sai (S)

10. Nước và chất khoáng là những chất không tạo ra năng lượng.
11. Vitamin A, D, E, K tan trong dầu.
12. Lipid là chất cung cấp năng lượng chính cho cơ thể.
13. Nhu cầu về lipid chiếm 20% tổng số nhu cầu năng lượng trong ngày.

Chọn câu trả lời đúng nhất

14. Nhu cầu về protid trong thành phần dinh dưỡng:
 - A. 1- 1,5 g/kg/ ngày
 - B. 1,5- 2 g/kg/ngày
 - C. 2- 2,5 g/kg/ngày
 - D. 2,5- 3 g/kg/ngày
 - E. Tất cả đều sai
15. Tình nhu cầu về năng lượng cho một người trong một ngày dựa vào:
 - A. Cân nặng, tuổi, giới tính, loại lao động
 - B. Chiều cao, tuổi, giới tính, cân nặng
 - C. Cường độ lao động, chiều cao, cân nặng, lứa tuổi
 - D. Giới tính, cân nặng, mức độ lao động, chiều cao
 - E. Cân nặng, chiều cao, giới tính, loại hoạt động

Đáp án:

10. Đ 11. Đ 12. S 13. Đ 14. A 15. A

KỸ THUẬT GIÚP NGƯỜI BỆNH ĂN

MỤC TIÊU

1. Trình bày mục đích và chỉ định trong việc giúp người bệnh ăn.
2. Mô tả và thực hiện được kỹ thuật giúp người bệnh ăn qua miệng.
3. Kể được các yếu tố quan trọng trong việc cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho người bệnh.

1. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh ăn được dễ dàng, ngon miệng, với tinh thần vui vẻ thoải mái.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tỉnh, nuốt được nhưng không tự ăn được.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng bệnh lý: gãy xương chi trên, già yếu, suy tim độ III, IV.
- Chế độ ăn bệnh lý của người bệnh (nếu có) hoặc khẩu vị.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng.
- Tổng trạng: gầy, trung bình, quá cân.
- Sự ngon miệng và tính chất phân.

4. DỤNG CỤ

- khay.
- đĩa đựng thức ăn.
- chén, muỗng, đũa.
- Tô đựng thức ăn.
- Dao (nếu cần).
- Ly uống nước.

- Khăn ăn.
- Thức ăn (khẩu phần ăn của người bệnh).

5. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

5.1. Trình bày một khay thức ăn

- Điều dưỡng rửa tay.
- Cơm nóng xới ra đĩa.
- Cho canh ra tô.
- Xúc món mặn ra đĩa.
- Xếp rau ra đĩa.
- Đặt chén nước chấm giữa khay.
- Xếp chén đũa muống và khăn ăn ra khay.
- Mang thêm chanh hay dấm, ớt, tiêu tùy theo ý thích của người bệnh.

5.2. Cách cho người bệnh ăn ở tư thế nằm đầu cao 45 độ

- Điều dưỡng đến nói chuyện vui vẻ với người bệnh, báo cho người bệnh biết giờ ăn cơm.
- Sửa soạn giường bệnh và tủ đầu giường cho gọn.
- Chuẩn bị người bệnh cho tắm tất.
- Cho người bệnh rửa tay.
- Đặt người bệnh ở thế thuận tiện.
- Mang khay thức ăn đến bên giường người bệnh đặt trên tủ đầu giường.
- Choàng khăn ăn trước ngực người bệnh.
- Đặt khay thức ăn trước mặt người bệnh.

5.2.1. Cách giúp người bệnh ăn

- Điều dưỡng xới cơm ra chén, gấp thức ăn và đút từng muống nhỏ cho người bệnh, thêm canh cho dễ nuốt.
- Lần lượt xen kẽ các món ăn cho đến khi xong bữa.
- Cho người bệnh ăn tráng miệng bằng trái cây hoặc bánh ngọt.
- Lau rửa miệng sau khi ăn, cho uống nước và súc miệng trở lại.
- Giúp người bệnh nằm lại tiện nghi.
- Điều dưỡng thu dọn khay ăn và mang về phòng.

5.2.2. Người bệnh tự ăn

Để người bệnh ăn tự nhiên và chỉ giúp khi cần.

6. DỌN DẸP DỤNG CỤ

- Cho tất cả thức ăn thừa vào thùng chứa nếu có.
- Khay và chén bát đựng thức ăn được rửa sạch với nước xà phòng.
- Lau khô và để thoáng.

7. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ cho ăn.
- Khẩu phần ăn.
- Người bệnh ăn được nhiều hay ít, tại sao? Thức ăn gì người bệnh ăn không được, thức ăn nào thích hoặc không thích.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

8. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Trình bày khay thức ăn đẹp mắt, nhiều màu sắc để kích thích sự thèm ăn của người bệnh.
- Các dụng cụ đựng thức ăn phải sạch sẽ và vui mắt.
- Loại bỏ những yếu tố làm người bệnh ăn không ngon miệng: vệ sinh răng miệng sạch sẽ, thức ăn nóng, hợp khẩu vị, thay đổi món ăn thường xuyên, phù hợp với kinh tế.
- Điều dưỡng luôn có thái độ ân cần, vui vẻ trong lúc giúp người bệnh ăn.
- Đảm bảo ăn đúng giờ và không nên kéo dài bữa ăn.
- Lợi dụng cơ hội khi cho người bệnh ăn, hướng dẫn những vấn đề dinh dưỡng cần thiết cho họ.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐƯA THỨC ĂN VÀO CƠ THỂ NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

1. Kể 5 phương pháp đưa thức ăn vào cơ thể người bệnh.
2. Trình bày các chỉ định, tiện lợi, bất lợi và những điểm lưu ý của các phương pháp đưa thức ăn vào cơ thể.

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều hình thức đưa thức ăn vào cơ thể người bệnh tùy theo tình trạng bệnh lý:

- Người bệnh được nuôi dưỡng bằng cách cho người bệnh ăn qua đường miệng.
- Người bệnh được nuôi dưỡng bằng cách cho người bệnh ăn qua ống thông mũi dạ dày, hoặc ống thông mũi ruột non.
- Người bệnh được nuôi dưỡng bằng cách cho người bệnh ăn qua lỗ mở dạ dày ra da, hoặc mở ruột non ra da...
- Người bệnh được nuôi dưỡng bằng cách nhỏ từng giọt vào hậu môn (hiện nay ít dùng vì chức năng sinh lý của đại tràng chỉ hấp thu được nước, do vậy cách này thường được dùng để cho thuốc nhỏ giọt qua đường hậu môn).
- Người bệnh được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

2. NUÔI ĂN QUA MIỆNG

2.1. Chỉ định

Chỉ áp dụng cho những người bệnh có khả năng nhai và nuốt bình thường, không có vết thương miệng, tri giác bình thường.

2.2. Yêu cầu

Cung cấp đầy đủ nhu cầu năng lượng cơ bản tùy từng giai đoạn của bệnh và phù hợp với chế độ ăn bệnh lý của từng loại bệnh.

Giúp người bệnh ăn ngon miệng.

Hiểu tâm lý của người bệnh khi bị bệnh (chán ăn, kiêng cử do sợ việc ăn uống ảnh hưởng đến tình trạng bệnh lý). Cần có thái độ quan tâm, ân cần khi tiếp xúc người bệnh, khuyến khích người bệnh ăn, giáo dục cho người bệnh ăn đúng theo chế độ ăn điều trị tùy theo loại bệnh.

Có kiến thức về chế độ ăn uống, các loại thức ăn, giúp người bệnh thoải mái trong việc ăn uống.

Giáo dục người bệnh ăn thức ăn tươi, hợp vệ sinh.

3. NUÔI ĂN QUA ỐNG THÔNG MŨI DẠ DÀY

3.1. Chỉ định

- Người bệnh mê.
- Người bệnh bị tổn thương vùng miệng không nhai, nuốt được: gãy xương hàm, ung thư lưỡi, hầu.
- Người bệnh bị uốn ván nặng.
- Người bệnh từ chối không chịu ăn.



Hình 37.1. Nuôi ăn qua ống thông mũi dạ dày

3.2. Ưu điểm

- Cung cấp đầy đủ nhu cầu năng lượng cho người bệnh.
- Cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng.
- Ít gây tai biến.
- Phù hợp với kinh tế của nhiều người bệnh.
- Không phụ thuộc vào cảm quan của người bệnh.

3.3. Khuyết điểm

- Các enzym đường tiêu hóa bị ức chế, bài tiết dịch tiêu hóa kém.
- Người bệnh không có cảm giác ngon miệng.
- Dễ bị rối loạn tiêu hóa.
- Viêm phổi hít, sặc do vật lạ vào phổi.
- Viêm tắc tuyến nước bọt.
- Lở loét vùng niêm mạc mũi nơi cố định ống.

3.4. Lưu ý

- Cho người bệnh nằm đầu cao khi đặt ống.
- Chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới được cho thức ăn vào.

- Thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu, ấm.
- Mỗi lần cho ăn không quá 300ml, nhiều lần trong ngày 6-8 lần/ngày.
- Nếu dùng túi cho ăn, không lưu thức ăn trong túi quá 3 giờ/lần.
- Túi chứa thức ăn phải được thay hàng ngày.
- Tráng ống trước và sau mỗi lần cho ăn.
- Cho thức ăn vào với áp lực nhẹ (cách dạ dày 15-20cm).
- Cho thức ăn vào liên tục tránh bọt khí.
- Che chở đầu ống tránh côn trùng chui vào.
- Duy trì tư thế nằm đầu cao 30 phút sau khi cho ăn.
- Kiểm tra dịch tồn lưu trong dạ dày trước khi cho ăn lần sau, nếu trên 100ml phải báo bác sĩ.
- Vệ sinh răng miệng và 2 bên mũi người bệnh hàng ngày.
- Thay ống mỗi 5-7 ngày hoặc thay khi ống bị bẩn.

4. MỞ DẠ DÀY RA DA

4.1. Chỉ định

- Không ăn qua đường miệng được, cũng không thể đặt ống qua thực quản được: phồng thực quản, ung thư thực quản.
- Tình trạng người bệnh phải cho ăn bằng ống kéo dài nhiều ngày >1 tháng.

4.2. Bất lợi

- Dễ bị nhiễm trùng chân ống dẫn lưu.
- Ống dễ sút ra ngoài.
- Dễ bị xuất huyết nơi mở dạ dày ra da.
- Và còn một số bất lợi giống như cho ăn qua ống thông.

4.3. Lưu ý

- Tráng ống trước và sau khi cho ăn.
- Chăm sóc ống dẫn lưu hàng ngày: vùng da xung quanh, vị trí ống thông, phát hiện sớm các biến chứng.
- Sau khi cho thức ăn phải che chở kín đầu ống thông.

5. NHỎ TỪNG GIỌT VÀO HẬU MÔN

Phương pháp này ít thông dụng vì ruột thẳng là phần cuối của ruột già, là nơi nhận những cặn bã của quá trình tiêu hóa, không có men tiêu hóa, chỉ có khả năng hấp thụ một số chất bã được phân hủy ở giai đoạn đơn giản như: glucid, acid amin..., khả năng hấp thụ chậm, niêm mạc ruột dễ bị kích thích.

5.1. Chỉ định: cắt bỏ dạ dày, không thể nuôi ăn qua các đường khác.

5.2. Nhược điểm: hiệu quả dinh dưỡng kém, nên chủ yếu dùng cho thuốc nhỏ giọt vào trực tràng để điều trị.

5.3. Lưu ý

- Trước khi nhỏ từng giọt vào hậu môn phải thật rửa sạch trực tràng.
- Thức ăn phải lỏng, dễ tiêu.
- Đây là phương pháp sạch: trước khi cho ăn phải thật tháo sạch trước đó 1-2giờ.
- Dung dịch cho ăn từ 100-200cc, nhiệt độ 37-40°C.
- Dùng ống Sonde Rectal sâu 10cm.
- Cho ăn với áp lực thấp (cách mặt giường 30cm).
- Số giọt trung bình 40 giọt/phút.
- Theo dõi người bệnh: đau bụng, tiêu chảy.

6. NUÔI ĂN QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Là đưa vào máu dung dịch mà cơ thể có thể sử dụng ngay được, áp dụng cho những người bệnh giải phẫu qua đường tiêu hóa, người bệnh suy kiệt, người bệnh mất nước và điện giải, mất máu và huyết tương, hoặc dùng hỗ trợ thêm khi các đường cho ăn khác không hiệu quả.

6.1. Chỉ định

- Không thể nuôi ăn bằng những đường khác.
- Hỗ trợ trong trường hợp người bệnh ăn uống quá kém.
- Thay thế tạm thời khi không thể đưa thức ăn vào dạ dày.

6.2. Ích lợi

- Cung cấp đầy đủ nhu cầu năng lượng và dinh dưỡng.
- Chất dinh dưỡng được hấp thu trực tiếp vào máu.

6.3. Bất lợi

- Đắt tiền.
- Tai biến: dễ gây phản ứng thuốc, các tai biến do truyền dịch.
- Làm cho cơ quan tiêu hóa kém hoạt động.
- Nhiễm trùng (viêm tĩnh mạch), tắc mạch do bọt khí.
- Tổn thương cơ học (mạch máu, thần kinh, mô), viêm cuống tĩnh mạch.
- Phản ứng dị ứng, rối loạn chức năng gan, thận máu.
- Chất đưa vào không đủ loại, không có sự tham gia của bộ máy tiêu hóa.
- Khó sử dụng tại nhà, nhất là người bệnh bị kích động.

6.4. Điều cần lưu ý

- Tuyệt đối vô khuẩn khi tiêm truyền.
- Cho tốc độ chậm 30 giọt/phút, theo y lệnh.
- Nên tiêm vào tĩnh mạch lớn.
- Không nên pha lẫn các loại thuốc khác vào dung dịch.
- Theo dõi các loại biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi truyền.

7. KẾT LUẬN

Trong trường hợp người bệnh nuôi dưỡng bằng ống thông, người bệnh rất bi quan và buồn chán vì không thể ăn bình thường được, không có cảm giác vị giác về thức ăn qua miệng, lưỡi và mặc cảm với các ống thông.

Nhân viên y tế phải động viên, giải thích an ủi, và thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn cho người bệnh, cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng và nước uống trong suốt thời gian người bệnh được thực hiện cho ăn bằng ống thông.

KỸ THUẬT CHO ĂN BẰNG ỐNG

MỤC TIÊU

1. Kể được mục đích và các chỉ định khi cho người bệnh ăn qua sonde.
2. Mô tả và thực hiện được kỹ thuật cho ăn qua ống thông mũi □ dạ dày.
3. Kể được các yếu tố quan trọng trong việc cho ăn qua ống thông mũi □ dạ dày.

1. MỤC ĐÍCH

Là phương pháp dùng ống thông bằng nhựa dẻo (tube levine) đưa vào tận dạ dày qua đường mũi hay miệng để đem thức ăn vào.

2. CHỈ ĐỊNH

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

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

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

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

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Cho người bệnh nằm đầu cao 30-45°.
- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh nếu người bệnh hôn mê về ý nghĩa việc nuôi ăn người bệnh qua tube Levine.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn - tiệt khuẩn.
- Dùng bông cồn sát khuẩn 2 tai nghe và mặt màng của ống nghe trước khi trả về chỗ cũ.

6. GHI VÀO HỒ SƠ

- Ngày giờ cho ăn.
- Loại thức ăn, số lượng thức ăn.
- Số lượng dịch tồn lưu trong dạ dày.
- Thời gian cho ăn nếu nhỏ giọt liên tục.
- Phản ứng của người bệnh khi đặt ống và khi cho ăn (nếu có).
- Tên điều dưỡng cho ăn.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Phải chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới bơm thức ăn vào.
- Rút dịch và thử trên giấy quì là cách tốt nhất để xác định vị trí ống vào đúng trong dạ dày.
- Nếu dùng phương pháp bơm hơi để thử, lượng khí bơm vào không quá 30ml ở người lớn và 10ml ở trẻ sơ sinh.
- Cho thức ăn vào với áp lực nhẹ: tránh bơm mạnh thức ăn vì có thể làm người bệnh nôn ói do dạ dày bị kích thích.
- Khi cho nước hoặc thức ăn, phải cho vào liên tục tránh bọt khí.
- Săn sóc mũi, miệng hàng ngày trong thời gian đặt ống.
- Thay ống mỗi 5-7 ngày hoặc thay sớm hơn nếu ống bị bẩn.
- Mỗi lần thay ống nên thay đổi lỗ mũi.
- Có thể đặt ống qua miệng nếu người bệnh bị viêm mũi (sổ mũi, chảy máu cam).
- Cố định ống phải chừa khoảng cách để cử động, tránh chèn ép lên cánh mũi gây hoại tử.
- Theo dõi cẩn thận lần ăn đầu tiên.
- Theo dõi dịch tồn lưu trong dạ dày cho lần ăn sau, nếu >100ml phải báo bác sĩ.

Bảng 38.1. Bảng kiểm hướng dẫn kỹ năng soạn khay dụng cụ cho ăn qua ống thông mũi – dạ dày

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Rửa tay	- Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật.	- Tóc gọn gàng. - Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
2	Trải khăn sạch		
3	Soạn các dụng cụ trong khăn: - Ống thông (tube levine). - Ly đựng thức ăn theo y lệnh, nhiệt độ 37- 40, số lượng 300 - 500ml. - Ly đựng nước uống được. - Tấm bông để vệ sinh mũi. - Que đè lưỡi. - Gạc miếng miếng. - Bơm tiêm 50ml hoặc ống bơm hút.	- Dụng cụ dùng để thực hiện kỹ thuật cho ăn. - Dụng cụ được sắp xếp gọn gàng ngăn nắp cũng giúp cho người bệnh yên tâm và hợp tác.	- Soạn các dụng cụ đầy đủ, ngăn nắp và an toàn giúp cho việc thực hiện kỹ thuật được hoàn thành tốt
4	Soạn các dụng cụ ngoài khăn: - Khăn bông - Tấm nylon - Bồn hạt đậu - Ống nghe - Găng tay sạch - Giấy thấm - Túi đựng rác y tế - Băng dính - Kim băng - Dây thun		



Hình 38.1. Khay dụng cụ cho ăn bằng ống

Bảng 38.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn mâm dụng cụ cho ăn qua ống thông mũi – dạ dày

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Soạn các dụng cụ trong khăn: <ul style="list-style-type: none"> - Ống thông cho ăn (Tube Levine). - Ly đựng thức ăn theo y lệnh, nhiệt độ 370-40⁰, số lượng 250-300ml. - Ly đựng nước uống được. - Tấm bông để vệ sinh mũi. - Que đũa lưỡi. - Gạc miếng. - Bơm tiêm 50ml hoặc ống bơm hút. 			
4	Soạn các dụng cụ ngoài khăn: <ul style="list-style-type: none"> - Khăn bông. - Tấm nylon. - Bồn hạt đậu. - Ống nghe. - Găng tay sạch. - Giấy thấm. - Túi đựng rác y tế. - Băng dính. - Kim tây. - Dây thun. 			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

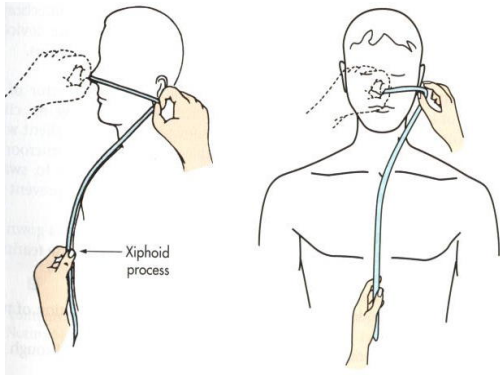
Bảng 38.3. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng cho ăn qua ống thông mũi – dạ dày

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh.	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao.	Tư thế giúp việc đặt ống thông qua mũi hầu dễ dàng.	Nằm đầu cao 30 ⁰ -45 ⁰
3	Choàng tấm nilon và khăn qua cổ người bệnh.	Giúp người bệnh tiện nghi tránh bị dính chất tiết.	Tấm nylon và khăn có thể hứng chất tiết nếu có vương vãi ra ngoài.
4	Vệ sinh 2 lỗ mũi (nếu đặt ở mũi).	Giảm bớt sự nhiễm bẩn từ mũi của ống thông trước khi đặt vào dạ dày.	Vệ sinh mũi nhẹ nhàng tránh gây kích thích làm người bệnh tăng tiết chất nhầy.
5	Đặt bốn hạt đậu.	Hứng dịch chảy ra.	Đặt bốn hạt đậu cạnh má.
6	Rửa tay, mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.	Rửa tay nhanh.
7	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến trái tai, từ trái tai đến mũi ức.	Xác định chính xác độ dài từ mũi đến tâm vị.	Không được chạm ống thông trên người bệnh trong khi đo ống.
8	Làm dấu bằng băng keo nhỏ.	Nhắc nhớ vị trí đã đo.	Dùng miếng băng keo nhỏ dán quanh ống nơi vị trí vừa đo.
9	Dùng gạc miếng cầm ống thông nhúng đầu ống vào ly nước.	Đặt ống thông dễ dàng qua mũi vào đến hầu.	Làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống, có thể dùng chất trơn tan trong nước.
10	Đưa ống qua mũi (miệng) đến hầu bảo người bệnh nuốt.	Hạn chế sự tổn thương niêm mạc thực quản trong khi đặt ống.	Đặt ống vào bằng với khoảng cách đo từ mũi đến trái tai.
11	Dùng que đũa kiểm tra ống qua khỏi hầu.	Xác định vị trí đầu ống thông không cuộn trong miệng.	Khi đưa ống đi qua hầu mới dùng que đũa kiểm tra xem ống thông có đi bằng qua hầu chưa.
12	Đưa ống thông vào tiếp tục theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu.	Hạn chế tổn thương niêm mạc thực quản.	Đặt theo nhịp nuốt của người bệnh.

13	<p>Thử ống: đi từng bước một:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rút dịch trong dạ dày thử trên giấy quì nếu là acid, thì ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2). - Bơm hơi vào dạ dày (10-30ml) và đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra. 	Xác định chính xác ống thông vào đúng trong dạ dày.	Kiểm tra từng cách một, cách rút dịch thử trên giấy thử là cách tốt nhất để xác định ống có vào đúng trong dạ dày chưa.
18	Cố định ống ở mũi hoặc má.	Tránh sút ống ra ngoài.	Dùng băng keo cố định ống trên mũi, tránh đè ép lên cánh mũi gây hoại tử.
19	Gắn phễu vào đầu ống thông.	Giúp việc cho thức ăn qua ống thông dễ dàng hơn.	Phễu lên cao, cách dạ dày người bệnh 15-20cm.
20	Cho ít nước vào ống để tráng ống.	Trơn lòng ống tránh bám dính thức ăn trong lòng ống.	Cho lượng nước vừa đủ khoảng 20ml, tránh để bọt khí vào khi đang cho nước hoặc thức ăn.
21	Cho thức ăn vào từ từ với áp lực nhẹ.	Hạn chế sự kích thích dạ dày.	Phễu cách mặt người bệnh 15-20cm, và cho liên tục tránh để bọt khí vào.
22	Tráng ống sạch bằng nước chín.	Giảm bớt sự bám dính thức ăn trong lòng ống.	Tráng ống cũng với lượng nước vừa đủ.
23	Lau khô và che chỗ kín đầu ống thông.	Tránh côn trùng chuôi vào trong lòng ống thông.	Bấm ống giữ dòng nước trong trong lòng ống.
24	Cố định ống ở đầu giường.	Gọn gàng, tiện nghi cho người bệnh.	Cố định ống lên vai áo nếu người bệnh đi lại nhiều, hoặc lên đầu giường hay lên gối khi nằm lâu tại chỗ.
25	Lau sạch miệng mũi người bệnh. Giúp người bệnh tiện nghi.	Giúp người bệnh tiện nghi.	Dùng khăn choàng qua ngực lau mũi miệng người bệnh.
26	Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 3.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng cho ăn qua ống thông mũi-dạ dày

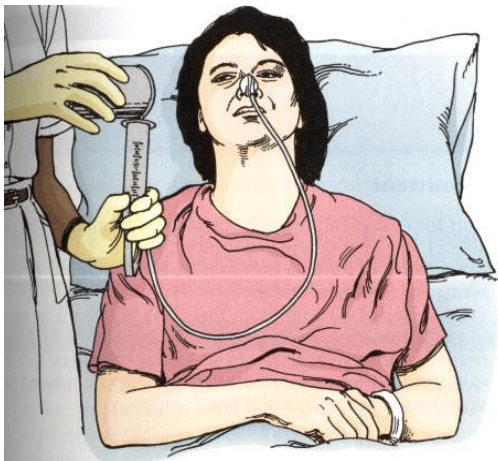
Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh			
2	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao			
3	Choàng tấm nilon và khăn qua cổ người bệnh			
4	Vệ sinh 2 lỗ mũi (nếu đặt ở mũi)			
5	Đặt bốn hạt đậu cạnh má			
6	Rửa tay, mang găng tay sạch			
7	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến trái tai, từ trái tai đến mũi ức			
8	Làm dấu bằng băng keo nhỏ			
9	Dùng gạc cầm Tube Levine nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống			
10	Đưa ống qua mũi (miệng) đến hầu bảo người bệnh nuốt			
11	Dùng que đũa lưỡi kiểm tra ống qua khỏi hầu			
12	Đưa tube Levine vào tiếp tục theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu			
13	Thử ống: đi từng bước một: - Rút dịch trong dạ dày thử trên giấy quì nếu là acid, thì ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2). - Bơm hơi vào dạ dày (khoảng 10- 30ml) và đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra. Nếu có dịch là ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2).			
14	Cố định ống ở mũi hoặc má			
15	Gắn phễu vào đầu tube Levine			
16	Cho ít nước vào ống - tráng ống			
17	Cho thức ăn vào từ từ với áp lực nhẹ (phễu cách mặt người bệnh 15-20cm) và cho liên tục tránh để bọt khí vào			
18	Tráng ống sạch bằng nước chín			
19	Lau khô và che chỗ kín đầu tube Levine			
20	Cố định ống ở đầu giường			
21	Lau sạch miệng mũi người bệnh, tháo găng tay.			
22	Giúp người bệnh tiện nghi			
23	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 38.2. Cách đo độ dài đặt ống



Hình 38.4. Cho ăn liên tục qua tube Levine



Hình 38.3. Cách cho ăn qua sonde

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời câu hỏi ngắn

1. Nêu 3 chỉ định cho ăn qua sonde.
2. Trong 2 cách kiểm tra, cách nào để xác định ống thông chắc chắn vào đúng trong dạ dày.
3. Nêu các phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh.
4. Nêu cách chăm sóc người bệnh nuôi ăn qua đường miệng.
5. Nêu cách chăm sóc người bệnh nuôi ăn qua sonde.

Phân biệt đúng (Đ), sai (S)

6. Nếu dùng phương pháp bơm hơi để thử, lượng khí bơm vào không quá 30ml ở người lớn và 10ml ở trẻ sơ sinh.
7. Cho thức ăn vào với áp lực nhẹ: tránh bơm mạnh thức ăn vì có thể làm người bệnh nôn ói do dạ dày bị kích thích.
8. Khi cho nước hoặc thức ăn, không cần cho vào liên tục.
9. Săn sóc mũi, miệng hàng ngày trong thời gian đặt ống.

Chọn câu trả lời đúng nhất

10. Cách thử chính xác nhất để biết tube Levin đã vào trong dạ dày:
 - A. Để đuôi tube Levin vào ly nước.
 - B. Rút dịch từ tube Levin, thử trên giấy quì.
 - C. Bơm hơi vào dạ dày, nghe vùng thượng vị.
 - D. Chụp X-quang.
 - E. Tất cả đều đúng.
11. Tư thế người bệnh khi đặt ống thông Levine:
 - A. Người bệnh nằm đầu thấp.
 - B. Người bệnh nằm ngửa thẳng.
 - C. Người bệnh nằm đầu cao.
 - D. Người bệnh nằm sấp.
 - E. Người bệnh nằm đầu nghiêng.
12. Lợi ích của cho ăn qua đường truyền dịch:
 - A. Nhanh, cấp cứu ngay, đỡ tốn tiền.
 - B. Trực tiếp vào máu, không bị phân hóa bởi đường tiêu hóa.
 - C. Cung cấp các chất theo nhu cầu dinh dưỡng.
 - D. Không phải pha chế mất thời gian.
 - E. Tất cả các câu trên đều đúng.
13. Bất lợi của cho ăn bằng ống thông qua mũi miệng:
 - A. Không cung cấp đủ các thành phần theo nhu cầu dinh dưỡng.
 - B. Người bệnh ăn không biết ngon.
 - C. Không kích thích sự hoạt động của tuyến nước bọt.
 - D. Thường gây hiện tượng trào ngược.
 - E. Các câu B, C, D đúng.

Đáp án: 6. Đ 7. Đ 8. Đ 9. Đ 10. D 11. C 12. B 13. E

DINH DƯỠNG TRONG ĐIỀU TRỊ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của dinh dưỡng trong điều trị.
2. Trình bày được các nguyên tắc xây dựng chế độ ăn bệnh lý.
3. Kể được 3 giai đoạn dinh dưỡng trong tiến trình bệnh.
4. Trình bày được các chế độ ăn hạn chế sợi, xơ, chất béo, đạm, đường.
5. Trình bày được chế độ ăn tăng đạm, cho người bệnh phẫu thuật.
6. Kể được các ứng dụng của chế độ ăn trong một số trường hợp bệnh lý.

1. MỤC ĐÍCH

- Đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng bình thường.
- Có tác dụng trực tiếp đến nguyên nhân gây bệnh.
- Tăng cường sức đề kháng cho cơ thể.
- Có tác dụng điều hòa thần kinh và thể dịch.
- Phòng ngừa bệnh.

2. NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG KHẨU PHẦN ĂN CHO NGƯỜI BỆNH

- Chế độ ăn điều trị không kéo dài, chỉ thực hiện trong giai đoạn điều trị.
- Trong khẩu phần ăn bệnh lý, tỷ lệ P:L:G thay đổi tùy theo bệnh không như bình thường.
- Chế biến thức ăn đúng theo yêu cầu của điều trị.
- Thức ăn hợp khẩu vị của người bệnh, hợp vệ sinh.
- Sử dụng các thực phẩm có sẵn tại địa phương, theo mùa và phù hợp với tình hình kinh tế của người bệnh.
- Động viên, khuyến khích người bệnh ăn đúng chế độ điều trị.

3. CÁC GIAI ĐOẠN ĂN TRONG ĐIỀU TRỊ

Trong một bệnh lý có 3 giai đoạn:

- Giai đoạn ủ bệnh.

- Giai đoạn toàn phát.
- Giai đoạn hồi phục.

Tùy theo mỗi giai đoạn mà có chế độ ăn khác nhau.

3.1. Giai đoạn ủ bệnh

Năng lượng cần cung cấp: 1500Kcalor/ngày. Chủ yếu là nước, vitamin, khoáng chất.

3.2. Giai đoạn toàn phát

Sự hấp thu thức ăn trong giai đoạn này rất kém nhưng cơ thể vẫn phải chống chọi với bệnh tật và rất cần năng lượng. Vì vậy, năng lượng được lấy từ phân dự trữ của cơ thể.

Trong giai đoạn này, năng lượng cung cấp chủ yếu cho hoạt động chuyển hoá cơ bản, giúp cơ thể tồn tại khoảng 1500-2000 Kcalor/ngày.

3.3. Giai đoạn hồi phục

Người bệnh ăn **ngon miệng** hơn, nhu cầu năng lượng của cơ thể tăng lên để bù đắp phần bị mất.

- Năng lượng cần cung cấp: 3000Kcalor/ngày.
- Cần tăng cung cấp protein: 1,5-2g/kg/ngày.

Giai đoạn hồi phục kéo dài khoảng 1 tuần hoặc hơn tùy theo thể trạng của người bệnh. Đối với người bệnh lao, giai đoạn hồi phục kéo dài và nhu cầu dinh dưỡng cao.

4. MỘT SỐ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ

4.1. Chế độ ăn hạn chế sợi và xơ

- Sợi, xơ gây kích thích nhu động ruột nên đối với những người bệnh bị tổn thương niêm mạc ruột, tiêu chảy cần hạn chế.
- Chế độ ăn hạn chế xơ tương đối hoặc tuyệt đối tùy theo tình trạng của người bệnh.
- Tương đối: người bệnh tiêu chảy nhẹ, không bị tổn thương niêm mạc ruột.
- Tuyệt đối: viêm ruột, xuất huyết tiêu hóa, hậu môn nhân tạo, thương hàn...
- Thức ăn nhiều xơ: rau, khoai, củ, thơm, lê, táo, đu đủ, sắn, đậu, gạo lức, gân, sụn.
- Thức ăn ít chất xơ: bơ, sữa, trứng, nước trái cây, rau non, thịt động vật...

4.2. Chế độ ăn hạn chế chất béo

Cần hạn chế chất béo đối với những người bệnh: có bệnh lý tim mạch, bệnh lý gan, mật (xơ gan, sỏi mật, viêm túi mật, tắc mật) người bệnh béo phì.

- Thức ăn giàu chất béo: mỡ động vật, chocolate, sữa béo, trứng, gạch tôm cua,...
- Thức ăn ít chất béo: gạo, thịt nạc, cá, thịt tôm, cua, nghêu...

4.3. Chế độ ăn hạn chế đạm

Áp dụng đối với những người bệnh có bệnh lý ở thận (suy thận, viêm cầu thận cấp...), người bệnh ure huyết cao.

- Thức ăn giàu đạm: thịt, cá, trứng, sữa, đậu nành.
- Thức ăn ít đạm: trái cây, rau,...

Ví dụ: trong hội chứng thận hư: người bệnh tiểu ra đạm $>3,5g/24$ giờ → người bệnh thiếu đạm dẫn đến suy dinh dưỡng, nhưng nếu bồi hoàn protein người bệnh vẫn thải ra nước tiểu.

Chế độ ăn đối với hội chứng thận hư: lượng đạm ăn vào bằng lượng đạm thải ra cộng với $0,8g/kg/ngày$.

4.4. Chế độ ăn tăng đạm

Trong giai đoạn hồi phục, cần cung cấp năng lượng cho cơ thể để bù vào lượng mất đi ở giai đoạn toàn phát.

Áp dụng: bệnh mãn tính (lao), suy dinh dưỡng, thiếu máu, người bệnh sau phẫu thuật, chấn thương, vết thương sâu-rộng, người bệnh bị rối loạn chuyển hóa glucid.

4.5. Chế độ ăn hạn chế muối

- Thức ăn có nhiều muối: rau muống, trứng.
- Thức ăn không có muối: gạo, đường, cá nước ngọt, rau, khoai tây

Áp dụng:

- Hạn chế muối tuyệt đối: người bệnh ăn khoảng 2-3g muối/ngày.
- Các bệnh viêm cầu thận cấp, suy thận cấp, suy tim nặng, phù cấp tính do những nguyên nhân khác.
- Hạn chế muối tương đối: người bệnh có thể ăn các loại thức ăn có sẵn muối: đồ biển, rau muống không nêm muối vào thức ăn, lượng muối có thể dùng là $4g/ngày$.

Các bệnh như: suy tim nhẹ, phù nhẹ, đang điều trị bằng corticoid.

4.6. Chế độ ăn hạn chế đường

- Đường huyết cao có thể gây: viêm cầu thận, viêm động mạch đầu chi, xơ vữa động mạch.
- Nguyên tắc: đảm bảo nhu cầu năng lượng cần thiết 30 Kcalor/kg/ngày vì vậy cần tăng cung cấp protid, lipid (P : L : G = 1 : 1,2 : 2,5); protid: 1-1,5 g/kg/ngày.
- Hạn chế tối đa glucid: người bệnh chỉ ăn khoảng 100g gạo/ngày.
- Thức ăn nhiều glucid: trái cây ngọt hay sấy khô, gạo ngũ cốc.
- Thức ăn ít glucid: thịt, rau...

4.7. Chế độ ăn đối với người bệnh có phẫu thuật

Người bệnh phẫu thuật có thể mất nhiều máu, mô, nước, điện giải do đó nhu cầu năng lượng tăng.

4.7.1. Giai đoạn trước phẫu thuật

Khoảng 7 ngày trước khi phẫu thuật, người bệnh cần được tăng cường cung cấp đạm, glucid, vitamin nhằm tăng sức đề kháng cho cơ thể.

Một ngày trước phẫu thuật, người bệnh phải nhịn ăn và uống nước với số lượng hạn chế.

4.7.2. Giai đoạn sau phẫu thuật

- Người bệnh chưa đánh hơi:
 - + Phẫu thuật không liên quan đến đường tiêu hóa: cho người bệnh nhấp nước đường, nước hoa quả.
 - + Phẫu thuật đường tiêu hóa: chỉ nhấp môi bằng nước.
- Người bệnh đã đánh hơi:
 - + Phẫu thuật không liên quan đến đường tiêu hóa: cho người bệnh ăn thức ăn từ loãng đến đặc, tăng dần đạm, vitamin.
 - + Phẫu thuật đường tiêu hóa: thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu, không dùng sữa.

4.7.3. Giai đoạn hồi phục: tăng cường cung cấp chất dinh dưỡng, năng lượng 2000-3000 Kcalor/ngày.

5. ỨNG DỤNG TRONG MỘT SỐ BỆNH LÝ

5.1. Chế độ ăn trong bệnh tiêu chảy

5.1.1. Mục đích

- Tránh suy dinh dưỡng.
- Bồi hoàn nước điện giải.
- Tận dụng sự hấp thu còn lại của ruột.
- Làm giảm nhu động ruột.

5.1.2. Nguyên tắc

- Tiếp tục cho người bệnh ăn bình thường, uống nước theo nhu cầu.
- Nên ăn thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu.
- Hạn chế chất xơ, gia vị và những loại thức ăn gây kích thích đường tiêu hóa.
- Dùng kèm men tiêu hóa: bialactin.
- Cung cấp năng lượng, protein để bồi hoàn cho cơ thể.

5.2. Chế độ ăn trong bệnh loét dạ dày tá tràng

5.2.1. Mục đích

- Giảm co thắt dạ dày.
- Trung hòa dịch dạ dày.
- Ổn định sự tiết dịch.

5.2.2. Nguyên tắc: không dùng thức ăn gây kích thích niêm mạc dạ dày, tá tràng.

- Khi người bệnh có cơn đau:
 - + Làm loãng acid dạ dày: uống nước, thuốc.
 - + Ăn thức ăn trung hòa như: sữa, cháo.
- Khi người bệnh ổn định:
 - + Ăn nhiều bữa trong ngày, không ăn quá no hay quá đói.
 - + Thức ăn dễ tiêu, nấu chín, hạn chế thức ăn tươi sống.
 - + Loại bỏ thức ăn có chất kích thích: chua, cay, thức ăn có nhiều xơ, rượu, cà phê, thức ăn quá nóng, quá lạnh.

5.3. CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH LÝ VỀ GAN MẬT

5.3.1. Mục đích

- Giảm tình trạng phá hủy tế bào gan
- Giúp tế bào gan phục hồi nhanh
- Giảm sự thoái hoá của tế bào gan
- Giảm bài tiết mật

5.3.2. Nguyên tắc

- Ăn chủ yếu glucid, protein, hạn chế lipid.
- Thay mỡ động vật bằng dầu thực vật.
- Tăng vitamin, chú ý vitamin nhóm B.

- Nên dùng các loại đường đơn cho người bệnh dễ hấp thu (đường trong hoa quả).
- Trong một số trường hợp người bệnh phải hạn chế cả protid khi người bệnh có ure huyết tăng (hội chứng gan thận).
- Cho người bệnh ăn nhiều lần trong ngày với số lượng ít.
- Giảm chất kích thích gây tiết mật: mỡ, trứng.

5.4. Chế độ ăn trong bệnh về thận

5.4.1. Mục đích

- Giảm gánh nặng cho thận, giảm phù.
- Giảm muối, nước, protein.
- Đảm bảo đủ nhu cầu năng lượng hằng ngày cho người bệnh.

5.4.2. Nguyên tắc

- Hạn chế chất béo, ít đạm, rượu bia.
- Thúc ăn nhiều xơ, **yoghurt**.
- Tăng cường glucid.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi

1. Nêu nguyên tắc xây dựng khẩu phần ăn bệnh lý cho người bệnh.
2. Kể nhu cầu dinh dưỡng cho từng giai đoạn bệnh.
3. Xây dựng khẩu phần ăn hạn chế muối.
4. Nêu chế độ ăn trên người bệnh tiêu chảy.

Phân biệt đúng (Đ), sai (S)

5. Người hôn mê, chỉ cho ăn bằng đường truyền tĩnh mạch.
6. Trong chế độ ăn điều trị có 3 giai đoạn: ủ bệnh, toàn phát và hồi phục.
7. Giai đoạn hồi phục chỉ cần cung cấp năng lượng tùy theo nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.
8. Chế độ ăn hạn chế muối tương đối là không được nêm muối vào các món ăn.
9. Mục đích của chế độ ăn trong loét dạ dày tá tràng là làm giảm co thắt dạ dày và tăng nồng độ acid trong dạ dày.
10. Các loại thức ăn có nhiều glucid không nên dùng cho người bệnh tiểu đường.

Đáp án: 5. S 6. Đ 7. S 8. Đ 9. S 10. Đ

HÚT DỊCH VỊ – TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa của hút dịch vị – tá tràng.*
2. *Liệt kê được hai mục đích và chỉ định hút dịch vị – tá tràng.*
3. *Trình bày được cách theo dõi và chăm sóc người bệnh hút dịch vị – tá tràng.*
4. *Mô tả và thực hiện được kỹ thuật hút dịch vị.*
5. *Kể được các yếu tố quan trọng trong việc hút dịch vị đúng cách.*

A – HÚT DỊCH DẠ DÀY

NHẮC LẠI GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

Dạ dày là một túi giãn có thể tích 1,5 lít.

Dạ dày có nhiệm vụ dự trữ, nhào trộn thức ăn với dịch dạ dày. Dạ dày gồm 3 phần: đáy, thân và hang vị.

Hoạt động cơ học, gồm 4 giai đoạn:

- Dự trữ thức ăn.
- Cử động nhào trộn và đẩy thức ăn.
- Phức hợp cơ động.
- Sự thoát thức ăn khỏi dạ dày: tình trạng căng thành dạ dày, tiết hormon gastrin.
- Hoạt động bài tiết: nhằm tiếp tục sự phân nhỏ thức ăn đã được thực hiện bởi các men phân nhỏ thức ăn của tuyến nước bọt.
- Sự bài tiết các tuyến acid: tuyến acid nằm ở đáy và thân vị, được cấu tạo bởi 3 loại tế bào: tế bào cổ tuyến bài tiết chất nhầy, tế bào thành bài tiết HCl và yếu tố nội tại, tế bào chính bài tiết pepsinogen.

- Cơ chế bài tiết HCl: có vai trò tạo môi trường acid cho hoạt động của pepsin, biến đổi pepsinogen thành pepsin và giết các vi khuẩn được ăn vào.
- Sự bài tiết pepsinogen: acid dạ dày và secretin đều làm tăng sự bài tiết pepsinogen của tế bào chính.
- Sự bài tiết yếu tố nội tại: được bài tiết cùng lúc với HCl bởi tế bào chính, rất cần thiết cho sự hấp thu B₁₂ ở hồng tràng.
- Sự bài tiết các tuyến ở môn vị (gastrin và chất nhầy): dịch vị được tiết ra khoảng 2 lít mỗi ngày.

1. ĐỊNH NGHĨA

Hút dịch dạ dày: là thủ thuật đưa ống thông qua đường mũi hoặc miệng và dạ dày để hút dịch trong dạ dày với mục đích để trị liệu hay chẩn đoán.

2. MỤC ĐÍCH

2.1. Chẩn đoán bệnh

- Xét nghiệm tìm vi khuẩn.
- Xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch dạ dày để góp phần chẩn đoán một số bệnh.
- Lấy dịch vị để chẩn đoán một số bệnh về dạ dày.
- Tìm vi trùng lao có trong dịch dạ dày.
- Chuẩn bị người bệnh chụp X-quang hệ tiêu hóa có cản quang.

2.2. Điều trị

- Giảm áp lực trong dạ dày do hơi hoặc dịch...
- Lấy hơi hoặc chất ứ đọng trong dạ dày trước khi mổ.
- Ngừa và trị chướng bụng sau khi phẫu thuật.
- Lấy chất dịch ứ đọng trong dạ dày, ruột: trường hợp người bệnh hẹp môn vị, tắc ruột, bán tắc ruột.

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP HÚT DỊCH DẠ DÀY

- Dùng ống thông

3.1. Hút ngắt quãng - hút đơn giản: đặt ống vào dạ dày, dùng bơm tiêm lắp vào đầu ngoài của ống, hút dịch ra hoặc để dịch tự chảy vào túi chứa theo trọng lực.

3.2. Hút liên tục: với lực hút của máy từ 9-12mmHg, áp lực này không làm tổn thương niêm mạc dạ dày gây xuất huyết.

✦ Mục đích:

- Tìm vi khuẩn.
- Xét nghiệm thành phần, tính chất, số lượng dịch vị .
- Xét nghiệm áp lực trong dạ dày.
- Lấy dịch vị khi đói để xem có dịch ứ đọng, hoặc hiện tượng tăng tiết dịch.
- Tìm tế bào giúp chẩn đoán bệnh ở dạ dày.
- Lấy dịch vị sau khi tiêm histamin kiểm tra sự bài tiết HCl và pepsin.

4. QUI TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÚT DỊCH DẠ DÀY

4.1. Nhận định

- Tổng trạng, tuổi, tình trạng tri giác, dấu sinh hiệu.
- Tình trạng bụng: căng chướng? Mềm? Đau? ...
- Nhận định nhu động ruột.
- Nhận định tình trạng mũi của người bệnh: viêm? Kích thích? Xuất tiết?

4.2. Chẩn đoán

- Nguy cơ nôn ói do kích thích.
- Nguy cơ hít sặc.
- Nguy cơ viêm phổi hít.
- Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do tổn thương niêm mạc thực quản hoặc dạ dày.

4.3. Can thiệp và chăm sóc

- Giải thích và trấn an tinh thần người bệnh để người bệnh hợp tác.
- Cho người bệnh nằm tư thế semi Fowler (15–30°) nếu tình trạng bệnh cho phép.
- Phải chắc chắn ống vào đúng trong dạ dày mới được hút.
- Điều chỉnh áp lực hút theo y lệnh của bác sĩ.
- Kiểm tra hệ thống máy hút, quan sát dịch dạ dày chảy ra để chắc chắn máy hút hoạt động tốt.
- Theo dõi hệ thống hút mỗi 30 phút cho đến khi hệ thống hoạt động tốt thì theo dõi mỗi 2 giờ.
- Ghi nhận màu sắc, số lượng, tính chất của dịch chảy ra.

- Trong lúc rửa luôn luôn quan sát tình trạng người bệnh.
- Vệ sinh mũi miệng của người bệnh mỗi 3 giờ hoặc ngay khi cần.
- Thay bình chứa dịch hút mỗi 8 giờ hoặc khi lượng dịch lên đến bình.
- Khuyến khích người bệnh xoay trở tại giường nếu tình trạng bệnh cho phép.

⊕ **Nguy cơ hít sặc, viêm phổi hít:**

- Người bệnh có thể ho và thường hay nôn mửa khi ống chạm vào hầu, nên bảo người bệnh hít thở sâu bằng miệng để làm giảm bớt co thắt thực quản và phản xạ nôn.
- Chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới gắn đuôi ống vào hệ thống máy hút.
- Khi người bệnh khó chịu hoặc tím tái cần rút ống ra ngay.

⊕ **Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do tổn thương niêm mạc thực quản hoặc dạ dày:**

- Khi đặt ống cần nhẹ nhàng, không nên dùng sức.
- Khi rửa nếu thấy có máu chảy ra thì rút ống ra ngay.

5. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KHI HÚT DỊCH DẠ DÀY

- Trường hợp để xác định số lượng dịch dạ dày: hút cho đến lúc dịch không còn chảy ra nữa. Sau đó, ghi nhận số lượng, màu sắc, tính chất của dịch dạ dày.
- Nếu tìm trực khuẩn lao: lấy 5ml cho vào ống nghiệm và gửi phòng xét nghiệm.
- Kích cỡ ống hút dịch dạ dày (tube Levine) phải phù hợp với người bệnh:
 - + Người lớn: 14-16 Fr.
 - + Trẻ nhỏ: 8-10 Fr.
- Khi đặt ống hút phải đặt nhẹ nhàng → tránh gây tổn thương và đau đớn cho người bệnh. Nếu đặt ống qua đường mũi, cần nhẹ nhàng → tránh xây sát niêm mạc mũi.
- Nếu người bệnh tỉnh bảo người bệnh há miệng để xem ống có bị cuộn vòng trong miệng không? Nếu người bệnh ho sặc, tím tái phải rút ống ra ngay. Vì ống đã đi lạc qua đường hô hấp.
- Phải luôn quan sát người bệnh, nếu thấy người bệnh ho, sặc sụa, tiết nhiều đàm nhớt, khó thở, tím tái → rút ống ra, đặt lại.
- Khi cố định ống hút, phải cố định đúng cách để người bệnh xoay trở dễ dàng, tránh thành ống thông bị tuột ra ngoài.

- Khi hút dịch dạ dày: không được di động ống thông tránh tổn thương niêm mạc dạ dày.
- Chọn lực hút thích hợp, nếu có chỉ định hút liên tục thì hút nhẹ nhàng và từ từ với áp lực thấp.
- Sau khi đặt ống vào dạ dày nối đầu ngoài của ống vào hệ thống hút 3 chai hay hệ thống Wingsicon, theo nguyên tắc bình thông nhau và tạo áp lực âm hay khoảng chân không ở chai đầu tiên của hệ thống bình thông nhau.
 - + Áp lực hút thấp: 80-100mmHg
 - + Áp lực hút cao: 100-120mmHg
- Theo dõi tình trạng chung của người bệnh chỉ số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra.
- Chăm sóc, mũi, miệng người bệnh trong suốt thời gian đặt ống để hút (nếu hút liên tục).
- Dặn người bệnh hoặc người nhà người bệnh không được tự ý hút ống thông ra hoặc tự điều chỉnh áp lực hút.
- Thường xuyên bơm rửa ống thông bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước chín → phòng ống thông bị tắc.
- Thường xuyên thay đổi ống thông, khi thay ống thì đổi luôn cả bên lỗ mũi để đặt ống thông.
- Thường xuyên kiểm tra ống thông có còn đúng vị trí không.

6. KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY

6.1. Chỉ định

- Nghi ngờ (theo dõi lao phổi ở trẻ em) vì lao phổi trẻ em, trẻ em không biết khạc đờm mà thường nuốt đờm.
- Các bệnh viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng, đại tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị, chướng bụng, liệt ruột, tắc ruột.
- Giải phẫu đường tiêu hóa: trước, trong và sau khi phẫu thuật ở đường tiêu hóa (đặc biệt là phẫu thuật ở dạ dày).

6.2. Chống chỉ định

- Bệnh ở thực quản: hẹp, co thắt, chất hẹp, phình tĩnh mạch thực quản. Ngừa tai biến xuất huyết.
- Cấp tính ở thực quản: bỏng thực quản do hóa chất mạnh (acid, base...)
- Trường hợp nghi thủng dạ dày.

6.3. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết để họ yên tâm và hợp tác.
- Tư thế người bệnh thích hợp.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

6.4. Dọn dẹp dụng cụ

- Rửa sạch, lau khô.
- Chuẩn bị dụng cụ gửi đi diệt khuẩn.
- Trả những dụng cụ khác về chỗ cũ.

6.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực hiện.
- Số lượng, tính chất, màu sắc nước hút ra.
- Số mẫu nghiệm gửi (nếu có).
- Tình trạng người bệnh.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

Bảng 40.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ hút dịch dạ dày

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Dụng cụ trong khay gồm: <ul style="list-style-type: none">- Ống Levine (Nếu ống mềm ngâm trong nước đá).- Ống bơm hút (Có thể dùng bơm tiêm 20ml).- Ly nước chín.- Chất trơn (paraffine hoặc glycerince hoặc nước hoặc vaseline).- Gạc.- Ống xét nghiệm.			
4	Dụng cụ khác: <ul style="list-style-type: none">- Bồn hạt đậu sạch.- Khăn bông.- Găng tay sạch.- Vải cao su.- Túi giấy, băng keo làm dấu.- Phiếu xét nghiệm.			
Tổng cộng				

Tổng số điểm đạt được	
------------------------------	--

Bảng 40.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng hút dịch dạ dày

Stt	Các thao tác	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu
2	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao	Tư thế giúp việc đặt ống thông qua mũi hầu dễ dàng	Nằm đầu cao 300-45°
3	Choàng tấm nilon và khăn qua cổ người bệnh	Giúp người bệnh tiện nghi tránh bị dính chất tiết	Tấm nylon và khăn có thể hứng chất tiết nếu có vương vãi ra ngoài
4	Vệ sinh 2 lỗ mũi (nếu đặt ở mũi)	Giảm bớt sự nhiễm bẩn từ mũi của ống thông trước khi đặt vào dạ dày	Vệ sinh mũi nhẹ nhàng tránh gây kích thích làm người bệnh tăng tiết chất nhầy
5	Đặt bốn hạt đậu cạnh má	Hứng dịch chảy ra	Đặt bốn hạt đậu cạnh má
6	Rửa tay, mang găng tay sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm	Rửa tay nhanh
7	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến trái tai, từ trái tai đến mũi ức	Xác định chính xác độ dài từ mũi đến tâm vị	Không được chạm ống thông trên người bệnh trong khi đo ống
8	Làm dấu bằng băng keo nhỏ	Nhắc nhớ vị trí đã đo	Dùng miếng băng keo nhỏ dán quanh ống nơi vị trí vừa đo
9	Dùng gạc cầm Tube Levine nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống	Đặt ống thông dễ dàng qua mũi vào đến hầu	Làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống, có thể dùng chất trơn tan trong nước
10	Đưa ống qua mũi (miệng) đến hầu bảo người bệnh nuốt	Hạn chế sự tổn thương niêm mạc thực quản trong khi đặt ống	Đặt ống vào bằng với khoảng cách đo từ mũi đến trái tai
11	Dùng que đũa kiểm tra ống qua khỏi hầu	Xác định vị trí đầu ống thông không cuộn trong miệng	Khi đưa ống đi qua hầu mới dùng que đũa kiểm tra xem ống thông có đi bằng qua hầu chưa
12	Đưa tube Levine vào tiếp tục theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu	Hạn chế tổn thương niêm mạc thực quản	Đặt theo nhịp nuốt của người bệnh

13	<p>Thử ống: đi từng bước một:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rút dịch trong dạ dày thử trên giấy qui nếu là acid, thì ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2) - Bơm hơi vào dạ dày (khoảng 10-30ml) và đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra. 	Xác định chính xác ống thông vào đúng trong dạ dày	Kiểm tra từng cách một, cách rút dịch thử trên giấy thử là cách tốt nhất để xác định ống có vào đúng trong dạ dày chưa
14	Cố định ống ở mũi hoặc má	Tránh sút ống ra ngoài	Dùng băng keo cố định ống trên mũi, tránh đè ép lên cánh mũi gây hoại tử
15	Hút 5-10ml dịch cho vào ống nghiệm	Lấy số lượng dịch vừa đủ để xét nghiệm	Động tác hút nhẹ nhàng, nếu gặp cản lực nên xoay ống rồi tiếp tục hút
16	Cầm gấp ống lại, rút ống dần ra	Tránh dịch trong ống thông rơi vào hầu	Cầm gọn gàng tránh để chất tiết rơi vãi ra ngoài
17	Cho người bệnh súc miệng	Người bệnh sẽ có cảm giác khó chịu trong miệng	Động tác ân cần
18	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, và cho ăn uống	Giúp người bệnh tiện nghi	Dùng khăn choàng qua ngực lau mũi miệng người bệnh
19	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm đi xét nghiệm	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 40.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng hút dịch dạ dày

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh			
2	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao			
3	Choàng tấm nilon và khăn qua cổ người bệnh			
4	Vệ sinh 2 lỗ mũi (nếu đặt ở mũi)			
5	Đặt bốn hạt đậu cạnh má			
6	Rửa tay, đeo găng tay sạch			
7	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến trái tai, từ trái tai đến mũi ức			
8	Làm dấu bằng băng keo nhỏ			
9	Dùng gạc cầm tube Levine nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống			
10	Đưa ống qua mũi (miệng) đến hầu bảo người bệnh nuốt			
11	Dùng que đũa kiểm tra ống qua hầu			
12	Đưa tube Levine vào tiếp tục theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu			
13	Thử ống: đi từng bước một: - Rút dịch trong dạ dày thử trên giấy quì nếu là acid, thì ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2). - Bơm hơi vào dạ dày (khoảng 10- 30ml) và đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra.			
14	Cố định ống ở mũi hoặc má			
15	Hút 5-10ml dịch cho vào ống nghiệm			
16	Cầm gập ống lại, rút ống dẫn ra			
17	Tháo bỏ găng tay			
18	Cho người bệnh súc miệng, lau mặt			
19	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, và cho ăn uống			
20	Thu dọn dụng cụ			
21	Rửa tay, ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm đi xét nghiệm			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

B - KỸ THUẬT HÚT DỊCH TÁ TRÀNG

NHẮC LẠI GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

Ruột non là nơi quan trọng nhất thực hiện sự tiêu hóa và hấp thu thức ăn với sự hỗ trợ của tuyến tụy, mật và gan. Ruột non chia làm 3 đoạn: tá tràng, hồi tràng và hồi tràng. Chiều dài khoảng 5m, diện tích hấp thụ là 250m², nhờ nếp gấp niêm mạc, nhung mao và vi nhung mao.

Hoạt động cơ học: có vai trò nhào trộn nhũ trấp với dịch tiêu hóa, mật và dịch tụy.

Hoạt động bài tiết: các chất dịch trong tá tràng do 3 nguồn đưa đến tụy, mật và dịch các tuyến của thành ruột non.

Thành phần dịch tụy: khoảng 1200-1500ml/ngày. Enzym quan trọng nhất là trypsin, chymotrypsin, carboxypolypeptidase, ion bicarbonat, nồng độ ion này trong dịch tụy cao hơn nhiều so với huyết tương giúp trung hòa acid của dạ dày.

Thành phần dịch mật: khoảng 200-1100ml/ngày. Mật được tạo ra bởi các tế bào gan rồi sau đó đưa xuống tá tràng bởi hệ thống dẫn mật, hoặc dự trữ trong túi mật. Khi đi qua ống dẫn mật, có thêm sự bài tiết của Na⁺ và HCO₃⁻ vào dịch mật. Thành phần gồm có muối mật, bilirubin, cholesterol, lecithin, các chất điện giải và nước. Muối mật rất cần cho sự tiêu hóa và hấp thu mỡ nhờ tác dụng nhũ tương hóa và thành lập các hạt micelle. Lượng muối mật được bài tiết tùy thuộc vào lượng muối mật được tái hấp thu.

1. ĐỊNH NGHĨA

Hút dịch tá tràng: đặt ống thông vào tá tràng qua đường miệng hoặc mũi để hút dịch mật với mục đích để chẩn đoán và điều trị bệnh.

2. MỤC ĐÍCH

- Lấy mật để chẩn đoán một số bệnh về tụy, gan, mật.
- Thăm dò chức năng bài tiết mật của gan và túi mật.
- Thăm dò chức năng tụy và tá tràng.

3. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi túi mật.
- Tắc mật.
- Viêm túi mật, viêm ống dẫn mật.

4. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Rửa sạch dụng cụ với nước xà phòng, lau khô.
- Gửi tiệt trùng lúc cần.
- Trả những dụng cụ khác về chỗ cũ.

5. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ hút dịch tá tràng.
- Số lượng nước mật hút ra, màu sắc tính chất khác thường (nếu có).

6. PHƯƠNG PHÁP HÚT DỊCH TÁ TRÀNG

- Dùng ống Eirhnor qua miệng vào đoạn II tá tràng để hút dịch tá tràng hay mật với.
- Khi đặt ống vào đoạn II tá tràng, người ta hút được mật A: màu vàng tươi, mật ở ống mật chủ và ống dẫn mật.
- Sau khi bơm $MgSO_4$ 30% người ta hút được mật B: màu nâu sẫm từ túi mật.
- Mật C: mật ở gan, màu vàng rơm.

7. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KHI HÚT DỊCH TÁ TRÀNG

- Trước khi lấy dịch để xét nghiệm người bệnh phải được nhịn đói vào chiều hôm trước, sáng hôm sau phải được thực hiện ngay.
- Khi đặt ống phải nhẹ nhàng.
- Bơm thật chậm $MgSO_4$ để tránh phản xạ nôn.
- Theo dõi triệu chứng đau bụng của người bệnh.



Hình 40.1. khay dụng cụ hút dịch tá tràng

Bảng 40.4. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ hút dịch tá tràng

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Dụng cụ trong khay gồm: <ul style="list-style-type: none"> - Ống Einhorn - Bơm tiêm 20ml - Ly nước chín - Bồn hạt đậu - Chất trơn (Glycerin, nước, paraffine, Vaseline) - Gạc miếng - 3 ống nghiệm có dán nhãn A, B, C - Dung dịch Bicarbonate 2% (nếu cần để rửa dạ dày) - Dung dịch Cocaine (làm giảm phản ứng nôn ói) - Sulfate Magnésie 30%: 20-50ml (hoặc 100ml dầu olive hoặc 25ml dung dịch pepsine 10%). 			
4	Dụng cụ khác: <ul style="list-style-type: none"> - Khăn bông - Vải cao su - Băng keo, kéo - Túi chứa rác thải y tế - Găng tay sạch - Đồng hồ, giấy quỳ - Phiếu xét nghiệm 			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 40.5. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng hút dịch tá tràng

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo, giải thích cho người bệnh	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu
2	Cho người bệnh nằm đầu cao	Tư thế giúp việc đặt ống thông qua mũi hầu dễ dàng	Nằm đầu cao 30°-45°
3	Choàng tấm nylon và khăn che cổ ngực người bệnh, đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh	Giúp người bệnh tiện nghi tránh bị dính chất tiết	Tấm nylon và khăn có thể hứng chất tiết nếu có vương vãi ra ngoài
4	Rửa tay, mang găng tay sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm	Rửa tay nhanh
5	Bơm dung dịch xylocain vào vòm họng người bệnh	Giảm bớt cảm giác nôn	Chỉ bơm nếu người bệnh dễ bị kích thích
6	Đo ống Einhorn: từ miệng đến dải tai, từ dải tai đến mũi ức tương ứng vạch I (tâm vị), vạch II cách vạch I là 15cm (môn vị), vạch III cách vạch II 15cm (khúc II tá tràng)	Xác định chính xác khoảng cách trên ống thông	Không chạm ống vào người bệnh, khi đo không kéo căng ống, đo chính xác
7	Dùng gạc cầm tube Einhorn nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống	Đặt ống thông dễ dàng qua mũi vào đến hầu, xuống thực quản	Làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống, có thể dùng chất trơn tan trong nước
8	Đưa ống Einhorn vào miệng đến dạ dày người bệnh (vạch thứ 2)	Đưa ống vào tâm vị	Đặt nhẹ nhàng theo nhịp nuốt
9	Cho người bệnh nằm nghiêng trái để hút hết dịch vị ở dạ dày	Làm trống dạ dày, môn vị mở ra	Động tác nhẹ nhàng tránh tổn thương niêm mạc dạ dày (bơm Bicarbonate vào giúp môn vị mở ra dễ dàng, nếu cần)
10	Cho người bệnh nằm nghiêng phải và đẩy ống vào đến vạch thứ 3	Đưa ống sâu vào tá tràng	Đặt nhẹ nhàng theo nhịp nuốt
11	Băng cố định ống thông	Tránh sút ống ra ngoài	Dùng băng keo cố định ống trên mũi, tránh đè ép lên cánh mũi gây hoại tử
12	Hút dịch thử giấy quỳ (giấy đỏ)	Kiểm tra chính xác ống	Cho dịch hút ra vào lọ A

	sang màu xanh là ống đến đoạn II tá tràng), lấy dịch này cho vào ống nghiệm nhãn A	đã nằm trong tá tràng	(dịch vàng loãng, dịch mật ra ở ống mật)
13	Bơm vào ống Einhorn 10-20ml dung dịch Magnésie Sulfat 30%	Kích thích cơ vòng Odi mở ra tống mật từ túi mật vào tá tràng	Động tác bơm nhẹ nhàng
14	Chờ 20-30 phút sau hút dịch cho vào ống nghiệm nhãn B Bơm tiếp dung dịch Magnésie Sulfat 30% khoảng 30ml	Kích thích cơ vòng Odi mở ra tống mật từ ống dẫn mật trong gan vào tá tràng	Cho dịch hút ra vào lọ B (dịch xanh thẫm là dịch mật B ở túi mật)
15	Chờ 10-20 phút sau hút dịch cho vào ống nghiệm nhãn C	Mật từ ống mật trong gan tiết ra	Cho dịch hút ra vào lọ C (dịch vàng tươi dịch mật C ở gan)
16	Cắm gập ống lại rút ống dẫn ra	Tránh dịch trong ống thông rơi vào hầu	Cắm gọn gàng tránh để chất tiết rơi vãi ra ngoài
17	Cho người bệnh súc miệng, lau mặt	Người bệnh sẽ có cảm giác khó chịu trong miệng	Động tác ân cần
18	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, và cho ăn uống	Giúp người bệnh tiện nghi	Dùng khăn choàng qua ngực lau mũi miệng người bệnh
19	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm đi xét nghiệm	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 40.6. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng hút dịch tá tràng

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo, giải thích cho người bệnh			
2	Cho người bệnh nằm đầu cao			
3	Choàng tấm nilon và khăn che cổ ngực người bệnh, đặt bốn hạt đậu dưới cằm người bệnh			
4	Mang găng sạch			
5	Bơm dung dịch xylocain vào vòm họng người bệnh (nếu cần)			
6	Đo ống Einhorn: từ miệng đến dái tai, từ dái tai đến mũi ức tương ứng vạch I (tâm vị), vạch II cách vạch I là 15cm (môn vị), vạch III cách vạch II 15cm (khúc II tá tràng)			
7	Làm trơn đầu ống thông			
8	Đưa ống Einhorn vào miệng đến dạ dày người bệnh (vạch thứ 2)			
9	Cho người bệnh nằm nghiêng trái để hút hết dịch vị ở dạ dày (bơm bicarbonat vào giúp môn vị mở ra dễ dàng, nếu cần)			
10	Cho người bệnh nằm nghiêng phải và đẩy ống vào đến vạch thứ 3			
11	Băng cố định ống thông			
12	Hút dịch thử giấy quỳ (giấy đỏ sang màu xanh là ống đến đoạn II tá tràng), lấy dịch này cho vào ống nghiệm nhãn A, (dịch vàng loãng, dịch mật ra ở ống mật)			
13	Bơm vào ống Einhorn 10-20ml dung dịch Magnésie Sulfat 30%			
14	Chờ 20-30 phút sau hút dịch cho vào ống nghiệm nhãn B (dịch xanh thẫm là dịch mật B ở túi mật) Bơm tiếp dung dịch Magnésie Sulfat 30% khoảng 30ml			
15	Chờ 10-20 phút sau hút dịch cho vào ống nghiệm nhãn C (dịch vàng tươi dịch mật C ở gan)			
16	Cầm gập ống lại rút ống dần ra			
17	Cho người bệnh súc miệng, lau mặt			
18	Giúp người bệnh nằm lại thoải mái, và cho ăn uống			
19	Thu dọn dụng cụ			
20	Rửa tay, ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm đi xét nghiệm			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi

1. Nêu 3 chỉ định của hút dịch tá tràng?

Phân biệt câu đúng (Đ), sai (S)

2. Cho người bệnh nằm nghiêng trái khi thực hiện kỹ thuật hút dịch tá tràng.
3. Khi thực hiện kỹ thuật hút dịch tá tràng cho người bệnh nhịn ăn trước đó 12 giờ.

Khoanh tròn trước câu đúng nhất

4. Dung dịch được sử dụng để lấy dịch mật B:

- A. Bicarbonat 2%
- B. Magnési 30%
- C. Dầu Olive
- D. B và C đúng
- E. Tất cả đều sai

5. Mục đích của hút dịch tá tràng là:

- A. Chẩn đoán một số bệnh về tụy, gan, mật.
- B. Thăm dò chức năng bài tiết mật của gan và túi mật.
- C. Thăm dò chức năng tụy và tá tràng.
- D. Tất cả đều đúng.
- E. Tất cả đều sai.

6. Mục đích của hút dịch vị là:

- A. Xét nghiệm tìm vi khuẩn.
- B. Xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch dạ dày để góp phần chẩn đoán một số bệnh.
- C. Tìm vi trùng lao có trong dịch dạ dày.
- D. Chuẩn bị người bệnh chụp X-quang hệ tiêu hóa có cản quang.
- E. Tất cả đều đúng.

7. Hút dịch vị dùng loại ống (tube):

- A. Levine
- B. Eirhnor
- C. Faucher

- D. Nelaton
 - E. Foley
8. Hút dịch tá tràng dùng loại ống (tube):
- A. Levine
 - B. Eirhnor
 - C. Faucher
 - D. Nelaton
 - E. Foley
9. Chỉ định của hút dịch dạ dày
- A. Hẹp môn vị.
 - B. Chướng bụng
 - C. Liệt ruột, tắc ruột.
 - D. Chuẩn bị phẫu thuật đường tiêu hóa
 - E. Tất cả đều đúng
10. Dung dịch hóa chất dùng trong kỹ thuật hút dịch tá tràng D:
- A. HCl 0,01%
 - B. Nước muối sinh lý 0,9%
 - C. NaHCO₃
 - D. MgSO₄ 30%
 - E. Tất cả đều sai

Đáp án: 2. Đ 3. Đ 4.D 5.D 6.E 7.A 8.B 9.E 10.D

KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Kể được mục đích, chỉ định, chống chỉ định của việc rửa dạ dày.
2. Trình bày các chống chỉ định của rửa dạ dày.
3. Mô tả và thực hiện được kỹ thuật rửa dạ dày đúng cách.
4. Kể được các yếu tố quan trọng trong việc rửa dạ dày đúng cách.

1. ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là dùng nước hay thuốc để rửa sạch dạ dày qua ống faucher hay ống levine. Ống được đặt qua đường mũi hay miệng vào dạ dày.

2. MỤC ĐÍCH

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

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

3. CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc.
- Trước khi giải phẫu dạ dày.
- Nôn mửa không cầm sau giải phẫu.

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

5. DỤNG CỤ VÀ DUNG DỊCH RỬA

- Ống faucher hoặc tube levine
- Dung dịch:
 - + Nước uống được
 - + Nước muối sinh lý 0,9%
 - + Natri bicarbonat
 - + Lòng trắng trứng
 - + Nhiệt độ: 37-40 độ C
- Số lượng khoảng 4 lít hoặc có thể nhiều hơn như trong ngộ độc thuốc trừ sâu, rửa đến khi sạch nước chảy ra trong không mùi thì ngưng.



Hình 41.1. Các loại ống dùng trong rửa dạ dày

6. TƯ THẾ RỬA DẠ DÀY

Cho người bệnh nằm đầu thấp khoảng 15 độ, mặt nghiêng một bên.

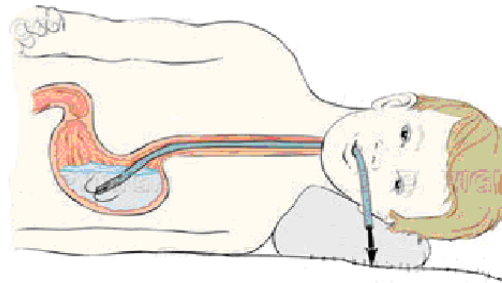
7. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RỬA DẠ DÀY

7.1. Nhận định

- Mục đích rửa dạ dày: chuẩn bị phẫu thuật, ngộ độc, nôn ói nhiều sau phẫu thuật, tăng tiết acid dạ dày.
- Tổng trạng, tuổi, giới, da, niêm mạc.
- Tình trạng tri giác (tỉnh, lơ mơ, mê), co giật, dấu sinh hiệu (hơi thở, huyết áp).
- Nếu người bệnh ngộ độc: cần nhận định loại chất độc.
- Thời gian ngộ độc (nếu có).

7.2. Chẩn đoán

- Nguy cơ nôn ói do kích thích.
- Nguy cơ hít sặc.
- Nguy cơ viêm phổi do hít phải dịch từ dạ dày trào lên.
- Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do tổn thương niêm mạc thực quản hoặc dạ dày.



Hình 41.2. Vị trí ống sonde trong dạ dày

7.3. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết để hợp tác.
- Cho người bệnh nằm đầu bằng hoặc thấp, mặt nghiêng một bên.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

8. CAN THIỆP VÀ CHĂM SÓC

Rửa dạ dày là thủ thuật có thể gây những tai biến và rất khó chịu cho người bệnh, do đó người điều dưỡng cần giải thích và trấn an tinh thần người bệnh để họ hợp tác và không cần ống, vì phương pháp này rất khó chịu.

- Khi người bệnh ngộ độc bởi thuốc trừ sâu và chloroquin, người điều dưỡng phải rửa cẩn thận và chuẩn bị dụng cụ cấp cứu bên cạnh cùng sự hiện diện của bác sĩ.
- Trong lúc rửa luôn luôn quan sát tình trạng người bệnh.
- Phải ngưng rửa ngay khi người bệnh kêu đau bụng hay có máu trong nước chảy ra đồng thời báo ngay với bác sĩ.
- Rửa dạ dày với động tác nhẹ nhàng tránh kích thích người bệnh gây nôn ói dẫn đến sặc.
- Nếu cần xét nghiệm tìm chất ngộ độc nên lấy dịch rửa ra lần đầu tiên.
- Nếu người bệnh hôn mê, nên dùng ống thông nhỏ hơn để động tác rửa được nhẹ nhàng, có thể dùng tube levine để rửa.
- Người bệnh có thể nôn ói làm ống tụt ra cùng với dịch trong dạ dày, trường hợp này là có thể do ta cho lượng nước rửa quá nhiều trong một lần rửa (>500ml) nên cho người bệnh súc miệng lại và nghỉ vài phút rồi mới đặt lại để rửa.
- Một lần cho nước vào không được quá 500ml, phễu cách dạ dày người bệnh khoảng 15-20cm, trước khi nước hết trong phễu, hạ thấp phễu xuống để áp dụng theo hệ thống bình thông nhau nước sẽ chảy ra ngoài dễ dàng.
- Khi rửa phải cho nước vào liên tục tránh hơi vào dạ dày để gây chướng bụng làm người bệnh khó chịu và nôn ói.

8.1. Nguy cơ hít sặc, viêm phổi hít do hít phải dịch từ dạ dày trào lên

- Người bệnh có thể ho và thường hay nôn mửa khi ống chạm vào hầu, nên bảo người bệnh hít thở sâu bằng miệng để làm giảm bớt cơ thắt thực quản và phản xạ nôn.
- Chắc chắn ống vào đúng dạ dày mới được cho nước vào rửa.
- Khi người bệnh khó chịu hoặc tím tái cần rút ống ra ngay.

8.2. Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do tổn thương niêm mạc thực quản hoặc dạ dày

- Khi đặt ống cần nhẹ nhàng, không nên dùng sức.
- Khi rửa nếu thấy có máu chảy ra thì rút ống ra ngay.

9. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Trả những dụng cụ khác về chỗ cũ.

10. GHI VÀO HỒ SƠ

- Thời gian rửa.
- Số lượng dịch rửa, loại dung dịch.
- Tính chất dịch chảy ra.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

11. LƯU Ý

Những người bệnh tim, có thai, suy kiệt, có tiền căn xuất huyết dạ dày, phải rửa dạ dày cẩn thận và nhẹ nhàng nên dùng ống thông mũi dạ dày (tube levine) để rửa.

Những người bệnh ngộ độc thuốc **rầy** hoặc chloroquin: điều dưỡng phải chuẩn bị đầy đủ dụng cụ hồi sức trước khi rửa vì các loại thuốc này dễ gây kích thích hô hấp và tuần hoàn nên người bệnh có thể bị ngưng thở trong khi đang được rửa dạ dày.



Hình 41.3. khay dụng cụ rửa dạ dày

Bảng 41.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ rửa dạ dày

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Soạn các dụng cụ trên khăn: <ul style="list-style-type: none"> - Ống thông dùng rửa dạ dày gọi là tube faucher - Kim mở miệng - Gạc miếng - Ly đựng nước uống được - Bơm tiêm 50ml hoặc ống bơm hút 			
4	Soạn các dụng cụ ngoài khăn: <ul style="list-style-type: none"> - Bồn hạt đậu - Khăn bông - Tấm cao su - Găng tay sạch - Xô đựng nước rửa (dung dịch rửa tùy theo y lệnh) - Ca mức nước - Xô đựng nước chảy ra - Áo choàng nilon - Băng dán - Giấy lót - Ống nghe - Giấy thấm - Ống nghiệm nếu cần 			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 41.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng rửa dạ dày

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo giải thích cho người bệnh	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu
2	Tư thế người bệnh nằm đầu cao, mặt nghiêng một bên	Tư thế giúp việc đặt ống thông qua mũi hầu dễ dàng	Nằm đầu cao 30°- 45°
3	Trải nylon và khăn bông choàng trước ngực người bệnh	Giúp người bệnh tiện nghi tránh bị dính chất tiết	Tấm nylon và khăn có thể hứng chất tiết nếu có vương vãi ra ngoài
4	Đặt bồn hạt đậu	Hứng dịch chảy ra	Đặt bồn hạt đậu cạnh má
5	Tháo răng giả nếu có	Trong quá trình rửa có thể làm răng giả rớt vào hầu	
6	Đặt xô nước	Chứa nước rửa ra	Đặt nơi thuận tiện (lót giấy nếu để dưới đất)
7	Người điều dưỡng mặc áo choàng nylon	Bảo vệ cho người điều dưỡng tránh dính các chất dịch trong dạ dày	
8	Mang găng tay sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm	Rửa tay nhanh
9	Đo ống thông: từ miệng đến dái tai, từ trái tai đến dưới mũi ức	Xác định chính xác độ dài từ mũi đến tâm vị	Không được chạm ống thông trên người bệnh trong khi đo ống
10	Làm dấu bằng băng keo nhỏ	Nhắc nhớ vị trí đã đo	Dùng miếng băng keo nhỏ dán quanh ống nơi vị trí vừa đo
11	Dùng kẹp mở miệng người bệnh	Nếu người bệnh không hợp tác	Động viên khuyến khích người bệnh, nếu không được mới dùng kẹp mở miệng
12	Làm trơn ống thông bằng nước	Đặt ống thông dễ dàng qua miệng vào đến hầu	Làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống, có thể dùng chất trơn tan trong nước
13	Đưa ống thông qua miệng đến ngã 3 hầu họng, báo người bệnh nuốt	Hạn chế sự tổn thương niêm mạc thực quản trong khi đặt ống	Đặt ống vào bằng với khoảng cách đo từ mũi đến trái tai

14	Tiếp tục đưa ống vào theo động tác nuốt của người bệnh, đẩy nhẹ nhàng tới vị trí làm dấu	Hạn chế tổn thương niêm mạc thực quản	Đặt theo nhịp nuốt của người bệnh
15	Kiểm tra ống thông: - Hút dịch vị, thử bằng giấy quì. - Nghe hơi vùng thượng vị.	Xác định chính xác ống thông vào đúng trong dạ dày	Kiểm tra từng cách một, cách rút dịch thử trên giấy thử là cách tốt nhất để xác định ống có vào đúng trong dạ dày chưa
16	Dùng băng keo cố định ống	Tránh sút ống ra ngoài	Dùng băng keo cố định ống ở khoe miệng người bệnh
17	Đề người bệnh nằm đầu thấp	Giúp dịch chảy ra dễ dàng trong khi rửa theo trọng lực	Nằm đầu thấp khoảng 150
18	Đổ nước vào phễu mỗi lần từ 300ml - 500ml rồi cho dịch chảy ra	Rửa đến khi nước ra trong	Cho nước vào chú ý khi còn một ít nước trong phễu hạ nhanh xuống cho dịch chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau)
19	Lấy dịch dạ dày gửi xét nghiệm nếu cần	Tim chất gây ngộ độc	Nên lấy dịch dạ dày lúc rút ra lần đầu tiên
20	Trong lúc rửa phải luôn lưu ý tình trạng người bệnh	Theo dõi các phản ứng của người bệnh giúp phát hiện các tai biến xảy ra	Luôn quan sát sắc mặt người bệnh, đặc biệt là những trường hợp ngộ độc thuốc rầy hoặc chloroquine
21	Khi rửa xong, rút ống: bẻ gấp ống vài đoạn và rút từ từ ra	Tránh dịch trong ống thông rơi vào hầu	Cầm gọn gàng tránh để chất tiết rơi vãi ra ngoài
22	Cho người bệnh súc miệng	Người bệnh sẽ có cảm giác khó chịu trong miệng	Động tác ân cần
23	Dọn dẹp dụng cụ, giúp người bệnh tiện nghi	Giúp người bệnh tiện nghi	Dùng khăn choàng qua ngực lau mũi miệng người bệnh
24	Ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm (nếu cần).	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 41.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng rửa dạ dày

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Kiểm tra dụng cụ đầy đủ			
2	Báo giải thích cho người bệnh			
3	tư thế người bệnh nằm đầu cao, mặt nghiêng một bên			
4	Trải nylon và khăn bông choàng trước ngực người bệnh			
5	Đặt bốn hạt đậu dưới cằm người bệnh			
6	Tháo răng giả nếu có			
7	Đặt xô hứng nước nơi thuận tiện (lót giấy nếu để dưới đất)			
8	Người điều dưỡng mặc áo choàng nylon			
9	Mang găng tay sạch			
10	Đeo ống thông: từ miệng đến dái tai, từ trái tai đến dưới mũi ức			
11	Làm dấu bằng băng keo nhỏ			
12	Dùng kẹp mở miệng người bệnh (nếu cần)			
13	Làm trơn ống thông bằng nước			
14	Đưa ống thông qua miệng đến ngả 3 hầu họng, bảo người bệnh nuốt			
15	Kiểm tra xem ống có cuộn trong miệng không			
16	Tiếp tục đưa ống vào theo động tác nuốt của người bệnh, đẩy nhẹ nhàng tới vị trí làm dấu			
17	Kiểm tra ống thông: - Hút dịch vị, thử bằng giấy quì - Nghe hơi vùng thượng vị			
18	Dùng băng keo cố định ống ở khoé miệng người bệnh			
19	Người bệnh nằm đầu thấp khoảng 150			
20	Nước vào phễu mỗi lần từ 300-500ml, khi còn một ít nước trong phễu hạ nhanh xuống cho dịch chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau)			
21	Nếu cần xét nghiệm nên lấy dịch dạ dày rút ra lần đầu			
22	Tiếp tục rửa nhiều lần cho đến khi sạch			
23	Trong lúc rửa phải luôn quan sát sắc mặt người bệnh			
24	Khi rửa xong, rút ống: bẻ gấp ống vài đoạn và rút từ từ ra			
25	Cho người bệnh súc miệng			
26	Tháo găng tay			
27	Dọn dẹp dụng cụ, giúp người bệnh tiện nghi			
28	Ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm (nếu cần).			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn trước câu đúng nhất:

1. Dụng cụ thường dùng để rửa dạ dày là:
 - A. Ống levine
 - B. Ống nélaton
 - C. Ống faucher
 - D. Ống foley
 - E. Tất cả các loại ống trên
2. Rửa dạ dày áp dụng trong trường hợp:
 - A. Người bệnh bị ngộ độc quá 6 giờ
 - B. Người bệnh bị nấc cục nhiều
 - C. Người bệnh bị táo bón lâu ngày
 - D. Người bệnh bị ngộ độc acid hoặc base quá mạnh
 - E. Trước khi phẫu thuật dạ dày
3. Khi rửa dạ dày, phễu chứa nước phải cách dạ dày người bệnh khoảng:
 - A. 5cm-10cm
 - B. 15cm-20cm
 - C. 25cm-30cm
 - D. 35cm-40cm
 - E. 45cm-50cm
4. Khi rửa dạ dày, ta cần:
 - A. Cho người bệnh nằm đầu cao khoảng 45°
 - B. Cho thật nhiều nước vào dạ dày
 - C. Dùng dung dịch rửa tùy ý
 - D. Rửa cho đến khi dịch dạ dày bớt đục
 - E. Rửa cho đến khi dịch dạ dày trở nên trong, không còn mùi của chất gây độc
5. Khi người bệnh ngộ độc thuốc trừ sâu, điều dưỡng cần:
 - A. Rửa dạ dày thật nhanh
 - B. Rửa bằng bất kỳ dung dịch gì
 - C. Truyền tĩnh mạch bất kỳ dung dịch gì

- D. Phải rửa cẩn thận và có sự hiện diện của bác sĩ
 - E. Tất cả đều đúng
6. Mục đích rửa dạ dày
- A. Loại trừ các chất ứ đọng trong dạ dày
 - B. Loại trừ chất độc gây kích thích dạ dày
 - C. Giảm chướng bụng
 - D. A, B đúng
 - E. A, B, C đúng
7. Chống chỉ định của rửa dạ dày:
- A. Tổn thương thực quản do bị phỏng
 - B. Dẫn tĩnh mạch thực quản do bệnh lý (xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa)
 - C. Nôn ói liên tục
 - D. A, B đúng
 - E. A, B, C đúng
8. Khi rửa dạ dày xong cần ghi vào hồ sơ:
- A. Thời gian rửa
 - B. Số lượng dịch rửa, loại dung dịch
 - C. Tính chất dịch chảy ra
 - D. Phản ứng của người bệnh nếu có
 - E. Tất cả đều đúng
- Phân biệt đúng (Đ), sai (S)**
9. Có thể dùng tube levine để rửa dạ dày đối với trường hợp người bệnh hôn mê.
10. Áp dụng nguyên tắc bình thông nhau để rửa dạ dày.

Đáp án: 1.C 2.E 3.B 4.E 5.D 6.E 7.E 8.E 9. Đ 10. Đ

QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH THỤT THÁO

MỤC TIÊU

1. Nhắc lại giải phẫu sinh lý của khung đại tràng.
2. Kể các yếu tố ảnh hưởng đến sự bài tiết qua đường ruột.
3. Trình bày mục đích và chỉ định của việc thụt dung dịch vào khung đại tràng.
4. Kể các phương pháp thụt.
5. Kể tên các loại dung dịch và công dụng dùng để thụt.
5. Trình bày chỉ định và chống chỉ định khi thụt tháo.
6. Xây dựng được qui trình điều dưỡng chăm sóc người bệnh thụt tháo.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Nhắc lại giải phẫu sinh lý

Hầu hết thức ăn đều được hấp thu ở ruột non.

Đại tràng hấp thu chính là nước.

Phân có trọng lượng trung bình 100-150g, được bài tiết sau bữa ăn từ 24-48 giờ, nếu giữ lại lâu ở đại tràng phân bị hấp thu nước trở nên cứng hơn và khó đi đại tiện dẫn đến táo bón, nếu kéo dài lâu ngày hơn phân có thể khô cứng lại gọi là sỏi phân.

Hậu môn có 2 cơ: cơ thắt trơn ở bên trong, cơ thắt vân ở bên ngoài cơ thắt theo ý muốn chịu ảnh hưởng của vỏ não có thể nhịn đi đại tiện.

Trực tràng: kích thước thay đổi tùy theo tuổi:

- Trẻ sơ sinh: 2,5-3,8 cm.
- Trẻ 1-6 tuổi: 5 cm
- 6-10 tuổi: 7,5 cm
- >10 tuổi: 10 cm
- Người lớn: 12-15 cm

1.2. Yếu tố ảnh hưởng đến bài tiết qua đường ruột:

1.2.1. Tuổi

- Cấu trúc giải phẫu dạ dày, ruột khác nhau theo tuổi.
- Ảnh hưởng đến sự bài tiết men đường tiêu hóa: giảm theo tuổi.
- Sự kiểm soát cơ thắt cơ vòng hậu môn cũng giảm theo tuổi.

1.2.2. Chế độ ăn

- Những thức ăn có nhiều chất xơ, sợi như: măng, ngũ cốc, khoai lang, đu đủ, chuối, thanh long làm tăng thể tích phân dẫn tới tăng nhu động ruột.
- Một số thức ăn sinh hơi trong ruột: bông cải, đậu, hành làm kích thích ruột dẫn tới tăng hoạt động ruột.
- Men lactose: giúp tiêu hóa sữa, một số người do thiếu men này nên không hấp thu được sữa.

1.2.3. Lượng dịch đưa vào cơ thể

Ảnh hưởng đến tính chất phân, uống nước nhiều làm mềm phân.

1.2.4. Hoạt động thể chất

- Vận động cơ vùng chậu làm tăng áp lực ổ bụng, kích thích nhu động ruột dẫn tới dễ đi đại tiện.
- Người bệnh nằm lâu, giảm nhu động ruột gây táo bón.
- Bệnh bị tổn thương thần kinh không kiểm soát cơ vòng hậu môn.

1.2.5. Tâm lý

- Lo lắng, hồi hộp, stress tăng xung động thần kinh tự động, làm tăng nhu động ruột.
- Người bệnh trầm cảm, hệ thống thần kinh tự động giảm gây giảm nhu động ruột.

1.2.6. Thói quen cá nhân

- Mỗi người đều có thói quen đi đại tiện vào giờ giấc khác nhau, nên tập thói quen đi đại tiện (mỗi buổi sáng).
- Do ảnh hưởng của công việc, sinh hoạt trong cuộc sống làm thay đổi thời khóa biểu dẫn đến táo bón.

1.2.7. Đau

- Bình thường khi đi đại tiện không có cảm giác đau.

- Một số người bệnh bị trĩ, phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng, bụng, cắt tầng sinh môn thường người bệnh hay nhịn đi đại tiện vì ức chế về thần kinh làm người bệnh không dám đi đại tiện.

1.2.8. Có thai: do vị trí của thai nhi làm tăng áp lực chèn ép lên trực tràng gây táo bón thường xảy ra ở 3 tháng cuối của thai kỳ.

1.2.9. Phẫu thuật vùng bụng: hay có gây mê gây giãn cơ, liệt ruột thường kéo dài 2-3 ngày sau.

1.2.10. Dùng thuốc có các tác dụng chính, phụ sau

- Thuốc giảm co thắt: với liều cao có thể gây mất phản xạ đi tiêu nên thường dễ gây táo bón.
- Thuốc tráng niêm mạc dạ dày (có nhôm, đất sét) khi dùng dễ gây cho người bệnh bón.
- Dùng thuốc giảm đau có á phiện gây giảm nhu động ruột đưa đến tình trạng dễ táo bón.
- Thuốc tăng nhu động ruột: thuốc nhuận tràng và thuốc xổ.
- Thuốc kháng sinh sử dụng lâu ngày làm tiêu diệt vi trùng cộng sinh ở ruột → tiêu chảy.

1.3. Rối loạn sinh lý bài tiết

1.3.1. Táo bón

- Là triệu chứng, không phải là một bệnh lý, do giảm nhu động ruột, mật độ phân cứng, khô làm đau khi đi đại tiện, thường xảy ra ở người nhịn đi đại tiện, hay đi đại tiện không đúng giờ, ít vận động, dinh dưỡng thiếu chất xơ, và nước.
- Thời gian không đi đại tiện kéo dài 3-4 ngày, tính chất phân: khô, cứng.
- Hoặc do bệnh lý: có khối u ở ruột, tổn thương thần kinh.
- Hậu quả gây khó chịu, cáu gắt, đôi khi kèm theo sốt, đầy bụng, lưỡi bẩn, ăn không ngon miệng...

1.3.2. Sỏi phân

- Do táo bón để quá lâu, phân mất nước, trở nên cứng thành cục sỏi, gây đau bụng, khó chịu có các hậu quả của bón nhưng ở mức độ nặng hơn và đôi khi sỏi phân cũng là nguyên nhân gây ra tắc ruột.

1.3.3. Tiêu lỏng

- Rối loạn hấp thu: số lượng nước trong phân tăng do rối loạn hấp thu đường tiêu hóa hay do nhiễm trùng.

1.3.4. Đại tiện không kiểm soát được

Do tổn thương tại cơ vòng hậu môn hay do yếu tố thần kinh làm mất sự kiểm soát cơ vòng (cột sống L4-L5).

- Người bệnh mất nước quá lâu, suy kiệt.
- Người bệnh tâm thần.
- Đầy hơi chướng bụng: sau mổ do ảnh hưởng của thuốc mê hay do thức ăn.

2. THỤT (LAVEMENT) (ENEMA)

Thụt là cho một lượng dịch vào ruột theo đường trực tràng.

2.1. Mục đích

Tùy theo số lượng nước, loại dung dịch, thời gian lưu giữ, thụt có mục đích khác nhau.

- Giải áp: tống phân, hơi ra ngoài.
- Kích thích cơ trơn, làm tăng nhu động ruột, làm sạch ruột.
- Làm sạch đại tràng.
- Thụt thuốc điều trị.
- Chẩn đoán: thụt có chất cản quang.
- Tập thói quen bài tiết phân đúng giờ.

2.2. Chỉ định

- Táo bón lâu ngày.
- Chướng hơi vùng bụng dưới.
- Chuẩn bị phẫu thuật đường tiêu hóa, trước khi chụp đại tràng có chuẩn bị.
- Giải độc: ngộ độc đường tiêu hóa sau 6 giờ.
- Tập thói quen đi đại tiện đúng giờ cho người bệnh có hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

2.3. Chống chỉ định

- Đau bụng không rõ nguyên nhân.
- Đau bụng kèm sốt.
- Tắc ruột, thủng ruột, viêm phúc mạc.
- Chấn thương vùng bụng.

2.4. Các phương pháp thụt

2.4.1. Thụt tháo:

Là cho 1 lượng nước vào khung đại tràng qua lỗ hậu môn và cố gắng giữ nước lại trong đại tràng một khoảng thời gian để phân mềm và dễ dàng tống xuất hết ra ngoài làm sạch phân ở khung đại tràng với mục đích:

- Giải quyết bón, tắc nghẽn phân.
- Làm sạch ruột chuẩn bị trước phẫu thuật.
- Làm sạch ruột để nhận dạng hình dáng niêm mạc ruột khi chụp X-quang.
- Lượng dịch cho vào tối đa ở người lớn: 500ml-1000ml và ở trẻ em 150ml-250ml.

✦ Chỉ định:

- Trước mổ.
- Táo bón.
- Trước chụp cản quang, nội soi.
- Làm trung hòa NH_3 bằng acid lactic trong điều trị hôn mê gan.

✦ Chống chỉ định:

- Tổn thương niêm mạc ruột.
- Thương hàn, viêm ruột thừa cấp, tắc ruột, lồng ruột.
- Đau bụng chưa rõ nguyên nhân.

2.4.2. Thụt giữ:

Cho 1 lượng dịch vào ít hơn (200–300cc) với tốc độ chậm để niêm mạc ruột hấp thu được.

✦ Mục đích:

- Thụt chất dầu: 150–200 ml đối với người lớn: chất dầu làm trơn phân và kích thích nhu động ruột để tống xuất phân ra ngoài.
- Thụt điều trị: thụt thuốc theo y lệnh, cho thuốc vào dung dịch thụt để hấp thu qua trực tràng: anthelmintic enemas diệt ký sinh trùng đường ruột.
- Thụt thức ăn nuôi dưỡng qua đường trực tràng (hiếm gặp).

2.4.3. Thụt rửa đại tràng (Wash out)

Ít khi dùng cho người lớn, lượng nước thụt khoảng 100–200ml/thường dùng cho trẻ nhỏ, áp dụng nguyên tắc bình thông nhau, dung dịch được bơm vào trực tràng và đại tràng sigma sau đó hạ xuống cho dịch chảy ra lặp lại như vậy 5–6 lần để cho các chất phân, chất dịch theo nước chảy ra.

Dùng trong trường hợp nhiễm trùng, giúp kích thích nhu động ruột, giảm chướng hơi.

2.5. Dung dịch thường dùng để thực tháo cho người lớn

Dung Dịch	Số Lượng	Tác Dụng	Thời Gian	Ảnh Hưởng – Hậu Quả
DD nhược trương Nước sạch	0,5-1lít	Tăng nhu động ruột Làm mềm phân	15 phút	Dịch và chất điện giải có thể mất cân đối
DD đẳng trương (Normal Saline)	0,5-1lít	Như trên	15 phút	Mất dịch và điện giải, giữ muối
Nước Savon 3-5ml/1lít nước	0,5-1lít	Như trên Kích thích niêm ruột	10-15 phút	Niêm ruột bị kích thích có thể gây tổn thương.
Dung dịch ưu trương	70-130ml		5-10 phút	Giữ muối
Dầu (mineral olive, cottoned oil) Parafin, Glycerin	150-200ml	Mềm phân, trơn ruột	30 phút	Trơn niêm mạc ruột

- Dung dịch MGW (30ml Magnesium, 60ml Glycerin, 90ml Warm water) thường dùng ở người bệnh chướng hơi ở bụng.
- Số lượng dung dịch thực thay đổi tùy theo tuổi:
 - + Trẻ sơ sinh: 150–250 ml
 - + 1–6 tuổi: 250–350ml
 - + 6–10 tuổi: 300–500ml
 - + Thanh thiếu niên: 500–750ml
 - + Người lớn: 750–1000ml
- Nhiệt độ dung dịch thích hợp là bằng nhiệt độ cơ thể 37–40°C.

2.6. Các vấn đề liên quan

- Chuẩn bị tâm lý thật tốt để người bệnh hợp tác.
- Giữ kín đáo cho người bệnh.
- Tư thế nằm nghiêng trái nếu người bệnh còn khả năng giữ nước được.
- Nằm ngửa trên bồn tiêu khi người bệnh liệt cơ vòng hậu môn.
- Áp lực thực: bốt thực cách giường:
 - + Người già: 20–30 cm
 - + Người trưởng thành: 30–40 cm
 - + Trẻ nhỏ: 10–25 cm

- Khi thụt sử dụng canuyn rectal trên người bệnh giữ nước được, người bệnh không giữ nước được thì dùng ống thông rectal (sonde rectal) để làm sạch khung đại tràng.
- Sonde rectal:
 - + Người lớn: 22 – 30 Fr, đưa vào sâu 7 – 10 cm.
 - + Trẻ em >1 tuổi: 12 – 18 Fr, đưa vào 4 cm.
 - + Trẻ em >6 tuổi: 12 – 18 Fr, đưa vào 5 cm.
 - + Trẻ sơ sinh: 6 – 8 Fr đưa vào 2,5 – 3,5 cm.

3. QUI TRÌNH

3.1. Nhận định

- Tuổi, tâm thần.
- Khả năng co thắt của cơ vòng hậu môn (liên quan chẩn đoán bệnh).
- Thời gian cuối cùng khi đi đại tiện được.
- Tình trạng của vùng bụng: có căng chướng không?
- Tổng trạng người bệnh: có liệt không, tuổi tác, cảm giác đau khi đi đại tiện? Có sốt? Nhịp thở? Nhu động ruột?
- Thăm khám: gõ, nghe, sờ.
- Thăm khám trực tràng: tìm tổn thương, sỏi phân.

3.2. Chẩn đoán

- Chướng hơi ở vùng bụng do liệt ruột sau mổ.
- Bón do nằm lâu (hay bệnh lý kèm theo).
- Có sỏi phân do thói quen đi đại tiện thay đổi hay do thiếu nước.
- Người bệnh chuẩn bị phẫu thuật vùng bụng.

3.3. Lập kế hoạch và thực hiện

3.3.1. Giảm chướng hơi vùng bụng

- Giúp người bệnh xoay trở, tốt nhất cho ngồi dậy chân thòng xuống giường.
- Tập vận động cơ vùng bụng nếu được.
- Hỏi người bệnh về chế độ ăn: giảm thức ăn sinh hơi.
- Đặt sonde rectal để giải áp.
- Thụt dung dịch giảm hơi chướng hơi (MGV) theo y lệnh.
- Thăm khám vùng bụng: có nhu động ruột không?
- Theo dõi nhịp thở, cảm giác của người bệnh.
- Theo dõi tính chất phân, xét nghiệm nếu thấy bất thường.

✦ **Lượng giá:**

- Đo vòng bụng có giảm.
- Người bệnh dễ chịu không có dấu hiệu khó thở, nhịp thở trở về bình thường.

3.3.2. Can thiệp khi tình trạng bón

- Xoa vùng bụng kích thích nhu động ruột theo khung đại tràng từ phải qua trái.
- Cho người bệnh tập vận động cơ vùng bụng (để 2 tay lên bụng) tập thở bằng bụng.
- Hướng dẫn ăn theo chế độ ăn bệnh lý, tăng lượng chất xơ, tăng lượng nước nếu được.
- Giải quyết những yếu tố tâm lý: lạ chỗ, đau trong cơ thể.
- Tạo môi trường kín đáo, tiện nghi khi đại tiện.
- Thực hiện thuốc nhuận tràng (theo y lệnh).
- Thụt tháo nếu các biện pháp trên không hiệu quả.
- Theo dõi tính chất phân, tổng trạng người bệnh, tình trạng bụng.

✦ **Lượng giá:** người bệnh đi đại tiện được: phân mềm.

3.3.3. Người bệnh có sỏi phân: giải quyết sỏi phân

- Thăm khám trực tràng: mang găng tay thoa dầu nhờn lấy sỏi phân, tránh cố gắng có thể gây tổn thương niêm mạc trực tràng.
- Thụt dầu và thụt tháo nếu cần.
- Giáo dục người bệnh chế độ ăn, cách sinh hoạt.
- Tập thói quen đi đại tiện đúng giờ.

3.3.4. Chuẩn bị phẫu thuật hay bị nhiễm độc: làm sạch khung đại tràng. Hướng dẫn người bệnh ăn nhẹ ngày hôm trước, tránh những thức ăn sinh hơi.

3.3.5. Thụt với nước sạch (nước muối sinh lý) vào ngày hôm trước khi phẫu thuật

- Theo dõi tính chất phân.
- Quan sát dịch chảy ra: đến nước trong.
- Dặn người bệnh nhịn ăn nếu cần.

✦ **Lượng giá:**

- + Nước thụt tháo ra đến khi trong.
- + Vết mổ không bị nhiễm trùng.

KỸ THUẬT THỤT THÁO

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của thụt tháo.
2. Mô tả và thực hiện được kỹ thuật thụt tháo đúng cách.
3. Kể được các yếu tố quan trọng trong kỹ thuật thụt tháo đúng cách.

1. MỤC ĐÍCH

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

2. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định

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

2.2. Chống chỉ định

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

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng bệnh: táo bón, bệnh lý về đường tiêu hoá dưới, khối u trong ổ bụng.

- Tình trạng tri giác: tỉnh, hôn mê, phản xạ cơ vòng liệt hay không.
- Cảm giác đau tức vùng bụng, tính chất phân.

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

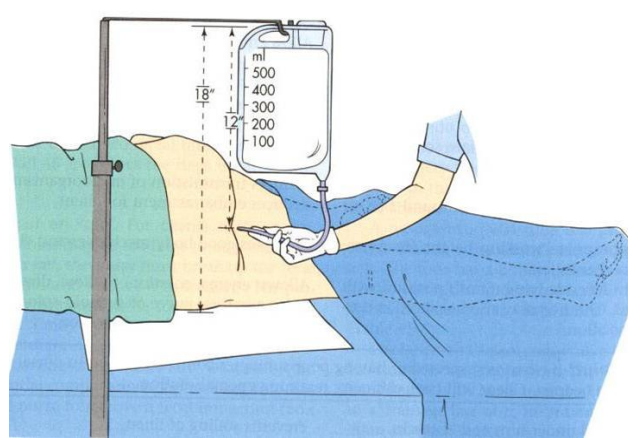
- Giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình làm để họ yên tâm.
- Tư thế người bệnh thích hợp. Nếu người bệnh nặng cần có người trợ giúp.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ: bình phong, trụ treo.

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ thực tháo.
- Dung dịch dùng để thực, số lượng và nhiệt độ.
- Kết quả của thực tháo và sự quan sát phân.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.



Hình 43.1. Kỹ thuật thực tháo

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

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



Hình 43.2. Khay đựng dụng cụ thực tháo

Bảng 43.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn thảo dụng cụ thực tháo

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Soạn các dụng cụ trong khăn: - Bock laveur, khóa ống lại, quấn gọn dây dẫn vào block - Cho dung dịch thực tháo theo y lệnh vào bock, nhiệt độ khoảng 37-40 độ, số lượng 500-1000ml - Gạc miếng - Chất trơn - Canule Rectal (người bệnh cơ vòng tự chủ) - Sonde Rectal và ống nối (người bệnh cơ vòng không tự chủ)			
4	Soạn các dụng cụ ngoài khăn: - Găng tay sạch - Bon hạt đậu - Men đắp - Tấm cao su - Bô tròn có nắp (khăn) đậy kín - Giấy vệ sinh - Trụ treo - Bình phong			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 43.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng thực tháo trên người bệnh có cơ vòng tự chủ

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo giải thích người bệnh	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu
2	Che bình phong	Người bệnh yên tâm, và hợp tác	Giữ cho người bệnh được kín đáo
3	Trải vải cao su dưới mông người bệnh, phủ vải đắp	Giúp người bệnh tiện nghi, sạch sẽ, kín đáo	Động tác gọn gàng và giữ an toàn cho người bệnh
4	Bộc lộ mông người bệnh ra	Thực hiện kỹ thuật được dễ dàng	Chỉ để lộ vùng hậu môn
5	Cho người bệnh nằm nghiêng trái sát mép giường	Theo tư thế giải phẫu	Người bệnh nằm tư thế an toàn và tiện nghi
6	Treo bock cách mặt giường 45cm	Áp lực dịch chảy mạnh quá sẽ gây kích thích nhu động ruột	Bock thực không được treo cao quá vị trí hậu môn của người bệnh 45cm
7	Mang găng tay sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm	Găng tay vừa với kích cỡ của bàn tay
8	Lắp canule rectal vào dây cao su	Người bệnh giữ nước được	Dây câu dẫn phải có bộ khoá và gắn vừa với canule để tránh gây rò rỉ nước ra ngoài
9	Thoa trơn: 2/3 Canule	Tránh tổn thương niêm mạc hậu môn – trực tràng	Thoa từ đầu của canule lên đến thân, tránh bít các lỗ của canule
10	Đuổi khí	Tránh kích thích nhu động ruột do khí lạnh trong lòng ống	Đuổi khí vào bồn hạt đậu đến khi hết dòng nước lạnh
11	Đưa canule vào hậu môn sâu khoảng 2/3 canule, chếch theo hướng rốn	Theo đúng tư thế giải phẫu tránh tổn thương niêm mạc trực tràng	Bảo người bệnh hít thở sâu

12	Mở khóa cho nước chảy từ từ	Cho dịch vào trong trực tràng với áp lực nhẹ	Cho tốc độ dịch chảy vào từ từ, tay giữ canule tránh để tụt vào trong hậu môn
13	Theo dõi dịch ở bock, hỏi cảm giác người bệnh, điều chỉnh tốc độ nước cho thích hợp	Tránh kích thích nhu động ruột	Người bệnh đau bụng khi cho dịch chảy vào thì ngưng và bảo người bệnh há miệng thở đều cho đến khi hết cảm giác đau bụng mới cho dịch chảy lại nhưng với tốc độ chậm hơn lúc ban đầu
14	Dặn người bệnh cố gắng giữ nước trong ruột	Thời gian giữ nước trong ruột càng lâu càng làm cho phân mềm và dễ tống xuất ra ngoài	Dặn người bệnh ràng giữ nước trong bụng ít nhất là 10–15 phút
15	Mặc quần cho người bệnh, cho người bệnh nằm lại tiện nghi	Giúp người bệnh tiện nghi	Giữ cho người bệnh luôn kín đáo trong khi thực hiện thủ thuật
16	Dọn dụng cụ, ghi hồ sơ	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 43.3. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng thực tháo trên người bệnh có cơ vòng không tự chủ

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo giải thích người bệnh	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác	ân cần, cảm thông, thấu hiểu
2	Che bình phong	Người bệnh yên tâm, và hợp tác	Giữ cho người bệnh được kín đáo
3	Trải vải cao su dưới mông người bệnh, phủ vải đắp	Giúp người bệnh được tiện nghi, sạch sẽ, kín đáo	Động tác gọn gàng và giữ an toàn cho người bệnh
4	Bỏ hẳn quần người bệnh ra	Thực hiện kỹ thuật được dễ dàng	Chỉ để lộ vùng hậu môn
5	Tư thế người bệnh nằm ngửa trên bô dẹt	Tư thế tiện việc đặt ống thông trên người bệnh cơ vòng không tự chủ	Người bệnh nằm tư thế an toàn và tiện nghi
6	Treo bock cách mặt giường 45cm	Áp lực dịch chảy mạnh quá sẽ gây kích thích nhu động ruột	Bock thực không được treo cao quá vị trí hậu môn của người bệnh 45cm
7	Mang găng sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm	Găng tay vừa với kích cỡ của bàn tay
8	Lắp ống thông Rectal vào dây cao su	Người bệnh không giữ nước được	Dây câu dẫn phải có bộ khoá và gắn vừa với ống thông để tránh gây rò rỉ nước ra ngoài
9	Thoa trơn 8-10cm ống thông Rectal	Tránh tổn thương niêm mạc hậu môn-trực tràng	Thoa từ đầu của ống thông lên đến thân, tránh bít các lỗ của ống thông
10	Đuổi khí vào bồn hạt đậu	Tránh kích thích nhu động ruột do khí lạnh trong lòng ống	Đuổi khí vào bồn hạt đậu đến khi hết dòng nước lạnh
11	Đưa ống thông vào hậu môn 8-10cm theo hướng rốn	Theo đúng tư thế giải phẫu tránh tổn thương niêm mạc trực tràng	Bảo người bệnh hít thở sâu (nếu được)
12	Mở khóa cho nước chảy từ từ, tay giữ ống thông	Cho dịch vào trong trực tràng với áp lực nhẹ	Cho tốc độ dịch chảy vào từ từ, tay giữ canule tránh để tụt vào trong hậu môn,
13	Theo dõi dịch ở bock, hỏi cảm giác người bệnh, điều chỉnh tốc độ nước cho thích hợp	Tránh kích thích nhu động ruột	Người bệnh không giữ nước được nên phải luôn nằm trên bô dẹt để tránh dịch phân chảy ra ngoài
14	Giúp người bệnh tiện nghi	Giúp người bệnh tiện nghi	Giữ cho người bệnh luôn kín đáo trong khi thực hiện thủ thuật
15	Dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 43.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng thụt tháo

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo giải thích người bệnh			
2	Che bình phong			
3	Trải vải cao su dưới mông người bệnh, phủ vải đắp			
4	Lộ mông, hay bỏ quần người bệnh ra			
5	Tư thế người bệnh: - Nằm nghiêng trái sát mép giường (Canule Rectal) - Nằm ngửa trên bô dẹt (ống thông Rectal)			
6	Treo bock cách mặt giường 45cm			
7	Mang găng sạch			
8	Lắp Canule Rectal hoặc ống thông Rectal vào dây cao su			
9	Thoa trơn: 2/3 Canule hoặc 8-10cm ống thông Rectal			
10	Đuổi khí vào bốn hạt đậu			
11	Mở vải đắp, bảo người bệnh hít thở sâu, đưa ống vào hậu môn: - Canule: đưa chéch theo hướng rốn 2/3 Canule - Ống thông: đưa nhẹ nhàng vào hậu môn 8-10cm theo hướng rốn			
12	Mở khóa cho nước chảy từ từ, tay giữ Canule hoặc ống thông			
13	Theo dõi dịch ở bock, hỏi cảm giác người bệnh, điều chỉnh tốc độ nước cho thích hợp			
14	Khi nước trong bock gần hết, khoá lại			
15	Rút Canule hoặc ống thông Rectal, xả hết nước còn lại vào bồn tiêu, tháo Canule hoặc ống thông Rectal			
16	Dặn người bệnh cố gắng giữ nước 10-15 phút (nếu được)			
17	Giúp người bệnh tiện nghi			
18	Giúp người bệnh đi vệ sinh (nếu cần)			
19	Dọn dụng cụ			
20	Tháo găng tay, rửa tay			
21	Ghi hồ sơ			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi

1. Nêu 3 chống chỉ định của thụt tháo.
2. Nêu các yếu tố ảnh hưởng đến sự bài tiết qua đường ruột.

Phân biệt đúng (Đ), sai (S)

3. Không được thụt tháo trên người bệnh đau bụng không rõ nguyên nhân.
4. Thụt tháo chỉ được áp dụng trên những người bệnh lớn tuổi bị táo bón.
5. Bock để cách mặt giường khoảng 40cm để giảm bớt áp lực và khó chịu cho người bệnh.
6. Khuyến người bệnh giữ nước trong ruột càng lâu càng tốt, ít nhất là 15 phút.
7. Nhiệt độ của dung dịch thụt khoảng 37-40°C để tránh kích thích nhu động ruột.
8. Tư thế người bệnh khi thụt tháo là nằm nghiêng phải.

Chọn câu trả lời đúng nhất

9. Mục đích làm sạch toàn bộ khung, đại tràng được áp dụng khi:
 - A. Táo bón lâu ngày.
 - B. Tăng nhu động ruột.
 - C. Chướng hơi vùng bụng.
 - D. Trước khi nội soi trực tràng.
 - E. Làm trơn niêm mạc ruột.
10. Điều nào sau đây không cần thiết khi nhận định người bệnh có chỉ định thụt:
 - A. Số lượng và nhiệt độ dung dịch cần thụt.
 - B. Tình trạng bụng.
 - C. Tuổi.
 - D. Dấu hiệu sinh tồn.
 - E. Tình trạng tri giác.

Đáp án: 3. Đ 4.S 5. Đ 6. Đ 7. Đ 8. Đ 9.D 10.D

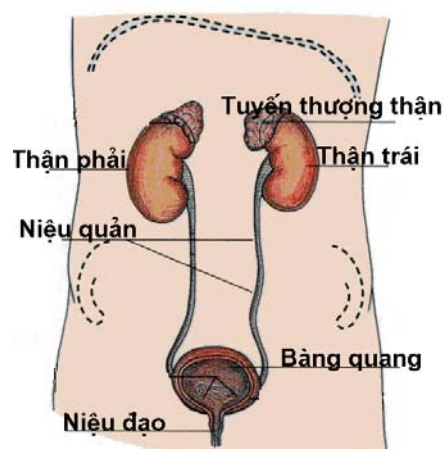
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THÔNG TIỂU DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

MỤC TIÊU

1. Trình bày định nghĩa thông tiểu.
2. Kể được mục đích, chỉ định, chống chỉ định của thông tiểu.
3. Liệt kê các phương pháp dẫn lưu nước tiểu.
4. Mô tả các dấu hiệu của nhiễm trùng tiểu.
5. Trình bày được những điểm cần lưu ý khi đặt thông tiểu cho người bệnh.
6. Liệt kê được các biến chứng do đặt thông tiểu.
7. Trình bày các nguyên nhân gây ra các biến chứng và cách phòng ngừa khi thông tiểu cho người bệnh.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hệ tiết niệu bao gồm: 2 thận, 2 niệu quản, bàng quang và niệu đạo.
- Thận là cơ quan sản xuất nước tiểu để bài xuất các chất thải của chuyển hóa, đào thải chất độc, giữ vững hằng định nội mô (cân bằng nước, điện giải và kiềm toan). Còn niệu quản, bàng quang, niệu đạo chỉ đóng vai trò dẫn, tích trữ và bài xuất nước tiểu ra ngoài.
- Tuổi tác còn làm ảnh hưởng đến việc đi tiểu, số lượng nước tiểu trung bình trong 24 giờ:
 - + < 2 tuổi: 500 – 600 ml/ ngày.
 - + 2-5 tuổi: 500 – 800 ml/ngày.
 - + 5-8 tuổi: 600 – 1200 ml/ngày.
 - + 8-14 tuổi: 1000 – 1500 ml/ngày.
 - + >14 tuổi: 1500 ml/ngày.



Hình 44.1. Hệ tiết niệu

- Ngoài ra nó còn tùy thuộc vào lượng nước nhập và sự bài tiết các chất.
- Màu sắc: vàng nhạt (màu hổ phách).
- Tính chất: trong, không lợn cợn.
- pH: 4,6 – 8
- Đường (-)
- Đạm (-), nếu >10mg/100ml nước tiểu gặp trong bệnh lý cầu thận.
- Máu: bình thường không có trong nước tiểu, nếu có hồng cầu → bệnh lý về hệ niệu, chấn thương.
- Vi trùng: bình thường trong nước tiểu không có vi trùng, nếu có 10⁵ vi trùng/ml → nhiễm trùng.
- Mùi: amoniac, thuốc hoặc thức ăn có thể làm thay đổi mùi của nước tiểu.
- Số lượng nước tiểu trung bình để kích thích bàng quang có phản xạ để tiểu là 250 – 400ml (đối với trẻ em: 50 – 20ml).
- Trẻ sơ sinh không thể kiểm soát sự đi tiểu, trung bình khoảng 18–24 tháng tuổi mới có khả năng tự kiểm soát sự đi tiểu và đến khoảng 4–5 tuổi thì kiểm soát hoàn toàn sự đi tiểu (bé trai thường chậm hơn bé gái).
- Sự thay đổi chức năng thận và bàng quang thường xảy ra ở người già, tốc độ lọc cầu thận giảm và khả năng cô đặc nước tiểu giảm, vì vậy những người lớn tuổi thường hay đi tiểu đêm, và vì bàng quang không thể co một cách hiệu quả nên người lớn tuổi thường hay giữ một lượng nước tiểu trong bàng quang sau khi đi tiểu hoặc một số người bị u xơ tiền liệt tuyến thường đi tiểu không hết nước tiểu, sự ứ đọng nước tiểu này làm tăng nguy cơ phát triển vi khuẩn và nhiễm trùng hệ tiết niệu.
- Niệu đạo người trưởng thành ở nữ trung bình khoảng 3–5cm, ở nam dài trung bình khoảng 20cm và gấp khúc.

2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ BÀI TIẾT NƯỚC TIỂU

- Thận duy trì sự cân bằng cần thiết giữa sự bài tiết và giữ nước. Nếu dịch và nồng độ của các chất điện giải và các chất hoà tan bằng nhau thì lượng dịch ra vào sẽ tăng và làm tăng lượng nước tiểu. Thể tích nước tiểu được hình thành ban đêm bằng thể tích nước tiểu được hình thành ban ngày bởi vì cả lượng dịch ra vào và lượng dịch chuyển hoá ban đêm đều giảm, điều này làm giảm lượng máu đến thận nên nước tiểu giảm, nếu người bệnh tiểu đêm là một dấu hiệu của sự thay đổi ở thận.
- Lượng dịch nhập: ăn uống, thuốc, dịch truyền.
- Dịch mất của cơ thể: hơi thở, mồ hôi, chất tiết từ các nơi dẫn lưu, dịch tiết từ các vết thương, vết phỏng, chất nôn ói, phân.

- Thời tiết, môi trường: nóng, lạnh.
- Nuôi dưỡng: thức ăn lỏng, đặc, rượu, bia hoặc một số loại thức ăn có chứa caffein (cà phê, trà, coca cola, chocolate) làm tăng lượng nước tiểu.
- Tư thế khi đi tiểu.
- Yếu tố tâm lý: lo lắng, stress có thể gây bí tiểu hoặc kích thích tiểu nhiều lần. Nghe tiếng nước chảy, đắp ấm vùng bụng dưới hoặc bộ phận sinh dục, phòng sạch sẽ, kín đáo, an toàn có thể giúp đi tiểu dễ dàng.
- Thời gian: có đủ thời gian đi tiểu là rất quan trọng đối với hầu hết mọi người để có thể có một lần đi tiểu hiệu quả.
- Trương lực cơ vùng đáy chậu, cơ bụng, cơ vòng bàng quang yếu làm giảm khả năng co giãn bàng quang và kiểm soát cơ thắt niệu đạo ngoài: sinh đẻ nhiều lần, nằm lâu một chỗ, thông tiểu thường xuyên làm người bệnh khó kiểm soát được sự tiểu.
- Tắc nghẽn đường tiểu: chấn thương vùng thận, khối u trong ổ bụng chèn ép, khối u tại hệ niệu, sỏi, u xơ tiền liệt tuyến.
- Nhiễm trùng đường niệu: bình thường đường niệu vô khuẩn, nhưng do nhiễm trùng tại lỗ niệu đạo, kỹ thuật đặt thông tiểu không đảm bảo vô khuẩn.
- Một số trường hợp bệnh lý về thận gây tổn thương cầu thận và ống thận làm thay đổi sự bài tiết nước tiểu ở thận.
- Các bệnh lý làm tụt huyết áp: đại phẫu, shock mất máu như chấn thương, xuất huyết nội, xuất huyết tiêu hoá, mất nước do tiêu chảy, phỏng, nôn ói làm lượng máu đến thận giảm → lượng nước tiểu giảm.
- Tổn thương thần kinh – cột sống: có thể dẫn đến tình trạng tiêu tiểu không tự chủ, hoặc bí tiểu.
- Giảm sức cơ: thường gặp trên người béo phì, có thai nhiều lần, già khó kiểm soát được nước tiểu. Đặc biệt đối với người bệnh đặt thông tiểu liên tục sau khi rút ống sẽ rất khó kiểm soát sự đi tiểu.
- Thai kỳ: do thai càng ngày càng lớn nên bàng quang càng bị chèn ép và dung tích sẽ giảm gây tình trạng tiểu nhiều lần.
- Phẫu thuật: sau phẫu thuật do ảnh hưởng của thuốc mê, do mất máu, mất dịch, do đau đớn, sợ hãi nên sau mổ thường có một số người bệnh sẽ khó đi tiểu.
- Dùng thuốc: một số loại thuốc làm tăng sự bài tiết nước tiểu, làm thay đổi màu sắc và mùi của nước tiểu.
- Phẫu thuật đường niệu.

3. MỘT SỐ ĐỊNH NGHĨA VỀ SỰ BÀI TIẾT BẤT THƯỜNG QUA ĐƯỜNG NIỆU

- Thiếu niệu: khi nước tiểu <30 ml/giờ (<500 ml/24giờ).
- Vô niệu: khi nước tiểu <10 ml/giờ (<100 ml/24giờ).
- Đa niệu: khi nước tiểu >2500–3000 ml/24giờ.
- Tiểu rắt buốt: do bị viêm nhiễm, chấn thương.
- Mắc tiểu không nín được: do cơ vòng bàng quang bị giãn, bị kích thích do viêm, hoặc do yếu tố thần kinh.
- Tiểu nhiều lần trong ngày: do bàng quang bị chèn ép (có thai), tăng cung lượng tim, dùng thuốc lợi tiểu, hoặc do viêm bàng quang.
- Tiểu rặn: phải cố gắng mới tiểu được: u xơ tiền liệt tuyến, chít hẹp niệu đạo.
- Tiểu đêm: dùng các chất kích thích trước khi ngủ (rượu, cà phê), ở người khó ngủ (người già) hoặc một số bệnh lý về thận, huyết áp.
- Tiểu máu: nước tiểu màu đỏ, thực hiện nghiệm pháp 3 ly để đánh giá sự xuất huyết ở niệu đạo, bàng quang hay thận: u ở thận, bàng quang bệnh lý ở tiểu cầu thận, sỏi đường niệu.
- Bí tiểu: là sự giữ nước tiểu ở bàng quang, không tiểu được theo ý muốn do tắc nghẽn đường niệu (u xơ tuyến tiền liệt, chấn thương niệu đạo), do viêm bàng quang, giảm hoạt động của thần kinh cảm giác, do tác dụng phụ của thuốc (thuốc mê, thuốc giảm đau) hoặc do sự lo lắng của người bệnh. Các dấu hiệu chính của bí tiểu cấp là không có nước tiểu trong nhiều giờ và bàng quang căng cứng. Những người bệnh đang chịu ảnh hưởng của thuốc mê và thuốc giảm đau có thể chỉ cảm thấy tức vùng hạ vị, nhưng những người bệnh tỉnh táo có thể thấy đau rất nhiều khi bàng quang căng. Khi bí tiểu dữ dội bàng quang có thể chứa khoảng 2000ml–3000ml nước tiểu.
- Tiểu dầm: là sự mất khả năng kiểm soát tiểu tiện, có thể tạm thời hay vĩnh viễn. Tiểu dầm có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào nhưng hay gặp nhất là người già trung bình khoảng 37% phụ nữ trên 60 tuổi có tiểu dầm. Những người bệnh này thường bối rối, khó chịu do quần áo của họ hay bị ướt và có mùi khai, kết quả là người bệnh thường hay tách biệt với các hoạt động xã hội.
- Lỗ mở niệu quản ra da, bàng quang ra da: lỗ mở này tạm thời hay vĩnh viễn, những người bệnh này luôn phải mang túi chứa nước tiểu liên tục bên mình, vì vậy nguy cơ tổn thương da xung quanh lỗ mở rất cao do nước tiểu dò rỉ ra ngoài. Lỗ mở ra da là nỗi ám ảnh, lo lắng của người bệnh vì họ phải tập thích nghi với đường dẫn nước tiểu nhân tạo, đồng người điều dưỡng phải hướng dẫn họ cách tự chăm sóc khi về nhà, tuy nhiên họ vẫn có thể mặc quần áo bình thường, có thể tham gia vào các hoạt động xã hội, du lịch và ngay cả các hoạt động tình dục.

- Nhiễm trùng tiểu: là nhiễm trùng bệnh viện hay gặp nhất. Vi khuẩn thường hay xâm nhập đường tiểu qua đường niệu đạo, phụ nữ dễ bị nhiễm trùng hơn vì hậu môn nằm gần lỗ niệu đạo và đường niệu đạo của nữ ngắn hơn, những người lớn tuổi hoặc bị các bệnh làm suy giảm miễn dịch cũng có nguy cơ cao. Ở nam giới tiền liệt tuyến tiết ra chất kháng khuẩn và chiều dài của niệu đạo dài nên ít có nguy cơ nhiễm trùng đường tiểu hơn.
- Ở những người khoẻ mạnh với chức năng bàng quang tốt thì vi sinh vật có thể bị đẩy ra trong quá trình đi tiểu.
- Sự ứ đọng nước tiểu trong bàng quang làm kiềm hoá nước tiểu và là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn.
- Nguyên nhân hay gặp nhất của nhiễm trùng tiểu là thông tiểu, ngoài ra thông tiểu còn làm cản trở cơ chế tiểu bình thường mà cơ chế này có tác dụng cản trở lại vi khuẩn xâm nhập vào niệu đạo.
- Bất cứ những ảnh hưởng nào đến dòng chảy bình thường của nước tiểu đều có thể gây nên nhiễm trùng tiểu. Các dấu hiệu của nhiễm trùng tiểu:
 - Đau vùng bụng dưới.
 - Màu sắc nước tiểu thay đổi: đục, cặn lắng, mùi hôi.
 - Số lượng nước tiểu ít, sậm màu.
 - Đau rát nơi lỗ tiểu.
 - Sốt ớn lạnh.
 - Đi khi có tiểu máu.
 - Cấy nước tiểu có vi trùng.

4. THÔNG TIỂU

4.1. Định nghĩa

Thông tiểu là phương pháp dùng một ống thông đặt từ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

4.2. Mục đích chỉ định và chống chỉ định

4.2.1. Mục đích – chỉ định

- Giải áp trong trường hợp người bệnh bí tiểu
- Chuẩn bị cho người bệnh phẫu thuật: trong các cuộc đại phẫu: cắt dạ dày, sọ não hoặc mổ ở tại đường niệu: tái tạo niệu đạo do đứt, chấn thương; u xơ tiền liệt tuyến.

- Trong:
 - + Chụp thận bàng quang ngược dòng.
 - + Đo áp lực bàng quang.
 - + Bệnh nặng cần theo dõi nước tiểu trong mỗi giờ: shock, choáng do mất nước.

4.2.2. Chống chỉ định

- Không thông tiểu đối với những người bệnh nhiễm trùng lỗ niệu đạo
- Chấn thương, dập rách niệu đạo.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

5.1. Dùng ống thông từ niệu đạo vào bàng quang

5.1.1. Thông tiểu thường

Dùng ống thông Nelaton, Robinson hoặc Benique, Coudée trong trường hợp hẹp niệu đạo.



Hình 44.2. Ống thông: guion, sắt



Hình 44.3. Ống thông nelaton

- Chỉ định: bí tiểu, cần lấy nước tiểu xét nghiệm tìm vi trùng.
- Tính chất: đặt xong lấy ra ngay, không lưu lại.
- Thông tiểu liên tục: dùng sonde foley đuôi có 2 hoặc 3 nhánh.



Hình 44.4. Ống thông foley 2 và 3 nhánh



Hình 44.5. Ống thông foley

- Chỉ định: trong tất cả trường hợp người bệnh cần dẫn lưu nước tiểu liên tục: người bệnh nặng, shock, các bệnh thận cấp tính.
- Tính chất: ống sonde được lưu lại trong bàng quang nhờ vào bong bóng ở đầu ống thông.
- Thời gian lưu ống tùy theo yêu cầu điều trị và chất liệu của ống sonde:
 - + Cao su: 5-7 ngày
 - + Plastic: 7-10 ngày
 - + Latex: 2-3 tuần
 - + Silicon: 2 tháng

5.2. Dẫn lưu bàng quang ra da

- Dùng sonde foley, malecot hoặc sonde pezzet.
- Dùng kim luồn (catheter) chọc dò trên xương mu vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài trong trường hợp cấp cứu.
 - + Chỉ định: do không dẫn lưu nước tiểu qua niệu đạo được, giải phẫu đường tiết niệu, chấn thương niệu đạo.
 - + Tính chất: ống sonde được rút ra tùy theo y lệnh và tình trạng của người bệnh.

6. CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG, NGUYÊN NHÂN, CÁCH XỬ LÝ VÀ PHÒNG NGỪA KHI THÔNG TIỂU

6.1. Thông tiểu thường

Tai biến, biến chứng	Nguyên nhân	Xử lý – Phòng ngừa
1. Nhiễm trùng lỗ tiểu, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận	<ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật đặt không vô khuẩn. - Không vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi đặt. - Dùng các loại chất trơn không đúng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn khi đặt thông tiểu. - Vệ sinh bộ phận sinh dục cho người bệnh trước khi đặt thông tiểu. Dùng các loại chất trơn tan trong nước: KY, Jell.
2. Tổn thương niêm mạc niệu đạo	<ul style="list-style-type: none"> - Ống thông không đúng kích cỡ. - Động tác đặt thô bạo. - Tư thế dương vật 	<ul style="list-style-type: none"> - Kích cỡ phải phù hợp với từng lứa tuổi. - Người lớn: 16-18-20 Fr

	<p>người bệnh không đúng khi đặt thông tiểu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt thông tiểu nhiều lần trong ngày. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trẻ nhỏ: 8-10-12 Fr - Động tác đặt nhẹ nhàng, khi gặp trở ngại không dùng lực để đẩy. - Dương vật vuông góc với người bệnh khi đặt. - Không nên đặt thông tiểu quá 2 lần trong ngày, nếu trường hợp người bệnh bí tiểu thường xuyên thì nên đặt thông tiểu lưu.
3. Xuất huyết bàng quang.	<ul style="list-style-type: none"> - Giảm áp suất đột ngột trong bàng quang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khi người bệnh bí tiểu không nên lấy nước tiểu ra hết cùng một lúc, mà phải cho chảy từ từ. Tránh làm giảm áp lực đột ngột trong bàng quang.

6.2. Thông tiểu liên tục

Biến chứng	Nguyên nhân	Xử trí – Phòng ngừa
1. Nhiễm trùng lỗ tiểu, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận.	<ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật đặt không vô khuẩn. - Không vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi đặt thông tiểu. - Túi chứa để cao hơn bàng quang. - Bộ phận lọc khí trong túi chứa nước tiểu bị ẩm ướt. - Hệ thống dẫn lưu nước tiểu hở, không 1 chiều. - Thời gian lưu ống quá lâu. - Rửa bàng quang không đúng kỹ thuật vô khuẩn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn khi đặt thông tiểu. - Vệ sinh bộ phận sinh dục cho người bệnh trước khi đặt thông tiểu và chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh trong suốt thời gian đặt. - Túi chứa nước tiểu phải thấp hơn bàng quang ít nhất 60cm. Treo túi trên song giường nơi vị trí cố định. - Giữ cho túi chứa được khô ráo, nhất là chỗ lọc khí → thay túi ngay khi bị ướt bộ lọc khí. - Hệ thống dây câu phải kín, vô khuẩn và một chiều. - Thời gian lưu ống tùy theo chất liệu của ống sonde và

		<p>tình trạng người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Cao su: 5-7 ngày + Latex: 15-20 ngày + Silicon: 1-2 tháng - Áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn khi rửa bàng quang.
2. Tổn thương niêm mạc niệu đạo	<ul style="list-style-type: none"> - Dùng ống thông không đúng kích cỡ. - Động tác đặt thô bạo. - Tư thế dương vật người bệnh không đúng khi đặt thông tiểu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kích cỡ phải phù hợp với từng lứa tuổi. Người lớn: 16-18-20 Fr Trẻ nhỏ: 8-10-12 Fr - Động tác đặt nhẹ nhàng, khi gặp trở ngại không dùng lực để đẩy. - Dương vật vuông góc với người bệnh khi đặt.
3. Xuất huyết niệu đạo bàng quang.	<ul style="list-style-type: none"> - Giảm áp suất đột ngột trong bàng quang. - ống thông tiểu chưa đặt đúng vị trí đã bơm bóng giữ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khi người bệnh bí tiểu không nên lấy nước tiểu ra hết cùng một lúc, mà phải cho chảy từ từ. Tránh làm giảm áp lực đột ngột trong bàng quang. - Phải chắc chắn ống vào sâu trong bàng quang rồi mới bơm bóng giữ. (Đặt thông tiểu đến khi thấy nước tiểu chảy ra nên đặt sâu vào thêm 3 - 5cm nữa mới bơm bóng).
4. Hoại tử niệu đạo	<ul style="list-style-type: none"> - Do ống cố định quá chặt, không chừa khoảng cách cử động. - Do túi chứa nước tiểu quá nặng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khi cố định ống thông tiểu phải chừa khoảng cách cử động. - Túi chứa nước tiểu phải có phân xả, nên xả nước tiểu mỗi phiên trực hoặc sớm hơn khi nước tiểu đầy 1/2 - 2/3 túi.
5. Dò niệu đạo	<ul style="list-style-type: none"> - Do cố định ống không đúng vị trí. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nam giới: đặt dương vật người bệnh hướng lên bẹn và cố định ống ở vùng bẹn. - Nữ giới: cố định ống ở mặt trong đùi.

6. Hẹp niệu đạo	- Tổn thương niêm mạc niệu đạo → tạo sẹo → hẹp niệu đạo.	- Phòng ngừa tổn thương niêm mạc niệu đạo.
7. Sỏi bàng quang	- Thời gian lưu ống quá lâu. - Người bệnh uống nước ít.	- Thời gian lưu ống tùy theo chất liệu của ống sonde và tình trạng người bệnh. - Trong thời gian đặt thông tiểu nếu không có chống chỉ định nên cho người bệnh uống nhiều nước.
8. Teo bàng quang	- Đặt thông tiểu lưu lâu ngày.	- Nếu không cần theo dõi nước tiểu mỗi giờ, ta nên khoá dây dẫn nước tiểu và xả ra mỗi 3h/1 lần để tập cho bàng quang hoạt động.
9. Nhiễm trùng huyết	- Nhiễm trùng đường niệu do đặt thông tiểu.	- Tránh để nhiễm trùng đường niệu với các biện pháp trên.

7. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẶT THÔNG TIỂU

7.1. Nhận định người bệnh trước khi đặt ống thông tiểu

- Tuổi, giới tính.
- Tình trạng tri giác: tỉnh hay mê, có phải nằm lâu tại giường? Có các bệnh lý thần kinh đi kèm như Parkinson?
- Tình trạng bệnh lý: bệnh lý liên quan đến đường tiết niệu? Số lần đi tiểu, số lượng nước tiểu mỗi lần? Lý do tại sao đặt thông tiểu?...
- Khả năng bài tiết nước tiểu: tự chủ hay không tự chủ, tiểu khó? Tiểu nhiều lần, tiểu rất, buốt, tiểu máu, bí tiểu có đang đặt ống thông tiểu không? Có đang mở niệu quản hay bàng quang ra da không?
- Nếu có cần xem xét lại hệ thống dẫn lưu xem có thông không, tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu chảy ra, tình trạng da xung quanh lỗ mổ.
- Tình trạng bàng quang: có căng chướng? Bàng quang thường nằm bên dưới xương mu và không thể sờ thấy được, khi căng lên nó nằm trên xương mu ngay giữa bụng và có thể lên cao ngay dưới rốn. Điều dưỡng có thể sờ nhẹ lên vùng bụng dưới, bàng quang mềm mại và tròn, khi ấn nhẹ bàn tay xuống thì người bệnh cảm thấy tức và đau.
- Tình trạng vùng bộ phận sinh dục: da, niêm, chất tiết ở một số phụ nữ lớn tuổi do thiếu hụt hormon, việc nhiễm trùng tiểu thường xảy ra do viêm các niêm mạc âm đạo.

- Nhận định tình trạng nước tiểu:
 - + Số lượng: theo dõi số lượng, theo dõi lượng dịch vào ra để đánh giá tình trạng thừa hoặc thiếu dịch.
 - + Màu sắc: bình thường nước tiểu có màu vàng nhạt hay màu hổ phách tùy theo nồng độ, nước tiểu thường cô đặc vào buổi sáng hoặc khi thiếu dịch, một số loại thuốc làm thay đổi màu của nước tiểu: xanh methylen, rifamicin hoặc một số trường hợp bệnh lý làm tăng thải bilirubin qua nước tiểu cũng làm sậm màu nước tiểu. Người điều dưỡng phải biết những bất thường để báo cáo bác sỹ đặc biệt nhất là những trường hợp chưa rõ nguyên nhân.
 - + Độ trong: bình thường nước tiểu trong suốt, nếu để vài phút trong bình chứa thì sẽ đục, nước tiểu của một số người bệnh thận thường đục hay có bọt do có hiện diện nhiều protein trong nước tiểu, nước tiểu cũng đục khi bị nhiễm trùng tiểu.
 - + Mùi: nước tiểu có mùi khai, nước tiểu càng cô đọng mùi càng nặng, mùi ngọt hay mùi trái cây thối thường xuất hiện trên người bệnh có aceton cao trong máu, chúng là những sản phẩm chuyển hoá không hoàn toàn của chuyển hoá mỡ thường gặp trên người bệnh tiểu đường.
- Theo dõi các xét nghiệm cận lâm sàng về nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, cận lắng, vi trùng.

7.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Một số chẩn đoán điều dưỡng liên quan đến hệ tiết niệu:

- Đau vùng bụng dưới, khi đi tiểu do nhiễm trùng niệu đạo, do tắc nghẽn niệu đạo.
- Nguy cơ nhiễm trùng tiểu do nằm lâu tại giường, hạn chế khả năng tự chăm sóc.
- Thiếu kiến thức về bệnh.
- Nguy cơ bị các tai biến do thông tiểu.

7.3. Lập kế hoạch

- Người bệnh có cảm giác đi tiểu bình thường, dễ chịu khi đi tiểu.
- Bàng quang trống hoàn toàn sau khi đi tiểu (không ứ đọng nước tiểu trong bàng quang).
- Không bị các tai biến do đặt thông tiểu gây ra.
- Không bị nhiễm trùng tiểu.

7.4. Can thiệp điều dưỡng khi đặt thông tiểu cho người bệnh

- Phải báo và giải thích rõ để người bệnh an tâm và hợp tác.

- Giữ cho người bệnh được kín đáo khi đặt thông tiểu.
- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn khi thông tiểu cho người bệnh.
- Làm trơn ống thông trước khi đặt.
- Đặt ống nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương niêm mạc niệu đạo của người bệnh.
- Chọn lựa ống thông thích hợp.
- Không được làm giảm áp suất đột ngột trong bàng quang vì có thể gây xuất huyết.
- Đối với thông tiểu liên tục:
 - + Cố định ống thông đúng cách.
 - + Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
 - + Hệ thống dẫn lưu nước tiểu phải được giữ khô ráo nhất là nơi màng lọc, kín, thông, một chiều và thấp hơn bàng quang 60 cm.
 - + Thay ống thông mỗi 5-7 ngày hoặc lâu hơn tùy theo chất liệu của ống sonde.
 - + Hai giờ sau khi rút ống thông mới được đặt trở lại để chất dịch niệu đạo dễ thoát ra và sự co thắt nơi niệu đạo trở lại bình thường.
 - + Khi không cần theo dõi nước tiểu mỗi giờ, ta nên khoá ống lại và xả ra mỗi 3 giờ/lần để tập cho bàng quang hoạt động tránh bị teo.
 - + Khuyến người bệnh uống nhiều nước nếu tình trạng bệnh lý cho phép.
 - + Theo dõi tính chất, số lượng, màu sắc nước tiểu trong suốt thời gian người bệnh được đặt thông tiểu.
 - + Rút ống thông tiểu sớm khi không còn ý nghĩa trong việc điều trị.
 - + Giáo dục người bệnh và thân nhân người bệnh hiểu rõ về thông tiểu để người bệnh yên tâm và hợp tác điều trị.

7.5. Lượng giá

- Người bệnh đi tiểu bình thường, không có cảm giác khó chịu khi đi tiểu.
- Người bệnh không bị các tai biến do đặt thông tiểu.
- Người bệnh an tâm và hợp tác điều trị.

KỸ THUẬT THÔNG TIỂU THƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, chỉ định và chống chỉ định của thông tiểu.
2. Tiến hành được kỹ thuật thông tiểu đúng cách và an toàn.
3. Kể được các yếu tố quan trọng trong việc thực hiện kỹ thuật thông tiểu đúng cách.

1. MỤC ĐÍCH

Dùng 1 ống thông cho qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định

- Bí tiểu.
- Cần lấy nước tiểu thử nghiệm về vi trùng.
- Trước khi sinh.
- Chẩn đoán các bệnh về tiết niệu.

2.2. Chống chỉ định

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

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng lỗ tiểu?
- Nam hay nữ, có gia đình chưa, tuổi?
- Tình trạng bệnh lý: bệnh cấp cứu, phẫu thuật, bệnh về hệ tiết niệu...?
- Tình trạng bàng quang: tức, căng chướng?
- Thời gian tiểu lần cuối?

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình làm để họ yên tâm và hợp tác.
- Tư thế người bệnh thích hợp.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng nước sạch trước khi đặt.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Đo lường nước tiểu hoặc lấy nước tiểu gửi đi xét nghiệm (nếu cần).
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ: bình phong.

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ thông tiểu.
- Số lượng, màu sắc, tính chất khác thường của nước tiểu.
- Tình trạng lỗ tiểu.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn.
- Tránh thông tiểu nhiều lần, không nên thông tiểu quá 2 lần trong 24 giờ: nếu cần thì nên đặt thông tiểu liên tục, thông tiểu nhiều lần dễ bị tổn thương và nhiễm trùng niệu đạo.
- Phải vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi đặt thông tiểu.
- Dùng chất trơn tan được trong nước để hạn chế sự nhiễm trùng và kích thích trong bàng quang.
- Chọn lựa kích cỡ ống thông phải phù hợp với người bệnh.
- Không nên dùng sức để đẩy ống thông vào khi gặp trở ngại.
- Người bệnh bị bí tiểu nhiều không nên lấy ra hết 1 lần: sẽ làm người bệnh đau bàng quang do sự co bóp quá nhiều, và sự giảm áp suất đột ngột có thể làm người bệnh bị mệt hoặc tiểu ra máu.
- Nếu cần lấy nước tiểu tìm vi trùng thì nên lấy trực tiếp vào ống nghiệm vô trùng.

Bảng 45.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ thông tiểu thường


Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo giải thích, quan sát và vệ sinh BPSD của người bệnh			
2	Rửa tay, mang khẩu trang			
3	Trải khăn vô khuẩn trên khay sạch chứa: - 1-2 ống thông Nelaton - Bồn hạt đậu - Gòn, gạc miếng - Kềm Kelly - Khăn có lỗ - Một chén chung chứa dung dịch sát khuẩn bộ phận sinh dục - Dầu nhờn tan trong nước			
4	Soạn dụng cụ vô khuẩn đặt ngoài khay - Găng tay vô khuẩn - Ống nghiệm (nếu cần)			
5	Soạn dụng cụ sạch để ngoài khay - Tấm nylon - Vải đắp - Bình phong - Túi đựng rác thải y tế			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 45.1. Mâm dụng cụ thông tiểu thường

Bảng 45.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng đặt thông tiểu thường

Stt	Các thao tác	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chuẩn bị bệnh nhân	- Tiến hành được thuận lợi và an toàn	- Người bệnh an tâm hợp tác, vùng bộ phận sinh dục được vệ sinh sạch sẽ
2	Chuẩn bị dụng cụ	- Tiến hành được thuận lợi và an toàn	- Đủ, đúng và an toàn về dụng cụ sử dụng
3	Mang khẩu trang, rửa tay	- Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn	- Tóc gọn gàng - Khẩu trang che kín mũi, miệng - Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay
4	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh	- Giữ cho người bệnh kín có không gian riêng lẻ - Tránh làm ẩm ướt vùng mông	- Giữ an toàn cho người bệnh khi trải - Tấm nylon chỉ cần lót ở vùng mông
5	Phủ vải đắp, bỏ hần quần người bệnh ra, quần vải đắp vào: - Bàn chân (nữ), cổ chân (nam)	- Giữ cho người bệnh được kín đáo	Động tác nhẹ nhàng, tôn trọng
6	Đỡ tư thế người bệnh nằm ngửa: - Nữ: chân chống bệt rộng ra (tư thế khám sản) - Nam: 2 chân dang rộng	Lỗ tiểu được bộc lộ rõ	Nữ: 2 chân chống bệt ra
7	Rửa tay thường qui (nội khoa)	Giảm sự lây nhiễm	Rửa tay sạch các mặt của bàn tay
8	Mang găng vô khuẩn	Đảm bảo sự vô khuẩn cho kỹ thuật	Tay chưa mang găng không chạm vào mặt ngoài của găng
9	Bôi trơn ống thông: 4-5cm trong trường hợp đặt cho nữ, và 16-20 cm trong trường hợp đặt cho nam	Đặt ống thông dễ dàng	- Bôi từ đầu ống xuống thân ống - Không làm bít lỗ ở đầu của ống thông
10	Trải khăn có lỗ chỉ để hở vùng bộ phận sinh dục	Hạn chế vùng vô khuẩn	Chỉ được nắm khăn lỗ vào mặt không tiếp xúc với người bệnh

11	<p>Dùng kẹp gấp gòn nhúng dung dịch sát khuẩn rửa lỗ tiểu xoắn ốc rộng từ trong ra ngoài</p> 	Hạn chế sự nhiễm khuẩn cho kỹ thuật	<ul style="list-style-type: none"> - Nữ: rửa từ trên vùng bụng xuống hậu môn - Nam: rửa từ lỗ tiểu rộng ra
12	Đặt bốn hạt đậu dọc giữa 2 bên đùi	Để hứng nước tiểu	Giữ cho bốn hạt đậu được vô khuẩn khi đặt
13	Dùng tay thuận cầm ống thông cách đầu ống 5-6cm, đuôi ống để vào bốn hạt đậu	Đặt ống dễ dàng qua lỗ niệu đạo	Đảm bảo vô khuẩn cho ống thông khi đặt
14	Đưa ống thông vào niệu đạo cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra	Dẫn nước tiểu ra ngoài	Đặt đúng vị trí, đủ độ dài tùy từng giới
15	Lấy nước tiểu cho vào ống nghiệm (nếu cần)	Cấy nước tiểu tìm vi trùng	Đảm bảo lấy nước tiểu giữa dòng và vô trùng
16	Cho nước tiểu chảy ra từ từ	Tránh tai biến xuất huyết bàng quang do giảm áp suất đột ngột	Bóp ống thông lại cho nước tiểu chạy ra từ từ
17	Chạm khô lỗ tiểu bằng gạc	Đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân	Giữ cho người bệnh Được khô ráo
18	Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã xong	Giao tiếp	Giúp người bệnh được tiện nghi
20	Ghi hồ sơ	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 4.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng đặt thông tiểu thường

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Báo, giải thích người bệnh			
3	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh			
4	Phủ vải đắp, bỏ hần quần người bệnh ra			
5	Quấn vải đắp vào: bàn chân (nữ), cổ chân (nam)			
6	Tư thế người bệnh: - Nữ: chân chống bệt rộng ra - Nam: 2 chân dang rộng			
7	Điều dưỡng rửa tay			
8	Mở vải đắp để lộ BPSD			
9	Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn			
10	Mang găng tay vô khuẩn			
11	Bôi trơn ống thông: nữ: 4 - 5cm, nam: 16 - 20cm			
12	Trải khăn có lỗ			
13	Dùng tay không thuận: - Vạch 2 mép nhỏ (đối với nữ) để lộ lỗ tiểu: rửa 2 mép nhỏ từ trên xuống dưới (mỗi bên thay gòn), rửa lỗ tiểu - Kéo da quy đầu (đối với nam) để lộ lỗ tiểu, rửa từ lỗ tiểu rộng ra ngoài			
14	Kèm kẹp gòn để nơi xa			
15	Đặt bốn hạt đậu dọc giữa 2 đùi			
16	Cắm ống thông cách đầu ống 5-6 cm, đuôi ống để vào bốn hạt đậu			
17	Bảo người bệnh rặn tiểu, hay há miệng thở đưa đầu ống vào lỗ tiểu: nữ: 4-5cm, nam: 16-20cm (cắm dương vật thẳng đứng)			
48	Cho nước tiểu chảy ra từ từ, khi gần hết bấm ống lại, rút ra cho vào túi chứa rác thải			
19	Chạm khô lỗ tiểu bằng gạc			
20	Lấy khăn lỗ ra, che lại bộ phận sinh dục cho người bệnh kín đáo			
21	Mặc quần lại cho người bệnh			
22	Lấy vải đắp và tấm nylon ra			
23	Thu dọn dụng cụ			
24	Giúp người bệnh tiện nghi - ghi hồ sơ.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

KỸ THUẬT THÔNG TIỂU LIÊN TỤC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, chỉ định và chống chỉ định của thông tiểu liên tục.
2. Tiến hành được kỹ thuật thông tiểu liên tục đúng cách.
3. Kể được các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật thông tiểu liên tục đúng cách.

1. MỤC ĐÍCH ĐẶT ỐNG THÔNG TRONG BÀNG QUANG VÀ GIỮ LÂU NGÀY ĐỂ

- Dẫn nước tiểu ra ngoài liên tục.
- Tác dụng tạo sự nén ép lên thành niệu đạo để ngăn chặn sự chảy máu trong trường hợp mổ tuyến tiền liệt hoặc niệu đạo.
- Giữ vết mổ bàng quang và bộ phận sinh dục không bị nhiễm trùng.
- Chẩn đoán bệnh hoặc theo dõi các bệnh về đường tiết niệu.
- Theo dõi tình trạng tuần hoàn của người bệnh: shock, phẫu thuật.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật tổng quát vùng bụng, gây mê toàn thân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giải phẫu các cơ quan thuộc hệ tiết niệu: thận, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt.
- Mổ tái tạo niệu đạo.
- Giải phẫu vùng hội âm, âm đạo.
- Trước và sau các cuộc mổ lớn.
- Bí tiểu thường xuyên.
- Theo dõi về khả năng bài tiết của thận trong những giờ nhất định: bệnh lý về thận, choáng shock, tình trạng mất máu, nước quá nhiều.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng niệu đạo
- Chấn thương dập rách niệu đạo

4. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng lỗ tiểu.
- Nam hay nữ, có gia đình chưa? Tuổi?
- Tình trạng bệnh lý: bệnh cấp cứu, phẫu thuật, bệnh về hệ niệu?

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Đo lường nước tiểu hoặc lấy nước tiểu gửi đi xét nghiệm (nếu cần).
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ: bình phong.

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ đặt ống.
- Ngày thay ống.
- Số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu mỗi giờ, mỗi ngày tùy theo tình trạng người bệnh.
- Giờ đi tiểu đầu tiên sau khi rút ống ra.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

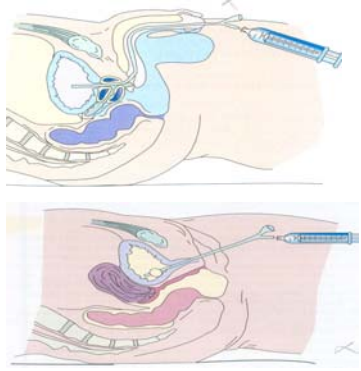
- Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày để tránh nhiễm trùng.
- Cần theo dõi và quan sát hàng ngày:
 - + Sự lưu thông của nước tiểu và vị trí ống thông.
 - + Tình trạng da, niêm mạc bộ phận sinh dục và lỗ tiểu của người bệnh.
 - + Số lượng, tính chất của nước tiểu.
- Phải chắc chắn ống vào đúng trong bàng quang mới được bơm bóng.
- Cố định ống thông phải đúng cách: nam: ở bẹn và nữ: ở mặt trong đùi, chừa khoảng cách cử động.
- Tập bàng quang hoạt động bình thường thì khoá ống lại, mỗi 3 giờ mở 1 lần cho nước tiểu chảy ra.
- Luôn giữ cho hệ thống ống dây dẫn, túi chứa được vô khuẩn, một chiều (cách bàng quang 60 cm) và khô ráo nhất là vị trí bộ phận lọc khí.


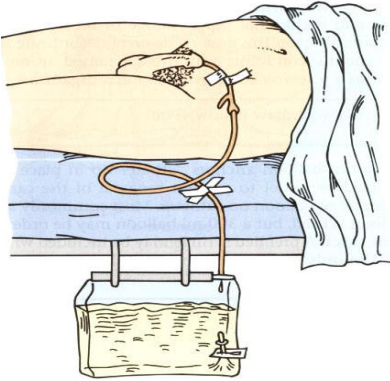
Bảng 46.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn mâm dụng cụ thông tiểu liên tục

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	- Báo giải thích, quan sát và vệ sinh BPSD của người bệnh. - Rửa tay, mang khẩu trang.			
2	Sắp xếp dụng cụ trong mâm vô khuẩn: - 1-2 ống thông Foley - Bồn hạt đậu - Gòn, gạc - Kềm kelly - Khăn có lỗ - 2 chén chung: một chứa dung dịch sát khuẩn vô khuẩn sinh dục, một chứa nước cất bơm bong bóng - Hệ thống dẫn lưu chứa nước tiểu - Dầu nhờn tan trong nước - Bơm tiêm 10ml			
3	Dụng cụ vô khuẩn ngoài mâm: - Găng tay vô khuẩn - Ống nghiệm (nếu cần)			
4	Dụng cụ khác: - Tấm nylon - Vải đắp - Bình phong - Túi đựng đồ bẩn - Băng keo, kéo			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 46.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng đặt thông tiểu liên tục

Stt	Các thao tác	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chuẩn bị bệnh nhân	- Tiến hành được thuận lợi và an toàn	- Người bệnh an tâm hợp tác, vùng bộ phận sinh dục được vệ sinh sạch sẽ
2	Chuẩn bị dụng cụ	- Tiến hành được thuận lợi và an toàn	- Đủ, đúng và an toàn về dụng cụ sử dụng
3	Mang khẩu trang, rửa tay	- Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn	- Tóc gọn gàng - Khẩu trang che kín mũi, miệng - Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay
4	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh	- Giữ cho người bệnh kín có không gian riêng lẻ - Tránh làm ẩm ướt vùng mông	- Giữ an toàn cho người bệnh khi trải - Tấm nylon chỉ cần lót ở vùng mông
5	Phủ vải đắp, bỏ hần quần người bệnh ra, Quần vải đắp vào: bàn chân (nữ), cổ chân (nam)	- Giữ cho người bệnh được kín đáo	- Động tác nhẹ nhàng, tôn trọng
6	Đế tư thế người bệnh nằm ngửa: - Nữ: chân chống bẹt rộng ra (tư thế khám sản) - Nam: 2 chân dang rộng	- Lỗ tiểu được bộc lộ rõ	- Nữ: 2 chân chống bẹt ra
7	Rửa tay thường qui (nội khoa)	- Giảm sự lây nhiễm	- Rửa tay sạch các mặt của bàn tay
8	Mang găng vô khuẩn	- Đảm bảo sự vô khuẩn cho kỹ thuật	- Tay chưa mang găng không chạm vào mặt ngoài của găng
9	Bơm khí vào bóng thử và nắn bóng cho cân xứng (nếu cần)	- Kiểm tra sự nguyên vẹn của bóng	- Giữ an toàn cho ống thông khi bơm
10	Rút dịch bơm bóng vào bơm tiêm 5ml-10ml	- Để giữ ống thông trong bàng quang	- Dịch bơm bóng tốt nhất là nước cất
11	Gắn bộ dây câu nối nước tiểu vào đuôi của ống thông	- Giữ cho hệ thống ống thông tiểu và dây câu được kín, vô khuẩn	- Giữ an toàn cho toàn bộ hệ thống khi gắn nối

12	Bôi trơn ống thông: 4-5cm trong trường hợp đặt cho nữ, 16-20cm trong trường hợp đặt cho nam	- Đặt ống thông dễ dàng	- Bôi từ đầu ống xuống thân ống - Không làm bít lỗ ở đầu của ống thông
13	Trải khăn có lỗ chỉ để hở vùng bộ phận sinh dục	- Hạn chế vùng vô khuẩn	- Chỉ được nắm khăn lỗ vào mặt không tiếp xúc với người bệnh
14	Dùng kèm gấp gòn nhúng dung dịch sát khuẩn rửa lỗ tiểu xoắn ốc rộng từ trong ra ngoài	- Hạn chế sự nhiễm khuẩn cho kỹ thuật	- Nữ: rửa từ trên vùng bụng xuống hậu môn - Nam: rửa từ lỗ tiểu rộng ra
15	Đặt bồn hạt đậu dọc giữa 2 bên đùi	- Để hứng nước tiểu	- Giữ cho bồn hạt đậu đợc vô khuẩn khi đặt
16	Dùng tay thuận cầm ống thông cách đầu ống 5-6cm, đuôi ống để vào bồn hạt đậu	- Đặt ống dễ dàng qua lỗ niệu đạo	- Đảm bảo vô khuẩn cho ống thông khi đặt
17	Đưa ống thông vào niệu đạo cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra	- Dẫn nước tiểu ra ngoài	- Đặt đúng vị trí, đủ độ dài tùy từng giới
18	Đẩy ống vào sâu thêm 3-5cm để chắc chắn ống đã vào hẳn trong bàng quang	- Ngừa tai biến vỡ niệu đạo do bóng nằm sai vị trí	- Chắc chắn ống vào hẳn trong bàng quang mới được bơm bóng
19	- Bơm nước cất vào để giữ ống thông lại trong bàng quang 	- Giữ cố định ống trong bàng quang	- Bơm lượng dịch vừa đủ giữ ống thông: 5-10ml
20	Kéo đuôi ống thông ra cho bóng nằm sát cổ bàng quang	- Kiểm tra chắc chắn bóng được giữ trong bàng quang, giảm bớt kích thích cho người bệnh	- Kéo vừa đủ bóng nằm sát cổ bàng quang

21	Lấy khăn lố ra, chặm khô lố tiểu bằng gạc, che lại bộ phận sinh dục cho người bệnh kín đáo	- Đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân	- Giữ cho người bệnh được kín đáo trong khi thực hiện kỹ thuật
22	Treo túi chứa nước tiểu ở song giường thấp hơn bàng quang ít nhất 60cm 	- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng	- Túi được treo nơi vị trí cố định, giữ khô ráo
23	Dán băng keo cố định ống thông tiểu lên mặt trong của đùi đối với người bệnh nữ và trên vùng bẹn đối với người bệnh nam, khi cố định chừa khoảng cách cử động tránh chèn ép và kéo căng tạo áp lực lên lố niệu đạo. 	- Ngừa biến chứng dò niệu đạo và hoại tử niệu đạo do chèn ép	- Cố định đúng tư thế tùy theo giới, chừa khoảng cách đủ rộng cho người bệnh cử động, không để túi nước tiểu quá nặng
24	Chặm khô lố tiểu bằng gạc	- Đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân	- Giữ cho người bệnh được khô ráo
25	Quan sát sự hoạt động của hệ thống dẫn lưu	- Theo dõi sự thông thương của hệ thống dẫn lưu	- Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu
26	Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã xong. Giúp người bệnh tiện nghi	- Giao tiếp	- Giúp người bệnh được tiện nghi
27	Ghi hồ sơ	- Theo dõi và quản lý người bệnh	- Ghi lại những công việc đã làm

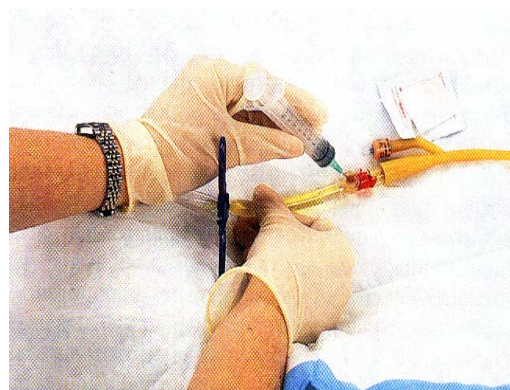
Bảng 46.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng đặt thông tiểu liên tục

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Báo, giải thích người bệnh			
3	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh			
4	Phủ vải đắp, bỏ hần quần người bệnh ra			
5	Quấn vải đắp vào: bàn chân (nữ), cổ chân (nam)			
6	Để tư thế người bệnh nằm ngửa: - Nữ: chân chống bẹt rộng ra (tư thế khám sản) - Nam: 2 chân dang rộng			
7	Rửa tay thường qui (nội khoan)			
8	Mở vải đắp để lộ BPSD			
9	Mở khăn che mâm dụng cụ vô khuẩn			
10	Mang găng vô khuẩn			
11	Cầm bơm tiêm bằng tay găng vô khuẩn bơm khí vào bóng thử và nắn bóng cho cân xứng (nếu cần)			
12	Rút dịch bơm bóng vào bơm tiêm 5ml-10ml			
13	Gắn bộ dây câu nối nước tiểu vào đuôi của ống thông			
14	Cầm ống thông, bôi trơn ống thông: 4-5cm trong trường hợp đặt cho nữ, và 16-20cm trong trường hợp đặt cho nam			
15	Trải khăn có lỗ chỉ để lộ vùng bộ phận sinh dục			
16	Dùng tay không thuận: - Vạch 2 mép nhỏ (đối với nữ) để lộ lỗ tiểu: rửa 2 mép nhỏ từ trên xuống dưới (mỗi bên thay gòn), rửa lỗ tiểu - Kéo da quy đầu (đối với nam) để lộ lỗ tiểu, rửa từ lỗ tiểu rộng ra ngoài			
17	Đặt bồn hạt đậu dọc giữa 2 bên đùi			
18	Dùng tay thuận cầm ống thông cách đầu ống 5-6cm, đuôi ống để vào bồn hạt đậu			
19	Bảo người bệnh rặn tiểu, hay há miệng thở đưa đầu ống vào lỗ tiểu: nữ: 4-5cm, nam: 16-20cm (cầm dương vật thẳng đứng)			
20	Đẩy ống vào sâu thêm 3-5cm để chắc chắn ống đã vào hần trong bàng quang			
21	Bơm nước cất vào bong bóng để giữ ống thông lại trong bàng quang			
22	Kéo đuôi ống thông ra cho bóng nằm sát cổ bàng quang			

23	Lấy khăn lố ra, chặm khô lố tiểu bằng gạc, che lại bộ phận sinh dục cho người bệnh kín đáo			
24	Treo túi chứa nước tiểu ở song giường thấp hơn bàng quang ít nhất 60cm			
25	Dán băng keo cố định ống thông tiểu lên mặt trong của đùi đối với người bệnh nữ và trên vùng bẹn đối với người bệnh nam			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 46. 1. Các loại sonde trong hệ tiết niệu



Hình 46. 2. Cách lấy nước tiểu làm xét nghiệm



Hình 46. 2. Các loại túi chứa nước tiểu

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Khi đặt ống thông tiểu, hay gặp cản lực, hãy cho biết 3 lý do có thể gây ra?
2. Nêu 3 trường hợp thông tiểu?
3. Liệt kê 2 trường hợp không thông tiểu?
4. Kể tên 2 loại ống thông thường dùng để thông tiểu?
5. Nêu 3 biến chứng sau thông tiểu?

Phân biệt đúng (Đ), sai (S)

6. Theo dõi lượng, màu sắc nước tiểu để xác định NB có nhiễm trùng đường niệu.
7. Biến chứng dò niệu đạo là do cố định ống thông tiểu vào vùng bẹn đối với người bệnh nam.
8. Để lấy nước tiểu 24 giờ được chính xác ta phải thông tiểu.
9. Xét nghiệm tìm đường, đạm trong nước tiểu cần lấy nước tiểu vô trùng.
10. Sonde Foley dùng trong thông tiểu thường.
11. Không thông tiểu quá 2 lần trong ngày.
12. Luôn phải thông tiểu cho người bệnh tiểu không tự chủ.
13. Bơm rửa bàng quang là biện pháp tốt nhất để ngừa đặt sonde tiểu lưu.
14. Thông tiểu là kỹ thuật vô khuẩn ngoại khoa.
15. Thay dây dẫn và vật chứa nước tiểu khi thay sonde tiểu.
16. Ống thông tiểu bằng kim loại được dùng khi nong niệu đạo.
17. Cần phải cấy nước tiểu định kỳ để theo dõi nhiễm trùng tiểu khi để sonde tiểu lâu ngày.

Chọn câu đúng nhất

18. Trường hợp nào không nên đặt thông tiểu:
 - A. Bí tiểu chưa rõ nguyên nhân.
 - B. Chảy máu đầu lỗ sáo, lỗ tiểu, dấu hiệu tụ máu ở vùng tầng sinh môn.
 - C. Phẫu thuật tái tạo niệu đạo.
 - D. Theo dõi suy thận cấp.
 - E. Điều trị tại chỗ khi bàng quang nhiễm trùng, xuất huyết.

19. Nên chọn sonde tiểu có thể tích bóng là bao nhiêu để lưu ống trong thông tiểu giữ lại ở người lớn.
- A. 30ml
 - B. 25ml
 - C. 20ml
 - D. 10ml
 - E. Loại nào cũng được.
20. Hệ thống dẫn lưu nước tiểu, cần phải:
- A. Sạch sẽ, để cách sàn nhà.
 - B. Phải một chiều, kín.
 - C. Vật chứa thấp hơn bàng quang 60cm.
 - D. Câu B và C.
 - E. Tất cả đều đúng.
21. Chăm sóc khi người bệnh có đặt thông tiểu lưu, cần phải:
- A. Vệ sinh BPSD mỗi ngày.
 - B. Theo dõi lượng, tính chất nước tiểu mỗi ngày.
 - C. Luôn luôn giữ hệ thống dẫn lưu được thông để nước tiểu ra dễ dàng.
 - D. A và B.
 - E. Tất cả đều đúng.
22. Trường hợp nào cần phải thông tiểu liên tục:
- A. Bí tiểu.
 - B. Hôn mê.
 - C. Giải phẫu tái tạo niệu đạo.
 - D. A, B đúng.
 - E. A, C đúng.
23. Chất trơn dùng trong thông tiểu:
- A. Parafine
 - B. Vaseline
 - C. Tan được trong nước.
 - D. Tất cả đều đúng.
 - E. Tất cả đều sai.

24. Chống chỉ định của đặt thông tiểu:

- A. Chấn thương niệu đạo.
- B. Viêm nhiễm lỗ niệu đạo.
- C. Lậu.
- D. Dập gãy niệu đạo.
- E. Tất cả đều đúng.

25. Tai biến khi đặt thông tiểu do kỹ thuật của điều dưỡng:

- A. Chấn thương niệu đạo.
- B. Nhiễm trùng niệu đạo.
- C. Xuất huyết bàng quang.
- D. Dò niệu đạo.
- E. A, B, C đúng.

Đáp án:

6.S	7.S	8.S	9.S	10.S	11.Đ	12.S	13.S	14.Đ	15.Đ
16.Đ	17.Đ	18.B	19.D	20.D	21.E	22.B	23.C	24.E	25.E

KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích và chỉ định của kỹ thuật rửa bàng quang.
2. Tiến hành được kỹ thuật rửa bàng quang đúng cách.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật rửa bàng quang đúng cách.

1. MỤC ĐÍCH

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

2. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng bệnh lý?
- Có hay không đang đặt ống thông tiểu.
- Nam hay nữ.
- Tính chất, số lượng nước tiểu.

3. CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

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

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ.

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ rửa bàng quang.
- Tên dung dịch rửa, số lượng, thuốc (nếu có).
- Tính chất dịch chảy ra.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

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


Bảng 47.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ rửa bàng quang

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
Dùng ống bơm hút				
1	Dụng cụ trong khay vô khuẩn: Bồn hạt đậu Ống bơm hút (hoặc bơm tiêm 50ml) Gạc miếng Kềm			
2	Dụng cụ vô khuẩn ngoài khay: Bồn hạt đậu Hệ thống dẫn lưu nước tiểu Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh Chai dung dịch rửa bàng quang Chai dung dịch sát khuẩn			
3	Dụng cụ khác: Găng tay sạch Băng keo Túi đựng rác thải y tế Túi chứa nước tiểu (nếu cần)			
Tổng số				
Tổng số điểm đạt được				

Rửa bằng hệ thống dẫn lưu				
1	Dụng cụ vô khuẩn trong khay: Bồn hạt đậu Gạc miếng Kềm Ống chữ Y			
2	Dụng cụ vô khuẩn ngoài khay: Hệ thống dẫn lưu Dây truyền + dung dịch truyền NaCl Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh Chai dung dịch sát khuẩn			
3	Dụng cụ sạch: Găng tay Băng keo Túi đựng rác thải y tế Trụ treo			
Tổng số				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 47.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng rửa bàng quang

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
Hệ thống dẫn lưu liên tục			
1	Chuẩn bị bệnh nhân	Tiến hành được thuận lợi và an toàn	Người bệnh an tâm hợp tác
2	Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện	Tiến hành kỹ thuật rửa dễ dàng, thuận tiện	Tránh choàng lên mâm vô khuẩn
3	Mang găng tay sạch	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng
4	Mở khay dụng cụ	Dụng cụ sẵn sàng để thực hiện kỹ thuật	Không chạm hay choàng lên mâm vô khuẩn
5	Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa	Tiện việc khử khuẩn chỗ nối	Tránh làm sút ống
6	Ngâm chỗ nối giữa ống	Khử khuẩn nơi chỗ nối	Chỗ nối 2 đầu ống thông

	thông tiểu và túi chứa vào bốn hạt đậu vô khuẩn có chứa dung dịch sát khuẩn		phải ngập trong dung dịch khử khuẩn
7	Rửa tay lại	Giảm sự lây nhiễm	Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
8	Sát khuẩn nắp chai dung dịch	Giảm sự hiện diện của vi khuẩn trên nắp chai	Không chạm tay vào mặt trong của miếng bông cotton
9	Gắn dây dẫn dịch	Dẫn dịch rửa vào bàng quang	Tuân thủ kỹ thuật vô khuẩn
10	Treo chai lên trụ	Tạo áp lực cho dịch rửa chảy dễ dàng vào bàng quang	Độ cao khoảng 30-40cm
11	Cầm vải thưa tháo rời đuôi ống Foley + ống nối	Hạn chế sự lây nhiễm	Tránh làm bắn dịch ra ngoài
12	Lấy ống nối Y lắp vào 3 đầu: - Một đầu nối với đuôi ống thông tiểu - Một đầu nối với túi chứa nước tiểu (Có khoá B) - Đầu còn lại với dây dẫn dịch rửa (có khoá A)		
13	Mở khoá A cho dịch chảy vào bàng quang, xong khoá lại	Cho dịch rửa vào trước	Mỗi lần cho vào khoảng 250 ml
14	30 phút sau mở khoá B cho dịch chảy ra túi chứa	Cho dịch từ bàng quang chảy ra	Đợi dịch chảy ra hết mới mở khoá cho dịch rửa chảy tiếp vào
15	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi	Giao tiếp	Giúp người bệnh được tiện nghi
16	Ghi hồ sơ	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Dùng ống bơm hút			
1	Chuẩn bị bệnh nhân	Tiến hành được thuận lợi và an toàn	Người bệnh an tâm hợp tác
2	Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện	Tiến hành kỹ thuật rửa dễ dàng, thuận tiện	Tránh choàng lên mầm vô khuẩn
3	Mang găng tay sạch	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng
4	Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa	Tiện việc khử khuẩn chỗ nối	Tránh làm sút ống
5	Ngâm chỗ nối giữa dây câu và ống thông tiểu vào bồn hạt đậu vô khuẩn có chứa dung dịch sát khuẩn	Khử khuẩn nơi chỗ nối	Chỗ nối 2 đầu ống thông phải ngập trong dung dịch khử khuẩn
6	Rửa tay lại	Giảm sự lây nhiễm	Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
7	Cho dung dịch rửa vào bồn hạt đậu	Tiện việc hút dịch bơm rửa	Tránh choàng lên vùng vô khuẩn trong khi rót dung dịch
8	Cầm gạc tháo rời đuôi Foley và ống nối	Hạn chế sự lây nhiễm	Tránh làm bắn dịch ra ngoài
9	Dùng ống bơm hút dịch, bơm rửa: - Bên ngoài đầu ống thông - Bên trong đầu ống thông - Trong lòng ống thông - Rửa bàng quang - Bơm rửa sạch bên ngoài đuôi ống thông	Rửa sạch hệ thống ống Foley và bàng quang	- Tuân thủ kỹ thuật vô khuẩn trong khi bơm rửa, tránh văng bắn dịch ra xung quanh - Mỗi lần bơm khoảng 100cc, hạ đuôi ống thông xuống bồn hạt đậu cho nước chảy ra
10	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi	Giao tiếp	Giúp người bệnh được tiện nghi
11	Ghi hồ sơ	Theo dõi và quản lý người bệnh	Ghi lại những công việc đã làm

Bảng 47.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng rửa bàng quang

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
Rửa bàng hệ thống dẫn lưu				
1	Báo giải thích người bệnh			
2	Kiểm tra lại sonde tiểu			
3	Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện			
4	Mang găng sạch			
5	Mở khay dụng cụ			
6	Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn có chứa dung dịch sát khuẩn dọc theo đùi			
7	Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa			
8	Ngâm chỗ nối giữa ống thông tiểu và túi chứa Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh			
9	Sát khuẩn nắp chai dung dịch			
10	Gắn dây dẫn dịch			
11	Treo chai lên trụ			
12	Cắm vải thưa tháo rời đuôi ống Foley + ống nối			
13	Lấy ống nối Y lắp vào 3 đầu: - Một đầu nối với đuôi ống thông tiểu - Một đầu nối với túi chứa nước tiểu (có khoá B) - Đầu còn lại với dây dẫn dịch rửa (có khoá A)			
14	Mở khoá A cho dịch chảy mỗi lần 250ml, khoá lại			
15	30 phút sau mở khoá B cho dịch chảy ra túi chứa			
16	Rửa đến khi dịch chảy ra trong			
17	Dọn dụng cụ			
18	Giúp người bệnh tiện nghi			
19	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Dùng ống bơm hút		0	1	2
1	Báo giải thích người bệnh			
2	Kiểm tra lại sonde tiểu			
3	Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện			
4	Treo túi chứa nước tiểu mới (để đầu nối an toàn)			
5	Mang găng sạch			
6	Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn có chứa dung dịch sát khuẩn dọc theo đuôi			
7	Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa			
8	Ngâm chỗ nối giữa dây câu và ống thông tiểu vào bồn hạt đậu			
9	Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh			
10	Mở khay dụng cụ vô khuẩn			
11	Cho dung dịch rửa vào bồn hạt đậu			
12	Cầm gạc tháo rời đuôi Foley và ống nối			
13	Dùng ống bơm hút dịch, bơm rửa: - Bên ngoài đầu ống thông - Bên trong đầu ống thông - Trong lòng ống thông - Rửa bằng quang (mỗi lần bơm khoảng 100cc, hạ đuôi ống thông xuống bồn hạt đậu cho nước chảy ra)			
14	Rửa đến khi nước chảy ra trong			
15	Bơm rửa sạch bên ngoài đuôi ống thông			
16	Lau khô đuôi ống thông			
17	Thay hệ thống dây dẫn và túi chứa			
18	Dọn dụng cụ			
19	Giúp người bệnh tiện nghi			
20	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nêu mục đích của rửa bàng quang
2. Nêu 3 chỉ định rửa bàng quang
3. Nêu các yêu cầu cần nhận định người bệnh trước khi rửa bàng quang.
4. Nêu các loại dung dịch dùng để rửa bàng quang.

Phân biệt đúng (Đ), sai (S)

5. Rửa bàng quang được áp dụng trong tất cả các trường hợp đặt thông tiểu.
6. Chỉ có phương pháp bơm rửa bàng quang qua ống bơm hút là an toàn nhất, tránh gây nhiễm khuẩn ngược dòng cho người bệnh
7. Rửa bàng quang liên tục bằng hệ thống dẫn lưu kín thường dùng trong trường hợp người bệnh phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến.
8. ống thông Foley được bơm căng bóng chèn tối đa trong mô u xơ tiền liệt tuyến là để giữ ống không bị tụt ra ngoài.
9. Khi rửa bàng quang qua ống bơm hút không nên bơm với áp lực quá mạnh vì có thể gây xuất huyết bàng quang
10. Sau khi rửa bàng quang chỉ cần ghi hồ sơ những phản ứng của người bệnh nếu có.

Đáp án: 5. S 6. S 7. Đ 8. S 9. Đ 10. S

THEO DÕI VÀ ĐO LƯỢNG DỊCH VÀO RA

MỤC TIÊU

1. Mô tả những thay đổi của cơ thể khi mất cân bằng dịch.
2. Trình bày 5 chỉ định điều dưỡng cần theo dõi dịch vào ra.
3. Trình bày cách theo dõi dịch vào ra.
4. Trình bày quy trình chăm sóc người bệnh mất cân bằng dịch vào ra.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong cơ thể con người, tỉ lệ cân đối dịch phụ thuộc vào tuổi, người béo, gầy, chiều cao... Bình thường lượng dịch đưa vào bằng lượng dịch thoát ra, vai trò của thận và phổi giúp điều chỉnh sự cân bằng dịch. Lượng dịch vào ra nên cân bằng trong 24 giờ. Khi dịch ra lớn hơn hoặc nhỏ hơn dịch vào, nghi ngờ có vấn đề mất cân bằng dịch.

Việc ghi chú dịch vào ra đòi hỏi sự chính xác, liên tục để có can thiệp đúng. So sánh cân nặng và nước tiểu là cách tốt và thông dụng để đánh giá dịch vào ra. Khi theo dõi cân nặng cần quan tâm ít nhất 48h hay dài hơn đối với người bệnh có vấn đề mạn tính.

2. THAY ĐỔI CƠ THỂ KHI MẤT CÂN BẰNG DỊCH

2.1. Thay đổi trạng thái tinh thần

Mức độ tri giác:

- Mệt, yếu, kích động.
- Bối rối, lơ mơ. Khi mất cân bằng dịch nặng, người bệnh có dấu hiệu **ngủ gà**, tiến triển đến hôn mê hoặc diễn tiến xấu nhất là có thể tử vong.
- Khả năng hiểu biết nhận thức của người bệnh, khả năng định hướng không gian, thời gian, nơi chốn là dấu hiệu sớm nhất của mất cân bằng điện giải.

2.2. Thay đổi chức năng sinh lý

2.2.1. Hô hấp

- Khí máu động mạch:

- + Acidosis: thở sâu, liên tục để bù trừ.
- + Alkalosis: thở nông.
- Ứ dịch phổi, oxi giảm, khó thở.
- Nghe phổi: ran nổ.

2.2.2. Tuần hoàn

- Thừa dịch: mạch rõ, mạch nảy mạnh.
- Thiếu dịch: mạch nhanh, yếu như sợi chỉ.
- Rối loạn nhịp tim: khi có rối loạn K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} .
- Mạch, huyết áp: mạch tăng trên 100 lần/phút, huyết áp hạ thường do thiếu dịch.

2.2.3. Mô

- Đàn hồi da, dẫu véo da, da khô biểu hiện sự thiếu nước.
- Phù, ấn lõm.
- Cơ bụng.
- Thay đổi trương lực cơ.
- Viêm cơ.
- Giảm thân kinh cơ, giảm cảm giác.
- Co giật cơ, chuột rút.

2.3. Ảnh hưởng lên đời sống hàng ngày

- Suy giảm hoạt động do mệt.
- Người bệnh già thường không nhận biết rối loạn như không cảm thấy khát, lú lẫn.
- Vận động khó khăn.

3. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU DƯỠNG THEO DÕI DỊCH VÀO RA

- Nước tiểu bất thường.
- Mất dịch qua dẫn lưu bụng, nôn ói.
- Có chỉ định truyền dịch.
- Người bệnh có vấn đề bệnh lý ảnh hưởng đến tình trạng điện giải.
- Sau mổ, chấn thương.

4. THEO DÕI DỊCH VÀO RA

4.1. Dịch vào

- Qua đường miệng: thức ăn, uống (kể cả qua sonde dạ dày, ruột).
- Qua đường máu: dịch truyền, thuốc tiêm tĩnh mạch và sản phẩm máu.

4.2. Dịch ra

- Nước tiểu, dịch phân, chất nôn, dịch dẫn lưu, vết thương.
- Trường hợp khó ước lượng, nên cân mỗi ngày để so sánh. Ghi chú kiểu, cách dịch ra.

4.3. Lưu ý

- Nước tiểu: <30ml/giờ, suy giảm chức năng thận hay do thiếu dịch.
- Nếu dịch ra (nước tiểu) giảm kèm cân nặng tăng: ứ dịch trong cơ thể.
- Nếu nước tiểu giảm kèm giảm cân bất thành hình: thường do thiếu dịch.

5. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

5.1. Nhận định

5.1.1. Chủ quan

Hỏi:

- Số lượng dịch nhập qua ăn uống?
- Chế độ ăn uống?
- Thói quen ăn uống?
- Cảm giác khát? Uống nhiều?
- Số lượng nước tiểu?
- Thông tin các bệnh mãn tính có liên quan: nôn, tiêu chảy, suy thận mãn, suy tim, tiểu đường, addison, hội chứng cushing, tuyến giáp?
- Dùng các thuốc: insulin, lợi tiểu, steroid, nhuận tràng, chống acid?
- Bệnh sử: xuất huyết, phẫu thuật trước đó?

5.1.2. Khách quan

- Cân nặng: Cân giảm nhanh thường do mất dịch cơ thể (1kg tương đương 1lít dịch).
 - o Giảm 2% cân nặng cơ thể: thiếu dịch mức độ nhẹ.
 - o Giảm 8% cân nặng cơ thể hay giảm hơn nữa: thiếu dịch mức độ nặng.
- Cân nặng cân theo dõi hằng ngày đối với người bệnh có vấn đề về dịch và điện giải.
- Nên theo dõi cùng giờ / ngày, tốt nhất sáng trước khi ăn điểm tâm, với cùng một loại quần áo, sử dụng một cân để theo dõi.
- Dùng cân giường cho người bệnh đi đứng khó khăn.
- Thường ghi nhận dịch ra cùng với cân nặng để theo dõi rối loạn dịch và điện giải.

- Dấu hiệu sinh tồn: theo dõi kết quả có thay đổi bất thường.
- Số lượng dịch vào ra.
- Đàn hồi da: sự thay đổi tình trạng da cũng giúp suy đoán mất cân bằng dịch.
- Da khô: thiếu dịch.
- Thiếu nước mắt, mô hôi cần ghi chú.
- Phù, ứ dịch ở mắt, xương ức, tứ chi, bụng, xương chày, mắt cá chân. Thường khám phù ở xương chày, bụng.
 - o (+): 2 mm
 - o (++) → (+++): 4-6 mm
- Đo vòng bụng cùng vị trí giúp nhận định ứ dịch ở bụng, ruột: cổ chướng ascite.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Tĩnh mạch cổ:
 - o Phồng TM cổ giúp nhận định lượng dịch thay đổi.
 - o Người bệnh ngồi đầu nâng lên 45 độ.
- CVP: áp lực tĩnh mạch trung tâm.
 - o Bình thường: 5-10cm H₂O
 - o Tăng : ứ dịch, suy tim
 - o Giảm : thiếu dịch
- Âm ruột: nghe âm ruột cũng giúp nhận định rối loạn dịch và điện giải.
 - o Tăng: tiêu chảy.
 - o Bụng chướng, giảm nhu động ruột.
 - o Táo bón thường gặp trong tăng calci máu.
 - o Giảm không có âm ruột: liệt ruột, tắc ruột: thiếu K⁺.
- Xét nghiệm:
 - + Nồng độ huyết thanh:
 - o Bình thường 280-300 mosm/l.
 - o Giảm do ứ nước.
 - o Tăng khi thiếu dịch.
 - + Nồng độ nước tiểu:
 - o Tăng khi tăng sản phẩm nitơ như: ure, creatinin, acid uric.
 - o Bình thường: 50-1200 mosm/l.
 - o Nước tiểu cô đặc → tăng nồng độ nước tiểu.
 - o Chức năng thận bình thường: nồng độ nước tiểu tăng khi nồng độ huyết thanh tăng và ngược lại.
 - + Tỷ trọng nước tiểu:
 - o Bình thường: 1.010 → 1.020.

- Tăng: khi nước tiểu cô đặc.
- Giảm: khi nước tiểu pha loãng.

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

5.2.1. Ứ dịch khi nồng độ / huyết thanh giảm 275 - 280 mosm/l

- Bao gồm dấu hiệu: lú lẫn, đau đầu, hôn mê, chán ăn, buồn nôn, nôn, mất cân, giảm tỷ trọng nước tiểu.
- Yếu tố liên quan: bệnh lý tim mạch, gan, thận, dung nạp nhiều qua đường uống, đường tĩnh mạch hay hội chứng rối loạn tiết ADH.

5.2.2. Thiếu dịch khi nồng độ huyết thanh tăng 300 mosm/l, tăng tỉ trọng / nước tiểu

- Ngủ gà, rối loạn mất định hướng, kích động, mê, khát, thiếu niệu, vô niệu, nhịp tim nhanh, đôi khi có sốt.
- Yếu tố liên quan: tiểu đường, mất lượng dịch lớn.

5.3. Can thiệp

5.3.1. Dịch qua đường miệng:

- Duy trì dịch qua đường miệng tùy thuộc tình trạng người bệnh, kể cả người bệnh được nuôi dưỡng qua sonde dạ dày.
- Hạn chế: tim mạch, suy thận: cho uống khi khát, dùng nước đá ngậm.
- Vệ sinh răng miệng, bảo vệ niêm mạc miệng được mềm ẩm.
- Hướng dẫn, giáo dục người bệnh, người nhà bệnh nhân chia lượng dịch cần thiết phải uống trong ngày.

5.3.2. Dịch truyền:

- Truyền theo chỉ định điều trị: đúng theo yêu cầu, theo dõi liên tục, tốc độ, số lượng dịch.
- Theo dõi dịch vào và ra, ghi chú chính xác vào bảng theo dõi.
- Nhận định tình trạng người bệnh: tri giác, dấu sinh hiệu, cân nặng, da niêm trong mỗi ca trực. Báo bác sỹ khi có thay đổi bất thường.
- Hướng dẫn giáo dục người bệnh trong trường hợp biết cách và hợp tác khi cần tăng hay giảm lượng dịch và theo dõi mỗi ngày.

5.3.3. Lượng giá

- Dấu sinh hiệu ổn định.
- Cân nặng không thay đổi mỗi ngày.
- Tình trạng tri giác cải thiện.
- Đàn hồi da trở về bình thường.
- Xét nghiệm liên quan ổn định.

Bảng 48.1. Bảng theo dõi dịch vào – ra

Họ tên người bệnh:

Ngày.....tháng.....năm.....

Chẩn đoán :

Cân nặng :

Dịch vào					Dịch ra					
Thời gian	Uống	Ăn	Truyền	Thuốc	Nôn	Thở	Nước tiểu	Phân	Vết thương	Ghi chú
7 giờ										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
Tổng cộng										
Tổng cộng dịch vào ra										

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các trường hợp cần theo dõi dịch vào ra là, ngoại trừ:

- A. Các bệnh lý về thận
- B. Người bệnh đang mang các ống dẫn lưu
- C. Người bệnh đang được dùng thuốc qua lòng mạch
- D. Người bệnh đang dùng thuốc qua đường uống
- E. Người bệnh shock nặng

2. Dịch nhập gồm có các loại sau, ngoại trừ:

- A. Dịch truyền
- B. Thuốc tiêm
- C. Nước uống
- D. Nước canh
- E. Dịch dạ dày

3. Dịch xuất gồm có, ngoại trừ:

- A. Mồ hôi
- B. Dịch nôn ói
- C. Nước tiểu
- D. Dịch qua ống dẫn lưu
- E. Nước bọt

4. Dấu hiệu về tinh thần của mất cân bằng nước xuất nhập

- A. Mệt, lừ đừ
- B. Kích động
- C. Lơ mơ
- D. Nhận thức, định hướng kém
- E. Tất cả đều đúng

5. Phân độ phù

- A. Độ 1: ấn lõm 2mm
- B. Độ 1: ấn lõm 2cm
- C. Độ 1: ấn lõm 2dm
- D. Độ 1: ấn lõm 1mm
- E. Độ 1: ấn lõm 1cm

6. Chỉ số CVP bình thường là:
- A. 4-11 cm H₂O
 - B. 5-10 cm H₂O
 - C. 6-12 cm H₂O
 - D. Tất cả đều đúng
 - E. Tất cả đều sai
7. Tỷ trọng nước tiểu bình thường là:
- A. 1.001-1.002
 - B. 1.010-1.020
 - C. 1.100-1.200
 - D. 10.01-10.02
 - E. Tất cả đều sai.
8. Chỉ định điều dưỡng theo dõi dịch vào ra:
- A. Nước tiểu bất thường
 - B. Nôn ói nhiều
 - C. Mất nhiều dịch qua dẫn lưu
 - D. A, B, C đúng
 - E. A, B, C sai
9. Giảm cân nhanh thường do mất dịch:
- A. Giảm 1kg tương đương 1 lít dịch
 - B. Giảm 1kg tương đương 1,2 lít dịch
 - C. Giảm 1kg tương đương 1,3 lít dịch
 - D. Giảm 1kg tương đương 1,5 lít dịch
 - E. Không xác định được.
10. Nồng độ huyết thanh bình thường là:
- A. 280-300mosm/l
 - B. 280-300mg/l
 - C. 280-300g/l
 - D. 260-300mosm/l
 - E. 260-300g/l

Đáp án:

1. Đ 2.E 3.E 4.E 5.B 6.B 7.A 8.D 9.A 10.A

Chương VI

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG BẰNG CUỘN

Bài 49

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày về các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng của da.
2. Trình bày được những biểu hiện của sự thay đổi chức năng của da.
3. Nêu được định nghĩa vết thương.
4. Mô tả quá trình lành vết thương thường và các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.
5. Trình bày cách phân loại vết thương.
6. Kể các mục đích thay băng vết thương.
7. Trình bày các nguyên tắc thay băng vết thương.
8. Kể các dung dịch sát khuẩn dùng trong chăm sóc vết thương.
9. Mô tả các loại băng vết thương và chỉ định sử dụng các loại băng đó.
10. Trình bày cách nhận định và can thiệp của điều dưỡng trên người bệnh có vết thương.

1. CHỨC NĂNG BÌNH THƯỜNG CỦA DA

Da phủ bên ngoài cơ thể. Nó là cơ quan lớn nhất của cơ thể có chức năng bảo vệ, cảm giác, và điều hoà. Sự phá vỡ tình trạng nguyên vẹn của da có thể gây trở ngại những chức năng quan trọng này.

Một vết thương là sự mất tình trạng nguyên vẹn của da. Một vết thương do tai nạn có thể xảy ra khi da bị tiếp xúc với nhiệt độ, độ pH, các tác nhân hóa học, áp lực tác động quá lớn, sự ẩm ướt, sự va chạm, chấn thương, bức xạ.

Vết rạch da là một loại vết thương được tạo ra một cách có chủ đích như một phần của việc điều trị bằng phẫu thuật.

Dù nguyên nhân gây ra vết thương là gì đi nữa thì cơ thể đều đáp ứng với bất cứ tổn thương nào bằng một quá trình phục hồi phức tạp gọi là quá trình lành vết thương.

Khả năng của cơ thể để bảo vệ chính nó khỏi tác động của môi trường phụ thuộc phần lớn vào tình trạng nguyên vẹn của hệ da. Da góp phần vào các hoạt động chuyển hoá và giữ một phần quan trọng trong sự hằng định nội môi. Việc nhắc lại cấu trúc và chức năng của da cung cấp một kiến thức cơ bản cho việc hiểu biết về tầm quan trọng của việc chăm sóc da và vết thương của người điều dưỡng.

1.1. Cấu trúc của da

1.1.1. Các lớp da

Lớp biểu bì: là lớp ngoài cùng của da, không có mạch máu, và sự dinh dưỡng của nó dựa vào lớp bì. Lớp biểu bì được biệt hoá để tạo thành lông, móng, và các cấu trúc tuyến. Biểu bì được tạo thành bởi sự sắp xếp nhiều lớp tế bào biểu mô lát tầng sừng hoá. Lớp mỏng, ngoài cùng nhất của biểu bì (lớp sừng) bị tróc ra liên tục trong quá trình sống gọi là sự tróc vảy. Tế bào chính của biểu bì là tế bào Keratinocyte, sản xuất ra keratin, là nguyên liệu chính trong lớp lều của các tế bào. Các lớp cơ bản của biểu bì chứa các tế bào melanocyte, sản xuất melanin, chất tạo màu cho da.

Lớp bì: dưới lớp biểu bì, là lớp da dày nhất. Nó được cấu thành bởi mô liên kết gỗ ghê và có rất nhiều mạch máu. Tế bào chính của lớp bì là tế bào sợi, sản xuất các protein collagen và elastin. Các mạch bạch huyết và các mô thần kinh được tìm thấy ở lớp bì. Là lớp chủ yếu của da nâng đỡ và cung cấp chất dinh dưỡng cho lớp biểu bì.

Mô dưới da: nằm dưới lớp da. Nó bao gồm chủ yếu là mỡ và các mô liên kết nâng đỡ cho da.

1.1.2. Các phân phụ của da

Các phân phụ của da gồm: lông, móng, các tuyến mồ hôi, và các tuyến bã nhờn.

Lông bao gồm các sợi keratin và phát triển trên toàn bộ bề mặt da, ngoại trừ lòng bàn tay, lòng bàn chân.

Móng được tạo bởi sự phân chia nhanh chóng của các tế bào biểu bì trong giường móng. Lông và móng không có các đầu tận cùng thần kinh hay sự phân phối mạch máu.

Các tuyến mồ hôi được phân bố khắp cơ thể, giúp vận chuyển mồ hôi ra ngoài bề mặt da.

Các tuyến bã nhờn tiết ra chất nhờn, bôi trơn lớp ngoài cùng của da. Các tuyến này được tìm thấy tập trung nhiều nhất trên vùng đầu và ngực.

1.2. Chức năng của da

1.2.1. Bảo vệ

Da nguyên vẹn bảo vệ cơ thể khỏi các tổn thương vật lí và hoá học.

Da khi nguyên vẹn là một rào cản bảo vệ sự xâm nhập của vi sinh vật, ngăn chặn sự nhiễm trùng.

Các rào cản có chức năng bảo vệ là tế bào Langerhan và Keratinocyte trong lớp biểu bì và đại thực bào và tế bào mast bên dưới của lớp biểu bì.

Melanin cũng có vai trò bảo vệ khỏi các tia cực tím của mặt trời.

Ngoài ra, chất nhờn, được tiết ra bởi các tuyến bã nhờn, tạo cho da một pH acid làm chậm sự phát triển của vi sinh vật.

1.2.2. Điều hoà nhiệt

Thông qua sự giãn và co các mạch máu trong lớp bì, da giúp cho việc điều hoà thân nhiệt và điều chỉnh so với những thay đổi của nhiệt độ ở môi trường ngoài. Sự co mạch, run giật cơ giúp cơ thể duy trì nhiệt độ của nó trong các môi trường lạnh. Sự giãn mạch, ra mồ hôi làm hạ nhiệt cơ thể thông qua sự bốc hơi và phân tán nhiệt trong môi trường nóng.

1.2.3. Cảm giác

Da chứa mạng lưới thần kinh cảm nhận cảm giác đau, ngứa, sự rung lắc, nóng và lạnh. Những đầu tận cùng dây thần kinh này được chứa trong lớp bì. Những sợi lông nhỏ trên bề mặt cơ thể cũng cung cấp cảm giác nhờ thần kinh cảm giác xung quanh các nang lông.

1.2.4. Chuyển hóa

Từ các tia cực tím của mặt trời, da tổng hợp được vitamin D. Vitamin D rất cần thiết cho việc hấp thu hiệu quả calci và phospho.

1.2.5. Liên lạc

Da còn có nhiệm vụ truyền giao sự cảm nhận thông qua biểu hiện của khuôn mặt, hình dáng bên ngoài. Da mặt và các cơ bên dưới biểu lộ những cảm xúc: cau mày, chớp mắt, nháy mắt như ra hiệu và những thông điệp không bằng lời khác.

Da giữ một vai trò quan trọng cho việc biểu hiện một số vẻ về hình dáng của cơ thể và sự hấp dẫn. Da, lông và móng cũng thường được trang trí và biểu hiện sự khác nhau về văn hóa, giới tính.

1.3. Các đặc điểm của da bình thường

1.3.1. Màu sắc

Màu sắc bình thường của da khác tùy theo các chủng tộc, phụ thuộc vào sự sản sinh và tích lũy melanin. Càng có sự tích lũy melanin nhiều đến đâu thì da càng sậm màu. Ở các chủng tộc da sậm màu hơn, các tế bào melanocyte sản xuất nhiều melanin hơn khi da bị tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Màu sắc của da dao động từ màu nâu râm nắng đến màu nâu sậm hay đen. Màu sắc của các chủng tộc có màu sáng hơn cũng dao động từ trắng ngà đến hồng. Các vùng có sự sản sinh quá nhiều sắc tố da, như tàn nhang, thường xảy ra ở những người có da sáng. Một số chủng tộc có da màu vàng hay màu olive. Trong tất cả mọi người, những vùng tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời như mặt và cánh tay, có thể sẫm màu hơn những vùng khác.

1.3.2. Nhiệt độ

Da thường ấm. Tuy nhiên các vùng ngoại biên như bàn chân, bàn tay có thể mát nếu có sự co mạch trong da xảy ra.

1.3.3. Độ ẩm

Thông thường, da khô nhưng hơi ẩm ở những vùng nếp da như khuỷu, bẹn... Sự ẩm ướt có thể được cảm thấy trên da nếu người đang ở nơi có khí hậu nóng hay vừa mới tập thể dục. Sự lo lắng có thể làm tăng độ ẩm của da ở nách hay lòng bàn tay, bàn chân.

1.3.4. Bề mặt ngoài và bề dày

Bề mặt ngoài của da không được tiếp xúc thường trơn láng. Những vùng da phải tiếp xúc cọ xát hay va chạm (ví dụ như lòng bàn chân hay lòng bàn tay) có thể nhám hay phì đại.

Sự tiếp xúc thường xuyên với ánh sáng mặt trời, tuổi tác, và hút thuốc cũng làm cho da kém trơn láng. Độ dày của da khác nhau tùy thuộc vào vị trí trên cơ thể. Da ở lòng bàn chân có thể dày 1/4 inch, nhưng da phủ trên mí mắt chỉ dày 1/50 inch.

Thông thường, da có sự đàn hồi tốt, nhanh chóng trở lại hình dạng bình thường khi bị véo bằng giữa ngón cái và ngón trỏ (<3 giây). Đặc tính này gọi là sự căng da. Khi một người già đi thì sự căng da thường giảm. Các yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến sự căng da, như là sự mất dịch.

1.3.5. Mùi

Da thường không có mùi. Một mùi hăng thì thường ngửi thấy khi có sự ra mồ hôi đặc biệt là ở vùng nách và bẹn.

1.4. Những nghiên cứu về những thay đổi của da theo lứa tuổi

Da thay đổi tùy theo lứa tuổi.

1.4.1. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Da của trẻ sơ sinh mỏng hơn và nhạy cảm hơn so với trẻ lớn. Các mạch máu bề mặt rất dễ thấy đến nỗi nó tạo một màu đỏ đặc trưng cho da của trẻ sơ sinh.

Chỉ có tuyến bã nhờn là hoạt động trong suốt thời gian đầu của trẻ.

Lông mịn được gọi là lông tơ bao phủ cơ thể của trẻ sơ sinh. Lông tơ bị mất trong suốt những tuần đầu của cuộc sống và được thay bằng một tổ chức và màu sắc lông khác nhau.

Ở những trẻ có móng tay và móng chân dài và mỏng thì thường dễ làm trầy làn da mỏng manh của chúng.

Da của trẻ em dễ bị phỏng rộp, trầy xước, phát ban (ứng đỏ) do cọ xát hay ngứa. Sự tiếp xúc với môi trường nóng, ẩm ướt có thể dẫn đến rôm sảy và việc tắm thường xuyên có thể gây khô da và dẫn đến các bệnh về da.

Sự tiếp xúc với nhiệt độ môi trường lạnh có gây hạ thân nhiệt vì ở trẻ em khả năng điều hòa thân nhiệt kém. Sự viêm da và nhiễm khuẩn có thể gây ra do sự tiếp xúc với các tã lót bị bẩn.

1.4.2. Trẻ trong giai đoạn niên thiếu và trẻ vị thành niên

Trong suốt giai đoạn của tuổi vị thành niên, lông ở vùng mu, nách và các phần khác trên cơ thể xuất hiện. Sự rối loạn thông thường nhất của da trong giai đoạn tuổi vị thành niên là mụn thiếu thẩm mỹ (phổ biến). Khi tuyến bã nhờn mở rộng trong giai đoạn tuổi dậy thì, sự sản xuất chất nhờn tăng. Các thương tổn do mụn gây ra do sự bít các tuyến bã nhầy lông. Thương tổn được tạo thành chủ yếu ở mặt, cổ, lưng, ngực, và vai. Vì giai đoạn tuổi vị thành niên là giai đoạn chú ý đến hình dáng bên ngoài, vì vậy tình trạng mụn có thể gây cho trẻ sự lo lắng.

1.4.3. Người lớn và người già

Những thay đổi của da là một phần của quá trình lão hoá bình thường. Khi da lão hoá, nó thường trở nên mỏng hơn vì nó mất đi lớp bì và khối mỡ dưới da. Vì tuyến bã nhờn và mồ hôi hoạt động kém hơn, nên da khô hơn bình thường. Nếp nhăn và sự căng da kém là do mất sự thay đổi các sợi elastin và collagen ở mô liên kết ở lớp bì.

Sự tuần hoàn đến da bị giảm, và quá trình lành vết thương cũng chậm hơn.

Móng cũng có thể trở nên dày hơn, cứng và dễ gãy.

Lông có thể mất sắc tố và trở nên xám.

Ngứa thường xảy ra ở người già, do da khô và da bị tróc vảy.

Da có nếp nhăn, xảy ra chủ yếu ở chung quanh cổ, mí mắt và nách. Các đốm tàn nhan là những thay đổi về màu da xảy ra ở những vùng da tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời. Mặc dù nhiều thay đổi của da là lành tính nhưng người lớn tuổi phải thường xuyên kiểm tra định kỳ da của họ để phát hiện các bất thường như u hắc tố, một loại ung thư da. Những bất thường này thường xuất hiện ở các nốt ruồi đã có từ trước (Jackson, 1998).

2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHỨC NĂNG CỦA DA

2.1. Tuần hoàn

Lưu lượng máu đến da đầy đủ là cần thiết cho sự sống và sức khỏe của mô. Sự cung cấp dịch đến da đầy đủ đòi hỏi 4 yếu tố:

- Tim phải có khả năng bơm hiệu quả.
- Thể tích tuần hoàn phải đủ.
- Các động mạch và tĩnh mạch phải có chức năng tốt.
- Áp lực mao mạch cục bộ phải cao hơn áp lực bên ngoài.

Bất kỳ sự thay đổi một yếu tố nào trong các yếu tố này đều có thể dẫn đến da có sự bất thường về màu sắc, hình dạng, độ dày, độ ẩm, và nhiệt độ, hay bị loét.

2.2. Dinh dưỡng

Một chế độ ăn cân bằng tốt làm da khỏe. Với một chế độ ăn thiếu protein hay calo, lông, tóc trở nên xơ và khô và có thể bị gãy. Da cũng trở nên khô và dễ bong ra từng mảng.

Lượng thức ăn cung cấp đầy đủ các vitamin A, B₆, C và K, Niacin, Riboflavin là rất quan trọng để ngăn ngừa những thay đổi bất thường của da.

Lượng thức ăn cung cấp đầy đủ chất sắt, đồng, và kẽm là rất quan trọng để ngăn ngừa những bất thường về sắc tố da và những thay đổi của lông, móng.

2.3. Lối sống và các thói quen

Việc vệ sinh cá nhân khác nhau nhiều đối với các dân tộc và nền văn hóa của các nước. Thiếu sự sạch sẽ có thể cản trở sự khỏe mạnh của da, vì việc tắm rửa giúp loại bỏ các mảnh tế bào da bị chết, vi khuẩn, và mồ hôi từ da và giữ cho các lỗ chân lông được thông thoáng.

Việc tiếp xúc nhiều với tia tử ngoại, bức xạ của ánh sáng mặt trời hay ánh sáng nhân tạo sẽ làm biến đổi các đặc điểm của da bao gồm nhăn nheo, thay đổi hình dạng cấu trúc của da, nguy cơ ung thư da.

2.4. Tình trạng của biểu bì

Để duy trì chức năng bảo vệ chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn. Việc duy trì độ ẩm tự nhiên cho da là cần thiết vì sự khô ráo bất thường có thể gây ra nứt nẻ da làm tăng nguy cơ cho sự xâm nhập của các vi sinh vật.

2.5. Sự dị ứng

Các phản ứng dị ứng của da là các đáp ứng với tổn thương được kích hoạt trung gian qua sự phóng thích histamin. Các tác nhân gây ngứa hay sưng tấy có thể gây ra các phản ứng.

Các tác nhân này có thể là các tác nhân hoá học (ví dụ: kem dưỡng da, găng tay latex, bột giặt (chất tẩy rửa) hay các loại cây trồng như chất độc của cây thường xuân, cây sồi) hay cơ học (ví dụ: chà vào một vật gây ngứa: như cuộn len). Thực phẩm và thuốc cũng có thể gây các phản ứng đối với da.

Viêm da, một tình trạng viêm nhiễm của da, thường nhất là gây ra các tổn thương ở vùng bì và thượng bì hay tình trạng ngứa, sưng tấy đi kèm với đau, ngứa, phỏng rộp. Viêm da mãn tính gây ra những thay đổi ở lớp thượng bì như dày lên, se, và tăng sắc tố da. Việc điều trị tập trung vào việc loại bỏ các nguyên nhân tiếp xúc với các tác nhân gây dị ứng và có thể bao gồm cả việc dùng thuốc qua da hay uống các thuốc chống dị ứng.

2.6. Sự nhiễm trùng

Tình trạng nhiễm trùng do vi khuẩn, virus, hay vi nấm có thể ảnh hưởng đến tình trạng nguyên vẹn của da. Các vi khuẩn thuộc nhóm Streptococcus và Staphylococcus là những vi khuẩn gây nhiễm trùng da nhiều nhất. Bệnh chốc lở thường gây ra bởi nhóm liên cầu khuẩn tán huyết nhóm B.

Nhiễm trùng da gây ra bởi virus Herpes là nguyên nhân gây tổn thương da bởi virus phổ biến nhất. Vị trí thường gặp là ở môi, mặt, miệng và bộ phận sinh dục. Các loại bệnh cộng đồng ở trẻ em do virus gây ra thường là chứng phát ban. Ngứa thường đi kèm với các chứng phát ban này và có thể dẫn đến nhiễm trùng thứ phát.

Các loại nhiễm trùng do nấm gây ra có thể gây nhiễm trùng ở vùng da tay chân (nấm ở lòng bàn tay, bàn chân), ở da đầu (nấm da đầu), ở vùng sinh dục (nấm bẹn?) và ở móng (nấm móng). Các nhiễm trùng do nấm candida thường xảy ra sau những đợt điều trị kháng sinh hay thuốc ức chế miễn dịch.

2.7. Tốc độ phát triển không bình thường

Khi da phát triển với tốc độ không bình thường do những tiến triển theo hướng ác tính hay không ác tính, thì tình trạng nguyên vẹn bình thường của da sẽ bị mất.

Bệnh vẩy nến là một bệnh không ác tính, tình trạng rối loạn mãn tính là việc tốc độ tăng sinh của da tăng rất nhanh, bình thường tốc độ thay thế của lớp

biểu bì là 14 đến 20 ngày thì bây giờ đã tăng lên chỉ còn 3-4 ngày. Khuỷu tay, đầu gối, da đầu, lòng bàn chân là những vị trí thường gặp của bệnh vẩy nến.

Khối u lành tính hay ác tính cũng ảnh hưởng đến tình trạng nguyên vẹn của da. Hầu hết các khối u lành tính là do nhiễm virus hay do lớn tuổi. Hầu hết các thương tổn ác tính là do sự tiếp xúc lâu dài với tia cực tím.

2.8. Các bệnh toàn thân

Nhiều bệnh mãn tính có thể gây ra tình trạng bất thường hay loét cho da. Bệnh viêm ruột, bệnh pemphigus (bệnh tạo các mụn nước trên da) và bệnh về mạch máu ngoại vi.

2.9. Chấn thương

Vết thương là sự tổn thương da và các tổ chức dưới da, kể cả xương và phủ tạng do tai nạn, va chạm, đè ép, dụng cụ hoặc do phẫu thuật gây ra.

Bất cứ chấn thương nào ở da, như một vết thương, tạo một nguy cơ làm mất sự nguyên vẹn của da. Vết thương có thể được chia thành những loại sau:

2.9.1. Các vết thương gây ra do tai nạn

Các vết thương này thường là trầy xước, vết rách, vết thương thủng. Sự cọ xát làm xước lớp biểu mô, để lộ lớp biểu bì và lớp bì.

Vết rách là một vết thương hở hay vết cắt. Hầu hết các vết rách thường chỉ ảnh hưởng đến các lớp da ở trên và lớp mô dưới da ở bên dưới.

Tổn thương cũng có thể xảy ra ở các cấu trúc bên trong như cơ, gân, mạch máu, hay các dây thần kinh. Các vết thương do tai nạn liên quan đến xe cộ, máy móc, hay dao có thể gây ra các vết rách. Vết thương xuyên thủng được tạo ra do một vật sắc nhọn đâm thủng qua mô, điều này có thể gây tổn thương đến các cấu trúc nằm ở bên dưới.

2.9.2. Các vết thương gây ra do phẫu thuật

Các vết thương gây ra do phẫu thuật khác nhau từ đơn giản như chỉ ở bề mặt (ví dụ: vết mổ cắt tuyến giáp) đến các vết mổ sâu (ví dụ: vết mổ ở bụng trong viêm phúc mạc). Các vết thương gây ra do phẫu thuật có thể được chia thành nhiều loại. Tình trạng nghiêm trọng của vết thương ảnh hưởng đến thời gian lành vết thương, mức độ đau, khả năng gây ra các biến chứng, sự hiện diện của các ống dẫn lưu.

Các lỗ mổ phẫu thuật là các lỗ mổ trong thành bụng cho phép một phần của một cơ quan nào đó được mở ra lên trên da. Bất cứ bệnh nào về nội khoa như ung thư ruột, ung thư bàng quang hay viêm ruột cũng có thể cần phải có lỗ mổ. Vì vậy, da xung quanh lỗ mổ có thể phải tiếp xúc liên tục với phân, nước tiểu, các dịch ruột, nên có thể làm tăng sự viêm tấy da nếu không sử dụng các dụng cụ quản lý các chất tiết thích hợp với từng loại lỗ mổ.

2.9.3. Các loại vết thương

Tùy theo nguyên nhân gây ra vết thương có thể phân loại vết thương như sau:

Vết thương	Mô tả
1. Phân loại chung - Do tai nạn - Do phẫu thuật	- Nguyên nhân gây tổn thương không do chủ ý, như: dao, súng, bồng; mép vết thương lõm chồm, chảy máu, không vô khuẩn. - Liệu pháp điều trị đã được lên kế hoạch, như vết mổ, vết kim đâm; bờ vết thương sạch, máu chảy được kiểm soát, vô khuẩn ngoại khoa được kiểm soát.
2. Tình trạng nguyên vẹn của da - Hở - Kín	- Rách da hay niêm mạc: có thể chảy máu đối với mô bị tổn thương, có nguy cơ nhiễm trùng. - Không phá vỡ tình trạng nguyên vẹn của da, nhưng có tổn thương; vết thương ở bên trong, có thể có chảy máu bên trong cơ thể.
3. Hình dạng vết thương - Vết trầy xước - Vết thủng - Vết rách - Vết dập	- Những vết thương có liên quan đến sự cọ xát da ở mặt ngoài. - Vết thương đâm xuyên vô ý hay cố tình bằng vật bén nhọn đâm thủng da và mô bên dưới. - Vết thương có bờ lõm chồm đối với các mô bị rách, da có thể đã bị nhiễm bẩn, có nguy cơ nhiễm trùng. - Vết thương kín; máu chảy ở các mô bên dưới từ chỗ bị đánh; có vết bầm. - Vết thương phẫu thuật kín, phẫu thuật không vào trong hệ tiêu hóa, hệ hô hấp, hay hệ sinh dục niệu; nguy cơ nhiễm trùng thấp.
4. Sự phân loại các vết thương theo vi sinh vật - Vô khuẩn	- Vết thương có ít chất tiết như trầy xước, rách da, không có mô hoại tử. - Vết thương phẫu thuật vào trong hệ tiêu hoá, hô hấp, hay hệ sinh dục niệu, có nguy cơ nhiễm trùng.

<ul style="list-style-type: none"> - Sạch / bị nhiễm bẩn 	<ul style="list-style-type: none"> - Vết thương hở, có chấn thương, vết thương phẫu thuật không đảm bảo vô khuẩn, nguy cơ nhiễm trùng.
<ul style="list-style-type: none"> - Nhiễm trùng 	<ul style="list-style-type: none"> - Vị trí vết thương có sự tồn tại của mầm bệnh; có các dấu hiệu nhiễm trùng, có nhiều chất tiết và đặc biệt có sự hiện diện của mô hoại tử.

2.10. Sự phơi bày quá mức

Sự phơi bày quá mức với nhiệt độ, điện, các hoá chất ăn da hay bức xạ có thể dẫn đến tổn thương các da và mô.

Mức độ bỏng từ những tổn thương nhỏ đơn giản như cháy nắng (rám nắng) đến những thương tổn lớn hơn như gây ra ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống. Mức độ tổn thương tùy thuộc vào loại vết bỏng, độ sâu và rộng của vết bỏng, và tình trạng sức khỏe của người bệnh trước khi bị bỏng. Độ sâu hay nông của vết bỏng.

Một vết bỏng nông (trên bề mặt) (độ 1: biểu bì) có màu hơi hồng hay đỏ, không có bóng nước, ví dụ như cháy nắng nhẹ.

Vết bỏng có độ dày từ vừa đến sâu (độ 2: lớp bì và bì sâu) có thể hồng, đỏ, hay xám ngà hay vàng nâu. Vết bỏng thường ướt với những bóng nước. Sự phơi bày (tiếp xúc) với hơi nước có thể gây ra vết bỏng kiểu này.

Một vết bỏng có độ dày lớn (độ 3) có thể khác nhau từ màu nâu hay đen đến màu đỏ bầm hay trắng như ngọc trai. Các mạch máu bị nghẽn, và có những bóng nước lớn.

Một vết bỏng độ 4: vết bỏng này có vẻ khô và dai. Đôi khi cân, cơ hay xương bị tổn thương rộng.

Các vết bỏng do nhiệt, là loại thường gặp nhất, thường gây ra do tiếp xúc với các nguồn nhiệt khác nhau, bao gồm lửa cháy, các chất lỏng nóng, các bề mặt nóng, hay hơi.

Các vết bỏng do hoá chất thường gây ra do tiếp xúc với các chất độc hại. Số lượng mô bị tổn thương do hoá chất tùy thuộc vào độ đậm đặc của hoá chất và thời gian tiếp xúc.

Sự nghiêm trọng của các vết bỏng do điện phụ thuộc vào dòng điện, điện áp (voltage), đường mà dòng điện đi qua cơ thể và thời gian tiếp xúc.

Các vết bỏng do bức xạ xảy ra khi một người vô tình tiếp xúc với bức xạ hay khi bức xạ được sử dụng trong điều trị.

3. CHỨC NĂNG CỦA DA BỊ THAY ĐỔI

3.1. Những biểu hiện của việc chức năng của da bị thay đổi

Việc mất đi tình trạng nguyên vẹn của da có thể có những biểu hiện như đau, ngứa, phát ban, thương tổn, hay những vết thương hở; thường thì có nhiều hơn một triệu chứng. Bất kỳ sự gián đoạn nào trên lớp biểu bì của da đều biểu thị tình trạng nguyên vẹn của da bị thay đổi. Thường thì sự gián đoạn lớp biểu bì rất rõ rệt. Tuy nhiên, chỗ bị thương có thể nhỏ hơn và khó thấy.

3.1.1. Đau

Khi các dây thần kinh ở trên da bị kích thích, người ta có thể cảm thấy đau. Sự thay đổi tình trạng nguyên vẹn của da có thể làm tăng số lượng xung động truyền dọc của các dây thần kinh này.

Sự phá hủy lớp biểu bì và lớp bì sẽ tạo sự đau đớn dữ dội, đột ngột, và nhạy cảm cao nhưng điều này thường không rõ đối với những người bệnh bị mất cảm giác, hay với những chỗ loét tì đến các mô sâu hơn.

3.1.2. Ngứa

Ngứa là triệu chứng thường gặp đối với nhiều bệnh về da và toàn thân. Phần lớn các bệnh gây ngứa thường xảy ra đối với những người dễ bị viêm hay dị ứng. Ngứa thì thường gây ra các thương tổn thứ phát vì gãi sẽ gây trầy xước bề mặt da.

3.1.3. Phát ban (nổi mẩn)

Nhiều nguyên nhân, như là nóng quá, dị ứng, hay stress cũng có thể gây ra nổi mẩn (phát ban), là một thuật ngữ chung cho tình trạng phát ban tạm thời. Một tình trạng phát ban được mô tả tùy theo đặc điểm riêng của nó và sự phân bố trên bề mặt cơ thể.

Phát ban chấm là mức độ phát ban trên bề mặt da.

Phát ban dạng nốt sần liên quan đến các nốt rắn nổi trên bề mặt da.

Các nốt phát ban thông thường nổi khắp cơ thể, nhưng ngược lại một số trường hợp các nốt phát ban khu trú cục bộ ở một vài vùng đặc biệt.

Ngứa thường đi kèm với phát ban.

3.1.4. Thương tổn

Một thương tổn là do sự mất đi cấu trúc hay chức năng của mô bình thường. Các thương tổn khác nhau về kích thước từ một thương tổn nhỏ khoảng 1mm, đến các thương tổn lớn đường kính nhiều centimet. Các thương tổn cũng được mô tả dựa trên các đặc điểm riêng và sự phân bố của chúng.

Mề đay, thường gây ra do côn trùng cắn, hay do phản ứng dị ứng, là vùng da bị phù, nhô lên trên và được định hình không đều. Chúng mề đay được hình thành do đáp ứng với sự giãn mao mạch và sự rò rỉ thụ động của huyết tương.

Vết rộp, nốt mọng, và những nốt mụn mủ là sự nâng bề mặt da lên do sự hình thành dịch. Vết rộp có đường kính <1cm và chứa đầy huyết thanh. Một nốt mọng là một vết rộp có đường kính >1cm. Một nốt mụn mủ chứa đầy mủ hơn là huyết thanh.

Những thương tổn cũng có thể được phân loại theo hình dạng, sự sắp xếp, và sự phân bố. Các thương tổn nguyên phát phát sinh từ vùng da bình thường trước kia, còn những thương tổn thứ phát phát triển từ các thương tổn nguyên phát.

3.2. Sự lành vết thương

Khi có một vết thương thì sẽ xảy ra quá trình lành vết thương. Bản chất của quá trình lành giống nhau đối với các vết thương có độ sâu giống nhau, nhưng thời gian lành vết thương tùy 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.

3.2.1. Các giai đoạn của quá trình lành vết thương

Da bị thương được gắn liền lại bằng sự tái sinh các mô liên kết. Nhiều tế bào có liên quan đến quá trình lành vết thương, một số tế bào sản xuất và phóng thích các hoá chất trung gian được gọi là các nhân tố phát triển. Các nhân tố phát triển giữ một vai trò quan trọng trong quá trình lành vết thương và đang được nghiên cứu về việc có thể sử dụng trong việc hồi phục vết thương tốt (Martin, 1997).

a. Giai đoạn viêm:

Giai đoạn đầu tiên của quá trình lành vết thương trong một phần hay toàn bộ bề dày của vết thương là sự viêm. Tổn thương ở các mô sẽ làm thúc đẩy các đáp ứng của quá trình cầm máu, phù, và thu hút bạch cầu đến dưới nền của vết thương. Giai đoạn viêm kéo dài trong khoảng 3 ngày.

b. Giai đoạn tăng sinh:

Trong quá trình lành toàn bộ bề dày của vết thương, sự tăng sinh xảy ra sau giai đoạn viêm. Mô hạt, bao gồm khối collagen được bao lấy bởi các đại thực bào, các nguyên bào sợi, các chồi mao mạch được sản sinh, lấp kín vết thương bằng mô liên kết. Các vết thương hở (khác với các vết thương đã được đóng kín phần lớn) phải chịu sự co cứng trong suốt giai đoạn lành vết thương này. Sự co rút có thể được nhận biết bởi tác dụng kéo của nó vào bên trong, dẫn đến việc giảm độ sâu và kích thước của vết thương. Giai đoạn tăng sinh kéo dài từ 4 ngày sau khi tổn thương đến khoảng 21 ngày đối với một vết thương bình thường.

c. Giai đoạn trưởng thành:

Giai đoạn cuối cùng của quá trình lành vết thương. Nó bắt đầu khoảng 3 tuần sau khi bị thương và có thể kéo dài đến 2 năm. Số lượng nguyên bào sợi giảm, sự tổng hợp collagen trở nên ổn định, các sợi collagen nhỏ tăng tổ chức, kết quả tạo nên sự căng bền lớn hơn đối với vết thương. Thông thường các mô sẽ đạt đến sức căng lớn nhất trong 10-12 tuần, tuy nhiên thậm chí sau khi lành vết thương hoàn toàn, cũng chỉ đạt được 70-80% sức căng bền so với lúc ban đầu.

3.2.2. Các kiểu lành vết thương

Các vết thương lành khác nhau tùy thuộc vào sự mất mô có xảy ra hay không. Các loại lành vết thương chính được phân loại như cách liền sẹo cấp một, cấp hai, và cấp ba.

a. Cách liền sẹo cấp 1:

Các vết thương có mô bị mất rất nhỏ, như các vết mổ sạch, hay các vết khâu nông, vết thương sẽ lành theo kiểu liền sẹo cấp 1. Bờ của vết thương cấp 1 được kéo nhẹ lại với nhau, không nhìn thấy được các mô hạt, và sẹo thì thường rất nhỏ. Nguy cơ nhiễm trùng thấp hơn.

b. Cách liền sẹo cấp 2:

Các vết thương mất toàn bộ bề dày của mô, như các vết cắt sâu, vết bỏng, vết loét tì, có bờ không kéo gần lại với nhau dễ dàng. Chúng lành theo cách liền sẹo cấp 2. Vết thương hở lấp kín một cách từ từ bằng các tế bào mới mọc (mô hạt) màu hồng nhạt đỏ rất dễ chảy máu. Cuối cùng, các tế bào biểu mô phát triển lên trên các mô hạt này và hoàn thành chu trình lành vết thương. Thường có sẹo. Hơn nữa, vì vết thương hở rộng và sâu, thời gian lành kéo dài nên nó trở thành nơi ở của các vi sinh vật có thể dẫn đến nhiễm trùng.

c. Cách liền sẹo cấp 3:

Sự lành vết thương hay cách liền sẹo cấp 3 xảy ra khi có sự chậm trễ xảy ra giữa thời gian tổn thương và sự đóng kín vết thương. Kiểu lành vết thương này cũng xem như một quá trình đóng kín vết thương bị chậm trễ. Điều này có thể xảy ra khi một vết thương sâu không được khâu lập tức hay được để hở do bị nhiễm trùng và chờ cho đến khi không còn dấu hiệu nhiễm trùng. Thì vết thương sẽ lành theo kiểu liền sẹo cấp 3, thường vết sẹo sẽ sâu hơn và rộng hơn.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương

Nhiều yếu tố có thể làm tăng hay trì hoãn quá trình lành vết thương:

- Tuổi: trẻ em, người lớn, phụ nữ có thai, người già.
- Tình trạng oxy trong máu: nồng độ oxy trong máu giảm, thiếu máu, giảm thể tích tuần hoàn...

- Dinh dưỡng: thể trạng người bệnh mập, gầy, chế độ ăn thiếu protein, thiếu vitamin, thiếu các loại khoáng chất như: kẽm, sắt...
- Có ổ nhiễm trùng: viêm họng, nhiễm trùng tiết niệu...
- Có sự đè ép quá mức: áp lực tại chỗ tổn thương dập rách, sự cọ sát, va chạm...
- Có tổn thương tâm lý: stress, đau...
- Có các bệnh lý kèm theo: giảm tuần hoàn ngoại biên, tiểu đường, urê máu cao, suy giảm hệ thống miễn dịch.
- Dùng các loại thuốc kèm theo: hóa trị, xạ trị, corticoid, kháng viêm non steroid, gây tê tại chỗ.

Các yếu tố thuộc cơ thể nói chung bao gồm sự dinh dưỡng, tuần hoàn, sự oxy hoá, và chức năng miễn dịch của tế bào.

Các yếu tố cá nhân bao gồm: tiền sử hút thuốc, và thuốc đang điều trị.

Các yếu tố bộ phận bao gồm bản chất của chỗ bị thương, sự hiện diện của tình trạng nhiễm trùng, loại băng đã dùng.

3.3.1. Các yếu tố thuộc cơ thể

a. Dinh dưỡng

- Dinh dưỡng đầy đủ là rất cần thiết cho quá trình lành vết thương. Sự thiếu hụt dinh dưỡng sẽ làm chậm quá trình lành vết thương bằng cách ức chế sự tổng hợp collagen. Nhu cầu dinh dưỡng tăng lên cùng với stress sinh lý yếu tố góp phần gây thiếu hụt protein. Những người bệnh bị nhiễm trùng hay bị bỏng và trải qua cuộc phẫu thuật (đặc biệt là phẫu thuật bụng) dễ dẫn đến thiếu hụt protein. Những người bệnh thiếu hụt protein dễ có khả năng nhiễm trùng vết thương nhất vì chúng làm giảm chức năng của bạch cầu. (ví dụ: sự thực bào, sự miễn dịch).
- Protein và các vitamin A và C đặc biệt quan trọng trong quá trình lành vết thương.
- Carbohydrat và chất béo cũng giữ vai trò quan trọng trong quá trình lành vết thương.
- Glucose cần thiết đối với việc tăng nhu cầu năng lượng cho các tế bào (đặc biệt là tế bào bạch cầu và nguyên bào sợi).
- Chất béo cần thiết vì chúng tạo nên cấu trúc màng tế bào.
- Các vitamin và muối khoáng cũng giữ vai trò quan trọng trong quá trình lành vết thương, bao gồm những vai trò sau:
 - + *Vitamin A*: đẩy mạnh quá trình biểu mô hóa và tăng quá trình tổng hợp và liên kết các collagen.
 - + *Vitamin B complex*: là một yếu tố kết hợp trong hệ thống enzym.

- + *Vitamin C* (acid ascorbic): cần thiết cho việc sản xuất collagen; với số lượng vitamin C bị giảm, sức căng của vết thương sẽ giảm. Acid ascorbic cũng làm tăng sự hình thành mao mạch và làm tăng tính bền của mao mạch. Nó chống nhiễm khuẩn vì nó giữ vai trò trong đáp ứng miễn dịch.
- + *Vitamin K*: cần thiết cho sự tổng hợp prothrombin có vai trò quan trọng trong quá trình đông máu.
- + *Các khoáng chất*: như sắt, kẽm, và đồng có liên quan đến quá trình tổng hợp collagen.

b. Sự tuần hoàn và sự oxy hoá:

- Sự tuần hoàn có liên quan đến vết thương và sự oxy hóa của các mô có ảnh hưởng rất lớn đối với quá trình lành vết thương. Quá trình lành vết thương xảy ra bất cứ khi nào lưu lượng máu tại chỗ được lưu thông, đó là lí do tại sao vết loét do ứ máu tĩnh mạch và loét tì thì khó lành.
- Áp lực oxy ở động mạch bị giảm sẽ làm thay đổi cả quá trình tổng hợp collagen và quá trình hình thành các tế bào biểu mô. Khi nồng độ hemoglobin bị giảm <15%, như trong bệnh thiếu máu trầm trọng, sự oxy hoá sẽ giảm, và sự hồi phục, sửa chữa các mô sẽ thay đổi. Thiếu máu có thể kết hợp với các bệnh trạng đã có từ trước như tiểu đường hay xơ vữa động mạch sẽ càng làm suy giảm lưu lượng máu chảy hơn nữa, và làm chậm quá trình lành vết thương.
- Chức năng miễn dịch của tế bào.
- Các thuốc hay các liệu pháp điều trị có thể ảnh hưởng đến chức năng miễn dịch của tế bào và quá trình lành vết thương. Các thuốc ức chế miễn dịch như cortico steroid, ngăn sự thải bỏ các cơ quan được cấy ghép, cũng làm giảm đi khả năng chống đỡ với tình trạng nhiễm khuẩn và làm mất đi các đáp ứng viêm nhiễm. Các tác nhân ức chế miễn dịch cũng thường ức chế quá trình tổng hợp protein.
- Những người bệnh ung thư có nguy cơ chậm lành vết thương và dễ nhiễm trùng. Một số người bệnh có sự thiếu hụt các kháng thể hoặc do dùng hoá trị hay xạ trị làm chậm quá trình lành vết thương. Các chất sử dụng trong hoá trị như 5-fluorouracil, ức chế quá trình tái tạo nguyên bào sợi và quá trình tổng hợp collagen, nhưng ngược lại vincristin lại ức chế sự sản xuất kháng thể. Xạ trị có tác động ngược với hoạt động của nguyên bào sợi.

3.3.2. Các yếu tố cá nhân

a. Tuổi tác

Những thay đổi do quá trình lão hoá bình thường có thể làm cản trở quá trình lành vết 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.

b. Béo phì

Quá trình lành vết thương có thể bị chậm đối với những người bệnh béo phì. Vì các mô mỡ thường không có mạch máu, nên chúng có khả năng chống đỡ kém đối với sự xâm nhập của vi khuẩn và làm giảm sự cung cấp chất dinh dưỡng cho vết thương. Các người bệnh béo phì sẽ tăng nguy cơ gây các biến chứng và thường được khuyên nên giảm cân trước các cuộc phẫu thuật. Nhìn chung, phẫu thuật trên một người bệnh béo phì mất thời gian lâu hơn và việc khâu các mô mỡ có thể rất khó. Khả năng bục chỉ và nhiễm trùng vết thương cũng cao hơn ở những người bệnh béo phì.

c. Hút thuốc

Những thay đổi sinh lí gây cản trở đối với quá trình lành vết thương thường xảy ra đối với những người hút thuốc lá. Nồng độ hemoglobin giảm, xảy ra sự co mạch và sự oxy hoá ở mô bị suy yếu. Những người hút thuốc lá trong một thời gian dài có số lượng tiểu cầu tăng, điều này sẽ làm tăng sự kết dính. Khả năng đông máu cao dẫn đến việc hình thành các cục máu đông, điều này có thể dẫn đến sự tắc nghẽn ở các mạch máu nhỏ.

d. 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.

e. 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.

3.3.3. Các yếu tố tại chỗ

a. Bản chất của tổn thương

Thường thì một vết mổ được dùng kĩ thuật vô khuẩn nghiêm ngặt giúp làm vết thương lành nhanh hơn. Ví dụ, một vết thương sâu dính đất cát trong một tai nạn xe, vết thương càng sâu và phần mô bị mất càng lớn, thời gian lành vết thương càng dài.

Ngay cả hình dạng của vết thương cũng ảnh hưởng: hình dạng vết thương càng không đều (hình dạng không xác định), quá trình lành vết thương càng kéo dài. Nếu chấn thương có gây tạo huyết khối, điều này cũng có thể làm cản trở quá trình lành vết thương.

b. Sự hiện diện của tình trạng nhiễm trùng

Mặc dù hầu hết các vết thương hở đều nhanh chóng bị xâm nhập bởi các loại vi khuẩn khác nhau, nhưng quá trình lành vết thương vẫn diễn ra. Khi hiện diện đủ số lượng mầm bệnh sẽ gây ra tình trạng nhiễm trùng, khi đó quá trình lành vết thương bị trì hoãn. Điều này đặc biệt đúng đối với các vết loét tì và loét ở chân. Các vi khuẩn thường được tìm thấy trong các vết loét tì và loét ở chân bao gồm: staphylococcus aureus, pseudomonas aeruginosa, và protein mirabilis (Colsky, Kirsner & Kerdel, 1998).

Rửa tay không đúng và kỹ thuật thay băng kém có thể gây nhiễm trùng.

Sự nhiễm trùng cũng có thể do phẫu thuật, đặc biệt khi phẫu thuật ở vùng dễ nhiễm bệnh như ống tiêu hoá, ống niệu sinh dục.

Sự nhiễm trùng càng dễ xảy ra đối với các vết thương có chứa các vật lạ hay mô hoại tử.

c. Môi trường xung quanh vết thương:

Nhiều nhân tố ở môi trường xung quanh vết thương có ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.

pH nên vào khoảng 7-7,6 có thể bị thay đổi bởi dịch từ các ống dẫn lưu, ta nên cầu nối ống dẫn lưu đúng cách tránh dịch dò rỉ ra ngoài.

Sự phát triển của vi khuẩn phải được kiểm soát, vì sự nhiễm trùng làm chậm quá trình lành vết thương. Nhưng môi trường ẩm ướt là rất cần thiết cho hoạt động của các tế bào (tiểu cầu, bạch cầu, nguyên bào sợi, tế bào biểu mô) trong quá trình lành vết thương.

Tình trạng tăng áp lực tại vết thương là một yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương, và sự căng chướng bụng có thể gây một sự căng ép lên vết thương ở bụng, có khả năng gây trở ngại cho quá trình lành vết thương.

3.4. Các biến chứng trong quá trình lành vết thương

3.4.1. Xuất huyết và mất dịch kẽ

Sau chấn thương ban đầu, máu sẽ chảy nhưng chỉ trong vòng vài phút, quá trình cầm máu xảy ra như một phần của giai đoạn đầu của quá trình lành vết thương. Khi các mạch máu lớn bị tổn thương hay người bệnh có rối loạn chức năng đông máu, việc cầm máu kém, máu sẽ tiếp tục chảy hoặc sự chảy máu có thể xảy ra sau thời gian hậu phẫu nếu vết khâu bị tuột, một cục máu đông sẽ bị bật ra gây xuất huyết.

Sự xuất huyết có thể xảy ra bên trong hay bên ngoài. Xuất huyết ngoại là tình trạng máu chảy ra bên ngoài và có thể quan sát được từ vết thương. Xuất huyết nội là tình trạng máu chảy bên trong cơ thể, không thể quan sát được, và có thể nhận định được bằng sự sưng phồng vùng bị tác động, một lượng máu bất thường chảy ra từ catheter, hay ống dẫn lưu, làm tăng cảm giác đau tại nơi tổn thương hay dấu sinh hiệu bất thường.

Các vết thương do tổn thương da rộng như bỏng có thể làm mất số lượng lớn dịch giàu chất điện giải trong cơ thể hay có các vết thương có dẫn lưu với số lượng lớn dịch đòi hỏi phải kiểm soát sự cân bằng dịch để có sự bù dịch thích hợp khi có chỉ định.

3.4.2. Ổ máu tụ

Một ổ máu tụ là tình trạng máu được tích tụ lại. Nó xuất hiện như một khối bên dưới bề mặt da, thường có màu bầm. Một ổ máu tụ nhỏ sẽ dễ dàng được hấp thu vào trong hệ thống tuần hoàn như các mảnh vụn của mô từ vết thương. Các ổ máu tụ lớn hơn có thể mất nhiều tuần để tái hấp thu, tạo nên khoảng chết và các tế bào chết làm ức chế quá trình lành vết thương. Các ổ máu tụ lớn có thể phải chọc dò hút máu bầm ra để đẩy nhanh quá trình lành vết thương.

3.4.3. Sự nhiễm trùng

Một chỗ gián đoạn sự nguyên vẹn của da, là do vết mổ hay do chấn thương đều là ngõ vào cho các vi sinh vật xâm nhập vào trong cơ thể. Sự xâm nhập các vi khuẩn vào vết thương có thể gây ra nhiễm trùng nếu cơ thể người bệnh không đủ sức chống đỡ. Tỷ lệ mắc phải của nhiễm trùng vết thương tùy thuộc vào:

- Các nhân tố tại chỗ: sự thâm nhiễm, mức độ đóng kín của vết thương, sự hiện diện của các thể ngoại lai.
- Các nhân tố trong điều trị: kỹ thuật vô khuẩn ngoại khoa, điều kiện môi trường.
- Các yếu tố chủ thể: tuổi tác, tình trạng dinh dưỡng, các bệnh mãn tính của người bệnh.
- Độc tính của vi sinh vật: các triệu chứng của một nhiễm trùng vết thương là chảy mủ, vùng xung quanh vết thương bị viêm, sốt, và số lượng bạch cầu trong máu tăng. Các vết thương nhiễm trùng đòi hỏi sự chăm sóc nhiều hơn và thời gian hồi phục cũng dài hơn.

3.4.4. Sự nứt (bung, bục) vết thương

Sự tách rời một phần hay toàn bộ bờ của 2 mép vết thương, đồng nghĩa với sự nứt (bung) vết thương, và thường được dùng để mô tả các vết mổ mà da ở đó bị tách ra nhưng mô bên dưới da vẫn không bị hở. Sự tách 2 mép vết thương thường xảy ra trước giai đoạn sự tạo thành collagen được hoàn tất do vậy người bệnh có nguy cơ cao vào ngày thứ 3-14 ngày sau khi bị thương. Sự béo phì, tình trạng dinh dưỡng kém, và sự đè ép ở vùng xung quanh vết thương sẽ làm tăng sự nứt (bung) vết thương. Các người bệnh thường phàn nàn họ cảm thấy vết mổ của họ lộ ra sau các động tác: ho, ói, những động tác làm tăng áp lực lên vết mổ. Sự nứt (bung) vết thương còn có thể xảy ra khi cắt chỉ sớm trước khi vết thương lành hoàn toàn.

3.4.5. Sự thoát vị

Sự thoát vị của các tạng qua một vết thương hở do vết thương đủ sâu, rộng làm cho các cân ở bụng bị tách ra và các tạng bên trong bị lòi ra ngoài.

3.4.6. Lỗ rò

Một lỗ rò là một ngõ hình ống bất thường được tạo thành giữa hai cơ quan hay từ một cơ quan ra bên ngoài cơ thể. Các lỗ rò có thể là kết quả của một quá trình lành vết thương kém sau tổn thương mô do phẫu thuật. Các lỗ rò cũng có thể do bệnh lý. Tên của các loại lỗ rò được đặt theo vị trí thông nhau bất thường. Ví dụ, lỗ rò âm đạo – trực tràng là một lỗ rò bất thường giữa trực tràng và âm đạo làm phân thoát ra lỗ âm đạo.

4. MỤC ĐÍCH CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

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

5. NGUYÊN TẮC THAY BĂNG VẾT THƯƠNG

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

6. YẾU TỐ THUẬN LỢI GIÚP SỰ LÀNH VẾT THƯƠNG

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

7. DUNG DỊCH RỬA VẾT THƯƠNG

7.1. Betadin 1/1000

Dung dịch có độ khử khuẩn cao, không gây kích ứng mô và sự phát triển, sự lành vết thương. Dùng sát khuẩn da, niêm, rửa vết thương và các xoang của cơ thể.

Lưu ý: iod trung tính nên không đốt cháy nhu mô tế bào nhưng khi gặp dịch tiết vết thương (có protein) sẽ làm giảm sự diệt khuẩn do đó không dùng trên vết thương có nhiều mủ.

7.2. Oxy già

Làm co mạch máu tại chỗ, nó sẽ phân cách O_2 và H_2 tạo sự sủi bọt, sử dụng cho:

- Vết thương sâu: có nhiều mủ, có lỗ dò.
- Vết thương đang chảy máu (xuất huyết mao mạch).
- Vết thương bẩn dính nhiều đất cát.

Oxy già có đặc điểm phá hoại mô tế bào, do đó không dùng rửa trực tiếp lên vết thương có mô mới mọc, chỉ dùng khi vết thương bẩn có mủ.

7.3. 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).

7.4. 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.

7.5. Thuốc tím 1/1000-1/10 000: dùng trong vết thương có nhiều chất nhờn.

7.6. NaCl 0.9%: dùng rửa vết thương rất thông dụng, ít gây tai biến.

7.7. Dầu mù u: dùng đắp vết thương sạch giúp mô hạt mọc tốt, không dùng trên vết thương nhiều mù.

8. CÁC ĐIỂM CẦN LƯU Ý QUAN TRỌNG KHI CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

- Các chức năng sinh lí của da là bảo vệ, điều hoà thân nhiệt, cảm giác, chuyển hoá, và truyền đạt thông tin.
- Sự khỏe mạnh của da phụ thuộc vào lưu lượng máu đầy đủ, dinh dưỡng đầy đủ, sự nguyên vẹn của lớp biểu bì, và sự vệ sinh đúng cách.
- Trẻ em và người già dễ bị tổn thương da nhất.
- Tình trạng nguyên vẹn của da bị thay đổi có thể được biểu hiện bởi ngứa, phát ban, các thương tổn, đau và quá trình lành vết thương không đầy đủ.
- Việc hiểu các giai đoạn của quá trình lành vết thương là rất quan trọng trong việc đánh giá và quản lí vết thương một cách đúng đắn.
- Độ sâu của vết thương ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương thức điều trị thích hợp.
- Tình trạng xuất huyết, nhiễm trùng, nứt hay rò là các biến chứng có thể xảy ra trên các vết thương.
- Các nhân tố tác động lên quá trình lành vết thương bao gồm sự oxy hoá và sự cung cấp các chất dinh dưỡng, chức năng miễn dịch của tế bào, tuổi tác, sự béo phì, hút thuốc lá, các thuốc sử dụng, các bệnh lý toàn thân, stress, nhiễm trùng vết thương, và môi trường.
- Trong phần nhận định của điều dưỡng, các dữ liệu được thu thập bao gồm tình trạng bình thường của da, nguy cơ suy yếu của da, và sự nhận diện các thay đổi của da.
- Các can thiệp điều dưỡng đã được lập kế hoạch thì rất quan trọng đối với việc ngăn ngừa sự phát triển của loét tì và tổn thương da.
- Gạc, băng dán trong suốt (film trong), polyurethan, hydrocolloid, hydrogel, và alginat là các loại băng được dùng trong các chăm sóc có liên quan.
- Các vết khâu, ghim, kẹp, các miếng băng và dây treo có thể cung cấp sự nâng đỡ cho vết thương.
- Việc quản lí hiệu quả các dịch dẫn lưu có thể làm cải thiện tốt nhất quá trình lành vết thương.

- Việc chườm nóng hay chườm lạnh tại chỗ có thể làm giảm viêm, cải thiện quá trình lành vết thương và giảm đau.
- Việc giáo dục người bệnh rất quan trọng đối với sự khuyến khích và duy trì tình trạng nguyên vẹn của da về lâu về dài.

9. QUI TRÌNH CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

9.1. Nhận định

9.1.1. Các dữ liệu chủ quan

Việc phỏng vấn người bệnh cho phép người điều dưỡng thu thập được các dữ liệu về tình trạng da của người bệnh, tiền sử các bệnh lý về da, và sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ có thể làm tăng khả năng làm thay đổi tình trạng nguyên vẹn của da, ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.

Các dữ liệu chủ quan cũng cung cấp các thông tin chi tiết về những tiến triển thực tế của các bệnh lý về da hay của vết thương và sự chăm sóc mà họ đã được làm trước đó.

9.1.2. Các dữ liệu khách quan

a. Khám tổng trạng người bệnh:

- Vết thương có ảnh hưởng đến tổng trạng người bệnh không? Mạch, huyết áp, nhịp thở có biểu hiện của dấu hiệu sốc không?
- Tổn thương kèm theo?
- Người bệnh có đau đớn quá? Để quyết định dùng thuốc giảm đau trước khi chăm sóc.
- Nhận định tại vết thương: loại vết thương, vị trí vết thương, diện tích, kích cỡ vết thương, màu sắc tại vết thương (niêm mạc), tính chất dịch nếu có để lựa chọn dung dịch thích hợp.
- Xét nghiệm: công thức máu, kháng sinh đồ, protein máu.

b. Khám vết thương:

- Hình dạng, kích thước: Nông, sâu? Rộng, hẹp, dài? Ghi nhận lại kích thước và hình dạng vết thương, so sánh với những lần đo trước. Thông thường kích thước được tính bằng cm. Khi vết thương lành thì cần quan sát thường xuyên, kích thước và hình dạng có thể đo hàng tuần dựa vào những vòng tròn đồng tâm.
- Có phải là vết thương do phẫu thuật không? Cách khâu, chỉ dùng, sự liên da, tình trạng vết khâu?
- Có hệ thống dẫn lưu?
 - + Những dụng cụ dẫn lưu được đặt vào vết thương khi bác sĩ phẫu thuật đoán trước được sẽ có 1 lượng dịch lớn còn đọng lại có thể làm cho vết thương không lành.

- + Hệ thống dẫn lưu kín bao gồm 1 dẫn lưu được gắn vào 1 nguồn lực hút bên ngoài như dẫn lưu Hemovac được đặt vào trong mạch máu để dẫn lưu hết lượng máu xuất huyết sau phẫu thuật. Áp lực hút được duy trì nhờ vào một dụng cụ đặc biệt (hút chân không). Khi kiểm tra hệ thống hemovac phải đảm bảo hệ thống vẫn còn trong tình trạng có áp lực hút. Sự hút sẽ gián đoạn nếu hệ thống có lỗ rò hoặc hemovac đã đầy dịch dẫn lưu.
 - + Hệ thống dẫn lưu hở như penrose, được dẫn lưu trực tiếp từ vết thương: penrose là 1 ống bằng cao su, trơn, rộng được đặt trực tiếp vào vết mổ. Nó cho phép dịch được dẫn lưu ra ngoài theo hiện tượng mao dẫn, thấm vào gạc. Penrose có thể dài hay ngắn tùy theo vị trí đặt dẫn lưu.
 - + Với bất kỳ hệ thống dẫn lưu nào đi chăng nữa thì chúng ta phải bảo đảm rằng hệ thống phải thông thương và hoạt động tốt. Những dẫn lưu có thể bị lệch vị trí cho nên trong quá trình kiểm tra cần thận không làm chúng dịch chuyển.
 - + Loại và kích thước của ống dẫn lưu tùy thuộc vào loại, vị trí và độ sâu của vết thương. Ghi nhận lại số lượng, màu sắc, độ đặc loãng, mùi của dẫn lưu.
- Có đường rò?
 - Quan sát những triệu chứng có thể xác định vết thương bị nhiễm trùng như đau, sưng đỏ, cứng, và dẫn lưu chảy mủ. Những dấu hiệu của cơ thể như sốt, số lượng bạch cầu tăng, nhiễm trùng vết thương có thể xảy ra bất cứ lúc nào nhưng thường không có biểu hiện rõ ràng cho đến giai đoạn muộn hoặc khi hỏi người bệnh.
 - Bờ vết thương: ghồ ghề, trơn láng.
 - Màu sắc mô: quan sát tình trạng vết thương về màu sắc mô, chất tiết.
 - + Màu đỏ:
 - . Mô hạt đỏ tốt không nên thay băng hàng ngày.
 - . Khi thay băng phải nhẹ nhàng.
 - . Không dùng gòn gạc khô chà sát lên vết thương.
 - . Có thể dùng miếng băng dính như hydrocolloid dressing.
 - + Màu vàng:
 - . Có nhiều chất tiết nhầy.
 - . Cát lọc tất cả các mô hoại tử.
 - . Giữ cho vết thương được ẩm.
 - . Rửa vết thương liên tục.

- + Màu đen:
 - . Mô chết, hoại tử.
 - . Giữ cho vết thương ẩm, làm mềm mô chết.
 - . Cất lọc mô chết.
 - . Dùng băng thấm hút chất tiết.
- Khô, ướt dịch, nhiều mủ?
- Mùi, màu sắc chất tiết (vàng, xanh).
- Tình trạng da chung quanh vết thương:
 - . Màu sắc da: tái, hồng, chấm đen xung quanh?
 - . Da thấm nhiều chất tiết của vết thương?
 - . Da ấm, lạnh, trơn, phù nề, căng bóng?

9.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Tổn thương da và mô.
- Nguy cơ tổn thương da và mô.
- Những nhu cầu sinh lý của sự lành vết thương không được đáp ứng.
- Nguy cơ nhiễm trùng do tổn thương da.
- Nguy cơ xáo trộn tâm lý do sự thay đổi hình dạng của cơ thể.

9.3. Kế hoạch chăm sóc

Mục đích chính của chăm sóc da cho người bệnh là nhằm ngăn chặn những nguy cơ gây tổn thương và cải thiện tình trạng của lớp mô bị tổn thương giúp vết thương mau lành.

- Da của người bệnh được giữ nguyên không bị nhiễm trùng khu trú.
- Vết thương có dấu hiệu lành.
- Người bệnh có kiến thức bảo vệ chăm sóc da.
- Người bệnh và người nhà sẽ biết cách theo dõi tình trạng vết thương.
- Những mục đích này phải được cá nhân hóa cho từng nguy cơ của mỗi người bệnh.

9.4. Can thiệp điều dưỡng

9.4.1. Can thiệp của điều dưỡng khi da cha bị tổn thương

a. Chăm sóc da:

- Nguyên tắc chăm sóc da:
 - + Tình trạng da lành lặn là hàng rào bảo vệ đầu tiên của cơ thể.
 - + Phải ngăn ngừa tình trạng nứt da.

- + Da phải được làm ẩm.
- + Những tế bào của cơ thể phải được nuôi dưỡng thích hợp.
- + Tuần hoàn thích hợp rất cần thiết để duy trì tế bào.
- + Vệ sinh da thì rất cần thiết.
- + Sự nhạy cảm của da rất khác nhau đối với từng người và tùy tình trạng sức khỏe.

Có rất nhiều nguyên tắc để chăm sóc da. Một trong những cách quan trọng nhất là duy trì tình trạng nguyên vẹn của da.

Những phương pháp ngăn ngừa sự kích thích và gây tổn thương da là rất cần thiết.

Tránh những kích thích cơ học như cọ xát thì ta có thể ngăn ngừa tình trạng nứt da.

Khi tháo băng keo phải cẩn thận và đè nhẹ lên da tránh gây tổn thương da.

Hạn chế tiếp xúc với hoá chất tối đa như sử dụng xà phòng khử khuẩn, nước hoặc những sản phẩm có chất làm mềm da.

Đối với những người bệnh là trẻ nhỏ, người già, gầy hoặc béo phì có làn da nhạy cảm thì rất dễ xảy ra kích thích do hoá chất và làm khô da.

Duy trì độ ẩm cần thiết cho da cũng góp phần tạo nên 1 làn da khỏe mạnh. Bởi vì da khô rất dễ bị nứt da, tránh những nhân tố gây khô da như cồn. Thay vào đó sử dụng lotion hay kem có chứa chất lanolin.

Những người bệnh da khô một tuần nên tắm 1-2 lần.

Tuy nhiên nếu da ẩm ướt thường xuyên lại là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Những người bệnh tiêu tiểu không tự chủ, đổ mồ hôi nhiều thì rất cần sự khô ráo. Những vùng da có nếp gấp như dưới ngực và mông là nơi ẩm hơi và ẩm ướt thường xuyên nên cần đặc biệt lưu ý.

Dinh dưỡng hợp lý thì rất cần thiết để có làn da khỏe mạnh. Những tế bào được nuôi dưỡng thích hợp có sức đề kháng tốt với vi khuẩn. Bởi thế một chế độ ăn đầy đủ vitamin, muối khoáng và protein là rất cần thiết. Người bệnh có khả năng hấp thu dinh dưỡng kém, mất quá nhiều protein, thức ăn và lượng dịch vào không thích hợp cần phải được điều chỉnh lại (ví dụ, cung cấp chế độ ăn giàu đạm hoặc nuôi dưỡng bằng dịch truyền) để bảo vệ da và thúc đẩy quá trình lành vết thương.

Sự lưu thông tuần hoàn cũng cần thiết để duy trì vòng đời của tế bào. Máu đến da không đủ sẽ dẫn đến chứng thiếu máu cục bộ và tổn thương mô.

Giữ cho người bệnh luôn được ấm tránh co mạch. Điều trị bệnh tim nếu có cũng giúp đảm bảo lượng máu cung cấp cho da được đầy đủ. Những người bệnh có sự tuần hoàn ở 2 chi dưới kém cần được nâng chân cao và xoa bóp để điều trị loét. Vận động thích hợp và không được mặc quần áo quá chật có thể đảm bảo

cho dòng máu lưu thông được tốt nhất. Vận động thường xuyên và thay đổi tư thế giúp ngăn ngừa tắc nghẽn tĩnh mạch vì làm giảm áp lực.

b. Giáo dục người bệnh:

Hướng dẫn người bệnh vệ sinh thân thể thì rất quan trọng để duy trì tình trạng nguyên vẹn của da.

Những người bệnh mắc những bệnh mà dây thần kinh xúc giác giảm hoặc tê liệt thì họ có cảm giác qua da kém hơn, hướng dẫn họ kiểm tra bề mặt da thường xuyên (đặc biệt là chân) để phát hiện lở loét. Khi người bệnh mang giày, khuyên họ tránh làm chân phồng rộp và sưng tấy. Đối với những người bệnh tiểu đường phải bảo vệ tích cực để tránh tổn thương da đặc biệt là nguy cơ loét ở chân (Krasner, 1998). Nhiệt độ cũng có tác động rất nhiều nên khuyên người bệnh không tắm hơi để tránh bị bỏng.

Việc hướng dẫn vệ sinh cho các bậc cha mẹ có trẻ sơ sinh cũng rất quan trọng. Việc hướng dẫn bao gồm hướng dẫn bậc cha mẹ làm cách nào để tránh trầy xước ở da (ví dụ như bấm móng tay và mang bao tay tránh làm trầy xước khi trẻ cào). Chắc chắn cha mẹ biết được những biểu hiện thay đổi thông thường ở da và những tổn thương bẩm sinh.

Giáo dục cho người nhà ngăn chặn không cho trầy xước là rất quan trọng. Nhiều tai nạn giao thông (làm da và mô bị tổn thương) đều có thể ngăn chặn được bằng cách lái xe cẩn thận, trong giới hạn cho phép, sử dụng dây an toàn và túi hơi. Tai nạn xe máy có thể ngăn chặn được bằng cách tuân theo luật đi đường và đội mũ bảo hiểm.

Nên lắp đặt bộ phận cảm nhận khói để tránh hỏa hoạn nghiêm trọng.

c. Bảo vệ khỏi ánh nắng mặt trời:

Tất cả người bệnh nên biết tầm quan trọng của giới hạn tiếp xúc với tia cực tím (ánh nắng mặt trời, ánh sáng nhân tạo). Cách sử dụng trang phục, nón rộng vành, kính mát để bảo vệ khi tiếp xúc thường xuyên với tia cực tím.

Khuyên người bệnh không nên sử dụng những thiết bị chiếu lên da với mục đích thẩm mỹ.

Đối với những trẻ sơ sinh nhỏ hơn 6 tháng khuyên bố mẹ tránh cho trẻ tiếp xúc với ánh sáng mặt trời vào buổi trưa.

9.4.2. Can thiệp điều dưỡng khi chức năng da thay đổi

Những can thiệp điều dưỡng khuyến khích người bệnh độc lập, ủng hộ người bệnh thực hiện và hướng dẫn người bệnh và gia đình tự chăm sóc đều rất quan trọng. Điều dưỡng nên giúp đỡ những người bệnh bị vết thương mãn tính học cách làm giảm thiểu tối đa những yếu tố cản trở sự lành vết thương. Nhiệt độ nóng và lạnh cũng có thể là một liệu pháp thúc đẩy quá trình lành vết thương và giảm đau. Điều dưỡng nên giúp người bệnh lựa chọn liệu pháp tại chỗ để làm sạch và bảo vệ nơi có vết thương trong suốt quá trình lành vết thương.

a. Giảm ngứa

Ngứa thường đi kèm với vấn đề của da. Những biện pháp của điều dưỡng đều nhằm mục đích giảm tác nhân gây ra ngứa, giảm sự bất tiện và ngăn không cho da trở nên xấu thêm.

Khô da thường là nguyên nhân dẫn đến ngứa, đặc biệt là những người già. Nên thoa kem dưỡng da và lotion thường xuyên để ngăn sự khô da.

Nếu người bệnh sử dụng xà phòng, hướng dẫn họ nên rửa sạch xà phòng trên da. Nếu có thể họ nên thoa một lớp tinh dầu vào nước tắm.

Lưu ý: khuyến người bệnh cẩn thận khi cho thêm tinh dầu vào nước tắm bởi vì có thể làm bồn tắm trơn dễ té ngã.

Người bệnh nên sử dụng nước ấm, không quá nóng và vỗ nhẹ lên vùng da khô để giảm kích thích da.

Đối với những người bệnh trưởng thành, khi giải thích tầm quan trọng của việc không nên gãi thì họ làm theo nhưng đối với trẻ em thì việc đó không thể thực hiện. Cắt ngắn móng tay cho trẻ và mang găng tay cotton có thể giúp giảm ngứa da. Các hoạt động vui chơi, giải trí có thể giúp trẻ quên đi cảm giác đau, khó chịu, không thoải mái.

Tắm nước mát, gạc mát cũng có thể làm co mạch và giảm đau. Đôi khi cũng cần thiết phải dùng thuốc kháng dị ứng theo y lệnh. Những thuốc giảm đau và kháng histamine mặc dù thường được sử dụng nhưng cũng có những tác dụng phụ. Các thuốc như corticosteroid hoặc kháng sinh có thể làm giảm sưng hoặc điều trị nhiễm trùng nhưng cần phải thận trọng và phải có y lệnh.

Loại băng được sử dụng phụ thuộc vào loại vết thương, vị trí, tình trạng, và sở thích cá nhân.

Có hơn 900 sản phẩm được sử dụng để chăm sóc vết thương và da. Những loại băng này có thể được sử dụng rộng rãi, chia thành nhiều nhóm dựa vào đặc điểm và công dụng. Chúng đa năng và dễ sử dụng. Bởi vì chúng không làm cho bề mặt vết thương hở ẩm ướt mà chúng được làm ẩm bằng nước muối trước khi đóng gói.

Những film polyurethane, bột polyurethane, và băng hydrocolloid thường được chọn dùng trong liệu pháp khu trú đối với những vết thương sâu, và bị tổn thương ở độ II, độ III. Những băng cuộn này bảo vệ vết thương và cung cấp độ ẩm cho vết thương. Chúng có thể được để lại có thể đến 1 tuần nếu vết thương không hình thành hình dạng nhanh hoặc lượng dịch không thấm ướt ra ngoài.

Hydrogel được sử dụng để kích thích mô hạt phát triển ở những vết thương đã lành và tạo sự mềm mại cho những vết thương sâu.

Sản phẩm alginate, một loại băng mới nhất, chúng được biết đến nhờ khả năng hấp thụ. Alginate được dùng đối với những vết thương hở, có lỗ dò ở trong sâu.

Một vài sản phẩm mới nữa được sử dụng cho vết thương cũng được nhắc đến là chất dầu và lotion có chứa những yếu tố kích thích sự tăng trưởng.

Những sản phẩm này được đánh giá dựa vào tác dụng kích thích và thúc đẩy sự lành vết thương đối với những vết thương mãn tính.

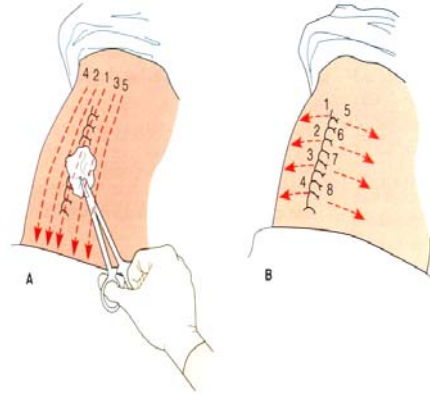
Bảng 49.1. Các loại băng, đặc điểm và chỉ định

Loại	Đặc Điểm	Chỉ Định
Băng alginate	<ul style="list-style-type: none"> - Là sản phẩm có tính thấm hút cao dùng để đặt vào bên trong vết thương. - Cần phải có băng bao phủ bên ngoài. - Có sẵn từng miếng hay nguyên băng to. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vết thương sâu, khuyết mô, không nhiễm trùng, có dẫn lưu, lỗ dò.
Gạc	<ul style="list-style-type: none"> - Chất liệu sợi cotton với nhiều kích thước và độ dày mỏng khác nhau. - Không bít, cho phép oxy thông thương với bề mặt vết thương. - Có khả năng thấm hút tốt. - Có thể làm ẩm bằng nước muối sinh lý để cung cấp độ ẩm cho những vết thương lớn hơn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cho những vết thương sau phẫu thuật hoặc những vết thương cần áp lực để cầm máu. - Nhét vào những vết thương sâu.
Băng mỏng Hydrocolloid	<ul style="list-style-type: none"> - Tấm đệm mỏng có keo dính ở sau, thường có màu da, được làm từ chất liệu hydroactive. - Lót đệm thấm hút dịch tiết, giữ cho bề vết thương luôn ẩm. - Hầu như bị bít lại không cho oxy tiếp xúc với vết thương. - Khả năng thấm hút vừa phải. 	<ul style="list-style-type: none"> - Những vết thương cạn, nông, mô hạt đỏ. - Loét do đè cấn. - Loét tĩnh mạch chân.
Hydrogel	<ul style="list-style-type: none"> - Sản phẩm bằng polymer có thể thấm nước với một lượng nước nhiều. - Miếng mỏng trong suốt hay như một tube gel. - Có thể thấm hút dịch dẫn lưu và cung cấp độ ẩm cho vết thương. - Tạo cảm giác mát cho da. 	<ul style="list-style-type: none"> - Những vết thương cạn, nông, mô hạt đỏ. - Loét do đè cấn độ I, II (với miếng băng bao phủ bên ngoài ví dụ như gạc). - Vết phỏng nhỏ. - Vết thương bị mất da, trầy xước da.
Polyurethane foam	<ul style="list-style-type: none"> - Tấm đệm có nhiều độ dày mỏng khác nhau. - Mềm nhẹ có khả năng thấm hút thích hợp phụ thuộc vào độ dày. - Cung cấp độ ẩm cho bề mặt vết thương. 	<ul style="list-style-type: none"> - Những vết thương cạn, nông, mô hạt đỏ. - Phủ lên một vết thương đã được nhét merch.
Băng dính trong suốt	<ul style="list-style-type: none"> - Một film polyurethane có băng dính ở phía sau. - Có nhiều lỗ cho phép thoát hơi qua miếng băng. - Duy trì độ ẩm của vết thương. - Có nhiều kích cỡ và hình dạng khác nhau. - Không có đặc tính thấm hút. 	<ul style="list-style-type: none"> - Những vết thương cạn, nông, mô hạt đỏ. - Có thể sử dụng thay bằng keo để cố định gạc hoặc vài loại băng thấm hút khác. - Những vết thương ít dịch. - Bảo vệ những vùng dễ bị chà xát (xương cùn và gót chân đối với những bệnh nằm bất động trên giường).

b. Chăm sóc vết thương khâu:

Chỉ khâu phẫu thuật, kẹp agraff... được dùng cho các vết mổ trong phẫu thuật, chỉ và ghim kẹp phẫu thuật để giúp vết mổ gắn sát lại với nhau giúp cho vết thương mau lành. Loại vật liệu được dùng để làm kín vết thương có ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.

Chỉ khâu phẫu thuật, là loại vật liệu được dùng để may một vết mổ có thể hấp thu được (ví dụ chỉ catgut hay acid chromic) hay không thể hấp thu được (ví dụ: nylon, silk, polypropylen). Loại chỉ khâu này được sử dụng tùy thuộc vào kích thước và vị trí của vết thương, hiệu quả thẩm mỹ, và sở thích của phẫu thuật viên. Thông thường, số lượng vết khâu ít nhất và kích thước vết khâu nhỏ nhất sẽ giúp sự đóng kín vết thương tốt nhất.



Hình 49.1. Chăm sóc vết khâu

Các chỉ khâu có khả năng hấp thu được dùng để đóng các tạng và ở các lớp mô dưới da.

Các ghim kẹp da được làm từ thép không gỉ, và ít gây kích ứng với cơ thể nhất, các ghim kẹp (chỉ thép) làm giảm nguy cơ nhiễm trùng và làm giảm sự phơi bày mô vì chúng cho phép việc đóng kín vết thương nhanh hơn. Các clip thép không gỉ lớn hơn cũng có thể được dùng để làm khít các bờ của vết thương.

Có thể kiểm tra được các mối chỉ khâu, ghim kẹp khi sử dụng loại băng trong suốt.

Bác sĩ phẫu thuật là người xác định các loại chỉ phẫu thuật sẽ được lưu giữ trong bao lâu.

Chỉ khâu thường được cắt 7-10 ngày sau phẫu thuật nếu các bờ của vết thương đã khít lại tốt và quá trình lành vết thương diễn ra bình thường.

Các ghim kẹp da thường được lấy ra từ 5-7 ngày sau phẫu thuật. Các ghim kẹp được tháo ra bằng dụng cụ tháo ghim kẹp.

Nhưng đối với các vết khâu lớn hơn có thể đòi hỏi thời gian lưu lại lâu hơn. Đôi khi, bác sĩ ra y lệnh chỉ cắt một số mối chỉ hay tháo một số ghim kẹp để đảm bảo cho quá trình lành vết thương đầy đủ, và tránh sự nứt rách vết thương. Hầu hết các người bệnh phẫu thuật cũng có dùng các chỉ khâu có thể hấp thu được để giữ các lớp mô, cân sâu bên dưới dính lại với nhau.

Chỉ khâu được lấy ra bằng nhíp và kéo. Chỉ khâu được cắt sát da, và nhíp được dùng để rút chỉ ra. Lưu ý không được để chỉ nằm trên da chui xuống dưới da gây nhiễm trùng vết khâu. Các vết khâu có thể khâu theo nhiều kiểu khác nhau, điều dưỡng phải quan sát kỹ mối chỉ trước khi cắt.

c. Phương pháp cố định băng

Băng dính montgomery, gạc, khăn nhỏ, vải thưa mỏng, hoặc dây có thể dùng để cố định miếng băng lại. Băng được dùng phổ biến nhất. Băng dính montgomery hoặc dây được dùng khi băng cần được thay thường xuyên, rất dễ dàng khi cởi bỏ dây cột, dây cột được luôn qua một cái lỗ ở một đầu. Băng dính montgomery bảo vệ da khỏi tổn thương bởi vì khi thay băng chỉ cần tháo sợi dây cột. Chỉ thay băng dính montgomery khi nó quá chặt hay bị bẩn.

Thông thường băng keo không được sử dụng trên da. Mặc dù nó cố định rất chắc nhưng khi tháo băng keo ra có thể gây đau, gây dị ứng da. Nếu phải dùng băng keo thì phải cạo sạch lông trước khi dán và dùng dung dịch làm tróc băng keo khi tháo keo. Băng nhựa hoặc giấy không gây dị ứng thích hợp khi dùng để cố định miếng băng lên da.

Đối với những người lớn tuổi và những người có làn da nhạy cảm cần dùng băng cuộn và những sản phẩm không gây dính để cố định miếng băng mà không cần băng keo.

d. Thay băng

Đôi khi bác sĩ ra y lệnh sử dụng loại băng nào và khi nào cần thay băng, nhưng phần lớn đều do điều dưỡng chọn loại băng nào tốt nhất cho sự lành vết thương. Ví dụ, băng hydrolloid có thể để được 1 tuần nếu vết thương sạch.

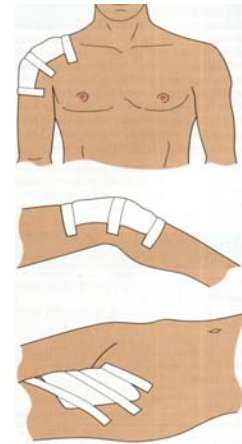
e. Nhét merch

Một miếng gạc ướt vô khuẩn có thể được nhét vào một vết thương nhiễm trùng hoặc một vết thương hở có khả năng nhiễm trùng.

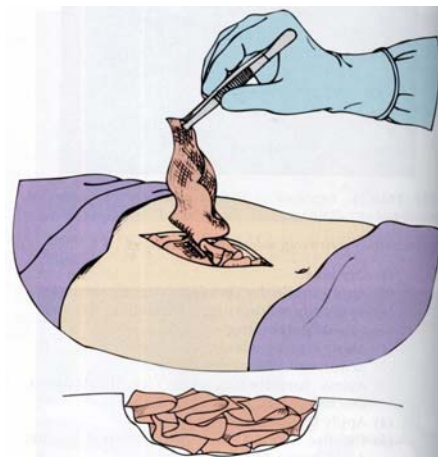
Miếng gạc ướt ngăn vết thương khỏi khép miệng sớm, điều đó có thể làm cho vi khuẩn sinh sôi và hình thành ổ abscess.

Miếng gạc ướt đó được chuẩn bị bằng một miếng gạc nhỏ, dài. Thông thường người ta sử dụng gạc trơn được tẩm nước muối sinh lý nhưng gạc nhúng povidin-iod cũng có thể được dùng.

Miếng gạc ướt có thể được sử dụng sau khi phẫu thuật ở những vùng khó khô (như âm đạo, vách mũi) tạo áp lực ngăn không cho máu mất từ những mao mạch nhỏ. Khi miếng gạc ướt đó được nhét vào trong lúc phẫu thuật,



Hình 49.2. Cố định vết thương bằng băng keo



Hình 49.3. Nhét merch vào vết thương

nó phải được ghi chú cẩn thận để khi thay băng điều dưỡng không rút ra. Miếng gạc đó thông thường được giữ từ 2-3 ngày và sau đó được bác sĩ phẫu thuật tháo hoặc điều dưỡng tháo khi có y lệnh của bác sĩ, cho nên nó không trở thành ổ chứa vi khuẩn phát triển.

f. Rửa vết thương loại bỏ những vật lạ và mô hoại tử trên vết thương

Là quá trình loại bỏ những chất lạ hoặc mô hoại tử từ vết thương để ngăn cản sự phát triển của vi khuẩn và cải thiện tiến trình lành vết thương. Chăm sóc loại bỏ các mô hoại tử giúp vết thương mau lành có thể áp dụng các phương pháp sau:

- **Phẫu thuật:** là sử dụng một dụng cụ sắc bén để cắt lọc vết thương, được thực hiện ở phòng mổ hay tại giường bệnh. Bác sĩ và những người trợ giúp, người có chuyên môn về chăm sóc vết thương (như điều dưỡng chăm sóc vết thương, điều dưỡng chăm sóc hậu môn nhân tạo, điều dưỡng chăm sóc bụng, bác sĩ chuyên khoa) có thể thực hiện phương pháp này.
- **Hoá học:** là dùng một loại hoá chất có tác dụng làm mềm, rửa các mô chết, dung dịch này còn có tác dụng làm trôi đi các mô chết giúp làm sạch vết thương.
- **Sự tự phân huỷ:** loại băng dán đặc biệt có tác dụng làm mềm các mô chết bằng chính dịch tiết từ vết thương, sự thấm hút các chất tiết từ vết thương và luôn làm giữ ẩm vết thương giúp cho việc thay băng lần sau dễ dàng vì băng không dính vào mô mới mọc, và đồng thời giúp vết thương mau lành do vết thương luôn được giữ ẩm và khô ráo.

9.5. Tiêu chuẩn lượng giá

- Người bệnh giữ được sự nguyên vẹn của da.
- Người bệnh biết và hợp tác trong việc phòng ngừa được các nguy cơ gây tổn thương da.
- Vết thương tiến triển tốt, vết thương mau lành.

10. ẢNH HƯỞNG ĐỐI VỚI CÁC HOẠT ĐỘNG TRONG ĐỜI SỐNG HÀNG NGÀY

Tình trạng nguyên vẹn của da bị thay đổi có thể làm thay đổi khả năng thực hiện các công việc trong đời sống hàng ngày của người bệnh. Một số tình trạng của da làm người bệnh chỉ được ở trong nhà vì những đòi hỏi đối với việc điều trị, sự khó chịu của việc hạn chế khả năng hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, ngay cả công việc của họ cũng bị ảnh hưởng do tính chất của công việc hay do mặc cảm.

Các phản ứng của cơ thể đối với những vết thương trên da, như sốt, mùi của chất tiết có thể làm giảm khả năng chịu đựng của người bệnh.

Nhu cầu về dinh dưỡng đòi hỏi cao hơn trong suốt quá trình lành vết thương và các người bệnh thì có thể không thể chuẩn bị bữa ăn cho mình được mà phải phụ thuộc vào người khác hoặc người bệnh hạn chế hoạt động do vết

thương và các bệnh về da không thể có thời gian để nấu ăn, chải chuốt, và thực hiện các công việc hàng ngày. Điều này có thể dẫn đến sự mặc cảm và tự ti.

Các thành viên trong gia đình có thể được yêu cầu học cách chăm sóc vết thương. Khả năng và sự tự nguyện của họ đối với việc chăm sóc này phụ thuộc vào các yếu tố về văn hóa, mối quan hệ với người bệnh, và sức khỏe của bản thân.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất

1. Người bệnh có vết thương sâu dính nhiều đất, cát, đang chảy máu, chọn dung dịch sát khuẩn nào để chăm sóc:

- A. Nước muối sinh lý
- B. Betadin
- C. Oxy già
- D. Thuốc tím
- E. Cồn iod

2. Dấu hiệu sớm nhất để phát hiện nhiễm trùng vết khâu:

- A. Đau nơi vết mổ
- B. Sưng
- C. Sốt
- D. Đỏ chỉ khâu
- E. Tiết dịch

3. Người bệnh có vết thương nhiễm, đang viêm, có nhiều mô chết, nên dùng hình thức băng:

- A. Băng khô
- B. Băng thấm hút
- C. Băng nén
- D. Băng nóng ướt
- E. Băng vô khuẩn

4. Dung dịch nào sau đây dùng để sát khuẩn vết thương có chỉ khâu:

- A. Thuốc tím
- B. Cồn trắng

- C. Cồn Iod
 - D. Oxy già
 - E. Tất cả đều đúng
5. Người bệnh có vết thương hở, đã sạch mủ, để giúp mô hạt mọc tốt ta nên:
- A. Tăng cường thuốc kháng sinh
 - B. Dùng dung dịch sát khuẩn có nồng độ mạnh
 - C. Thường xuyên thay băng
 - D. Rửa nhỏ giọt liên tục lên vết thương
 - E. Dùng dầu mù u đắp lên vết thương
6. Vết thương nào nên chăm sóc trước trên một người bệnh:
- A. Vết thương có nhiều chất tiết thấm ướt băng
 - B. Vết thương khô sạch
 - C. Vết thương đến ngày cắt chỉ
 - D. Vết thương vô khuẩn không thấm dịch
 - E. Vết thương hoại tử

Trả lời ngắn các câu hỏi

1. Nêu mục đích của thay băng vết thương.
2. Nêu cách phân loại vết thương theo vi sinh vật.
3. Kể 10 nguyên tắc thay băng vết thương.
4. Nêu các yếu tố ảnh hưởng đến sự lành vết thương.

Đáp án: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

 C D D C E C

KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích của thay băng vết thương thường.*
2. *Trình bày được kỹ thuật thay băng vết thương thường đúng cách và an toàn.*
3. *Kể được các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật thay băng vết thương thường.*

1. MỤC ĐÍCH

- Che chở hạn chế sự tổn thương thêm cho vết thương.
- Ngăn ngừa sự xâm nhập của các vi khuẩn từ môi trường.
- Giữ vết thương sạch và mau lành.
- Thấm hút chất bài tiết.
- Đáp thuốc vào vết thương (nếu cần).

2. CHỈ ĐỊNH

- Những vết thương ít chất bài tiết.
- Những vết thương nhỏ vô trùng sau khi giải phẫu.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng vết thương: vị trí, diện tích, độ sâu, chất tiết, vùng da xung quanh.
- Tình trạng đang dùng thuốc của người bệnh.
- Bệnh lý mãn tính đi kèm: bệnh của hệ miễn dịch, ung thư, dùng thuốc: corticoid.

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

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

6. GHI VÀO HỒ SƠ

- Ngày, giờ thay băng.
- Tình trạng vết thương.
- Thuốc sát trùng đã dùng, thuốc đắp lên vết thương nếu có.
- Có cắt chỉ hay mở kẹp.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Áp dụng kỹ thuật vô trùng hoàn toàn trong khi thay băng hoặc cắt chỉ.
- Nên thay băng các vết thương vô khuẩn trước khi thay những vết thương khác.
- Luôn luôn quan sát tình trạng vết thương khi thay băng.

Bảng 50.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ thay băng vết thương

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Quan sát vết thương.			
2	Mang khẩu trang, rửa tay.			
3	Trải khăn vô khuẩn.			
4	Soạn các dụng cụ vô khuẩn trong khăn: - 2 kềm kelly. - Bát kê (chén chung) đựng dung dịch rửa vết thương. - Bát kê (chén chung) đựng dung dịch sát trùng da. - Bông viên. - Gạc miếng. - Gòn bao dây mỏng tùy theo tình trạng vết thương.			
5	Soạn các dụng cụ sạch ngoài khay: - Găng tay sạch. - Kềm gấp băng dơ (bẩn). - Giấy lót. - Túi đựng rác thải y tế. - Băng keo. - Thau đựng dung dịch khử khuẩn. - Chai dung dịch rửa tay nhanh.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 50.1. Xe thay băng



Hình 50.2. Khay dụng cụ thay băng vết thương

Bảng 50.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng thay băng vết thương thường

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo, giải thích cho người bệnh.	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Bộc lộ vùng vết thương.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc chăm sóc vết thương được dễ dàng.	Giữ cho người bệnh được kín đáo và thoải mái.
3	Đặt tấm lót dưới vết thương.	Tránh chất dịch dính vào ráp giường và áo quần người bệnh.	- Tấm lót có mặt thấm hút và một mặt không. - Lót nơi có nguy cơ dịch chảy ra.
4	Mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.	- Kích cỡ của găng phải phù hợp với tay của điều dưỡng
5	Tháo băng bẩn bằng kèm sạch, sát khuẩn lại tay.	- Giảm nguy cơ lây nhiễm từ vết thương. - Giảm nguy cơ tổn thương mô mới mọc.	- Nếu băng cũ dính sát vào vết thương quá, ta nên thấm ướt bằng bằng NaCl 0,9% rồi nhẹ nhàng tháo băng cũ ra.
6	Rửa bên trong vết thương.	Giảm sự lây nhiễm từ vết thương ra vùng da xung quanh vết thương.	- Từ trong ra ngoài rìa (trên cao xuống nơi thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương.
7	Rửa vùng da xung quanh vết thương.	Giảm nguy cơ lây nhiễm cho vết thương từ môi trường xung quanh.	- Rửa rộng ra ngoài 5cm bằng dung dịch rửa vết thương.
8	Dùng gạc miếng chấm khô bên trong vết thương.	Giúp vết thương mau lành.	- Tránh đọng dịch trên vết thương.
9	Lau khô vùng da xung quanh vết thương.	Giữ nồng độ cồn không bị loãng khi dùng sát trùng trên vùng da xung quanh vết thương.	- Dùng gòn khô hay gạc củ ấu để lau vùng da xung quanh vết thương.
10	Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương	Giảm bớt nguy cơ bội nhiễm vào vết thương từ vùng da xung quanh	- Sát trùng bằng dung dịch sát khuẩn da

11	Đặt gạc miếng, gòn bao che kín vết thương.	Che chắn vết thương giảm nguy cơ tổn thương hay bội nhiễm từ môi trường bên ngoài.	- Gòn bao phải phủ rộng ra ngoài 3-5cm của vết thương.
12	Cố định bông băng	Giữ yên bông băng trên da.	- Dán cố định theo chiều ngang để tránh sút băng keo.
13	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	- Giúp người bệnh được tiện nghi.
14	Dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	- Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 50.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng thay băng vết thương thường

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo, giải thích cho người bệnh			
2	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái).			
3	Đặt tấm lót dưới vết thương, cắt băng keo.			
4	Mang găng tay sạch.			
5	Tháo băng bẩn bằng kem sạch, sát khuẩn lại tay.			
6	Mở khăn khay dụng cụ vô khuẩn.			
7	Lấy kem vô khuẩn an toàn.			
8	Rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (trên cao xuống nơi thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương.			
9	Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương.			
10	Dùng gạc miếng chậm khô bên trong vết thương.			
11	Lau khô vùng da xung quanh vết thương bằng gòn hay gạc củ ấu.			
12	Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn da.			
13	Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh.			
14	Đặt gạc miếng, gòn bao che kín vết thương (rộng ra 3-5cm).			
15	Cố định bông băng.			
16	Để các dụng cụ nhiễm vào thau chứa dung dịch khử khuẩn.			
17	Tháo găng tay.			
18	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.			
19	Dọn dụng cụ, rửa tay.			
20	Ghi hồ sơ.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Liệt kê 4 mục đích của thay băng vết thương thường.
2. Kể 2 mục đích cắt chỉ vết thương.
3. Kể 2 loại dung dịch dùng sát trùng da.

Câu hỏi đúng sai

4. khay dụng cụ dùng băng bó vết thương có thể dùng cho nhiều người bệnh.
5. Chăm sóc vết thương theo thứ tự vết thương vô trùng, vết thương sạch, vết thương nhiễm.
6. Dung dịch cồn iod dùng trên vết thương có chỉ khâu sau 3 ngày kể từ ngày phẫu thuật.

Chọn câu trả lời đúng nhất

7. Mục đích của thay băng vết thương:
 - A. Phòng ngừa nhiễm khuẩn.
 - B. Phòng chống sốc.
 - C. Hạn chế sự chảy máu.
 - D. B và C đều đúng.
 - E. A và C đều đúng
8. Cắt chỉ vết thương trong trường hợp:
 - A. Vết thương lành.
 - B. Vết thương lành đến ngày cắt chỉ.
 - C. Vết thương nhiễm khuẩn.
 - D. Vết thương vô khuẩn.
 - E. Câu B và C
9. Cồn có tính chất:
 - A. Sát khuẩn được cho da, niêm mạc.
 - B. Sát khuẩn được vết thương.
 - C. Làm sét các dụng cụ bằng kim loại.
 - D. Làm tan được dầu mỡ.
 - E. Tất cả đều đúng.

Đáp án:

4.S

5. Đ

6. Đ

7.E

8.E

9.C

Bài 51

CẮT CHỈ VẾT KHÂU

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích cắt chỉ vết khâu.*
2. *Nêu được chỉ định cắt chỉ vết khâu.*
3. *Kể được các yêu cầu khi cắt chỉ vết khâu.*
4. *Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật cắt chỉ vết khâu.*

1. MỤC ĐÍCH

- Tránh xẹp xấu.
- Thoát lưu dịch, mủ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ.
- Vết thương nhiễm trùng.

3. NHẬN ĐỊNH VẾT KHÂU

- Vị trí vết khâu.
- Mục đích vết khâu?
- Thời gian?
- Tình trạng vết khâu: Sưng? Đỏ? Đau? Nóng? Tiết dịch?
- Tình trạng người bệnh: Tổng trạng? Nhiệt độ?

4. THỜI GIAN CẮT CHỈ VẾT KHÂU

- Vết thương đầu, mặt, cổ, thẩm mỹ 3-5 ngày.
- Vết thương bình thường: 7 ngày.
- Vết thương dài trên 10cm, gần khuỷu, xương thời gian cắt chỉ lâu hơn hoặc cắt mối bỏ mối.
- Vết thương ở người già yếu, suy dinh dưỡng, thành bụng nhiều mỡ: 10 ngày trở lên.
- Vết thương nhiễm trùng: cắt sớm khi phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng.

5. MỘT SỐ YÊU CẦU KHI CẮT CHỈ VẾT KHÂU

- Phải sát trùng chỉ trước khi cắt.
- Phần chỉ phía trên không được chui xuống dưới da.
- Phải kiểm tra sự trọn vẹn của mũi chỉ sau khi cắt.
- Hạn chế sự đau đớn cho người bệnh.

Bảng 51.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ cắt chỉ vết khâu

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Quan sát vết thương			
2	Mang khẩu trang, rửa tay			
3	Trải khăn vô khuẩn:			
4	Các dụng cụ vô khuẩn trong khăn: - 1 kềm Kelly - 1 nhíp không máu - 1 kéo cắt chỉ - Chén chung đựng dung dịch sát trùng da - Gạc củ ấu - Gạc miếng			
5	Các dụng cụ khác: - Găng tay sạch - Chai dung dịch rửa tay nhanh - Kềm gấp băng bẩn - Giấy lót - Túi đựng rác thải y tế - Băng keo - Kéo cắt băng (nếu cần) - Thau chứa dung dịch khử khuẩn			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 51.1. Khay dụng cụ thay băng cắt chỉ

Bảng 51.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng thay băng cắt chỉ vết khâu

Stt	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo, giải thích cho người bệnh.	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp. Bộc lộ vùng vết thương.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc chăm sóc vết thương được dễ dàng.	Giữ cho người bệnh được kín đáo và thoải mái.
3	Đặt tấm lót dưới vết thương.	Tránh chất dịch dính vào ráp giường và áo quần người bệnh.	- Tấm lót có mặt thấm hút và một mặt không. - Lót nơi có nguy cơ dịch chảy ra.
4	Mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.	Kích cỡ của găng phải phù hợp với tay của điều dưỡng.
5	Tháo băng bẩn bằng kem sạch, sát khuẩn lại tay.	- Giảm nguy cơ lây nhiễm từ vết thương. - Giảm nguy cơ tổn thương mô mới mọc.	Nếu băng cũ dính sát vào vết thương quá, ta nên thấm ướt băng bằng NaCl 0,9% rồi nhẹ nhàng tháo băng cũ ra.
6	Dùng nhíp rửa vết khâu.	Giảm sự lây nhiễm từ vùng da xung quanh vết khâu vào chân chỉ vết khâu.	Sát trùng từ đường giữa (ngay vết khâu) hai bên chân chỉ và vùng da xung quanh vết khâu.
7	Đặt gạc lên vị trí gần vết khâu.	Để quan sát mối chỉ rõ ràng.	Đặt gạc an toàn, tránh làm hiễm mặt trên của miếng gạc.
8	Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng	Tránh làm tổn thương mô sẹo và giảm bớt cảm giác đau cho người bệnh.	Chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da.
9	Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc.	Tránh bỏ sót mối chỉ khi cắt.	Kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ.
10	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5cm.	Giảm sự lây nhiễm từ vùng da xung quanh vết khâu vào chân chỉ vết khâu.	Sát trùng lại từ đường giữa (ngay vết khâu) hai bên chân chỉ và vùng da xung quanh vết khâu.
11	Đặt gạc lên vết khâu (rộng ra 5cm).	Che chở vết khâu giảm nguy cơ tổn thương hay bội nhiễm từ môi trường bên ngoài.	Gạc phải phủ rộng ra ngoài 3-5cm của vết khâu.

12	Cố định bông băng.	Giữ yên bông băng trên da.	Dán cố định theo chiều ngang để tránh sút băng keo.
13	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
14	Dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 51. 3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng thay băng cắt chỉ vết khâu

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo, giải thích cho người bệnh			
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp			
3	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)			
4	Đặt tấm lót dưới vết thương, mở sơ mép khăn, cắt băng keo			
5	Mang găng tay sạch			
6	Tháo băng bẩn bằng kèm sạch, sát khuẩn lại tay			
7	Mở khăn khay dụng cụ vô khuẩn			
8	Lấy nhíp và kèm vô khuẩn an toàn			
9	Dùng nhíp rửa vết khâu từ đường giữa, hai bên chân chỉ			
11	Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu			
12	Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng (chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da)			
13	Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ			
14	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5cm			
15	Đặt gạc lên vết khâu (rộng ra 5cm)			
16	Cố định bông băng			
17	Cho các dụng cụ bẩn vào thau chứa dung dịch khử khuẩn			
18	Tháo găng tay			
19	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi			
20	Dọn dụng cụ, rửa tay			
21	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bài 52

BĂNG CUỘN

MỤC TIÊU

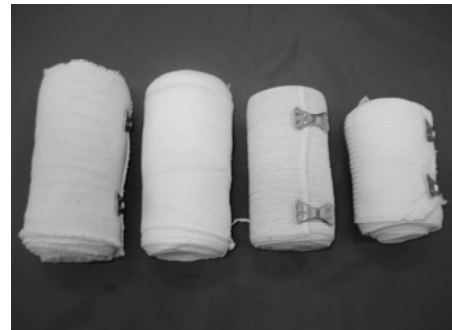
1. Trình bày được mục đích và chỉ định.
2. Nêu được nguyên tắc dùng băng cuộn.
3. Thực hiện được 5 kiểu băng cơ bản.
4. Áp dụng được các kiểu băng cơ bản thích hợp cho những vị trí tổn thương khác nhau.

1. MỤC ĐÍCH

- Giữ yên vật dụng che đắp vết thương.
- Băng ép để hạn chế sự chảy máu.
- Hạn chế cử động 1 phần, 1 vùng của cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương rộng của phần mềm, tổn thương xương, khớp.
- Các vết thương chảy máu.



Hình 52.1. Các cỡ băng cuộn

3. DỤNG CỤ

- Băng cuộn vải, thun, nhiều cỡ từ 2 cm đến 10 cm, dài từ 2 cm đến 10 cm.

4. NGUYÊN TẮC BĂNG BẰNG BĂNG CUỘN

- Cho người bệnh ngồi hoặc nằm theo tư thế thoải mái.
- Đu dưỡng viên đứng đối diện với vùng băng.
- Nâng đỡ vùng cần băng và chêm lót vùng da tiếp xúc nhau.
- Điều dưỡng viên cầm cuộn băng để ngửa.
- Bắt đầu và kết thúc băng hai vòng tròn.

- Băng vừa đủ chặt không gây cản trở tuần hoàn, hô hấp và băng phải nhẹ nhàng không gây ảnh hưởng đến vùng đau.
- Băng vòng nọ chồng lên vòng kia 1/2 hoặc 2/3 đều nhau.
- Băng bàn tay bàn chân phải để lộ móng để kiểm soát sự lưu thông tuần hoàn.
- Băng chi khớp phải giữ theo tư thế cơ năng.
- Cố định mối băng chắc và ở vị trí không đè ép.
- Vùng da nơi băng phải sạch sẽ, khô ráo, nếu có vết thương phải chăm sóc vết thương trước khi băng.
- Khi băng các vùng da tiếp xúc nhau phải có gạc chêm đệm.

5. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

5.1. Cách cuốn băng

- Gấp đầu băng lại làm thành một cái lõi.
- Băng nhỏ dùng ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ hai đầu băng của thân băng, ngón cái và ngón trỏ phải giữ thân băng và đưa dần thân băng vào cuộn.
- Băng lớn ngón cái và ngón trỏ hai tay giữ hai đầu của thân băng, các ngón tay còn lại giữ cuộn băng, hai tay đưa dần thân băng vào cuộn.

5.2. Cách tháo băng

Các vòng băng được tháo dần đưa từ tay này sang tay kia.

5.3. Cách cố định băng khi kết thúc

Ghim kim băng, cài móc sắt, dán băng keo, buộc nút.



Hình 52. 2. Các cách cố định băng sau khi kết thúc

5.4. Các kiểu băng cơ bản

- Băng vòng tròn
- Băng số 8
- Băng xoắn ốc (rắn quấn)
- Băng chữ nhân
- Băng hồi quy

5.4.1. Băng vòng tròn

Áp dụng: băng những vùng đều và ngắn như trán và cổ. Băng bắt đầu và kết thúc hai vòng tròn các kiểu băng.

Quy trình: băng những vòng choàng lên nhau vòng sau chồng lên vòng trước.



Hình 52.3. Băng vòng tròn

5.4.2. Băng xoắn ốc

Áp dụng: băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, thân mình.

Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn, băng xoắn ốc đường sau chệch lên và chồng lên đường trước 1/2 hoặc 2/3 bề rộng cuộn băng.



Hình 52.4. Băng xoắn ốc

5.4.3. Băng số 8

Áp dụng: băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, thân mình.

Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn, băng xoắn ốc đường sau chệch lên và chồng lên đường trước 1/2 hoặc 3/4 bề rộng cuộn băng.



Hình 52.5. Băng số 8

5.4.4. Băng chữ nhân

Áp dụng băng những vùng không đều nhau và dài trên cơ thể.

Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn. Đường băng sau chệch lên, dùng ngón tay cái đè lên chỗ định gấp, tay phải lật băng xuống và gấp lại rồi quấn chặt vùng băng. Tiếp tục băng chữ nhân đến khi kín nơi băng. Kết thúc để cuộn băng ngửa và hai vòng chồng lên đường băng cuối cùng.



Hình 52.6. Băng chữ nhân

5.5.5. Băng hồi quy

Áp dụng: băng những vùng như đầu, các chi cắt cụt.

Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn (đầu). Tiếp theo lật đường băng, băng từ trước ra sau rồi lật băng từ sau ra trước, đến khi phủ kín nơi băng. Các đường băng theo thứ tự đường thứ nhất ở giữa, các lần sau tỏa dần ra hai bên kiểu rẽ quạt. Kết thúc hai vòng tròn ở chân mỗi băng rẽ quạt.



Hình 52.7. Băng hồi quy

6. BĂNG CÁC VỊ TRÍ TRÊN CƠ THỂ

6.1. Băng đầu

Áp dụng: (kiểu băng hồi quy) tổn thương đầu, da đầu, cỡ băng 5cm.

Quy trình:

- Với một cuộn băng: như kiểu băng hồi quy.
- Với hai cuộn băng:
 - + Cuộn thứ nhất: dùng băng những vòng tròn quanh đầu để giữ các mối băng qua lại.
 - + Cuộn thứ hai: dùng băng vòng qua lại. Bắt đầu băng một vòng tròn quanh đầu với cuộn thứ nhất. Dắt một mối băng thứ hai ngay giữa trán, dùng cuộn một quán thêm một vòng để giữ mối băng thứ hai.
 - + Tiếp tục băng lần lượt một đường băng hồi quy xen kẽ thì có băng một vòng tròn quanh đầu, băng cho đến kín.
 - + Kết thúc hai vòng tròn chồng lên vòng tròn bắt đầu.



Hình 52.8. Băng đầu

6.2. Băng vú

Áp dụng: mổ vú, cỡ băng 7cm.

Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn dưới vú.

- Vú trái:
 - + Đem đường băng đi ra sau lưng đi lên vai mặt.
 - + Hướng đường băng xuống hông trái ra sau lưng ra hông mặt trở về hông trái.
 - + Tiếp tục băng như trên đến khi kín vú.
 - + Kết thúc hai vòng chồng lên vòng bắt đầu và cố định.



Hình 52.9. Băng vú

- Vú phải:
 - + Đem đường băng hướng lên vai trái ra sau lưng xuống hông mặt qua hông trái ra sau lưng về hông mặt.
 - + Tiếp tục băng như trên đến khi kín vú. Kết thúc hai vòng chồng lên vòng bắt đầu và cố định.

6.3. Băng vai

Áp dụng: tổn thương vùng vai, cỡ băng 6cm.

Quy trình:

- Kiểu đường băng lên dần:
 - + Để mối băng nơi đầu trên cánh tay, hạ nằm lên mối băng.
 - + Hướng đường băng vòng qua nách lên vai đau ra sau lưng qua nách bên kia và trở lại nơi bắt đầu.
 - + Tiếp tục băng đường số 8 như trên đến khi kín vai.
 - + Kết thúc theo đường băng sau cùng ở trước ngực và cố định.
- Kiểu băng xuống dần:
 - + Để mối băng trên xương bả vai đau.
 - + Hướng đường băng qua ngang vai vòng xuống nách lên vai nằm lên mối băng trước ra sau lưng qua nách và trở lại nơi bắt đầu.
 - + Tiếp tục băng như trên đến khi kín vai.
 - + Kết thúc theo đường băng sau cùng ở trước ngực và cố định.



Hình 52.10. Băng vai

6.4. Băng Dulles

Áp dụng: tổn thương khớp vai, xương cánh tay, cỡ băng 7-8cm.

Quy trình:

- Áp tay lên vai đau vào ngực, bàn tay đặt vùng vai, lót bông dưới nách.
- Đặt lá băng ở cổ tay đau, bắt đầu băng hai vòng từ cổ tay chéo lên vai đau, hướng đường băng dọc phía sau tay từ vai đến khuỷu ra trước và lên vai đau. Đem đường băng xuống lưng qua hông mạnh, băng một vòng quanh thân mình đưa băng về hông mạnh băng chéo lên vai đau.
- Tiếp tục băng như trên đến khi kín.
- Kết thúc một vòng quanh thân mình và cố định trước bụng.



Hình 52.11. Băng Dulles

⊕ Ghi chú:

- Các đường băng chéo đi từ vai xuống ngực.
- Các đường băng dọc theo tay đi từ tay vào ngực.
- Các đường băng vòng thân mình đi từ bụng lên ngực.
- Tổn thương vai trái, điều dưỡng viên cầm băng tay phải và băng từ trái qua phải.
- Tổn thương vai phải, điều dưỡng viên cầm băng tay trái và băng từ phải qua trái.

6.5. Băng một bên

Áp dụng: tổn thương vùng háng, cỡ băng 8cm.

Quy trình:

- Bắt đầu băng hai vòng tròn quanh bụng.
- Hướng băng chéo xuống đùi vòng theo đùi chéo với đường băng trước rồi lên hông.
- Băng 1/2 vòng sau thắt lưng trở lại hông mạnh.
- Tiếp tục băng như trên đến khi kín.
- Kết thúc hai vòng tròn chồng lên vòng tròn bắt đầu và cố định trước bụng.



Hình 52.12. Băng bên

⊕ Ghi chú:

- Đường băng chéo hai kiểu: băng dẫn lên và băng dẫn xuống.
- Băng háng trái chéo ở đùi về phía phải trước.
- Băng háng phải chéo ở đùi về phía trong trước.

6.6. Băng chân

Áp dụng: tổn thương bàn chân, cỡ băng 7-8cm.

Quy trình:

- Băng đầu băng hai vòng tròn quanh cổ chân.
- Băng ba vòng tròn quanh bàn chân từ ngón chân đến gót chân.
- Vòng 1 ở giữa.
- Vòng 2 lệch thấp hơn vòng 1.
- Vòng 3 lệch thấp hơn vòng 2.
- Băng chéo số 8 từ ngón chân vào trong.
- Kết thúc hai vòng tròn quanh cổ chân và cố định.



Hình 52.13. Băng chân

✦ Ghi chú: đường băng từ ngón chân vào trong chồng lên nhau thưa hơn đường băng từ vùng gót lên cổ chân.

6.7. Băng gót chân

Áp dụng: tổn thương gót chân, trật khớp cổ chân, cỡ băng 7-8cm.

Quy trình:

- Bắt đầu vòng hai vòng tròn quanh gót chân, gọi là vòng 1.
- Vòng 2, 3 băng lệch về phía trước sau gót và đem băng tiếp qua bên kia ra sau hoặ trước gót chân.
- Vòng 4, 5 nằm ngang từ sau gót ra trước hướng xuống lòng bàn chân, tiếp theo lên lưng bàn chân, qua cổ chân, đi tiếp đường ngang của mắt cá chân còn lại.
- Tiếp theo băng số 8 từ giữa lưng bàn chân dẫn vào cổ chân.
- Kết thúc hai vòng quanh cổ chân và cố định.



Hình 52.14. Băng gót chân

6.8. Băng số 8 ở khuỷu

Áp dụng: tổn thương vùng khuỷu, hạn chế cử động, cỡ băng 7-8cm.

Quy trình:

- Bắt đầu hai vòng tròn dưới khuỷu.
- Hướng đường băng qua mặt trước khuỷu quấn 1 vòng tròn. Đem băng xuống vòng tròn bắt đầu.
- Tiếp theo băng số 8 từ dưới khuỷu dẫn lên đến khi kín khuỷu.
- Kết thúc 2 vòng trong trên khuỷu và cố định.



Hình 52.15. Băng số 8 ở khuỷu

6.9. Băng số 8 lưng bàn tay – lưng bàn chân

Áp dụng tổn thương lưng bàn tay – lưng bàn chân, cỡ băng 4-5cm.

Quy trình:

- Bắt đầu 2 vòng trên cổ tay, trên cổ chân.
- Hướng đường băng qua lưng bàn tay 1 vòng



Hình 52.16. Băng số 8 lưng bàn tay

tròn vùng xương bàn tay hoặc bàn chân.

- Đưa băng lên vòng tròn bắt đầu.
- Tiếp tục băng số 8 đến khi kín.
- Kết thúc 2 vòng quanh cổ tay hoặc cổ chân.

6.10. Băng rẻ quạt gối hoặc khuỷu

Áp dụng: tổn thương gối hoặc khuỷu không hạn chế cử động, cỡ băng 6-7cm.

Quy trình:

- Bắt đầu 2 vòng tròn ngay gối hoặc khuỷu. Tiếp theo băng những đường rẻ quạt xen kẽ 1 đường dưới vòng bắt đầu.
- Tiếp tục băng cho đến khi kín.
- Kết thúc 2 vòng tròn phía trên gối hoặc trên khuỷu và cố định.

6.11. Băng chi cụt

✦ Trên đùi: cỡ băng 7-8cm.

Quy trình:

- Bắt đầu đặt mỗi băng mặt trên đùi vòng qua mặt sau đùi là số 1.
- Tiếp theo băng hai vòng xoắn ốc số 2, số 3 đưa băng ra sau lưng qua thắt lưng, lưng mạnh xuống đùi. Tiếp tục băng số 8 đến khi kín.
- Kết thúc theo đường băng sau cùng ở mặt trên đùi và cố định.

✦ Trên cẳng chân: cỡ băng 5-6cm.

- Bắt đầu đặt mỗi băng mặt bên cẳng chân vòng qua mặt bên đối diện là số 1.
- Tiếp theo băng đường số 2 dẫn lên mỗi băng và qua khỏi khớp gối, băng nửa vòng tròn rồi đưa đường băng trở xuống.
- Tiếp tục băng số 8 và băng đến khi kín.
- Kết thúc đường băng sau cùng và cố định.

✦ Trên cánh tay: cỡ băng 4-5cm.

- Bắt đầu đặt mỗi băng mặt bên cánh tay vòng qua mặt bên đối diện là số 1.
- Tiếp theo băng hai đường hồi quy là số 2 và số 3. Băng 1 vòng tròn quanh cánh tay để giữ mỗi băng hồi quy là số 4.
- Tiếp tục đưa đường băng trở xuống băng số 8 đến khi kín.
- Kết thúc 1 vòng chồng lên đường băng số 4 và cố định.



Hình 52.17. Băng chi cụt

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất

- Mục đích của băng cuộn là gì:
 - Giữ yên bông băng, che chở vết thương.
 - Băng ép cầm máu.
 - Hạn chế cử động một phần, một vùng của cơ thể.
 - Châm độn những vùng dễ bị cọ xát.
 - A, B, C đúng.
- Nguyên tắc dùng băng cuộn:
 - Điều dưỡng đứng đối diện với vùng băng.
 - Để giữa cuộn băng khi băng.
 - Băng vừa đủ chặt, không gây cản trở tuần hoàn, hô hấp.
 - Không băng kín các đầu ngón khi băng bàn tay, bàn chân.
 - Tất cả đều đúng.
- Vòng băng sau chồng lên bề mặt vòng băng trước:
 - $1/2 - 2/3$
 - $2/3 - 3/4$
 - $1/3 - 3/4$
 - $1/2 - 3/4$
 - Tất cả đều sai.
- Băng Dulles áp dụng trong trường hợp:
 - Gãy xương cẳng tay.
 - Chấn thương khớp khuỷu.
 - Tổn thương khớp vai.
 - Chấn thương ngực kín.
 - Tất cả đều đúng.

5. Băng gót chân áp dụng trong trường hợp:
- A. Bỏng bàn chân.
 - B. Chấn thương bàn chân.
 - C. Trật khớp cổ chân.
 - D. Tổn thương gót chân.
 - E. C, D đúng.
6. Băng số 8 ở khuỷu áp dụng trong trường hợp:
- A. Hạn chế cử động vùng khuỷu.
 - B. Vết thương phần mềm vùng khuỷu.
 - C. Châm máu động mạch cánh tay.
 - D. Cố định xương gãy.
 - E. Tất cả đều sai.

Trả lời đúng (Đ), sai (S)

7. Mục đích của băng cuộn để thấm hút chất tiết nơi vết thương.
8. Tất cả các đường băng đều phải bắt đầu bằng hai vòng tròn.
9. Bắt buộc phải cầm cuộn băng tay phải khi băng.
10. Băng vai không bắt đầu bằng băng hai vòng tròn.

Đáp án:

1.E 2.E 3.A 4.C 5.E 6.A 7.S 8.S 9.S 10.Đ

Chương VII

ĐIỀU TRỊ – ĐIỀU DƯỠNG

Bài 53

CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH LÀM XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày các yêu cầu chuẩn bị người bệnh trước khi làm xét nghiệm cận lâm sàng.
2. Nêu vai trò của nhân viên y tế khi lấy bệnh phẩm xét nghiệm.
3. Trình bày các yêu cầu cần thiết cho từng loại xét nghiệm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thử nghiệm cận lâm sàng là những khám xét khoa học được thực hiện tại phòng thí nghiệm, X-quang, siêu âm, nội soi, điện tâm đồ, điện não đồ, được dùng rất rộng rãi trong bệnh viện.

Các xét nghiệm trên rất có giá trị trong chẩn đoán và điều trị, vì dựa vào kết quả giúp xác định rõ vị trí, kích thước, độ nông sâu của tổn thương, khối u hoặc tiến triển của bệnh, kết quả điều trị.

Mục đích:

- Giúp bác sĩ có đầy đủ dữ kiện để chẩn đoán.
- Phân biệt trường hợp bệnh, ước đoán nguyên nhân bệnh để điều trị chính xác.
- Theo dõi tiến triển bệnh và việc điều trị.
- Phòng bệnh.

Khoa học càng phát triển, xét nghiệm càng tinh vi, chính xác, đòi hỏi sự hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ và kỹ thuật viên. Do đó cần phải cẩn thận khi tiến hành để đáp ứng nhu cầu điều trị.

2. VAI TRÒ NGƯỜI LÀM XÉT NGHIỆM

2.1. Hiểu rõ về xét nghiệm

- Mục đích của xét nghiệm.
- Yêu cầu của xét nghiệm.

2.2. Chuẩn bị người bệnh

- Tinh thần: trấn an tâm lý, giải thích phương pháp, hướng dẫn người bệnh hợp tác.
- Thể chất:
 - + Tư thế người bệnh.
 - + Các yêu cầu khác nhau của từng loại xét nghiệm.
 - + An toàn cho người bệnh.
- Thí dụ:
 - + Dặn người bệnh nhịn đói nếu xét nghiệm sinh hóa máu.
 - + Thụt tháo trước khi X-quang bụng có chuẩn bị.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Số lượng.
- Vô trùng (xét nghiệm máu, xét nghiệm vi sinh) hay dụng cụ sạch.
- Không lẫn hóa chất hay cần có hóa chất để bảo quản.
- Không lẫn với người bệnh khác.



Hình 53.1. Lấy máu mao mạch

2.4. Thực hiện yêu cầu của xét nghiệm

- Lấy đủ số lượng mẫu nghiệm theo yêu cầu từng loại.
- Bảo đảm vô trùng về kỹ thuật và dụng cụ khi xét nghiệm về vi trùng học.
- Xét nghiệm cần thuần nhất: không được lẫn với dịch tiết khác.
- Những xét nghiệm cần chất bảo quản chỉ lấy đủ theo yêu cầu từng mẫu và thực hiện đúng theo kỹ thuật.
- Xét nghiệm về hình ảnh: tại vị trí cần xét nghiệm phải được sạch và trống.
- Mẫu nghiệm phải lấy đúng lúc, đúng cách.

2.5. Quản lý và theo dõi

- Mẫu nghiệm phải được dán nhãn, phiếu xét nghiệm phải ghi đầy đủ họ tên người bệnh, khoa, loại xét nghiệm, yêu cầu xét nghiệm, chữ ký bác sĩ, khẩn hay không.
- Các mẫu nghiệm phải được gửi sớm.
- Ghi vào hồ sơ: ngày giờ xét nghiệm, loại xét nghiệm, phản ứng người bệnh, tên người thực hiện.
- Theo dõi kết quả: kết quả lưu theo thứ tự thời gian tránh thất lạc, biết phân biệt kết quả bình thường hay bất thường.

3. CÁC LOẠI XÉT NGHIỆM

3.1. Máu

Thành phần: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, huyết tương (nước muối khoáng, protid, lipid, glucid). Máu có thể thay đổi về vật lý, sinh hóa, tế bào hoặc nhiễm thêm vi sinh vật khác.

3.1.1. Xét nghiệm vật lý

Thời gian chảy máu, đông máu (TS, TC), tốc độ lắng hồng cầu (VS), Hematocrit (Hct), pH...

3.1.2. Sinh hóa

Định lượng thành phần của huyết tương: glucid, protid, cholesterol, xét nghiệm chức năng gan, thận...

3.1.3. Tế bào

Đếm hồng cầu, công thức bạch cầu, nhóm máu, hình dạng tế bào.

3.1.4. Vi trùng

- Xét nghiệm trực tiếp: làm phiến đồ, nhuộm soi trực tiếp qua kính hiển vi.
- Xét nghiệm gián tiếp: cấy vào môi trường.
 - + Nên lấy máu lúc người bệnh sốt, trước khi dùng kháng sinh.
 - + Bệnh thương hàn cấy máu trong 10 ngày đầu.

3.1.5. Phản ứng huyết thanh

Huyết thanh chẩn đoán bệnh thương hàn lấy vào tuần lễ thứ hai của bệnh, huyết thanh chẩn đoán bệnh giang mai.

3.1.6. Tìm ký sinh trùng sốt rét

Trước, trong khi sốt, trước khi dùng thuốc.

- Giọt máu dầy: tìm ký sinh trùng sốt rét.
- Giọt máu mỏng: để phân loại, xác định loại ký sinh trùng sốt rét.
- Ký sinh trùng sốt rét: xuất hiện nhiều nhất trong máu người bệnh trước và trong cơn sốt, do đó lấy máu người bệnh tốt nhất là người bệnh trước và trong cơn sốt, trước khi dùng thuốc.
- Người ta kéo máu lên phiến kính: giọt máu dày là nơi tập trung ký sinh trùng sốt rét nếu đã tìm thấy ký sinh trùng sốt rét trên giọt máu dày. Giọt máu mỏng: để quan sát và phân loại ký sinh trùng sốt rét.

Giun chỉ: Microfilabre, giun chỉ ký sinh ở mạch bạch huyết, nên chỉ thấy ấu trùng.

Lấy máu ban đêm (8 giờ tối hoặc 3 giờ sáng) tìm ấu trùng Bancroft và Mailai gây phù chân voi và phù cơ quan sinh dục.

12 giờ trưa đối với ấu trùng loa gây phù nhẹ ở da và niêm mạc mắt.

3.1.7. Số lượng và tính chất máu các loại thử nghiệm

a. Số lượng máu

Lấy tùy theo loại xét nghiệm

- Nếu lượng máu cần dùng ít và làm tại chỗ thì lấy máu mao mạch, nhóm máu, Hct, kéo máu tìm ký sinh trùng. Thường lấy máu ở trái tai, ngón tay. Ở trẻ con: ngón chân cái, gót chân.
- Số lượng máu cần dùng nhiều thì lấy máu tĩnh mạch.

b. Tính chất máu

Máu có thể đông đặc hoặc trộn với các chất kháng đông tùy theo yêu cầu của từng loại xét nghiệm. Chất kháng đông thường dùng:

- Natri citrat.
- Calci Oxalat.
- EDTA (Ethylen Dianine Tetra Aoclat).
- Heparin.

Những chai có chất kháng đông do phòng xét nghiệm cung cấp tùy theo yêu cầu của từng loại xét nghiệm, số lượng tính chất cần theo yêu cầu của phòng xét nghiệm để lấy mẫu cho chính xác.

3.2. Xét nghiệm phân

Xét nghiệm phân có một giá trị để chẩn đoán về đường tiêu hóa: tắc mật, xơ gan, lao, các nhiễm khuẩn kiết lỵ, tiêu chảy, thương hàn.

Do đó người điều dưỡng cần phải biết quan sát tính chất của phân trong trường hợp bệnh và ghi rõ trường hợp bất thường. Quan trọng là màu sắc và độ đặc quánh của phân.

Ví dụ:

- Phân màu xanh có nhiều sắc tố mật.
- Phân màu trắng và loáng mỡ: trong vàng da nghệt đường mật, mỡ chưa được tiêu thụ, tuy nhiên loại trường hợp người bệnh uống sulfat da baryte để chụp hệ tiêu hóa.
- Phân đen nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa trên hoặc người bệnh uống thuốc có chất sắt, than, ăn huyết hay nuốt nhiều máu cam, cổ họng.
- Phân đỏ tươi: trĩ, máu ở phần trực tràng, hay xuất huyết tiêu hóa trên ô ạt.
- Cách lấy phân xét nghiệm về vi trùng ký sinh trùng.
- Đối với người bệnh nhiễm trùng đường ruột, phải lấy mẫu phân càng sớm càng tốt vì vi trùng gây bệnh chỉ có nhiều trong thời kỳ cấp, riêng bệnh thương hàn lấy phân cuối tuần lễ.
- Phân trong đồ đựng sạch có nắp đậy và tránh đựng lây lan ra ngoài đồ đựng gây nhiễm khuẩn cho người vận chuyển và gửi ngay cho phòng xét nghiệm.
- Lấy phân chỗ có chất nhầy, dính máu hay màng niêm.
- Đừng để lẫn với nước tiểu và máu bộ phận sinh dục.
- Có thể lấy nhiều mẫu phân liên tiếp của một người bệnh để thử nghiệm vi trùng, nếu có thể nên lấy bệnh phẩm trước khi chữa trị bằng kháng sinh.

Nếu xét nghiệm phân tìm máu: không cho người bệnh ăn huyết ít nhất 24 giờ hoặc cho uống thuốc có chất sắt vài ngày, lấy phân không được lẫn máu kinh nguyệt.

3.3. Xét nghiệm nước tiểu

Nước tiểu là chất bài tiết quan trọng nhất, chứa phần lớn các chất cặn bã của cơ thể, mức độ bài tiết phụ thuộc 3 yếu tố:

- Sự cung cấp nước cho cơ thể.
- Thể tích và áp lực máu qua thận.
- Khả năng thấm hút và bài tiết qua thận.

Sự thay đổi về số lượng cũng như thành phần hóa học của nước tiểu, phản ảnh sự rối loạn chuyển máu và hoạt động của cơ quan nào đó ngay chính cả thận.

Vì vậy, xét nghiệm nước tiểu có tác dụng rất lớn đối với chẩn đoán về gan, thận và tuyến nội tiết, thai nghén, nhiễm trùng.

Cũng như xét nghiệm về phân, người điều dưỡng cần theo dõi về tính chất và số lượng nước tiểu.

3.3.1. Xét nghiệm về vật lý

a. Lượng nước tiểu

Người trưởng thành 1,2 - 1,5 lít khi cơ thể nghỉ ngơi và làm việc nhẹ.

Thay đổi về sinh lý:

- Lượng nước tiểu nhiều: uống nước nhiều, trời lạnh.
- Lượng nước tiểu ít: uống ít nước, làm việc nặng trong khí hậu nóng nực, ra mồ hôi nhiều.

Thay đổi bệnh lý:

- Nước tiểu nhiều: tiểu đường, đái tháo nhạt.
- Nước tiểu ít hoặc vô niệu: sốt, viêm thận cấp, sỏi, ngộ độc thủy ngân, suy tim nặng.

b. Màu sắc

Bình thường nước tiểu có màu da cam hay vàng nhạt, trắng.

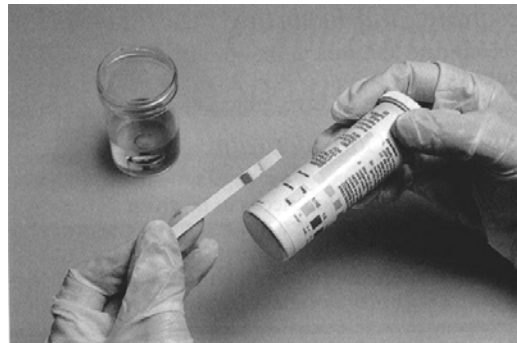
- Màu nâu sẫm: có nhiễm khuẩn, sốt cao.
- Đỏ: có máu.
- Đâu: nhiễm trùng tiết niệu hay có sỏi.
- Vàng ngả xanh hay xanh do lẫn nhiều sắc tố trong vàng da, tắc mật, ung thư gan, viêm gan.

Tuy nhiên cần phân biệt màu sắc nước tiểu do người bệnh được dùng thuốc có tính chất làm thay đổi màu sắc. (Rifamicin: đỏ, Quiracrine: vàng, Blue Methylen: xanh).

c. Mùi

Đặc biệt rất khai vì urê bị các vi khuẩn phân giải thành NH_3 , aceton. Tanh, hôi: nhiễm trùng nặng.

- Aceton: đái tháo đường.
- Thối: nhiễm trùng nặng, ung thư hệ niệu.



Hình 53.2. Xét nghiệm nước tiểu

3.3.2. Xét nghiệm về sinh hóa

- Tìm thành phần đường, protein trong nước tiểu.

3.3.3. Tế bào

- Tìm trụ niệu, trụ hình.
- Tìm hồng cầu trong nước tiểu.
- Các chất vô cơ: acid uric, calci, urate, oxalat, phosphat.

3.3.4. Vi trùng

- Bình thường không có.
- Cần lấy nước tiểu theo kỹ thuật vô trùng để tìm vi khuẩn trong các bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu.

3.3.5. Tìm ký sinh trùng

Quay ly tâm nước tiểu, ấu trùng lắng xuống đáy, xét nghiệm trực tiếp.

3.4. Đờm

Giúp chẩn đoán bệnh đường hô hấp.

3.4.1. Vật lý

- Màu sắc:
 - + Màu nâu dính (viêm phổi).
 - + Đờm có 4 lớp (giãn phế quản)
- Mùi: tanh, thối (K phổi)

3.4.2. Vi trùng

- Soi trực tiếp.
- Cấy.

3.4.3. Cách lấy đờm

- Chuẩn bị dụng cụ: lọ đựng đờm vô khuẩn, hoặc que phết cổ họng và ống nghiệm.
- Chuẩn bị người bệnh:
 - + Vỗ lưng.
 - + Cho người bệnh hít thở sâu.
 - + Ho, khạc mạnh.
- Số lượng: 1-3 ml/1 lọ. Lấy liên tiếp 3 ngày thường vào buổi sáng sớm.
- Trường hợp người bệnh không khạc đờm được dùng que gòn vô khuẩn phết cổ họng.

3.5. Mủ

Xét nghiệm tìm vi sinh:

- Soi trực tiếp.
- Cấy vào môi trường.
- Vết thương hở: dùng que gòn vô khuẩn phết nơi có dịch tiết nghi ngờ.
- Absces, túi mủ kín: chọc hút.

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH LÀM XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chiếu chụp X-quang

4.1.1. Mục đích

Dùng quang tuyến X để phát hiện những hình ảnh mang dấu hiệu bất thường trên màn huỳnh quang hay trên phim.

4.1.2. Kỹ thuật

- Chiếu, chụp thẳng qua cơ quan không chuẩn bị.
- Chiếu chụp cơ quan sau khi dùng thuốc cản quang.

a. Yêu cầu

- Tâm lý: trấn an, giải thích cho người bệnh hợp tác.
- Người bệnh cần biết những tác nhân làm ảnh hưởng sai lệch đến kết quả.
- Loại các vật cản có trên người người bệnh: kim loại, đá quý, đồ trang sức, thức ăn trong đường tiêu hóa, khối phân trong đại tràng.
- Sử dụng hóa chất, các thuốc giúp cản quang.
- Mặc quần áo thuận tiện cho việc chụp XQ.
- Đăng ký lịch cụ thể tránh người bệnh chờ đợi.

b. Yêu cầu đặc biệt

✦ Chụp X-quang đường mật

- Uống thuốc.
 - + Ngưng thuốc cản quang trước 3 ngày.
 - + Ngày trước khi chụp cho người bệnh ăn nhẹ. Kiên cố, trứng, đường, sữa, tránh lên men sinh hơi trong ruột.
 - + Thụt tháo tối hôm trước.
 - + Sáng ngày chụp nhịn ăn, thụt lần 2.
- Tiêm thuốc vào tĩnh mạch: thực hiện tại phòng X-quang.

✦ Chụp X-quang hệ niệu (tiêm vào tĩnh mạch)

- Trước khi làm X-quang, người bệnh được xét nghiệm urê huyết, nếu >0,5 g/l thì không được chụp.
- Thực hiện tại phòng X-quang.

4.2. Chẩn đoán siêu âm

Dùng các sóng âm thanh ở các tần số (20.000 Hz) truyền qua một số bộ phận để phát hiện các dấu hiệu bất thường.

✦ Chuẩn bị người bệnh.

- Báo và giải thích trước cho người bệnh về mục đích siêu âm.
- Siêu âm: bàng quang, tuyến tiền liệt, tử cung, buồng trứng, thai (< 3 tháng) cần cho người bệnh uống nhiều nước trước 1-2 giờ và không đi tiểu để bàng quang căng to (đẩy các cơ quan tiêu hóa lên trên).
- Siêu âm gan mật cần cho người bệnh nhịn ăn trước khi làm siêu âm 3 giờ.
- Đăng ký hẹn ngày giờ làm kỹ thuật với phòng siêu âm trước.

4.3. CT scan

Chụp cắt lớp mục đích để xác định vị trí kích thước khối u chính xác.

4.4. MRI

Dùng sóng điện từ để xác định chính xác những bất thường nào mà sóng siêu âm hoặc CT không phát hiện được.

4.5. Nội soi

4.5.1. Nội soi dạ dày

- Trấn an, giải thích cho người bệnh an tâm.
- Người bệnh nhịn ăn từ hôm trước để sáng hôm sau soi dạ dày (10-12 giờ).
- Tránh hút thuốc để tránh tăng tiết dịch vị.
- Người bệnh đang xuất huyết tiêu hóa phải được rửa dạ dày đến nước trong mới soi.

4.5.2. Nội soi đại tràng

- Ăn nhẹ 3 ngày trước.
- Thụt tháo đêm hôm trước.
- Trước khi soi 1-2 giờ thụt lại đến khi sạch.

4.6. Đo điện tim

- Nếu là bệnh nhi khó hợp tác, có thể cho uống thuốc an thần để người bệnh nằm yên rồi mới làm.
- Bỏ các vật dụng bằng kim khí: đồng hồ, chìa khóa nghỉ ngơi trước khi đo ít nhất 15 phút.
- Người bệnh nằm ngửa thoải mái.
- Trong quá trình đo không được chạm vào giường.
- Nối các dây với các bản cực phải đúng màu, đúng vị trí.

4.7. Đo điện não

4.7.1. Chỉ định

- Tổn thương ở não.
- Tiên lượng sau chấn thương sọ não, sau phẫu thuật thần kinh, viêm màng não.

4.7.2. Chuẩn bị

- Trước ngày thăm dò: giải thích, động viên người bệnh an tâm, ngủ tốt, gội đầu sạch sẽ.
- Người bệnh nằm trên giường nghỉ yên tĩnh, thoải mái, ấm áp.
- Liên hệ trước với phòng đo.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích của việc làm các xét nghiệm cận lâm sàng, ngoại trừ:
 - A. Giúp thầy thuốc có đầy đủ dữ kiện để chẩn đoán bệnh.
 - B. Giúp thầy thuốc xác định được nguyên nhân gây bệnh để điều trị chính xác và kịp thời.
 - C. Theo dõi diễn tiến bệnh và hiệu quả việc điều trị.
 - D. Tầm soát bệnh.
 - E. Phòng bệnh.
2. Trước khi xét nghiệm sinh hoá máu cho người bệnh, điều dưỡng cần:
 - A. Cho người bệnh uống nước đường.
 - B. Cho người bệnh uống sữa.
 - C. Cho người bệnh nhịn đói.
 - D. A và B đúng.
 - E. A, B, C sai.
3. Khi lấy mẫu xét nghiệm, người điều dưỡng cần:
 - A. Lấy đủ số lượng mẫu nghiệm theo yêu cầu từng xét nghiệm:
 - B. Bảo đảm vô khuẩn về mặt kỹ thuật.
 - C. Bảo đảm vô khuẩn về mặt dụng cụ.
 - D. Mẫu nghiệm lấy phải đúng thời gian, đúng phương pháp.
 - E. A và D đúng.

4. Những xét nghiệm về vi trùng học, thời gian lấy máu tốt nhất là:
- A. Bất kỳ thời gian nào trong ngày.
 - B. Trước khi người bệnh lên cơn sốt.
 - C. Trong lúc người bệnh lên cơn sốt.
 - D. Sau cơn sốt.
 - E. Tất cả các câu trên.
5. Xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét, thời gian lấy máu tốt nhất là:
- A. Sau khi dùng thuốc điều trị sốt rét.
 - B. Sau cơn sốt.
 - C. Bất kỳ lúc nào cần xét nghiệm.
 - D. Trước và trong cơn sốt.
 - E. Trước và sau cơn sốt.
6. Khi lấy máu để thử nghiệm, điều dưỡng cần:
- A. Lấy kỹ số lượng máu mà không phân biệt máu đông hoặc loãng
 - B. Chỉ cần dùng bơm, kim tiêm sạch.
 - C. Chỉ cần lấy máu ở mao mạch.
 - D. Chỉ cần lấy máu ở động mạch.
 - E. Lấy mẫu máu theo yêu cầu của từng loại xét nghiệm.
7. Khi xét nghiệm phân để tìm dấu hiệu xuất huyết, điều dưỡng có thể:
- A. Cho người bệnh ăn cháo huyết.
 - B. Cho người bệnh uống những loại thuốc có sắt.
 - C. Lấy phân có lẫn máu kinh nguyệt.
 - D. Không cho người bệnh ăn huyết ít nhất 24 giờ trước khi lấy mẫu xét nghiệm.
 - E. Tất cả các câu trên.
8. Khi lấy phân để xét nghiệm vi khuẩn, điều dưỡng cần:
- A. Lấy mẫu phân càng sớm càng tốt.
 - B. Lấy mẫu phân chỗ có chất nhầy, dính máu hay màng niêm.
 - C. Lấy phân chỗ có lẫn với nước tiểu.
 - D. A và B đúng.
 - E. Lấy bất kỳ chỗ nào trong phân.

9. Xét nghiệm tìm vi khuẩn, cần lấy nước tiểu:
- A. Theo kỹ thuật sạch.
 - B. Theo kỹ thuật vô khuẩn.
 - C. Theo kỹ thuật sạch hoặc vô khuẩn.
 - D. Tất cả đúng.
 - E. Tất cả sai.
10. Những bước cần làm để chuẩn bị người bệnh trước khi lấy đờm, ngoại trừ:
- A. Vỗ lưng.
 - B. Cho người bệnh hít thở sâu.
 - C. Cho người bệnh ho mạnh.
 - D. Cho người bệnh khạc mạnh.
 - E. Người bệnh nhỏ nước bọt vào hũ đờm.

ĐÁP ÁN

1. E 2. C 3. E 4. C 5. D 6. E 7. D 8. B 9. B 10. E

Bài 54

KỸ THUẬT LẤY MÁU ĐỂ THỬ XÉT NGHIỆM

MỤC TIÊU

1. *Nêu 2 mục đích lấy máu gửi xét nghiệm.*
2. *Nêu 3 chỉ định lấy máu xét nghiệm.*
3. *Tiến hành được kỹ thuật lấy máu đúng cách và an toàn.*
4. *Kể các yêu cầu quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật lấy máu đúng cách.*

1. MỤC ĐÍCH

- Lấy máu để thử nghiệm giúp cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh có kết quả.
- Theo dõi sự diễn tiến của bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới vào viện.
- Người bệnh trước khi giải phẫu, trước khi đẻ.
- Người bệnh đang nằm viện để theo dõi kết quả điều trị.
- Khám sức khỏe định kỳ.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Người bệnh có ăn gì trước khi lấy máu?
- Hệ thống tĩnh mạch ngoại biên: mềm mại, to, rõ...
- Tình trạng bệnh lý hiện tại hoặc các thay đổi bất thường khác về triệu chứng bệnh.

4. DỤNG CỤ

4.1. Khay vô trùng

- Ống tiêm (tùy theo số lượng máu xét nghiệm).
- Kim số 21.

4.2. Những dụng cụ khác

- Bông cotton hay cotton iod.
- Kềm sát trùng da.
- Chai hoặc ống nghiệm: có chất kháng đông hay không tùy loại xét nghiệm.
- Dây garrot.
- Túi đựng rác thải y tế.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

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

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ lấy mẫu thử.
- Số lượng máu.
- Loại thử nghiệm.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý

- Chuẩn bị người bệnh cẩn thận trước khi lấy máu: nhịn đói
- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi lấy máu.
- Trường hợp cấy máu nên lấy trước khi dùng kháng sinh.
- Không nên lấy máu ở những tĩnh mạch đang truyền dịch.
- Lấy đủ số lượng và tính chất máu cần thiết cho từng loại xét nghiệm.

Bảng 54.1. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng: lấy máu tĩnh mạch

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn đạt được
1	Báo và giải thích người bệnh, hỏi người bệnh đã ăn gì chưa (nếu cần).	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Lộ vùng chuẩn bị lấy máu, chọn tĩnh mạch.	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động.
3	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.

4	Cột garrot phía trên nơi tiêm.	Giúp tĩnh mạch nổi rõ.	Buộc garrot cách nơi tiêm 10-15 cm.
5	Sát khuẩn rộng vùng da nơi chuẩn bị lấy máu.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc sát trùng dọc theo tĩnh mạch từ dưới lên và ra 2 bên) với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
6	Sát khuẩn tay lại.	Giảm sự lây nhiễm chéo.	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay.
7	Đâm kim qua da góc 30-40 độ, hạ góc độ kim xuống luôn kim vào tĩnh mạch.	Tiêm vào tĩnh mạch.	Tiêm đúng vị trí.
8	Kéo lui nòng, có máu.	Xác định chắc chắn vị trí kim nằm trong tĩnh mạch.	Rút nòng nếu thấy máu chảy ra là xác định đúng kim nằm trong tĩnh mạch.
9	Rút máu đủ số lượng yêu cầu.	Tuỳ từng loại xét nghiệm mà số lượng máu có yêu cầu khác nhau.	Rút từ từ máu vào ống tiêm cho đủ số lượng yêu cầu.
10	Rút kim ra, ấn nhẹ bông cồn nơi tiêm.	Hạn chế sự tổn thương mô và mạch máu tránh sự lây nhiễm qua lỗ chân kim.	Rút kim nhanh theo hướng đâm vào Dùng gòn cồn ấn mạnh vùng tiêm để cầm máu.
11	Tháo kim – bơm máu.	Tránh làm tổn thương tế bào máu và tránh làm vưng vãi máu ra xung quanh.	Bơm máu nhẹ nhàng vào thành ống nghiệm.
12	Lắc ống nghiệm đậy nắp ống nghiệm lại.	Giữ cho máu không đông.	Lắc nhẹ ống nghiệm nếu có chất kháng đông.
13	Hủy bơm tiêm và kim	Tránh nguy cơ gây lây nhiễm do vật bén nhọn.	Bỏ hẳn bơm và kim tiêm vào thùng nhựa cứng màu vàng.
14	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
15	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng, gửi ống nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 54.2. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng: lấy máu tĩnh mạch

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích người bệnh, hỏi người bệnh đã ăn gì chưa (nếu cần).			
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện			
3	Lộ vùng chuẩn bị lấy máu			
4	Chọn tĩnh mạch			
5	Mang găng tay sạch			
6	Cột garrot phía trên nơi tiêm 10-15 cm			
7	Sạt khuẩn rộng vùng da nơi chuẩn bị lấy máu			
8	Căng da, để mặt vát kim lên trên			
9	Đâm kim qua da góc 30-40 độ, hạ góc độ kim xuống luôn kim vào tĩnh mạch			
10	Kéo lui nòng, có máu			
11	Rút máu từ từ vào ống tiêm cho đủ số lượng yêu cầu			
12	Tháo garrot			
13	Rút kim ra, ấn nhẹ bông cotton nơi tiêm			
14	Tháo kim - bơm máu nhẹ nhàng vào thành ống nghiệm			
15	Lắc nhẹ ống nghiệm (nếu có chất kháng đông), đậy nắp ống nghiệm lại			
16	Hủy bơm tiêm và kim			
17	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi			
18	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
19	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng			
20	Gửi ống nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bài 55

KỸ THUẬT KÉO MÁU TRÊN PHIẾN KÍNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của kéo máu trên phiến kính.
2. Tiến hành được kỹ thuật kéo máu trên phiến kính đúng cách.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật kéo máu trên phiến kính chính xác.

1. MỤC ĐÍCH

Để định bệnh và có kết quả nhanh chóng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tìm ký sinh trùng sốt rét: lấy máu lúc người bệnh lên cơn sốt.
- Tờ trùng: lấy máu lúc 12 giờ đêm hoặc 12 giờ trưa.

3. DỤNG CỤ

- 3 phiến kính: thật sạch và khô, lựa 1 kính có phiến nhẵn để làm kính kéo.
- Lamcette hoặc kim vô trùng.
- Bông cotton hoặc cotton iod.
- Gòn khô.
- Bút chì.
- Túi đựng rác thải y tế.

4. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Tất cả các mẫu nghiệm phải dán nhãn và làm phiếu thử gửi lên phòng xét nghiệm ngay.

5. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ lấy máu thử.
- Ngày giờ gửi xét nghiệm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

6. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Đùng làm giọt máu quá dày vì khi khô sẽ bị nứt và tróc ra khỏi kính. Giọt máu dày vừa phải là khi giọt máu còn ướt, đặt kính lên tờ báo nhìn thấy chữ in.
- Làn máu mỏng phải thật mỏng không có sọc và loang lổ.
- Các biên của làn máu phải nằm trên kính.

Bảng 55.1. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng lấy máu mao mạch

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
3	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
4	Sát khuẩn đầu ngón tay (ngón 4), hoặc dải tai của người bệnh.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
5	Căng da đầu ngón tay hoặc trái tai, dùng Lamcette đâm nhanh nông qua da.	Giảm đau.	Động tác nhẹ nhàng.
6	Dùng gòn khô lau bỏ giọt máu đầu.	Mẫu nghiệm được thuần khiết.	Chú ý tránh sự lây nhiễm từ máu của người bệnh.
7	Bóp nhẹ ngón tay hoặc trái tai, cho giọt máu thứ hai và 3 lên lam kính (giọt mỏng, giọt đầy).	Giúp lấy mẫu nghiệm dễ dàng và không làm đau người bệnh.	Động tác nhẹ nhàng, nhanh tránh làm tổn thương sâu cho người bệnh.
8	Dùng bông cồn đè lên chỗ chích.	Tránh sự lây nhiễm qua lỗ chân kim.	Dùng gòn cồn ấn mạnh vùng tiêm để cầm máu.
9	Ghi tên người bệnh, số giường lên lam kính.	Tránh sự nhầm lẫn.	Ghi rõ họ, tên, tuổi, số giường trên lam kính.
10	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
11	Ghi hồ sơ, gửi tiêu bản lên phòng xét nghiệm ngay.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 55.2. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng lấy máu mao mạch

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích người bệnh.			
2	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.			
3	Mang găng tay sạch.			
4	Sát khuẩn đầu ngón tay (ngón 4), hoặc dải tai của người bệnh.			
5	Căng da đầu ngón tay hoặc trái tai, dùng Lamcette đâm nhanh nông qua da.			
6	Dùng gòn khô lau bỏ giọt máu đầu.			
7	Bóp nhẹ ngón tay hoặc trái tai, cho giọt máu thứ hai và ba lên lam kính (giọt mỏng, giọt dày).			
8	Dùng bông cotton đè lên chỗ chích.			
9	Ghi tên người bệnh, số giường lên lam kính.			
10	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi.			
11	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
12	Ghi hồ sơ, gửi tiêu bản lên phòng xét nghiệm ngay.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bài 56

KỸ THUẬT LẤY ĐỜM, PHÂN, MỦ ĐỂ THỬ NGHIỆM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của việc cấy đờm, phân, mủ.
2. Tiến hành được kỹ thuật lấy mẫu thử nghiệm đúng cách.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật lấy mẫu thử chính xác.

1. MỤC ĐÍCH

Để định bệnh và trị liệu chính xác.

2. DỤNG CỤ

- khay vô trùng
 - + Ống tiêm, kim số 18.
 - + Que gòn.
 - + Kềm.
- Dụng cụ khác
 - + Chai nhỏ hấp hoặc nấu sạch.
 - + Phiến kính hoặc ống nghiệm vô trùng.
 - + Đèn cồn.
 - + Bô tiêu: bô tiêu phải vô trùng khi thử về vi trùng.

3. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Tất cả các mẫu nghiệm phải dán nhãn và làm phiếu thử gửi lên phòng xét nghiệm ngay.

4. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ lấy mẫu thử nghiệm.
- Chất thử.
- Loại thuốc đã sử dụng (nếu có).
- Tên điều dưỡng thực hiện.

Bảng 56.1. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng lấy đờm làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Bảo người bệnh hít mạnh, ho khạc đờm vào vật chứa.	Lấy được mẫu nghiệm chính xác và thuần chất.	Nếu người bệnh không hợp tác có thể dùng que gòn vô khuẩn ngoáy vào niêm mạc họng, phết lên lam kính.
3	Cho người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
4	Ghi tên người bệnh lên lam kính	Tránh sự nhầm lẫn	Ghi rõ họ, tên, tuổi, số giường trên lam kính.
5	Ghi hồ sơ, gửi tiêu bản lên phòng xét nghiệm ngay.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 56.2. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng lấy đờm làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh.			
2	Bảo người bệnh hít mạnh, ho khạc đờm vào vật chứa (hoặc dùng que gòn vô khuẩn ngoáy vào niêm mạc họng, phết lên lam kính).			
3	Cho người bệnh tiện nghi.			
4	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay.			
5	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.			
6	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 56.3. Bảng kiểm hướng dẫn kỹ năng lấy ổ mủ kín làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện. Để lộ ổ mủ.	Dễ dàng thực hiện thủ thuật.	Tư thế người bệnh an toàn và tiện nghi.
3	Mang găng tay sạch	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
4	Sát khuẩn da nơi chuẩn bị chọc.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
5	Dùng ống tiêm và kim vô khuẩn (kim dài 4-6cm, 21-18G), ngửa mặt vát lên trên đâm vào ổ mủ hút mủ.	Rút mủ dễ dàng.	Động tác nhẹ nhàng, hạn chế tổn thương thêm cho người bệnh.
6	Rút hết mủ nếu có thể, rút kim ra dùng bông cồn ấn lên vùng kim đâm, băng kín lại.	Giúp vùng mô nơi ổ absces mau lành.	Động tác nhẹ nhàng, hạn chế tổn thương thêm cho người bệnh.
7	Bơm mủ vào ống nghiệm.	Lấy mẫu nghiệm thuần khiết và an toàn.	Có thể gửi cả ống tiêm đến phòng xét nghiệm (nếu lượng mủ ít quá).
8	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
9	Ghi tên người bệnh lên ống nghiệm.	Tránh sự nhầm lẫn.	Ghi rõ họ, tên, tuổi, số giường.
10	Ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 56.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng: lấy mủ ổ kín làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh			
2	Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện			
3	Để lộ ổ mủ			
4	Mang găng tay sạch			
5	Sát khuẩn da nơi chuẩn bị chọc			

6	Dùng ống tiêm và kim vô khuẩn (kim dài 4-6 cm, 21-18 G), ngửa mặt vát lên trên đâm vào ổ mủ hút mủ			
7	Rút hết mủ nếu có thể, rút kim ra dùng bông cotton ấn lên vùng kim đâm, băng kín lại			
8	Bơm mủ vào ống nghiệm hoặc gửi cả ống tiêm (nếu lượng mủ ít quá)			
9	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi			
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
11	Ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 56.5. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng lấy mủ vết thương hở làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện lộ vết thương nơi cần lấy mủ.	Dễ dàng thực hiện kỹ thuật.	Tư thế người bệnh an toàn và tiện nghi.
3	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
4	Tháo băng bẩn.	Bộc lộ vết thương.	Tránh lây nhiễm chất tiết từ vết thương ra ngoài.
5	Dùng que gòn vô khuẩn phết lên vùng đáy hay thành bên vết thương.	Vùng đáy hoặc thành bên của vết thương là nơi có nhiều vi khuẩn sống nhất.	Thấm sạch mủ nơi vết thương trước khi dùng que gòn lấy mủ cấy.
6	Phết lên lam kính, để khô, đặt lam kính khác lên (hoặc cho que gòn vào ống nghiệm vô khuẩn).	Bảo quản bệnh phẩm đúng cách và an toàn.	Chú ý động tác tránh lây nhiễm chất tiết từ vết thương.
7	Rửa sạch vết thương, băng lại.	Giúp vết thương mau lành.	Thay băng đúng theo quy trình kỹ thuật.
8	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
9	Ghi tên người bệnh lên ống nghiệm hoặc lam kính.	Tránh sự nhầm lẫn.	Ghi rõ họ, tên, tuổi, số giường.
10	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 5.6. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng: lấy mủ vết thương hở làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh			
2	Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện			
3	Để lộ vết thương nơi cần lấy mủ			
4	Mang găng tay sạch			
5	Tháo băng bẩn			
6	Rửa sạch mủ nơi vết thương			
7	Dùng que gòn vô khuẩn phết lên vùng đáy hay thành bên vết thương			
8	Phết lên lam kính, để khô, đặt lam kính khác lên (hoặc cho que gòn vào ống nghiệm vô khuẩn)			
9	Rửa sạch vết thương, băng lại			
10	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi			
11	Ghi tên người bệnh lên ống nghiệm hoặc lam kính, dọn dụng cụ, rửa tay			
12	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU ĐỂ THỬ NGHIỆM

MỤC TIÊU

1. Trình bày 3 mục đích của việc lấy nước tiểu để thử nghiệm.
2. Tiến hành được kỹ thuật lấy nước tiểu thử nghiệm đúng cách.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật lấy nước tiểu xét nghiệm chính xác.

1. MỤC ĐÍCH

- Để đánh giá chức năng của thận.
- Tìm vi khuẩn hiện có trong nước tiểu.
- Để đánh giá các thành phần trong nước tiểu giúp chẩn đoán bệnh.

2. DỤNG CỤ

- Ống thử: vô trùng nếu thử nghiệm về vi trùng.
- Bình chứa đựng nước tiểu có vạch đo lường.
- Đèn cồn.
- Vải cao su.
- Bình phong.
- Một khay thông tiểu khi cần lấy nước tiểu vô trùng trên người bệnh nằm một chỗ: hôn mê, liệt nửa người.

3. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Tất cả các mẫu nghiệm phải dán nhãn và làm phiếu thử gửi lên phòng xét nghiệm.

4. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ lấy mẫu nghiệm.
- Loại thử nghiệm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

Bảng 57.1. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng lấy nước tiểu làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
	Hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ và cách lấy nước tiểu vào ống nghiệm. (bỏ phần nước tiểu đầu tiên, lấy nước tiểu giữa dòng và trực tiếp).	Nước tiểu lấy xét nghiệm được thuận chất.	Nếu người bệnh không tự làm được thì điều dưỡng có thể hỗ trợ.
3	Ghi tên người bệnh trên ống nghiệm.	Tránh sự nhầm lẫn.	Ghi rõ họ, tên, tuổi, số giường.
4	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 57.2. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng lấy nước tiểu làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh			
2	Hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ			
3	Hướng dẫn người bệnh cách lấy nước tiểu vào ống nghiệm. (Bỏ phần nước tiểu đầu tiên, lấy nước tiểu giữa dòng và trực tiếp)			
4	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
5	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng			
6	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 57.3. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng lấy nước tiểu 24 giờ làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Cho người bệnh đi tiểu hết và ghi nhận giờ.	Tính thời điểm bắt đầu.	Yêu cầu người bệnh tuân thủ theo để việc lấy nước tiểu được chính xác.
3	Dặn người bệnh sau đó mỗi khi đi tiểu đều chứa vào vật chứa có chia độ.		Vật chứa có chất chống phân hủy và có nắp đậy kín. Trên vật chứa ghi rõ tên họ người bệnh.
4	Để vật chứa nước tiểu nơi chỗ mát.	Làm chậm quá trình phân hủy của nước tiểu.	Đặt nơi vị trí an toàn tránh ngã đổ.
5	Sau 24 giờ cho người bệnh đi tiểu lần cuối vào vật chứa.	Lấy nước tiểu trong 24 giờ được chính xác.	
6	Đo số lượng nước tiểu - ghi nhận. Lấy mẫu nước tiểu theo yêu cầu.	Có kết quả xét nghiệm chính xác.	Lấy mẫu nghiệm chính xác.
7	Ghi tên người bệnh trên ống nghiệm.	Tránh sự nhầm lẫn.	Ghi rõ họ, tên, tuổi, số giường.
8	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 57.4. Bảng kiểm lượng giá thực hành kỹ năng: lấy nước tiểu 24 giờ làm xét nghiệm

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh.			
2	Cho người bệnh đi tiểu hết và ghi nhận giờ.			
3	Dặn người bệnh sau đó mỗi khi đi tiểu đều chứa vào vật chứa có chia độ.			
4	Để vật chứa nước tiểu nơi chỗ mát.			
5	Sau 24 giờ cho người bệnh đi tiểu lần cuối vào vật chứa.			
6	Đo số lượng nước tiểu - ghi nhận. Lấy mẫu nước tiểu theo yêu cầu.			
7	Ghi tên người bệnh trên ống nghiệm.			
8	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Nêu mục đích kéo máu trên lam kính.
2. Nêu 2 mục đích thử phân.

Câu đúng sai

3. Kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét thực hiện khi người bệnh sốt > 38,5 oC.
4. Thông tiểu khi tìm vi khuẩn trong nước tiểu.
5. Xét nghiệm mủ để tìm vi khuẩn lao.
6. Xét nghiệm đờm trong phân để tìm vi khuẩn lao ở trẻ em.
7. Lấy máu thử về sinh hóa phải dây thắt mạch.

Câu đúng nhất

8. Lấy máu có chất chống đông phải lắc nhẹ để hòa tan máu trong:
 - A. 10 giây
 - B. 20 giây
 - C. 30 giây
 - D. 40 giây
 - E. 50 giây
9. Tìm ấu trùng giun chỉ lúc:
 - A. 12 giờ
 - B. 14 giờ
 - C. 16 giờ
 - D. 18 giờ
10. Cần lấy máu tĩnh mạch xét nghiệm thực hiện lúc:
 - A. Khi đang tiêm thuốc tĩnh mạch.
 - B. Khi đang tiêm truyền dung dịch.
 - C. Khi đang tiêm truyền máu.
 - D. A, B đúng.
 - E. A, B, C sai.

ĐÁP ÁN: 3. Đ 4. Đ 5. S 6. Đ 7. Đ 8. C 9. A 10. E

Bài 58

CHUỒM NÓNG – CHUỒM LẠNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày các tác dụng của chườm nóng – chườm lạnh.
2. Liệt kê ảnh hưởng của các cơ quan đối với vùng da được chườm với các cơ quan liên hệ.
3. Kể những yếu tố liên quan đến tác dụng chườm.
4. Kể các phương pháp chườm nóng – chườm lạnh.
5. Trình bày các nguyên tắc chung khi chườm nóng – chườm lạnh.

1. TÁC DỤNG CỦA CHUỒM NÓNG CHUỒM LẠNH

Tổ chức	Chườm nóng	Chườm lạnh
Da	- Tăng nhiệt độ của da làm ấm nóng đỏ. Tăng sự bài tiết của da.	- Giảm nhiệt độ của da làm lạnh nhợt nhạt. - Giảm sự bài tiết của da.
Các mô liên kết của da	- Giãn cân cơ, giảm co thắt.	
Mạch máu	- Giãn mạch, tăng tuần hoàn ngoại vi.	- Co mạch, giảm mạch giảm phù nề.
Thần kinh	- Mức độ trung bình: làm êm dịu.	- Giảm kích thích đầu dây thần kinh.
Chuyển hóa tế bào	- Mức độ cao làm kích thích. - 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.	- Giảm cảm giác. - Giảm sự tăng trưởng sự xâm nhập của bạch cầu. - Giảm tốc độ nung mủ.

2. ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC CƠ QUAN LIÊN HỆ VỚI VÙNG ĐƯỢC CHƯỜM

Khi chườm nóng chườm lạnh không những chỉ ảnh hưởng ngoài da nơi vị trí chườm mà còn ảnh hưởng đến các cơ quan nằm sâu trong cơ thể.

Vùng được chườm	Cơ quan được ảnh hưởng
Đầu mặt, bàn tay bàn chân	Não bộ
Phần sâu của cổ	Niêm mạc mũi
Hai bên ngực	Phổi
Trước giữa ngực	Tim
Hạ sườn phải	Gan
Hạ sườn trái	Lách
Thượng vị	Dạ dày
Trung vị	Ruột
Hạ vị – Xương cụt	Cơ quan vùng chậu
Thắt lưng	Thận
Ngâm tay ngâm bàn chân	Não

3. NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁC DỤNG CHƯỜM

Tùy theo phương pháp chườm làm thay đổi kết quả của chườm như:

3.1. Phương pháp chườm: chườm ướt tác dụng nhanh.

3.2. Nhiệt độ chườm: nhiệt độ cao hiệu quả hơn.

3.3. Thời gian chườm: lâu, tác dụng kéo dài, nếu chườm lâu quá làm giảm sự đề kháng của da.

3.4. Diện tích vùng chườm: chườm 1 chỗ tác dụng kém hơn diện tích chườm miêng.

3.5. Tình trạng người bệnh: người bệnh bị rối loạn cảm giác, tri giác thì phản ứng với tác dụng chườm sẽ chậm hơn.

4. PHƯƠNG PHÁP CHƯỜM

Tùy theo mục đích điều trị mà áp dụng phương pháp chườm thích hợp.

4.1. Chườm nóng

4.1.1. Chườm nóng khô nhiệt độ từ 45 – 60°C.

- Thời gian mỗi lần chườm: 20–40 phút.
- Phương tiện: túi chườm, bóng đèn điện, bình nước, đun gạch, cát, muối...

4.1.2. Chườm nóng ướt: nhiệt độ từ 37–45⁰C.

- Thời gian đắp: 10–20 phút, thay đổi khi nguội khoảng 1–2 phút.
- Phương tiện: vải, gạc thấm dung dịch muối vắt ráo đắp lên vùng chườm. Khi cần đắp tiếp phải ngưng 2–3 giờ mới chườm tiếp.

4.1.3. Ngâm tay, ngâm chân

- Nhiệt độ 40–43⁰ C.
- Phương tiện: chứa nước trong thau ngập nước vùng chườm.
- Che chở vùng da không cần chườm.
- Tránh ngâm liền sau khi ăn, theo dõi khi ngâm tránh bị nhiễm lạnh khi nước nguội.

4.2. Chườm lạnh

4.2.1. Chườm lạnh khô

- Nhiệt độ: đá cục.
- Thời gian: 2–3 giờ, tùy theo mục đích, không nên chườm liên tục, thỉnh thoảng ngưng 1–2 giờ rồi chườm lại.
- Phương tiện: túi chườm.
- Theo dõi người bệnh có thể lấy đá cục ra hoặc lạnh run.

4.2.2. Chườm lạnh ướt

- Nhiệt độ chườm: 4–10⁰C.
- Thời gian: 10–13 phút thay đổi khi cần 2–3 phút/lần.
- Phương tiện: dùng vải, gạc thấm nước lạnh vắt ráo đắp lên vùng chườm.

5. CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG KHI CHƯỜM NÓNG CHƯỜM LẠNH

- Khi chườm túi không bị đè lên nắp, túi phải an toàn.
- Không đặt túi trực tiếp lên vùng da chườm.
- Không chườm liên tục kéo dài ở một vị trí để da được trở lại trạng thái bình thường.
- Theo dõi tình trạng da nơi chườm, khi da chườm nóng bị đỏ rất phải thoa Vaseline, khi da chườm lạnh bị tái xanh phải thoa phấn. Xoa bóp kích thích tuần hoàn.
- Không chườm nóng trên đầu.
- Không chườm lạnh trên vùng phổi.

KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG – CHƯỜM LẠNH

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, chỉ định và chống chỉ định của từng phương pháp chườm.*
2. *Tiến hành được kỹ thuật chườm đúng cách và an toàn.*
3. *Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật chườm đúng cách và an toàn.*

1. CHƯỜM NÓNG KHÔ

1.1. Mục đích

- Sưởi ấm người bệnh.
- Làm dịu cơn đau.
- Bớt viêm, bớt sưng, bớt xung huyết các bộ phận trong sâu.

1.2. Chỉ định và chống chỉ định

1.2.1. Chỉ định

- Trẻ sơ sinh thiếu tháng.
- Người già khi trời rét.
- Các cơn đau: gan, dạ dày, thận, khớp xương, dây thần kinh.
- Viêm tại chỗ.

1.2.2. Chống chỉ định

- Viêm ruột thừa.
- Viêm màng bụng cấp.
- Nhiễm độc nặng.
- Các bệnh nhiễm khuẩn gây mủ nặng.
- Xuất huyết những vùng không có cảm giác.
- Đau bụng không rõ nguyên nhân.

1.3. Dụng cụ

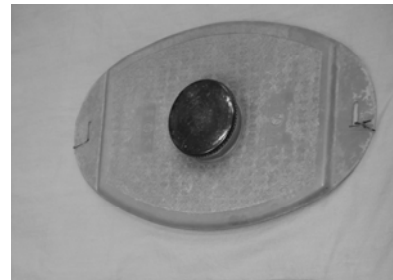
- Khay đựng:
 - + Túi chườm
 - + Nước nóng
 - + Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước
 - + Bao túi hoặc khăn (nếu có)
 - + Kim ghim (nếu có)
 - + Chất nhờn (nếu cần)
 - + Bột talc



Hình 59.1. Túi chườm nóng

1.4. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

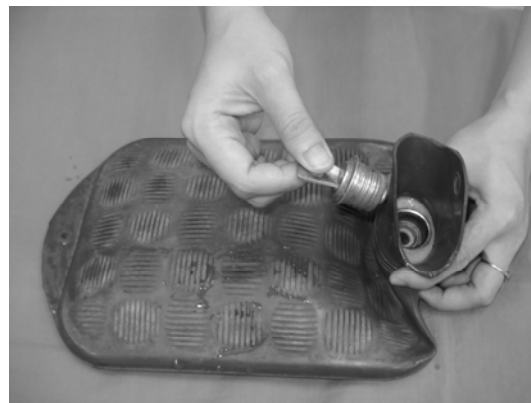
- Rửa mặt ngoài và trong của túi chườm bằng xà bông với nước cho sạch.
- Mở nắp dốc ngược túi xuống và phơi chỗ mát.
- Thoa phấn talc mặt ngoài túi.
- Nhốt hơi vào túi và trả về chỗ cũ. Giữ mặt trong túi không bị dính.



Hình 59.2. Túi chườm lạnh

1.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ chườm nóng.
- Nhiệt độ của nước.
- Thời gian chườm.
- Nơi chườm.
- Kết quả làm việc.
- Tình trạng da sau khi chườm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.



Hình 59.3. Cách đũa khí trong túi chườm nóng

1.6. Những điểm cần lưu ý

- Phải đo nhiệt độ của nước đúng với chỉ định.
- Thường xuyên theo dõi da người bệnh khi chườm nóng, nhất là đối với những người già, trẻ em thiếu dinh dưỡng, thiếu máu.
- Có thể dùng chai thay túi nếu không có túi.
- Luôn luôn kiểm soát miệng túi hoặc nút chai trong suốt thời gian chườm (tránh làm phỏng da người bệnh do nước nóng chảy ra từ miệng túi hay miệng chai).

- Giữ không để người bệnh đè lên túi chườm.
- Trong khi chườm nếu da bị đỏ, người bệnh kêu nóng rất điều dưỡng phải lót thêm khăn và bôi chất nhờn lên da.

2. CHườM NÓNG ƯỚT

2.1. Mục đích

(Giống như chườm nóng khô) kết quả nhanh hơn đắp nóng khô.

2.2. Chỉ định

Thường chườm nóng ướt trong trường hợp sau:

- Vết thương hở.
- U nhọt.
- Vùng nhiễm trùng nhẹ (trán, mắt, hội âm).

2.3. Dụng cụ

- Bồn đựng nước hay dung dịch. Tùy chỉ định, có thể dùng acid boric 2%, nước muối sinh lý 0,9% hoặc nước thường.
- Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước. Thường từ 40⁰C đến 50⁰C (vô trùng nếu vết thương hở).
- Vải thưa lớn (nhỏ) tùy diện tích vùng đắp.
- 2 kê.
- Miếng cao su hoặc vải nỉ (phủ ngoài vải thưa để giữ sức nóng được lâu).
- Chất nhờn.

2.4. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn tiết khuẩn.
- Chuẩn bị dụng cụ gói diệt trùng.

2.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ chườm nóng.
- Nhiệt độ của nước.
- Thời gian chườm.
- Nơi chườm.
- Kết quả làm việc.
- Tình trạng da sau khi chườm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

2.6. Những điều cần lưu ý

Áp dụng kỹ thuật vô trùng tuyệt đối khi chườm nóng trên vết thương hở. p mắt dùng vải thưa kích thước nhỏ khoảng 5 x 5 cm hay miếng gòn bao, nếu có một mắt đau, dẩy mắt mạnh lại, cho mặt hơi nghiêng về mắt đau, tránh đè lên mắt bị đau.

3. CHườM LẠNH

3.1. Mục đích

- Làm hạ nhiệt độ.
- Làm dịu cơn đau.
- Cầm máu.
- Bớt sưng.
- Bớt xung huyết tại chỗ.
- Giảm nhịp đập của tim.
- Chậm nung mủ.

3.2. Chỉ định chống chỉ định

3.2.1. Chỉ định

- Xuất huyết.
- Chấn thương sọ não.
- Nhức đầu.
- Sau khi mổ bướu.
- Các chứng viêm: viêm màng bụng, viêm tai vòi, viêm ruột thừa, viêm cơ tim, viêm túi mật.
- Một số các trường hợp đau ngực, đau bụng.

3.2.2. Chống chỉ định

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

3.3. Dụng cụ

- Túi chườm.
- Thau đựng đá đập nhỏ (không cạnh bén).
- Bao túi hoặc khăn.
- Băng vải, dây cột, kim ghim (nếu cần).
- Phấn talc (nếu cần).

3.4. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Rửa sạch dụng cụ với xà bông và nước sạch, lau khô trả về chỗ cũ.
- Chuẩn bị gửi diệt trùng

3.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ chườm nóng.
- Nhiệt độ của nước.
- Thời gian chườm.
- Nơi chườm.
- Kết quả làm việc.
- Tình trạng da sau khi chườm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

3.6. Những điểm cần lưu ý

- Trường hợp cần làm hạ nhiệt độ nên đặt nhiều túi chườm chung quanh người bệnh.
- Không đặt túi chườm ngay vùng ngực người bệnh. Tránh bị nhiễm lạnh.
- Không cần chườm lạnh liên tục, thỉnh thoảng ngưng một vài giờ rồi chườm lại.
- Khi quan sát thấy da tím tái hoặc người bệnh kêu tê phải ngưng ngay và dùng phấn talc xoa bóp.
- Điều dưỡng cần lưu ý kéo người bệnh mở nắp lấy đá ngậm.



Hình 59. 4. Khay dụng cụ chườm

Bảng 59.1. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng chườm nóng khô

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện. Bộc lộ vùng chườm.	Dễ dàng thực hiện kỹ thuật.	Tư thế người bệnh an toàn và tiện nghi.
3	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm.	Tác dụng chườm hiệu quả, tránh làm đổ nước nóng từ túi chườm ra ngoài.	Để miệng túi để lên trên.
4	Theo dõi vùng da dưới nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm.	Phát hiện sớm vùng da bị kích ứng để xử trí.	Nếu da bị rộp đỏ có thể thoa Vaseline.
5	Chườm 20-40 phút, cho người bệnh nghỉ.	Tránh làm tổn thương da.	Thay đổi vị trí hoặc lót thêm khăn khi chườm tiếp tục.
6	Giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
7	Ghi nhận kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 59.2. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng chườm nóng khô

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích người bệnh.			
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện.			
3	Bộc lộ vùng chườm và quan sát vùng da.			
4	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm, miệng túi để lên trên.			
5	Giữ yên túi chườm tại chỗ.			
6	Theo dõi vùng da nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm.			
7	Chườm 20-40 phút, cho người bệnh nghỉ.			
8	Thay đổi vị trí hoặc lót thêm khăn khi chườm tiếp tục.			
9	Giúp người bệnh tiện nghi.			
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
11	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 59.3. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng chườm nóng ướt

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.	Dễ dàng thực hiện kỹ thuật.	Tư thế người bệnh an toàn và tiện nghi.
3	Nhúng vải thưa vào dung dịch (40-50°C), đắp lên vùng bị đau.	Sức nóng tác dụng trực tiếp lên vùng chườm.	Dùng kèm vắt ráo vải thưa tránh để rơi vải ra ngoài.
4	Phủ tấm cao su lên lớp vải thưa.	Giữ cho độ nóng được lâu.	Vải phủ cao su phải vô khuẩn nếu đắp lên vết thương hở.
5	Thay vải thưa 1-2 phút.	Giúp cho nhiệt độ chườm luôn ổn định.	Thời gian đắp 1 lần khoảng 10-20 phút.
6	Lau khô vùng da.	Giúp người bệnh tiện nghi.	Dùng gạc vô khuẩn nếu là vết thương hở.
7	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 59.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng chườm nóng ướt

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích người bệnh			
2	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.			
3	Nhúng vải thưa vào dung dịch (40-50°C).			
4	Vắt ráo vải thưa với kèm.			
5	Mở rộng vải thưa ra, từ từ đắp lên vùng bị đau.			
6	Phủ tấm cao su lên lớp vải thưa.			
7	Thay vải thưa mỗi 1-2 phút (thời gian đắp 10-20 phút).			
8	Lau khô vùng da.			
9	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
11	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 59.5. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng chườm lạnh

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện.	Dễ dàng thực hiện kỹ thuật.	Tư thế người bệnh an toàn và tiện nghi.
3	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm.	Tác dụng chườm hiệu quả, tránh làm đổ nước nóng từ túi chườm ra ngoài.	Đế miệng túi để lên trên.
4	Theo dõi da nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm.	Phát hiện sớm vùng da bị kích ứng để xử trí.	Nếu da bị tái, đau buốt có thể thoa phấn talc và massage nhẹ.
5	Chườm 120-180 phút, cho người bệnh nghỉ.	Tránh làm tổn thương da.	Thay đổi vị trí hoặc lót thêm khăn khi chườm tiếp tục.
6	Lau khô da, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
7	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 59.6. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng chườm lạnh

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích người bệnh			
2	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.			
3	Bộc lộ vùng chườm và quan sát vùng da.			
4	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm, miệng túi để lên trên.			
5	Giữ yên túi chườm tại chỗ.			
6	Theo dõi da nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm.			
7	Chườm 120-180 phút, cho người bệnh nghỉ.			
8	Lau khô da, quan sát vùng da.			
9	Giúp người bệnh tiện nghi.			
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
11	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Nêu ba mục đích của chườm nóng.
2. Liệt kê ba trường hợp (chống chỉ định) chườm nóng.
3. Nêu ba trường hợp áp dụng chườm nóng ướt.
4. Nêu bốn tác dụng của chườm lạnh.

Trả lời đúng sai

5. Chườm nóng giúp giảm sưng và dịu cơn đau.
6. Chườm nóng vùng hố chậu phải để giảm đau khi người bệnh nghi ngờ viêm ruột thừa.
7. Đau dạ dày nên chườm nóng vùng bụng để giảm đau.
8. Sau chườm nóng người bệnh kêu nóng rất ửng đỏ vùng chườm, điều dưỡng nên chườm lạnh để giảm cảm giác trên.
9. Chườm nóng vùng bụng giúp giảm đau trong ca viêm màng bụng cấp.
10. Dừng thao tác chườm khi người bệnh có tím tái, tê.

Chọn câu đúng nhất

11. Chườm nóng trong trường hợp nào sau đây:
 - A. Viêm ruột thừa
 - B. Nhiễm khuẩn gây mủ nặng
 - C. Viêm bọng mủ (abces) tại chỗ
 - D. Đau bụng không rõ nguyên nhân
 - E. Xuất huyết
12. Chườm nóng khô áp dụng trong:
 - A. Cơn đau dạ dày
 - B. Trẻ sơ sinh thiếu tháng
 - C. Đau khớp
 - D. Đau nhức dây thần kinh
 - E. Tất cả đều đúng
13. Chườm lạnh trong ca nào sau đây:
 - A. Nhức đầu
 - B. Chấn thương sọ não

- C. Xuất huyết
 - D. Viêm túi mật
 - E. Tất cả đều đúng
14. Chườm lạnh được áp dụng trong:
- A. Xung huyết ở phổi
 - B. Người già yếu
 - C. Viêm dạ dày
 - D. Absces tại chỗ
 - E. Nhức đầu
15. Chườm nóng cần lưu ý:
- A. Nhiệt độ nước
 - B. Da vùng chườm
 - C. Thân nhiệt của người bệnh
 - D. A, B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
16. Chườm lạnh cần lưu ý:
- A. Thân nhiệt người bệnh, cảm giác chườm
 - B. Thời gian chườm
 - C. Nhiệt độ nước
 - D. A, B đúng
 - E. Tất cả đều đúng

ĐÁP ÁN

1. Sưởi ấm người bệnh, làm dịu cơn đau, giảm: viêm, sưng, xung huyết các bộ phận trong sâu.
2. Viêm ruột thừa, viêm màng bụng cấp, xung huyết những vùng không có cảm giác.
3. Vết thương hở, u nhọt, vùng nhiễm trùng nhẹ.
4. Làm hạ nhiệt độ, làm dịu cơn đau, cầm máu, chặm nung mủ.
5. Đ 6. S 7. Đ 8. S 9. S 10. Đ
11. C 12. E 13. E 14. E 15. D 16.

Bài 60

OXY TRỊ LIỆU

MỤC TIÊU

1. Kể được mục đích, chỉ định khi cho người bệnh thở dưỡng khí.
2. Liệt kê được các phương pháp cho người bệnh thở dưỡng khí.
3. Kể được các biến chứng thường gặp khi cho người bệnh thở dưỡng khí.
4. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa các tai biến do thở dưỡng khí.
5. Trình bày quy trình chăm sóc người bệnh thở dưỡng khí.

1. ĐẠI CƯƠNG

Oxy rất cần cho sự sống, dưới áp suất 760 mmHg thành phần không khí bình thường gồm có: O₂ chiếm 20,95%, CO₂ chiếm 0,03%, N₂ chiếm 79,04%. Tỷ lệ này phù hợp với nhu cầu của sự sống và lao động hằng ngày của con người.

Sự giảm khí hít vào dẫn tới thiếu oxy cho quá trình trao đổi chất của mô và tế bào, đưa đến sự giảm oxy huyết → thiếu oxy trong máu động mạch, giảm sự vận chuyển oxy của hemoglobin tới tế bào và đem CO₂ ra khỏi tế bào. Chỉ số hemoglobin và pH máu ảnh hưởng trực tiếp đến chỉ số oxy trong máu. Tình trạng giảm pH máu sẽ làm tăng khả năng thải oxy của hemoglobin tại mô. Tăng pH máu thì ngăn ngừa khả năng thải oxy của hemoglobin tại mô.

Oxy trị liệu là một biện pháp điều trị nên khi sử dụng nó phải có y lệnh của bác sĩ và phải kiểm soát liều lượng chính xác khi dùng trên người bệnh.

2. NHỮNG NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU OXY TRONG MÁU

Rất nhiều tình trạng bệnh cần sử dụng liệu pháp oxy để điều chỉnh sự tăng trao đổi khí và tăng nồng độ oxy trong máu. Một người có hai lá phổi khoẻ mạnh thì những thụ thể hóa học rất nhạy cảm với sự thay đổi mức độ CO₂ dù rất nhỏ và điều chỉnh sự thông khí hiệu quả, khí CO₂ tăng ở một mức độ nào đó thì người ta hít vào. Trong một số bệnh phổi mãn tính, ví dụ như: bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) có nồng độ oxy trong máu thấp hơn bình thường do có sự tích lũy CO₂ ở phổi, người bệnh bị COPD thì thụ thể hoá học không còn nhạy cảm với những thay đổi nhỏ đó nữa và sự điều hoà thông khí cũng kém, kết quả là CO₂ bị tích trữ lại trong máu.

Thiếu oxy có thể do nhiều nguyên nhân:

- Tác nghẽn đường hô hấp: do đờm nhớt, vật lạ, co thắt, chèn ép hoặc phù nề khí phế quản.
- Các bệnh lý ảnh hưởng đến cơ hô hấp: liệt cơ hô hấp do tổn thương thần kinh, vẹo cột sống, chấn thương lồng ngực, gãy xương sườn, mảng sườn di động, tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Tổn thương thần kinh trung khu hô hấp ở hành não: tổn thương cột sống cổ, chấn thương sọ não, các bệnh lý về não.
- Các bệnh lý làm giảm sự thông khí, cản trở sự khuếch tán không khí ở phổi: suyễn, khí phế thũng, phù phổi cấp.
- Các bệnh làm giảm các chất vận chuyển oxy trong máu: thiếu máu cấp: xuất huyết nội, ngoại do chấn thương, thiếu máu mãn, suy tim.

Sự thiếu oxy này sẽ gây tổn thương ở các mô, đặc biệt là mô não. Lúc đầu tổn thương có thể hồi phục được, nhưng nếu thiếu oxy kéo dài có thể gây tổn thương không hồi phục.

3. NHỮNG DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG THIẾU OXY

Dấu hiệu và triệu chứng thiếu oxy trong máu tùy theo lứa tuổi, tình trạng bệnh lý hiện tại cấp hay mãn mà có các dấu hiệu sau:

- Nhịp thở tăng có thể >20 lần/phút.
- Thở nhanh, nông, đôi khi có dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ.
- Cánh mũi phập phồng.
- Da niêm xanh, tím.
- Vã mồ hôi đầu, chi (mồ hôi trán, lòng bàn tay, chân).
- Tri giác thay đổi: bồn chồn, lừ đừ, vật vã, lơ mơ và có thể hôn mê.
- Âm thở nghe có rale bất thường: ẩm, nổ.
- Thay đổi huyết động học.
- PaO₂ giảm <95%, PaCO₂ >60%.

4. MỤC ĐÍCH CỦA OXY TRỊ LIỆU

Cung cấp một lượng dưỡng khí đầy đủ và có nồng độ cao để điều trị tình trạng thiếu dưỡng khí.

5. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Các dấu hiệu và triệu chứng liên hệ tới giảm lượng khí hít vào.
- Những dấu hiệu chắc chắn:

- + Sợ hãi
- + Lo lắng
- + Tri giác giảm
- + Nhịp tim tăng
- + Thở nhanh và sâu hơn
- + Âm phổi giảm
- + Huyết áp tăng
- + Khó thở
- + Sử dụng các cơ hô hấp phụ
- + Loạn nhịp
- Những dấu hiệu không rõ ràng:
 - + Xanh xao, tái nhợt
 - + Mệt mỏi
 - + Giảm tập trung
 - + Hoa mắt chóng mặt
 - + Thay đổi hành vi, thái độ
 - + Xanh tím
 - + Ngón tay dùi trống
 - + Âm phổi bất thường

6. CHỈ ĐỊNH: áp dụng trong tất cả các trường hợp mô không nhận đủ oxy.

6.1. Các bệnh về hô hấp

- Viêm phổi.
- Viêm phế quản phổi.
- Phù phổi cấp.
- Tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi.
- Tắc khí đạo: chết đuối, treo cổ.
- Liệt cơ hô hấp: trong bệnh bại liệt, bệnh nhược cơ.

6.2. Các bệnh về tim mạch

- Các bệnh tim bẩm sinh tím.
- Trụy tim mạch.
- Nhồi máu cơ tim.

6.3. Thiếu máu

6.4. Ngộ độc

- Do thuốc ức chế hành não: thuốc phiện, thuốc ngủ, thuốc gây mê.
- Ngộ độc CO.

6.5. Nguyên nhân khác

- Do nhu cầu chuyển hóa tăng: gặp trong cơn cường tuyến giáp cấp tính, sốt.
- Hậu phẫu do mổ bướu cổ, mổ khí quản.
- Khi lên cao: thiếu oxy.
- Trường hợp sinh khó trong sản khoa.

7. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIẾP OXY CHO NGƯỜI BỆNH

Có nhiều cách tiếp dưỡng khí:

- Dùng ống thông mũi, hầu.
- Dùng ống cannula.
- Dùng mặt nạ.
- Dùng lều oxy.

7.1. Ống thông mũi, hầu (nasal catheter)

7.1.1. Ưu điểm

- Dễ cố định, dễ sử dụng.
- Đơn giản, tiện lợi, đỡ tốn oxy, quen thuộc, thích hợp, kinh tế, người bệnh có thể đi lại, ăn uống, nói chuyện được.

7.1.2. Khuyết điểm

- Nồng độ oxy có thể thấp hơn.
- Gây khó chịu cho người bệnh, dễ bị kích thích hầu họng.
- Oxy dễ gây kích thích nôn qua đường hô hấp, dễ bị tắc nghẽn do đờm.
- Người bệnh có thể tự rút ống ra.
- Người bệnh có thể nuốt hơi vào dạ dày.
- Khí không được sưởi ấm ở mũi hầu.

7.1.3. Ống thông: cần có nhiều loại thích hợp:

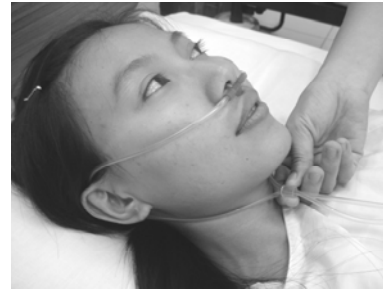
- Cỡ số: 8-10 Fr : cho trẻ em.

- Cỡ số: 10-12 Fr : cho nữ.
- Cỡ số: 12-14 Fr : cho nam.
- Đầu ống thông có từ 4-6 lỗ để oxy tỏa đều các phía tránh gây kích thích người bệnh.

7.2. Sonde hai mũi (cannula): đây là loại ống có 2 râu dài khoảng 1,5-2 cm đặt vào hai lỗ mũi.

7.2.1. Ưu điểm

- Cung cấp nồng độ oxy ngang với ống thông mũi hầu.
- Ít bị kích thích hầu họng hơn.
- Không cản trở ăn bằng miệng.
- Khí được sưởi ấm qua hầu họng.



Hình 60. 1. Thở oxy quanh cannula

7.2.2 Khuyết điểm

- Hai mũi bị cản trở.
- Cố định kém hơn.
- Làm khô màng nhầy mũi hầu khi lưu lượng lớn hơn 6 lít/phút.
- Tốn kém.



Hình 60. 2. Thở oxy qua mặt nạ

7.3. Mặt nạ

Hầu hết mặt nạ được làm bằng plastic dẻo, có thể gắn dính vào mặt, có một kẹp bằng kim loại để có thể áp chặt mặt nạ vào cánh mũi, hai bên mặt nạ có các lỗ nhỏ để khí thở ra thoát ra ngoài.

7.3.1. Chỉ định: các trường hợp khó thở khẩn cấp.

7.3.2. Chống chỉ định

- Người bệnh bị khó thở mãn.
- Bệnh hen phế quản.
- Bệnh lao xơ lan rộng.

7.3.3. Dụng cụ: có nhiều loại mặt nạ.

- Mặt nạ đơn giản cung cấp nồng độ oxy từ 40-60% nồng độ khí hít vào, mặt nạ này không dùng cho những người bệnh giữ CO₂ bởi vì tình trạng này có thể xấu thêm.

- Mặt nạ thở vào lại một phần cung cấp oxy 40-60% nồng độ khí hít vào, túi chứa đi kèm cho phép người bệnh thở vào khoảng 1/3 lượng khí thở ra kết hợp với oxy. Túi thở vào lại một phần không phải làm xẹp hoàn toàn trong quá trình thở vào để tránh tạo khí CO₂.
- Mặt nạ không thở vào lại cung cấp nồng độ oxy cao nhất. Sử dụng túi không thở vào lại, người bệnh chỉ thở nguồn khí từ túi.
- Mặt nạ Venturi được sử dụng khi cần cung cấp cho người bệnh lượng oxy có nồng độ thấp và chính xác. Mặt nạ này có thể cung cấp oxy cho người bệnh với nồng độ thay đổi từ 24-50% nồng độ khí hít vào. Nồng độ oxy được ghi rõ trên mặt nạ.
- Mặt nạ không có túi dự trữ (lưu lượng oxy trên/phút phải lớn hơn 5 lít trên phút, để tránh hít lại CO₂).

7.4. Dùng lều (Oxygen tent)

Lều có thể dùng thay thế mặt nạ khi người bệnh không thể dùng mặt nạ được. Khi dùng lều để cung cấp oxy, nồng độ oxy thay đổi vì vậy nó thường được sử dụng để nối với hệ thống Venturi. Lều cung cấp nồng độ oxy khác nhau.

- Loại bằng nylon trong suốt sử dụng một lần.
- Loại lều bằng kim loại thường dùng cho trẻ sơ sinh.

7.4.1. Ưu điểm

- Không gây trở ngại khi ăn uống.
- Không gây kích thích niêm mạc hầu họng.

7.4.2. Khuyết điểm

- Loại nylon dễ bị thủng, rách.
- Loại kim loại (lồng áp) dễ gây ngộ độc CO₂.
- Bất tiện khi chăm sóc.

7.5. Nồng độ oxy trong khí hít vào tùy từng loại dụng cụ và liều lượng oxy

Oxy (lít/phút)	11	21	31	41	51	61	71	81	91	101
Cannula-catheter	24%	28%	32%	36%	40%	44%				
Mặt nạ đơn giản						40%	50%	60%		
Mặt nạ có túi dự trữ						60%	70%	80%	90%	99%

8. CÁC TAI BIẾN CỦA THỞ DƯỠNG KHÍ

- Viêm loét mũi do khô niêm mạc hô hấp sẽ đưa đến lở loét chảy máu mũi.
- Tắc nghẽn đường hô hấp do đờm dãi bám vào ống thông (đường mũi – hầu) không hút đờm dãi thường xuyên.
- Nhiễm trùng đường hô hấp do để ống lâu không được thay, không chăm sóc vệ sinh mũi.
- Chướng bụng do tốc độ oxy cho liều cao, đặt ống quá sâu.
- Võ phế nang do tốc độ oxy quá mạnh trong trường hợp người bệnh thở máy, người bệnh nội khí quản.
- Ngộ độc O₂ gây ra:
 - + Xơ teo võng mạc đến mù đối với trẻ sinh thiếu tháng <1500 g khi dùng O₂ nồng độ >60% kéo dài nhiều giờ liên tục.
 - + Đau ngực ho nhiều, xung huyết mũi đối với trẻ em khi dùng O₂ nồng độ 80-100% kéo dài > 8 giờ liên tục.
 - + Xơ phổi đến suy hô hấp mãn đến tâm phế quản đối với mỗi lứa tuổi khi dùng nồng độ O₂ 40-50% kéo dài nhiều ngày liên tục.
 - + Nhược hóa trung khu hô hấp do dùng O₂ nồng độ cao 80-100% kéo dài nhiều ngày làm nồng độ CO₂ trong cơ thể (giảm 30 mmHg) không đủ để kích thích trung khu hô hấp hoạt động.

9. PHÒNG NGỪA TAI BIẾN CỦA OXY

- Cấm mọi nguồn lửa, mạch điện hở nơi có khí oxy bằng cách treo bảng cấm lửa, cấm hút thuốc.
- Đảm bảo mực nước trong lọ làm ẩm ở mức 1/2 hoặc 2/3 tương đương 80-90% độ ẩm O₂.
- Thông đường hô hấp, đường kính ống thích hợp với người bệnh. Cố định ống thông an toàn.
- Chăm sóc mũi, thay ống mũi mỗi lần 12 giờ hoặc sớm hơn khi nhiều đờm dãi.
- Nước trong lọ làm ẩm phải vô khuẩn.
- Nồng độ oxy bắt đầu thấp < 30% và tăng dần nồng độ thích hợp, không cho nồng độ oxy 60% kéo dài liên tục, khi giảm liều phải giảm dần, đo chiều dài ống thông đặt mũi hầu chính xác.
- Theo dõi nồng độ oxy để điều chỉnh thích hợp, với tình trạng người bệnh. Mỗi 4 giờ đo oxy trong lều.
- Oxy là liệu pháp điều trị nên không được tự ý điều chỉnh nếu không có y lệnh.
- Hệ thống cung cấp oxy cách nơi có lửa 3-4 m.

- Oxy dễ cháy nhưng không nổ.
- Cấm hút thuốc được đưa lên hàng đầu.
- Biển cấm hút thuốc được treo trước cửa phòng bệnh, nếu dùng oxy tại nhà treo thi bảng trước cửa nhà.
- Khi bình oxy được sử dụng phải đảm bảo bình không bị đổ. Bình được giữ thẳng đứng, cố định chắc chắn và để ở vị trí thích hợp.

10. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

10.1. Nhận định

- Màu sắc da niêm.
- Kiểu thở, nhịp điệu, biên độ, âm sắc.
- Có co kéo cơ hô hấp phụ?
- Sự biến dạng lồng ngực, ghi nhận các dấu hiệu khó thở.
- Nghe phổi tìm tiếng rale bất thường.
- Nhận định tình trạng tri giác.
- Nhận định dấu sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhịp thở, thân nhiệt
- Theo dõi các xét nghiệm về chức năng hô hấp: PaO₂, PaCO₂, SaO₂...
- Theo dõi các xét nghiệm về công thức máu, Hct, Hb...
- Các bệnh lý mãn tính đi kèm: suyễn, COPD.

10.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Sự thông khí bị hạn chế do nghẹt đờm nhớt.
- Nguy cơ thiếu oxy não do giảm khối lượng tuần hoàn.
- Nguy cơ suy hô hấp do thở không hiệu quả.

10.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Thông đường hô hấp: để tư thế người bệnh thích hợp, nói rộng những gì cản trở sự hô hấp, hút thông đường hô hấp, nếu người bệnh hôn mê, co giật dùng dụng cụ giữ cho lưỡi không rơi vào hầu.
- Thực hiện cho thở oxy theo y lệnh bác sĩ đúng phương pháp và đúng liều lượng.
- Thường xuyên theo dõi người bệnh, nếu người bệnh vẫn khó thở phải kiểm soát lại hệ thống oxy, ống đặt vào người bệnh, lưu lượng oxy.
- Thường xuyên kiểm tra khí quản người bệnh tránh bị tắc nghẽn, hút đờm nhớt thường xuyên khi người bệnh nhiều đờm dãi.
- Mỗi 4 giờ chăm sóc mũi miệng cho người bệnh.

- Thay ống đặt vào 2 lỗ mũi mỗi 8-12 giờ, theo dõi tình trạng mũi người bệnh xem có tổn thương hay chèn ép do cố định ống hay không.
- 1-2 giờ lấy mặt nạ ra rửa sạch và sát khuẩn vệ sinh da mặt người bệnh sạch sẽ và massage vùng mặt tránh đè cấn, không được dùng phấn.
- Người bệnh thở oxy bằng lều tập trung công việc chăm sóc tránh thoát oxy, mỗi lần chăm sóc phải tăng liều oxy 12-15 l/phút, không mở rộng cả lều khi chăm sóc dùng khăn đắp lên đầu khi người bệnh lạnh, trong lều đặt chuông cho người bệnh sử dụng.
- Nhiệt độ trong lều từ 65-68⁰ F, độ ẩm lều 50%.
- Kiểm tra nơi cố định ống, sự nguyên vẹn của lều, mặt nạ có bị hở hay không để kịp thời phát hiện sự thất thoát oxy khi cho người bệnh thở oxy.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tri giác.
- Theo dõi các chỉ số khí máu: SaO₂, PaO₂...
- Kiểm tra thường xuyên các biện pháp đề phòng cháy nổ.

10.4. Lượng giá

- Da niêm hồng, không còn dấu hiệu tím tái khó thở, các chỉ số khí máu trở về bình thường.
- Người bệnh không bị các tai biến do thở oxy.
- Người bệnh được an toàn trong môi trường đang thở oxy.
- Người bệnh an tâm hợp tác.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Trong thành phần không khí bình thường, oxy chiếm:

- A. 15%
- B. 16%
- C. 17%
- D. 18%
- E. 21%

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

- A. Viêm phế quản phổi
- B. Phù phổi cấp
- C. Viêm phổi

- D. Tràn dịch màng phổi
 - E. Tất cả các trường hợp trên
3. Oxy được dùng trong các trường hợp sau:
- A. Ngộ độc CO
 - B. Thay đổi áp suất không khí
 - C. Sinh khó trong sản khoa
 - D. Hậu phẫu mở khí quản
 - E. Tất cả các trường hợp trên
4. Các phương pháp tiếp oxy cho NGƯỜI BỆNH, bao gồm:
- A. Dùng ống thông mũi hầu
 - B. Dùng cannula
 - C. Dùng mặt nạ
 - D. Dùng lều Oxy
 - E. Tất cả các phương pháp trên
5. ống thông mũi hầu dùng cho trẻ em có kích cỡ:
- A. 3-5 Fr
 - B. 5-6 Fr
 - C. 6-7 Fr
 - D. 7-8 Fr
 - E. 8-10Fr
6. ống thông mũi hầu dùng cho nữ có kích cỡ:
- A. 7-8 Fr
 - B. 8-9 Fr
 - C. 10-12 Fr
 - D. 12-13 Fr
 - E. 13-14 Fr
7. ống thông mũi hầu dùng cho nam có kích cỡ:
- A. 10-12 Fr
 - B. 12-14 Fr
 - C. 14-16 Fr
 - D. 16-18 Fr
 - E. 18-20 Fr

8. Biện pháp phòng ngừa tai biến cháy nổ khi tiếp oxy:
- A. Có thể hút thuốc lá gần chỗ tiếp oxy
 - B. Có thể đặt các chất cháy nổ gần chỗ tiếp oxy
 - C. Treo bảng cấm lửa gần chỗ tiếp oxy
 - D. Treo bảng cấm hút thuốc gần chỗ tiếp oxy
 - E. C và D đúng
9. Để đảm bảo oxy được ẩm, khi tiếp oxy cho người bệnh ta cần:
- A. Cho người bệnh thở oxy nguyên chất
 - B. Tăng nồng độ oxy lên cao khi tiếp oxy cho người bệnh
 - C. Cho đầy nước vào lọ làm ẩm oxy
 - D. Đảm bảo mực nước trong lọ làm ẩm ở mức đến 2/3 lọ
 - E. Tất cả đều đúng
10. Nước cho vào lọ làm ẩm oxy cần:
- A. Nước sạch
 - B. Nước mưa
 - C. Nước chín
 - D. Nước muối
 - E. Nước cất vô khuẩn

ĐÁP ÁN

1. E 2. E 3. E 4. E 5. E 6. C 7. B 8. E 9. D 10. E

Bài 61

KỸ THUẬT CHO THỞ DƯỠNG KHÍ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của thở dưỡng khí.
2. Tiến hành được kỹ thuật thở oxy đúng cách và an toàn.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật thở oxy đúng cách.

1. MỤC ĐÍCH

Cung cấp một lượng dưỡng khí đầy đủ có nồng độ cao để điều trị tình trạng thiếu dưỡng khí.

2. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng hô hấp: khó thở, đờm?
- Bệnh lý đi kèm: suyễn, tâm phế mãn, mất máu cấp.
- Tình trạng mũi miệng: lở loét, viêm...

3. THỞ BẰNG ỐNG

3.1. Chỉ định

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

3.2. Ghi hồ sơ

- Ngày, giờ thực hiện.
- Số lượng, dưỡng khí trong một phút,
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người điều dưỡng phụ trách.

3.3. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ.
- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ: bình oxy.

3.4. Những điểm cần lưu ý

- Theo dõi người bệnh nếu thấy khó thở phải kiểm soát lại máy, lưu lượng dưỡng khí và các lỗ của ống thông.
- Ít nhất mỗi 12 giờ thay ống mới hoặc thay sớm hơn nếu người bệnh có nhiều nước mũi.
- Mỗi lần thay ống thông nên cho ống mới vào lỗ mũi kia.
- Thường xuyên kiểm tra khí quản của người bệnh để giữ cho khí quản không bị tắc nghẽn.
- Phải treo bảng “cấm hút thuốc” ở trong bệnh viện, chỗ nằm của người bệnh đang được tiếp oxy.
- Mỗi 4 giờ, chăm sóc mũi và miệng cho người bệnh.
- Thỉnh thoảng kiểm soát chai nước nếu ít đi cho thêm nước vào.
- Nước cất phải luôn luôn ở mức 1/2 chai.

4. THỞ BẰNG MẶT LẠ

Lượng dưỡng khí tiếp nhận nhiều hơn.

4.1. Chỉ định

Các trường hợp khó thở khẩn cấp.

4.2. Chống chỉ định

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

4.3. Dụng cụ

- Một mặt nạ.
- Một ống cao su nối với nguồn dưỡng khí.
- Một bóng cao su chứa dưỡng khí từ 1, 5 lít đến 2 lít.
- Một nguồn dẫn dưỡng khí.
- Hệ thống dưỡng khí, hoặc bình oxy hoặc ballon oxy.
- Một chai nước (chứa nước cất).
- Kim tây (nếu có).

4.4. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực hiện.
- Số lượng dưỡng khí trong một phút.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

4.5. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Rửa mặt nạ bằng nước và xà bông.
- Ngâm mặt nạ vào dung dịch Zepheran trong 20 phút.
- Lấy ra rửa lại bằng nước cho sạch, rồi phơi khô. Phơi mặt nạ trong mát.
- Cát mặt nạ vào túi giấy và niêm túi lại cho đến khi dùng lần sau hãy mở ra.

4.6. Những điểm cần lưu ý

- Giữ bóng cao su luôn luôn không bị xẹp.
- Bóng xẹp chứng tỏ lượng oxy không đủ.
- Nếu người bệnh trần trở khó thở da xanh sạm, phải kiểm soát lại hệ thống dưỡng khí, lưu lượng oxy và mặt nạ có bị hở không.
- Quan sát da mặt người bệnh nơi đặt mặt nạ có bị kích thích không.
- Thỉnh thoảng kiểm soát chai nước nếu ít di cho thêm nước. Mực nước luôn ở chai.
- Khoảng 1 giờ 30 phút đến 2 giờ lấy mặt nạ ra rửa, đồng thời lau khô mặt người bệnh và massage kích thích tuần hoàn tại chỗ.



Hình 61.1. Các dụng cụ thở oxy



Hình 61.2. Khay dụng cụ thở oxy

Bảng 61.1. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở oxy bằng Catheter

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Soạn các dụng cụ trên khăn: - Ống thở oxy trong túi vô khuẩn - Ly đựng nước vô khuẩn - Que gòn, que đè lưỡi - Gạc			
4	Soạn các dụng cụ ngoài khăn: - Túi đựng rác thải y tế - Băng keo - Hệ thống và bình oxy			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 61.2. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng soạn dụng cụ cho người bệnh thở bằng oxy qua Cannula

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Soạn dụng cụ trên khăn - Ống Cannula - Gạc - Que gòn - Ly chứa dung dịch NaCl 0,9%			
4	Soạn các dụng cụ ngoài khăn - Túi đựng rác thải y tế - Kim tây - Hệ thống thở oxy - Mang dụng cụ đến giường người bệnh			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 61.3. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng cho người bệnh thở oxy bằng Catheter

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được).	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc thông khí được dễ dàng.	Tư thế người bệnh tùy thuộc vào tình trạng bệnh.
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt).	Làm thông đường khí đạo.	Áp dụng phương pháp hút đờm an toàn nếu người bệnh không tự khạc nhổ được.
4	Kiểm tra hệ thống oxy.	Đảm bảo hệ thống oxy đầy đủ, sẵn sàng sử dụng.	Mở van, kiểm tra lượng oxy trong bình, hệ thống dẫn khí có bị hở không.
5	Vệ sinh hai lỗ mũi.	Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.	Vệ sinh nhẹ nhàng tránh gây kích thích làm người bệnh tăng tiết chất nhầy.
6	Rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật.	Tóc gọn gàng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
7	Đo ống từ cánh mũi đến trái tai.	Xác định chính xác khoảng cách từ mũi đến hầu.	Trong khi đo không được chạm ống lên người bệnh nhân, làm dấu bằng băng keo vị trí đã đo.
8	Gắn Catheter vào hệ thống oxy.		Giữ cho ống catheter được an toàn.
9	Làm trơn ống.	Tránh trầy xước niêm mạc mũi.	Nếu dùng chất trơn tan trong nước thì phải bôi trơn từ đầu ống xuống thân khoảng 10-15 cm, tránh bít các lỗ dẫn khí.
10	Mở oxy.	Kiểm tra sự thông khí trong hệ thống dẫn oxy.	Mở oxy với áp lực nhẹ.
11	Đặt ống vào mũi, đến hầu.	Đặt ống vào hầu.	Tránh kích thích người bệnh, kiểm tra lại bằng que đè lưỡi.
12	Cố định ống an toàn.	Giữ cho ống không bị sút ra.	Cố định sao cho ống không chèn ép lên cánh mũi của người bệnh.
13	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh.	Thực hiện liều oxy theo đúng y lệnh.	Điều chỉnh liều oxy theo y lệnh bác sĩ.
14	Quan sát người bệnh.	Theo dõi đáp ứng với điều trị.	Quan sát sắc mặt, da, niêm, tình trạng hô hấp có cải thiện không.
15	Dọn dẹp dụng cụ. Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 61.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở oxy bằng Catheter

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)			
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp			
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt)			
4	Kiểm tra hệ thống oxy			
5	Vệ sinh hai lỗ mũi			
6	Rửa tay			
7	Đo ống từ cánh mũi đến trái tai, làm dấu bằng băng keo vị trí đã đo			
8	Gắn Catheter vào hệ thống oxy			
9	Mở oxy với áp lực nhẹ, kiểm tra sự thông khí trong catheter			
10	Làm trơn ống			
11	Đặt ống vào mũi, đến hầu.			
12	Kiểm tra lại bằng que đũa lưỡi			
13	Cố định ống an toàn			
14	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh			
15	Quan sát người bệnh			
16	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 61.5. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng soạn dụng cụ cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Rửa tay			
2	Trải khăn sạch			
3	Soạn dụng cụ trên khăn: - Mask - Gạc			
4	Hệ thống thở oxy			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 61.6. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng cho người bệnh thở oxy qua Cannula

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được).	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc thông khí được dễ dàng.	Tư thế người bệnh tùy thuộc vào tình trạng bệnh.
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt).	Làm thông đường khí đạo.	Áp dụng phương pháp hút đờm an toàn nếu người bệnh không tự khạc nhổ được.
4	Kiểm tra hệ thống oxy.	Đảm bảo hệ thống oxy đầy đủ, sẵn sàng sử dụng.	Mở van, kiểm tra lượng oxy trong bình, hệ thống dẫn khí có bị hở không.
5	Vệ sinh hai lỗ mũi.	Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.	Vệ sinh nhẹ nhàng tránh gây kích thích làm người bệnh tăng tiết chất nhầy.
6	Rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật.	Tóc gọn gàng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
7	Gắn Cannula vào hệ thống oxy.		Giữ cho đầu cannula được an toàn.
8	Mở oxy với áp lực nhẹ.	Kiểm tra sự thông khí trong hệ thống dẫn oxy.	Kiểm tra oxy thoát ra từ Cannula.
9	Gắn Cannula vào mũi người bệnh.	Cung cấp oxy cho người bệnh.	Lưu ý 2 đoạn ống dẫn khí ngắn phải nằm theo chiều quặp xuống.
10	Cố định ống an toàn.	Giữ cho ống không bị sút ra.	Cố định sao cho ống không chèn ép lên vùng má của người bệnh.
11	Lót gạc hai má người bệnh.	Ngừa sự lở loét do đè cấn.	Lót gạc 2 bên má người bệnh vừa đủ tránh đè cấn
12	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh.	Thực hiện liều oxy theo đúng y lệnh	Điều chỉnh liều oxy theo y lệnh bác sĩ.
13	Quan sát tình trạng người bệnh.	Theo dõi đáp ứng với điều trị.	Quan sát sắc mặt, da, niêm, tình trạng hô hấp có cải thiện không.
14	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 61.7. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở oxy qua Cannula

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)			
2	Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh			
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt)			
4	Vệ sinh hai lỗ mũi			
5	Rửa tay			
6	Gắn ống vào hệ thống oxy			
7	Mở oxy với áp lực nhẹ			
8	Kiểm tra oxy thoát ra từ Cannula			
9	Gắn Cannula vào mũi người bệnh			
10	Cố định ống an toàn			
11	Lót gạc hai má người bệnh			
12	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh			
13	Cố định ống bằng kim băng			
14	Quan sát tình trạng người bệnh			
15	Báo cho người bệnh biết việc đã thực hiện xong (nếu được)			
16	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 61.8. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được).	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Đỡ người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc thông khí được dễ dàng.	Tư thế người bệnh tùy thuộc vào tình trạng bệnh.
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt).	Làm thông đường khí đạo.	Áp dụng phương pháp hút đờm an toàn nếu người bệnh không tự khạc nhổ được.
4	Kiểm tra hệ thống oxy.	Đảm bảo hệ thống oxy đầy đủ, sẵn sàng sử dụng.	Mở van, kiểm tra lượng oxy trong bình, hệ thống dẫn khí có bị hở không.
5	Rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật.	Tóc gọn gàng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
6	Gắn hệ thống oxy vào mask.		Giữ cho mask được an toàn.
7	Mở oxy với áp lực nhẹ. Kiểm tra oxy thoát ra qua mask.	Kiểm tra sự thông khí trong hệ thống dẫn oxy.	Kiểm tra oxy thoát ra từ mask.
8	Áp mask lên mũi-miệng bệnh nhân.	Cung cấp oxy cho người bệnh.	Vòng sợi dây ra sau vùng cằm, lưu ý mask phải ôm vừa sát mũi miệng. Mask có nhiều kích cỡ.
9	Lót gạc hai má người bệnh.	Ngừa sự lở loét do đè cắn.	Lót gạc 2 bên má người bệnh vừa đủ tránh đè cắn.
10	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh.	Thực hiện liều oxy theo đúng y lệnh.	Điều chỉnh liều oxy theo y lệnh bác sĩ.
11	Quan sát tình trạng người bệnh.	Theo dõi đáp ứng với điều trị.	Quan sát sắc mặt, da, niêm, tình trạng hô hấp có cải thiện không.
12	Dọn dẹp dụng cụ. Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 61.9. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)			
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh			
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt)			
4	Kiểm tra hệ thống oxy			
5	Rửa tay			
6	Gắn hệ thống oxy vào mask			
7	Mở oxy với áp lực nhẹ, Kiểm tra oxy thoát ra qua mask			
8	Áp mask lên mũi-miệng bệnh nhân, Vòng sợi dây ra sau vùng cằm			
9	Lót gạc hai má người bệnh			
10	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh			
11	Quan sát tình trạng người bệnh			
12	Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã xong			
13	Dọn dẹp dụng cụ			
14	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

KỸ THUẬT SỬ DỤNG LỀU DƯỠNG KHÍ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của cách sử dụng lều dưỡng khí.
2. Tiến hành được kỹ thuật cho thở oxy qua lều đúng cách.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật sử dụng lều thở oxy đúng cách.

1. MỤC ĐÍCH

Cung cấp dưỡng khí độ ẩm cao.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh rối loạn hệ hô hấp.

Người bệnh rối loạn hệ tuần hoàn và các rối loạn khác.

3. DỤNG CỤ

- Nguồn oxy.
- Khoá O₂, máy điều chỉnh lưu lượng O₂.
- Khung lều.
- Bao lều bằng cao su trong suốt.
- Nước cất.
- Ba ống cao su có khẩu kính nhỏ:
 - + Một nối vào bình nước để dẫn O₂ vào lều.
 - + Một nối với phần dưới của ngăn đá (để tháo nước ra).
 - + Một nối với vòi dẫn nước từ trong lều (tháo phần nước đọng trong lều).
- Hai bảng “Cắm hút thuốc”:
 - + Một treo ở bình O₂.
 - + Một treo ở cửa phòng.
- Bồn hạt đậu.
- Tấm cao su va vai trai.

4. DON DỆP DỤNG CỤ

- Khi dùng xong trút bỏ nước đá và tháo nước trong ngăn đá.
- Tháo bình nước, rửa sạch bình và ống cao su trong bình. Lau khô gắn lại chỗ cũ.
- Rửa sạch ngăn đá, khung, bao lều với nước ấm và xà bông, xả sạch lau khô.
- Xếp cao su bao lều ngay ngăn, gọn gàng cất vào chỗ cũ.
- Báo cáo với trưởng trại nếu có bộ phận hư hỏng để kịp thời sửa chữa.

5. GHI HỒ SƠ

- Thời gian cho trẻ nằm ở lều O₂.
- Tình trạng người bệnh trong khi sử dụng lều O₂.
- Lưu lượng O₂/phút.

6. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Sẵn sóc trẻ qua hai cửa sổ có khay kéo ở bên hông lều, khi xong đóng khay kéo lại ngay.
- Thường xuyên quan sát trẻ trong lều.
- Theo dõi:
- Lưu lượng O₂/phút và độ ẩm trong lều.
- Để giữ vững mức quy định.
- Luôn luôn giữ trẻ yên tĩnh, khô ráo và tiện nghi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Nêu ba yêu cầu cần nhận định khi cho người bệnh thở oxy.
2. Liệt kê ba trường hợp không nên cho người bệnh thở oxy bằng mặt nạ.
3. Nêu ba điểm điều dưỡng cần phải quan sát người bệnh khi cho thở oxy bằng mặt nạ.

Câu hỏi đúng sai

4. Thay ống thở oxy mũi hầu mỗi ngày.
5. Nước làm ẩm là nước sạch.

6. Mực nước làm ẩm nên giữ ở mức nửa chai.
7. Hút đờm cho tất cả các trường hợp người bệnh có nhiều đờm nhớt.
8. Nồng độ oxy được cung cấp như nhau ở ống thông mũi hầu và cannula.
9. Thoa phấn talc nơi da tiếp xúc với mặt nạ thở oxy.
10. Bóng cao su bị xẹp chứng tỏ người bệnh đang hít vào.
11. Nên cho người bệnh thở dưỡng khí bằng ống thông mũi hầu vì hiệu quả cao.
12. Cho thở oxy bằng cannula hiệu quả kém hơn ống thông mũi hầu.
13. Chăm sóc da nơi tiếp xúc với mặt nạ oxy bằng cồn.

ĐÁP ÁN

1. Tình trạng hô hấp, bệnh lý kèm theo, da niêm mũi miệng.
2. Tim bẩm sinh, bệnh suyễn, bệnh khí phế trướng kinh niên.
3. Bóng cao su (không bị xẹp), da mặt nơi tiếp xúc mặt nạ, mực nước trong chai làm ẩm oxy.

4. S	5. S	6. Đ	7. S	8. Đ
9. Đ	10. S	11. S	12. S	13. S

Bài 63

HÚT ĐỜM NHỚT

MỤC TIÊU

1. Kể được mục đích và các vị trí hút đờm nhớt.
2. Trình bày các yêu cầu nhận định người bệnh khi hút đờm.
3. Trình bày được các điểm cần lưu ý khi hút đờm.
4. Tiến hành được kỹ thuật hút đờm đúng cách và an toàn.
5. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật hút đờm nhớt đúng cách.

1. ĐỊNH NGHĨA

- Hút đờm nhớt là làm sạch và thông đường hô hấp.
- Hút đờm nhớt bao gồm hút thông đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới.
 - + Đường hô hấp trên: mũi, hầu họng.
 - + Đường hô hấp dưới: từ hầu thanh quản đến khí quản, phế quản.
- Có thể gây tai biến cho người bệnh: nhiễm khuẩn đường hô hấp, thiếu oxy, tổn thương niêm mạc đường hô hấp.

2. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch dịch xuất tiết để thông đường hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết để chẩn đoán.
- Phòng nhiễm khuẩn do dịch tích tụ.
- Hút sâu kích thích phản xạ ho.
- Tránh các biến chứng ở hệ hô hấp.

3. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nhiều đờm nhớt, không tự khạc được.
- Trẻ hôn mê, động kinh, co giật.
- Người bệnh có ống nội khí quản hoặc mở khí quản.

4. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH

- Nhận định tình trạng hô hấp: khó thở? đờm?
- Trợ giúp hô hấp? Bằng dụng cụ gì: máy thở, đặt nội khí quản, mở khí quản.
- Tính chất đờm: nhiều ít, nhầy đặc hay loãng.
- Bệnh lý đi kèm: hôn mê do xuất huyết não.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP HÚT ĐỜM

5.1. Hút thông đường hô hấp trên

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

5.2. Hút thông đường hô hấp dưới

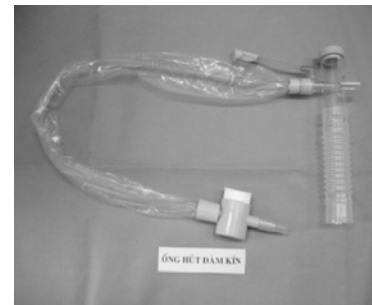
- Hút đờm nhớt ở phế quản: ống vào sâu khoảng 20 cm đối với người lớn hoặc đo từ đỉnh mũi đến trái tai rồi đo tiếp tới sụn giáp trạng.
- Đối với trường hợp hút qua đường miệng thì đo từ cung răng tới giữa đường ức.
- Hút phế quản: ống thông có thể chạm vào chỗ phân nhánh phế quản thì nên kéo lui ống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

6. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý KHI HÚT ĐỜM NHỚT

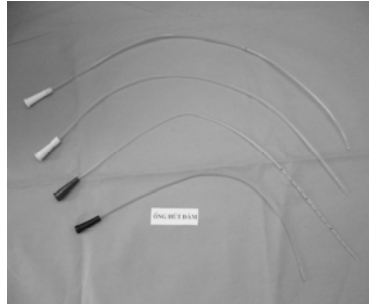
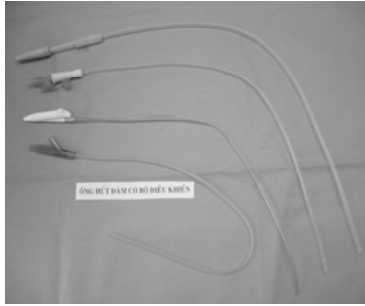
Khi hút cần lưu ý sự tăng tiết đờm nhớt do ống hút kích thích và làm người bệnh thiếu oxy khi hút nhiều lần và thời gian hút quá lâu.

- Đưa ống sâu đến khi người bệnh có phản xạ ho là được, không nên đưa ống sâu quá vì có thể gây kích thích dây thần kinh X.
- Hút thông đường hô hấp dưới dễ làm nhịp tim chậm và đôi khi ngừng nên cần phải theo dõi sát người bệnh trong suốt thời gian hút, nhất là lần hút đầu tiên.
- Đưa ống hút vào đúng vị trí, giai đoạn hút vào (nấp thanh quản mở).
- Trong lúc ống hút đang di chuyển vào, không nên thực hiện hút.
- Người bệnh nằm đầu ngửa tối đa với tư thế này việc hút đờm sẽ dễ dàng.

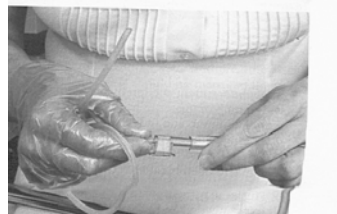
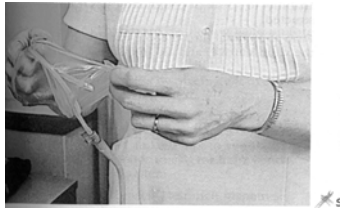
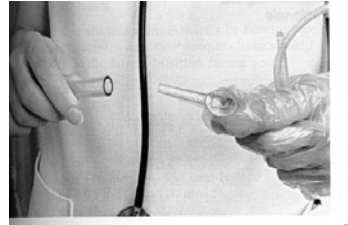
- Thời gian mỗi lần hút không quá 15 giây (thời gian mỗi động tác hút bằng với thời gian nhịp thở của người điều dưỡng).
- Tổng thời gian hút không quá 5 phút.
- Hút thông đường hô hấp dưới để kích thích thần kinh X cần phải theo dõi sát người bệnh.
- Kỹ thuật hút phải nhẹ nhàng.
- Đưa ống vào đúng vị trí rồi mới hút.
- Nên tăng nồng độ oxy 100% 3 phút trước và sau khi hút, bồi hoàn lại lượng dưỡng khí đã mất trong quá trình hút hoặc cho người bệnh hít thở sâu.
- Nếu đờm quá đặc có thể bơm 4-5 ml NaCl 0,9% trước khi hút.
- Dùng ống thông hút riêng biệt: một cho đường mũi, miệng, một cho lỗ khai khí quản.
- Trong khi hút nếu người bệnh có phản xạ buồn nôn thì nên kiểm tra vị trí ống hút có lạc vào thực quản hay không.
- Kích cỡ ống hút thích hợp:
 - + Người lớn: 12-18 Fr
 - + Trẻ em: 8-10 Fr
 - + Sơ sinh: 5-8 Fr
- Áp lực hút đờm nhớt:
- Có 3 mức của áp lực hút:
 - + Áp lực cao: 120-150 mmHg
 - + Áp lực trung bình: 80-120 mmHg
 - + Áp lực thấp: dưới 80 mmHg
- Thông thường khi hút đờm ta dùng áp lực:
- Hệ thông trung tâm:
 - + Người lớn: 100-120 mmHg
 - + Trẻ em trẻ sơ sinh: 50-75 mmHg
- Hệ thống xách tay:
 - + 9-15 mmHg (15-20 cmH20)



Hình 63.1. Ống hút đờm kín



Hình 63. 2. Các loại ống hút đờm



step 12. inserting catheter.

Hình 63.3. Các bước trong quy trình hút đờm



Hình 63.4. khay đựng dụng cụ hút đờm

Bảng 63.1. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng soạn dụng cụ hút thông đường hô hấp trên

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Mang khẩu trang, rửa tay			
2	Khay trải khăn vô khuẩn			
3	Soạn các dụng cụ trong khăn: - Chén chung chứa NaCl 0,9% - Gạc - Ống hút đờm			
4	Dụng cụ ngoài khay: - Găng tay vô khuẩn - Máy hút đờm - Túi đựng rác y tế - Khăn bông			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 63.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng hút thông đường hô hấp trên

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được).	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc thông khí được dễ dàng.	Tư thế người bệnh tùy thuộc vào tình trạng bệnh.
3	Trải khăn bông.	Tránh chất tiết dính lên áo người bệnh.	Trải khăn choàng qua cổ.
4	Tăng oxy lên 100% cho thở trong 1-2 phút.	Bù lượng oxy mất do hút đờm.	Nếu đang thở oxy hoặc cho người bệnh hít thở sâu.
5	Mở khay vô khuẩn.	Bộc lộ dụng cụ.	Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi mở mâm.
6	Mang găng tay vô khuẩn.	Đảm bảo sự vô khuẩn cho kỹ thuật.	Tay chưa mang găng không chạm vào mặt ngoài của găng.
7	Gắn ống hút vào dây nối an toàn.	Duy trì tình trạng vô khuẩn cho ống hút đờm.	Tay thuận làm tay vô khuẩn, tay không thuận làm tay sạch.
8	Hút nước thử máy.	Kiểm tra hệ thống máy hút trước khi sử dụng.	Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi kiểm tra hệ thống máy hút.
9	Đưa ống hút vào mũi đến hầu.	Hút thông vị trí bị nghẹt đờm có ảnh hưởng đến hô hấp.	Đặt ống đúng vị trí mới được hút.
10	Mở máy hút.	Tránh làm tổn thương niêm mạc họng và khí quản khi hút.	Khi hút, vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra.
11	Hút nước tráng ống. Tiếp tục hút đến sạch.	Tránh ngẹt đờm trong lòng ống.	Mỗi lần hút là nên hút lại nước NaCl 0,9%.
12	Tháo ống hút và găng tay cho vào túi giấy.	Xử lý chất thải đúng cách.	Tránh chạm vào vùng nhiễm khi tháo găng.
13	Quan sát người bệnh.	Theo dõi đánh giá sự thông khí của người bệnh.	Quan sát sắc mặt, da, niêm, tình trạng hô hấp có cải thiện không.
14	Cho bệnh nhân nằm tiện nghi, báo việc đã xong.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
15	Dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 63.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng: hút thông đường hô hấp trên

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)			
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp			
3	Trải khăn choàng qua cổ			
4	Mở khay vô khuẩn			
5	Mang găng tay vô khuẩn			
6	Gắn ống hút vào dây nối an toàn			
7	Hút nước thử máy			
8	Đưa ống hút vào mũi đến hầu			
9	Mở máy, vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra			
10	Hút nước tráng ống. Tiếp tục hút đến sạch			
11	Hút ở miệng: đưa ống hút vào miệng và tiếp các bước 15,16,17			
12	Tháo ống hút và găng tay cho vào túi giấy			
13	Theo dõi tình trạng người bệnh trong suốt thời gian hút			
14	Cho bệnh nhân nằm tiện nghi, báo việc đã xong			
15	Dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 63.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng soạn dụng cụ hút thông đường hô hấp qua nội khí quản hoặc mở khí quản

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Nhận định tình trạng người bệnh			
2	Mang khẩu trang, rửa tay			
3	Khay trải khăn vô khuẩn			
4	Soạn các dụng cụ vô khuẩn trong khay: - 2 chén chung đựng NaCl 0,9% hoặc nước cất - Gạc - 2 ống hút đờm			
5	Dụng cụ ngoài khay: - Găng tay vô khuẩn - Khăn lông - Máy hút đờm - Túi đựng rác y tế			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 63.5. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng hút thông đường hô hấp trên qua nội khí quản hoặc mở khí quản

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Mang dụng cụ đến bên giường, báo và giải thích cho người bệnh.	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	Ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Cho người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai. Bộc lộ nơi mở khí quản.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc thông khí được dễ dàng.	Tư thế người bệnh tùy thuộc vào tình trạng bệnh.
3	Trải khăn bông.	Tránh chất tiết dính lên áo người bệnh.	Trải khăn choàng qua cổ.
4	Tăng oxy lên 100% cho thở trong 1-2 phút (nếu có thở oxy).	Bù lượng oxy mất do hút đờm.	Nếu đang thở oxy hoặc cho người bệnh hít thở sâu.
5	Mở khay dụng cụ vô khuẩn.	Bộc lộ dụng cụ.	Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi mở mâm.
6	Mang găng tay vô khuẩn.	Đảm bảo sự vô khuẩn cho kỹ thuật.	Tay chưa mang găng không chạm vào mặt ngoài của găng.
7	Gắn ống hút vào dây nối an toàn.	Duy trì tình trạng vô khuẩn cho ống hút đờm.	Tay thuận làm tay vô khuẩn, tay không thuận làm tay sạch.
8	Hút nước thử máy.	Kiểm tra hệ thống máy hút trước khi sử dụng.	Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi kiểm tra hệ thống máy hút.
9	Đưa ống vào đúng vị trí (khoảng 8-12 cm).	Hút thông vị trí bị nghẹt đờm có ảnh hưởng đến hô hấp.	Đặt ống đúng vị trí mới được hút.
10	Mở máy hút.	Tránh làm tổn thương niêm mạc họng và khí quản khi hút.	Khi hút, vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra.
11	Hút nước tráng ống, tiếp tục hút đến sạch	Tránh nge đờm trong lòng ống	Mỗi lần hút là nên hút lại nước NaCl 0,9%
12	Bỏ ống hút đờm vào túi chứa chất thải y tế.	Xử lý chất thải đúng cách.	Tránh làm dính chất tiết vào người bệnh.
13	Gắn ống hút đờm mới vào dây nối.	Hút mũi miệng dùng ống hút riêng.	Tránh chạm vào vùng vô khuẩn của ống hút.
14	Hút đờm ở mũi miệng (giống như trên).	Làm thông đường hô hấp trên.	Áp dụng giống như kỹ thuật hút thông đường hô hấp trên.
15	Quan sát người bệnh.	Theo dõi đánh giá sự thông khí của người bệnh.	Quan sát sắc mặt, da, niêm, tình trạng hô hấp có cải thiện không.
16	Cho người bệnh tiện nghi, báo và giải thích việc đã xong.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
17	Dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 6.6. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng hút thông đường hô hấp qua nội khí quản hoặc mở khí quản

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Mang dụng cụ đến bên giường, báo và giải thích cho người bệnh			
2	Cho người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai			
3	Bộc lộ nơi mở khí quản			
4	Trải khăn bông choàng qua cổ			
5	Tăng oxy lên 100% cho thở trong 1-2 phút (nếu có thở oxy)			
6	Kiểm tra máy hút đờm			
7	Mở khay dụng cụ vô khuẩn			
8	Mang găng tay vô khuẩn			
9	Gắn ống hút vào dây nối an toàn			
10	Dùng gạc cầm đầu dưới ống hút đờm chừa 1 đoạn để hút			
11	Hút nước thử máy			
12	Đưa ống vào đúng vị trí (khoảng 8-12 cm)			
13	Mở máy, vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra			
14	Hút nước tráng ống			
15	Tiếp tục hút đến sạch			
16	Bỏ ống hút đờm vào túi rác			
17	Gắn ống hút đờm mới vào dây nối			
18	Hút đờm ở mũi miệng (giống như trên)			
19	Dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Nêu hai mục đích của hút đờm.
2. Điều dưỡng cần nhận định gì khi hút đờm cho người bệnh.
3. Thời gian mỗi lần hút không quá.....giây.

Câu hỏi đúng sai

4. Người bệnh có ống khai khí quản không được hút đờm.
5. Trẻ em đang co giật mà có đờm nhớt, cần chờ qua cơn co giật mới thực hiện hút đờm.
6. Trước và sau khi hút đờm nên cung cấp oxy 100% cho người bệnh khoảng 1-2 phút.
7. Dùng ống hút đờm riêng cho mũi miệng và lỗ mở khí quản.
8. Tổng thời gian của một đợt hút không quá 10 phút.

Chọn câu đúng nhất

9. Mục đích của hút đờm nhớt
 - A. Làm sạch dịch tiết, thông đường hô hấp
 - B. Tạo thuận lợi cho lưu thông, trao đổi khí
 - C. Lấy dịch tiết để chẩn đoán
 - D. Phòng nhiễm khuẩn do dịch tích tụ
 - E. Tất cả đều đúng
10. Hút thông đường hô hấp trên là:
 - A. Hút qua mũi miệng
 - B. Hút qua miệng
 - C. Hút qua mũi
 - D. Hút qua nội khí quản
 - E. Hút qua mở khí quản
11. Thời gian mỗi lần hút không quá:
 - A. 5 phút
 - B. 2 phút
 - C. 15 giây
 - D. 3 phút
 - E. 5 giây

12. Nếu đờm đặc quá, chúng ta có thể nhỏ vào nội khí quản hoặc mở khí quản dung dịch:
- A. Betadin
 - B. Nước muối sinh lý 0,9%
 - C. Glucose 5%
 - D. Alpha chymotrypsin
 - E. Atropin
13. Áp lực hút đờm đối với người lớn với hệ thống trung tâm là:
- A. 50-60 mmHg
 - B. 80-100 mmHg
 - C. 100-20 mmHg
 - D. 70-90 mmHg
 - E. 120-150 mmHg
14. Chọn cỡ ống hút đờm cho người lớn thích hợp là:
- A. 5 Fr
 - B. 6 Fr
 - C. 8 Fr
 - D. 10 Fr
 - E. 14 Fr
15. Điều không được làm khi hút đờm là:
- A. Hút một lần không quá 15 giây
 - B. Tăng nồng độ oxy 100% 1-2 phút trước và sau khi hút
 - C. Dùng chung ống hút cho mũi và lỗ mở khí quản
 - D. Có thể bơm 4-5 ml NaCl 0,9% trước khi hút đờm
 - E. Đưa ống vào đúng vị trí rồi mới hút

ĐÁP ÁN

4. S 5. S 6. Đ 7. Đ 8. S 9. E
10. A 11. C 12. B 13. C 14. E 15. C

NHỮNG NGUYÊN TẮC DÙNG THUỐC

MỤC TIÊU

1. Kể những yêu cầu cần thiết khi dùng thuốc cho người bệnh.
2. Liệt kê được các phương pháp dùng thuốc.
3. Trình bày được nguyên tắc cơ bản trong việc cho thuốc.
4. Kể được các tai biến khi dùng thuốc và cách xử trí.

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. NHỮNG YÊU CẦU CẦN THIẾT KHI DÙNG THUỐC

2.1. Có kiến thức về thuốc

- Tên thuốc, biệt dược
- Tác dụng thuốc
- Liều lượng thuốc
- Thời gian bán hủy
- Thời gian tác dụng
- Đường đào thải của thuốc
- Tương tác thuốc
- Tác dụng phụ của thuốc
- Nắm vững quy chế về thuốc

2.2. Tác phong làm việc của người điều dưỡng

2.2.1. Phải có tinh thần trách nhiệm

- Phải sáng suốt khi nhận y lệnh.

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

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

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

2.3. Nhận định về người bệnh

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

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

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

2.5. Áp dụng 3 kiểm tra 5 đối chiếu và 6 điều đúng trong suốt quá trình dùng thuốc

*** 3 Kiểm tra:**

1. Tên người bệnh
2. Tên thuốc
3. Liều thuốc

*** 5 đối chiếu:**

1. Số giường, số phòng
2. Nhãn thuốc
3. Chất lượng thuốc
4. Đường tiêm thuốc
5. Thời hạn dùng thuốc

*** 5 Điều đúng:**

1. *Đúng người bệnh:* một trong những phần quan trọng trong việc dùng thuốc là phải đảm bảo rằng thuốc được đưa vào đúng người bệnh. Có nhiều người bệnh giống nhau về tên, họ, tuổi vì vậy để tránh nhầm lẫn là khi có 2 người bệnh giống nhau ta nên sắp xếp giường khác phòng nhau hoặc nếu không có thể cho họ nằm ở 2 vị trí cách xa nhau, và điều quan trọng nhất là ta phải hỏi tên họ, số giường, số phòng, trước khi dùng thuốc.

2. *Đúng thuốc:* khi dùng thuốc cho người bệnh, người điều dưỡng phải đọc nhãn thuốc 3 lần vào 3 thời điểm sau:

- Khi lấy thuốc ra khỏi tủ hoặc nơi cất giữ.
- Khi lấy thuốc ra khỏi vật chứa: lọ, ống, chai thuốc.
- Trước khi trả chai, lọ thuốc về chỗ cũ hoặc bỏ vào thùng rác.

3. *Đúng liều:* sự tính toán liều cần phải được chính xác do vậy để tránh nhầm lẫn người điều dưỡng cần phải lấy thuốc trong môi trường hoàn toàn yên tĩnh, phải chú tâm cao độ, không làm việc gì khác, đôi khi cũng cần kiểm tra lại sự tính toán của mình bằng cách so với các điều dưỡng khác. Sau khi tính toán liều thuốc chính xác, người điều dưỡng phải biết dùng dụng cụ đo lường chính xác từng ml hay từng giọt một, việc bẻ đôi một viên thuốc nên dùng dụng cụ cắt thuốc cho cân xứng. Với số lượng thuốc quá nhỏ vài giọt ta có thể cho trực tiếp vào miệng người bệnh hoặc cho một ít nước vào ly trước khi cho thuốc vào để tránh thuốc dính vào ly.

4. *Đúng đường dùng thuốc:* khi sử dụng thuốc người điều dưỡng cần phải kiểm tra chắc chắn thuốc dùng cho đường nào: uống, ngoài da, niêm mạc hay tiêm vì nếu nhầm lẫn thì sẽ gây hậu quả rất nghiêm trọng. Ví dụ: thuốc dùng ngoài da lại đem uống sẽ gây ngộ độc những chất không thể hấp thu qua niêm mạc tiêu hoá hoặc thuốc dùng tiêm bắp lại dùng tiêm tĩnh mạch có thể gây thuyên tắc mạch vì thuốc tiêm bắp có thể có tính chất không tan trong máu.

5. *Đúng thời gian:* điều dưỡng phải biết vì sao một số thuốc được cho y lệnh vào một số giờ nhất định trong ngày, ví dụ: thuốc lợi tiểu không nên dùng sau 15 giờ vì người bệnh có thể đi tiểu ban đêm gây mất giấc ngủ, hoặc một số thuốc như kháng sinh cần duy trì nồng độ thuốc đều trong máu do phải cách mỗi 8 tiếng hoặc 12 tiếng dùng thuốc một lần. Nếu như ta không thực hiện đúng thì hiệu quả của việc điều trị sẽ giảm và đôi khi sẽ mất tác dụng và có thể gây nặng thêm cho người bệnh.

2.6. Theo dõi tác dụng của thuốc

- Biết kết quả điều trị sau khi dùng thuốc cho người bệnh để góp ý với bác sĩ điều trị về liều lượng hoặc chọn thuốc phù hợp với bệnh trạng của người bệnh.
- Phát hiện sớm và phòng ngừa tai biến về thuốc cho người bệnh.
- Một số trường hợp đặc biệt cần theo dõi: do khác nhau về tuổi, cân nặng, diện tích bề mặt của da, khả năng hấp thu, chuyển hoá và bài tiết thuốc. Liều của trẻ em thấp hơn liều của người lớn và cũng khác so với người già, vì vậy tùy theo từng đối tượng mà người điều dưỡng phải biết sự thay đổi để chăm sóc.
- + **Đối với trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ:** thuốc thường không được đóng thành gói nhỏ theo liều lượng của trẻ do vậy việc tính liều lượng thuốc phải tính toán rất cẩn thận. Tất cả các trẻ nhỏ đều cần phải có sự chuẩn bị tâm lý trước khi cho dùng thuốc đặc biệt là dùng thuốc qua đường tiêm vì sẽ làm bé đau và không hợp tác, do vậy tùy theo lứa tuổi mà người điều dưỡng có cách giải thích riêng, nhưng đôi khi cũng cần phải dùng áp lực thì lúc này nên thực hiện kỹ thuật nhanh, chính xác để giảm bớt nguy cơ tai biến cho trẻ. Cha mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ thường dễ gần và dễ cho trẻ uống thuốc, nên đôi khi có thể người điều dưỡng đưa thuốc để họ cho trẻ uống dưới sự giám sát của điều dưỡng.
- + **Đối với người già:** cũng cần những chú ý đặc biệt trong quá trình dùng thuốc vì ở tuổi già quá trình hấp thu chất giảm, sự đào thải chậm, các yếu tố về hành vi và kinh tế sẽ ảnh hưởng đến việc dùng thuốc của họ. Ngoài ra, do có nhiều kinh nghiệm trong cuộc sống một số người bệnh thường ý lại hay tự ý thay đổi liều lượng, hoặc uống không đủ liều, ngưng thuốc giữa chừng, hoặc thậm chí đôi khi do không tin tưởng vào thầy thuốc hoặc do tốn kém một số người bệnh còn dùng các loại thuốc dân gian hoặc nghe theo kinh nghiệm của người khác để dùng thuốc và đã gặp không ít những tai biến. Do vậy, người điều dưỡng phải biết nhận định đúng tình trạng người bệnh nhất là về mặt tâm sinh lý để có thể hướng dẫn, phòng ngừa những tình huống xấu xảy ra

2.7. Ghi chép hồ sơ

- Ngày giờ dùng thuốc, tên thuốc đã dùng, đường dùng thuốc.
- Chỉ ghi thuốc do chính tay mình thực hiện.
- Ghi nhận lại trường hợp không dùng thuốc được cho người bệnh, lý do.
- Ghi nhận lại những tai biến nếu có.
- Ghi tên người điều dưỡng thực hiện.

3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÁC DỤNG CỦA THUỐC

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

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP DÙNG THUỐC

Dựa vào tình trạng của người bệnh, dựa vào tác dụng dược tính của thuốc mà ta có các phương pháp dùng thuốc sau:

4.1. Uống

- Tác dụng chậm, ít gây tai biến, tiện dụng.
- Không được uống các loại thuốc cùng một lúc với nhau (phòng ngừa tương tác thuốc), nếu cần có thể uống cách nhau 10-15phút.
- Theo dõi dấu sinh hiệu cho người bệnh khi dùng các loại thuốc có tác dụng lên hệ tuần hoàn, hô hấp.
- Cho người bệnh ngậm nước đá, hút qua ống hút hoặc pha thuốc với một ít đường để dễ uống.
- Không nên cho người bệnh uống thuốc đắng hoặc có mùi tanh ngay sau khi ăn để tránh tình trạng nôn ói.
- Thuốc lợi tiểu phải uống trước 15 giờ.
- Đối với thuốc có thể làm tổn thương niêm mạc dạ dày phải cho người bệnh uống sau khi ăn no.
- Thuốc có tác dụng làm hư men răng, nên cho người bệnh hút qua ống hút.
- Các loại thuốc sunfamid nên cho người bệnh uống với nhiều nước tránh thuốc lắng đọng ở thận.
- Nước dùng để uống thuốc tốt nhất là nước ấm.
- Đối với người bệnh mê, cho uống thuốc qua sonde dạ dày.

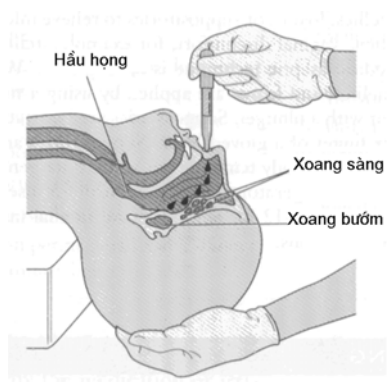
** Thuốc uống qua sonde:*

- Cần phải cán nhuyễn và pha loãng thuốc trước khi bơm qua sonde.
- Kiểm tra vị trí sonde.

- Bơm 15-30 ml nước (người lớn), 5-10 ml (trẻ nhỏ). Trước và sau khi bơm thuốc.
- Nếu có 2-3 loại thuốc nên bơm từng loại, khoảng cách giữa 2 loại là nước để tránh tương tác.
- Nếu đang dùng máy hút qua sonde: ngắt máy hút 20-30 phút sau khi bơm thuốc rồi mới cho hoạt động trở lại.
- Ghi rõ số lượng nước và thuốc nếu có sự rối loạn nước điện giải.

4.2. Thuốc ngấm qua niêm mạc

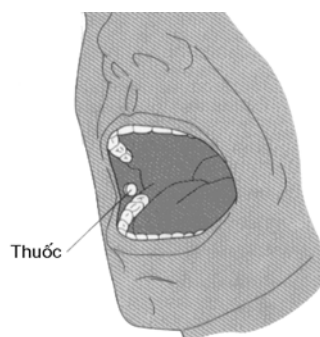
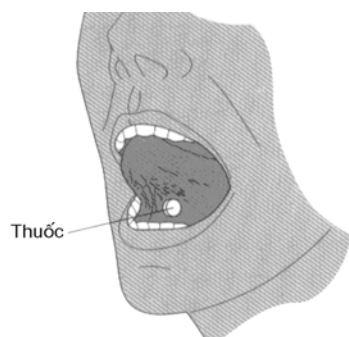
- Thuốc dùng cho niêm mạc: mắt, tai, mũi, họng, lưỡi, hậu môn, âm đạo thường có tác dụng nhanh.
- Thuốc đặt hậu môn phải ngấm qua nước đá.
- Thuốc đặt âm đạo nên nhúng qua nước trước khi đặt.
- Nên cho người bệnh nằm yên trên giường sau khi đặt ít nhất 30 phút để tránh thuốc rút ra ngoài.



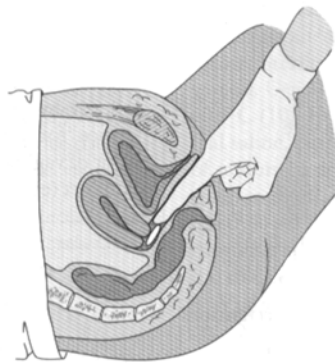
Hình 64.1. Thuốc dùng qua niêm mạc



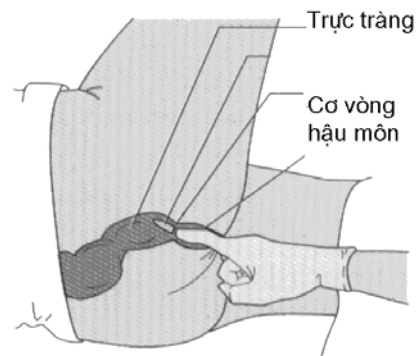
Hình 64.2. Thuốc dùng qua niêm mạc



Hình 64.3. Thuốc dùng qua niêm mạc miệng



Hình 64.4. Thuốc dùng qua niêm mạc âm đạo



Hình 64.5. Thuốc dùng qua niêm mạc âm hậu môn

4.3. Thuốc tác dụng ngoài da

- Rửa sạch vùng da trước khi bôi thuốc.
- Nên massage vùng bôi thuốc giúp thuốc hấp thu nhanh hơn.

4.4. Tiêm thuốc

- Trong các trường hợp cấp cứu: cần tác dụng nhanh.
- Những loại thuốc gây:
 - + Tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa.
 - + Không hấp thu được qua đường tiêu hóa.
 - + Bị phá hủy bởi dịch đường tiêu hóa.
- Người bệnh không thể uống được:
 - + Nôn ói nhiều.
 - + Người bệnh chuẩn bị mổ.
 - + Tâm thần, không hợp tác.

4.5. Các tai biến khi tiêm thuốc

4.5.1. Do vô khuẩn không tốt

- Absces nóng.
- Viêm tĩnh mạch.
- Nhiễm trùng huyết.

4.5.2. Do quá trình tiêm

- Nhầm lẫn thuốc: không áp dụng 3 tra 5 đối

- Gãy kim: người bệnh gãy giữa.
- Chạm dây thần kinh tọa, thần kinh cánh tay do xác định sai vị trí tiêm.
- Shock do bơm thuốc quá nhanh (IV).
- Gây tắc mạch do: khí, thuốc, vật lạ (lông).
- Tiêm nhầm vào động mạch.
- Absces lạnh do thuốc không tan, tiêm nhiều lần cùng một chỗ.

4.5.3. Do tác dụng của thuốc

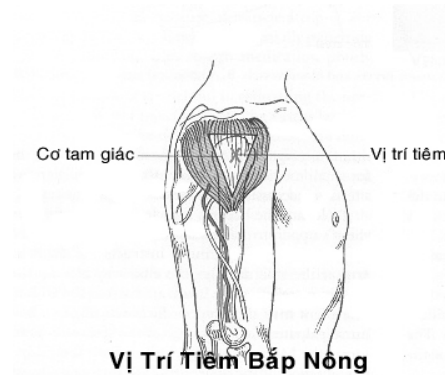
- Shock do cơ thể phản ứng với thuốc.
- Tiêm sai đường tiêm gây hoại tử mô (CaCl_2).
- Viêm tĩnh mạch.

4.6. Tiêm bắp (INTRA MUSCULAR) IM

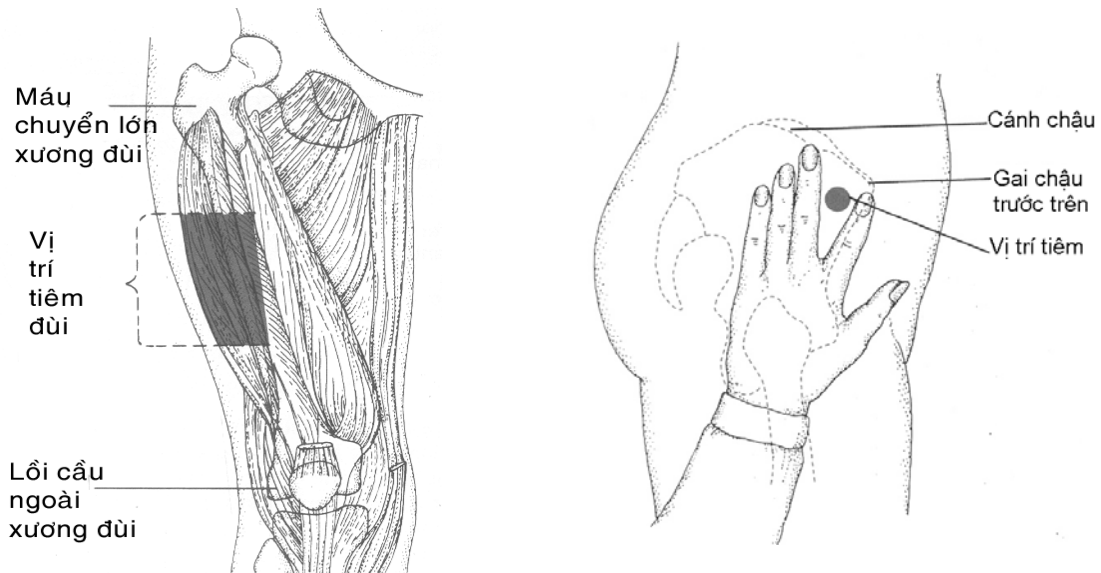
- Cỡ kim: 21-23 G dài 2,5-4 cm.
- Góc độ tiêm: 90 độ so với mặt da.
- Vị trí tiêm:

- + Tiêm bắp nông:
 - Cơ delta cách ụ vai 5 cm.
 - Lượng thuốc không quá 1 ml.
 - Không dùng tiêm thuốc dầu.
 - Không dùng cho cơ delta chưa phát triển (trẻ < 2 tuổi, liệt).

- + Tiêm bắp sâu:
 - Đùi: 1/3 giữa mặt ngoài đùi: lượng thuốc không quá 5 ml (cơ rộng ngoài đùi), không quá 2 ml (cơ thẳng đùi).
 - Mông: 1/3 trên ngoài đường nối giữa gai chậu trước trên và xương cùng hoặc đặt bàn tay lên lồi cầu xương đùi, hướng các ngón lên phía trên, ngón trỏ đặt ở gai chậu trước trên, ngón giữa dang rộng dọc theo cánh chậu, vị trí tiêm là trung tâm hình tam giác được tạo ra do ngón giữa và ngón trỏ.
- + Không dùng cho cơ mông chưa phát triển (trẻ < 2 tuổi, liệt).
- + Lượng thuốc tiêm không quá 3 ml.



Hình 64.6. Vị trí tiêm bắp nông



Hình 64.7. Vị trí tiêm bắp đùi và mông

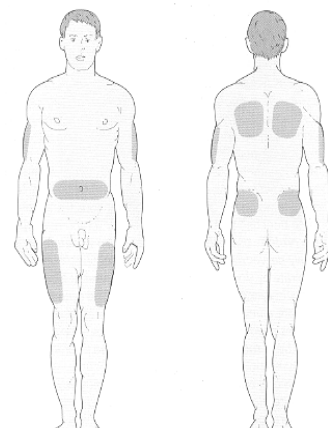
Bảng 64.1. Dung lượng thuốc tương ứng với vị trí tiêm bắp

Vị trí	Trẻ dưới 18 tháng	Trẻ trên 6 tuổi	Người lớn
Cơ delta		0,5 ml	1 ml
Cơ thẳng đùi	0,5 ml	1,5 ml	2 ml
Cơ rộng ngoài đùi	0,5 ml	1,5 ml	5 ml
Ventrogluteal	0,5 ml	1,5 ml	3 ml
Dorsogluteal		1,5 ml	3 ml

4.7. Tiêm dưới da (SUBCUTANEOUS) S/C

Tiêm vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da.

- Cỡ kim: 25 G; dài: 1-1,6 cm.
- Góc độ tiêm: trung bình 45 độ so với mặt da.
 - + 80 kg: 90 độ
 - + <30 kg: 15-30 độ
- Vị trí tiêm: tiêm vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da.
 - + Cơ delta: đầu dưới cơ delta.
 - + Hai bên bả vai.
 - + Hai bên rốn cách rốn 5 cm.
 - + 1/3 giữa mặt ngoài, trước của đùi.

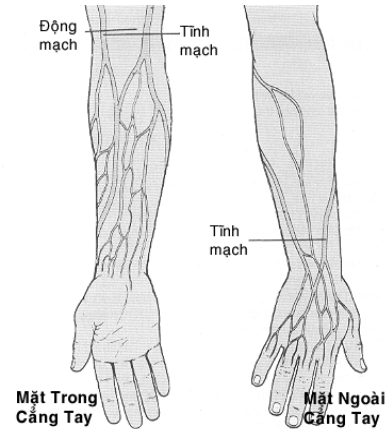


Hình 64.8. Các vị trí tiêm dưới da

4.8. Tiêm tĩnh mạch (Intravenous) IV

Cho thuốc trực tiếp vào mạch máu.

- Cỡ kim: 19-21 G, dài: 2,5-4 cm.
- Góc độ tiêm: 30-40 độ so với mặt da tùy theo vị trí tĩnh mạch.
- Vị trí tiêm: các tĩnh mạch ngoại biên. Ưu tiên chọn các tĩnh mạch.
 - + To, rõ, ít di động.
 - + Mềm mại, không gập khớp.

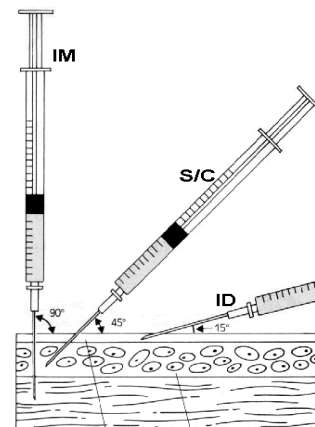


Hình 64.9. Các vị trí tiêm tĩnh mạch

4.9. Tiêm trong da T (INTRADERMAL) I/D

Tiêm vào lớp dưới thượng bì có tác dụng chủng ngừa hoặc thử phản ứng thuốc.

- Cỡ kim: 26- 27 G, dài: 0,6-1,3 cm.
- Góc độ tiêm: 15 độ so với mặt da.
- Vị trí: tiêm vào vùng dưới thượng bì, chọn vùng da ít va chạm, trắng, không sẹo, lông.
 - + 1/3 trên mặt trong cẳng tay (thông dụng nhất).
 - + Hai bên cơ ngực lớn.
 - + Hai bên bả vai.



Hình 64.10. Các góc độ tiêm

4.10. Kỹ thuật làm test lấy da: để thử phản ứng thuốc (theo thông tư số 08/1999-TT-BYT, ngày 04 tháng 5 năm 1999)

- Nhỏ một giọt dung dịch kháng sinh (penicillin hoặc streptomycin) nồng độ 100.000 đơn vị/1ml lên mặt da (1 gram streptomycin tương đương 1 triệu đơn vị).
- Cách đó 3-4 cm nhỏ một giọt dung dịch NaCl 0,9% (làm chứng).
- Dùng kim tiêm vô khuẩn (số 24) châm vào 2 giọt trên (mỗi giọt dùng kim riêng) qua lớp thượng bì, tạo với mặt da một góc 45° rồi lấy nhẹ, không được làm chảy máu.
- Sau 20 phút đọc và đánh giá kết quả:

Mức độ	Ký hiệu	Biểu hiện
âm tính		Giống như chứng âm tính.
Nghi ngờ	+ / -	Ban sẩn đường kính < 3 mm.
Dương tính nhẹ	+	Đường kính ban sẩn 3-5 mm, ngứa, xung huyết.
Dương tính vừa	++	Đường kính ban sẩn 6-8 mm, ngứa, ban đỏ.
Dương tính mạnh	+++	Đường kính ban sẩn 9-12 mm, ngứa, chân giả.
Đông tính rất mạnh	++++	Đường kính trên 12 mm, ngứa nhiều, nhiều chân giả.

6. NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ

(Theo thông tư số 08/1999-TT- BYT, ngày 04 tháng 5 năm 1999)

Các khoản cần thiết phải có trong hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ (tổng cộng: 7 khoản).

1. Adrenalin 1 mg – 1 ml: 2 ống
2. Nước cất 10 ml: 2 ống
3. Bơm kim tiêm vô khuẩn (dùng một lần): 10 ml: 2 cái; 1 ml: 2 cái.
4. Hydrocortison hemisuccinate 100 mg hoặc methyprednisolon (solumedrol 40 mg hoặc depersolon 30 mg): 2 ống.
5. Phương tiện khử trùng P (bông, băng, gạc, cồn).
6. Dây garrot.
7. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ.

Các dụng cụ khác:

- Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến, các phòng điều trị nên có các thiết bị y tế sau: bơm xịt Salbutamol hoặc Terbutalin.
- Bóng Ambu và mặt nạ.
- Ống nội khí quản.
- Than hoạt.

6. PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

(kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT, ngày 04 tháng 5 năm 1999)

6.1. Triệu chứng

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi).
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, tiêu tiểu không tự chủ.
- Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê.
- Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.

6.2. Xử trí

6.2.1. Xử trí ngay tại chỗ

- Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi).
- Cho người bệnh nằm tại chỗ.
- Thuốc: adrenalin là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ. Adrenalin dung dịch 1/1.000, ống 1 ml = 1 mg tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:
 - + 1/2-1 ống ở người lớn.
 - + Không quá 0,3 ml ở trẻ em (ống 1 ml (1 mg) + 9 ml nước cất = 10 ml, sau đó tiêm 0,1 ml/kg).
 - + Hoặc adrenalin 0,01 mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn. Lại bình thường.
- Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10-15 phút/lần (nằm nghiêng nếu có nôn).
- Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenalin dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhầy giáp.

6.2.2. Xử trí tiếp theo: tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến

- Xử trí suy hô hấp
- Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch adrenalin
- Các thuốc khác: methylprednisolon 1-2 mg/kg/4giờ hoặc hydrocortison hemisuccinate 5 mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch.
- Điều trị phối hợp.

- + Uống than hoạt 1 g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
- + Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

Lưu ý:

* Điều dưỡng có thể sử dụng adrenalin dưới da theo phác đồ khi y bác sĩ không có mặt.

* Hồi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

7. NHÓM THUỐC DỄ GÂY DỊ ỨNG CẦN THEO DÕI SÁT KHI TIÊM THUỐC

- Thuốc kháng sinh.
- Vitamin: B1, B12, vitamin C.
- Thuốc kháng viêm non-steroid.
- Thuốc gây tê, gây ngủ, giãn cơ.
- Nội tiết tố: Insulin, ACTH.
- Dịch truyền có protein.
- Vaccin và huyết thanh.
- Chất cản quang có iod.

8. TIÊU CHUẨN XÁC ĐỊNH MŨI TIÊM AN TOÀN

8.1. Tiêu chuẩn cấu trúc

- Bơm tiêm vô khuẩn.
- Kim tiêm vô khuẩn.
- Trên xe tiêm có hộp đựng vật sắc nhọn.
- Trên xe tiêm có hộp chống sốc đủ cơ số.

8.2. Tiêu chuẩn quy trình

- Rửa tay/sát khuẩn tay trước khi tiêm.
- Không lưu kim pha thuốc trên lọ thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm.
- Thân kim tiêm không nhiễm bẩn trước khi tiêm.
- Rút nòng kiểm tra trước khi bơm thuốc.
- Tiêm thuốc đúng chỉ định (5 đúng).
- Không dùng tay đập lại nắp kim tiêm.
- Cô lập kim tiêm nhiễm khuẩn trong hộp cứng.

9. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

9.1. Nhận định

9.1.1. Các dấu hiệu chủ quan

- Các bệnh lý trước đây.
- Tiền sử về dị ứng: thuốc, thức ăn, mùi.
- Nếu có người điều dưỡng phải ghi rõ vào hồ sơ đặc biệt tên các loại thuốc bị dị ứng.
- Cách ăn uống, thói quen hàng ngày để khuyên người bệnh nên hạn chế hoặc kiêng tuyệt đối để tránh tương tác với thuốc sẽ được dùng trên người bệnh.
- Sự nhận thức và hợp tác của người bệnh: đối với những người bệnh có sự hạn chế về nhận thức hay ít hợp tác thì người điều dưỡng phải nhận định rõ tình trạng tri giác để báo bác sĩ quyết định phương pháp dùng thuốc cho người bệnh hiệu quả và an toàn nhất.
- Kiến thức về thuốc của người bệnh: kiến thức và sự hiểu biết của người bệnh về thuốc ảnh hưởng đến kết quả điều trị vì người bệnh có hiểu biết sẽ tuân thủ nghiêm ngặt hơn khi dùng thuốc và giúp việc theo dõi tác dụng hiệu quả hơn.
- Đánh giá về trình độ văn hoá của người bệnh để điều dưỡng quyết định sự cần thiết trong việc hướng dẫn cho người bệnh về cách sử dụng thuốc, tác dụng chính, phụ.

9.1.2. Các dấu hiệu khách quan

- Đo dấu sinh hiệu, cân nặng.
- Đánh giá tình trạng hiện tại, tri giác của người bệnh: phản xạ nuốt? Có đang đặt sonde nuôi ăn? hay tri giác mê, lơ mơ để chọn phương pháp dùng thuốc hiệu quả và an toàn nhất cho người bệnh.

9.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Thiếu kiến thức về thuốc do chưa từng có kinh nghiệm trước đây khi dùng thuốc.
- Lo lắng do việc dùng thuốc có ảnh hưởng đến sức khoẻ, kinh tế.
- Người bệnh nuốt khó hoặc không dám nuốt do tổn thương thần kinh hoặc do tổn thương đường hầu họng, hoặc thuốc có vị khó chịu.
- Có nguy cơ bị các tai biến khi dùng thuốc, đặc biệt là đường tiêm.
- Nguy cơ thuốc không tan do người bệnh được dùng thuốc qua đường tiêm quá nhiều.

9.3. Lập kế hoạch và can thiệp điều dưỡng

9.3.1. Yêu cầu chăm sóc

- Không có các biến chứng liên quan đến việc dùng thuốc.
- Dùng thuốc đạt được hiệu quả cao nhất.
- Người bệnh hiểu và hợp tác, tuân thủ theo yêu cầu điều trị.
- An toàn trong dùng thuốc cho người bệnh, nhân viên y tế và môi trường.

9.3.2. Lập kế hoạch và can thiệp

a. Nhận định được người bệnh và hiểu rõ tại sao người bệnh được dùng thuốc

b. Chuẩn bị thuốc dùng cho người bệnh

- Kiểm tra thuốc: tên thuốc, liều lượng, hàm lượng, đường dùng, chất lượng, hạn sử dụng, sự nguyên vẹn của thuốc. Khi chuẩn bị một liều thuốc, điều dưỡng cần phải sao chiếu thuốc chính xác rõ ràng. Nếu y lệnh không đúng hay không thích hợp người điều dưỡng phải hỏi lại bác sĩ trước khi thực hiện.
- Chuẩn bị thuốc:
 - + Thuốc uống, thuốc dùng qua niêm mạc, qua da: đếm, đong lường số lượng chính xác.
 - + Thuốc tiêm: tính liều lượng chính xác.
 - + Điều dưỡng khi chuẩn bị và tính liều thuốc phải chú ý kỹ và tập trung tính toán chính xác tránh sự lầm lẫn
- Chuẩn bị kim và bơm tiêm phù hợp với số lượng thuốc, độ đậm đặc của thuốc, đường tiêm, loại thuốc. Kiểm soát sự vô khuẩn của ống tiêm và kim

c. Thực hiện nguyên tắc vô khuẩn khi tiêm thuốc.

d. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 6 đúng trong suốt quá trình dùng thuốc.

e. Dùng thuốc qua niêm mạc miệng không để cho người bệnh nuốt.

f. Dùng thuốc qua da nên vệ sinh da sạch sẽ và lau khô trước khi dùng.

g. Khi tiêm thuốc cần phải mang theo hộp thuốc chống sốc.

h. Khi tiêm bất cứ đường tiêm nào đều không được đâm hết thân kim.

i. Không được pha trộn các loại thuốc với nhau trong cùng một ống tiêm. Hoặc không được uống chung các loại thuốc với nhau khi không có y lệnh.

j. Xác định vị trí tiêm đúng, nên thay đổi vị trí tiêm.

k. Theo dõi và lượng giá sự đáp ứng thuốc của người bệnh.

- l. Chọn cỡ kim và chiều dài kim thích hợp.
- m. Kim không dính thuốc trước khi tiêm.
- n. Khi tiêm bắp loại thuốc có nguy cơ kích thích mô dưới da ta nên áp dụng cách tiêm Z tract.
- o. Khi tiêm Heparin không nên rút kim thử máu.
- p. Không nên massage vùng tiêm khi tiêm Heparin hoặc Insulin vì có thể gây tổn thương mô và giảm sự hấp thu.
- q. Chọn vùng tiêm: cơ thả lỏng không gồng cứng.
- r. Đâm và rút kim cùng 1 góc.
- s. Không nên tiêm lượng thuốc nhiều quá so với vị trí quy định.
- t. Tiêm thuốc từ từ khoảng 10 giây / 1ml.
- u. Sau tiêm dùng lực nhẹ ấn lên vùng tiêm.
- v. Giải thích cho người bệnh hiểu về vai trò và tác dụng của thuốc.
- w. Theo dõi tình trạng người bệnh trong và sau khi tiêm.
- x. Ghi hồ sơ: chỉ ghi những loại thuốc do chính tay mình thực hiện: ngày, giờ tiêm thuốc, tên thuốc, liều lượng, phản ứng của người bệnh và tên người điều dưỡng thực hiện. Các phản ứng xảy ra nếu có, nếu không thực hiện được điều dưỡng phải ghi lại lý do tại sao.
- y. Giáo dục y tế cho người bệnh là vai trò rất quan trọng của điều dưỡng. Có một số người bệnh phải dùng thuốc suốt đời như bệnh cao huyết áp, tiểu đường người điều dưỡng cần phải giáo dục cho người bệnh chế độ ăn, sinh hoạt, dùng thuốc tùy loại thuốc để kết quả điều trị tốt hơn và ít gây tai biến hơn cho người bệnh.

Hướng dẫn kỹ cho người bệnh những tác dụng chính và phụ của thuốc để họ có thể tự nhận biết những bất thường sớm.

Thông qua việc giáo dục người bệnh khi sử dụng thuốc, điều dưỡng có thể giáo dục cho người bệnh thay đổi lối sống để có được sức khỏe tốt nhất.

Nếu tình trạng bệnh yêu cầu phải được tiêm thuốc mỗi ngày thì điều dưỡng có thể hướng dẫn kỹ lưỡng cách tiêm để người bệnh có thể tự tiêm cho họ khi ở nhà.

Tất cả các người bệnh đều được hướng dẫn cơ bản về các vấn đề an toàn trong dùng thuốc:

- Thuốc phải có nhãn rõ ràng, còn nguyên vẹn.
- Không dùng thuốc quá hạn.
- Phải dùng hết thuốc theo y lệnh không được tự ý ngưng nữa chừng.

- Bảo quản cất giữ thuốc ở vị trí an toàn tránh xa tầm tay trẻ em.
- Nếu thuốc được yêu cầu bảo quản lạnh, để thuốc vào tủ lạnh ngăn mát.
- Không được tự ý dùng thuốc khi chưa có y lệnh của bác sĩ.
- Đọc nhãn thuốc và tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kỹ lưỡng.

9.4. Lượng giá

- Theo dõi và đánh giá việc đáp ứng của người bệnh với thuốc.
- Đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn: các dấu hiệu và triệu chứng của các tai biến do dùng thuốc: bầm vùng tiêm, đau, sốt.
- Đánh giá hiệu quả của thuốc: theo dõi các dấu hiệu và triệu chứng xem có tiến triển không?
- Người bệnh có hiểu biết, an tâm và tuân thủ theo yêu cầu của điều trị không?

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Không dùng thuốc qua đường uống trong các trường hợp:
 - A. Hôn mê
 - B. Nôn ói nhiều và liên tục
 - C. Khối u ở thực quản
 - D. Bệnh tâm thần không chịu uống thuốc
 - E. Tất cả đều đúng
2. Trước khi cho người bệnh dùng thuốc, nếu không rõ người điều dưỡng cần:
 - A. Thay đổi y lệnh của người thầy thuốc
 - B. Pha trộn nhiều loại thuốc với nhau
 - C. Thực hiện y lệnh qua miệng hoặc qua điện thoại
 - D. Phải hỏi lại thầy thuốc và tự mình thay đổi y lệnh
 - E. Phải hỏi lại thầy thuốc sau đó thực hiện chính xác y lệnh đã được điều chỉnh theo hồ sơ
3. Khi thực hiện thuốc cho người bệnh, nếu có sai phạm, người điều dưỡng cần:
 - A. Thay đổi y lệnh dùng thuốc
 - B. Phải thành thật khai báo

- C. Phải thành thật khai báo, đồng thời chuẩn bị thuốc và các dụng cụ cấp cứu
 - D. Không cần thiết phải cho thầy thuốc hoặc nhân viên y tế có trách nhiệm
 - E. Tất cả đều đúng
4. Trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm thuốc, người điều dưỡng cần:
- A. Quan sát người bệnh
 - B. Quan sát người bệnh và rửa tay
 - C. Mang khẩu trang và rửa tay
 - D. Mang găng tay sạch
 - E. Mang găng tay vô khuẩn
5. Tiêm dưới da là đưa thuốc vào
- A. Cơ vân
 - B. Cơ trơn
 - C. Lớp thượng bì
 - D. Mô liên kết
 - E. Lớp dưới thượng bì
6. Một trong những tai biến gây tử vong khi tiêm tĩnh mạch
- A. Viêm tĩnh mạch
 - B. Hoại tử mô tại vùng tiêm
 - C. Shock
 - D. Absces tĩnh mạch
 - E. Xuyên thủng tĩnh mạch
7. Khi dùng thuốc qua đường uống dễ gây nôn ói, người điều dưỡng cần:
- A. Cho người bệnh uống thuốc thật nhanh
 - B. Với một ít đường cho dễ uống
 - C. Cho người bệnh ngậm đá trước khi uống
 - D. Cho người bệnh dùng thuốc qua ống hút
 - E. B, C, D đúng
8. Tiêm thuốc được chỉ định trong các trường hợp:
- A. Người bệnh thích được tiêm thuốc
 - B. Người bệnh tâm thần vẫn còn uống thuốc được

- C. Không gây tai biến khi tiêm
 - D. Trường hợp cấp cứu dùng thuốc cần tác dụng nhanh
 - E. Tất cả các câu trên
9. Tai biến thường gặp khi tiêm thuốc:
- A. Absces nóng
 - B. Absces lạnh
 - C. Tắc tĩnh mạch
 - D. Nhiễm khuẩn huyết
 - E. Tất cả các câu trên
10. Tai biến khi tiêm tĩnh mạch
- A. Tiêm nhầm vào động mạch
 - B. Gây tắc mạch do khí
 - C. A và B đúng
 - D. Absces lạnh
 - E. Chạm dây thần kinh tọa

ĐÁP ÁN

1. A 2. E 3. C 4. C 5. D 6. C 7. E 8. D 9. E 10. C.

CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của dùng thuốc cho người bệnh.
2. Tiến hành được các kỹ thuật dùng thuốc qua: đường uống, da, niêm mạc một cách an toàn và hiệu quả.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật dùng thuốc qua đường uống an toàn.

1. MỤC ĐÍCH

Dem thuốc vào cơ thể người bệnh bằng đường miệng một cách an toàn và hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

Cho tất cả người bệnh có y lệnh dùng thuốc qua đường uống.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tuổi: già, trẻ.
- Số lượng và loại thuốc.
- Cơ địa có dị ứng với chất gì?

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh hiểu để hợp tác.
- Tư thế người bệnh thích hợp.

5. DỤNG CỤ

- Thuốc theo y lệnh.
- Ly đựng thuốc.
- Bình đựng nước uống.

- Dụng cụ đo lường: ly có khắc độ, muỗng ăn canh, muỗng cà phê, ống đếm giọt.
- Ống hút.
- Phiếu cho thuốc.
- Cửa ống thuốc nếu cần.
- Túi đựng đồ dơ.
- Mâm.

6. DỌN DẸP DỤNG CỤ

- Huỷ phiếu thuốc hoặc để phiếu thuốc vào ô giờ cho thuốc lần sau.
- Rửa sạch tất cả các dụng cụ bằng nước và xà bông, lau khô và trả về chỗ cũ.

7. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ cho người bệnh uống thuốc.
- Tên, liều lượng và đường dùng thuốc.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Trường hợp không thực hiện được: người bệnh vắng mặt, người bệnh nôn ói, người bệnh từ chối không uống thuốc
- Họ, tên và chữ ký của người điều dưỡng cho thuốc.

8. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Đọc cẩn thận chỉ thị của bác sĩ nếu có gì không rõ ràng phải hỏi lại, tuyệt đối không được sửa chữa.
- Hết sức chú ý trong lúc lấy thuốc để tránh nhầm lẫn.
- Phải thực hiện đúng chế độ 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.
- Khi có phạm những sai lầm trong lúc cho thuốc điều dưỡng nên thành thật báo ngay cho bác sĩ biết để kịp thời xử trí.
- Theo dõi tác dụng của thuốc.
- Chỉ ghi thuốc do chính tay mình cho.

Bảng 65.1. Bảng kiểm cho người bệnh dùng thuốc

STT	Nội dung	Có	Không
1	Kiểm tra đối chiếu hồ sơ người bệnh, kiểm tra thuốc lần 1.		
2	Rửa tay.		
3	Kiểm tra dụng cụ đầy đủ. A. Lấy thuốc uống: kiểm tra thuốc lần 2: * Thuốc viên: dùng nắp lọ hoặc khay đếm thuốc. * Thuốc nước: lắc đều chai thuốc, đo lượng thuốc theo chỉ định. * Thuốc giọt: cho một ít nước vào ly, để thẳng ống đếm giọt và nhỏ. - Kiểm tra thuốc lần 3, cất lọ thuốc. - Đặt thuốc lên khay, kèm phiếu thuốc. - Mang đến giường người bệnh, đối chiếu. - Báo và giải thích cho người bệnh. - Cho người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi. - Đưa thuốc và nước giúp người bệnh uống (kiểm tra chắc chắn thuốc đã vào đúng dạ dày). - Lau miệng, dặn dò người bệnh những điều cần thiết. Người bệnh ký xác nhận vào phiếu công khai thuốc. - Thu dọn dụng cụ, rửa tay. - Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng. B. Dùng thuốc bôi: - Lấy thuốc bôi, kiểm tra thuốc lần 2. - Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. - Vệ sinh sạch sẽ vùng da chuẩn bị bôi thuốc. - Xoa nhẹ cho thuốc ngấm đều, đến khi khô. C. Dùng thuốc đặt: - Lấy thuốc đặt, kiểm tra thuốc lần 2. - Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. - Ngâm thuốc vào nước đá nếu đặt thuốc ở hậu môn hoặc nhúng thuốc qua nước ấm nếu đặt ở âm đạo. - Để người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng một bên. - Hướng dẫn người bệnh cách đặt hoặc đặt nếu người bệnh không tự làm được. - Cho người bệnh nằm nghỉ sau đặt.		

<p>D. Dùng thuốc nhỏ - thuốc tra:</p> <p>Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra thuốc lần 2.</p> <p><i>1. Nhỏ mắt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa. - Kéo nhẹ mi dưới, nhỏ thuốc vào. - Bảo người bệnh nhấp nháy mắt. - Chạm khô nước chảy ra 2 bên mí mắt. <p><i>2. Tra thuốc:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kéo mi mắt dưới, tra thuốc vào mắt. - Bảo người bệnh nhấp nháy mắt. <p><i>3. Nhỏ mũi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Để người bệnh nằm ngửa đầu hơi thấp, hoặc ngồi ngửa đầu hơi thấp ra sau. - Khi nhỏ bảo người bệnh hít nhẹ vào từ từ. <p><i>4. Nhỏ tai:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Để người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng về bên lành. - Kéo nhẹ vành tai hướng lên trên và ra sau. - Nhỏ thuốc vào lỗ tai. <p>E. Dùng thuốc qua niêm mạc miệng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 2. - Bảo người bệnh há miệng. - Cho thuốc vào dưới lưỡi. - Ngậm miệng lại giữ cho đến khi thuốc tan mới nuốt. <p>F. Dùng thuốc xông:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 2. - Dụng cụ xông qua mũi, họng phải được sạch. - Người bệnh hít thở sâu khi áp miệng hoặc mũi vào dụng cụ xông. - Nếu xông toàn thân điều dưỡng phải lưu ý tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh (lau khô người bệnh trước khi tháo mền). - Cho người bệnh uống nước nếu cần. <p>G. Dùng thuốc dán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 2. - Vệ sinh sạch sẽ vùng da trước khi dán. - Cạo bớt lông nếu nhiều. - Thay đổi vị trí tránh kích thích da. 		
--	--	--

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi

1. Nêu các trường hợp không dùng thuốc qua đường uống?
2. Nêu các nội dung cần đối chiếu khi cho người bệnh dùng thuốc?

Phân biệt đúng (Đ) sai (S)

3. Loại thuốc đắng có mùi nên uống liền sau bữa ăn.
4. Đối với thuốc có thể làm tổn thương niêm mạc dạ dày nên cho người bệnh uống sau khi ăn no.
5. Người bệnh hôn mê không dùng thuốc qua đường uống được.
6. Nên uống thuốc với nước ấm để thuốc được hấp thu tốt hơn.
7. Phải kiểm tra vị trí tube levine trước khi bơm thuốc để tránh tai biến.
8. Không nên trộn chung các loại thuốc uống cùng một lúc với nhau.
9. Ưu điểm của việc dùng thuốc qua đường uống là ít gây tai biến.
10. Thuốc có tác dụng làm hại men răng nên bơm thuốc qua tube levine.

ĐÁP ÁN

3. S 4. Đ 5. S 6. Đ 7. Đ 8. Đ 9. Đ 10. S

KỸ THUẬT TIÊM THUỐC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của tiêm thuốc.
2. Tiến hành được các đường tiêm một cách an toàn và hiệu quả.
3. Kể được các tai biến do tiêm thuốc gây ra do từng đường tiêm.
4. Tiến hành kỹ thuật cố định kim đúng cách.
5. Kể các yếu tố quan trọng trong việc thực hiện mũi tiêm an toàn.

1. MỤC ĐÍCH

Đưa thuốc vào cơ thể qua da để tạo một tác dụng nhanh chóng.

2. CHỈ ĐỊNH

Trong những trường hợp.

- Cấp cứu.
- Bệnh nặng, cần tác dụng cấp thời.
- Người bệnh nôn ói nhiều.
- Cần tác dụng tại chỗ.
- Thuốc không ngấm qua thành tiêu hóa hoặc thuốc dễ bị huỷ hoại bởi dịch tiêu hóa.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tuổi: già, trẻ.
- Lớp mỡ dưới da dày hay mỏng.
- Sự vận động đi lại của người bệnh.
- Số lượng và loại thuốc.
- Cơ địa có dị ứng?

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh hiểu để hợp tác.
- Tư thế người bệnh thích hợp.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Trả phiếu thuốc về chỗ cũ hoặc bỏ vào ô giờ cho lần sau.
- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn tiệt khuẩn.

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ tiêm thuốc.
- Tên thuốc, liều lượng, đường tiêm thuốc, vị trí tiêm.
- Phản ứng người bệnh (nếu có).
- Họ tên người điều dưỡng tiêm thuốc.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn.
- Phải cẩn thận và luôn áp dụng 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.
- Khi tiêm phải bơm thuốc thật chậm, đặc biệt là tiêm tĩnh mạch.
- Tiêm bắp: tùy theo loại thuốc và số lượng thuốc mà tiêm bắp nông ở cánh tay, tiêm bắp sâu ở đùi và mông.
- Sau khi tiêm xong phải cố định kim đúng cách, không dùng tay dẩy nắp kim.
- Nên mang găng tay sạch khi tiêm để tránh nhiễm máu từ người bệnh, đặc biệt là tiêm tĩnh mạch.
- Khi rút kim ra nên rút theo chiều kim đâm vào để hạn chế tổn thương mô cơ.
- Khi tiêm bắp loại thuốc có nguy cơ kích thích mô dưới da ta nên áp dụng cách tiêm Z tract.
- Sau khi tiêm xong không nên massage vùng tiêm, đặc biệt là tiêm heparin hoặc insulin vì có thể gây tổn thương mô.
- Loại kim dùng:
 - + Tiêm dưới da: 23-25 G, dài 2-3 cm

- + Tiêm trong da: 26-27 G, dài 1-1,5 cm
- + Tiêm tĩnh mạch: 21-23 G, dài 3-4 cm
- + Tiêm bắp: 21-23 G, dài 4-6cm
- Dung lượng thuốc tương ứng với vị trí tiêm bắp

Bảng 66.1. Dung lượng thuốc tương ứng với vị trí tiêm bắp

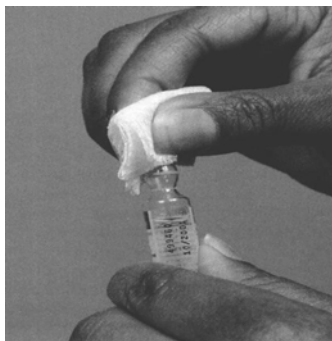
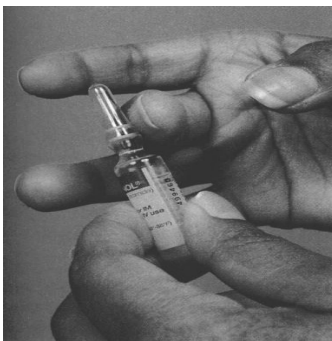
Vị trí	Dưới 18 tháng	Trẻ trên 6 tuổi	Người lớn
Cơ DeltaC		0,5 ml	1 ml
Cơ thẳng đùi C	0,5 ml	1,5 ml	2 ml
Cơ rộng ngoài đùiC	0,5 ml	1,5 ml	5 ml
Ventrogluteal	0,5 ml	1,5 ml	3 ml
Dorsogluteal		1,5 ml	3 ml



Hình 66.1. Mâm dụng cụ tiêm thuốc

Bảng 66.2. Bảng kiểm hướng dẫn kỹ năng rút thuốc ống

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Sao phiếu thuốc, kiểm tra thuốc lần 1.	Tránh sự nhầm lẫn thuốc.	Sao phiếu thuốc đúng y lệnh từ hồ sơ bệnh án. Kiểm tra thuốc: tên thuốc, hàm lượng, chất lượng đường dùng, hạn dùng.
2	Rửa tay thường quy (nội khoa).	Giảm sự lây nhiễm.	Rửa tay sạch các mặt của bàn tay.
3	Sát khuẩn đầu ống thuốc, kiểm tra lần 2.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn, an toàn khi dùng thuốc.	Kiểm tra thuốc. Sát khuẩn cổ ống thuốc trước khi bẻ.
4	Dùng gòn khô lau và bẻ ống thuốc.	Tránh làm tổn thương tay, giữ an toàn cho ống thuốc.	Dùng gòn khô che chỗ trọn ven cổ ống thuốc trước khi bẻ ống thuốc.
5	Rút thuốc vào bơm tiêm.	Giữ hệ thống bơm tiêm và thuốc được vô khuẩn tuyệt đối.	Tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm khi rút thuốc.
6	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc.	Tránh sự nhầm lẫn thuốc.	Kiểm tra thuốc. Bỏ ống thuốc vào thùng chứa vật bén nhọn.
7	Che thân kim an toàn, đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc vào mâm tiêm thuốc an toàn.	Giữ cho bơm và kim tiêm được an toàn và vô khuẩn. Tránh nhầm lẫn thuốc.	Tránh chạm tay vào thân kim, nòng trong của bơm tiêm, đặt ống tiêm ngay trên phiếu thuốc.



Hình 66.2. Kỹ thuật bẻ ống thuốc

Bảng 66.3. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng rút thuốc lọ

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Sao phiếu thuốc, kiểm tra thuốc lần 1.	Tránh sự nhầm lẫn thuốc.	Sao phiếu thuốc đúng y lệnh từ hồ sơ bệnh án. Kiểm tra thuốc: tên thuốc, hàm lượng, chất lượng đường dùng, hạn dùng.
2	Rửa tay thường quy (nội khoa).	Giảm sự lây nhiễm.	Rửa tay sạch các mặt của bàn tay.
3	Mở nắp lọ thuốc, sát khuẩn nắp lọ (kiểm tra lần 2).	Hạn chế sự nhiễm khuẩn, an toàn khi dùng thuốc.	Kiểm tra thuốc. Sát khuẩn nắp lọ trước khi rút thuốc.
4	- Rút nước pha tiêm bằng kim pha thuốc.	Giúp hoà tan thuốc trước khi tiêm cho người bệnh.	Kim pha 20-18G. Rút lượng thuốc pha vừa đủ theo yêu cầu của từng loại thuốc, đường dùng thuốc và liều dùng thuốc.
5	Đâm kim vào giữa lọ, bơm nước cất vào. Hút khí trả lại, rút kim an toàn, lắc cho thuốc hoà tan.	Giúp pha thuốc an toàn. Giúp quân bình áp lực bên trong và ngoài lọ thuốc.	Lượng khí rút ra bằng lượng dịch đã bơm vào lọ kín, tránh mất thuốc.
6	Bơm khí vào lọ.	Giúp quân bình áp lực bên trong và ngoài lọ thuốc.	Bơm lượng khí vừa đủ bằng lượng thuốc sẽ rút ra.
7	Rút thuốc vào bơm tiêm đủ liều.	Giữ hệ thống bơm tiêm và thuốc được vô khuẩn tuyệt đối.	Tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm khi rút thuốc.
8	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ lọ thuốc.	Tránh sự nhầm lẫn thuốc.	Kiểm tra thuốc. Bỏ ống thuốc vào thùng chứa vật bén nhọn.
9	Thay kim tiêm thích hợp.	Hạn chế tổn thương cho người bệnh.	Thay kim sau phi pha thuốc hạn chế tổn thương do thuốc dính trên thân kim.
10	Che thân kim an toàn, đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc vào mâm tiêm thuốc an toàn.	Giữ cho bơm và kim tiêm được an toàn và vô khuẩn. Tránh nhầm lẫn thuốc.	Tránh chạm tay vào thân kim, nòng trong của bơm tiêm, đặt ống tiêm ngay trên phiếu thuốc.



Hình 66.3. Rút thuốc từ trong lọ

Bảng 66.4. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Sao phiếu thuốc			
2	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1			
3	Mang khẩu trang, ra tay			
4	Trải khăn lên mâm sạch			
5	Chọn bơm tiêm phù hợp với lượng thuốc cần tiêm			
6	Chọn kim tiêm phù hợp với đường tiêm và vị trí tiêm			
7	Kim pha thuốc			
8	Gòn cồn (cồn iod) sát trùng da			
9	Gòn khô hoặc gạc dùng để bẻ ống thuốc (nếu thuốc ống)			
10	Kềm dùng gấp gòn sát trùng da			
11	Hộp thuốc chống shock			
12	Dây thắt mạch nếu tiêm tĩnh mạch			
13	Găng tay sạch			
14	Chai dung dịch rửa tay nhanh			
15	Bình chứa rác thải y tế bén nhọn bằng nhựa cứng màu vàng, một chiều			
16	Túi rác chứa chất thải y tế màu vàng			
17	Túi rác chứa chất thải sinh hoạt màu xanh			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				


Bảng 66.5. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng rút thuốc ống

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Sao phiếu thuốc			
2	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1			
3	Mang khẩu trang, rửa tay			
4	Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc			
5	Sát khuẩn đầu ống thuốc (lưỡi cửa), kiểm tra lần 2			
6	Cửa ống thuốc (nếu cần)			
7	Dùng gòn khô lau và bẻ ống thuốc			
8	Rút thuốc tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm			
9	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc			
10	Che thân kim an toàn, đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 66.6. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng rút thuốc lọ

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Sao phiếu thuốc			
2	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1			
3	Mang khẩu trang, rửa tay			
4	Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc			
5	Mở nắp lọ thuốc, sát khuẩn nắp lọ (kiểm tra lần 2)			
6	Cửa ống nước pha (nếu cần), rút nước pha tiêm bằng kim pha thuốc			
7	Đâm kim vào giữa lọ thuốc, bơm nước cất vào			
8	Hút khí trả lại, rút kim an toàn, lắc cho thuốc hòa tan			
9	Bơm khí vào lọ, rút thuốc đủ liều, tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm			
10	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc			
11	Thay kim tiêm thích hợp			
12	Đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc vào mâm tiêm thuốc an toàn			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 66.7. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng tiêm trong da

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chuẩn bị bệnh nhân, báo và giải thích.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
3	Mang khẩu trang, rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn.	Tóc gọn gàng. Khẩu trang che kín mũi, miệng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
4	Đối chiếu đúng người bệnh.	Tránh nhầm lẫn.	Đối chiếu đúng tên, họ, tuổi, số giường, số phòng.
5	Xác định vị trí tiêm.	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Chọn vùng da ít va chạm, trắng, không sẹo, lông 1/3 trên mặt trong cẳng tay (thông dụng nhất). Hai bên cơ ngực lớn. Hai bên bả vai.
6	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
7	Sát khuẩn vùng tiêm.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
7	Sát khuẩn lại tay.	Giảm sự lây nhiễm chéo.	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay.
8	Đuổi khí.	Kiểm tra lại liều thuốc chính xác, ngừa tai biến do khí gây ra.	Để bơm tiêm thẳng đứng, loại bỏ khí trong ống tiêm tránh làm mất thuốc.
9	Căng da, để mặt vát kim lên trên, đâm kim góc 15 độ so với mặt da. 	Tiêm vào vùng dưới thượng bì.	Tiêm đúng vị trí.
10	Bơm 1/10 ml thuốc.	Lượng thuốc phù hợp với đường tiêm.	Khi bơm thuốc có dấu hiệu nổi phồng da cam.


11	Rút kim nhanh.	Hạn chế sự tổn thương mô.	Rút kim nhanh theo hướng đâm vào.
12	Cố định kim an toàn.	Tránh nguy cơ gây lây nhiễm do vật bén nhọn.	Bỏ hẳn bơm và kim tiêm vào thùng nhựa cứng màu vàng.
13	Dặn người bệnh không được chạm nơi vùng tiêm.	Nơi vùng tiêm dễ bị kích ứng, giúp việc đọc kết quả chính xác nếu thử phản ứng.	Không được cào gãi, chà xát vào vùng tiêm.
14	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
15	Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 66.8. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng tiêm trong da

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích			
	Để lộ vùng tiêm			
	Xác định vị trí tiêm			
	Mang găng tay sạch			
	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5cm			
	Sát khuẩn lại tay			
	Đuổi khí			
	Căng da, để mặt vát kim lên trên, đâm kim góc 15 độ so với mặt da			
	Bơm 1/10 ml thuốc (nổi phồng da cam)			
	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào			
	Cố định kim an toàn			
	Tháo găng tay			
	Khoanh tròn nơi tiêm nếu thử phản ứng thuốc			
	Dặn người bệnh không được chạm nơi vùng tiêm			
	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi			
	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 66.9. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng tiêm bắp

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chuẩn bị bệnh nhân, báo và giải thích.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
3	Mang khẩu trang, rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn.	Tóc gọn gàng. Khẩu trang che kín mũi, miệng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
4	Đối chiếu đúng người bệnh.	Tránh nhầm lẫn.	Đối chiếu đúng tên, họ, tuổi, số giường, số phòng.
5	Xác định vị trí tiêm.	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Tiêm bắp nông: cơ delta cách ụ vai 5cm Tiêm bắp sâu: Đùi: 1/3 giữa mặt ngoài đùi. Mông: 1/3 trên ngoài đường nối giữa gai chậu trước trên với xương cùng.
6	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cổ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
7	Sát khuẩn vùng tiêm.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5cm với gòn cồn 70 ^o hoặc cồn iod.
7	Sát khuẩn lại tay.	Giảm sự lây nhiễm chéo.	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay.
8	Đuổi khí	Kiểm tra lại liều thuốc chính xác, ngừa tai biến do khí gây ra.	Để bơm tiêm thẳng đứng, loại bỏ khí trong ống tiêm tránh làm mất thuốc.
9	Căng da, đâm kim góc 90 độ so với mặt da.	Tiêm vào bắp cơ.	Tiêm đúng vị trí.


			
10	Rút nòng kiểm tra không có máu.	Xác định chắc chắn vị trí kim nằm trong bắp cơ.	Rút nòng nếu thấy máu chảy ra là đâm kim vào mạch máu, phải rút kim ra.
11	Bơm thuốc chậm.	Giảm bớt kích thích cho người bệnh.	Phải quan sát sắc diện người bệnh khi bơm thuốc để phát hiện sớm các phản ứng bất thường.
12	Rút kim nhanh.	Hạn chế sự tổn thương mô.	Rút kim nhanh theo hướng đâm vào.
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm.	Tránh sự lây nhiễm qua lỗ chân kim.	Dùng gòn cotton massage nhẹ vùng tiêm.
14	Cố định kim an toàn.	Tránh nguy cơ gây lây nhiễm do vật bén nhọn.	Bỏ hẳn bơm và kim tiêm vào thùng nhựa cứng màu vàng.
15	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
16	Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 66.10. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng tiêm bắp

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích			
3	Để lộ vùng tiêm			
4	Xác định vị trí tiêm			
5	Mang găng tay sạch			
6	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm			
7	Sát khuẩn lại tay			
8	Đuổi khí			
9	Căng da, đâm kim góc 90 độ so với mặt da			
10	Rút nòng kiểm tra không có máu			
11	Bơm thuốc chậm			
12	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào			
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
14	Cố định kim an toàn			
15	Tháo găng tay			
16	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi			
17	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

Bảng 66.11. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng tiêm dưới da

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chuẩn bị bệnh nhân, báo và giải thích.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
3	Mang khẩu trang, rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn.	Tóc gọn gàng. Khẩu trang che kín mũi, miệng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
4	Đối chiếu đúng người bệnh.	Tránh nhầm lẫn.	Đối chiếu đúng tên, họ, tuổi, số giường, số phòng.


5	Xác định vị trí tiêm.	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Đầu dưới cơ delta. Hai bên bả vai. Hai bên rốn cách rốn 5 cm. 1/3 giữa mặt ngoài, trước củ đùi.
6	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
7	Sát khuẩn vùng tiêm.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
7	Sát khuẩn lại tay	Giảm sự lây nhiễm chéo	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay
8	Đuổi khí.	Kiểm tra lại liều thuốc chính xác, ngừa tai biến do khí gây ra.	Để bơm tiêm thẳng đứng, loại bỏ khí trong ống tiêm tránh làm mất thuốc.
9	Véo da, đâm kim góc 45 độ so với mặt da. 	Tiêm vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da.	Tiêm đúng vị trí.
10	Rút nòng kiểm tra không có máu.	Xác định chắc chắn vị trí kim nằm trong mô liên kết.	Rút nòng nếu thấy máu chảy ra là đâm kim vào mạch máu, phải rút kim ra.
11	Bơm thuốc chậm.	Giảm bớt kích thích cho người bệnh.	Phải quan sát sắc diện người bệnh khi bơm thuốc để phát hiện sớm các phản ứng bất thường.
12	Rút kim nhanh.	Hạn chế sự tổn thương mô.	Rút kim nhanh theo hướng đâm vào.
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm.	Tránh sự lây nhiễm qua lỗ chân kim.	Dùng gòn cồn massage nhẹ vùng tiêm.

14	Cố định kim an toàn.	Tránh nguy cơ gây lây nhiễm do vật bén nhọn.	Bỏ hẳn bơm và kim tiêm vào thùng nhựa cứng màu vàng.
15	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
16	Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 66.12. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng tiêm dưới da

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích			
3	Để lộ vùng tiêm			
4	Xác định vị trí tiêm			
5	Mang găng tay sạch			
6	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm			
7	Sát khuẩn lại tay			
8	Đuổi khí			
9	Véo da, đâm kim góc 45 độ so với mặt da			
10	Rút nòng kiểm tra không có máu			
11	Bơm thuốc chậm			
12	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào			
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
14	Cố định kim an toàn			
15	Tháo găng tay			
16	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi			
17	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

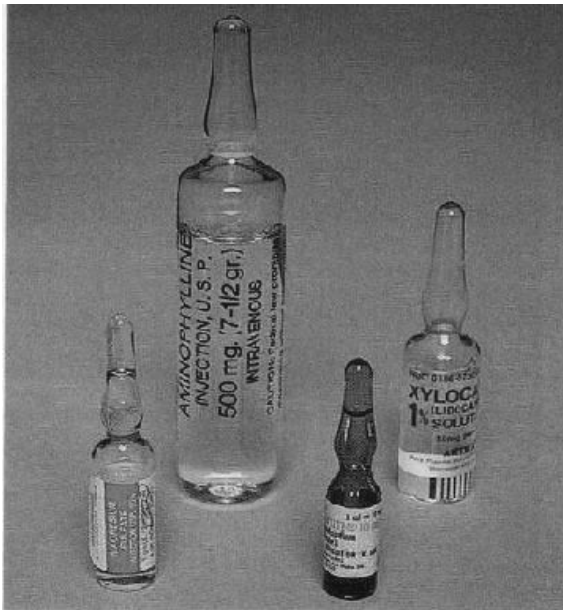
Bảng 66.13. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng tiêm tĩnh mạch

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chuẩn bị bệnh nhân, báo và giải thích.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
2	Mang khẩu trang, rửa tay.	Đảm bảo an toàn khi thực hiện kỹ thuật vô khuẩn.	Tóc gọn gàng. Khẩu trang che kín mũi, miệng. Rửa tay sạch hết các mặt của đôi tay.
3	Đối chiếu đúng người bệnh.	Tránh nhầm lẫn.	Đối chiếu đúng tên, họ, tuổi, số giường, số phòng.
4	Xác định vị trí tiêm.	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động.
5	Mang găng tay sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
6	Buộc garrot.	Giúp tĩnh mạch nổi rõ.	Buộc garrot cách nơi tiêm 10-15 cm.
7	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc sát trùng dọc theo tĩnh mạch từ dưới lên và ra 2 bên) với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
8	Sát khuẩn lại tay.	Giảm sự lây nhiễm chéo.	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay.
9	Đuổi khí.	Kiểm tra lại liều thuốc chính xác, ngừa tai biến do khí gây ra.	bơm tiêm thẳng đứng, loại bỏ khí trong ống tiêm tránh làm mất thuốc.
10	<p>Để mặt vát kim lên trên, căng da, đâm kim góc 30-40 độ qua da vào tĩnh mạch.</p> 	Tiêm vào tĩnh mạch.	Tiêm đúng vị trí.
11	Rút nõng kiểm tra có máu, tháo garrot.	Xác định chắc chắn vị trí kim nằm trong tĩnh mạch.	Rút nõng nếu thấy máu chảy ra là xác định đúng kim nằm trong tĩnh mạch.

12	Bơm thuốc chậm.	Giảm bớt kích thích cho người bệnh.	Phải quan sát sắc diện người bệnh khi bơm thuốc để phát hiện sớm các phản ứng bất thường.
13	Rút kim nhanh.	Hạn chế sự tổn thương mô và mạch máu.	Rút kim nhanh theo hướng đâm vào.
14	Sát khuẩn lại vị trí tiêm.	Tránh sự lây nhiễm qua lỗ chân kim.	Dùng gòn cotton ấn mạnh vùng tiêm để cầm máu.
15	Cố định kim an toàn.	Tránh nguy cơ gây lây nhiễm do vật bén nhọn.	Bỏ hẳn bơm và kim tiêm vào thùng nhựa cứng màu vàng.
16	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
17	Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 66.14. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng tiêm tĩnh mạch

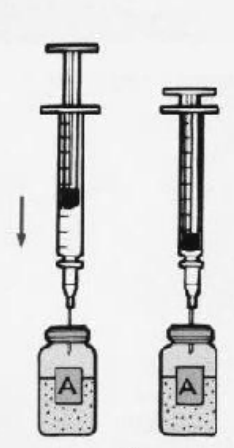
STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích			
4	Để lộ vùng tiêm			
5	Xác định vị trí tiêm: tìm tĩnh mạch to rõ ít di động			
6	Mang găng tay sạch			
7	Buộc garrot phía trên vị trí tiêm 10-15 cm			
8	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc từ dưới lên dọc theo tĩnh mạch)			
9	Sát khuẩn lại tay			
10	Đuổi khí			
11	Để mặt vá kim lên trên, căng da, đâm kim góc 30 - 40 độ qua da vào tĩnh mạch			
12	Rút nòng kiểm tra có máu, tháo garrot			
13	Bơm thuốc chậm			
14	Rút kim nhanh			
15	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
16	Cố định kim an toàn			
17	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi			
18	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



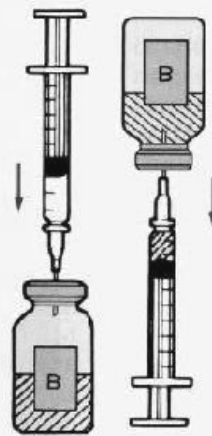
Thuốc ống



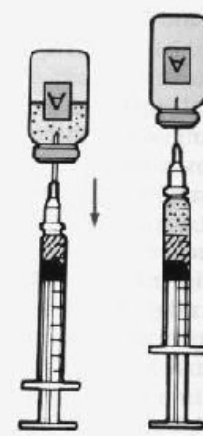
Thuốc lọ



A: Bơm khí



B: Bơm khí vào lọ và rút thuốc ra



C: Rút toàn bộ thuốc trong lọ ra

Hình 66.4. Các dạng thuốc, lấy thuốc lọ

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi ngắn

1. Kể 4 tai biến toàn thân do tiêm thuốc.
2. Nêu 5 nội dung kiểm tra thuốc trước khi rút thuốc.
3. Liệt kê 3 thời điểm kiểm tra nhãn thuốc khi rút thuốc.
4. Nêu các cỡ kim cho 4 đường tiêm.

Câu hỏi đúng sai

5. Khi tiêm thuốc phải thực hiện 2 nhanh 1 chậm.
6. Điều dưỡng đọc nhãn thuốc lần thứ ba sau khi cho người bệnh dùng thuốc.
7. Tai biến thường gặp trong tiêm tĩnh mạch là abces

Chọn câu trả lời đúng nhất

8. Tiêm trong da là tiêm vào:
 - A. Lớp cơ.
 - B. Lớp mô liên kết.
 - C. Lớp thượng bì.
 - D. Dưới lớp thượng bì.
 - E. Tất cả đúng
9. Cỡ kim tiêm bắp:
 - A. 20-21 G dài: 2-3 cm
 - B. 21-22 G dài 3-4 cm
 - C. 21-23 G dài 4-6 cm
 - D. 21-24 G dài 2-3 cm
 - E. 23-25 G dài 4-6 cm
10. Kiểm tra lọ thuốc hoặc ống thuốc gồm các nội dung sau, ngoại trừ:
 - A. Chất lượng thuốc
 - B. Tên thuốc
 - C. Hàm lượng thuốc
 - D. Thời gian dùng thuốc
 - E. Liều lượng thuốc

ĐÁP ÁN

5. S 6. S 7. S 8. D 9. C 10. E

QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC QUA LÒNG MẠCH

MỤC TIÊU

1. Kể các mục đích của việc dùng thuốc qua lòng mạch.
2. Kể tên, nồng độ và công dụng các loại dịch truyền thông dụng.
3. Kể tên các loại dụng cụ dùng qua lòng mạch.
4. Trình bày các nguyên nhân và cách phòng ngừa cho nhân viên y tế.
5. Trình bày các tai biến có thể xảy ra khi dùng thuốc qua lòng mạch.
6. Kể những yêu cầu cần thiết khi dùng thuốc qua lòng mạch.
7. Mô tả được các nhiệm vụ của điều dưỡng khi dùng thuốc qua lòng mạch.
8. Trình bày được nội dung giáo dục y tế cho người bệnh và gia đình.
9. Trình bày quy trình chăm sóc người bệnh dùng thuốc qua lòng mạch.

1. ĐỊNH NGHĨA

Dịch có thể được truyền trực tiếp vào hệ tuần hoàn để bổ sung hoặc thay thế lượng dịch của cơ thể. Phương pháp này thường được tiến hành đối với những người bệnh cấp cứu, bệnh quá nặng không ăn được bằng đường miệng hoặc dinh dưỡng trong ruột.

Mục tiêu của cung cấp dịch truyền là ngăn ngừa mất cân bằng nước và các chất điện giải, ngăn ngừa mất cân bằng các chất dinh dưỡng, hoặc cung cấp đường truyền.

2. MỤC ĐÍCH DÙNG THUỐC QUA LÒNG MẠCH

- Bồi hoàn nước và điện giải.
- Thay thế tạm thời lượng máu mất.
- Cung cấp năng lượng cần thiết cho cơ thể, nuôi dưỡng ngoài ruột, ví dụ: người bệnh không ăn được sau phẫu thuật thì sẽ được truyền dịch để bảo vệ sự cân bằng nước và điện giải trong cơ thể và sẽ ngưng truyền khi người bệnh ăn lại được.
- Cho thuốc với số lượng nhiều, trực tiếp vào máu.

- Duy trì nồng độ thuốc kéo dài nhiều giờ trong máu.
- Một số mục đích khác: giải độc, lợi tiểu, giữ vein trong trường hợp cấp cứu.

3. CÁC LOẠI DỊCH TRUYỀN

Dịch truyền gồm có 3 loại: đẳng trương, ưu trương, nhược trương.

- Dịch đẳng trương có chứa các chất điện giải xấp xỉ 300 mEq/L.
- Dịch nhược trương chứa ít hơn: 250 mEq/L.
- Dịch ưu trương chứa 375 mEq/L hoặc nhiều hơn.

Bảng 67.1. Tên một số loại dịch truyền phổ biến

Dịch	Tên thông dụng
Natri clorua 0,9%	Dung dịch nước muối sinh lý: 0,9% NaCl
Natri clorua 0,45%	Dung dịch nước muối sinh lý nồng độ giảm: 0,45% NaCl 1/2 NaCl
Dextrose 5% và dung dịch nước muối sinh lý 0,9%	Dung dịch nước muối sinh lý & D5 D5 0,9% NaCl
Dextrose 5% và dung dịch nước muối sinh lý giảm nồng độ	D5% dung dịch nước muối sinh lý nồng độ giảm: D5 0,45% NaCl D5 1/2 NaCl
Lactated Ringer	LR
Lactate Ringer & dung dịch nước muối sinh lý	LR 0,9% NaCl

Bảng 67.2. Thành phần và cách sử dụng một số loại dịch truyền phổ biến

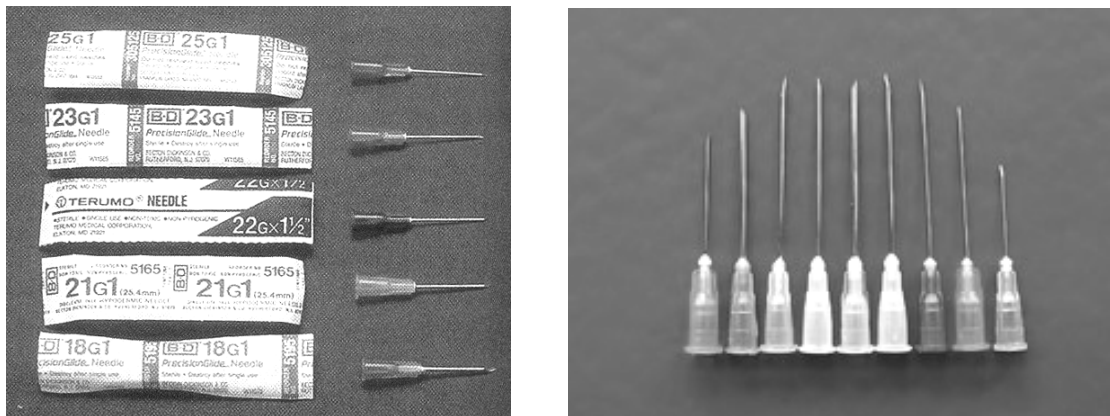
Loại dịch	Tính chất	mOsm/L (mmol/L)	Glucose (g/L)	Tác dụng
DUNG DỊCH DEXTROSE				
5%	Đẳng trương	278	50	- Cung cấp nước. - Thay thế lượng nước bị mất và điều trị bệnh Hypernatremia. - Cung cấp 170 Kcalor/L.
10%	Ưu trương	556	100	- Cung cấp nước, năng lượng. - Cung cấp 340 Kcalor/L.
DUNG DỊCH NƯỚC MUỐI SINH LÝ				
0,45%	Nhược trương	154	0	- Cung cấp nước và ion Na ⁺ , Cl ⁻ - Thay thế những dịch nhược trương bị mất. - Duy trì lượng dịch mặc dù nó không thay thế được các chất điện giải khác mất đi hàng ngày.
0,9%	Đẳng trương	308	0	- Làm tăng thể tích dịch trong lòng mạch và thay thế dịch ngoại bào đã mất. - Là loại dịch duy nhất có thể truyền với máu. - Tăng lượng ion Na ⁺ , Cl ⁻ trong huyết tương. - Có thể gây quá tải dịch nội bào và nhiễm toan.
3%	Ưu trương	1026	0	- Điều trị triệu chứng bệnh Hyponatremia. - Phải truyền thật chậm và theo chỉ dẫn vì nó có thể gây quá tải tuần hoàn và phù phổi cấp.
DEXTROSE & DUNG DỊCH NƯỚC MUỐI SINH LÝ				
5% & 0,225%	Đẳng trương	355	50	- Cung cấp Na ⁺ , Cl ⁻ và nước. - Thay thế lượng dịch nhược trương mất đi và điều trị Hypernatremia. - Cung cấp 170 Kcalor/L.
5% & 0,45%	Ưu trương	432	50	- Tương tự 0,45% NaCl - Cung cấp 170 Kcalor/L
5% & 0,9%	Ưu trương	586	50	- Tương tự 0,9% - Cung cấp 170 Kcalor/L

DỊCH TRUYỀN CÓ NHIỀU CHẤT ĐIỆN GIẢI				
Ringer	Đẳng trương	309	0	<ul style="list-style-type: none"> - Tương tự thành phần huyết tương chỉ khác là nó dư Cl^- không có Mg^{2+}, HCO_3^- - Không cung cấp năng lượng. - Dùng để tăng thể tích dịch nội bào và thay thế lượng dịch ngoại bào mất đi.
Lactate Ringer	Đẳng trương	274	0	<ul style="list-style-type: none"> - Tương tự thành phần của huyết tương, không chứa Mg^{2+}. - Dùng để điều trị mất dịch do phỏng. - Có thể điều trị do nhiễm toan nhẹ nhưng không nên sử dụng để điều trị nhiễm acid lactic. - Không cung cấp năng lượng.

4. DỤNG CỤ DÙNG TRONG LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC QUA LÒNG MẠCH

4.1. Kim tiêm bằng kim loại

Chỉ là dụng cụ tiêm truyền sử dụng một lần, ít dùng vì nguy cơ làm tổn thương mạch máu và thâm nhiễm cao.



Hình 67.1. Kim tiêm các loại

4.2. Kim luồn

Kim luồn ở những tĩnh mạch ngoại biên được làm bằng silicon và polymer, nhựa polyurethan.

Nhiều công ty đã sản xuất ra loại kim luồn gắn với nòng kim có thể tháo ra được trông giống như kim bướm khi loại bỏ thân kim.

Mặc dù những sản phẩm kim luồn rất tiện ích, nhưng nó vẫn có nguy cơ gây tổn thương thành mạch máu.

Kim luồn bằng vật liệu cứng như polyurethan được chứng minh là gây nghẽn mạch nhiều hơn là silicon.

Kim luồn cứng và có bề mặt thô ráp sẽ gây viêm nghẽn tĩnh mạch, hình thành cục máu đông, hình thành tiểu huyết cầu.

Khi dùng kim luồn nếu không thành thạo sẽ có nguy cơ gây đứt một phần nhựa của thân kim khi tiêm gây thuyên tắc mạch do vật lạ.

Kim luồn 20-22 G thường được sử dụng cho người lớn

Kim số 22-24 G dùng cho trẻ em, người già hoặc những người bệnh có tĩnh mạch nhỏ và mỏng manh.

Kim số 20 G hoặc 18 G thích hợp truyền một lượng dịch hoặc máu hoặc các sản phẩm máu; để dịch hoặc các chất lỏng dính nhày (máu) chảy nhanh hơn.

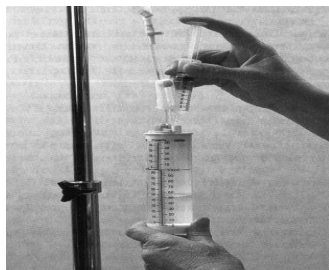


Hình 67.2. Các loại kim luồn

4.3. Các loại dây tiêm truyền dung dịch

Có nhiều loại dây dùng trong tiêm truyền, tùy từng hãng sản xuất và tùy theo yêu cầu của điều trị. Có các đặc điểm sau:

- Bầu đếm giọt: 15 giọt/ml, 20 giọt/ml, 30 giọt/ml, 60 giọt/ml.
- Loại có Dia a flo: hệ thống chỉnh giọt theo ml/giờ.
- Loại có bộ phận pha thuốc.



Hình 67.3. Dây truyền có bộ phận pha thuốc



Hình 67.4. Máy chỉnh giọt



Hình 67.5. Các loại dây truyền dịch

5. CÁC TAI BIẾN CÓ THỂ XẢY RA KHI TRUYỀN DỊCH:

Tai biến	Nguyên nhân	Dấu hiệu, triệu chứng	Xử trí
1. Dịch thoát ra ngoài	Lệch kim, xuyên mạch.	Sưng phù, da hơi tái, lạnh, đau nơi vùng tiêm, tốc độ dịch chảy chậm.	Kiểm tra vị trí tiêm thường xuyên. Khóa dịch truyền ngay khi có dấu hiệu xảy ra. Tiêm lại vị trí khác. Hạn chế cử động vùng chi đang tiêm truyền.
2. Viêm tĩnh mạch	Kim, catheter gây tổn thương mạch máu. Tính chất hoá học của dịch truyền Kỹ thuật không vô khuẩn.	Đau rất vùng tĩnh mạch Đỏ, nóng. Hơi phù nhẹ nơi tĩnh mạch được tiêm.	Ngưng tiêm truyền ngay. Chườm nóng ấm lên vị trí tĩnh mạch bị viêm. Tiêm lại vị trí khác. (Tránh dùng các tĩnh mạch lân cận)
3. Nghẹt kim	Tổn thương mô do kim hoặc catheter. Hoặc do dòng chảy không lưu thông tạo cục máu đông trong lòng kim.	Giống như viêm tĩnh mạch. Dịch có thể không chảy nếu cục máu đông làm thuyên tắc kim.	Ngưng dịch truyền ngay. Chườm nóng lên vùng tĩnh mạch bị thoát dịch theo y lệnh bác sĩ. Tiêm lại vị trí khác. Không được massage lên vùng bị tổn thương.
4. Quá tải tuần hoàn	Số lượng lớn dịch chảy quá nhanh làm tăng đột ngột thể tích tuần hoàn.	Nhức đầu, choáng váng Mạch nhanh, lo sợ, vật vã. Ốn lạnh, đau lưng Tĩnh mạch cổ nổi rõ. Tăng áp lực máu. Khó thở.	Ngừng dịch truyền Báo cáo dấu hiệu và triệu chứng cho bác sĩ. Theo dõi dấu sinh hiệu và các tiến triển của shock. Duy trì tốc độ dịch truyền thật chậm 8 giọt/phút (giữ vein).
5. Thuyên tắc do vật lạ hoặc khí	Cục máu đông bị đẩy vào mạch máu. Khí vào mạch máu qua bộ dây tiêm truyền.	Tùy theo nguyên nhân mà có các dấu hiệu nhồi máu một vùng bị thuyên tắc (mạch máu phổi).	Kiểm tra vị trí tiêm truyền thường xuyên, phát hiện sớm các dấu hiệu viêm tắc tĩnh mạch. Không được cho khí vào mạch máu.
6. Nhiễm trùng	Kỹ thuật không vô khuẩn. Vị trí tiêm chăm sóc không đúng.	Sốt, lạnh run. Đau, sưng viêm hoặc có dịch chảy ra nơi vị trí tiêm.	Báo cáo những bất thường xảy ra khi truyền dịch: Đau, khó thở. Áp dụng kỹ thuật vô

	Dịch truyền bị nhiễm khuẩn.		khuẩn khi tiêm truyền. Che chở thân kim bằng gạc vô khuẩn, thay mỗi khi thấm ướt. Thay đổi bộ dây tiêm truyền mỗi 72 giờ (tốt nhất). Rửa tay sạch trước khi thực hiện các kỹ thuật vô khuẩn.
7. Shock phản vệ	Do cơ thể nhạy cảm với loại dịch truyền (phản ứng kháng thể kháng nguyên).	Thường xảy ra sớm trong vòng 30 phút đầu sau khi truyền: - Nhức đầu, choáng váng. - Mạch nhanh, lo sợ, vật vã, khó thở, tay chân lạnh. - Nặng có thể ngừng tim, ngừng thở.	Ngừng dịch truyền. Báo cáo dấu hiệu và triệu chứng cho bác sĩ. Theo dõi dấu sinh hiệu và các tiến triển của shock. Thực hiện thuốc theo y lệnh.

6. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý KHI DÙNG THUỐC QUA LÒNG MẠCH

6.1. Công thức tính thời gian chảy của dịch truyền

$$\text{Thời gian chảy/phút} = \frac{\text{Thể tích dịch truyền (ml)} \times \text{Số giọt/1ml (dây truyền)}}{\text{Số giọt theo y lệnh/1phút}}$$

6.2. Kiểm tra dịch truyền

- Tên dịch truyền.
- Hàm lượng, thuốc cần pha vào theo y lệnh.
- Hạn sử dụng.
- Chất lượng dịch truyền: màu sắc, cặn lắng.
- Sự nguyên vẹn.

6.3. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 6 đúng:

- 3 kiểm tra:
- Tên họ người bệnh
 - Tên thuốc
 - Liều thuốc
- 5 đối chiếu:
- Số giường, số phòng
 - Nhãn thuốc

6 đúng:

- Chất lượng thuốc
- Đường tiêm thuốc
- Thời hạn dùng thuốc
- Đúng người bệnh
- Đúng thuốc
- Đúng liều
- Đúng đường tiêm
- Đúng giờ tiêm
- Đúng y lệnh

6.4. Lấy dấu sinh hiệu trước khi tiến hành tiêm truyền

6.5. Biết được tình trạng người bệnh

6.6. Biết được cân nặng, kích thước cơ thể ảnh hưởng đến lượng nước: người mập chứa ít nước, như thế người béo phì lượng nước trong cơ thể chiếm ít nhất.

6.7. Biết được tiền sử bệnh, đang sử dụng thuốc gì? Hay có áp dụng liệu pháp trị liệu nào không? Một số loại thuốc như thuốc lợi tiểu hay thuốc steroid ảnh hưởng đến cân bằng nước và điện giải. Xác định xem người bệnh trước đó có tiến hành liệu pháp tiêm truyền lần nào chưa?

6.8. Nên chú ý đến những điều kiện ngoại cảnh có thể ảnh hưởng đến tình trạng truyền dịch của người bệnh. Thời tiết nóng, ẩm ướt có thể gây rối loạn cân bằng điện giải đặc biệt là trẻ sơ sinh, người già và người bệnh nặng.

6.9. Biết người bệnh thuận tay nào, nếu có thể nên truyền dịch ở tay trái.

6.10. Xác định xem hệ tĩnh mạch có nguyên vẹn không.

6.11. Ghi nhận lần cuối thay dây và thay băng là khi nào.

6.12. Giữ cho hệ thống truyền dịch được vô trùng.

6.13. Cho người bệnh đi tiêu, tiểu trước khi truyền (nếu được)

6.14. Có thể bơm thuốc qua vị trí cao su của dây truyền.

6.15. Dịch truyền không nên để lâu quá 24 giờ.

6.16. Bộ dây tiêm truyền thay mỗi 48 - 72 giờ.

6.17. Băng vô trùng nơi thân kim.

6.18. Kim luồn thay kim sau 48 - 72 giờ hoặc hơn tùy theo sản phẩm.

7. NHỮNG LƯU Ý ĐỐI VỚI NGƯỜI BỆNH NHI

- Những tĩnh mạch ở trẻ em rất mỏng manh. Tránh những vị trí dễ cử động và va chạm. Sử dụng những dụng cụ bảo vệ những vùng đó.
- Tiêm truyền cho trẻ sơ sinh thường chọn những tĩnh mạch ở trên đầu hoặc cổ tay, chân.
- Nếu là trẻ lớn có thể cho chúng lựa chọn vùng tiêm để làm tăng sự hợp tác bởi vì chúng có khả năng kiểm soát được hành động của chúng.
- Nên sử dụng cỡ kim 22 - 24 G ở trẻ em.
- Khi cần lưu kim luôn mà không có đường truyền ta nên bơm 1-2 ml nước muối sinh lý vào kim luôn và lặp lại như vậy mỗi 8 giờ nếu không tiếp tục dùng đường truyền.
- Không nên truyền những thuốc gây kích thích hay rộp da như các loại thuốc hóa trị hoặc các loại dịch truyền đậm ở những tĩnh mạch ngoại biên mà phải truyền ở những tĩnh mạch trung tâm.
- Khi trẻ bệnh nặng hoặc thời gian điều trị qua đường truyền kéo dài, bác sỹ thường đặt PICC (Peripherally Inserted Central Catheter), hoặc dùng buồng tiêm dưới da để bộc lộ những tĩnh mạch lớn.
- Tùy vào từng lứa tuổi mà chọn mục đích tiêm truyền cho phù hợp vì nó rất quan trọng, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển của cơ thể.

8. NHỮNG LƯU Ý ĐỐI VỚI NGƯỜI BỆNH LÀ NGƯỜI GIÀ

- Khi hướng dẫn: phải hướng dẫn rõ ràng, sử dụng những thông tin cơ bản. Chắc chắn họ có thể nghe hoặc đọc được những gì điều dưỡng ghi.
- Những tĩnh mạch ở người già thường rất yếu, rất ít mô liên kết dưới da, và da rất mỏng nên mất nhiều thời gian để chọn vị trí tiêm truyền. Tránh chọn những vị trí dễ va chạm hay cử động. Đôi khi người ta cũng không chọn những tĩnh mạch ở mu bàn tay vì sẽ ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh. Nếu có thể nên tránh tiêm ở tay thuận và mu bàn tay vì những vị trí này thường gây trở ngại nhiều nhất, làm cho người già cảm thấy bị gò bó.
- Ở những người bệnh lớn tuổi có thể chọn cỡ kim 22-24 G. Điều này giúp tĩnh mạch ít bị tổn thương hơn và cho phép máu chảy tốt.
- Nếu người già quá ốm chỉ có da bọc xương, tĩnh mạch mỏng manh nên dùng loại garo nhỏ nhất hoặc không dùng garrot khi tiêm.
- Đối với người già không còn lớp mô liên kết dưới da, vein sẽ chạy, cho nên phải cố định vein, căng da ở phía dưới điểm dự định tiêm.
- Những người bệnh lớn tuổi thường không phàn nàn là đau ở vị trí tiêm. Một lượng dịch lớn có thể gây thâm nhiễm trước khi người bệnh cảm thấy khó chịu. Chú ý: luôn kiểm tra vị trí tiêm truyền thường xuyên.

9. CÁC TAI NẠN CHO NHÂN VIÊN Y TẾ KHI DÙNG THUỐC QUA LÒNG MẠCH, CÁCH PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ

9.1. Các nguy cơ gây tổn thương cho nhân viên y tế do các vật bén nhọn

- Khi đập nắp kim.
- Khi gắn các dụng cụ tiêm truyền.
- Khi vứt bỏ các vật bén nhọn nhiễm bệnh.
- Khi thay kim hay thay dây truyền.
- Khi tháo dây truyền, kim lùn, kim bướm hay kim lùn có cánh là những dụng cụ có nguy cơ gây tổn thương cao.

9.2. Các biện pháp ngăn ngừa và xử lý

- Không được dùng tay đập thân kim lại mà phải bỏ vào thùng chứa vật bén nhọn.
- Mang găng tay khi nhân viên y tế có khả năng tiếp xúc với máu, ví dụ: trong khi tiêm truyền hoặc thay dụng cụ tiêm truyền.
- Những kim tiêm nhiễm bệnh hoặc những vật bén nhọn phải được cho vào những thùng chứa thích hợp có ghi chú cẩn thận bên ngoài. Khi thùng chứa đầy, phải đóng nắp và xử lý thích hợp.
- Những kim tiêm nhiễm bệnh không nên bẻ cong, bẻ gãy, đập nắp hoặc tháo ra khỏi bơm tiêm sau khi sử dụng.
- Báo cáo với khoa chống nhiễm khuẩn khi bị kim đâm, chi tiết về tình huống gây ra tai nạn, trong hoàn cảnh nào? Tình trạng vết thương, cách xử trí ban đầu, chi tiết về nguồn gốc lây nhiễm, tình trạng người bệnh có bị các bệnh lây nhiễm qua đường máu không? (Viêm gan siêu vi B, C, HIV) có đang điều trị? Giai đoạn nào?
- Những nhân viên tiếp xúc với nguồn bệnh đều phải chủng ngừa viêm gan siêu vi B. Những nhân viên y tế có nguy cơ nhiễm bệnh cao phải được hướng dẫn và huấn luyện, và sử dụng những dụng cụ bảo vệ cá nhân.
- Mỗi khoa phòng nên có kế hoạch kiểm soát nhiễm trùng, bao gồm phương pháp làm giảm khả năng tiếp xúc của nhân viên y tế với chất thải bệnh viện.
- Các khoa phòng phải bố trí và thực hiện kiểm soát để loại trừ và làm giảm tối đa khả năng tiếp xúc của nhân viên với các yếu tố nguy cơ. Có thể thực hiện việc kiểm soát bằng cách sử dụng những thùng chứa vật bén nhọn hoặc sử dụng các loại kim tiêm có lớp vỏ bọc ngoài để bật ra che đầu kim khi cần.

10. QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC QUA LÒNG MẠCH

10.1. Nhận định

Nhận định	Lý do
a. Đánh giá tình trạng phù ngoại biên	Nếu lượng dịch quá tải sẽ làm cho tình trạng phù trầm trọng hơn.
b. Cân nặng: tăng hoặc giảm 2% trọng lượng cơ thể (lượng dịch trong lòng mạch chiếm 1/13 trọng lượng cơ thể)	Thông thường dựa vào cân nặng hàng ngày sẽ biết được lượng dịch giữ lại hay mất đi là bao nhiêu. 1 kg cân nặng tương đương 1 lít dịch.
c. Da niêm khô	Có thể có dấu hiệu mất nước.
d. Tĩnh mạch cổ phồng lên	Có thể nghi là do thừa dịch.
e. Huyết áp thay đổi.	Huyết áp tăng có thể đánh giá lượng dịch thừa làm tăng thể tích tuần hoàn. Huyết áp tụt có thể đánh giá là thiếu dịch do giảm thể tích tuần hoàn.
f. Mạch không đều, mạch nhanh	Mạch thay đổi xảy ra khi K, Ca, Mg giảm do rối loạn nước điện giải.
g. Nghe rale ẩm, tiếng lách tách ở phổi	Có thể có dấu hiệu tràn dịch màng phổi do lượng dịch quá dư.
h. Độ đàn hồi của da (sau khi véo da, da không trở lại hình dạng ban đầu sau 3 giây).	Với tình trạng thiếu dịch thì vết véo sẽ mất sau nhiều giây. Đôi khi cách véo da sẽ không chính xác đối với người lớn tuổi vì da của họ mất độ đàn hồi tự nhiên do tuổi tác.
i. Biếng ăn, nôn ói.	Có thể xảy ra khi thể tích dịch tăng hoặc giảm đột ngột.
j. Khát.	Triệu chứng thiếu dịch.
k. Giảm lượng nước tiểu.	Trong quá trình giữ nước thận cố gắng dự trữ chất điện giải bằng cách giảm lượng nước tiểu. Trung bình một ngày người lớn tiểu 1500 mlT, nếu lượng nước tiểu ít hơn 400 ml/24giờ (thiếu niệu) là dấu hiệu thận giữ lại chất cặn bã.

l. Đánh giá tình trạng nhận thức của người bệnh và tình trạng vùng tiêm.	Quyết định cách chăm sóc thích hợp cho từng người bệnh.
m. Có hiểu biết về thành phần cấu tạo, tác dụng, khả năng tương tác và thời gian tác dụng của thuốc hay dịch truyền.	Giúp phát hiện ra những y lệnh truyền dịch không thích hợp và biết được thứ tự ưu tiên khi truyền dịch.
n. Xác định người bệnh có phải chuẩn bị phẫu thuật hay có truyền máu không.	Sử dụng cỡ kim truyền thích hợp S (16 hay 18G) và tránh truyền ở những vị trí gây trở ngại cho quá trình truyền dịch.
o. Nhận định những yếu tố nguy cơ: Trẻ con, người già Suy tim Suy thận Có thương tổn ở da, nhiễm trùng Số lượng tiểu cầu giảm hay dùng thuốc chống đông máu	Ở những người già thì sự mất cân bằng dịch xảy ra nhanh hơn bởi vì thể tích dịch ngoại bào rất lớn Người bị suy tim thì mạch máu không phản ứng kịp với sự thay đổi thể tích dịch bất ngờ. Người suy thận không loại trừ được lượng dịch ngoại bào dư thừa quá nhiều. Những người bị thương tổn ở da hay nhiễm trùng có thể ảnh hưởng đến việc chọn vị trí tiêm truyền. Những người có số lượng tiểu cầu thấp hoặc sử dụng thuốc chống đông máu làm tăng nguy cơ chảy máu từ vị trí tiêm.
p. Kiểm tra lại những kết quả xét nghiệm và tiền sử dị ứng	Có thể phát hiện ra những nhân tố ảnh hưởng. Có dị ứng với iodin, băng keo nhựa?

10.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Xác định những đặc điểm riêng của từng nhận định từ đó có thể đưa ra các chuẩn đoán cho từng người bệnh và phải biết được những kỹ năng để xử lý những tình huống khi có:

- Nguy cơ mất cân bằng nước và điện giải.
- Nguy cơ thể tích dịch bị thiếu.
- Nguy cơ nhiễm trùng.
- Phải xác định rõ những nhân tố ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp lên quá trình truyền dịch dựa trên điều kiện và nhu cầu của từng người bệnh

10.3. Kế hoạch

Những kết quả cần đạt được trong quá trình thực hiện	Nguyên nhân và can thiệp
Tình trạng cân bằng dịch và điện giải trở về bình thường, dấu sinh hiệu và các tham số bất thường về trở mức ổn định.	Xác định chính xác tình trạng mất cân bằng điện giải và những phản ứng của hệ tuần hoàn đối với sự thay thế dịch.
Đường truyền thông thường.	Đảm bảo tốc độ truyền đều đặn và không bị viêm nhiễm.
Vị trí tiêm truyền không có dấu hiệu Thoát mạch, sưng đỏ.	Thoát mạch xảy ra khi đâm kim sai vị trí, kim không vào tĩnh mạch mà nằm ở dưới da.
Không có dấu hiệu viêm tấy, nhiễm trùng.	Viêm tấy là do kim và dây truyền không vô khuẩn, do dịch truyền các thuốc được pha chung bị nhiễm khuẩn.
Người bệnh hiểu được mục đích và những tai biến khi truyền dịch.	Làm tăng sự hợp tác của người bệnh và gia đình khi tiến hành điều trị.

10.4. Can thiệp

Can thiệp	Lý do
a. Không được cạo lông ở vị trí tiêm vì có thể tạo ra nhiều vết xước nhỏ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gây nhiễm trùng.
b. Chọn những tĩnh mạch lớn đủ để đâm kim	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Giúp dịch lưu thông tốt.
c. Chọn vị trí tiêm không gây trở ngại cho những sinh hoạt bình thường của người bệnh và chăm sóc của điều dưỡng.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Giúp người bệnh cử động dễ dàng.
d. Chọn tĩnh mạch mềm mại, to, rõ, ít di động. Phương pháp làm cho tĩnh mạch phồng lên bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> - Kích thích đầu gân của tĩnh mạch bên dưới vị trí xuyên kim. - Bảo người bệnh nắm bàn tay lại co 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cho phép tĩnh mạch giãn ra và có thể thấy được. ▪ Làm tăng thể tích máu ở tĩnh mạch tại vị trí tiêm. ▪ Làm tăng lượng máu đến các chi.

<p>vào dưới ra vài lần cho tĩnh mạch nổi rõ hơn.</p> <p>- Vỗ nhẹ vào tĩnh mạch.</p> <p>- Làm cho tĩnh mạch ấm lên, có thể dùng khăn nóng ẩm đắp lên tĩnh mạch.</p> <p>(ở người lớn tuổi nếu xoa bóp mạnh sẽ dẫn đến Hematoma và co thắt tĩnh mạch).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Có thể làm cho tĩnh mạch giãn ra. <p>Tăng lượng máu đến cung cấp và làm tĩnh mạch giãn ra.</p>
<p>e. Tránh tiêm lại vị trí cũ, những tĩnh mạch xơ cứng, những vị trí thâm nhiễm hoặc những mạch máu bị viêm, những vùng da bị bầm tím</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Những vị trí như thế có thể làm tăng thêm tình trạng thâm nhiễm do tiêm truyền và gây tổn thương mạch máu.
<p>f. ở người lớn tuổi tránh tiêm ở những tĩnh mạch nhỏ, mỏng manh</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nếu tĩnh mạch bị tổn thương có thể làm tăng nguy cơ nhiễm bệnh như thâm nhiễm và giảm thời gian lưu kim.
<p>g. Buộc garo trên vị trí tiêm 10 – 15 cm (4 – 5 inch). Kiểm tra mạch ở tay.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Giảm dòng chảy ở động mạch ngăn không cho máu đổ đầy vào tĩnh mạch. Áp lực của garo sẽ làm cho tĩnh mạch giãn ra.

10.5. Đánh giá

Hành động	Lý do
<p>Quan sát tình trạng người bệnh mỗi 30 phút - 1 giờ.</p> <p>a. Kiểm tra lượng dịch truyền có đúng theo thời gian ghi trên túi dịch truyền không hay kiểm tra bơm điều khiển tốc độ dịch truyền</p>	<p>Thể tích dịch truyền chính xác ngăn ngừa sự mất cân bằng dịch truyền.</p>
<p>b. Đếm giọt</p>	<p>Kiểm soát số giọt chính xác sẽ bảo đảm được thể tích dịch truyền đúng hơn.</p>
<p>c. Quan sát người bệnh trong suốt quá trình truyền dịch</p>	<p>Để phát hiện sớm các tai biến.</p>
<p>d. Xem xét kỹ vị trí tiêm, ghi lại màu sắc da (đỏ hay tím xanh). Kiểm tra xem có sưng phù không. Kiểm tra nhiệt độ ở trên chỗ dán băng keo hay gạc.</p>	<p>Để phát hiện sớm tình trạng viêm tĩnh mạch hay phù nề do thoát dịch ra ngoài mô kẽ.</p>

11. NHỮNG KẾT QUẢ KHÔNG MONG MUỐN VÀ NHỮNG CAN THIỆP LIÊN QUAN

- *Thiếu thể tích dịch cơ thể*: biểu thị bằng cách giảm lượng nước tiểu, da niêm khô, huyết áp tụt, nhịp tim đập nhanh. Báo ngay bác sĩ, có thể yêu cầu điều chỉnh lại tốc độ dịch truyền.
- *Dư thể tích dịch cơ thể*: biểu thị bằng tiếng phổi nghe tách tách, khó thở, thở nông, tĩnh mạch cổ nổi, áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng, đôi khi có phù. Giảm tốc độ dịch truyền nếu triệu chứng xuất hiện và báo bác sĩ ngay.
- *Mất cân bằng điện giải*: biểu hiện như nồng độ các chất điện giải trong huyết thanh không bình thường, tình trạng tri giác thay đổi, thay đổi chức năng của hệ thần kinh, thay đổi dấu sinh hiệu, và những biểu hiện khác. Thông báo cho bác sĩ để điều chỉnh lại loại dịch truyền và các thành phần thuốc thêm vào.
- *Tình trạng thâm nhiễm*: biểu hiện sưng và có thể phù, xanh xao, lạnh, đau ở vị trí tiêm, có thể làm tốc độ truyền giảm. Ngưng truyền, đánh giá sự ảnh hưởng đến vị trí tiêm. Truyền lại vị trí khác nếu cần thiết.
- *Viêm tĩnh mạch*: biểu hiện bằng triệu chứng đau, nhiệt độ ở da tăng, nổi ban đỏ dọc theo đường tĩnh mạch. Ngưng truyền, tiến hành kỹ thuật truyền lại nếu cần thiết. Đắp khăn nóng ẩm lên vùng bị thâm nhiễm.
- *Chảy máu ở vị trí tiêm*: máu từ tĩnh mạch chảy chậm và tiếp tục nhỏ giọt. Thông thường đối với những người bệnh được tiêm Heparin thường có rối loạn chảy máu, hoặc những vị trí tiêm nằm ở khuỷu tay.
- Máu trên miếng gạc che thân kim có thể là máu do chỗ nối giữa đốc kim và dây truyền dịch bị hở. Khi máu xuất hiện trên miếng gạc, phải kiểm tra lại hệ thống xem có còn nguyên vẹn không và thay miếng gạc mới, luôn giữ cho miếng gạc che thân kim khô ráo, thay ngay khi bị ẩm ướt để hạn chế sự nhiễm khuẩn.

12. GHI HỒ SƠ

- Điều dưỡng ghi chép những thao tác khi tiến hành tiêm truyền, loại dịch truyền, vị trí tiêm truyền, tốc độ dịch chảy, kích cỡ, loại kim và dây truyền và thời gian bắt đầu truyền dịch.
- Nếu sử dụng thiết bị truyền bằng điện tử ghi tên thiết bị và tốc độ truyền. Bao gồm số trên bơm điện tử.
- Ghi phản ứng của người bệnh khi truyền dịch, lượng dịch truyền và sự nguyên vẹn cũng như sự thông thương của hệ thống mỗi 4 giờ hoặc theo quy định riêng của từng bệnh viện.

- Điều dưỡng khi nhận ca: ghi loại dịch, tốc độ truyền, tình trạng tại vị trí tiêm, lượng dịch còn lại trong chai.
- Ghi lại những tác dụng không mong muốn nếu có: phù, viêm nghẽn tĩnh mạch, shock.

13. MỨC ĐỘ THÂM NHIỄM

Điểm	Dấu hiệu lâm sàng
0	Không có triệu chứng.
1	<ul style="list-style-type: none"> - Da tái nhợt. - Phù nhỏ hơn 2,5 cm. - Sờ da cảm thấy lạnh. - Đau hoặc không đau.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Da tái nhợt. - Da bị phù đường kính từ 2,5-15 cm. - Sờ da cảm thấy lạnh. - Đau nhẹ.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Da tái nhợt, mờ đục. - Phù to rộng hơn 15 cm. - Sờ da cảm thấy lạnh. - Đau nhẹ và vừa. - Có thể tê liệt

14. MỨC ĐỘ VIÊM NHIỄM TĨNH MẠCH

Điểm	Dấu hiệu lâm sàng
0	<ul style="list-style-type: none"> - Không có triệu chứng.
1+	<ul style="list-style-type: none"> - Nổi ban đỏ có hoặc không đau. - Phù (có thể không). - Không hình thành những vết dài. - Mạch không nổi như sợi dây thừng.

2+	<ul style="list-style-type: none"> - Nổi ban đỏ có hoặc không đau. - Phù (có thể không). - Hình thành những vết dài. - Mạch không nổi như sợi dây thừng.
3+	<ul style="list-style-type: none"> - Nổi ban đỏ có hoặc không đau. - Phù (có thể không). - Hình thành những vết dài. - Mạch nổi như sợi dây thừng.

15. GIÁO DỤC Ý THỨC CHO NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn người bệnh về những dấu hiệu và triệu chứng: khó chịu, khó thở, mệt, hồi hộp, viêm tĩnh mạch, và sưng đỏ người bệnh có thể thông báo kịp thời cho điều dưỡng khi có những dấu hiệu trên.
- Hướng dẫn người bệnh báo cho điều dưỡng biết dịch truyền chảy chậm, ngừng hoặc máu xuất hiện trong dây truyền hay trên miếng gạc
- Dặn dò người bệnh không được tự ý chỉnh giọt
- Hướng dẫn người bệnh đi lại khi có trụ treo.
- Hướng dẫn người bệnh yêu cầu hộ lý giúp đỡ khi tắm hoặc khi thay áo.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng:

1. Mục đích của tiêm truyền dung dịch là:
 - A. Nuôi dưỡng người bệnh không thể tự ăn uống được
 - B. Duy trì nồng độ thuốc nhiều giờ trong hệ thống tuần hoàn
 - C. Cần thuốc vào cơ thể tác dụng nhanh dẫn đến mau lành bệnh
 - D. A và B
 - E. Tất cả các trường hợp xuất huyết
2. Các dung dịch nào sau đây được gọi là dung dịch đẳng trương:
 - A. Glucose 10%
 - B. Glucose 20%

- C. Glucose 5%
 - D. Bicarbonat Natri 1,4%
 - E. C và D
3. Các dung dịch sau đây được gọi là ưu trương
- A. Natri clorua 3%
 - B. Natri clorua 0,9%
 - C. Bicarbonat Natri 5%
 - D. Dextran
 - E. A và C
4. Nguyên nhân gây viêm tĩnh mạch khi truyền dịch
- A. Đưa vào tĩnh mạch một lượng dịch quá lớn
 - B. Tốc độ tiêm truyền quá nhanh
 - C. Kỹ thuật tiêm truyền không vô khuẩn
 - D. Truyền quá nhiều dung dịch ưu trương
 - E. Tất cả đều đúng
5. Khi truyền dịch, dấu hiệu lâm sàng của dịch thoát ra khỏi tĩnh mạch, ngoại trừ:
- A. Sưng phù nơi tiêm
 - B. Da vùng tiêm bị tái, lạnh
 - C. Đau tức nơi vùng tiêm
 - D. Tốc độ dịch chảy chậm lại, hoặc ngừng chảy
 - E. Tốc độ dịch chảy mạnh hơn
6. Xử trí viêm tĩnh mạch
- A. Ngừng tiêm truyền ngay
 - B. Chườm nóng ảm lên vị trí tĩnh mạch bị viêm
 - C. Không dùng các tĩnh mạch lân cận để tiêm
 - D. Tiêm lại vị trí tĩnh mạch khác
 - E. Tất cả đều đúng
7. Xử trí dịch thoát ra ngoài khi truyền dịch, ngoại trừ:
- A. Khoá dịch truyền ngay khi có dấu hiệu xảy ra
 - B. Kiểm tra vị trí tiêm thường xuyên
 - C. Tiêm truyền ngay ở vị trí khác

- D. Hạn chế cử động vùng chi đang tiêm truyền
- E. Thay thế chai dịch truyền càng sớm càng tốt

8. Bộ dây tiêm truyền được thay mỗi:

- A. 12 đến 14 giờ
- B. 14 đến 16 giờ
- C. 16 đến 18 giờ
- D. 18 đến 20 giờ
- E. 48 đến 72 giờ

Phân biệt đúng (Đ) sai (S)

- 10. Dịch truyền không được để lâu quá 24 giờ
- 11. Ta nên cạo lông vùng chi trước khi tiêm truyền để hạn chế sự nhiễm khuẩn
- 12. Tai biến gây chết người trong tiêm truyền là viêm tĩnh mạch
- 13. Dịch truyền được gọi là ưu trương khi nồng độ của dịch truyền dưới 300 mEq/l

ĐÁP ÁN

1. D 2. E 3. E 4. C 5. E 6. B 7. E 8. E 9. Đ 10. S 11. S 12. S

Bài 68

TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được 6 mục đích của tiêm truyền dung dịch.*
- 2. Tiến hành được kỹ thuật tiêm truyền dung dịch một cách an toàn và hiệu quả.*
- 3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc thực hiện kỹ thuật tiêm truyền an toàn.*

1. MỤC ĐÍCH

- Bồi hoàn nước và điện giải, hồi phục tạm thời khối lượng tuần hoàn trong cơ thể.
- Thay thế tạm thời lượng máu mất.
- Nuôi dưỡng cơ thể.
- Đem thuốc vào cơ thể với số lượng nhiều trực tiếp vào máu.
- Duy trì nồng độ thuốc kéo dài nhiều giờ trong máu.
- Mục đích khác: giải độc, lợi tiểu, giữ vein

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị mất nước: tiêu chảy, phỏng
- Người bệnh bị mất máu cấp: tai nạn, xuất huyết tiêu hoá.
- Người bệnh bị suy dinh dưỡng.
- Người bệnh cần dùng số lượng lớn thuốc hoặc duy trì đều trong cơ thể.
- Người bệnh bị ngộ độc.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: lơ mơ, động kinh, co giật, hôn mê.

- Hệ thống tĩnh mạch: to, rõ, mềm mại, xơ cứng
- Tuổi: già, trẻ.
- Tình trạng dấu sinh hiệu đặc biệt là huyết áp.

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh.
- Tư thế thích hợp.
- Kiểm tra dấu sinh hiệu.
- Cho người bệnh tiểu tiện trước khi truyền.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn tiệt khuẩn.
- Trả về chỗ cũ những dụng cụ khác: trụ treo, garrot, gối kê tay

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ tiêm truyền, ngày giờ kết thúc.
- Loại dung dịch truyền, số lượng, số giọt y lệnh trong 1 phút, thuốc pha (nếu có).
- Phản ứng người bệnh nếu có.
- Tên bác sĩ cho y lệnh.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Phải áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn.
- Phải đếm mạch, đo huyết áp trước khi truyền dịch.
- Tránh để bọt khí vào tĩnh mạch người bệnh: bọt khí có thể làm thuyên tắc tĩnh mạch.
- Quan sát người bệnh trong suốt thời gian tiêm truyền để phát hiện các dấu hiệu bất thường: 30-60 phút/lần tùy theo tình trạng.
- Không nên cho dung dịch chảy quá nhanh vì có thể làm người bệnh bị phù phổi cấp (trừ trường hợp có chỉ thị của bác sĩ).
- Nếu người bệnh phản ứng với dung dịch tiêm truyền như lạnh run, mạch nhanh, khó thở phải ngưng truyền ngay và báo cáo với bác sĩ.

- Khi truyền dịch phải chú ý cẩn thận tốc độ chảy của dịch truyền và tình trạng người bệnh, đặc biệt là đối với các trường hợp sau:
 - + Phù phổi cấp.
 - + Bệnh tim nặng.
 - + Tăng áp lực nội sọ.

8. CÔNG THỨC TÍNH THỜI GIAN CHẢY CỦA DỊCH TRUYỀN

$$\text{Thời gian chảy của dịch truyền (phút)} = \frac{\text{V dịch truyền (ml)} \times \text{số giọt/ml}}{\text{Số giọt y lệnh/phút}}$$

Bảng 68.1. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng: soạn dụng cụ tiêm truyền dung dịch

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Sao phiếu thuốc, kiểm tra thuốc			
2	Mang khẩu trang, rửa tay			
3	Trải khăn sạch			
4	Soạn dụng cụ vô khuẩn: - Gạc che kim hoặc băng keo cá nhân - Bông cotton - Bình kẽm sát trùng da			
5	Gắn lồng treo vào chai (nếu cần)			
6	Khui và sát trùng nắp chai dịch truyền			
7	Gắn bộ dây tiêm truyền, khoá dây lại, quấn gọn vào chai			
8	Soạn dụng cụ sạch: - Dây garrot - Bồn hạt đậu - Gối kê tay - Máy đo huyết áp - Găng tay sạch - Băng keo (ít nhất 3 miếng dán lên dây truyền) - Trụ treo - Đồng hồ có kim giây - Hộp thuốc chống shock			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

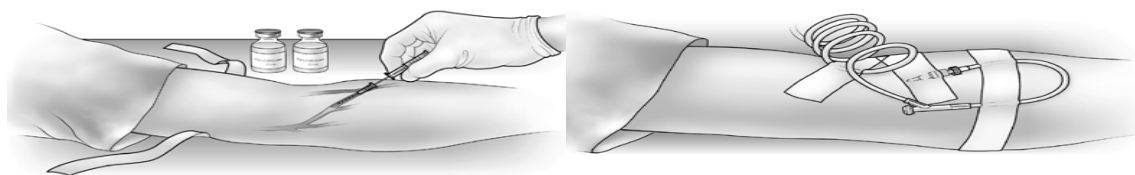


Hình 68.1. Mâm dụng cụ tiêm truyền dung dịch

Bảng 68.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng: tiêm truyền dung dịch

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Đối chiếu đúng người bệnh.	Tránh nhầm lẫn.	Đối chiếu đúng tên, họ, tuổi, số giường, số phòng.
2	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
3	Đo huyết áp, đếm mạch.	Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi truyền dịch.	Thực hiện kỹ năng đo huyết áp, đếm mạch chính xác.
4	Cho người bệnh đi tiêu, tiểu.	Giúp người bệnh tiện nghi trong suốt thời gian truyền.	Nếu tình trạng người bệnh không đi được có thể cho tiêu tiểu tại giường (nếu cần).
5	Chọn vị trí tĩnh mạch.	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động.
6	Treo chai lên trụ treo, cho dịch vào 2/3 bầu đếm giọt, đuổi khí trong dây truyền.	Khí là một trong những nguyên nhân gây thuyên tắc mạch.	Đưa kim hướng vào bồn hạt đậu, để kim an toàn.
7	Để lộ vùng tiêm.	Tư thế người bệnh giúp cho việc tiêm tĩnh mạch dễ dàng.	Có thể kê gối kê tay nếu chọn tĩnh mạch gần khuỷu.
8	Mang găng tay.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
9	Buộc garrot cách nơi tiêm 10 - 15 cm.	Giúp tĩnh mạch nổi rõ.	Buộc garrot cách nơi tiêm 10-15 cm.
10	Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra	Hạn chế sự nhiễm khuẩn	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc sát

	ngoài 5 cm.	từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	trùng dọc theo tĩnh mạch từ dưới lên và ra 2 bên) với gòn cồn 70° hoặc cồn iod.
11	Sát khuẩn tay lại.	Giảm sự lây nhiễm chéo.	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay.
12	Tay căng da, tay cầm kim mặt vát lên trên, đâm xuyên qua da, hướng kim theo chiều tĩnh mạch.	Tiêm vào tĩnh mạch.	Tiêm đúng vị trí.
13	Bóp dây truyền kiểm tra có máu, tháo garrot.	Xác định chắc chắn vị trí kim nằm trong tĩnh mạch.	Rút nòng nếu thấy máu chảy ra là xác định đúng kim nằm trong tĩnh mạch.
14	Mở khóa cho dịch chảy (tốc độ chậm).	Giảm bớt kích thích cho người bệnh.	Phải quan sát sắc diện người bệnh khi cho dịch chảy vào để phát hiện sớm các phản ứng bất thường.
15	Cố định đốc kim, che kim bằng gạc vô khuẩn.	Giữ kim cố định trên da, phòng ngừa nguy cơ nhiễm khuẩn.	Giữ vô khuẩn phần thân kim lộ ra ngoài.
16	Cố định dây truyền.	Giữ cố định dây truyền tránh sút ra.	Dán băng keo ôm vừa dây truyền để không ảnh hưởng đến tốc độ chảy của dịch truyền.
17	Điều chỉnh giọt theo y lệnh.	Thực hiện tốc độ truyền theo y lệnh.	Điều chỉnh tốc độ chảy của dịch truyền chính xác.
18	Dẫn dò người bệnh những điều cần thiết.	Phát hiện sớm và phòng ngừa các tai biến.	30-60 phút đến thăm người bệnh một lần.
19	Báo cho người bệnh biết việc đã xong.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
20	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.



Hình 68.2. Kỹ thuật tiêm và cố định kim sau khi tiêm

Bảng 68.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng tiêm truyền dung dịch

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích			
2	Đo huyết áp, đếm mạch, cho người bệnh tiêu, tiểu (nếu được)			
3	Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động,			
4	Treo chai lên trụ, cho dịch vào 2/3 bầu đếm giọt			
5	Đuổi khí vào bồn hạt đậu, khóa lại, để kim an toàn			
6	Để lộ vùng tiêm, kê gối kê tay (nếu cần)			
7	Mang găng tay			
8	Buộc garrot cách nơi tiêm 10 - 15 cm			
9	Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra ngoài 5 cm			
10	Sát khuẩn tay lại			
11	Tay căng da, tay cầm kim mặt vát lên trên, đâm xuyên qua da, hướng kim theo chiều tĩnh mạch			
12	Bóp dây truyền kiểm tra có máu, tháo garrot			
13	Mở khóa cho dịch chảy (tốc độ chậm)			
14	Cố định đốc kim, che kim bằng gạc vô khuẩn			
15	Cố định dây truyền			
16	Tháo găng tay			
17	Điều chỉnh giọt theo y lệnh			
18	Dặn dò người bệnh những điều cần thiết			
19	Báo người bệnh biết việc đã xong, để người bệnh tiện nghi			
20	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Mục đích của tiêm truyền dung dịch:

- A. Bồi hoàn nước điện giải
- B. Nuôi dưỡng
- C. Duy trì lượng thuốc đều trong cơ thể
- D. Giải độc
- E. Tất cả đều đúng

2. Một số bệnh lý khi truyền dung dịch người iêu dưỡng cần để ý theo dõi sát:

- A. Suy tim
- B. Tăng áp lực nội sọ
- C. Tiêu chảy
- D. Tất cả đều đúng
- E. A, B đúng

3. Chai dịch truyền không được để quá:

- A. 8 giờ
- B. 12 giờ
- C. 24 giờ
- D. 48 giờ
- E. Tất cả đều sai

4. Kim luôn chỉ được dùng khi người bệnh:

- A. Hôn mê
- B. Động kinh, co giật
- C. Truyền dịch kéo dài nhiều ngày
- D. Dùng thuốc qua đường tĩnh mạch nhiều lần/ngày
- E. Tất cả đều đúng

5. Kim luôn chỉ được thay mỗi:

- A. 24 giờ
- B. 48 giờ
- C. 72 giờ
- D. A, B đúng
- E. B, C đúng

6. Tai biến khi truyền dịch do kỹ thuật của iêu dưỡng, ngoại trừ là:

- A. Thuyên tắc mạch do khí
- B. Viêm tĩnh mạch
- C. Shock phản vệ
- D. Phù nơi tiêm
- E. Hoại tử mô

ĐÁP ÁN

1. E 2. E 3. C 4. E 5. E 6. E

QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TRUYỀN MÁU

MỤC TIÊU

1. Kể các chỉ định truyền máu.
2. Trình bày được nguyên tắc khi truyền máu.
3. Kể được các tai biến xảy ra trong quá trình truyền máu.
4. Trình bày cách phòng ngừa và xử trí các tai biến do truyền máu.
5. Trình bày được quy trình chăm sóc người bệnh được truyền máu.

1. ĐỊNH NGHĨA

Liệu pháp truyền máu là việc truyền toàn bộ máu hay các thành phần của máu với những mục đích khác nhau. Liệu pháp này có thể được dùng để bồi hoàn lại dung tích máu trong lòng mạch bằng máu toàn phần hoặc để bồi hoàn các yếu tố đông máu, tiểu cầu, bạch cầu trong các bệnh lý về máu. Mặc dù có phòng ngừa những rủi ro nhưng những sai sót cũng có thể xảy ra như trong việc lấy máu, lưu trữ máu, phân phối máu. Hơn thế nữa việc không tương hợp nhóm máu hoặc khả năng lây truyền bệnh truyền nhiễm vẫn có thể xảy ra. Vì vậy, việc kiểm tra cẩn thận khi lấy máu, bảo quản máu, truyền máu sẽ làm giảm nguy cơ gây tai biến do truyền máu như viêm gan siêu vi C, B hay HIV

Để giảm rủi ro trong việc truyền máu, đối với những người bệnh được mổ chương trình (mổ tim, tạng, chỉnh hình) mà có tiên lượng sẽ mất một lượng máu lớn, có thể cho họ lấy trước từ 1-5 đơn vị máu của chính mình và sẽ được truyền lại lượng máu đó khi người bệnh được phẫu thuật. Các máu cho đều phải được kiểm tra HbsAg, HIV, viêm gan C và giang mai, nếu máu tự thân bị nhiễm phải dán nhãn nguy hiểm sinh học (hội ngân hàng máu Hoa Kỳ) việc cho máu của người bệnh được khuyên nên dừng trước 72 giờ khi phẫu thuật.

Một đơn vị máu có thể lưu trữ 5-6 tuần hay nếu giữ lạnh có thể trữ trong vài năm.

Mặc dù có y lệnh của bác sỹ nhưng điều dưỡng phải biết đánh giá người bệnh trước trong và sau khi truyền máu. iều quan trọng là người điều dưỡng phải hiểu lý do tại sao phải truyền máu, đặc điểm của từng loại sản phẩm máu

được truyền, những kết quả mong đợi, những hậu quả ngoài ý muốn, để có thể theo dõi và phát hiện sớm những tai biến giúp cho việc theo dõi và điều trị tốt hơn.

⊕ Hệ ABO

Kiểu máu trong hệ thống ABO được xác định bằng sự hiện diện hay vắng mặt của những kháng nguyên nào đó trên bề mặt hồng cầu.

Máu người chia làm 4 nhóm theo hệ ABO:

Tên nhóm máu	Kháng nguyên trên màng hồng cầu (ngưng kết nguyên)	Kháng thể trong huyết tương (ngưng kết tổ)
A	A	β
B	B	α
AB	A và B	không có
O	Không có	α và β

Nhóm máu A gồm có 2 nhóm phụ A 1 và A 2.

- + A 1 có kháng thể tương ứng là α_1 .
- + A 2 có kháng thể tương ứng là α_2 .

Phản ứng ngưng kết xảy ra nhanh và mạnh khi A1 gặp α_1 .

Phản ứng ngưng kết giữa A2 và α_2 thì yếu và chậm nên có thể bị bỏ sót, và người có nhóm máu phụ A2 có thể bị nhầm là nhóm máu O.

⊕ Hệ Rh

Ngoài ra còn có nhóm hồng cầu hệ Rh:

Tên nhóm máu	Kháng nguyên	Kháng thể
Rh(+) 100% ở Việt Nam	Rh	Không có
Rh(-) tỉ lệ thấp	Không có	Không có

Kháng thể trong hệ nhóm máu này không phải là kháng thể tự nhiên, nó không có sẵn trong huyết tương như các kháng thể của hệ nhóm máu ABO mà chỉ được sản sinh ra mỗi khi cơ thể thuộc nhóm máu Rh(-) bị truyền máu Rh(+) nhiều lần.

Xảy ra trong 2 trường hợp:

- Người có nhóm máu Rh(-) bị truyền máu Rh(+) nhiều lần.
- Kháng nguyên D là loại kháng nguyên phổ biến có khả năng kích thích đáp ứng miễn dịch nhất. Việc hiện diện của kháng nguyên D xác định một người có nhóm máu Rh(+), và người không có kháng nguyên D được xem

như là Rh(-). Một người mẹ có Rh(-) đã tiếp xúc với kháng nguyên Rh(+) trước đây có thể truyền kháng thể Rh(+) qua nhau thai cho bào thai, điều này có thể dẫn đến tan huyết bào thai nghiêm trọng, phá vỡ tế bào hồng cầu dẫn đến thiếu máu vàng da và có thể gây tử vong cho trẻ. Sảy thai liên tiếp ở người vợ có nhóm máu Rh(-) lấy chồng có nhóm máu Rh(+).

2. NGUYÊN TẮC TRUYỀN MÁU

- Truyền máu là đưa vào cơ thể người bệnh một lượng máu nhằm 3 mục đích:
 - + Bồi hoàn lượng máu mất.
 - + Ổn định nồng độ huyết sắc tố trong máu, đảm bảo cung cấp oxy cho cơ thể.
 - + Bồi hoàn một số yếu tố đông máu bị thiếu hụt gây nên triệu chứng xuất huyết (yếu tố VIII, fibrinogen, prothrombin).
- Truyền máu là một phương pháp rất tốt khi cơ thể bị thiếu máu nhiều do một nguyên nhân nào đó. Nhưng quan trọng là truyền như thế nào để tránh xảy ra các tai biến cho người bệnh.
- Để truyền máu được hiệu quả và an toàn chúng ta cần phải biết:
 1. Xem lại quy định riêng của bệnh viện về việc quản lý máu hay các sản phẩm của máu vì nó được xây dựng để đảm bảo sự an toàn cho việc quản lý những sản phẩm của máu.
 2. Biết các chỉ số bình thường của dấu hiệu sinh tồn và tiền sử bệnh dị ứng. Việc dùng những sản phẩm của máu làm tăng thể tích nội mạch, làm tăng huyết áp người bệnh, điều này có thể là một trong những hiệu quả được mong muốn trong điều trị. Tuy nhiên trên một vài người bệnh có thể không chịu đựng được việc truyền máu với một thể tích lớn, làm tăng thể tích dịch quá mức dẫn đến tăng huyết áp rõ rệt, gây nên tình trạng tim đập nhanh, phù phổi cấp hay suy tim.
 3. Theo dõi và ghi vào hồ sơ một cách cẩn thận những dấu hiệu sinh tồn ngay trước khi bắt đầu điều trị và cũng như trong suốt quá trình truyền máu, qui định chung của bộ y tế là điều dưỡng phải luôn bên cạnh người bệnh trong suốt thời gian truyền máu.
 4. Hiểu những chỉ định và mục đích của việc truyền máu, điều này cho phép điều dưỡng giúp bác sỹ trong việc lượng giá kết quả và đánh giá nhu cầu cần thiết cho bất kỳ liệu pháp sau này.
 5. Đánh giá những trị số mới nhất về chất điện giải trong huyết thanh của người bệnh (khi máu được lưu trữ có sự phá huỷ liên tục các tế bào hồng cầu) nếu máu được truyền nhanh có thể có tăng Kali huyết thoáng qua trước khi Kali được tái hấp thu, máu được bảo quản với Citrat phosphate destrose (CPD) chứa một lượng cao ion citrat, citrat dư có thể kết hợp với

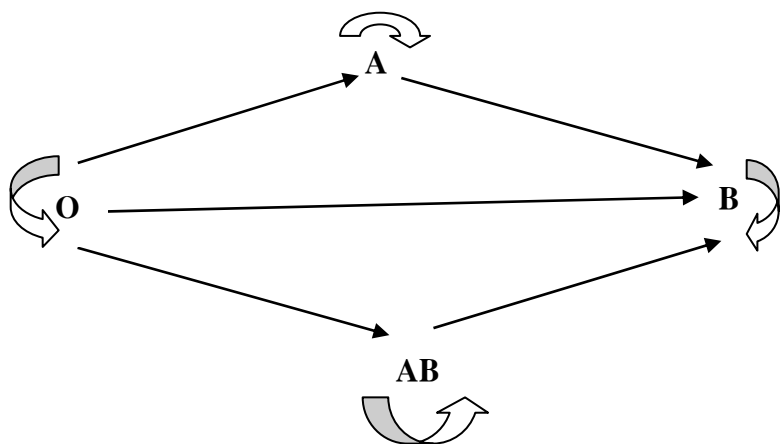
calci đã được ion hoá trong máu người nhận dẫn đến việc hạ nồng độ calci đã được ion hoá thoáng qua. Trong khi việc thiếu hụt calci đã được ion hoá gây ra do truyền máu là hiếm thì việc thiếu hụt này có khả năng xảy ra ở trẻ nhỏ, những người lớn tuổi hay những người bệnh loãng xương hơn.

6. Xác định lại sự hiểu biết của người bệnh về qui trình thực hiện và lý do thực hiện qui trình đó, điều này có thể giúp giảm bớt lo lắng cho người bệnh khi điều trị.
7. Phải truyền máu cùng nhóm và chắc chắn có chỉ định của bác sĩ, theo quy tắc cơ bản của sơ đồ sau:

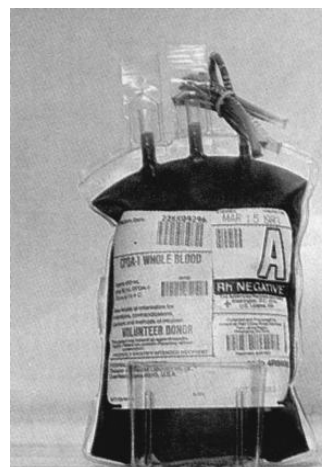
Nhóm A → A
B → B
O → O
AB → AB

Phương pháp truyền này an toàn nhất.

8. Trước khi truyền phải chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cần thiết: nhóm máu, phản ứng chéo, kết dính...
9. Kiểm tra chất lượng máu (có 3 lớp rõ ràng, màu sắc, số lượng, nhóm máu, số hiệu túi máu và đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối).
10. Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền máu: nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ.
11. Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn, dây truyền máu phải có bầu lọc, kim phải đúng kích cỡ (18-21G, dài 3-4 cm).
12. Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng thời gian theo y lệnh.
13. Phải làm phản ứng sinh vật (Ocleber).
14. Túi máu đem ra khỏi nơi bảo quản không để quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh, không được truyền máu lạnh quá cho người bệnh.
15. Khi truyền một số lượng máu lớn và cần nhanh chóng có thể dùng bơm tiêm trực tiếp vào mạch máu, và cho máu chảy qua máy làm ấm máu (việc làm nóng một đơn vị máu bằng sóng viba hay nước nóng không thích hợp vì những phương pháp này có thể dẫn đến sự phá huỷ những tế bào máu), việc truyền nhanh máu lạnh vào trong tĩnh mạch trung tâm không được cho phép vì có khả năng gây ra sự loạn nhịp.
16. Phải theo dõi chặt chẽ quá trình truyền để đề phòng các tai biến có thể xảy ra.
17. Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm (nhưng không quá 500 ml) theo quy tắc tối thiểu như sơ đồ sau:



Hình 69.1. Sơ đồ truyền máu



Hình 69.2. Túi máu

3. MÁU VÀ CÁC SẢN PHẨM CỦA MÁU

Sản phẩm máu	Thể tích và thời gian truyền	T ⁰ bảo tồn	Thời gian bảo tồn	Thành phần huyết phẩm	Chỉ định & Tác dụng
Máu toàn phần + Tươi + Dự trữ	300-500 ml < 4 giờ	4°C 4°C	12-24 giờ 21 ngày (với ACD) 25 ngày (với CPD)	Đủ các thành phần của máu. Tương tự máu tươi trừ các yếu tố đông máu dễ bị huỷ như V, VIII và tiểu cầu.	* Chỉ định: - Xuất huyết có rối loạn yếu tố đông máu. - Các trường hợp xuất huyết cấp khác. * Tác dụng: thay khối lượng hồng cầu và thể tích huyết tương để làm tăng Hb 1g/100ml và Hct 3% trên người lớn.
Hồng cầu + Hồng cầu lắng	300-350 ml < 4 giờ	4°C	Tuỳ kỹ thuật bảo quản (không >8h)	HC + vài ml huyết tương.	* Chỉ định: Thiếu máu (không xuất huyết). * Tác dụng: thay thế khối lượng hồng cầu → Hb/Hct tăng.

+ Hồng cầu rửa	250-350 ml < 4 giờ	4°C	Tuỳ kỹ thuật bảo quản (không >8h)	HC không có huyết tương được rửa sạch bằng NaCl 0,9%	* Chỉ định: thiếu máu (không xuất huyết, có rối loạn miễn dịch) * Tác dụng: thay thế hồng cầu trong khi ngăn ngừa việc truyền máu kết hợp với bệnh thải trừ mô ghép, được dùng trong những người bệnh suy giảm miễn dịch, bất kỳ thành phần máu nào có thể chiếu xạ.
+ Hồng cầu đông đặc		-80°C	Nhiều tháng		Dành cho nhóm máu hiếm.
Bạch cầu + Đa nhân +Lympho bào		4°C 4°C	Không quá 6h-12h		* Chỉ định: suy tuỷ xương.
Huyết tương tươi	200-250ml <4 giờ	20°C	24h		* Chỉ định: - Giảm thể tích tuần hoàn. - Rối loạn yếu tố đông máu. * Tác dụng: thay thế huyết tương không có hồng cầu hay tiểu cầu chứa thành phần lớn các yếu tố đông máu và bổ thể, được dùng trong việc kiểm soát sự chảy máu do thiếu các yếu tố đông máu. (DIC: đông máu nội mạch lan toả, TIP:

					ban xuất huyết do giảm tiểu cầu).
Huyết tương đông lạnh		-30°C	Nhiều tháng		* Chỉ định: - Giảm thể tích tuần hoàn. - Rối loạn yếu tố đông máu.
Cryoprecipitate Chất kết tủa lạnh	5-20ml/ đơn vị 1 đơn vị > 10kg cân nặng 1-2ml/ phút				* Chỉ định: Hemophilie A. * Tác dụng: Thay thế các yếu tố VIII, XIII < yếu tố Von Willebrand và fibrinogen.
Tiểu cầu tươi	200-500ml < 4 giờ	20°C	12 - 72h	TC + 1 ít BC + 1 ít HC	* Chỉ định: xuất huyết giảm tiểu cầu. * Tác dụng: mỗi đơn vị có thể tăng tổng số tiểu cầu khoảng 5000-10000/ml/người bệnh 70kg.
Tiểu cầu đậm đặc		20°C	Tốt nhất trong vòng 6h đầu sau điều chế	TC + 1 ít BC + 1 ít HC	* Chỉ định: xuất huyết giảm tiểu cầu. * Tác dụng: Mỗi đơn vị có thể tăng tổng số tiểu cầu khoảng 5000-10000/ml/người bệnh 70kg.
Tiểu cầu đông lạnh		-80°C	Nhiều tháng	TC + 1 ít BC + 1 ít HC	* Chỉ định: xuất huyết giảm tiểu cầu. * Tác dụng: Mỗi đơn vị có thể tăng tổng số tiểu cầu khoảng 5000-10000/ml/người bệnh 70kg.

Albumin	250 - 500 ml 1 10 ml /phút	4°C	5 năm	Albumin 25% (1 chai 50 ml, 100 ml, lực thẩm thấu của 250 ml, 500 ml huyết tương).	* Chỉ định: các trường hợp giảm Albumin trong máu. * Tác dụng: tăng dung tích tương đương cho huyết tương, được dùng để điều trị hạ proteine huyết tương trong phồng và hạ albumin huyết trong shock ARDs (bệnh hô hấp cấp). được dùng để cung cấp áp lực máu trong thẩm thấu và suy gan cấp
Globulin chuẩn		4°C	1 năm	α-Globulin thông thường	* Chỉ định: nhiễm trùng thông thường.
Globulin chuyên biệt		4°C	3 năm	α-Globulin miễn dịch chuyên biệt	* Chỉ định: chủng ngừa.
Fibrinogen		4°C	3 năm	Fibrinogen (1g/100ml) (2l plasma = 4g Fib)	* Chỉ định: các trường hợp giảm Fibrinogen/máu.
PPSB (II, VII, X, IX)		4°C	1 năm	II, VII, IX, X (1ml. PPSB chứa: 20-25 đv/ml II 3-14 đv/ml VII 25-30 đv/ml IX 10-14 đv/ml X) 10 ml = 200 ml plasma.	- Hemophilie B. - Ngộ độc anti - vitamin K - Thiếu phức hợp Prothrombin.

4. CÁC TAI BIẾN CÓ THỂ XẢY RA TRONG TRUYỀN MÁU

4.1. Tai biến xảy ra tức thì: xảy ra trong thời gian đang truyền máu

a. *Nhầm nhóm máu:* khi truyền 1-2ml đã thấy người bệnh khó thở, đau tức ngực như bị ai ép lại, đau cột sống dữ dội, hốt hoảng, lo sợ.

Xử trí: - Khoá dây truyền máu.

- Lấy dấu sinh hiệu cho người bệnh.
- Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh điều trị một cách nhanh chóng và chính xác.
- Mời ngân hàng máu đến định lại nhóm máu tại giường bệnh.

b. *Sốt và rét run:* có thể do phản ứng hoac do dị ứng

Xử trí: - Khoá túi máu lại.

- Giữ ấm người bệnh.
- Lấy dấu sinh hiệu cho người bệnh.
- Báo bác sĩ, thực hiện y lệnh điều trị nhanh chóng và chính xác.

c. *Dị ứng:* nổi mẩn ngứa toàn thân, có khi phù mắt:

Xử trí: - Khoá túi máu lại.

- Lấy dấu sinh hiệu.
- Báo bác sĩ, thực hiện y lệnh nhanh chóng và chính xác.

d. *Nhiễm khuẩn huyết:* do túi máu bị nhiễm khuẩn:

Dấu hiệu: người bệnh sốt cao, hốc hác, khó thở.

Xử trí: - Khoá túi máu lại.

- Lấy dấu sinh hiệu.
- Báo bác sĩ, thực hiện y lệnh nhanh chóng và chính xác.
- Mời ngân hàng máu lại lập biên bản và gửi túi máu đi xét nghiệm.

4.2. Tai biến chậm và xử trí

4.2.1. Tan máu miễn dịch

Trong máu người bệnh có kháng thể chống lại hồng cầu như một tan máu (do không phù hợp nhóm phụ). Thường xảy ra từ 4-11 ngày sau truyền máu (thời gian đủ để cơ thể sinh ra kháng thể chống lại kháng nguyên là hồng cầu của chính mình) vì có nhóm máu phụ như đã nói ở phần nhóm máu.

Xử trí: - Lấy dấu sinh hiệu.

- Thực hiện y lệnh bác sĩ chính xác, truyền hồng cầu rửa.

4.2.2. Máu của người cho nhiễm virus, ký sinh trùng sốt rét, viêm gan siêu vi

Xử trí: - Thực hiện y lệnh

- Theo dõi tình trạng người bệnh

4.2.3. Hội chứng xuất huyết sau truyền máu

Xảy ra sau 20-30 ngày vì trong túi máu có tiểu cầu của người cho không phù hợp với tiểu cầu của người nhận.

Xử trí: theo y lệnh bác sĩ như điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu.

4.3. Một số tai biến khác

- Do kỹ thuật truyền.
- Túi máu bị cũ làm tăng kali trong máu gây rung thất.
- Do không dùng bộ dây truyền có bầu lọc khi truyền máu gây thuyên tắc mạch do cục máu đông.
- Khử calci trong máu do ảnh hưởng của chất kháng đông trong máu truyền gây cho người bệnh bị vọp bẻ hoặc co giật (hạ calci máu).
- Rối loạn đông máu do ảnh hưởng chất kháng đông trong máu truyền (nếu truyền với số lượng nhiều).
- Quá tải tuần hoàn do truyền với tốc độ quá nhanh hoặc do thể tích tuần hoàn quá thừa gây OAP.

5. QUI TRÌNH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

- Nhận định tổng trạng người bệnh, các chỉ số của dấu sinh hiệu.
- Có đang truyền dịch hay không? Dịch gì? Kim số mấy?
- Ghi nhận tiền sử truyền máu của người bệnh.
- Kiểm tra lại y lệnh của bác sĩ về việc truyền máu hay các thành phần của máu.
- Kiểm tra lại các thủ tục hành chánh trước khi truyền máu.

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Những đặc điểm từ dữ liệu đánh giá có thể đưa ra những chẩn đoán điều dưỡng cho những người bệnh cần đến kỹ năng này:

- Hoạt động không dung nạp
- Tưới máu mô ngoại vi không hiệu quả
- Cung lượng tim giảm

5.3. Lập kế hoạch

Kết quả mong đợi:

- Người bệnh hợp tác trong điều trị
- Niêm mạc hồng và người bệnh có sự dự trữ máu của mao mạch nhanh
- Cung lượng tim trở lại bình thường
- Huyết áp tâm thu tăng và lượng nước tiểu 0,5-1 ml/kg/giờ
- Những giá trị cận lâm sàng sẽ phản ánh sự cải thiện trong những vùng được chọn làm mục tiêu (Hct, Hb...)

5.4. Thực hiện kỹ thuật truyền máu

5.4.1. Trước khi truyền máu

- Chuẩn bị người bệnh, làm công tác tư tưởng cho họ, giải thích lý do truyền máu.
- Đọc kỹ y lệnh để thực hiện.
- Lấy máu truyền để thử nhóm máu và làm phản ứng chéo.
- Lấy dấu sinh hiệu.
- Nhận và kiểm tra túi máu:
 - + Chất lượng của túi máu.
 - + Nhãn của túi máu.
 - + Phiếu truyền máu.
 - + Số hiệu túi máu.
 - + Nhóm máu, nhóm Rh và ngày lấy máu hay hạn sử dụng máu.
- Để nguội túi máu (nếu cần truyền nhanh ta cho hệ thống dây truyền máu qua máy làm ấm).
- Lắc nhẹ để trộn đều các thành phần trong máu.
- Chuẩn bị đúng dụng cụ, chọn kim lớn để truyền máu (18G).
- Chọn tĩnh mạch lớn, rõ, ít di động khi truyền máu.
- Không nên để túi máu trước mặt người bệnh.
- Cho người bệnh đi tiểu trước khi truyền (khi có tai biến lượng nước tiểu đầu tiên sẽ có giá trị trong chẩn đoán).

5.4.2. Trong khi truyền máu

- Thực hiện phản ứng sinh vật (20 ml máu với tốc độ y lệnh, truyền giữ vein 8 giọt/phút sau 5 phút nếu không có bất thường thì tiếp tục làm lại một

lần nữa như vậy, nếu vẫn không có gì bất thường thì truyền số giọt theo y lệnh).

- Theo dõi người bệnh và hệ thống truyền máu trong suốt quá trình truyền nhất là trong 5-15 phút đầu tiên sau khi truyền.
- Một đơn vị máu không được để lâu quá 4 giờ.
- Không được bơm bất cứ loại thuốc nào vào đường tĩnh mạch đang truyền máu.
- NaCl 0,9% là dung dịch duy nhất có thể dùng chung với đường truyền máu.
- Theo dõi dấu sinh hiệu và tình trạng người bệnh, vùng tiêm trong suốt thời gian truyền máu.

5.4.3. Sau khi truyền máu

- Giúp người bệnh tiện nghi và lấy lại dấu sinh hiệu để so sánh với trước khi truyền máu.
- Theo dõi phản ứng chậm của người bệnh như: Ngứa, nổi mề đay, xuất hiện các nốt tử ban (Ban đỏ) 30 - 60 phút sau khi truyền máu.
- Các dấu hiệu vàng da, người bệnh bị sốt hoặc rét run, khó thở.
- Ghi hồ sơ ngày giờ truyền máu, sản phẩm của máu, số lượng, phản ứng của người bệnh nếu có, giờ kết thúc.

5.5. Lượng giá

- Phát hiện sớm các tai biến nếu có xảy ra.
- Người bệnh không bị tai biến do các nguyên nhân do bất cẩn của điều dưỡng gây ra.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Mục đích của việc truyền máu, ngoại trừ:

- A. Đưa thuốc vào cơ thể để điều trị bệnh
- B. Ổn định nồng độ huyết sắc tố trong máu
- C. Bồi hoàn lượng máu thiếu hụt trong cơ thể
- D. Đảm bảo cung cấp đủ oxy cho cơ thể
- E. Bồi hoàn 1 số yếu tố đông máu bị thiếu hụt

2. Phương pháp truyền máu an toàn nhất là:
- F. Truyền máu khác nhóm khác
 - G. Có thể truyền cùng nhóm máu hoặc khác nhóm máu
 - H. Truyền máu đồng nhóm
 - I. Truyền máu đồng nhóm và phải theo chỉ định của bác sĩ
 - J. Có thể truyền bất kỳ nhóm máu nào
3. Trước khi truyền máu cần phải chuẩn bị các xét nghiệm sau:
- A. Nhóm máu
 - B. Phản ứng chéo giữa máu người cho và người nhận
 - C. Nhóm Rhesus
 - D. Tổng phân tích nước tiểu
 - E. A, B, C đúng
4. Những nội dung cần kiểm tra túi máu trước khi truyền:
- A. Hạn sử dụng của túi máu
 - B. Sự nguyên vẹn của túi máu
 - C. Sự phù hợp của nhóm máu giữa túi máu và phiếu lĩnh máu
 - D. Sự phù hợp của nhóm Rhesus giữa túi máu và phiếu lĩnh máu
 - E. Tất cả các câu trên.
5. Nhiệt độ lưu giữ máu tốt nhất là:
- A. 15-16°C
 - B. 16-18°C
 - C. 12-14°C
 - D. 2-10°C
 - E. 0-10°C
6. Không truyền máu trong những trường hợp, ngoại trừ:
- A. Phù phổi cấp
 - B. Các chứng tắc mạch ở phổi
 - C. Đông máu nội mạch lan toả
 - D. Xuất huyết cấp tính
 - E. Suy tim
7. Trước khi truyền máu cho người bệnh, người điều dưỡng cần:

- A. Giải thích lý do truyền máu cho người bệnh
 - B. Đọc kỹ y lệnh bác sĩ
 - C. Lấy máu truyền để thử nhóm máu và làm phản ứng chéo
 - D. Lấy dấu sinh hiệu và ghi vào hồ sơ
 - E. Tất cả đều đúng
8. Khi truyền máu người bệnh có nguy cơ bị nhiễm khuẩn huyết, điều dưỡng cần xử trí:
- A. Khoá túi máu lại
 - B. Lấy dấu sinh hiệu
 - C. Báo ngay cho bác sĩ và nhanh chóng thực hiện y lệnh
 - D. A, B, C đúng
 - E. Huỷ túi máu đang truyền cho người bệnh

Phân biệt đúng (Đ) sai (S)

- 9. Thời gian truyền 1 đơn vị máu tốt nhất không quá 1h
- 10. Một đơn vị máu gồm có 220 ml máu và 30 ml chất kháng đông
- 11. Truyền một lúc nhiều đơn vị máu sẽ gây tình trạng hạ calci máu
- 12. Một tháng sau khi truyền máu, người bệnh vẫn có thể có dấu hiệu bị tán huyết.

ĐÁP ÁN

1.A 2.C 3.A 4.E 5.D 6.D 7.E 8.D 9.S 10.S 11.Đ 12.Đ

KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

MỤC TIÊU

1. Kể được 2 mục đích của truyền máu.
2. Tiến hành được kỹ thuật truyền máu một cách an toàn và hiệu quả.
3. Kể các yếu tố quan trọng trong việc tiến hành kỹ thuật truyền máu.

1. MỤC ĐÍCH

- Bồi hoàn số lượng máu đã mất cho cơ thể người bệnh.
- Bỏ sung các yếu tố đông máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết nặng: do tai nạn, phẫu thuật, bệnh lý.
- Thiếu máu nặng: sốt rét, nhiễm ký sinh trùng.
- Nhiễm khuẩn hoặc nhiễm độc nặng.
- Các bệnh về máu: ung thư máu, thiếu men G6PD.
- Phỏng nặng.

3. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: lơ mơ, hôn mê, co giật, động kinh.
- Tình trạng dấu sinh hiệu, đặc biệt là huyết áp và thân nhiệt.
- Tĩnh mạch: to mềm mại hay nhỏ, xơ cứng.
- Tình trạng bệnh lý đi kèm: đa chấn thương, rối loạn chức năng đông máu.

4. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Đối chiếu và giải thích cho người bệnh.
- Tư thế thích hợp.
- Kiểm tra xem người bệnh có tiền sử dị ứng hay phản ứng với máu không.

5. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn - tiệt khuẩn.
- Trả về chỗ cũ những dụng cụ khác: trụ treo, garrot, gối kê tay.

6. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ truyền máu.
- Số lượng máu, nhóm máu, Rh.
- Tốc độ truyền (số giọt/phút).
- Tình trạng huyết áp người bệnh trước, trong và sau truyền máu.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Giờ kết thúc.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Phải áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn.
- Chỉ truyền máu khi người bệnh đã được làm phản ứng chéo tại giường.
- Cho người bệnh tiêu tiểu trước khi truyền (nếu được).
- Làm phản ứng sinh vật Ochleber: truyền 20 ml máu với tốc độ theo y lệnh, rồi cho chảy chậm 8 - 10 giọt/phút. Sau 5 phút nếu không có triệu chứng bất thường, cho chảy tiếp tục theo tốc độ y lệnh như trên 20 ml máu nữa, rồi lại cho chảy chậm trong 5 phút để theo dõi, nếu không có gì xảy ra thì ta tiếp tục cho truyền với tốc độ theo y lệnh.
- Triệu chứng bất thường có thể là: sốt, lạnh run, vã mồ hôi, đau vùng thắt lưng, nhức đầu, nổi mề đay, đỏ mặt, mạch nhanh, khó thở.
- Theo dõi trong khi truyền máu để phát hiện những tai biến có thể xảy ra.
 - + Sốt do dụng cụ hoặc kỹ thuật không đảm bảo vô trùng.
 - + Phản ứng tan huyết do bất đồng nhóm máu.
 - + Co giật do hạ calci máu.
 - + Rung thất - ngưng tim do tăng Kali máu.
 - + Phản ứng quá mẫn.
 - + Phù phổi cấp.
- Khi có các triệu chứng bất thường báo hiệu có tai biến thì phải ngưng truyền máu ngay, báo cáo với bác sĩ, đồng thời chuẩn bị thuốc men hoặc dụng cụ để xử lý kịp thời.

8. CẦN LƯU Ý VÀ THEO DÕI SÁT KHI TRUYỀN MÁU CHO CÁC TRƯỜNG HỢP SAU

- Bệnh tim (viêm cơ tim, bệnh van tim)
- Xơ cứng động mạch não, huyết áp cao.
- Tăng áp lực nội sọ.

Bảng 70.1. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng soạn dụng cụ truyền máu

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Kiểm tra phiếu truyền máu, y lệnh và chai hoặc túi máu			
2	Thực hiện và kiểm tra kết quả phản ứng chéo tại giường			
3	Mang khẩu trang, rửa tay			
4	Trải khăn sạch			
5	Soạn các dụng cụ vô khuẩn trong khăn: - Gạc che kim hoặc băng keo cá nhân - Bơm tiêm, kim (18 - 21G) - Bông cotton - Bộ dây truyền máu - Bình kèm sát trùng da			
6	Soạn các dụng cụ ngoài khăn: - Bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn - Băng keo - Garrot - Găng tay sạch - Túi đựng đồ dơ - Giấy lót tay - Trụ treo - Máy đo huyết áp - Hộp thuốc chống shock			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 70.1. Mâm dụng cụ truyền máu



Hình 70.2. Bầu lọc trong dây truyền máu

Bảng 70.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng truyền máu

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Đối chiếu đúng người bệnh.	Tránh nhầm lẫn.	Đối chiếu đúng tên, họ, tuổi, số giường, số phòng.
2	Báo và giải thích cho người bệnh.	Tiến hành được thuận lợi và an toàn.	Người bệnh an tâm hợp tác.
3	Kiểm tra mạch, huyết áp, thân nhiệt.	Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi truyền máu.	Thực hiện kỹ năng đo huyết áp, đếm mạch và đo thân nhiệt chính xác.
4	Cho người bệnh đi tiêu, tiểu.	Giúp người bệnh tiện nghi trong suốt thời gian truyền.	Nếu tình trạng người bệnh không đi được có thể cho tiêu tiểu tại giường (nếu cần).
5	Chọn vị trí tiêm thích hợp (tĩnh mạch to, rõ, ít di động).	Tránh các tai biến do tiêm sai vị trí.	Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động.
6	Lắc đều túi máu.	Trộn lẫn các thành phần trong túi máu.	Động tác lắc túi máu nhẹ nhàng tránh làm vỡ các tế bào máu.
7	Treo túi máu lên trụ, cho máu vào 2/3 bầu đếm giọt. uối khí vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.	Khí là một trong những nguyên nhân gây thuyên tắc mạch.	Đưa kim hướng vào bồn hạt đậu, để kim an toàn.
8	Bộc lộ vùng tiêm, lót giấy, đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần).	Tư thế người bệnh giúp cho việc tiêm tĩnh mạch dễ dàng.	Có thể kê gối kê tay nếu chọn tĩnh mạch gần khuỷu.
9	Mang găng sạch.	Bảo vệ cho nhân viên y tế tránh sự lây nhiễm từ người bệnh.	Mang găng tay theo cách sạch, cỡ găng phù hợp để thao tác được gọn gàng.
10	Buộc ga rô cách bờ tĩnh mạch 10-15 cm.	Giúp tĩnh mạch nổi rõ.	Buộc garrot cách nơi tĩnh mạch 10- 5 cm.

11	Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra ngoài 5 cm.	Hạn chế sự nhiễm khuẩn từ vùng da xung quanh. Giữ an toàn nơi vị trí đâm kim.	Sát khuẩn rộng từ trong ra ngoài 5cm (hoặc sát trùng dọc theo tĩnh mạch từ dưới lên và ra 2 bên) với gòn cồn 70 ⁰ hoặc cồn iod.
12	Sát khuẩn tay lại.	Giảm sự lây nhiễm chéo.	Sát khuẩn kỹ lại các đầu ngón tay.
13	Dùng bơm tiêm gắn kim truyền máu tiêm vào tĩnh mạch.	Tiêm vào tĩnh mạch.	Tiêm đúng vị trí.
14	Lùi nòng, kiểm tra có máu, tháo garrot.	Xác định chắc chắn vị trí kim nằm trong tĩnh mạch	Rút nòng nếu thấy máu chảy ra là xác định đúng kim nằm trong tĩnh mạch
15	Tháo bơm tiêm, lắp dây truyền máu vào chuỗi kim.	Nối hệ thống dây truyền vào kim tiêm.	Chú ý tránh để máu chảy ra ngoài.
16	Mở khoá (tốc độ chậm).	Giảm bớt kích thích cho người bệnh.	Phải quan sát sắc diện người bệnh khi cho dịch chảy vào để phát hiện sớm các phản ứng bất thường.
17	Cố định đốc kim. Che thân kim bằng gạc vô khuẩn.	Giữ kim cố định trên da, phòng ngừa nguy cơ nhiễm khuẩn.	Giữ vô khuẩn phần thân kim lộ ra ngoài.
18	Cố định dây truyền an toàn.	Giữ cố định dây truyền tránh sút ra.	Dán băng keo ôm vừa dây truyền để không ảnh hưởng đến tốc độ chảy của máu.
19	Làm phản ứng sinh vật (Ochlecker).	Phát hiện các tai biến sớm của truyền máu.	- Chảy theo y lệnh khoảng 20 ml máu. - Chảy chậm lại 8 - 10 giọt/phút trong 5 phút. - Chảy theo y lệnh khoảng 20 ml máu. - Chảy 8-10 giọt/phút trong 5 phút.
20	Điều chỉnh giọt theo y lệnh.	Thực hiện tốc độ truyền theo y lệnh.	Điều chỉnh tốc độ chảy của máu truyền chính xác.

21	Dẫn dò người bệnh những điều cần thiết nếu được.	Phát hiện sớm và phòng ngừa các tai biến.	Theo dõi người bệnh trong suốt thời gian truyền: đo huyết áp, đếm mạch.
22	Giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
23	Ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 70.3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng truyền máu

STT	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích			
2	Kiểm tra mạch, huyết áp, nhiệt độ			
3	Cho người bệnh đi tiêu, tiểu (nếu được)			
4	Chọn vị trí tiêm thích hợp (tĩnh mạch to, rõ, ít di động)			
5	Lắc đều túi máu nhẹ nhàng			
6	Cắm dây truyền máu vào túi máu			
7	Treo túi máu lên trụ, cho máu vào 2/3 bầu đếm giọt			
8	Đuổi khí vào bốn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn, khoá lại, che chỗ đầu dây truyền an toàn			
9	Bộc lộ vùng tiêm, lót giấy và đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần)			
10	Mang găng sạch			
11	Buộc ga rô cách bờ tiêm 10-15 cm			
12	Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra ngoài 5 cm			
13	Sát khuẩn tay lại			
14	Dùng bơm tiêm gắn kim truyền máu tiêm vào tĩnh mạch			
15	Lùi nòng, kiểm tra có máu, tháo garrot			
16	Tháo bơm tiêm, lắp dây truyền máu vào kim an toàn			

17	Mở khoá cho máu chảy vào với tốc độ chậm			
18	Cố định đốc kim			
19	Che thân kim bằng gạc vô khuẩn			
20	Cố định dây truyền an toàn			
21	Tháo găng tay			
22	Làm phản ứng sinh vật (Ochleber) - Chảy theo y lệnh khoảng 20 ml máu - Chảy chậm lại 8-10 giọt/phút trong 5 phút - Chảy theo y lệnh khoảng 20ml máu - Chảy 8-10 giọt /phút trong 5 phút			
23	Điều chỉnh giọt theo y lệnh			
24	Dặn dò người bệnh những điều cần thiết nếu được			
25	Giúp người bệnh tiện nghi, theo dõi người bệnh trong suốt thời gian truyền: đo huyết áp, đếm mạch			
26	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Bộ dây truyền máu khác bộ dây truyền dịch:
 - Kim 18-20 G
 - Bộ lưới lọc trong bầu đếm giọt
 - Khoá
 - Có phần nút cao su để bơm thuốc dài hơn
 - Có kim air
- Bộ dây truyền máu được thay mỗi:
 - 8 giờ
 - 12 giờ
 - 24 giờ
 - 48 giờ
 - Tất cả đều sai

3. Thời gian truyền một đơn vị máu không quá:
- A. 1 giờ
 - B. 2 giờ
 - C. 3 giờ
 - D. 4 giờ
 - E. 5 giờ
4. Thời gian lấy máu ra khỏi ngân hàng máu không được để quá:
- A. 10 phút
 - B. 20 phút
 - C. 30 phút
 - D. 40 phút
 - E. 60 phút
5. Yêu cầu theo dõi người bệnh khi truyền máu:
- A. Liên tục trong suốt thời gian truyền máu
 - B. 30 phút đầu khi truyền máu
 - C. Chỉ khi có dấu hiệu bất thường
 - D. Theo dõi ít nhất là 3 lần trong một đơn vị máu
 - E. Tất cả đều sai

ĐÁP ÁN

1. B 2. E 3. D 4. C 5. A

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** *Điều dưỡng cơ bản.* Nhà xuất bản Y học. 1996.
2. **Bộ Y tế.** *Điều dưỡng cơ bản I, II.* Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03- Sida/Indevelop. 1993.
3. **Bộ Y tế.** *Tài liệu quản lý điều dưỡng.* Nhà xuất bản Y học. 2004.
4. **Bộ Y tế.** *Quy chế quản lý chất thải.* Nhà xuất bản Y học. 1999.
5. **Bộ Y tế.** *Quản lý và tổ chức Y tế.* Nhà xuất bản Y học. 2005.
6. **Bộ Y tế.** *Quy chế bệnh viện.* Nhà xuất bản Y học. 2001.
7. **Bộ Y tế.** *Điều dưỡng cơ bản.* Nhà xuất bản Y học. 2006.
8. *Giáo trình lý thuyết điều dưỡng cơ bản.* Đại học Y Dược – Khoa Điều dưỡng kỹ thuật y học. 2005.
9. **Nguyễn Thị Kim Hưng.** *Nhu cầu dinh dưỡng.* Trung tâm dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh. 2002.
10. **Allen Baumann, Darling and Fisher.,** *Health Physical Assessment.* 3rd ed . Mosby. 1996.
11. **Barkayskas V.H. et al.,** *Health and physical assesement 2nd ed.* Mosby. 1998.
12. **Kozier B., Erb G.,** *Fundamentals of nursing: concepts and procedures, 3rd ed.* Addison - Wesley. 1987.
13. **Kozier B., et al.,** *Fundamental of nursing: concept, process and practice, 5th.* Addison - Wesley. 2001.
14. **Ruth F. Vraver, Contance J. Hirnle.,** *Fundamental of Nursing. Human health and Function, 3th ed .* Lippincott. 2001.
15. **Lillis, Priscilla Le Monee.** *Fundamental Of Nursing 3th ed* Lippincott. 2002.
16. **Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.,** *Nursing Theeory.* 2nd ed. Mosby. 2002.
17. **Perry A.G, Potter P.A.,** *Clinical Nursing Skills techniques 5th ed.* Mosby. 2002.
18. **Rosdahl C.B.,** *Textbook of Basic Nursing,* 7th ed. Lippincott. 1999.
19. **Potter-Perry.,** *Fundamental of Nursing.* 6th ed Evolve. 2005.
20. **Taylor C., Lillis C., Lemone P.,** *Fundamentals of Nursing : the Art and Science of Nursing care,* 3rd. Lippincott. 1997.
21. **Swartz.,** *Texbook of Physical Diagnosis History and Examination,* 4th ed. Saunders. 2001.