

KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG

TÀI LIỆU SƯU TẦM – TỔNG HỢP

[Giới thiệu](#) [Information](#) [Mục lục](#)



BÁCH KHOA Y HỌC 2010

Biên soạn ebook : **Lê Đình Sáng**

ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI

Trang web : www.ykhoaviet.tk

Email : Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Điện thoại : 0973.910.357

THÔNG TIN

THÔNG BÁO VỀ VIỆC XUẤT BẢN BÁCH KHOA Y HỌC 2010 :

Theo yêu cầu và nguyện vọng của nhiều bạn đọc, khác với Bách Khoa Y Học các phiên bản trước, bên cạnh việc cập nhật các bài viết mới và các chuyên khoa mới, cũng như thay đổi cách thức trình bày, Bách Khoa Y Học 2010 được chia ra làm nhiều cuốn nhỏ, mỗi cuốn bao gồm một chủ đề của Y Học, như thế sẽ giúp bạn đọc tiết kiệm được thời gian tra cứu thông tin khi cần. Tác giả xin chân thành cảm ơn tất cả những ý kiến đóng góp phê bình của quý độc giả trong thời gian

qua. Tất cả các cuốn sách của bộ sách Bách Khoa Y Học 2010 bạn đọc có thể tìm thấy và tải về từ trang web www.ykhoaviet.tk được Lê Đình Sáng xây dựng và phát triển.

ỦNG HỘ :

Tác giả xin chân thành cảm ơn mọi sự ủng hộ về mặt tài chính để giúp cho Bách Khoa Y Học được phát triển tốt hơn và ngày càng hữu ích hơn.

Mọi tấm lòng ủng hộ cho việc xây dựng một website dành cho việc phổ biến tài liệu học tập và giảng dạy Y Khoa của các cá nhân và Doanh nghiệp xin gửi về :

Tên ngân hàng : NGÂN HÀNG ĐẦU TƯ VÀ PHÁT TRIỂN VIỆT NAM

Tên tài khoản ngân hàng : Lê Đình Sáng

Số tài khoản : 5111-00000-84877

CẢNH BÁO :

TÀI LIỆU NÀY CHỈ MANG TÍNH CHẤT THAM KHẢO nhằm mục đích nâng cao hiểu biết về Y khoa. Tuyệt đối không được tự ý áp dụng các thông tin trong ebook này để chẩn đoán và tự điều trị bệnh, nhất là với những người không thuộc ngành Y . Tác giả ebook này không chịu bất cứ trách nhiệm gì liên quan đến việc sử dụng thông tin trong cuốn sách để áp dụng vào thực tiễn của bạn đọc. Đây là tài liệu sưu tầm từ nhiều tác giả khác nhau, nhiều cuốn sách khác nhau, chưa được kiểm chứng , vì thế mọi thông tin trong cuốn sách này đều chỉ mang tính chất tương đối . Cuốn sách này được phân phát miễn phí với mục đích sử dụng phi thương mại, bất cứ hành vi nào liên quan đến việc mua bán, trao đổi, chỉnh sửa, in ấn cuốn sách này vào bất cứ thời điểm nào đều là bất hợp lệ . Nội dung cuốn ebook này có thể được thay đổi và bổ sung bất cứ lúc nào mà không cần thông báo trước.

GIỚI THIỆU

Bộ sách này được Lê Sáng sưu tầm , biên dịch và tổng hợp với mục đích cung cấp một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các bạn sinh viên y khoa, và tất cả những ai có nhu cầu tìm hiểu, nghiên cứu, tra cứu , tham khảo thông tin y học.

Với tiêu chí là bộ sách mở , được xây dựng dựa trên nguồn tài liệu của cộng đồng , không mang mục đích vụ lợi, không gắn với mục đích thương mại hóa dưới bất kỳ hình thức nào , nên trước khi sử dụng bộ sách này bạn phải đồng ý với những điều kiện sau . Nếu không đồng ý , bạn không nên tiếp tục sử dụng sách :

Bộ sách này được cung cấp đến tay bạn , hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện của bạn. Không có bất kỳ sự thương lượng, mua chuộc, mời gọi hay liên kết nào giữa bạn và tác giả bộ sách này.

Mục đích của bộ sách để phục vụ công tác học tập cho các bạn sinh viên Y khoa là chính, ngoài ra nếu bạn là những đối tượng đang làm việc trong ngành Y cũng có thể sử dụng bộ sách như là tài liệu tham khảo thêm .

Mọi thông tin trong bộ sách đều chỉ có tính chính xác tương đối, thông tin chưa được kiểm chứng bởi bất cứ cơ quan Pháp luật, Nhà xuất bản hay bất cứ cơ quan có trách nhiệm liên quan nào . Vì vậy, hãy luôn cẩn trọng trước khi bạn chấp nhận một thông tin nào đó được cung cấp trong bộ sách này.

Tất cả các thông tin trong bộ sách này được sưu tầm, tuyển chọn, biên dịch và sắp xếp theo trình tự nhất định . Mỗi bài viết dù ngắn hay dài, dù hay dù dở cũng đều là công sức của chính tác giả bài viết đó. **Lê Đình Sáng** chỉ là người sưu tầm và biên dịch, nói một cách khác, người giúp chuyển tải những thông tin mà các tác giả bài viết đã cung cấp, đến tay các bạn .

Bộ sách này là tài liệu sưu tầm và dịch bởi một sinh viên Y khoa chứ không phải là một giáo sư – tiến sĩ hay một chuyên gia Y học dày dặn kinh nghiệm, do đó có thể có rất nhiều lỗi và khiếm khuyết không lường trước , chủ quan hay khách quan, các tài liệu bố trí có thể chưa hợp lý , nên bên cạnh việc thận trọng trước khi thu nhận thông tin , bạn cũng cần đọc kỹ phần mục lục bộ sách và phần hướng dẫn sử dụng bộ sách để sử dụng bộ sách này một cách thuận tiện nhất.

Tác giả bộ sách điện tử này không chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc sử dụng sai mục đích, gây hậu quả không tốt về sức khỏe, vật chất, uy tín ...của bạn và bệnh nhân của bạn.

Không có chuyên môn, không phải là nhân viên y tế, bạn không được phép tự sử dụng những thông tin có trong bộ sách này để chẩn đoán và điều trị. Từ trước tới nay, các thầy thuốc ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN chứ không phải là ĐIỀU TRỊ BỆNH. Mỗi người bệnh là một thực thể độc lập hoàn toàn khác nhau, do đó việc bê nguyên xi tất cả mọi thông tin trong bộ sách này vào thực tiễn sẽ là một sai lầm lớn. Tác giả sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì do sự bất cẩn này gây ra.

Vì là bộ sách cộng đồng, tạo ra vì mục đích cộng đồng, do cộng đồng, bộ sách này có phát triển được hay không một phần rất lớn, không chỉ dựa vào sức lực, sự kiên trì của người tạo ra bộ sách này, thì những đóng góp, xây dựng, góp ý, bổ sung, hiệu chỉnh của người đọc chính là động lực to lớn để bộ sách này được phát triển. Vì một mục tiêu trở thành một bộ sách tham khảo y khoa tổng hợp phù hợp với nhu cầu và tình hình thực tiễn trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong cuộc sống nói chung. Tác giả bộ sách mong mỗi ở bạn đọc những lời đóng góp chân thành mang tính xây dựng, những tài liệu quý mà bạn muốn san sẻ cho cộng đồng, vì một tương lai tốt đẹp hơn. Đó là tất cả niềm mong mỏi mà khi bắt đầu xây dựng bộ sách này, tôi vẫn kiên trì theo đuổi.

Nội dung bộ sách này, có thể chỉ đúng trong một thời điểm nhất định trong quá khứ và hiện tại hoặc trong tương lai gần. Trong thời đại cách mạng khoa học công nghệ tiến nhanh như vũ bão như hiện nay, không ai biết trước được liệu những kiến thức mà bạn có được có thể áp dụng vào tương lai hay không. Để trả lời câu hỏi này, chỉ có chính bản thân bạn, phải luôn luôn không ngừng-TỰ MÌNH-cập nhật thông tin mới nhất trong mọi lĩnh vực của đời sống, trong đó có lĩnh vực y khoa. Không ai có thể, tất nhiên bộ sách này không thể, làm điều đó thay bạn.

Nghiêm cấm sử dụng bộ sách này dưới bất kỳ mục đích xấu nào, không được phép thương mại hóa sản phẩm này dưới bất cứ danh nghĩa nào. Tác giả bộ sách này không phải là tác giả bài viết của bộ sách, nhưng đã mất rất nhiều công sức, thời gian, và tiền bạc để tạo ra nó, vì lợi ích chung của cộng đồng. Bạn phải chịu

hoàn toàn trách nhiệm với bất kỳ việc sử dụng sai mục đích và không tuân thủ nội dung bộ sách này nêu ra.

Mọi lý thuyết đều chỉ là màu xám, một cuốn sách hay vạn cuốn sách cũng chỉ là lý thuyết, chỉ có thực tế cuộc sống mới là cuốn sách hoàn hảo nhất, ở đó bạn không phải là độc giả mà là diễn viên chính. Và Bách Khoa Y Học cũng chỉ là một hạt thóc nhỏ, việc sử dụng nó để xào nấu hay nhân giống là hoàn toàn tùy thuộc vào bạn đọc. Và người tạo ra hạt thóc này sẽ vui mừng và được truyền thêm động lực để tiếp tục cố gắng nếu biết rằng chính nhờ bạn mà biết bao người không còn phải xếp hàng để chờ cứu trợ.

Mọi đóng góp liên quan đến bộ sách xin gửi về cho tác giả theo địa chỉ trên. Rất mong nhận được phản hồi từ các bạn độc giả để các phiên bản sau được tốt hơn.

Kính chúc bạn đọc, gia quyến và toàn thể người Việt Nam luôn được sống trong khỏe mạnh, cuộc sống ngày càng ấm no hạnh phúc.

Đô Lương, Nghệ An. Tháng 8/2010



ABOUT

ebook editor: Le Dinh Sang

Hanoi Medical University

Website: www.ykhoaviet.tk

Email: Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Tel: 0973.910.357

NOTICE OF MEDICAL ENCYCLOPEDIA PUBLICATION 2010:

As the request and desire of many readers, in addition to updating the new articles and new specialties, as well as changes in presentation, Medical Encyclopedia 2010 is divided into many small ebooks, each ebook includes a subject of medicine, as this may help readers save time looking up informations as needed. The author would like to thank all the critical comments of you all in the recent past. All the books of the Medical Encyclopedia 2010 can be found and downloaded from the site www.ykhoaviet.tk ,by Le Dinh Sang construction and development.

DONATE

The author would like to thank all the financially support to help the Medical Encyclopedia are developing better and more-and-more useful. All broken hearted support for building a website for the dissemination of learning materials and teaching Medicine of individuals and enterprises should be sent to:

Bank name: BANK FOR INVESTMENT AND DEVELOPMENT OF VIETNAM

Bank Account Name: Le Dinh Sang

Account Number: 5111-00000-84877

DISCLAIMER :

The information provided on My ebooks is intended for your general knowledge only. It is not a substitute for professional medical advice or treatment for specific medical conditions. You should not use this information to diagnose or treat a health problem or disease without consulting with a qualified health professional. Please contact your health care provider with any questions or concerns you may have regarding your condition.

Medical Encyclopedia 2010 and any support from Lê Đình Sáng are provided 'AS IS' and without warranty, express or implied. Lê Sáng specifically disclaims any implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. In no event will be liable for any damages, including but not limited to any lost or any

damages, whether resulting from impaired or lost money, health or honour or any other cause, or for any other claim by the reader. Use it at Your risks !

FOR NON-COMMERCIAL USER ONLY .

YOU ARE **RESTRICTED** TO adapt, reproduce, modify, translate, publish, create derivative works from, distribute, and display such materials throughout the world in any media now known or hereafter developed with or without acknowledgment to you in Author's ebooks.

FOREWORD

These ebooks are Le Dinh Sang's collection, compilation and synthesis with the aim of providing a useful source of reference-material to medical students, and all who wish to learn, research, investigate to medical information.

Just a set of open-knowledge, based on community resources, non-profit purposes, not associated with commercial purposes under any kind, so before you use this books you must agree to the following conditions. If you disagree, you should not continue to use the book:

This book is to provide to you, completely based on your volunteer spirit. Without any negotiation, bribery, invite or link between you and the author of this book.

The main purpose of these books are support for studying for medical students, in addition to others if you are working in health sector can also use the book as a reference.

All information in the book are only relative accuracy, the information is not verified by any law agency, publisher or any other agency concerned. So always be careful before you accept a certain information be provided in these books.

All information in this book are collected, selected, translated and arranged in a certain order. Each artical whether short or long, or whether or unfinished work are also the author of that article. Lê Đình Sáng was only a collectors in other words, a person to help convey the information that the authors have provided, to your hand. Remember the author of the articles, if as in this book is clearly the

release of this information you must specify the author of articles or units that publish articles.

This book is the material collected and translated by a medical student rather than a professor – Doctor experienced, so there may be many errors and defects unpredictable, subjective or not offices, documents can be arranged not reasonable, so besides careful before reading information, you should also read carefully the contents of the material and the policy, manual for use of this book .

The author of this e-book does not bear any responsibility regarding the use of improper purposes, get bad results in health, wealth, prestige ... of you and your patients.

7. Not a professional, not a health worker, you are not allowed to use the information contained in this book for diagnosis and treatment. Ever, the physician treating patients rather than treatment. Each person is an independent entity and completely different, so applying all information in this book into practice will be a big mistake. The author will not bear any responsibility to this negligence caused.

8. As is the community material, these books could be developed or not are not only based on their strength and perseverance of the author of this book , the contribution, suggestions, additional adjustment of the reader is great motivation for this book keep developed. Because a goal of becoming a medical reference books in accordance with general requirements and the practical situation in the health sector in particular and life.

9. The contents of this book, may only correct in a certain time in the past and the present or in the near future. In this era of scientific and technological revolution as sweeping as fast now, no one knew before is whether the knowledge that you have obtained can be applied in future or not. To answer this question, only yourself, have to always update-YOURSELF-for latest information in all areas of life, including the medical field. No one can, of course this book can not, do it for you.

10. Strictly forbidden to use this book in any bad purpose, not be allowed to commercialize this product under any mean and any time by any media . The author of this book is not the “inventor” of the book-articles, but has made a lot of effort, time, and money to create it, for the advanced of the community. You must take full responsibility for any misuse purposes and does not comply with the contents of this book yet.

11. **All theories are just gray**, a thousand books or a book are only **theory**, the only facts of life are the most perfect book, in which you are not an audience but are the main actor. This Book just a small grain, using it to cook or fry breeding is completely depend on you. And the person who created this grain will begin more excited and motivated to keep trying if you know that thanks that so many people no longer have to queue to wait for relief.

12. All comments related to the books should be sent to the me at the address above. We hope to receive feedbacks from you to make the later version better.

13. We wish you, your family and Vietnamese people has always been healthy, happy and have a prosperous life.



1. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG
2. NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI VÀ ĐIỀU DƯỠNG
3. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG
4. VỆ SINH ĐÔI TAY - MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG
5. KỸ THUẬT BĂNG
6. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG
7. KỸ THUẬT THAY BĂNG CẮT CHỈ
8. HỒ SƠ BỆNH NHÂN VÀ CÁCH GHI CHÉP
9. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN LÀM XÉT NGHIỆM
10. KỸ THUẬT ĐƯA THỨC ĂN VÀO CƠ THỂ
11. TIẾP ĐÓN BN NHẬP VIỆN, CHUYỂN VIỆN, XUẤT VIỆN
12. THÔNG TIỂU
13. HÚT ĐỜM DÃI
14. KỸ THUẬT THỤT THÁO
15. TRUYỀN DỊCH - TRUYỀN MÁU
16. CHĂM SÓC HÀNG NGÀY VÀ VỆ SINH CHO BỆNH NHÂN
17. CHO BỆNH NHÂN THỞ OXY
18. CÁCH LẤY BỆNH PHẨM LÀM XÉT NGHIỆM
19. KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN
20. ĐO LƯỢNG DỊCH VÀO RA
21. CHO BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC
22. CÁCH THỬ PHẢN ỨNG PENILIN
23. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ LOÉT CHO BỆNH NHÂN
24. CÁC PHƯƠNG PHÁP NUÔI DƯỠNG
25. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN CẤP
26. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HẤP HỐI
27. CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG
28. CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP - TUẦN HOÀN
29. MỘT SỐ CHẾ ĐỘ ĂN THEO TRẠNG THÁI BỆNH LÝ
30. KHỬ KHUẨN - TIỆT KHUẨN
31. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ MẢNG MỤC
32. CHĂM SÓC TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
33. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẦM MÁU VÀ LÀM GARO
34. THÔNG TIỂU LẤY NƯỚC TIỂU 24 GIỜ
35. RỬA BÀN QUANG

36. PHỤ GIÚP THẦY THUỐC CHỌC DỊCH
37. CHƯỜM NÓNG, CHƯỜM LẠNH
38. CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG
39. CHĂM SÓC XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA
40. CẤP CỨU MỘT SỐ TAI NẠN ĐƯỜNG HÔ HẤP
41. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DO TALTMC



1. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

Việc chăm sóc, nuôi dưỡng bắt đầu từ những bà mẹ. Bà mẹ là người đầu tiên chăm sóc, bảo vệ con từ lúc lọt lòng. Và việc đó được duy trì cho tới ngày nay.

1. Sơ lược về lịch sử ngành Điều dưỡng thế giới

- Mặt khác từ thời xa xưa, do kém hiểu biết, con người tin vào thần linh và cho rằng "thần linh là đấng thiên nhiên có quyền uy", "thượng đế ban cho sự sống cho muôn loài"...

Khi có bệnh họ mời pháp sư đến, vừa điều trị, vừa cầu kinh, sợ hãi và tuyệt vọng van xin thần linh tha mạng sống cho người bệnh! Khi có người chết, họ cho rằng đó là "tại số, tại trời, tại thần linh không cho sống". Các đền miếu được xây dựng để thờ thần thánh và dần dần trở thành những trung tâm chăm sóc và điều trị bệnh nhân. Tại đây có các pháp sư trị bệnh và các nhóm nữ vừa giúp lễ, vừa phụ giúp chăm sóc bệnh nhân. Từ đó hình thành mối liên kết y khoa, điều dưỡng và tôn giáo.

- Năm 60, bà Phoebe (Hy Lạp) đã đến từng gia đình có người ốm đau để chăm sóc. Bà được ngưỡng mộ và suy tôn là người nữ điều dưỡng tại gia đầu tiên của thế giới.

Thế kỷ thứ IV, bà Fabiola (La Mã) đã tự nguyện biến căn nhà sang trọng của mình thành bệnh viện, đón những người nghèo khổ đau ốm về để tự bà chăm sóc nuôi dưỡng.

- Thời kỳ viễn chinh ở châu Âu, bệnh viện được xây dựng để chăm sóc số lượng lớn những người hành hương bị đau ốm có những người tham gia việc chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người. Nghề điều dưỡng bắt đầu trở thành nghề được coi trọng.

- Đến thế kỷ thứ 16, chế độ nhà tù ở Anh và châu Âu bị bãi bỏ. Các tổ chức tôn giáo bị giải tán, dẫn đến sự thiếu hụt trầm trọng người chăm sóc bệnh nhân. Những người phụ nữ phạm tội bị giam giữ được tuyển chọn làm điều dưỡng, thay vì thực hiện án tù; còn những người phụ nữ khác chỉ chăm sóc gia đình mình thôi. Bối cảnh này tạo ra những quan niệm và thái độ xấu của xã hội đối với điều dưỡng.

- Giữa thế kỷ thứ 18 đầu thế kỷ thứ 19, việc cải cách xã hội thay đổi vai trò người điều dưỡng, vai trò của người phụ nữ trong xã hội nói chung cũng được cải thiện. Trong thời kỳ này, một phụ nữ người Anh đã được thế giới tôn kính và suy tôn là người sáng lập ra ngành điều dưỡng. Đó là Florence Nightingale (1820-1910). Bà sinh ra trong một gia đình giàu có ở Anh nên được giáo dục chu đáo. Bà biết nhiều ngoại ngữ, đọc nhiều sách triết học, tôn giáo, chính trị. Ngay từ nhỏ, bà đã thể hiện thiên tính và hoài bão được giúp đỡ người nghèo khổ. Bà đã vượt qua sự phản kháng của gia đình để vào học và làm việc tại bệnh viện Kaiserweth (Đức) năm 1847. Sau đó bà học thêm ở Paris (Pháp) vào năm 1853. Những năm 1854-1855, chiến tranh Crime nổ ra, bà cùng 38 phụ nữ Anh khác được phái sang Thổ Nhĩ Kỳ để phục vụ các thương binh của quân đội hoàng gia Anh. Tại đây bà đã đưa ra lý thuyết về khoa học vệ sinh trong các cơ sở y tế và sau 2 năm bà đã làm giảm tỷ lệ chết do nhiễm khuẩn từ 42 xuống còn 2%.

Đêm đêm, Florence một mình cầm ngọn đèn dầu đi tua, chăm sóc thương binh, bà đã để lại hình tượng cho những người thương binh hồi đó. Chiến tranh chưa kết thúc, Florence đã phải trở lại nước Anh. Cơn "sốt Crimea" và sự căng thẳng của những ngày ở mặt trận đã làm cho bà mất khả năng làm việc. Bà được dân chúng và những người lính Anh tặng món quà 50.000 bảng Anh để chăm sóc sức khỏe.

Vì sức khỏe không cho phép tiếp tục làm việc ở bệnh viện, Florence đã lập ra hội đồng quản lý ngân sách 50.000 bảng Anh để thành lập trường đào tạo điều dưỡng đầu tiên trên thế giới ở nước Anh vào năm 1860. Trường điều dưỡng Nightingale cùng với chương trình đào tạo một năm đã đặt nền tảng cho hệ thống đào tạo điều dưỡng không chỉ ở Anh mà còn ở nhiều nước trên thế giới.

Để tưởng nhớ công lao của bà và khẳng định quyết tâm tiếp tục sự nghiệp mà Florence đã dày công xây dựng, Hội đồng điều dưỡng thế giới đã quyết định lấy ngày 12 tháng 5 hàng năm là ngày sinh của Florence Nightingale, làm ngày điều dưỡng quốc tế. Bà đã trở thành người mẹ tinh thần của ngành điều dưỡng thế giới.

Hiện nay ngành điều dưỡng của thế giới đã được xếp là một ngành riêng biệt, ngang hàng với các ngành nghề khác. Có nhiều trình độ điều dưỡng khác nhau:

trung học, đại học, trên đại học. Nhiều cán bộ điều dưỡng đã có bằng tiến sĩ, thạc sĩ... và nhiều công trình khoa học mà các giáo sư, tiến sĩ hệ điều trị phải coi trọng.

2. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

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

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

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

+ Năm 1924, Hội y tá ái hữu và nữ hộ sinh Đông Dương thành lập, người sáng lập ra là cụ Lâm Quang Thiện nguyên Giám đốc bệnh viện Chợ Quán. Chánh hội trưởng là ông Nguyễn Văn Mẫn. Hội đã đấu tranh với chính quyền thực dân Pháp yêu cầu đối xử công bằng với y tá bản xứ, chấp thuận cho y tá được thi chuyển

ngạch trung đẳng, nhưng không được tăng lương mà chỉ được hưởng phụ cấp đất đỏ.

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

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

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

+ ở miền Bắc: năm 1954, Bộ Y tế đã xây dựng chương trình đào tạo y tế sơ cấp hoàn chỉnh để bổ túc cho số y tá học cấp tốc trong chiến tranh. Năm 1968, Bộ Y tế xây dựng tiếp chương trình đào tạo y tá trung cấp, lấy học sinh tốt nghiệp lớp 7

phổ thông cơ sở đào tạo y tá 2 năm 6 tháng. Khóa đầu tiên mở lớp y tá cạnh bệnh viện Bạch Mai và sau đó đưa vào các trường trung học trực thuộc bộ. Đồng thời bộ cũng gửi giảng viên của hệ này đi tập huấn ở Liên Xô, Ba Lan, Cộng hòa dân chủ Đức... Từ năm 1975, tiêu chuẩn tuyển chọn vào y tá trung học cần trình độ văn hóa cao hơn, học sinh được tuyển chọn bắt buộc phải tốt nghiệp trung học phổ thông hay bổ túc văn hóa và chương trình đào tạo cũng hoàn thiện hơn.

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

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

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

+ Kỹ thuật chăm sóc còn nhiều lúng túng.

+ Các chính sách điều dưỡng chưa được quan tâm đúng mức.

+ Một số đơn vị đã tự động cho điều dưỡng viên giỏi chuyển ngạch để học chuyên tu bác sĩ. Mỗi tỉnh có trường trung học y tế riêng tự đào tạo cán bộ điều dưỡng, nhưng vì thiếu phương tiện đào tạo và cũng do quan niệm điều trị bao trùm, không đánh giá đúng tầm quan trọng của công tác điều dưỡng nên đã đặt nặng phần bệnh lý, xem nhẹ phần kỹ thuật chăm sóc.

Năm 1982 Bộ Y tế ban hành chức danh y tá trưởng bệnh viện và y tá trưởng khoa.

Năm 1985, một số bệnh viện đã xây dựng phòng điều dưỡng, tổ điều dưỡng tách ra khỏi phòng y vụ.

Ngày 14 tháng 7 năm 1990, Bộ Y tế ban hành quyết định số 570/BYT-QĐ thành lập phòng điều dưỡng trong các bệnh viện có trên 150 giường bệnh. Ngày 14 tháng 3 năm 1992 Bộ trưởng Bộ Y tế ra quyết định 356/BYT-QĐ thành lập phòng y tá của Bộ đặt trong Vụ quản lý sức khỏe (Vụ điều trị).

Ngày 10 tháng 6 năm 1993, Bộ y tế ra quyết định số 526 kèm theo quy định về chế độ trách nhiệm của y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện. Cùng ngày đó, Vụ Quản lý sức khỏe (nay là Vụ điều trị) ra công văn số 3722 về việc triển khai thực hiện quy định trên.

Về đào tạo, năm 1985, Bộ Y tế được Bộ Đại học và THCN đồng ý, đã tổ chức khóa đào tạo đại học điều dưỡng đầu tiên tại trường Đại học y khoa Hà Nội, Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (năm 1986). Đây là mốc lịch sử quan trọng trong lĩnh vực đào tạo điều dưỡng ở nước ta. Tổ chức y tế thế giới rất hoan nghênh chủ trương này, vì từ đây Bộ Y tế đã xác định được hướng đi qua ngành điều dưỡng, coi đây là ngành nghề riêng biệt, chứ không suy nghĩ như trước đây cho y tá giỏi học chuyên tu thành bác sĩ. Năm 1994 Bộ Giáo dục - Đào tạo và Bộ Y tế lại tiếp tục cho phép đào tạo cử nhân điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên y học khóa III tại Trường Trung học kỹ thuật y tế trung ương III và Trường cao đẳng y tế Nam Định và dự kiến đào tạo cử nhân điều dưỡng chính quy từ 1995 tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh.

Riêng về đào tạo điều dưỡng trưởng, liên tục từ năm 1982 đến nay, nhiều lớp đào tạo điều dưỡng trưởng đã được tổ chức tại các Trường trung học kỹ thuật y tế Trung ương I, II, III, THYT Bạch Mai, THYT Hà Nội, Cao đẳng y tế Nam Định.

Đến nay khoảng 50% điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng bệnh viện đã được đào tạo qua các lớp quản lý điều dưỡng trưởng.

Năm 1986, Hội điều dưỡng khu vực thành phố Hồ Chí Minh mở đại hội thành lập. Năm 1989, Hội điều dưỡng thủ đô Hà Nội và Hội điều dưỡng Quảng Ninh ra đời. Sau đó lần lượt một số tỉnh thành khác cũng thành lập Hội Điều dưỡng, thúc đẩy sự ra đời của Hội Điều dưỡng cả nước. Ngày 26 tháng 10 năm 1990, Hội y tá - điều dưỡng Việt Nam mở đại hội lần thứ nhất tại hội trường Ba Đình lịch sử. Nhiệm kỳ thứ nhất của BCH TƯ Hội là 3 năm (1990-1993), BCH có 31 ủy viên ở cả 2 miền. Bà

Vi Thị Nguyệt Hồ là chủ tịch, 3 phó chủ tịch là: cô Trịnh Thị Loan, cô Nguyễn Thị Niên, ông Nguyễn Hoa, Tổng thư ký là anh Phạm Đức Mục. Ngày 26 tháng 3 năm 1993, đại hội đại biểu y tá - điều dưỡng toàn quốc lần thứ 2 (nhiệm kỳ 93-97) được tổ chức tại Bộ Y tế và ban chấp hành mới gồm 45 ủy viên, chủ tịch là bà Vi Thị Nguyệt Hồ, 3 phó chủ tịch là: ông Nguyễn Hoa, cô Trịnh Thị Loan, ông Phạm Đức Mục (kiêm tổng thư ký).

Từ khi thành lập đến 31-12-1994 đã có 28 tỉnh thành hội và trên 200 chi hội ra đời. Sự hoạt động của Hội đã góp phần động viên đội ngũ y tá - điều dưỡng thêm yêu nghề nghiệp và thúc đẩy công tác chăm sóc tại các cơ sở khám bệnh, làm chuyển đổi một phần bộ mặt chăm sóc điều dưỡng.

Về tình hình nhân lực y tá điều dưỡng theo số liệu 1989 là:

| | | |
|---------------------|--------------|-----------------------|
| Y tá sơ học | 55.406 người | (chủ yếu ở nông thôn) |
| Y tá trung học | 17.248 người | (chủ yếu ở bệnh viện) |
| Y tá đại học | 133 người | |
| Hộ sinh sơ học | 3.593 người | |
| Y sĩ trung học | 5.025 người | |
| Kỹ thuật viên y học | 5.842 người | |
| Cộng | 93.246 người | |

Trong quá trình phát triển nghề điều dưỡng ở Việt Nam từ khi đất nước được thống nhất đến nay, chúng ta đã được nhiều tổ chức điều dưỡng quốc tế giúp đỡ cả về tinh thần, vật chất và kiến thức. Trong các tổ chức đó phải kể đến đội ngũ điều dưỡng của Thụy Điển. Trong một thời gian dài (từ 1980 đến nay) tổ chức

SIDA Thụy Điển đã liên tục đầu tư cho việc đào tạo hệ thống điều dưỡng. Nhiều chuyên gia điều dưỡng Thụy Điển đã để lại những kỷ niệm tốt đẹp cho anh chị em điều dưỡng Việt Nam như Eva Giohanson, Lola Carlson, Ann Mari Nilsson, Marian Advison, Emma Sunberg... Tổ chức y tế thế giới cũng đã cử những chuyên gia điều dưỡng giúp chúng ta như Chieko Sakamoto, Marget Truax, Miller Theresa... Cùng nhiều chuyên gia khác của Tổ chức Care International, Tổ chức hợp tác khoa học Mỹ- Việt hỗ trợ kinh phí và cử giáo viên từ Mỹ sang Việt Nam để giúp Hội tổ chức 3 khóa học nâng cao kỹ năng quản lý và 3 khóa học nâng cao kỹ năng giảng dạy cho 180 đại biểu điều dưỡng cả nước trong 2 năm 1994 và 1995.

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

3. KẾT LUẬN

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

Những thành tựu của ngành Điều dưỡng Việt Nam hiện nay chính là sự kết tinh truyền thống và kinh nghiệm của những người đi trước truyền lại cho những thế hệ điều dưỡng hôm nay và mai sau. Đó cũng là sự giúp đỡ tận tình của các chuyên

gia quốc tế. "Uống nước nhớ nguồn" thế hệ điều dưỡng chúng ta ngày nay quyết phát huy truyền thống của dân tộc, của ngành điều dưỡng Việt Nam, không ngừng học tập, rèn luyện để tiến bộ, góp phần xây dựng và phát triển ngành mạnh mẽ

2. NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI VÀ ĐIỀU DƯỠNG

Đối tượng của điều dưỡng là con người bao gồm người khỏe và người có bệnh tật. Con người được tạo ra bởi các yếu tố thể chất, tinh thần và xã hội.

1. Khái Niệm

Các nhu cầu cần thiết để duy trì các yếu tố tạo ra con người gọi là nhu cầu cơ bản hay còn gọi là các nhu cầu để tồn tại và phát triển của con người.

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

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

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

- Những nhu cầu về thể chất.
- Những nhu cầu về an toàn an ninh.
- Những nhu cầu thuộc về quyền sở hữu và tình cảm (được yêu thương).

- Những nhu cầu về sự kính mến và lòng tự trọng.

- Những nhu cầu về sự tự hoạt động bao gồm sự tự hoàn thiện, lòng ao ước muốn hiểu biết cùng với những nhu cầu về thẩm mỹ.

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

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

Hệ thống thứ bậc của các nhu cầu rất hữu ích để làm nền tảng trong việc nhận định về sức chịu đựng của người bệnh, những giới hạn và nhu cầu đòi hỏi sự can thiệp về điều dưỡng.

2. NHU CẦU CỦA CON NGƯỜI.

Nhu cầu cơ bản của con người phân cấp theo Maslow:

| | |
|----------|--|
| Mức cao | Nhu cầu về sự tự hoàn thiện |
| | Nhu cầu về sự kính mến và lòng tự trọng |
| | Nhu cầu về quyền sở hữu và tình cảm (được yêu thương). |
| MỨC THẤP | Nhu cầu về an toàn và an ninh |
| | Nhu cầu về thể chất và sinh lý |

2.1 Nhu cầu về thể chất và sinh lý là nền tảng của hệ thống phân cấp nhu cầu, và được ưu tiên hàng đầu. Nhu cầu thể chất bao gồm: oxy, thức ăn, nước uống, bài tiết, vận động, ngủ, nghỉ ngơi... Các nhu cầu này cần được đáp ứng tối thiểu để duy trì sự sống. Đáp ứng nhu cầu thể chất là một phần quan trọng trong kế hoạch chăm sóc cho trẻ em, người già, người có khuyết tật và người ốm. Bởi vì, những nhóm người này cần sự hỗ trợ để đáp ứng nhu cầu cho chính họ.

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

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

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

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

2.5 Nhu cầu tự hoàn thiện: là mức cao nhất trong hệ thống phân loại nhu cầu của Maslow và Maslow đánh giá rằng chỉ 1% dân số trưởng thành đã từng đạt đến mức độ tự hoàn thiện. Nhu cầu tự hoàn thiện diễn ra trong suốt đời, nó chỉ xuất hiện khi các nhu cầu dưới nó được đáp ứng trong những chừng mực nhất định. Các nhu cầu cơ bản càng được đáp ứng thì càng tạo ra động lực sáng tạo và tự hoàn thiện ở mỗi cá thể. Người điều dưỡng cần biết đánh giá đúng những nhu cầu, kinh nghiệm, kiến thức và thẩm mỹ của người bệnh để từ đó có sự quan tâm và lập kế hoạch chăm sóc thích hợp.

3. Sự LIÊN QUAN GIỮA NHU CẦU VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU DƯỠNG.

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

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

3.3 Nhu cầu giống nhau nhưng cách đáp ứng có thể khác nhau để thích hợp với từng cá thể. Việc chăm sóc người bệnh cần hướng tới từng cá thể, tùy từng trường hợp từng hoàn cảnh sao cho phù hợp.

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

3.5 Điều dưỡng cần tạo ra môi trường chăm sóc thích hợp để người bệnh được thoải mái, mau chóng lành bệnh hoặc nếu chết thì chết được thanh thản, nhẹ nhàng.

4. NHU CẦU CƠ BẢN CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ CHĂM SÓC.

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

1. Đáp ứng các nhu cầu về hô hấp
2. Giúp đỡ bệnh nhân về ăn, uống và dinh dưỡng

3. Giúp đỡ bệnh nhân trong sự bài tiết
4. Giúp đỡ bệnh nhân về tư thế, vận động và tập luyện.
5. Đáp ứng nhu cầu ngủ và nghỉ ngơi.
6. Giúp bệnh nhân mặc và thay quần áo.
7. Giúp bệnh nhân duy trì thân nhiệt.
8. Giúp bệnh nhân vệ sinh cá nhân hàng ngày.
9. Giúp bệnh nhân tránh được các nguy hiểm trong khi nằm viện.
10. Giúp bệnh nhân trong sự giao tiếp.
11. Giúp bệnh nhân thoái mái về tinh thần, tự do tín ngưỡng.
12. Giúp bệnh nhân lao động, làm một việc gì đó để tránh mặc cảm là người vô dụng.
13. Giúp bệnh nhân trong các hoạt động vui chơi, giải trí.
14. Giúp bệnh nhân có kiến thức về y học.

5. KẾT LUẬN

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

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

Điều quan trọng và cần nhấn mạnh là trong lúc cung cấp sự chăm sóc điều dưỡng cơ bản, người điều dưỡng chuyên nghiệp sẽ có dịp nghe người bệnh và gia đình

họ, để nhận định nhu cầu của người bệnh và để xây dựng mối liên hệ nhân sự bổ ích cần thiết cho việc điều dưỡng bệnh nhân một cách hữu hiệu nhất.

3. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả riêng biệt

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. BỐN BƯỚC CỦA QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

Bước 1: Nhận định.

Bước 2: Yêu cầu (Lập kế hoạch chăm sóc).

Bước 3: Thực hiện.

Bước 4: Đánh giá.

2.1. Nhận định (đánh giá ban đầu).

- Người điều dưỡng tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân.

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

2.1.1 Phỏng vấn bệnh nhân, người nhà:

- Nói chuyện, giao tiếp với bệnh nhân.

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

- Nguyên tắc khi hỏi bệnh nhân:

+ Đặt câu hỏi, lắng nghe bệnh nhân (nghe nhiều hơn hỏi bệnh).

+ Quan sát nét mặt, thái độ, cử chỉ, điệu bộ... (Sử dụng tất cả các giác quan để quan sát).

+ Lưu ý các đề nghị, yêu cầu của người bệnh (nhu cầu).

- Dựa vào người nhà bệnh nhân (nếu bệnh nhân hôn mê, trẻ nhỏ, tâm thần).

- Dựa vào chẩn đoán của bác sĩ (ở phòng khám cấp cứu, khoa điều trị).

2.1.2 Khám thực thể.

- Tùy thuộc vào tình trạng, thể chất, tâm hồn của người bệnh trong và sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- Khám thực thể nhằm xác định chức năng về thể chất của người bệnh (tình trạng bệnh).

- Người điều dưỡng sử dụng 4 giác quan:

+ Nhìn sự biểu lộ trên nét mặt.

Nhìn:

Tư thế nằm trên giường

Màu sắc da, vết thương.

Kiểu thở, mức độ tỉnh táo

Quan sát tình trạng vệ sinh cá nhân

+ Nghe: Giọng nói, tiếng thở, lời phàn nàn

+ Sờ: Đếm mạch

Cảm giác nhiệt độ của da

Sự đàn hồi của da

(Véo da) tìm dấu hiệu mất nước

Da ẩm ướt, nhợt nháp, vã mồ hôi

Da khô

+ Mùi nước tiểu

Ngửi:

Mùi phân

Mùi dịch dẫn lưu

Mùi hơi thở ra

Đánh giá tình trạng toàn thân bệnh nhân từ đầu đến chân.

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

2.1.3 Chẩn đoán điều dưỡng.

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

- So sánh sự khác nhau giữa chẩn đoán điều dưỡng và chẩn đoán điều trị điều dưỡng.

| | |
|---------------------|-------------------------|
| Chẩn đoán điều trị | Chẩn đoán điều dưỡng |
| Mô tả một quá trình | - Mô tả sự phản ứng đối |

| | |
|--|---|
| bệnh riêng biệt mà nó cũng giống nhau đối với tất cả bệnh nhân | với một bệnh của bệnh nhân mà nó khác nhau ở mỗi người. |
| - Hướng tới xác định bệnh | - Hướng tới một cá nhân người bệnh |
| - Duy trì không thay đổi trong suốt thời gian ốm | - Thay đổi khi phản ứng của bệnh nhân thay đổi. |
| - Bổ sung cho chẩn đoán chăm sóc | - Bổ sung cho chẩn đoán điều trị |
| - Chỉ dẫn hành động chăm sóc độc lập | - Chỉ dẫn việc điều trị mà người y tá có thể tiến hành. |

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

2.2. Yêu cầu chăm sóc (lập kế hoạch chăm sóc)

2.2.1. Xác định vấn đề ưu tiên:

- Đe dọa tính mạng người bệnh (cấp cứu, khó thở, điện giật...).
- ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh.

2.2.2 Xác định mục tiêu hành động:

- Mục tiêu phải tập trung vào bệnh nhân
- Mục tiêu phải trình bày chính xác.
- Nhất thiết phải dùng động từ chỉ hành động.

2.2.3 Lựa chọn hành động chăm sóc.

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

- Hành động chăm sóc phải phù hợp với chế độ chính sách của bệnh viện (Bảo hiểm y tế).

- Hành động chăm sóc phải truyền đạt tới bệnh nhân.

2.2.4 *Viết kế hoạch chăm sóc.*

- Viết kế hoạch chăm sóc có tính chất bắt buộc người điều dưỡng phải xem xét lại kế hoạch theo từng thời kỳ để đảm bảo thực hiện những gì đề ra có đúng mục tiêu hay không?

- Nó minh họa cho sự chăm sóc toàn diện từ lúc vào cho đến khi ra viện.

- Khi viết kế hoạch chăm sóc phải đặt câu hỏi: Cái gì? Tại sao? Làm như thế nào? ở đâu? Ai làm? Làm khi nào?

- Viết đơn giản dễ hiểu cho tất cả các nhân viên khác.

+ Ngày, tháng

+ Viết đúng động từ hành động

Thí dụ:

Đo lượng nước tiểu

Chườm lạnh

Đo nhiệt độ, mạch, huyết áp

Thay đổi tư thế

+ Nội dung của y lệnh chăm sóc:

Hoạt động gì?

Thực hiện như thế nào?

+ Trong thời gian nào?

Thí dụ: 3 giờ/1 lần; 15 phút/1 lần; sáng, chiều

+ Người điều dưỡng viết y lệnh và người điều dưỡng thực hiện phải ký tên

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

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

2.3 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc phối hợp với nhân viên y tế khác, với bệnh nhân, với người nhà bệnh nhân.
- Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc người điều dưỡng luôn luôn nhận định bệnh nhân kể cả sự phản hồi của việc chăm sóc.
- + Thực hiện các mệnh lệnh điều trị của bác sĩ (tiêm, uống, thay băng...)
- + Thực hiện các kế hoạch liên quan đến nhu cầu của người bệnh.
- + Kế hoạch chăm sóc phải theo dõi hàng ngày, giờ...
- + Phải phù hợp với phương tiện, trang thiết bị hiện có và nhân lực của khoa.
- Hành động chăm sóc phải được thực hiện với trách nhiệm cao và mỗi điều dưỡng viên phải chịu trách nhiệm về công tác của mình làm.
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc thấy có gì bất thường phải báo ngay bác sĩ để phối hợp điều trị và chăm sóc tốt hơn.

2.4 Đánh giá.

- Kế hoạch chăm sóc là phương tiện đánh giá sự hoàn thành các mục tiêu đề ra.
- Kết quả của kế hoạch chăm sóc là ở chỗ tình trạng bệnh nhân khá hơn.

- Lập được kế hoạch chăm sóc, thực hiện mà không có sự đánh giá sẽ không thể nâng cao được chất lượng chăm sóc.
- Có đánh giá mới biết được mức độ tốt, chưa tốt để có kế hoạch thay đổi cho phù hợp những ngày, giờ sau.

4. VỆ SINH ĐÔI TAY - MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG

Rửa tay trong các cơ sở khám chữa bệnh là một thao tác kỹ thuật cơ bản mà người điều dưỡng phải thực hiện trước khi tiến hành bất kỳ thao tác kỹ thuật y tế nào.

1. VỆ SINH ĐÔI TAY

1.1 Mục đích:

Rửa tay đúng kỹ thuật nhằm mục đích loại trừ vi khuẩn tối đa tránh nhiễm khuẩn chéo.

1.2 Phương tiện:

- Vòi cung cấp nước sạch ấm.
- + Có thể dùng nước máy.
- + Có thể dùng nước chứa trong thùng có vòi nước.
- + Tốt nhất dùng nước đã qua lọc vi khuẩn hoặc nước đun sôi để nguội.
- Xà phòng sát khuẩn hoặc dung dịch rửa tay như: Chlorhexidin, Iodophor
- Bàn chải cọ tay: Dùng bàn chải đã khử khuẩn (hấp hoặc ngâm dung dịch sát khuẩn)

- Khăn lau tay vô khuẩn.

1.3 Nguyên tắc rửa tay.

- Tháo bỏ đồ trang sức ở tay: nhẫn, vòng, đồng hồ, v.v...

- Mặc trang phục, đeo khẩu trang, đội mũ.

- Trình tự rửa tay. Bàn tay rửa trước, cẳng tay rửa sau, trong bàn tay thì ngón tay rửa trước, lòng và mu bàn tay rửa sau.

1.4 Tiến hành rửa tay nội khoa:

1.4.1 Rửa tay thường quy: Tiến hành trước và sau khi chăm sóc cho mỗi bệnh nhân, chuẩn bị các dụng cụ y tế thông thường. Không đòi hỏi vô khuẩn cao.

Có 7 bước tiến hành, từ bước 1 đến bước 4 mỗi bước tiến hành 10 lần (trừ bước 5,6,7):

1. Dùng 2 lòng bàn tay có xà phòng hoặc dung dịch rửa tay xoa và sát vào nhau.

2. Dùng bàn tay này xoa và sát vào mu bàn tay kia và cọ các ngón tay mặt mu và mặt lòng của ngón tay.

3. Dùng bàn tay và ngón tay của bàn tay này cuốn quanh từng ngón tay lần lượt từ kẽ thứ nhất đến kẽ thứ tư và bàn tay phải trước bàn tay trái sau.

4. Dùng đầu ngón tay miết vào kẽ rãnh giữa các ngón tay và bàn tay phải trước bàn tay trái sau.

5. Xả nước cho hết xà phòng.

6. Lau khô tay bằng khăn sạch..

7. Ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn (trong trường hợp sau chăm sóc bệnh nhân nhiễm khuẩn).

1.4.2 Rửa tay trước khi tiến hành hành thủ thuật: Tiêm, thay băng, đặt các ống thông, v.v...

1. Tiến hành như rửa tay thường quy (trừ bước 6 và 7).
2. Dùng bàn chải vô khuẩn với xà phòng chải rửa tay theo trình tự móng tay, ngón tay thước, rồi bàn tay và sau cùng là cẳng tay.
3. Xả nước cho hết xà phòng.
4. Lau tay khô bằng khăn vô khuẩn.
5. Ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn (trong 5 phút).
6. Đi găng nếu cần.

2. MANG VÀ THÁO KHẨU TRANG

2.1 Mục đích

Dùng như một cái lọc tránh lây bệnh theo đường hô hấp.

2.2 Kỹ thuật tiến hành

- (1) Rửa tay sạch.
- (2) Lấy khẩu trang, mở ra.
- (3) Cột dây phía sau đầu và cổ.

Chú ý: Không được kéo khẩu trang xuống cổ khi không cần dùng. Mang quá 2 giờ liền nên thay khẩu trang khác vì hơi thở làm ẩm khẩu trang. Khi cần mở khẩu trang chỉ nên tiếp xúc với dây cột.

5. KỸ THUẬT BĂNG

Băng thường dùng trong cấp cứu và ngoại khoa nhằm mục đích:

1. Mục đích

Băng thường dùng trong cấp cứu và ngoại khoa nhằm mục đích:

1.1 Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.

1.2. Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ xát va chạm.

1.3. Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu mủ

1.4. Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời

2. Nguyên tắc

2.1. Sát khuẩn vết thương sạch sẽ

2.2. Vô khuẩn triệt để vật liệu, tay cấp cứu viên, dụng cụ

2.3. Thấm hút dịch trong 24 giờ, che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

2.4. Cuộn băng lăn sát cơ thể từ trái sang phải không để rơi băng.

2.5. Băng từ dưới lên trên để hở các đầu chi cho tiện theo dõi

2.6. Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 vòng trước.

2.7. Băng nhẹ nhàng, nhanh chóng, không làm đau đớn tổn thương thêm các tổ chức

2.8. Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tê đè, chỗ dễ cọ xát.

2.9. Tháo băng cũ, 2 tay 2 kìm chuyển nhau hoặc có thể dùng KÉO CẮT DỌC BĂNG ĐỂ THÁO BỎ NHANH.

3. Các loại băng

3.1. Băng cuộn.

Băng cuộn là loại băng thường dùng để giữ vật liệu băng tại chỗ thường áp dụng băng ép để chặn đứng sự chảy máu, hạn chế cử động, cố định trong trường hợp gãy xương.

- Băng cuộn được làm bằng vải, vải thô, vải thưa, len hay vải thun.

- Băng thun là loại băng tốt nhất dùng để băng nén ép cầm máu, giữ vật liệu băng đó tại chỗ không bị xô dịch nhờ tính chất co giãn của nó.

- Băng cuộn có nhiều loại và nhiều cỡ, tùy theo vị trí tổn thương của cơ thể mà dùng các loại băng thích hợp.

+ Băng gạc mịn: Thích hợp với cơ thể trẻ em

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

+ Băng thun: Là loại tốt nhất để băng ép

+ Băng Esmarch: Băng cao su dùng trong phòng mổ khi phẫu thuật cắt đoạn chi.

Một cuộn băng gồm có 3 phần:

+ Đuôi băng: là phần chưa cuộn lại

+ Đầu băng: là phần lõi

+ Thân băng: phần đã cuộn chặt

- Kích thước trung bình của cuộn băng dùng cho người lớn

+ Băng ngón tay: 2,5cm x 2m

+ Băng cẳng tay, bàn tay: 5cm x 3m

+ Băng cánh tay: 5-6cm x 6m

+ Chân: 7-8cm x 7m

+ Thân người: 10-15cm x 10m

3.2. Băng dính: Dùng trong các trường hợp thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

3.3. Băng tam giác: Loại băng này đơn giản và nhanh chóng hơn băng cuộn, rất thích hợp cho các trường hợp cấp cứu.

Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ yên vật liệu băng bó ở

ĐẦU Ở TAY VÀ Ở CHÂN.

3.3.1. Giới thiệu về băng tam giác.

a) Các phần của một băng tam giác.

b) Cách gấp băng tam giác để dự phòng

1. Gấp đôi, gấp 4 để băng tam giác nhỏ lại

2. Xếp 2 đầu mút băng vào giữa

3. Tiếp tục xếp 2 đầu vào giữa cho đến khi hoàn tất

c) Cách gấp băng tam giác (khi cần để làm băng cột)

* Băng gấp lớn dùng để bất động chi khi di chuyển hay cố định gãy xương.

* Băng gấp nhỏ dùng để cố định khớp như cổ chân, cổ tay không có băng cuộn.

d) Cách buộc nút an toàn (khi dùng băng tam giác)

Khi kết thúc băng tam giác phải buộc nút an toàn. Có NHIỀU LOẠI NÚT: NÚT QUAI CHÈO, NÚT NỘI trợ và nút dẹt.

e) Cách làm nút dẹt.

(1)- Mỗi tay nắm giữ một đầu mút của băng tam giác. Đưa đầu mút trái lên trên đầu mút phải rồi luồn xuống dưới.

(2)- Đầu mút phải đưa lên trên đầu mút trái rồi luồn xuống dưới.

(3)- Kéo 2 đầu mút băng tam giác băng tam giác thắt lại tạo thành nút an toàn.

3.4. Băng dải: băng dải gồm có băng chữ T hoặc băng NHIỀU DẢI.

4. các kiểu băng cơ bản

4.1. Băng vòng khóa

Để bắt đầu các kiểu băng bằng 2 vòng đầu tiên.

4.2. Băng xoáy ốc

- Khởi đầu bằng băng vòng khóa.
- Lăn tròn cuộn băng trên bộ phận cần băng từ trái sang phải.
- Đường sau chệch lên trên và song song với những đường băng trước. Đường sau chồng lên đường trước 1/2 hoặc 1/3 bề rộng cuộn băng.
- Kết thúc với 2 vòng tròn và cố định.

Dùng để băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, nửa người trên.

4.3. Băng chữ nhân

- Giống như băng xoáy ốc nhưng mỗi vòng đều gấp lại.
- Bắt đầu mỗi băng bằng 2 vòng tròn quanh phần cơ thể cần băng bó.
- Quấn 1 vòng xoáy.
- Ngón cái tay trái đè lên chỗ định gấp giữ chặt vòng băng.
- Nới dài cuộn băng khoảng 15cm.
- Tay phải lật băng kéo xuống dưới và gấp lại.
- Sau đó quấn chặt chỗ băng, kết thúc với 2 vòng tròn và cố định.
- Để ý các phần lật đều nhau và khoảng cách đều nhau, không để chỗ gấp trên vết thương hay trên chỗ xương lồi. Thường áp dụng băng những chỗ thon không đều như cẳng tay, cẳng chân.

4.4. Băng số 8

- Bắt đầu bằng băng vòng khóa
- Các đường băng sau băng chéo và lần lượt thay đổi hướng lên và xuống mỗi lần cuốn vòng băng.

- Vòng sau chồng lên vòng trước $1/2$ hoặc $2/3$ làm thành hình số 8
- Kết thúc bằng 2 vòng băng cố định.

4.4.1. Băng nách kiểu số 8

4.4.2. Băng gáy

- Điều dưỡng viên đứng sau bệnh nhân
- Bắt đầu băng 2 vòng tròn quanh đầu
- Hướng đường băng xuống gáy
- Quấn $1/2$ vòng tròn quanh cổ, không xiết chặt
- Hướng đường băng đi lên bắt chéo với vòng trước
- $1/2$ vòng tròn quanh đầu và tiếp tục cho đến khi kín gáy
- Kết thúc 2 vòng quanh đầu và cố định

4.4.3. Băng tai

- Băng phần bên của mặt
- Không bó chặt hàm
- Không làm nghẹt thở
- Bắt đầu băng 2 vòng tròn quanh đầu
- Hướng đường băng qua trước tai trái và đi lên thẳng cho tới trên đầu
- Đưa băng đi xuống sau tai phải và qua dưới cằm để trở lên đỉnh đầu
- Tiếp tục như trên cho kín nơi cần băng
- Kết thúc bằng một đường băng chéo sau ót và một vòng tròn quanh đầu và cố định

4.4.4. Băng vai

- Bắt đầu bằng 2 vòng tròn quanh cánh tay
- Vòng đường băng qua nách
- Hướng đường băng ra sau lưng xuống dưới nách bên kia và trở lại như đã bắt đầu. Băng kín vai.
- Kết thúc và cố định trước ngực.

4.4.5. Băng 1 vú (vú trái)

- Bắt đầu bằng 2 vòng tròn dưới vú
- Đưa đường băng ra sau lưng đi qua vai phải
- Hướng đường băng xuống hông trái qua hông phải
- Tiếp tục trở về hông trái, lên vai phải
- Các đường băng sau liên tục như trên cho đến khi băng kín vú
- Kết thúc 2 vòng tròn dưới vú và cố định.

4.4.6. Băng bẹn

- Bắt đầu bằng 2 vòng tròn quanh đùi
- Kéo từ phía ngoài đùi chéo qua xương mu đến gai chậu bên kia
- Vòng qua lưng trở về chỗ cũ, qua bụng chéo xuống phía trong đùi, bắt chéo với vòng trước, đề lên vòng trước 1/2 - 2/3 vòng.
- Vòng qua phía sau đến phía ngoài đùi, chéo qua bụng, đến xương hông. Vòng qua lưng về phía trong đùi.
- Tiếp tục băng theo hình số 8 cho đến khi băng kín hông gạc mới thôi.

4.4.7. Băng đầu gối

- Bắt đầu bằng 2 vòng tròn ngay đầu gối
- Tiếp tục 1 vòng tròn chùng lên vòng tròn đầu 1/2-2/3 ở trên

- Tiếp theo 1 vòng tròn chòng lên 1/2 vòng đầu ở dưới
- Băng kiểu số 8 (dẻ quạt) cho đến khi xong

4.5. Băng gấp lại (hồi quy)

- Bắt đầu bằng băng vòng khóa
- Sau đó lật từ trước ra sau và từ sau ra trước
- Lần thứ nhất băng ở giữa
- Các lần sau tỏa dần ra 2 bên kiểu dẻ quạt, mỗi lần đều trở về chỗ bắt đầu gấp cho đến khi băng kín
- Kết thúc bằng 2 vòng cố định

Thường áp dụng băng ở đầu, bàn tay không tách ngón, chi cắt cụt.

4.6.1. Băng treo

a) Băng treo rộng: đặt 1 góc băng lên vai bên tay lành, góc giữa ở chỗ khuỷu tay dưới nách tay đau, kéo góc ở dưới lên buộc nút ở cổ, để giữ cẳng tay ở trên băng treo, gấp góc 90° theo tư thế cơ năng của chi trên. Cuối cùng, gấp góc đầu thừa của góc đỉnh lại cho gọn, rồi cài kim băng.

b) Băng treo hẹp: gấp khăn tam giác thành dải hẹp (hay thay bằng băng cuộn) rồi treo cẳng tay lên như cánh tay.

4.6.2. Băng mặt

Trường hợp cả mặt bị bỏng hay bị thương, trước hết buộc nút ở góc giữa chụp lấy đầu và mặt, khoét lỗ con ở mắt (2 mắt) và chỗ mũi mồm rồi kéo 2 góc trái và phải ra sau gáy và vòng về đằng trước, buộc nút ở phía trước cổ.

4.6.3. Băng đầu

4.6.4. Băng bàn tay

- Băng kín bàn tay: đặt tay vào giữa khăn tam giác, ngón tay hướng lên góc đỉnh, gấp góc đỉnh lên sau bàn tay góc trái và góc phải bắt chéo ở mu bàn tay, rồi xuống đến cổ tay lại vòng lại lên mu bàn tay và buộc nút, gấp góc đỉnh lên che lấy chỗ buộc nút.

- Băng lòng bàn tay: gấp khăn tam giác, góc thành dải, từ lòng bàn tay, vòng đến mu bàn tay bắt chéo rồi kéo về phía cổ tay rồi buộc nút ở phía mu tay.

4.6.5. Băng bàn tay nắm

Trường hợp bàn tay chảy máu, cho người bệnh nắm một cuộn băng gạc, rồi gấp khăn tam giác thành dải băng quanh nắm tay, rồi buộc nắm tay.

4.6.6. Băng khuỷu tay

Gấp phía dưới góc khăn tam giác (rộng độ 5cm) góc đỉnh quay lên trên vai, góc trái và phải vòng qua cánh tay dưới bắt chéo phía trên khuỷu tay, rồi vòng lên cánh tay trên và buộc nút, gấp góc đỉnh xuống.

4.6.7. Băng vai

Góc giữa khăn tam giác quay lên trên, che kín lấy vai, phía dưới khăn gấp lại rộng 2 ngón tay, băng 1 vòng ở giữa cánh tay và buộc nút, còn góc đỉnh thì cố định bằng 2 cách:

+ Cách 1: lấy 1 khăn tam giác khác để gấp thành dải vòng chéo ở cổ bên đau và nách bên lành, rồi buộc nút giữ lấy góc giữa rồi gấp và ghim lại.

+ Cách 2: dùng băng treo hẹp, đề lên góc giữa rồi gấp lại và ghim đồng thời cố định cả cánh tay bị thương.

4.6.8. Băng cả bàn chân (cũng như băng bàn tay)

4.6.9. Băng khớp gối

4.6.10. Băng bẹn

4.6.11. Băng ngực

4.7. Băng dải

Băng dải gồm có băng chữ T hoặc băng nhiều dải.

4.7.1. Băng chữ T

Làm băng vải rộng cỡ 8cm.

Dải dọc dài từ 75-90cm.

Dải ngang dài từ 90-120cm.

- Băng chữ T 1 dải dọc dùng để băng tầng sinh môn hay bộ phận sinh dục nữ.
- Băng chữ T 2 dải dọc (15cm xẻ đôi) dùng để băng nâng đỡ tinh hoàn.

4.7.2. Băng nhiều dải

Gồm có 4 hoặc 5 dải xếp chồng lên nhau 1/2 khổ.

- Bề rộng mỗi dải 10-15cm.
- Bề dài từ 90-120cm.
- Ở GIỮA MAY một miếng vải dài khoảng 25cm làm thân băng.

Băng nhiều dải để băng ở ngực hoặc bụng.

- Băng ngực có thêm 2 dải nhỏ kéo qua vai đến trước ngực để giữ băng.
- Băng bụng có thêm 1 dải nhỏ ở dưới để giữ băng.

Chú ý:

- + Băng bụng băng từ dưới đi lên.
- + Băng mổ lấy con, băng từ trên đi xuống để giúp tử cung trở lại vị trí cũ.
- + Ghim kim cố định ở ngực hay ở bụng, phải ghim ngang theo nếp GẤP CỦA DA.

5. cách cố định băng trước khi kết thúc

- Cố định băng ghim kim an toàn.

- Cố định bằng móc sắt.
- Cố định bằng keo.
- Băng vải cố định bằng cách buộc nút, cắt đôi bề rộng băng, bề dài khoảng 15cm. Thất chéo lại rồi vòng qua chi và buộc nút an toàn.

6. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH THAY VẢI TRÁI GIƯỜNG

Bệnh nhân thường có nhiều thời gian trên giường bệnh. Giường bệnh là nơi nghỉ ngơi, khám bệnh và điều trị, sinh hoạt của bệnh nhân. Một số bệnh nhân không có khả năng ra khỏi giường nên việc nuôi dưỡng, tắm hay đại tiểu tiện có thể gây loét ép

1. Tầm quan trọng

. Do đó việc chuẩn bị giường là hết sức quan trọng. Chuẩn bị giường cẩn thận, chu đáo là tạo sự thoải mái cho bệnh nhân.

2. Giới thiệu các loại giường và phương tiện cơ học

2.1. Giường thông thường:

Giường được cấu tạo đơn giản, gọn, dễ di chuyển, dễ tẩy uế. Thường dùng giường khung làm bằng sắt, ống rỗng, phía đầu giường có bậc nâng cao thấp, chân có bánh xe bọc cao su.

Giát giường bằng gỗ, gồm hai phần: 1/3 ở phía đầu giường, 2/3 ở phía cuối giường.

Kích thước của giường:

- Chiều dài: từ 1,8m đến 2m.

- Chiều rộng; từ 0,8m đến 1,0m.

- Chiều cao: 0,6m

2.2. Giường hiện đại:

Giường làm bằng inox, ống rỗng, chân có bánh xe bọc cao su để tiện di chuyển. Giường có nhiều tính năng, tác dụng, giát giường bằng lò xo, hai bên giường có thành chắn để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Giường có nút ấn hoặc tay quay để điều chỉnh mức cao thấp khác nhau và cố định giường. Giường có 4 cọc ở 4 góc giường dùng để treo chai dịch truyền hay mắc màn (khi cần thiết)

2.3. Các phương tiện kèm theo:

- Đệm và vỏ đệm, đệm phải phẳng, nhẵn, nhẹ xốp, vỏ bọc đệm phải làm bằng vải bền, dễ tẩy uế.

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

- Tấm nylon: 2m x 0,8m

- Vải lót: 2m x 0,8m

- Chăn, vỏ chăn và khăn khoác.

- Gối và vỏ gối.

- Màn.

3. Phân loại giường. Có hai loại

3.1. Giường trống: Gồm có:

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

3.1.2. Giường mở:

Giường nội khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chần được gấp làm 3 nếp về phía cuối giường
Giường ngoại khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chần được gấp làm 3 nếp theo chiều dọc

của giường
3.2. Giường có bệnh nhân: (*nội khoa hay ngoại khoa*)

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

4. Nguyên tắc chuẩn bị giường

4.1. Những quy định chung:

- Không được sử dụng mảnh vải bị rách.
- Không được sử dụng vải trải giường cho mục đích khác.
- Kiểm tra đồ vải trước khi thay (vì bệnh nhân có thể để tiền, vàng, hoặc các đồ có giá trị khác ở trong gối hay dưới vải).

4.2. Nguyên tắc đảm bảo vệ sinh:

- Không được rũ tung vải trải giường (rũ vải sẽ làm lây lan mầm bệnh cho mọi người trong buồng bệnh và ngay cả cho bản thân mình).
- Không được vớt đồ vải bẩn dưới sàn nhà, phải bỏ vào túi đựng vải bẩn.

Túi đựng đồ vải bẩn phải để ở xa buồng bệnh.

4.3. Nguyên tắc đảm bảo kỹ thuật.

- Giường phải trải phẳng, căng và được dặt kỹ dưới đệm.
- Không được để bệnh nhân nằm trực tiếp lên vải nylon (vải sơn) - phải có vải lót lên trên.
- Giường có đệm thì phải có vải trải, nylon và vải lót.
- Trải giường phải trải xong một bên rồi mới được sang bên kia (tránh đi lại làm mất thời gian và công sức).

5. KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG.

5.1. Chuẩn bị giường kín (*giường đọi bệnh nhân*).

5.1.1. Mục đích:

- Để giường được sạch sẽ, tiện nghi và sẵn sàng đón bệnh nhân.
- Để bệnh phòng được gọn gàng đẹp mắt.

5.1.2. Quy trình kỹ thuật.

a) Chuẩn bị dụng cụ:

- Điều dưỡng rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải trải giường, gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngoài.
- Vải nylon (vải sơn) gấp theo chiều ngang.
- Vải lót: (phủ trên vải nylon) gấp như vải nylon.
- Chăn và vỏ chăn: Gấp theo chiều dọc.
- Gối và vỏ gối - Màn.

b) Kỹ thuật.

- Để ghế hoặc xe đẩy cạnh giường, điều chỉnh giường, đệm ngay ngắn, cao thấp vừa phải (nếu giường có bánh xe thì chốt lại).
- Sắp xếp các đồ vải đã chuẩn bị theo thứ tự sử dụng để lên ghế hoặc xe đẩy.
- Vải trải lên 1/4 phía đầu giường, sau đó trải đều lên mặt đệm, đường giữa của vải nằm theo dọc giữa của giường. Giắt chặt vải phía đầu giường và cuối giường.
- Cách gấp góc:

Gấp vải bọc lấy đầu đệm và cuối đệm.

Gấp góc vải trải giường ở phía đầu giường như gấp góc bánh chưng.

Đi về phía cuối giường gấp góc như phía đầu giường.

Nhét phần vải thừa ở giữa giường xuống đệm (lưu ý kéo căng và nhét sâu).

- Trải vải nylon vào 1/3 giữa giường, trải vải lót lên trên vải nylon, nhét một bên vải xuống dưới.

- Đi vòng về phía cuối giường, sang bên kia giường và tiến hành gấp góc phía đầu giường và cuối giường như phía bên kia.

- Kéo căng vải và nhét sâu phần vải thừa ở giữa giường xuống dưới đệm.

- Cách trải chăn:

Lồng vỏ chăn (lưu ý các góc của vỏ chăn nằm ngang ở góc chăn)

Trải đầu chăn bằng đầu đệm phía đầu giường.

Dắt phần chăn còn lại phía cuối giường xuống dưới đệm.

Mép chăn ở 2 bên giường buông thõng.

- Lồng vỏ gối và xếp gối lên đầu giường (lưu ý các góc của vỏ nằm ở góc gối)

- Xếp đặt ghế, tủ đầu giường gọn gàng.

BẢNG KIỂM

| Quy trình | Có | Không |
|--|----|-------|
| 1. Chuẩn bị dụng cụ | | |
| - Rửa tay | | |
| - Chuẩn bị đồ vải đầy đủ gấp đúng quy cách | | |
| - Sắp xếp đồ vải theo thứ tự | | |
| 2. Quy trình kỹ thuật | | |

2.1. Điều chỉnh giường, đệm

2.2. Để đồ vải trên ghế hoặc xe đẩy

2.3. Cách trải

- Vải trải

- Vải nylon

- Vải lót

2.4. Cách gấp góc và dặt vải

2.5. cách trải chăn

2.6. Luồn gối và xếp gối

2.7. Xếp đặt ghế - tủ đầu giường

5.2. Chuẩn bị giường mở.

5.2.1. Giường nội khoa: là giường đã chuẩn bị sẵn, chăn được gấp làm 3 nếp về phía cuối giường tạo điều kiện cho bệnh nhân dễ đắp chăn khi cần thiết.

Quy trình kỹ thuật

a) Chuẩn bị dụng cụ: Giống như trải giường kín.

b) Kỹ thuật:

+ Các bước tiến hành giống như trải giường kín.

+ Chăn được gấp làm 3 nếp xuống phía cuối giường.

5.2.2. Giường ngoại khoa:

a) Chuẩn bị dụng cụ: Giống như trải giường kín nhưng tấm vải nylon và lót phải to, dài để

phủ kín giường.

Thêm:

- khay quả đậu
- Gạc 4-5 miếng
- Khăn lau miệng.

b) Quy trình kỹ thuật.

BẢNG KIỂM

| Quy trình | Có | Không |
|--|----|-------|
| 1. Chuẩn bị dụng cụ | | |
| - Rửa tay | | |
| - Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ để trải giường mở, gấp đúng quy cách giường nội khoa, giường ngoại khoa. | | |
| - Sắp xếp đồ vải theo thứ tự. | | |
| 2. Quy trình kỹ thuật | | |
| 2.1. Như trải giường kín | | |
| 2.2. Gấp chăn theo kiểu giường nội khoa | | |
| 2.3. Gấp chăn theo kiểu giường ngoại khoa | | |
| 2.4. Sắp xếp lại buồng bệnh | | |

Cách trải giống như trải giường kín (vải phủ nilon và vải lót phủ kín giường)

Gập phần còn lại của chăn ở phía cuối giường ngược lên trên.

Chăn được gấp làm 3 nếp về một bên giường. Theo chiều dọc của giường

Đi vòng sang phía bên kia để dặt nếp chăn còn lại xuống đệm.

Đặt khay quả đậu, gạo, khăn lau miệng lên tủ đầu giường.

Sắp đặt ghế, tủ giường gọn gàng.

5.3. Thay vải trải giường có bệnh nhân nằm.

Không phải tất cả bệnh nhân đều tự ra khỏi giường. Những bệnh nhân nằm liệt giường không thể dậy được, thời gian thay vải trải giường cho bệnh nhân tùy theo quy định của mỗi bệnh viện. Tuy nhiên nếu đồ vải trên giường bị bẩn, ướt thì phải thay ngay.

5.3.1. Mục đích:

Để chỗ nằm của bệnh nhân được sạch và tiện nghi.

Để ngăn ngừa loét ép.

5.3.2. Một số chỉ dẫn khi thay vải trải giường cho bệnh nhân.

Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân: (đặc biệt là những bệnh nhân khó thở phải duy trì tư thế Fowler, bệnh nhân sau mổ gãy xương đùi, liệt, xuất huyết não, vỡ xương chậu... cần chuyển bệnh nhân sang một bên nhẹ nhàng, thích hợp tùy theo tình trạng bệnh nhân).

5.3.3. Quy trình kỹ thuật:

Có 2 cách:

Chỉ thay những đồ vải bẩn.

Thay hết đồ vải.

a) *Chuẩn bị bệnh nhân:* Giải thích, hướng dẫn cho bệnh nhân và thân nhân trước khi tiến hành.

b) *Chuẩn bị dụng cụ:* (cho trường hợp thay thế hết đồ vải)

- Vải trải

- Vải nylon

- Vải lót: tùy bệnh nhân nội khoa hay ngoại khoa mà chuẩn bị cho thích hợp.

- Chăn

- Vải khoác

- Gối và vỏ gối

- Túi đựng đồ bẩn.

c) Kỹ thuật tiến hành.

- Để đồ vải lên ghế hoặc xe đẩy theo thứ tự sử dụng.

- Đóng cửa tránh gió lùa (mùa rét chuẩn bị lò sưởi nếu có)

- Kéo nới chăn: Trường hợp bệnh nhân có thể ngồi dậy được, điều dưỡng viên giúp bệnh nhân mặc quần áo và ra khỏi giường (kỹ thuật thay như trải giường mở).

- Bệnh nhân yếu không ra khỏi giường được cần có người phụ giúp bệnh nhân nằm nghiêng hoặc ngửa về một bên giường - bỏ chăn sang ghế, đắp cho bệnh nhân một vải khoác. Người phụ đứng về phía bệnh nhân, giữ cho bệnh nhân khỏi ngã. (Nếu không có người phụ lấy dụng cụ, thanh gỗ hoặc sắt chắn thành giường để phòng bệnh nhân ngã).

- Tháo vải bẩn ở 1/2 giường, nhét sát dưới lưng bệnh nhân.

- Đặt vải trải giường, đường giữa của vải nằm dọc theo dọc giữa của giường, kéo thẳng nhét 2 đầu vải bọc lấy đệm, nửa bên kia cuộn lại nhét dưới lưng bệnh nhân.

- Trải vải nylon và vải lót vào giữa giường, cuộn một nửa nhét dưới lưng bệnh nhân (đối với bệnh nhân nội khoa). Trải vải nylon và vải lót khắp mặt đệm (đối với bệnh nhân, ngoại khoa).

- Nhét sâu phần vải còn lại xuống dưới đệm.

- Giúp bệnh nhân nằm về phía giường vừa trải xong.

- Sang bên kia giường tháo phần vải bản cho vào túi đựng đồ bẩn.
- Kéo thẳng vải trải bọc hai đầu đệm.
- Gấp góc như trải giường kín.
- Kéo thẳng vải trải, vải nylon và vải lót, nhét sâu dưới đệm.
- Giúp bệnh nhân nằm lại giữa giường (ở tư thế thích hợp), đắp chăn cho bệnh nhân, nhét mép chăn xuống dưới đệm (không nên kéo căng để bệnh nhân có thể trở mình và co duỗi chân khi cần).
- Thay vỏ gối (như trải giường kín).
- Sắp xếp ghế - tủ đầu giường cho ngăn nắp, gọn gàng, mang vải bẩn xuống nhà giặt.

7. KỸ THUẬT THAY BĂNG CẮT CHỈ

Chăm sóc bệnh nhân có vết thương, vết mổ phải băng bó cần thực hiện đúng kỹ thuật vô khuẩn, để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân

Nguyên tắc thay băng.

1.1. Sát khuẩn vết thương sạch sẽ

1.2. VÔ KHUẨN triệt để dụng cụ, vật liệu và tay thủ thuật viên.

1.3. Đủ bông gạc thấm hút dịch trong 24 giờ.

1.4. Nhẹ nhàng nhanh chóng, không làm tổn thương thêm các tổ chức, rút ngắn thời gian đau đớn cho bệnh nhân.

1.5. Che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

2. KỸ THUẬT THAY BĂNG.

2.1. Vết thương.

2.1.1. Chuẩn bị:

a) *Địa điểm:* Nếu có điều kiện thì nên có phòng thay băng vô khuẩn, hữu khuẩn, thoáng, sạch có đủ ánh sáng, kín đáo, có bàn ghế để thay băng.

b) *Bệnh nhân:*

- Làm công tác tư tưởng động viên bệnh nhân.
- Tốt nhất là đưa bệnh nhân lên phòng thay băng, cho bệnh nhân nằm ngòai thoải mái tiện cho việc thay băng, bộc lộ vùng cần băng.

c) *Dụng cụ, thuốc men:*

* *Dụng cụ:* Trước khi chuẩn bị dụng cụ người điều dưỡng đeo khẩu trang và rửa tay:

- Chuẩn bị một khay vô khuẩn trong đó gồm có:

- + 1 kéo cắt chỉ
 - + 3 kẹp (phẫu tích, peang, Kocher)
 - + Cốc nhỏ
 - + Bông cầu, bông miếng, gạc, số lượng tùy tình trạng vết thương
 - + Que thăm dò
- *Dụng cụ khác*
- + Kéo cắt băng
 - + Lọ cắm 2 kìm
 - + Băng dính hoặc băng vải
 - + Tấm nylon nhỏ

+ Túi giấy hoặc khay quả đậu đựng băng bản

* Thuốc và dung dịch sát khuẩn các loại

- Tùy hoàn cảnh, điều kiện của bệnh viện

- Các dung dịch sát khuẩn thường dùng

+ Cồn iod 1%

+ Dung dịch oxy già

+ Dung dịch NaCl 0,9%.

+ Dung dịch Zephiran 0,1%

+ Dung dịch Betadin

- Các loại thuốc dùng tại chỗ:

+ Thuốc bột: sulfamid, kháng sinh tổng hợp

+ Thuốc mỡ: oxyt kẽm, mỡ kháng sinh

2.1.2. Tiến hành

a) Thay băng một vết thương vô khuẩn thông thường:

- Đem dụng cụ đến bên giường bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm

- **ĐỂ BỆNH NHÂN Ở** tư thế thuận tiện cho việc thay băng

- Che bình phong (nếu cần)

- Lót giấy báo hoặc mảnh nylon nhỏ phía dưới vết thương giữ cho giường không bị bẩn.

- **ĐẶT TÚI GIẤY HOẶC KHAY QUẢ ĐẬU Ở** chỗ thuận tiện để đựng băng bản.

- Tháo bỏ băng bản vào túi giấy, chỉ cầm vào phần sạch của băng, nếu bản quá phải dùng kim.
- Nếu là băng cuộn: Tháo ngược chiều băng hoặc cắt bỏ ở cạnh gạc hay dùng kim nâng lên rồi cắt.
- Nếu là băng dính: Bóc bỏ các chân băng nếu có điều kiện dùng ete nhỏ vào các chân băng.
- Nếu là khăn tã giác và băng có dải: tháo hoặc cắt băng.
- Tháo bỏ băng gạc:
 - + Vết thương dính: tưới dung dịch NaCl đẳng trương lên gạc và vết thương.
 - + Vết thương khô: tháo dọc theo vết mổ
- Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương
- Rửa tay
- Dùng một kim vô khuẩn gấp bông nhúng vào dung dịch sát khuẩn, chuyển bông sang kim thứ hai, rửa vết thương từ trong ra ngoài. Rửa trong vết thương trước, sau đó rửa xung quanh. Nếu muốn rửa lại dùng ringer bông khác đến khi sạch.
- Rửa rộng xung quanh vết thương và các vùng lân cận.
- Dùng gạc thấm khô vết thương bằng dung dịch muối đẳng trương vắt khô.
- Dùng bông lau khô xung quanh vết thương.
- Đắp thuốc vào vết thương theo chỉ định điều trị.
- Đắp gạc phủ kín vết thương.
- Dùng băng dính hoặc băng vải băng lại.
- Đặt bệnh nhân nằm lại thoải mái.

- Thu dọn dụng cụ
- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày giờ thay băng
 - + Tình trạng vết thương
 - + Dung dịch sát khuẩn đã dùng
 - + CÓ CẮT chỉ hay mở kẹp?
 - + Tên người thay băng.

b) Thay băng vết thương nhiễm khuẩn:

Từ bước 1-9 giống như thay băng vết thương vô khuẩn thông thường.

- Rửa xung quanh vết thương trước
- Nặn hết mủ trong vết thương ra.
- *Rửa trực tiếp vào vết thương.*
- Vết thương có nhiều ngõ ngách: Dùng bơm tiêm bơm dung dịch muối đẳng trương rửa nhiều lần sau đó rửa bằng nước oxy già, cuối cùng rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Nếu có tổ chức chết phải lấy hết.
- *Thấm khô vết thương rồi cho thuốc điều trị vết thương theo chỉ định của thầy thuốc.*

2.2 Cắt chỉ vết thương.

2.2.1. Vết thương khô:

Sau 7 ngày cắt chỉ: trước hết sát khuẩn xung quanh vết thương, sau sát khuẩn từng sợi chỉ, dùng kim Kocher kẹp đầu chỉ bên cao và cắt sát về một phía rút ra rồi sát khuẩn lại.

2.2.2. Vết thương nhiễm khuẩn:

Có triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau thì phải cắt chỉ sớm vào ngày thứ 2 hoặc 3, cắt một mũi bỏ một mũi để dịch và máu trong vết thương thoát ra ngoài làm giảm và hạn chế viêm nhiễm ở BÊN TRONG, ĐẾN NGÀY THỨ 7 CẮT NỐT CHỈ còn lại.

* Những điểm cần chú ý

- ÁP DỤNG kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn trong khi băng, rửa vết thương.
- Phải thay băng những vết thương sạch trước khi thay băng những vết thương khác.

8. HỒ SƠ BỆNH NHÂN VÀ CÁCH GHI CHÉP

Hồ sơ bệnh nhân là các giấy tờ có liên quan đến quá trình điều trị của người bệnh tại một cơ sở y tế trong một thời gian, mỗi loại có nội dung và tầm quan trọng riêng của nó. Hồ sơ được ghi chép đầy đủ, chính xác, có hệ thống sẽ giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị phòng bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt kết quả cao, nó cũng giúp cho việc đánh giá chất lượng về điều trị, tinh thần trách nhiệm và khả năng của cán bộ.

Vì vậy mỗi nhân viên y tế cần phải hiểu và thực hiện tốt việc sử dụng và ghi chép hồ sơ.

1. MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN TẮC CHUNG.

1.1 Mục đích:

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

- Theo dõi diễn biến của bệnh nhân và dự đoán các biến chứng.
- Theo dõi quá trình điều trị được liên tục nhằm rút kinh nghiệm bổ sung điều chỉnh về phương pháp điều trị và phòng bệnh.

- Giúp việc thống kê, nghiên cứu khoa học và công tác huấn luyện
- Đánh giá chất lượng điều trị, tinh thần trách nhiệm, khả năng của cán bộ.
- Theo dõi về hành chính và pháp lý.

1.2. Nguyên tắc chung:

Tất cả hồ sơ cần ghi rõ ràng, chữ viết dễ đọc, dễ xem. Mỗi bệnh viện có thể có những quy định riêng nhưng đều phải tuân theo những nguyên tắc chung.

1.2.1. Nguyên tắc sử dụng và ghi chép hồ sơ

- Tất cả các tiêu đề trong hồ sơ bệnh nhân phải được ghi chép chính xác, hoàn chỉnh (họ tên bệnh nhân, địa chỉ, khoa điều trị).
 - Chỉ ghi vào hồ sơ những công việc điều trị chăm sóc thuốc men do chính mình thực hiện. Chỉ sao chép những chỉ định dùng thuốc và điều trị của bác sĩ khi đã được ghi vào hồ sơ bệnh nhân.
 - Tất cả các thông số theo dõi phải được ghi vào phiếu theo dõi bệnh nhân hàng ngày, mô tả tình trạng bệnh nhân càng cụ thể càng tốt. Không ghi những câu văn chung chung (bình thường, không có gì phàn nàn...). Cần có những nhận xét, so sánh về sự tiến triển của bệnh nhân sáng, chiều trong ngày.
- Bệnh nhân nặng, bệnh nhân sau mổ cần có phiếu theo dõi đặc biệt liên tục suốt 24 giờ.
- Chỉ dùng ký hiệu chữ viết tắt phổ thông khi thật cần thiết.
 - Bệnh nhân từ chối sự chăm sóc cần ghi rõ lý do từ chối. Bệnh nhân mổ hay làm các thủ thuật phải có giấy cam đoan của bệnh nhân hoặc thân nhân, có chữ ký ghi rõ họ tên và địa chỉ.

1.2.2. Nguyên tắc bảo quản hồ sơ.

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

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

- Khi bệnh nhân xuất viện, hồ sơ bệnh nhân phải được hoàn chỉnh đầy đủ và gửi về phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện để lưu trữ.

2. GIỚI THIỆU CÁC LOẠI GIẤY TỜ, HỒ SƠ BỆNH NHÂN VÀ CÁCH GHI CHÉP ĐIỀU DƯỠNG.

2.1. Các loại hồ sơ giấy tờ:

- Bệnh án
- Bảng theo dõi bệnh nhân.
- Mẫu bảng kế hoạch chăm sóc.
- Các loại phiếu theo dõi khác.

2.2. Cách theo dõi và ghi chép:

2.2.1. Bệnh án.

Bệnh án là hồ sơ chuyên môn chủ yếu của bệnh nhân qua đó thầy thuốc qua đó thầy thuốc có thể hiểu được về hoàn cảnh gia đình, tình hình tư tưởng, bệnh tật, quá trình phòng bệnh, chữa bệnh, sự diễn biến bệnh tình của bệnh nhân. Bệnh án gồm hai phần chính sau:

a) Phần hành chính:

Họ tên tuổi bệnh nhân, giới tính, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp, nơi ở, địa chỉ cơ quan, họ tên người thân và địa chỉ khi cần liên lạc, số hồ sơ.

b) Phần chuyên môn: Bác sĩ ghi chép.

2.2.2. Bảng theo dõi mạch nhiệt độ: Dùng kết hợp với bảng theo dõi chăm sóc bệnh nhân hoặc kế hoạch chăm sóc.

a) Thủ tục hành chính.

Điều dưỡng viên khi tiếp nhận bệnh nhân vào viện, mỗi bệnh án kèm theo một bảng theo dõi mạch nhiệt, người điều dưỡng phải ghi đầy đủ vào các phần. Bệnh viện, khoa, phòng, giường, họ tên bệnh nhân, tuổi, giới, chẩn đoán.

b) Cách ghi và kẻ trên bảng:

- Ghi rõ: ngày, tháng, sáng, chiều
- Mạch: Dùng ký hiệu dấu chấm màu đỏ (.) trên biểu đồ, đường nối dao động giữa 2 lần đo mạch dùng bút màu đỏ.
- Nhiệt độ: Dùng ký hiệu dấu chấm màu xanh (.) trên biểu đồ, đường nối dao động giữa 2 lần đo nhiệt độ dùng bút màu xanh.
- Nhịp thở, huyết áp: dùng bút màu xanh ghi các chỉ số vào biểu đồ.
- Các theo dõi khác: ghi vào sáu dòng trống dưới biểu đồ mạch, nhiệt tùy theo y lệnh theo dõi và tính chất bệnh nhân và ghi rõ thêm.
- Điều dưỡng viên ký tên sau khi đã thực hiện đầy đủ các mục trên.
- Không khoanh tròn cột mạch, nhiệt độ.

* Lưu ý: Ngoài những thông số theo dõi trong bảng, trong những trường hợp cần thiết, điều dưỡng viên theo dõi bệnh nhân phải mô tả vào bệnh án những dấu hiệu, triệu chứng, những diễn biến bất thường hoặc làm rõ thêm các thông số đã ghi trong bảng.

2.2.3. Phiếu theo dõi và chăm sóc bệnh nhân.

- Dùng cho tất cả các bệnh nhân nằm viện (trừ bệnh nhân hộ lý cấp I, II).
- Ghi đủ và rõ vào các phần: Bệnh viện, khoa, phòng, giường, họ tên bệnh nhân, tuổi, giới, chẩn đoán.
- Khi chăm sóc bệnh nhân phải ghi ngày giờ rõ ràng.
- Ghi tất cả các diễn biến bất thường của bệnh nhân trong ngày (24 giờ)
- Ghi rõ cách xử trí và chăm sóc sau mỗi diễn biến xảy ra.

- Sau khi chăm sóc bệnh nhân phải ghi tên người thực hiện.

2.2.4. Bảng kế hoạch chăm sóc bệnh nhân (Dùng cho bệnh hộ lý cấp I, II).

- Ghi rõ, đầy đủ vào các mục: Bệnh viện, khoa, phòng, giường, họ tên bệnh nhân, tuổi, giới, chẩn đoán.

- Cột ngày giờ: ghi giờ, ngày rõ ràng

- Cột nhận định tình trạng bệnh nhân: Ghi rõ tình trạng bệnh nhân thay đổi trong ngày.

- Cột kế hoạch chăm sóc: Người điều dưỡng lập ra kế hoạch thực hiện trên bệnh nhân dựa vào nhận định ban đầu, lập kế hoạch theo thứ tự ưu tiên (Nặng trước nhẹ sau).

- Cột thực hiện kế hoạch: Ghi lại tất cả hành động chăm sóc và xử trí của người điều dưỡng đối với bệnh nhân.

- Cột đánh giá. Ghi lại tình trạng bệnh tại thời điểm đánh giá, có phù hợp với kế hoạch và mục tiêu chăm sóc không. Nếu kết quả chưa tốt phải xem lại kế hoạch và mục tiêu chăm sóc bệnh nhân.

3. BẢO QUẢN HỒ SƠ BỆNH NHÂN

3.1. Tất cả hồ sơ bệnh nhân phải được bảo quản chu đáo.

3.2. Trong thời gian bệnh nhân điều trị, hồ sơ bệnh nhân phải được giữ gìn cẩn thận sạch sẽ, đầy đủ, sắp xếp theo thứ tự không để thất lạc, nhầm lẫn, phải dán lại theo quy định và được để trong một cặp hồ sơ riêng có ghi rõ: họ tên, tuổi bệnh nhân, số giường, buồng khoa.

3.3. Không để bệnh nhân tự xem hồ sơ của bản thân và của người khác.

3.4. Phải giữ bí mật về tình hình bệnh tật và những điều có tính cách riêng tư của bệnh nhân.

3.5. Sau khi làm xong thủ tục xuất viện phải giữ đầy đủ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân về phòng kế hoạch tổng hợp để lưu trữ.

Bệnh viện:

Phòng:

Khoa:

Giường:

BẢNG THEO DÕI MẠCH, NHIỆT ĐỘ

Họ tên bệnh nhân:

Tuổi:

Giới:

Chẩn đoán:

Ngày, tháng

| Mạch/phút | Nhiệt T°C |
|-----------|--------------|
|-----------|--------------|

| | |
|-----|-----|
| 160 | 41o |
|-----|-----|

| | |
|-----|-----|
| 140 | 40o |
|-----|-----|

| | |
|-----|-----|
| 120 | 39o |
|-----|-----|

| | |
|-----|-----|
| 100 | 38o |
|-----|-----|

| | |
|----|-----|
| 80 | 37o |
|----|-----|

| | |
|----|-----|
| 60 | 36o |
|----|-----|

40

35o

Nhịp thở

Lần/phút

Huyết áp

mmHg

Tên điều dưỡng viên

Bệnh viện:

Phòng:

Khoa:

Giường:

Phiếu theo dõi và chăm sóc bệnh nhân

Họ tên bệnh nhân:

Tuổi:

Giới:

Chẩn đoán:

Dành cho điều dưỡng ghi

Kế hoạch chăm sóc bệnh nhân

Bệnh viện:

Khoa: Phòng:

Bệnh nhân:

Tuổi:

Chẩn đoán:

9. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN LÀM XÉT NGHIỆM

1. ĐẠI CƯƠNG

Để có được kết quả chính xác người điều dưỡng cần phải giải thích, hướng dẫn, động viên để bệnh nhân yên tâm và hợp tác làm xét nghiệm.

Sau đây là một số công việc người điều dưỡng cần chuẩn bị cho bệnh nhân trước khi làm các xét nghiệm trên.

2. CHUẨN BỊ CHO BỆNH NHÂN LÀM XÉT NGHIỆM:

Gồm có cụ thể cho từng loại xét nghiệm sau:

2.1 Chuẩn bị bệnh nhân CHIẾU CHỤP X quang.

2.1.1 Mục đích:

Chẩn đoán X QUANG LÀ PHƯƠNG PHÁP DÙNG QUANG TUYẾN X để phát hiện những hình ảnh mang dấu hiệu bất thường trên màn huỳnh quang hay trên phim của một số cơ quan trong cơ thể người - giúp cho việc chẩn đoán bệnh.

Trong kỹ thuật X QUANG muốn đạt được kết quả về chẩn đoán - chúng ta phải chuẩn bị cho bệnh nhân đơn giản hoặc chuẩn bị kỹ càng qua nhiều giờ hoặc nhiều ngày trước khi thực hiện.

2.1.2 Kỹ thuật: Có HAI kỹ thuật

a) *Chiếu, chụp thẳng qua cơ quan không chuẩn bị.*

b) *Chiếu, chụp một cơ quan sau khi bệnh nhân được tiêm thuốc, uống thuốc, bơm thuốc cản quang vào cơ quan đó (mạch não đờ, UIV, chụp mật qua da - uống barite, chụp hệ thống tiêu hóa...).*

Họ CẦN hiểu biết những tác nhân làm ảnh hưởng đến kết quả của hình ảnh tấm phim – làm nhằm lẫn sai lệch trong chẩn đoán:

- Vật cản có trên người bệnh:

+ Kim loại, đá quý, đồ trang sức.

+ Thức ăn trong dạ dày.

+ Các khối phân cứng trong đại tràng.

- Các hóa chất, các thuốc dùng:

+ Các thuốc bôi lên da (da liễu), các thuốc màu.

+ Các thuốc cản quang như Bismuth.

2.1.3 Các nguyên tắc chung:

Giải thích phương pháp LÀM X quang cho bệnh nhân. Để bệnh nhân có sự cộng tác tốt trong khi tiến hành kỹ thuật.

- Đã đăng ký lịch cụ THỂ (NGOÀI GIỜ) VỚI PHÒNG X quang.
- Các việc chuẩn bị phải được đảm bảo tốt, có thể tiến hành kỹ thuật theo yêu cầu của mỗi phương cách như:
 - + Bệnh nhân đã được nhịn ăn?
 - + Bệnh nhân đã được thụt tháo?
 - + Bệnh nhân đã được uống trước một số thuốc có quy định.
- Bệnh nhân đã bỏ ra khỏi người các trang sức kim loại, đá quý, và kim băng....
- Bệnh nhân đã được RỬA SẠCH VÙNG CHIẾU X quang nếu trên chỗ ấy đã bôi, thoa các thuốc mỡ, thuốc nước có chất cản quang.
- Bệnh nhân được mặc ÁO QUẦN THUẬN TIỆN CHO VIỆC CHIẾU X quang.

Điều dưỡng viên của KHOA ĐƯA BỆNH NHÂN ĐI LÀM X quang xong và chuyển bệnh nhân trở về khoa

- Ghi hồ sơ điều dưỡng.

2.1.4 Chuẩn bị bệnh NHÂN LÀM X quang cho từng bộ phận

a) Chụp dạ dày và tá tràng:

Nhiệm vụ của điều dưỡng viên:

- Từ 3 hôm trước khi LÀM X quang không cho bệnh nhân uống thuốc có chất cản quang.
- Chiều ngày hôm trước cho bệnh nhân ăn nhẹ (cháo đường).
- Không cho bệnh nhân hút thuốc lá để tránh cho niêm mạc dạ dày bị kích thích tiết nhiều dịch vị.

Nếu bệnh nhân có nhiều dịch vị, cần báo cáo với bác sĩ điều trị để biết.

b) Chụp ruột kết (đại tràng):

- Trước khi làm X QUANG một ngày cho bệnh nhân ăn nhẹ.
- Chiều tối hôm trước bệnh nhân được thụt tháo đại tràng một lần.
- Sáng hôm làm X QUANG bệnh nhân được thụt tháo lần thứ 2 (với 1-1,5l nước cho pha 15g muối).
- Tại khoa X QUANG bệnh nhân được thụt baryte vào đại tràng qua đường hậu môn để chụp phim.
- Sau khi chụp phim bệnh nhân thường muốn đi đại tiện ngay vì chất thụt kích thích nên phải có sẵn xô (hoặc đi vào nhà vệ sinh của khoa X QUANG).

c) Chụp X quang đường mật:

Có hai cách:

1. Cho bệnh nhân uống thuốc trước khi chụp.
2. Tiêm thuốc qua tĩnh mạch.

Chuẩn bị:

- Ba ngày trước không cho bệnh nhân uống thuốc có chất cản quang.
- Ngày trước khi X QUANG cho bệnh nhân ăn nhẹ (tuyệt đối kiêng mỡ, phomat, trứng, kiêng ăn đường sữa để tránh lên men sinh hơi trong ruột).
- Tối hôm trước thụt tháo.

Sáng hôm chụp cho bệnh nhân nhịn ăn và thụt lần thứ 2.

- Theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho bệnh nhân uống trước một số thuốc (Oparnol...) vào đêm hôm trước. Khi cho bệnh nhân uống thuốc yêu cầu bệnh nhân nằm nghỉ tại giường và theo dõi.
- Nếu chụp mật qua đường tiêm thuốc vào tĩnh mạch (chụp mật qua da) sẽ được tiến hành tại khoa X quang.
- Người điều dưỡng PHẢI CÙNG VỚI KỸ THUẬT VIÊN X quang thực hiện kỹ thuật.

d) Chụp X quang đường tiết niệu:

(bằng phương pháp tiêm vào tĩnh mạch)

- Chuẩn bị bệnh nhân cũng giống như chụp mật.
- Trước khi làm X QUANG bệnh nhân được làm xét nghiệm urê huyết nếu trên 0,5g/1lít thì không được chụp.
- Tiêm thuốc vào tĩnh MẠCH LÚC CHỤP SẼ DO PHÒNG X quang đảm nhiệm.

2.2 Chuẩn bị bệnh nhân làm chẩn đoán siêu âm và khâm bằng nội soi

2.2.1 Siêu âm:

a) Định nghĩa:

Áp dụng nguyên tắc vật lý, phát sóng âm thanh Ở CÁC TẦN SỐ (20.000HZ) truyền qua một số bộ phận trong cơ thể để phát hiện các dấu hiệu khác THƯỜNG. TÙY THEO VẬT CHẤT Ở THỂ khí, thể lỏng, thể đặc (rắn) mà hình ảnh sẽ ghi nhận ở MÀN HÌNH ĐẬM (GỌI là echo giàu) hoặc hình (gọi là echo nghèo). Khác nhau giữa bình thường và bệnh lý và từ đó có lý luận chẩn đoán. Giá trị chẩn đoán, kết quả chẩn đoán chính xác hay không tùy thuộc vào người

có khả năng đọc đúng hình ảnh của siêu âm.

Gần đây các đơn vị khám và điều trị đã sử dụng khá phổ biến rộng rãi về máy chẩn đoán siêu âm. Do vậy, người điều dưỡng phải nắm các nguyên tắc kỹ thuật này và phải biết chuẩn bị cho bệnh nhân của mình những gì trước khi đến làm chẩn đoán siêu âm.

b) Chuẩn bị bệnh nhân:

Báo và giải thích trước cho bệnh nhân về mục đích của khám chẩn đoán siêu âm.

- Nếu bệnh nhân siêu âm: bàng quang, tuyến tiền liệt, tử cung, buồng trứng, thai (dưới 3 tháng): cần cho bệnh nhân uống trước nhiều nước (trước 1-2 giờ) và không đi tiểu để bàng quang căng to (để đẩy các cơ quan tiêu hóa lên phía trên).

- Nếu siêu âm gan mật cần cho bệnh nhân nhịn ăn trước khi làm siêu âm 3 giờ.
- Đăng ký hẹn ngày giờ làm kỹ thuật với phòng siêu âm trước.

2.2.2 Nội soi:

a) Nội soi dạ dày:

Báo cho bệnh nhân mục đích soi dạ dày để khám bệnh và cách thức tiến hành kỹ thuật để bệnh nhân an tâm.

- Bệnh nhân được nhịn ăn từ hôm trước để sáng hôm sau soi dạ dày (nhịn ăn trong 10-12 giờ có thể dùng nước đường hoặc sữa trong những giờ đầu hôm trước).
- Bệnh nhân không hút thuốc để tránh tiết dịch vị.
- Trường hợp bệnh nhân đang có xuất huyết tiêu hóa (như xuất huyết tại thực quản - dạ dày, đại tràng) muốn soi dạ dày bệnh nhân phải được rửa dạ dày bằng cách đặt thông dạ dày. Rửa cho đến khi có dịch trong, hết máu mới có thể tiến hành soi được.

b) Nội soi đại tràng:

- Báo rõ, giải thích cho bệnh nhân về khám nội soi đại tràng.
- Ba ngày trước khi soi đại tràng cho bệnh nhân ăn nhẹ (chất dễ tiêu để phân không có xơ).
- Đêm hôm trước khi soi thực tháo cho bệnh nhân lần 1 với 1-1,5l nước ấm.
- Trước khi đi soi (1-2 giờ) cho bệnh nhân thực tháo lại một lần nữa (nếu không sạch có thể thực tháo tiếp cho đến khi sạch mới có thể tiến hành nội soi được).

2.3 Kỹ thuật ghi điện tim:

2.3.1 Nguyên lý của điện tâm đồ, 12 chuyển đạo cơ bản.

a) Nguyên lý:

Cơ tim ví như một tế bào, lúc nghỉ các ion dương ở ngoài màng tế bào, còn các ion âm bị giữ ở trong màng để thăng bằng lực hút tích điện: một tế bào như thế gọi là có cực.

Khi cơ tim bị kích thích sẽ xuất hiện khử cực trong đó có các ion âm khuếch tán ở NGOÀI màng, còn các ion dương khuếch tán vào trong màng, tiếp theo các hiện tượng khử cực lại đến sự tái cực cho điện dương xuất hiện trở lại mặt ngoài và điện âm ở trong tế bào như lúc đầu. (H.63).

Hai hiện tượng khử cực và tái cực đều xuất hiện ở thời kỳ tâm thu còn thời kỳ tâm trương, tim ở trạng thái có cực như nói trên.

Nếu dùng một điện kế để thu những hiện tượng trên, ta có một đường biểu diễn gọi là điện tâm đồ. Đường này gồm có:

- Một đường đẳng điện tương ứng với hiện tượng có cực.
- Đoạn PQ gồm thời gian khử cực nhĩ và truyền xung động từ nhĩ xuống thất. Sóng P là sóng hoạt động của tâm nhĩ bắt đầu từ nút xoang.
- Phức bộ QRS: khử cực của tâm thất.
- Đoạn ST: Thời kỳ khử cực hoàn toàn của thất.
- Sóng T: Tái cực của tâm thất.

b) 12 chuyển đạo cơ bản:

** Chuyển đạo lưỡng cực ở các chi (chuyển đạo lưỡng cực ngoại biên)*

Chuyển đạo D1: 1 điện cực ở cổ tay phải, 1 ở cổ tay trái.

Chuyển đạo D2: 1 điện cực ở cổ tay phải, 1 ở cổ chân trái.

Chuyển đạo D3: 1 điện cực ở cổ tay trái, 1 ở cổ chân trái.

** Chuyển đạo đơn cực các chi (chuyển đạo đơn cực ngoại biên)*

Chuyển đạo AVR: 1 cực ở trong tim, cực kia ở cổ tay phải

Chuyển đạo AVL: 1 cực ở trong tim, cực kia ở cổ tay trái

Chuyển đạo AVF: 1 cực ở trong tim, cực kia ở cổ chân trái.

** Chuyển đạo trước tim.*

V1: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên phải, sát xương ức.

V2: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên trái, sát xương ức

V3: Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.

V4: Giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái và khoang liên sườn 5.

V5: cực thăm dò ở giao điểm của đường nách trước bên trái với đường đi ngang qua V4:

V6: Cực thăm dò ở giao điểm của đường nách giữa bên trái đường đi ngang qua V5 và V4.

2.3.2 Kỹ thuật tiến hành:

aj Chuẩn bị dụng cụ:

- Máy điện tim: Có đủ dây dẫn, dây đất bản cực.
- Past dẫn điện hoặc nước muối 9%
- Vài miếng gạc sạch để lau chất dẫn điện, sau khi làm xong.

b) Chuẩn bị bệnh nhân:.

- Nếu là trẻ nhỏ, không hiểu biết, khó điều khiển: cần cho uống thuốc an thần để bệnh nhân nằm yên rồi mới làm.
- Người bệnh tỉnh táo: giải thích kỹ thuật không gây đau, không ảnh hưởng đến cơ thể cần thiết phải làm để giúp cho quá trình điều trị. Bệnh nhân phải bỏ các vật dụng kim khí trong người ra: đồng hồ, chìa khóa... nghỉ ngơi trước khi ghi điện tim ít nhất 15 phút.

- Để bệnh nhân nằm ngửa thoải mái trên giường.

c) Tiến hành:

- Chuyển đạo ngoại biên D1, D2, D3

- Chuyển đạo trước tim VI V2, V3, V4, V5, V6

- Nối dây đất ở MÁY vào vị trí nào đó: vòi nước, chỗ rửa có phần kim loại tiếp xúc với mặt đất.

- Nối nguồn điện vào máy, bật máy thấy chắc chắn điện đã vào máy

- Bộc lộ phần cổ tay, cổ chân bệnh nhân, bôi chất dẫn điện vào các bản cực nối các bản cực vào cổ tay cổ chân (mặt trong cổ tay cổ chân). Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho dây có màu đỏ nối với bản cực ở CỔ tay phải (H. 64).

Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay trái

Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân phải.

Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.

- Bộc lộ phần ngực bệnh nhân, bôi chất dẫn điện vào các vị trí da nơi gắn điện cực, sau đó gắn với điện cực lên vị trí tương ứng.

- Bảo bệnh nhân thở đều, có thể nhắm mắt lại.

- Bật máy, định chuẩn điện thế, thời gian: làm test thời gian và biên độ. Yêu cầu của test là phải vuông góc. Làm test nào thì ghi điện tim theo test đó (thời gian và điện thế).

Chú ý tốc độ chạy giấy có những tốc độ sau: 10mm/s, 25mm/s, 50mm/s, 100mm/s.

Điện tâm đồ bình thường chạy tốc độ 25mm/s.

Nếu chạy 10mm/s khoảng cách các phức bộ ngắn.

Nếu chạy 50mm/s, 100mm/s: các phức bộ chậm và giãn ra.

- Ghi các chuyển đạo: mỗi chuyển. đạo nên ghi khoảng cách từ 3 đến 5 ngày. Nhưng nếu nhịp tim không đều có thể ghi dài hơn theo yêu cầu. Trong quá trình ghi, kim ghi có thể lên xuống phải điều chỉnh kim sao cho vị trí kim ghi luôn ở giữa giấy.
- Ghi xong các chuyển đạo, cho giấy chạy quá vài ô rồi tắt máy và xé đoạn giấy.
- Tắt máy tháo các điện cực trên cơ thể bệnh nhân, lau chất dẫn điện trên người bệnh nhân và trên các bản cực.
- Ghi lên đoạn giấy: tên họ bệnh nhân, tuổi ngày giờ ghi. Ghi tên các chuyển đạo tương ứng lên giấy.
- Thu dọn máy móc, cắt dán đoạn điện tim vừa ghi vào phiếu theo dõi điện tim.

2.3.3 Cách đọc đi ện tâm đồ đơn giản.

a) Điện tâm đồ bình thường: Được biểu diễn trên giấy, chiều dọc biểu thị biên độ (độ cao của sóng) và chiều ngang biểu hiện thời gian (H.65)

- Sóng P: ứng với thời gian xung động từ nút xoang ra nhĩ (hiện tượng khử cực của nhĩ) trung bình biểu đồ 1-3mm. Thời gian 0,008 giây.
- Khoảng PQ: biểu hiện của cả thời gian khử cực nhĩ với việc truyền xung động từ nhĩ xuống thất, trên điện tâm đồ là bắt đầu từ sóng P đến đầu sóng Q. Trung bình dài từ 0,12 đến 0,18 giây.
- Phức bộ QRS: là hoạt động của 2 thất. Thời gian trung bình là 0,08 giây. Biên độ QRS thay đổi khi cao khi thấp tùy theo tư thế tim.
- Đoạn ST ứng với thời kỳ tâm thất được kích thích đồng nhất, thời kỳ hoàn toàn khử cực của thất.
- Sóng T: ứng với thời kỳ tái cực thất, bình thường dài 0,2 giây.
- Đoạn QT: thời gian tâm thu điện học của thất. Trung bình 0,35 đến 0,40 giây. Đo từ đầu sóng Q đến cuối sóng T.

b) Các sự cố gây sóng tạp khi ghi điện tim

- Các sóng tạp (H.66) xuất hiện không có quy luật, hình dạng rất khác nhau, chỉ thêm vào điện tâm đồ mà không thay thế một sóng nào cả. Nguyên do có thể do sức cản của da (da bẩn) hoặc khô chất dẫn điện.
- Nhiều: trên hình ảnh điện tâm đồ thấy các đoạn gấp khúc hay rung động từng chỗ, có thể chên hần hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lẫn lẫn.

Khi gặp nên xem lại: bệnh nhân có cử động nhẹ không (không được cử động), nhịp thở rối loạn bệnh nhân run vì rét hoặc sợ (ủ ấm, giải thích hoặc uống thuốc an thần trước khi ghi). Có thể 1 trong các bản cực bị tuột (xem các bản cực).

2.4 Chuẩn bị bệnh nhân ghi điện não đồ

2.4.1 Ghi điện não đồ:

Điện não đồ là đường biểu diễn sự biến đổi điện thế theo thời gian phát ra từ não được phát hiện ở da đầu.

Người ta dùng một máy thu và phóng đại dòng điện do não phát ra đồng thời ghi nó lên một tờ giấy cuốn trên một trục quay có tốc độ không đổi.

Người ta sử dụng nhiều điện cực được đặt vào da đầu sau khi lau sạch và rẽ tóc một cách cẩn thận.

Đường biểu diễn ghi được thường dài, có những sóng dương- và âm tùy theo sóng đó ở trên hoặc dưới đường nằm ngang.

Người ta quan sát tần số, biên độ, hình dáng, tính đều đặn, vị trí của các sóng để biết được não hoạt động bình thường hoặc bệnh lý.

2.4.2 Chỉ định:

Tổn thương ở não, ngoài ra còn để tiên lượng những chấn thương sọ não, sau phẫu thuật thần kinh, viêm màng não, v.v..

2.4.3 Chuẩn bị bệnh nhân ghi điện não đồ:

- Trước ngày thăm dò: giải thích hướng dẫn và động viên bệnh nhân an tâm ngủ tốt, bệnh nhân được gội đầu sạch sẽ.
- Chuyển bệnh nhân đến phòng thăm dò.
- Đặt bệnh nhân nằm lên giường yên tĩnh, thoải mái, ấm áp.
- Liên hệ trước với phòng điện não đồ.
- Điện não đồ xong lấy kết quả điện não đồ và đưa bệnh nhân về giường.

10. KỸ THUẬT ĐƯA THỨC ĂN VÀO CƠ THỂ

1. Đại cương

Khi cơ thể bị ốm đau thì nhu cầu về ăn uống lại càng trở nên quan trọng vì ăn uống tốt giúp cho cơ thể có đủ khả năng chống lại bệnh tật và hồi phục sức khỏe. ăn uống cũng có tầm quan trọng nhanh như thuốc để điều trị. Do vậy bằng mọi cách người điều dưỡng phải đảm bảo cho bệnh nhân ăn uống tốt.

2. Các đường đưa thức ăn vào cơ thể bệnh nhân

2.1. Ăn bằng đường miệng

2.2. Ăn qua ống thông (qua đường mũi hoặc miệng)

2.3. ống thông qua da vào thẳng dạ dày.

2.4. Qua đường tĩnh mạch.

2.5. ống thông qua hậu môn (ít sử dụng, kém hấp thu và ít có hiệu quả)

3. Kỹ thuật của từng đường đưa thức ăn

3.1. Cho ăn bằng đường miệng.

3.1.1 áp dụng

Bệnh nhân tỉnh, nuốt được nhưng không ăn được.

3.1.2 Chuẩn bị dụng cụ:

Một khay: bát, đĩa, thìa, đũa, dao, đĩa (nếu cần)

- Khăn ăn, cốc uống nước.
- Thức ăn
- Thức tráng miệng (trái cây hoặc bánh ngọt)

3.1.3 Chuẩn bị bệnh nhân.

Thông báo và giải thích cho bệnh nhân để bệnh nhân chuẩn bị trước

- Sắp xếp lại giường bệnh nhân cho gọn gàng.
- Chuẩn bị tư thế bệnh nhân thích hợp.
- Rửa tay cho bệnh nhân.

3.1.4. Tiến hành:

- Điều dưỡng rửa tay.
- Lấy thức ăn ra đĩa hoặc bát cho thích hợp.
- Có thể cho gia vị lên trên thức ăn nếu cần thiết.
- Xếp thức ăn vào khay cho đẹp mắt để kích thích sự thèm ăn.
- Đặt khăn ăn lên khay.
- Mang khay thức ăn để bên giường bệnh nơi thích hợp (trước mặt bệnh nhân)
- Choàng khăn ăn trước ngực bệnh nhân.
- Lấy cơm và thức ăn vào bát, khuyến khích bệnh nhân ăn và bón cho bệnh nhân ăn từng thìa một (nếu bệnh nhân không tự ăn được) cho đến khi hết.
- Cho bệnh nhân ăn tráng miệng bằng hoa quả hay bánh ngọt.

- Lau miệng cho bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân xúc miệng và uống nước
- Đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái
- Thu dọn khay ăn.

3.1. 5. Thu dọn dụng cụ và bảo quản:

- Đổ thức ăn thừa vào thùng chứa.
- Rửa sạch khay và các dụng cụ khác bằng nước và xà phòng.
- Lau khô và để vào nơi quy định.

3.1.6. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ ăn.
- Khẩu phần ăn.
- Số lượng: Loại thức ăn - bệnh nhân tự ăn hay cần giúp đỡ.
- Lý do bệnh nhân ăn ít hay không ăn.
- Thức ăn gì bệnh nhân không ăn được.
- Tên người cho ăn.

3.1.7. Những điều cần lưu ý:

- Phải loại bỏ những yếu tố làm bệnh nhân ăn mất ngon (vệ sinh buồng bệnh, môi trường).
- Khi cho bệnh nhân ăn phải có thái độ ân cần, vui vẻ, luôn động viên để bệnh nhân ăn được nhiều, ăn hết khẩu phần.
- Đảm bảo bệnh nhân ăn đúng giờ quy định, không nên kéo dài bữa ăn quá lâu nếu thức ăn bị nguội phải hâm nóng lại.

- Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ khi cho bệnh nhân ăn; dụng cụ sạch, tráng bằng nước sôi trước khi dùng. Nếu bệnh nhân không ăn ngay phải dùng lồng bàn đậy lại.

- Trong khi cho bệnh nhân ăn nên giải thích, hướng dẫn những vấn đề về dinh dưỡng, chế độ ăn bệnh lý cho bệnh nhân.

3.2.1. áp dụng:

- Bệnh nhân hôn mê.

- Bệnh nhân uốn ván nặng.

- Chấn thương vùng hàm mặt, gãy xương hàm phải cố định.

- Ung thư lưỡi, họng, thực quản.

- Bệnh nhân từ chối không chịu ăn hoặc ăn ít.

- Trẻ sơ sinh non yếu, hở hàm ếch không bú được, bú bị sặc.

3.2.2. Chuẩn bị dụng cụ

a) khay vô khuẩn

- Ống thông Levin (trẻ nhỏ dùng thông Nelaton)

- Bơm tiêm 50ml

- Gạc

- Đè lưỡi (nếu cần)

- Cốc đựng dầu nhờn (dầu Parafin)

- Phễu

b) khay sạch

- Lọ cắm 2 kẹp

- Bình đựng dung dịch thức ăn (số lượng tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của bác sĩ), nhiệt độ thức ăn 37°C.

- Cốc nước chín.
- 1 tấm nylon
- 1 khăn bông
- Băng dính, kéo cắt băng
- Ống nghe
- Bát đựng thức ăn
- Lọ dầu nhờn

c) khay quả đậu

3.2.3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân biết về thủ thuật sắp làm. Động viên bệnh nhân an tâm và hợp tác.
- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết.
- Tư thế bệnh nhân thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

3.2.4. Tiến hành:

- Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh nhân.
- Kéo bình phong che để tránh ảnh hưởng đến bệnh nhân khác.
- Cho bệnh nhân ngồi quay mặt về phía người làm thủ thuật hoặc nằm đầu cao (nếu bệnh nhân nằm), trẻ sơ sinh, bệnh nhân hôn mê phải cho nằm nghiêng đầu thấp để tránh thức ăn trào vào đường hô hấp.
- Choàng tấm nylon trước ngực bệnh nhân và quanh cổ, phủ khăn bông ra ngoài.
- Vệ sinh mũi nếu đặt ống qua đường mũi.
- Điều dưỡng viên rửa tay.
- Đổ dầu nhờn ra cốc.

- Đo ống thông, đánh dấu mức đo và cuộn ống lại (tránh chạm ống thông vào người bệnh) đo từ đỉnh mũi đến dải tai và từ dải tai đến mũi xương ức.

- Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.

- Đặt khay quả dậu dưới cằm và má bệnh nhân.

- Đưa ống thông vào dạ dày qua đường mũi hoặc đường miệng bằng cách:

Một tay điều dưỡng cầm đầu ống thông (kiểu cầm bút)

Một tay cầm phần ống còn lại (đã cuộn).

Nhẹ nhàng đưa ống vào một bên lỗ mũi bệnh nhân. Khi ống tới họng thì bảo bệnh nhân nuốt đồng thời nhẹ nhàng đẩy ống vào đến mức đánh dấu (tới cánh mũi hoặc môi).

- Trong khi đưa ống thông vào nếu bệnh nhân có phản ứng (ho sặc sụa hoặc tím tái khó chịu) thì phải rút ống ra ngay.

- Kiểm tra ống thông: bảo bệnh nhân há miệng xem ống có bị cuộn ở trong họng không.

Có 3 cách kiểm tra ống dẫn để chắc chắn ống vào tới dạ dày:

a) Lắp bơm tiêm vào đầu ống hút thử xem có dịch dạ dày không.

b) Nhúng đầu ống vào chén nước xem có sủi bọt không (nếu có sủi bọt theo nhịp thở là đưa nhầm ống vào đường khí quản).

c) Dùng bơm tiêm bơm hơi vào ống thông đồng thời dùng ống nghe để xem hơi có vào dạ dày không.

- Cố định ống thông vào mũi và má bệnh nhân bằng băng dính

- Cho ăn.

- Lắp phễu hoặc bơm tiêm 50ml vào đầu ngoài của ống thông hoặc ống Levin.

- Đổ vào phễu một ít nước chín cho chảy qua ống thông.

- Đổ thức ăn vào phễu, có thể điều chỉnh tốc độ bằng cách nâng cao hoặc hạ thấp ống đồng thời theo dõi bệnh nhân..
- Sau khi cho ăn xong, đổ vào ống một ít nước chín để làm sạch lòng ống tránh thức ăn lên men, làm tắc ống.
- Đậy nút ống thông lại hoặc lấy gạc buộc đầu ngoài của ống, gấp ống lại nhằm giữ ống kín để thức ăn không bị trào ra ngoài ống.
- Cố định ống thông vào phía đầu giường bệnh nhân bằng kim băng. Để lại đoạn ống để bệnh nhân xoay trở dễ dàng, không làm tuột ống ra ngoài.
- Rút ống thông (nếu không cần để lưu đến bữa sau)
- Tháo bỏ tấm nylon và khăn bông.
- Lau mặt và miệng cho bệnh nhân
- Theo dõi bệnh nhân sau khi ăn (quan sát hiện tượng trào ngược).
- Sửa lại giường cho bệnh nhân và cho bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái.

3.2.5. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ cho ăn.
- Loại thức ăn, số lượng
- Tình trạng của bệnh nhân khi đặt ống, trong và sau khi cho ăn.
- Tên người làm thủ thuật.

3.2.6. Những điều cần lưu ý:

- Phải chắc chắn là ống thông đã vào đúng dạ dày thì mới bơm thức ăn.
- Phải theo dõi cẩn thận lần ăn đầu tiên.
- Những lần ăn sau cũng phải kiểm tra lại xem ống thông đó có còn ở trong dạ dày không.

- Phải vệ sinh răng miệng, mũi thường xuyên trong suốt quá trình đặt ống thông cho ăn (nếu lưu ống).
- Mỗi lần thay ống thông cho ăn thì đổi luôn cả lỗ mũi đặt ống.
- Không đặt ống qua đường mũi nếu bệnh nhân bị viêm mũi, chảy máu cam, polyp ở mũi.
- Độ cao ở đầu khi cho ăn ở độ 80°.
- Tùy từng trường hợp mà ống thông có thể lưu từ 24 giờ đến 48 giờ.

11. TIẾP ĐÓN BN NHẬP VIỆN, CHUYỂN VIỆN, XUẤT VIỆN

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

1. tiếp đón bệnh nhân nhập viện

1.1 Mục đích

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

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

1.2.1 Trường hợp cấp cứu:

- Chuyển ngay vào phòng cấp cứu, ghi họ tên, tuổi, địa chỉ bệnh nhân, cơ quan và gia đình, ngày giờ, lý do đến phòng khám, ghi lại tên địa chỉ người đưa bệnh nhân đến, phương tiện vận chuyển và tình trạng bệnh nhân.

- Kiểm kê lại tài sản của bệnh nhân để bàn giao lại cho người nhà hoặc khoa phòng tiếp nhận bệnh nhân.

1.2.2 Trường hợp bình thường:

Khi bệnh nhân vào viện cần có:

- Giấy giới thiệu của cơ quan y tế tuyến dưới.

- Giấy chứng nhận miễn, trừ viện phí.

- Lập hồ sơ cho bệnh nhân (cần ghi rõ và đủ các mục ở phần đầu bệnh lịch): Tên tuổi, quê quán, lý do vào viện....

- Biên nhận tài sản bệnh nhân đã giữ lại.

1.3 Quy trình nhập viện:

1.3.1 Tiếp đón bệnh nhân tại phòng khám

a) Chuẩn bị phòng đợi

- Phòng phải sạch đẹp, gọn gàng yên tĩnh.

- Đầy đủ ghế cho bệnh nhân ngồi chờ.

- Có tranh ảnh, áp phích cho bệnh nhân xem, đọc trong thời gian chờ

- Phát phiếu vào khám theo thứ tự

b) Chuẩn bị phòng khám

- Sắp xếp phòng khám gọn gàng sạch sẽ đảm bảo thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông.

- Chuẩn bị bình phong, giường khám bệnh, bàn ghế.

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho bác sĩ khám bệnh:

Dụng cụ tổng quát: ống nghe, đèn, búa phản xạ, nhiệt kế, huyết áp kế.

Dụng cụ khám chuyên khoa.

- Chuẩn bị đầy đủ các loại giấy tờ thủ tục hành chính (hồ sơ bệnh án, sổ theo dõi bệnh nhân ra vào bệnh viện, giấy xét nghiệm...).

c) Tiếp đón bệnh nhân

*Tiếp xúc với bệnh nhân

- Chào hỏi bệnh nhân, tự giới thiệu mình với bệnh nhân, gọi tên bệnh nhân một cách thích hợp theo tập quán. Đối với bệnh nhân lớn tuổi không được gọi tên không mà phải gọi cả tên và thứ bậc theo tuổi (bác, ông...). Cách ứng xử và cách nói của điều dưỡng viên sẽ gây ấn tượng rất lớn cho bệnh nhân.

- Hướng dẫn các thủ tục cần thiết trước khi vào khám bệnh.

- Sắp xếp chỗ ngồi cho bệnh nhân ở phòng đợi, mời bệnh nhân vào khám theo thứ tự.

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

* Nhận định bệnh nhân

- Khai thác tiền sử bằng cách phỏng vấn bệnh nhân hoặc thân nhân về thời gian mắc bệnh, bệnh sử hiện tại và bệnh sử trước kia.

- Quan sát bệnh nhân: sử dụng các giác quan: Nhìn, sờ, nghe, ngửi.

* *Đo các dấu hiệu sinh tồn* (nếu là bệnh nhân cấp cứu, điều dưỡng viên phải chủ động xử trí trước khi mời bác sĩ).

Ví dụ: Bệnh nhân khó thở cho nằm đầu cao.

Bệnh nhân tim tái cho thở oxy.

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

** Mời bác sĩ khám và cho hướng xử trí:*

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

** Trường hợp bệnh nhân không phải nằm viện:*

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

** Trường hợp bệnh nhân vào viện:*

- Làm thủ tục cho bệnh nhân nhập viện.
- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh cá nhân, giúp bệnh nhân thay quần áo nếu họ không tự làm được.

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

1.3.2 Tiếp nhận bệnh nhân vào khoa:

a) Chuẩn bị dụng cụ và các phương tiện:

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

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

b) Nhận bàn giao:

- Bệnh nhân, tình trạng bệnh nhân.

- Hồ sơ bệnh án.

c) Dẫn bệnh nhân vào buồng bệnh:

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

- Xếp giường nằm cho bệnh nhân.

- Nếu bệnh nhân nằm ở phòng riêng đóng cửa phòng hoặc kéo bình phong cho kín đáo.

- Cung cấp các dụng cụ cá nhân (nếu cần) nâng thành giường lên đảm bảo an toàn cho bệnh nhân (nếu có).

d) Nhận định quan sát bệnh nhân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân, đo cho bệnh nhân.

Tình trạng chung của bệnh nhân (đặc biệt là bệnh nhân trẻ em).

- Bệnh nhân tỉnh táo lơ mơ hay li bì.

- Tình trạng da: da xanh hay nhợt nhạt, bầm tím, da khô có lở loét, nhiễm khuẩn.

Tình trạng khó thở, kiểu thở.

- Ho khan hay có đờm, tính chất, màu sắc số lượng đờm.

- Đau: cảm giác, vị trí đau, tính chất đau: âm ỉ, dữ dội.

- Có rối loạn ngôn ngữ không.

- Khả năng nghe: (điếc)

- Nhìn (mù lòa, cận thị).

- Các bộ phận giả (răng giả, mắt giả, hậu môn nhân tạo...)

- Nghe những than phiền của bệnh nhân.

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

+ Cách sử dụng các phương tiện của khoa: bật tắt công tắc điện, quạt, ti vi đài (nếu có), nhà tắm, nhà vệ sinh...

+ Thông báo cho bệnh nhân và thân nhân chấp hành nghiêm chỉnh nội quy khoa phòng.

- Giờ khám bệnh.

- Thường quy đi buồng.

- Giờ vào thăm.

- Giữ gìn vệ sinh trật tự buồng bệnh, không hút thuốc lá, không gây ồn ào trong buồng bệnh, bỏ các đồ thải vào nơi quy định.

g) *Ghi vào hồ sơ bệnh nhân ngày giờ vào viện:*

Ghi chép các thông số theo dõi và phiếu theo dõi.

li) *Báo cáo với điều dưỡng trưởng và bác sĩ:* sau khi hoàn thành các thủ tục tiếp nhận bệnh nhân vào khoa và các dấu hiệu bất thường của bệnh nhân (nếu có).

i) *Trợ giúp bác sĩ khám bệnh và làm các xét nghiệm cần thiết*

k) *Thực hiện tốt các y lệnh điều trị.*

2. CHUYỂN BỆNH NHÂN

2.1 Mục đích:

Trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện do tính chất và quá trình diễn biến của bệnh tật. Khi bác sĩ ra quyết định bệnh nhân có thể được chuyển từ phòng này sang phòng khác, khoa này sang khoa khác hoặc viện này sang viện khác.

Bệnh nhân có thể lo lắng khi bác sĩ yêu cầu chuyển, do đó điều dưỡng viên nên giải thích cho bệnh nhân hiểu được sự di chuyển này sẽ giúp cho bệnh nhân nhận được sự chăm sóc và điều trị tốt hơn.

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

2.2.1 Chuyển khoa phòng:

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

2.2.2. Chuyển viện:

Điều dưỡng viên phải liên hệ với bệnh viện mới để bố trí thời gian chuyển bệnh nhân đến. Nếu là bệnh nhân cấp cứu thì phải gọi điện thoại báo trước.

Báo cho y vụ biết để làm mọi thủ tục chuyển bệnh nhân và chuẩn bị phương tiện vận chuyển. Chuẩn bị giấy tờ chuyên môn: tóm tắt bệnh án và các tài liệu điều trị (X quang, xét nghiệm, v.v...).

Báo cho bệnh nhân biết ngày giờ chuyển viện, giải thích rõ lý do để bệnh nhân yên tâm, đồng thời báo cho gia đình họ biết. Bàn giao lại cho bệnh nhân đồ dùng tư trang của họ gửi.

- Khi chuyển điều dưỡng viên phải đi cùng với bệnh nhân và có chuẩn bị sẵn phương tiện xử trí khi đi đường (hộp thuốc cấp cứu...).

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

2.3 Quy trình chuyển bệnh nhân.

2.3.1 Các phương pháp đặt cáng:

a) Song song.

- Song song gần: Cáng sát với thành giường
- Song song xa: Cáng cách giường bệnh nhân 1 mét.

b) Vuông góc: Chân cáng vuông góc với đầu bệnh nhân.

c) Nối tiếp: đầu cáng nối tiếp với chân giường.

2.3.2 Chuyên khoa, phòng, viện:

a) Giúp bệnh nhân: thu dọn tư trang cá nhân để chuyển đi.

b) Chuyển bệnh nhân đến: khoa mới viện mới cùng với tư trang cá nhân bằng phương pháp vận chuyển an toàn và thích hợp (diu, cáng, xe đẩy, ô tô...).

c) Bàn giao bệnh nhân với nhân gian khoa mới, viện mới:

- Tình trạng bệnh nhân, các thủ tục hành chính chuyên môn, tư trang của bệnh nhân.
- Ký nhận bàn giao với điều dưỡng của khoa mới, viện mới.

d) Trở về khoa mình báo cáo với điều dưỡng trưởng:

- Bệnh nhân đã chuyển đến khoa mới an toàn.
- Ngày, giờ chuyển.
- Tình trạng bệnh nhân khi di chuyển.

3. BỆNH NHÂN RA VIỆN:

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

3.1 Các thủ tục cần thiết của việc xuất viện:

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

3.2. Chuẩn bị dụng cụ:

Các phương tiện vận chuyển thích hợp.

3.3 Kỹ thuật tiến hành:

a) *Giúp cho bệnh nhân thu gọn tư trang cá nhân và trả lại đồ dùng cho khoa*

- Thanh toán viện phí.
- Giúp bệnh nhân thay, mặc quần áo, trả lại quần áo cho viện (đối với trẻ em, người già, tàn tật).

- b) *Kiểm tra*: xem bệnh nhân đã nhận được giấy ra viện, y lệnh của bác sĩ để thực hiện tại nhà, giấy hẹn của bác sĩ hay khoa phòng.
- c) *Hướng dẫn giáo dục sức khỏe*: khuyên bảo bệnh nhân về chế độ ăn uống, tập luyện.
- d) *Giúp bệnh nhân*: ra khỏi phòng lên xe chào tạm biệt và chúc sức khỏe bệnh nhân.
- e) Trở lại khoa thu dọn vải trải giường cho vào túi đựng đồ bẩn
- g) Thông báo cho hộ lý biết bệnh nhân đã ra viện để vệ sinh buồng bệnh.
- h) Báo cáo cho điều dưỡng trưởng biết đã hoàn thành nhiệm vụ cho bệnh nhân ra viện.

12. THÔNG TIỂU

1- Định nghĩa:

Thông tiểu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu ra ngoài và điều trị bệnh.

2- áp dụng:

- Bí đái
- Thông tiểu trước khi mổ, trước khi đẻ
- Bệnh nhân hôn mê
- Lấy nước tiểu xét nghiệm tìm vi khuẩn để chẩn đoán các bệnh về hệ tiết niệu.

3. Không áp dụng:

- Nhiễm khuẩn niệu đạo

- Giập rách niệu đạo
- Chấn thương tuyến tiền liệt...

Nếu thông có thể gây tổn thương thêm niệu đạo.

2. Quy trình kỹ thuật khi thông tiểu:

3.1. Chuẩn bị dụng cụ:

3.1.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- ống thông Netalon, Foley (số 14-16 cho người lớn. Số 8-10 cho trẻ em tốt nhất là chuẩn bị 2 cái), chuẩn bị loại mềm hoặc cứng cho thích hợp.
- Găng tay cao su
- Gạc miếng, gạc củ ấu, khăn phủ đùi bệnh nhân.
- Khăn có lỗ, bơm tiêm 10, 20ml
- Kim Kocher
- Dầu Paraffin

3.1.2. Dụng cụ sạch:

- khay chữ nhật
- Dung dịch sát khuẩn. Thuốc đỏ 2%, thuốc tím 1%, argyrol 10%.
- Có bình phong (nếu thông tiểu tại giường)
- Tấm nylon
- Bốc đựng nước rửa bộ phận sinh dục (nếu bệnh nhân nặng nằm tại chỗ).
- Cọc treo bốc, nước xà phòng loãng, nước đun sôi để nguội.
- Bô dẹt

- Khay quả đậu: 1 khay.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích để bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân biết việc sắp làm để họ yên tâm và hướng dẫn bệnh nhân cách hít vào dài dặn nhẹ để giãn cơ thắt bàng quang (nếu cần).
- Bệnh nhân nhẹ: Chuẩn bị nước để bệnh nhân tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài trước khi thông tiểu.
- Bệnh nhân nặng:
 - + Trải tấm nylon trên giường, đặt sẵn xô dẹt dưới mông bệnh nhân để bệnh nhân nằm ngửa co đầu gối chống chân xuống giường và hơi dẹt.
 - + Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng loãng hoặc nước đun sôi để nguội, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, khi xong đổ nước bẩn đi, rửa xô dẹt và đặt lại dưới mông bệnh nhân.
- Điều dưỡng rửa sạch tay.

3.3. Tiến hành kỹ thuật

- Điều dưỡng viên đeo khẩu trang
- Rửa tay
- Kiểm tra lại địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân.

3.3.1. Thông tiểu nam:

- Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quần vải đắp để vào hai chân.
- Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền đã có gạc củ ấu.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay.
- Đi găng vô khuẩn.

- Trải khăn mổ có lỗ để lộ dương vật bệnh nhân.
- Bôi dầu Paraffin vào ống thông (7-10)cm.
- Tay trái kéo bao da quy đầu xuống để lộ lỗ niệu, tay phải cầm kim kẹp gạc củ ấu thấm dung dịch sát khuẩn lên quy đầu từ lỗ niệu ra ngoài.

Một tay cầm dương vật thẳng đứng (dương vật thẳng góc 90^0 với cơ thể bệnh nhân), tay kia cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm, hạ dương vật xuống (song song với thành bụng) là ống thông tự trôi vào bàng quang đến khi thấy nước tiểu chảy ra. Đưa ống thông sâu khoảng 18-20cm.

- Nếu thấy mắc, vướng bảo bệnh nhân thở hít mạnh và hơi dạn ống sẽ dễ vào, nếu khó đưa vào thì không được tiếp tục đẩy ống thông, phải rút ra làm lại.
- Khi ống thông vào tới bàng quang, tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra.

(Nếu làm xét nghiệm: Sau vài giây để nước tiểu chảy ra bỏ đẹt rồi hơ ống nghiệm qua ngọn đèn cồn và tiến hành lấy nước tiểu giữa bãi vào ống và hơ qua ngọn đèn cồn khi đã lấy đủ lượng nước tiểu nút miệng ống lại. Ghi tên bệnh nhân, tuổi, số giường, buồng).

- Nếu cầu lưu ống thông: Bơm dung dịch nước cất hay nước muối sinh lý vào nhánh thông với bong bóng, số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông (thường là 5ml) cố định thông nối ống thông với hệ thống thu gom nước tiểu (chai hoặc túi thu).
- Nếu bệnh nhân bị bí đái, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy quá 750ml nước tiểu ở bàng quang (để gây chảy máu bàng quang).
- Rút ống thông để vào khay quả đậu.
- + Dùng bơm tiêm rút nước trong bong bóng ra hết.
- + Bóp ống lại và từ từ rút ra.

- Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn, làm vệ sinh vùng sinh dục lau sạch, khô.
- Kéo quần lên cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ
- Ghi hồ sơ.

3.3.2. Thông tiểu nữ:

- Với bệnh nhân nữ cũng như các bước đã chuẩn bị để tiến hành như bệnh nhân nam giới
- Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quần vải đắp vào 2 chân.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, 2 chân chống và ngả 2 đùi ra.
- Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kê.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay.

Một tay: dùng ngón cái và ngón trỏ đã quấn gạc vạch môi lớn và môi nhỏ ra, tay kia dùng kẹp gấp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn từ lỗ niệu đạo ra ngoài môi lớn và chỉ một lần rồi sau đó sát khuẩn đến các vùng khác ở bên cạnh (Nếu âm hộ quá bẩn thì phải rửa bằng nước ấm và xà phòng trước khi thông tiểu).

- Điều dưỡng đi găng tay
- Trải khăn có lỗ bocc lộ bộ phận sinh dục
- Bôi dầu Paraffin vào đầu ống khoảng 4-5cm.
- Một tay cầm ống thông đưa vào niệu đạo nhẹ nhàng khoảng 5-6cm hoặc đến khi thấy nước tiểu chảy ra (tránh đưa nhầm vào lỗ âm đạo) với trẻ em đưa vào 2,5cm. Nếu vướng mắc bảo bệnh nhân hít thở sâu.
- Khi ống thông vào tới bàng quang tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra hoặc rửa bàng quang để điều trị.

- Nếu lấy nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm thì phải bỏ một ít nước tiểu ban đầu, chỉ lấy nước tiểu ở phần giữa bãi. Trước khi hứng nước tiểu phải hơ miệng ống qua ngọn đèn cồn và nút lại ghi tên, tuổi bệnh nhân, số giường, số buồng vào nhãn ở ống.
- Nếu bệnh nhân bị bí đái, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy hết nước tiểu ở bàng quang ra (gây chảy máu bàng quang do tụt áp lực một cách đột ngột).
- Tùy theo yêu cầu của bác sĩ, có thể để lưu thông lại, phải cố định ống thông bằng cách bơm nước muối 0,9% vào nhánh phụ (thông với bong bóng để làm căng bóng chèn) số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông, thường là 5ml, cố định ống thông vào đùi và lắp với hệ thống thu nước tiểu.
- Rút ống thông nhẹ nhàng để vào khay quả đậu (nếu ống thông lưu nhiều ngày và có bóng chèn nhớ tháo nước trong bóng trước khi rút).
- + Dùng bơm tiêm rút nước trong bong bóng ra hết.
- + Bóp ống lại và từ từ rút ra.
- Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo, lau, vệ sinh vùng sinh dục sạch, lau khô da vùng đó.
- Mặc quần áo cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ - ghi hồ sơ bệnh án

Nếu có xét nghiệm phải đưa nước tiểu đến phòng xét nghiệm sớm.

2. Các điểm cần lưu ý khi thông tiểu:

- 2.1. Dụng cụ (nhất là ống thông) phải tuyệt đối vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- 2.2. Kỹ thuật thực hiện phải đúng quy trình và vô khuẩn.
- 2.3. Động tác phải nhẹ nhàng (tránh thô bạo) nếu vướng mắc phải làm lại hoặc bảo bệnh nhân há miệng thở đều để giảm co thắt niệu đạo.

2.4. Phải lấy nước tiểu giữa bãi (nếu cần lấy nước tiểu thử vi khuẩn) nên lấy trực tiếp vào ống nghiệm vô khuẩn.

2.5. Không để lưu ống thông quá 48 giờ.

2.6. Không thông đái nhiều lần trong ngày.

2.6. Nếu bệnh nhân bí đái phải rút nước tiểu chậm và không rút hết nước tiểu trong bàng quang sẽ làm giảm áp lực đột ngột và gây chảy máu.

2.8. Theo dõi bệnh nhân trong và sau khi thông tiểu để phát hiện những dấu hiệu bất thường và xử trí kịp thời.

13. HÚT ĐỜM DÃI

1. CƠ SỞ LÝ THUYẾT.

Đường hô hấp được chia thành 2 phần: đường hô hấp trên bao gồm mũi và họng. Đường hô hấp dưới được tính từ thanh quản trở xuống.

. Đối với tất cả các trường hợp hút đờm, dải đặc biệt là hút đường hô hấp dưới đều phải áp dụng kỹ thuật vô khuẩn để không đưa vi sinh vật vào trong thanh quản và khí quản, phế quản để tránh gây viêm nhiễm đường hô hấp. Điều này càng đặc biệt quan trọng đối với những bệnh nhân suy kiệt vì những bệnh nhân này rất dễ bị nhiễm khuẩn.

1.1. Mục đích hút đờm dải:

- Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp

- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán
- Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm dãi
- Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) còn để kích thích phản xạ ho

1.2. ÁP DỤNG:

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

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân.

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm, động viên bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập ho, tập thở sâu kết hợp làm vật lý trị liệu rung vỗ vùng phổi. Những động tác này có tác dụng làm long đờm. Đờm dịch xuất tiết được đẩy ra ngoài.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu: Đầu thấp nghiêng phải HOẶC TRÁI TÙY THEO TÌNH TRẠNG Ứ ĐỘNG Ở bên phổi nào nhiều hơn. Tư thế dẫn lưu giúp cho đờm, dịch xuất tiết để thoát ra ngoài.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ: rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

2.2.1. Trường hợp hút đường hô hấp trên _

Dụng cụ vô khuẩn:

- 1 ống thông hút

+ Thông thường dùng ống cỡ số 6-8 cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

+ Ống thông cỡ số 10-12 cho trẻ lớn

+ Ống thông số 14-16 cho người lớn.

- 1 lọ cầm kim + 1 kẹp phẫu tích hoặc kim, nếu có găng thì không cần chuẩn bị kẹp phẫu tích hoặc kim

- Vài miếng gạc

- khay quả đậu

- Một cái đèn lười

Dụng cụ khác:

- Phương tiện để hút: Máy hút, ống dẫn, ống nối tiếp, ống dẫn bằng cao su hoặc bằng nhựa có chiều dài vừa phải từ 120-150cm.

- Bình hoặc ca đựng nước cất hoặc nước chín hay dung dịch NaCl 0,9% làm nước tráng ống thông hút.

-Túi giấy hoặc khay quả đậu.

- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

2.2.2. Hút đường hô hấp dưới

Thông thường có hút đường hô hấp dưới thì bao giờ cũng phải hút đường hô hấp trên, do vậy ngoài những dụng cụ cho hút đường hô hấp trên còn phải chuẩn bị thêm:

DỤNG CỤ VÔ KHUẨN

Ống thông hút: Thường dùng ống nhựa hoặc thông Nelaton. Cỡ số của ống thông hút tùy thuộc vào cỡ số của ống nội khí quản hoặc canul khí quản. Đường kính của ống hút không được vượt quá 1/2 đường kính nội khí quản hoặc canul khí quản.

1 đôi găng vô khuẩn. Nếu không có găng thì chuẩn bị 1 kìm hoặc kẹp phẫu tích đã được tiệt khuẩn

- khay quả đậu + vài miếng gạc

- Trong trường hợp đờm dãi quá đặc, cần chuẩn bị thêm:

+ 1 bơm tiêm 5ml + 1 kim lấy thuốc

+ 1 chai dung dịch NaCl 0,9% hoặc NaHCO_3 1,4%.

Để bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản, pha loãng đờm dịch xuất tiết để hút được dễ dàng..

2.3. Tiến hành

2.3.1. Hút đường hô hấp trên

- Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường

- Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân

- Che bình phong cho bệnh nhân. Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp để dễ đưa ống thông vào, để hút và tránh cho bệnh nhân hít phải chất nôn trong trường hợp bệnh nhân bị nôn.

Nếu bệnh nhân hôn mê: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng quay mặt về phía người làm thủ thuật:

- ĐỔ NƯỚC vào khay quả đậu

- MỞ MÁY kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút.

+ ÁP LỰC hút cho người lớn: 100-120mmHg

+ ÁP LỰC hút cho trẻ em: 50-75mmHg.

- Nối ống thông với hệ thống hút

Hút một ít nước từ khay quả đậu, để xem khả năng hút; kiểm tra xem ống thông hút có bị tắc không đồng thời làm trơn đầu ống hút, đi gắng hoặc dùng kẹp phẫu tích khi cầm vào đầu ống thông.

- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào qua miệng hoặc một bên lỗ mũi bệnh nhân, khi ống thông vào thì phải tắt máy hút hoặc dùng tay gập ống thông lại đặt ống thông vào dễ dàng và không hút mất dưỡng khí của bệnh nhân. Nếu đi qua đường miệng thì có thể phải dùng đèn lưỡi để đưa ống vào được dễ dàng.

- Khi đã đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết thì bắt đầu mở máy hút hoặc bỏ tay gập ống thông ra.

+ Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dái tai.

+ Không nên đưa ống thông quá sâu và cũng không nên hút quá nông.

+ Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má (giữa má và chân răng), hầu họng và mũi sau.

+ Tránh chạm đầu ống hút vào thành họng sau

- Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống, qua lại một cách nhẹ nhàng để hút có kết quả và tránh gây tổn thương niêm mạc.

- Sau mỗi lần hút rút ống thông ra, dùng gạc để lau sạch **ỐNG NẾU CÓ NHIỀU ĐỜM DÃI BÁM Ở** quanh ống, sau đó hút một ít nước từ khay quả đậu để rửa sạch ống. Mỗi lần hút không quá 15 giây.

- Lặp lại động tác hút nếu cần thiết, hút đến khi bệnh nhân hết đờm, rãi, thở lại dễ dàng. Nhưng không được hút quá nhiều lần liên tục.

- Tháo ống thông ra cho vào chậu dung dịch sát khuẩn.

+ Trường hợp phải hút nhiều lần trong ngày thì sau mỗi đợt hút phải lau sạch ống, rửa sạch lòng ống sau đó đổ hết nước thừa ở **KHAY QUẢ ĐẬU**. **THÁO ỐNG THÔNG RA ĐỂ** vào khay quả đậu phủ khăn lên để cho những lần hút sau.

+ Thay ống thông hút khi bẩn

+ Hằng ngày thay bình dung dịch, ống dẫn 1-2 lần

- Tháo bỏ găng (nếu có đi găng).

2.3.2. Hút đường hô hấp dưới (H.129)

Hút đường hô hấp dưới thường được tiến hành ngay sau khi hút đường hô hấp trên. Kỹ thuật tiến hành như sau:

- ĐỔ NƯỚC cất hoặc nước muối sinh lý NaCl 0,9% vào khay quả đậu. Khay quả đậu giành riêng cho hút đường hô hấp dưới đã được đánh dấu hoặc để ở khu vực riêng để tránh lẫn với dụng cụ hút đường hô hấp trên.

- Đi găng vô khuẩn (nếu có chuẩn bị)

- Dùng kẹp phẫu tích hoặc tay đã đi găng, lấy ống thông hút vô khuẩn và lắp vào hệ thống hút.

- Hút một ít nước từ khay quả đậu

- Đưa ống thông hút vào qua lỗ của ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút.

+ Khi đưa ống thông vào cũng phải tắt máy hoặc gập ống thông lại

+ Đưa ống thông vào qua ống nội khí quản khi thấy bệnh nhân ho, ngừng lại và hút.

- Sau khoảng 5-10 giây thì từ từ rút ống thông ra. Trong quá trình rút ống thông ra ta phải xoay ống thông theo cả 2 chiều (cùng chiều và ngược chiều kim đồng hồ) để hút được dịch xuất tiết, đờm bám ở THÀNH KHÍ PHẾ QUẢN. THỜI GIAN MỖI LẦN hút kể từ khi đưa ống thông vào cho đến khi rút ống thông ra không được quá 10 giây.

- Nhúng đầu ống thông vào khay quả đậu rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở QUANH ỐNG THÌ DÙNG GẠC LAU SẠCH TRƯỚC khi hút nước.

- Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm rãi. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông ngâm vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

+ Nếu không có điều kiện thay ống thông hút sau mỗi lần hút thì sau khi hút xong phải lau sạch ống bằng gạc, hút rửa sạch lòng ống đổ hết nước ở trong khay quả đậu để ống thông hút vào trong khay rồi dùng khăn phủ lên.

+ Thay ống hút và khay quả đậu hàng giờ

- Tháo bỏ găng

- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái

- Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natribicarbonat 14% để pha loãng rồi hút kỹ thuật tiến hành như sau:

Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút.

+ Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml

+ Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân.

2.4. Thu dọn dụng cụ và bảo quản.

- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định

- Lau chùi máy hút rồi xếp về chỗ cũ.

2.5. Ghi hồ sơ

- Thời gian hút.

- SỐ LƯỢNG dịch hút, tính chất dịch hút ra. Lưu ý trừ phần dịch hút để rửa ống thông và dịch bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản.

- Tình trạng bệnh nhân trong và sau khi hút

- Những diễn biến bất thường

- Tên người làm thủ thuật.

2.6. Những điều cần lưu ý.

- Phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn trong khi hút thông đường hô hấp dưới cho bệnh nhân để tránh gây bội nhiễm cho người bệnh.
- Không được dùng chung ống thông, khay quả đậu, kẹp phẫu tích cho cả hút đường hô hấp trên và dưới.
- Dụng cụ dùng để hút đường hô hấp trên và hút đường HÔ HẤP DƯỚI PHẢI ĐỂ Ở NHỮNG khu vực riêng hoặc đánh dấu rõ ràng để tránh nhầm lẫn khi sử dụng.
- Phải thường xuyên hút đờm dãi cho bệnh nhân nhưng không được hút nhiều lần liên tục. Không được hút quá dài trong một lần hút, không được hút quá sâu và phải đảm bảo áp lực hút, không được hút với áp lực mạnh.
- + Hút thường xuyên để đường hô hấp luôn được thông thoát, không bị tắc nghẽn.
- Hút nhiều lần liên tục và hút lâu gây thiếu oxy
- + Hút áp lực mạnh. làm tổn thương niêm mạc đường hô hấp
- + Nếu không có máy hút thì có thể dùng bơm tiêm 50-100ml để hút.

14. KỸ THUẬT THỤT THÁO

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài trong trường hợp bệnh nhân không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

1. Cơ sở lý thuyết.

1.1 Mục đích:

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy

phân ra ngoài trong trường hợp bệnh nhân không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

1.2. Chỉ định

- Bệnh nhân táo bón lâu ngày
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.
- Trước khi sinh đẻ
- Trước khi thụt giữ.

1.3. Chống chỉ định:

- Bệnh thương hàn
- Viêm ruột
- Tắc xoắn ruột

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên bệnh nhân yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật, trường hợp bệnh nhân là trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh.
- Hướng dẫn căn dặn bệnh nhân những điều cần thiết. Không thụt vào giờ bệnh nhân ăn, hoặc giờ thăm bệnh nhân.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ

- 1 bịch thụt có gắn ống cao su
- 1 kẹp
- 1 canun thụt hoặc ống thông hậu môn phù hợp với bệnh nhân.

+ Canul thẳng

+ Canul cong (dùng trong sản khoa)

Nếu dùng ống thông thì phải có ống nối tiếp. Nên dùng ống thông để thụt cho bệnh nhân liệt và trẻ em.

- 1 bình đựng nước thụt.

+ Nước chín: Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nên dùng nước muối sinh lý.

+ Số lượng nước thụt tùy theo chỉ định, thông thường đối với người lớn: 500 - 1.000 ml, không được quá 1.500ml.

+ Đối với trẻ em: Số lượng dịch thụt tùy theo tuổi. Nhưng không được quá 500ml.

+ Nhiệt độ của dịch thụt: 37-40°C

- 1 khay quả đậu

- Vài miếng gạc.

- Dầu nhờn

- 1 tấm nylon

- 1 vải đắp hoặc chăn.

- 1 xô dẹt

- Giấy vệ sinh

- Trụ treo bịch thụt

- Bình phong che nếu làm tại bệnh phòng.

2.3. Kỹ thuật tiến hành:

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Thay vải đắp.
- Kéo bình phong che để tránh ảnh hưởng tới bệnh nhân khác khi làm ở buồng bệnh.
- Lót tấm nylon dưới mông bệnh nhân.
- Bỏ hẳn quần bệnh nhân ra nếu bệnh nhân không đi lại được.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh:
 - + Thông thường cho bệnh nhân nằm nghiêng trái.
 - + Trường hợp bệnh nhân liệt cho bệnh nhân nằm ngửa trên bê dẹt, nâng cao đầu cho bệnh nhân.
- Lắp canul hoặc ống thông vào ống cao su của bích thụt. Kẹp ống lại.
- Đổ nước vào bích thụt.
- Treo bích thụt lên trụ cách mặt giường 40 - 60 cm. Không treo bích quá cao vì treo cao nước chảy vào với áp lực mạnh gây kích thích, tăng nhu động ruột gây cản trở nước không vào sâu được ảnh hưởng đến kết quả thụt và làm bệnh nhân khó chịu.
- Bôi trơn canul hoặc đầu ống thông.
- Mở kẹp cho nước chảy vào khay quả đậu nhằm đuổi không khí và phần nước lạnh trong ống ra ngoài, đồng thời kiểm tra sự thông thoát của ống cao su, canul hoặc ống thông. Sau đó lại kẹp ống lại. Có thể kiểm tra lại nhiệt độ của nước thụt bằng cách cho vài giọt chảy vào mu bàn tay. Nếu thấy nóng quá hoặc lạnh quá thì phải điều chỉnh lại.

- Bỏ vải đắp để lộ mông bệnh nhân, một tay vạch mông bệnh nhân để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa canul hoặc ống thông vào hậu môn cho tới khi được 2/3 canul hoặc ống vào sâu từ 12-15cm là được.

+ Trong khi đưa canul hoặc ống thông vào bảo bệnh nhân há miệng thở đều.

+ Nếu dùng canul thì lúc đầu phải hướng canul theo chiều hậu môn rốn tới khoảng 2-3cm sau đó đưa canul hướng về phía cột sống. Theo vị trí giải phẫu của ruột thẳng (trực tràng).

- Mở kẹp để cho nước chảy vào từ từ.

+ Một tay phải luôn giữ canul hoặc ống thông để đề phòng canul hoặc ống thông bị bật ra ngoài.

- Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không:

+ Quan sát lượng nước ở trong béc.

+ Hỏi bệnh nhân xem có thấy cảm giác nước vào ruột không.

+ Nếu dịch không chảy thì phải xem lại canul hoặc ống thông. Có thể rút lui canul ra một chút rồi lại đẩy vào đồng thời nâng cao béc lên để tạo sự thay đổi áp lực.

+ Trong lúc dịch chảy vào nếu bệnh nhân kêu đau, tức khó chịu, mót rặn muốn đi đại tiện thì phải khóa ngay ống lại, để bệnh nhân nghỉ một lát; khi các dấu hiệu trên giảm đi thì lại tiếp tục cho dịch chảy vào với áp lực thấp hơn.

- Khi nước trong béc đã chảy gần hết thì kẹp ống lại, nhẹ nhàng rút canul hoặc ống thông ra, dùng giấy vệ sinh bọc canul rồi để vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào thùng đựng dung dịch sát khuẩn. Treo ống cao su lên trụ.

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10-15 phút.

- Đưa bô cho bệnh nhân hoặc giúp bệnh nhân đi ra nhà vệ sinh.

- Khi bệnh nhân đi đại tiện xong giúp bệnh nhân lau chùi sạch sẽ.

- Rửa tay cho bệnh nhân, hoặc giúp bệnh nhân tự lau chùi.
- Lấy tấm nylon ra.
- Sửa lại giường cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

2.4. Thu dọn và bảo quản dụng cụ:

- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định.
- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

2.5. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ thực.
- Dung dịch thực - số lượng.
- Kết quả thực, tính chất phân.
- Tên người làm thủ thuật.

3. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO.

- Trong lúc nước vào đại tràng, nếu bệnh nhân kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện, phải ngừng ngay không cho nước chảy vào và báo bác sĩ.
- Thay quần áo, khăn trải giường nếu ướt
- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).

15. TRUYỀN DỊCH - TRUYỀN MÁU

Tiêm truyền dung dịch là đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch hoặc dưới da một khối lượng dung dịch và thuốc với mục đích

1. truyền dịch

1.1 Mục đích.

Tiêm truyền dung dịch là đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch hoặc dưới da một khối lượng dung dịch và thuốc với mục đích:

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn khi bệnh nhân bị mất nước, mất máu (xuất huyết, bỏng và tiêu chảy mất nước...)
- Giải độc, lợi tiểu
- Nuôi dưỡng người bệnh (khi bệnh nhân không ăn uống được)
- Đưa thuốc vào để điều trị bệnh

1.2 Các loại dịch truyền.

Đường, muối bicarbonat 1,4%, điện giải, vitamin, acid amin, máu tươi và các thành phần của máu. Và chia theo:

* Loại chất: Dung dịch điện giải

- Dinh dưỡng (glucose, acid amin...)
- Dung dịch kiềm hóa và acid hóa
- Máu và các phế phẩm của máu
- Các chế phẩm thay thế máu: Dextran...

* Dung dịch ưu trương: glucose 20%, 30%, 50%, NaCl 10%, 20%

* Dung dịch đẳng trương: Glucose 5%, NaCl 0,9%, NaHCO₃ 1,4%

1.3 Các vị trí tiêm truyền tĩnh mạch

1.3.1. Các vị trí thông thường:

- Các tĩnh mạch ở mu bàn tay (H.100)
- Các tĩnh mạch ở cẳng tay, cánh tay, khuỷu tay (H.101)
- Các tĩnh mạch ở chân (H.103)

- Các tĩnh mạch ở đầu (với trẻ nhỏ): tĩnh mạch trán, thái dương, tĩnh mạch mang tai

1.3.2. Các vị trí khác

Tĩnh mạch trung tâm để đặt ống thông nuôi dưỡng bệnh nhân dài ngày, nhằm đo áp lực tĩnh mạch trung tâm trong cấp cứu (thường do bác sĩ thực hiện).

1.4 Nguyên tắc.

- Dịch truyền và các dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn.
- Khi tiến hành kỹ thuật phải đúng quy cách và bảo đảm vô khuẩn đến khi kết thúc xong.
- Tuyệt đối không để không khí vào tĩnh mạch.
- Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực máu của bệnh nhân.
- Tốc độ chảy của dịch phải theo đúng y lệnh (duy trì tổng lượng đưa vào đúng thời gian quy định).
- Theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau truyền.
- Phát hiện các dấu hiệu sớm của phản ứng và xử lý kịp thời.
- Không để lưu kim quá 24 giờ trong cùng một vị trí.
- Nơi tiếp xúc giữa kim và mặt da phải giữ vô khuẩn.

1.5 Trường hợp nên truyền và không nên truyền.

1.5.1. Nên truyền

Xuất huyết và tiêu chảy mất nước, bỏng, trước mổ, sau mổ.

1.5.2. Không nên truyền

- Phù phổi cấp
- Bệnh tim nặng

- Tuỳ theo chỉ định điều trị

1.6 Quy trình kỹ thuật chuyển dịch

1.6.1. Chuẩn bị dụng cụ:

a) Dụng cụ vô khuẩn.

- Chai dịch truyền theo chỉ định đã kiểm tra:

+ Số lượng

+ Chất lượng

+ Hạn dùng

- Thuốc (nếu có chỉ định)

- khay men vô khuẩn: để đựng bơm, kim tiêm, gạc, bộ dây truyền.

- Kim Kocher

- Bơm tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn

- Kim tiêm đã vô khuẩn dài 3cm, đường kính 5/10 - 8/10mm hoặc catheter là một ống chất dẻo xuyên vào ven bệnh nhân thường được đóng gói riêng (kim cánh bướm nếu có).

- Gạc miếng đã hấp

- Bộ dây truyền có hệ thống không khí, 1 dây truyền gồm 1 kim 1 bầu nhỏ giọt (có loại 10, 15, 20 giọt/ml và được ghi ở nhãn của bộ dây), một khoá lặn, một ống dây, một bao để đậy ngoài đốc kim.

- Bát kê (hoặc chén) để đựng bông có cồn iod (1%), dao cưa.

b) Các dụng cụ khác:

- Cọc truyền có bánh xe, có loại giường có cọc truyền gắn vào, độ cao phải được tính, quang treo.

- 2 khay quả đậu, túi giấy.
- Kéo, băng dính, băng cuộn.
- Bộ tứ gồm: Tấm nylon nhỏ, gối kê tay, dây cao su, nẹp gỗ có cuốn gạc ở ngoài hoặc nẹp bằng chất dẻo để cố định tay bệnh nhân.
- Phiếu truyền dịch
- Hộp thuốc chống sốc (cấp cứu).
- Máy đo huyết áp, ống nghe.
- Nhiệt kế.
- Đồng hồ đếm mạch, nhịp thở, bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

1.6.2. Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích để bệnh nhân và người nhà biết công việc sắp làm và báo cho họ biết thời gian truyền bao lâu sẽ xong để họ yên tâm.

Cho bệnh nhân đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch.

Vệ sinh thân thể, chú ý vệ sinh vùng truyền (cạo lông nếu có).

Lấy các dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ...).

1.6.3. Tiến hành kỹ thuật:

- Điều dưỡng đeo khẩu trang
- Rửa tay bằng xà phòng, rửa dưới vòi nước.
- Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến giường bệnh nhân
- Đặt cọc truyền cạnh giường ở vị trí thích hợp.
- Đặt xe đẩy (hoặc khay dụng cụ) sao cho phù hợp khi tiến hành kỹ thuật.
- Sát khuẩn tay điều dưỡng.

- Kiểm tra chai dịch lần 2 (tên dịch, chất lượng, số lượng, hạn dùng) và lắp vào quang treo.

- Sát khuẩn nút chai.

- Pha thuốc vào chai dịch (nếu có chỉ định).

- Cắm kim của bộ dây có hệ thống thông khí vào các nút chai và đuổi không khí ở trong bộ dây ra bằng cách:

Tay trái nâng nghiêng bầu, đồng thời tay phải mở kim đã kẹp ở gần đầuambu của bộ dây truyền. Khi dịch chảy 1/3 bầu, người điều dưỡng phải nhanh tay hạ thẳng bầu để giọt xuống để cho dịch chảy tiếp tục xuống đoạn dây dưới. Khi dịch chảy tới đầuambu, cho dịch chảy ra bát kê khoảng 1-2 giọt (tránh không để chảy nhiều dịch), kẹp lại, đậy kim và giữ vô khuẩn.

- Đặt tấm nylon và gối nhỏ dưới vùng truyền.

- Chọn vị trí đưa kim vào tĩnh mạch và buộc dây cao su cách vị trí tiêm 3cm.

- Sát khuẩn vùng tiêm theo hình xoắn ốc từ trong ra (nếu bắn sát khuẩn nhiều lần)

- Sát khuẩn tay điều dưỡng viên lần 2.

- Tay thuận đưa kim vào tĩnh mạch, khi có máu chảy ra, tay kia tháo dây cao su mở khoá cho dịch chảy vào tĩnh mạch

Nếu để nuôi dưỡng dài ngày hoặc trong cấp cứu các vị trí thông thường khó lấy, ta phải luồn catheter tĩnh mạch trung tâm

- Khoá cho dịch chảy vừa phải.

- Lót miếng gạc đã hấp dưới đốc kim và gập 2 đầu gạc bọc đốc kim lại cố định bằng dính vào da bệnh nhân.

- Rút tấm nylon, gối kê tay, dây cao su kê ở dưới tay hoặc chân bệnh nhân và đặt nẹp buộc cố định lại

- Điều chỉnh giọt chảy theo chỉ định.

- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm thoải mái để tránh những khó chịu của người bệnh khi truyền.
- Ghi phiếu truyền để cạnh chai dịch để tiện theo dõi: Ghi họ tên, tuổi, số giường, tên thuốc, số giọt chảy, giờ bắt đầu truyền, người truyền.
- Theo dõi sát bệnh nhân cứ 15 phút điều dưỡng viên đến quan sát một lần để phát hiện tai biến trong suốt quá trình truyền.
- Khi gần hết chai dịch, còn khoảng 10-20 ml thì khoá lại, rút kim, dùng bông cotton ấn vào vùng tiêm (nếu truyền tiếp thì thay chai khác).
- Ghi chép tất cả tình trạng bệnh nhân từ lúc truyền đến khi thôi không truyền nữa và lượng dịch, thời gian đã truyền và trả phiếu tiêm truyền vào hồ sơ.
- Thu dọn dụng cụ (dây truyền, vỏ chai) rửa sạch, đưa đi tiệt khuẩn.
- Cách tính:

Ví dụ: Truyền 2000ml trong 8 giờ (480 phút) mà 20 giọt/1ml

1.7. Tai biến và cách xử trí.

1.7.1. Dịch không chảy do:

- Kim bị lệch, lỗ kim áp vào thành mạch. Cần điều chỉnh lại kim và kê lại đốc kim.
- Do mạch kẹp, dùng bàn tay vuốt nhẹ theo đường về của tĩnh mạch để dồn máu.
- Do tắc kim: Tạm thời gập 1-2 khúc của đoạn dây truyền, rồi buông nhanh, dung dịch sẽ dồn mạnh xuống làm cho thông kim. Nếu không được phải thay kim.

1.7.2. Phòng nơi tiêm:

- Do thuốc thoát ra ngoài vì tiêm ra ngoài thành mạch hoặc mũi vát của kim chưa vào sâu trong lòng mạch (mũi vát nửa trong nửa ngoài). Phải tiêm lại hoặc tiêm chỗ khác. Nếu là dung dịch ưu trương thoát ra ngoài thì phải ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ.

1.7.3. Nhiễm khuẩn nơi tiêm do không đảm bảo vô khuẩn.

1.7.4. Sốc:

- Triệu chứng: rét run, sắc mặt tái nhợt, vã mồ hôi, khó thở, mạch nhanh v.v...
- Xử trí: Ngừng truyền ngay, phải ủ ấm cho bệnh nhân, báo cáo bác sĩ (chuẩn bị thuốc xử trí). Tìm nguyên nhân gây sốc, do dung dịch không tinh khiết, do dây truyền bẩn, do tốc độ truyền nhanh...

1.7.5. Phù phổi cấp:

Thường xảy ra ở những bệnh nhân bị cao huyết áp, hoặc suy tim, nguyên nhân do truyền quá nhanh: khối lượng nhiều.

- Triệu chứng: Đau ngực, khó thở dữ dội, sắc mặt tím tái.
- Xử trí: Ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ, chuẩn bị phương tiện xử trí.

1.7.6. Tắc mạch phổi do không khí trong dây truyền lọt vào mạch.

- Triệu chứng: Đau ngực đột ngột, khó thở, có thể gây tử vong nhanh.
- Xử trí: Ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ, đồng thời xử trí, hô hấp nhân tạo, thở oxy...

2. truyền máu.

2.1. Mục đích

Truyền máu là đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch một khối lượng máu, nhằm mục đích:

- Bù đắp lại số lượng máu đã mất, nâng cao huyết áp.
- Cầm máu vì máu truyền vào nó mang sẵn các yếu tố như fibrinogen, protrobin tiểu cầu, calo.
- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc, vì nó cung cấp kháng thể và hemoglobin.

- Cung cấp oxy cho tế bào và kháng thể cho người bệnh, ki máu đưa vào hệ thống tuần hoàn sẽ vận chuyển các chất dinh dưỡng đến mô và đưa những sản phẩm thoát ra ở tế bào, mô, thân, phổi ra ngoài.

2.2. Trường hợp nên truyền và không nên truyền.

2.2.1. Nên truyền:

Chảy máu nội tạng nặng:

- Sốc do chảy máu trong, sốc chấn thương đơn thuần, mất máu nặng do đứt động mạch.

- Thiếu máu nặng.

- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.

- Các bệnh về máu.

2.2.2. Không nên truyền:

- Viêm cơ tim, các bệnh van tim.

- Sơ cứng động mạch não, huyết áp cao.

- Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy...

2.3. Nguyên tắc truyền máu:

2.3.1. Phải truyền cùng nhóm và chắc chắn có chỉ định của bác sĩ.

Nhóm A -----> A

B ----- > B

O ----- > O

AB ----- > AB

2.3.2. Trước khi truyền máu phải chuẩn bị đầy đủ xét nghiệm cần thiết:

Nhóm máu, phản ứng chéo, kết dính...

2.3.3. *Kiểm tra chất lượng* (3 lớp rõ ràng, màu sắc, số lượng, nhóm máu, số hiệu chai máu và đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn).

2.3.4. *Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước truyền*, nếu bất thường báo lại cho bác sĩ.

2.3.5. *Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn* (dây truyền máu phải có bầu lọc, kim phải đúng cỡ).

2.3.6. *Đảm bảo tốc độ chảy* của máu đúng thời gian theo y lệnh.

2.3.7. *Phải làm phản ứng sinh vật*

2.3.8. *Khi chai máu đem về buồng bệnh* không để quá 30 phút trước khi truyền cho bệnh nhân.

2.3.9. *Phải theo dõi chặt chẽ quá trình truyền* đề phòng các tai biến có thể xảy ra.

2.3.10. *Trong trường hợp cấp cứu* không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm nhưng phải thận trọng (không quá 500 ml) theo nguyên tắc tối thiểu như sơ đồ sau:

2.4. Phân loại nhóm máu và sơ đồ truyền máu.

Phân loại nhóm máu, dựa trên phản ứng giữa kháng nguyên và kháng thể tác động lên kháng nguyên cung cấp sẽ xảy ra hiện tượng ngưng kết. Kháng nguyên nằm ở hồng cầu còn gọi là ngưng kết nguyên, Kháng thể ở huyết tương còn gọi là ngưng kết tố xếp thành:

- Ngưng kết nguyên A và ngưng kết tố b

- Ngưng kết nguyên B và ngưng kết tố a

Như vậy trong một người hoặc một nhóm máu không thể có ngưng kết nguyên và ngưng kết tố cùng cặp

Dựa vào công trình nghiên cứu đó ta chia máu của người ra làm 4 nhóm theo hệ thống A, B, O

- Nhóm A có ngưng kết nguyên A và ngưng kết tố b

- Nhóm B có ngưng kết nguyên B và ngưng kết tố a
- Nhóm O không có ngưng kết nguyên, chỉ có 2 ngưng kết tố a và b .
- Nhóm AB có ngưng kết nguyên A và B, không có ngưng kết tố. Ngoài những kháng nguyên kháng thể kể trên còn có yếu tố Rh. Nhiều công trình nghiên cứu gần đây thì Việt Nam Rh (+) chỉ có 85%.

Để đảm bảo an toàn trong truyền máu ta có nhiều biện pháp:

- Tốt nhất, an toàn nhất là truyền máu cùng nhóm
- Nếu không có máu cùng nhóm, ta sẽ truyền khác nhóm theo sơ đồ nhưng không quá 500ml.

Thí dụ: Nhóm máu O truyền cho nhóm AB và không nên sau khi dùng nhóm O truyền cho nhóm AB lại dùng nhóm A hoặc nhóm B truyền cho nhóm AB.

2.5. Chuẩn bị để truyền máu.

2.5.1. Hồ sơ bệnh án:

- Điều dưỡng viên phải chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, đọc kỹ phần y lệnh mà bác sĩ đã ghi:
 - + Nhóm máu để truyền
 - + Số lượng cần truyền
 - + Ngày giờ truyền
 - + Tốc độ truyền
 - + Ngày, giờ, họ tên, chức vụ, người ký y lệnh
- Đọc kết quả xét nghiệm nhóm máu của bệnh nhân
- Lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở huyết áp và ghi vào hồ sơ bệnh án.

2.5.2. Chuẩn bị địa điểm:

Địa điểm phải thoáng, đủ ánh sáng, đảm bảo vô khuẩn.

2.5.3. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích để bệnh nhân yên tâm và nói để họ rõ thời gian truyền bao lâu sẽ xong.

- Lấy các dấu hiệu sinh tồn

- Xem bệnh nhân có dị ứng hay có tiền sử phản ứng với máu không?

- Vệ sinh thân thể nhất là vùng truyền.

- Dạy bệnh nhân đi đại tiểu tiện trước khi truyền.

2.5.4. Chuẩn bị dụng cụ:

- Chai máu hoặc túi máu (1 đơn vị máu) cùng một lúc người bệnh không được nhận quá 1 đơn vị máu (là 500ml).

Đây là một khâu quan trọng nhất, nên người điều dưỡng phải kiểm tra đối chiếu cẩn thận.

+ *Kiểm tra nhãn hiệu chai máu:*

. Có nhãn không (nếu không có không nhận)

. Có nhãn nhưng phải ghi đầy đủ: số chai, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, người lấy, ngày giờ tháng lấy.

+ *Kiểm tra chất lượng:*

. Nút chai có nguyên vẹn, có rạn nứt không.

. Chai máu vừa lấy ở tủ lạnh ra còn phân biệt rõ 3 lớp, màu sắc có tươi hay có hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn.

. Chai máu có vón cục không, có để ra ngoài tủ lạnh quá 30 phút không.

+ *Đối chiếu:*

- . Chai máu lĩnh có phù hợp với phiếu lĩnh máu không.
- . Phản ứng chéo giữa chai máu và máu của bệnh nhân có hiện tượng ngưng kết không.
- Một bộ dây truyền máu: có 2 loại, một loại dây thẳng và một loại dây chữ Y vì có thể phải truyền dung dịch mặn nếu có những phản ứng do truyền máu, dây truyền có một cái lọc ở trong bầu nhỏ giọt, khoá dây truyền phải ở dưới bầu nhỏ giọt.
- Một hộp kim tiêm tĩnh mạch cỡ 18, 15 hoặc catheter (đường kính của kim to để tránh vỡ hồng cầu).
- Chai nước muối sinh lý 0,9% (Một vài cơ sở yêu cầu truyền nước muối 0,9% trước và sau khi truyền máu).
- Một cốc truyền tĩnh mạch - quang treo.
- Bộ tứ (nẹp gối, gối kê tay, tấm nylon nhỏ, dây cao su).
- Khay men vô khuẩn.
- Khay quả đậu.
- Kẹp Kocher
- Huyết áp kế, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, nhịp thở.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Thuốc theo y lệnh nếu có.
- Dung dịch sát khuẩn, bát kền, kéo, băng dính.
- Dụng cụ làm phản ứng chéo, huyết thanh mẫu...
- Bơm tiêm vô khuẩn 5ml - 10ml.
- Gạc miếng đã hấp.

- Phiếu truyền máu.

2.6. Tiến hành kỹ thuật.

- Rửa tay, đeo khẩu trang.

- Đối chiếu phiếu lĩnh máu với chai máu (lần 2).

- Kiểm tra chai dung dịch NaCl 0,9%.

- Sát khuẩn tay bằng cồn (lần 1).

- Gắp dụng cụ (bơm tiêm, gạc...) đã hấp ra khay vô khuẩn.

- Kiểm tra lại chai máu: tên bệnh nhân, số đơn vị máu, nhóm máu và yếu tố Rh, số của người cho và thời gian hết hạn. Đảm bảo máu để ở nhiệt độ phòng không quá 30 phút (nếu các thành phần của máu ấm lên, nguy cơ vi khuẩn phát triển cũng tăng).

- Nhẹ nhàng lắc đều chai máu, bỏ miếng gạc ở nút chai rồi sát khuẩn nút và lắp vào quang treo.

- Làm phản ứng chéo: lấy máu mao mạch ở đầu ngón tay bệnh nhân và dùng bơm tiêm lấy máu ở chai máu làm phản ứng.

- Đặt cọc truyền ở cạnh giường, nơi thích hợp, đặt xe hoặc khay, sao cho tiện việc tiến hành kỹ thuật.

- Cắm kim thông khí trước, kim truyền sau vào nút chai dung dịch muối sinh lý 0,9%, khoá lại đậy nắpambu.

- Treo chai truyền dịch lên cọc truyền và tiến hành đuổi không khí trong bộ dây ra (kỹ thuật giống bài tiêm truyền) (H.108)

- Lắp kim vào bơm tiêm có nước muối sinh lý 0,9%.

- Chọn vị trí truyền rồi đặt tấm nylon và gối kê tay ở dưới (H.109).

- Buộc dây cao su cách vùng đó 3cm.

- Sát khuẩn bằng cồn vùng tiêm 2 lần xoay tròn ốc từ trong ra ngoài
 - Sát khuẩn tay điều dưỡng viên lần 2.
 - Cầm bơm tiêm có gắn kim chích 30° so với mặt da, đưa kim đúng vào tĩnh mạch,
 - Khi kim vào tĩnh mạch dùng tay trái tháo dây cao su buộc, sau đó lấy ngón nhẫn của tay trái đè lên mũi vít của kim, ngón cái và ngón trỏ giữ đốc kim, tay phải tháo bơm tiêm để xuống khay quả đậu rồi cầm kim kẹp ở đầu của bộ dây truyền lắp vào đốc kim, mở kim, mở khoá cho dịch chảy vừa phải.
 - Lót miếng gạc đã hấp ở dưới đốc kim và gập hai đầu gạc cho gọn gàng và cố định bằng dính vào da bệnh nhân.
 - Rút gối nhỏ và tấm nylon ở dưới tay bệnh nhân và đặt nẹp buộc cố định (nếu bệnh nhân giãy giụa nhiều thì buộc nẹp, tay vào thành giường).
 - Rút kim ở chai dung dịch muối sinh lý chuyển sang chai máu đã treo bên cạnh.
 - Làm phản ứng sinh vật: Cho chảy bình thường được 4ml rồi cho chảy chậm lại 8-10 giọt/phút.
- Sau 5 phút, nếu không có triệu chứng gì thì cho chảy tốc độ bình thường 200ml nữa và lại cho chảy chậm 8-10 giọt/phút, sau 5 phút không có triệu chứng gì xảy ra thì mới cho chảy bình thường.
- Nếu trường hợp cấp cứu do mất lượng máu quá nhiều thì sẽ có chỉ định đặc biệt riêng và bác sĩ theo dõi sát.
- Trong khi truyền nếu bệnh nhân mỏi mệt, giúp họ thay đổi tư thế nhẹ nhàng.
 - Ghi vào bảng theo dõi và ghi vào hồ sơ tình trạng bệnh nhân 15 phút đầu khi đưa máu vào tĩnh mạch (theo dõi các dấu hiệu sinh tồn), 30 phút sau lại lấy mạch, huyết áp, nhịp thở duy trì suốt thời gian truyền.

- Theo dõi chặt chẽ triệu chứng của những phản ứng xảy ra: Đau đầu, nôn, sốt, nốt ban, thiếu niệu, rối loạn nhịp thở... và các ống thông có sẵn trên người bệnh (theo dõi xem ống có tắc không).
- Khi đang truyền, nếu hết ca phải bàn giao cho ca trực mới, phải có ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh nhân.
- Khi máu trong chai còn lại 10ml thì thôi không truyền nữa để lại làm chứng.
- Rút kim ra khỏi tĩnh mạch và lấy bông cồn sát khuẩn đặt nhẹ vào vùng tiêm vừa rút kim.
- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại chỗ và tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và các dấu hiệu phản ứng nếu xảy ra.
- Ghi lại tình hình bệnh nhân từ lúc bắt đầu truyền đến khi bệnh nhân không truyền nữa.
- Thu dọn dụng cụ, rửa, hấp.

Cách tính tốc độ truyền máu:

2.7. Tai biến và xử trí.

2.7.1. Sốc tiêu huyết.

Nguyên nhân: Thường do 3 nguyên nhân:

- Kỹ thuật bảo quản máu không đúng quy tắc chuyên môn.
- Hồng cầu người nhận bị tiêu hủy bởi huyết thanh người cho.
- Truyền nhầm nhóm.

Triệu chứng: Nhức đầu, khó thở, rét run, mạch nhanh yếu, huyết áp hạ, đau quặn vùng thắt lưng, đái ít, nước tiểu có huyết sắc tố, rời vô niệu, urê huyết tăng.

Xử trí:

Ngừng truyền máu, đồng thời cho người báo khẩn cấp với thầy thuốc, đồng thời người y tá phải nhanh chóng tiêm cho bệnh nhân 1 ống long não nước 0,2g, cho thở ôxy, nếu bệnh nhân ngừng tim phải làm hô hấp nhân tạo và xoa bóp tim ngoài lồng ngực hoặc tiêm 1 ống adrenalin 0,001g vào dưới da.

Khi thầy thuốc có mặt, người y tá cần chuẩn bị:

- Máu cùng nhóm
- Novocain 0,25 - 1%
- Các loại huyết thanh để nhỏ giọt
- Các loại trợ tim: Long não, noradrenalin, adrenalin, ephedrin...
- Natri citrat.
- Oxy

2.7.2. Sốc phản vệ.

Nguyên nhân: là do dụng cụ, nhất là bộ dây truyền không loại hết chất gây sốt (chí nhiệt tố).

Triệu chứng: thường xuất hiện sau khi truyền khoảng 20-30 với các triệu chứng chính:

- Theo dõi chặt chẽ triệu chứng của những phản ứng xảy ra: đau đầu, nôn, sốt, nốt ban, thiếu niệu, rối loạn nhịp thở... và các ống thông có sẵn trên người bệnh (theo dõi xem ống có tắc không).
- Khi đang truyền, nếu hết ca phải bàn giao cho ca trực mới, và có ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh nhân.
- Khi máu trong chai còn lại 10ml thì thôi không truyền nữa để lại làm chứng.
- Rút kim ra khỏi tĩnh mạch và lấy bông cồn sát khuẩn đặt nhẹ vào vùng tiêm vừa rút kim.

. Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại chỗ và tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và các dấu hiệu phản ứng nếu xảy ra.

- Ghi lại tình hình bệnh nhân từ lúc bắt đầu truyền đến khi bệnh nhân không truyền nữa.

- Thu dọn dụng cụ, rửa, hấp.

Cách tính tốc độ truyền máu:

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Tổng số dịch truyền x giọt. ml | = số giọt/phút |
| Tổng số phút | |

2.7. Tai biến và xử trí.

2.7.1. Sốc tiêu huyết.

Nguyên nhân: Thường do 3 nguyên nhân:

- Kỹ thuật bảo quản máu không đúng quy tắc chuyên môn.
- Hồng cầu người nhận bị tiêu hủy bởi huyết thanh người cho.
- Truyền nhầm nhóm.

Triệu chứng: Nhức đầu, khó thở, rét run, mạch nhanh yếu, huyết áp hạ, đau quặn vùng thắt lưng, đái ít, nước tiểu có huyết sắc tố, rời vô niệu, urê huyết tăng.

Xử trí:

Ngừng truyền máu, đồng thời cho người báo khẩn cấp với thầy thuốc, đồng thời người y tá phải nhanh chóng tiêm cho bệnh nhân 1 ống long não nước 0,20g, cho thở oxy, nếu bệnh nhân ngừng tim phải làm hô hấp nhân tạo và xoa bóp tim ngoài lồng ngực hoặc tiêm 1 ống adrenalin 0,001g vào dưới da.

Khi thầy thuốc có mặt, người y tá cần chuẩn bị:

- Máu cùng nhóm,

- Novocain 0,25 - 1%,
- Các loại huyết thanh để nhỏ giọt,
- Các loại trợ tim: Long não, noradrenalin, adrenalin, ephedrin
- Natri citrat
- Oxy

2. 7.2 Sốc phản vệ.

Nguyên nhân: là do dụng cụ, nhất là bộ dây truyền không loại hết chất gây sốt (chí nhiệt tố).

Triệu chứng: thường xuất hiện sau khi truyền khoảng 20-30 phút với các triệu chứng chính: Nhức đầu, buồn nôn, khó thở, rét run, thân nhiệt tăng, mạch nhanh yếu (nhưng không tổn thương thận).

Xử trí:

- Ngừng truyền và kiểm tra lại,
- Cho trợ tim, trợ lực,
- Cho thở oxy,
- Cho kháng histamin tổng hợp như pipolphen, AH3, thiantan...
- Thay bộ dây mới rồi tiếp tục truyền.

2.7.3. Suy tim cấp và phù phổi cấp.

Nguyên nhân: do truyền tĩnh mạch với tốc độ quá nhanh.

Triệu chứng: Biểu hiện bằng trụy tim hoặc tức ngực khó thở, tím tái, bệnh nhân hoảng sợ...

Xử trí:

- Ngừng truyền ngay,

- Cho trợ lực, trợ tim (nếu trợ tim),

- Cho thở oxy,

2. 7.4. *Truyền nhằm nhóm máu*: bệnh nhân sẽ có các triệu chứng như: nhức đầu, khó thở, rét run... mạch nhanh yếu, huyết áp hạ, đái ít, nước tiểu có sắc tố rồi vô niệu. Đau quặn vùng thắt lưng, ngừng ngay truyền mời bác sĩ xử trí ngay.

2.7.5. *Không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn (nhiễm khuẩn huyết)*

Ngoài 5 tai biến trên, còn có tai biến như tắc mạch hơi hoặc các tai biến muộn như viêm gan, giang mai, sốt rét, nhiễm HIV, những tai biến muộn thường do khi chọn người cho máu không kiểm tra cẩn thận.

16. CHĂM SÓC HÀNG NGÀY VÀ VỆ SINH CHO BỆNH NHÂN

Khi con người bị đau ốm, sức đề kháng của cơ thể đối với ngoại cảnh cũng như đối với các loại vi khuẩn sẽ giảm đi. Nếu vệ sinh thân thể kém, vi khuẩn sẽ thâm nhập vào cơ thể qua da, niêm mạc, gây ảnh hưởng không tốt đến việc điều trị bệnh.

1. Đại Cương

Vì vậy cần phải giữ vệ sinh cho bệnh nhân thật tốt để góp phần vào việc phòng bệnh, tránh các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra đồng thời rút ngắn thời gian điều trị. Người điều dưỡng phải biết và giúp đỡ bệnh nhân làm vệ sinh thân thể được tốt. Công tác vệ sinh cho bệnh nhân gồm có: sẵn sóc răng miệng, gội đầu, tắm rửa, vệ sinh hậu môn - sinh dục, giữ sạch sẽ chân tay.

2. những kỹ thuật chăm sóc, vệ sinh cho bệnh nhân

2.1. Chăm sóc răng miệng.

2.1.1. Mục đích:

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm khuẩn TRONG TRƯỜNG HỢP CÓ TỔN THƯƠNG Ở miệng.
- Giúp bệnh nhân thoải mái, dễ chịu, ăn ngon.

2.1.2. Chăm sóc thông thường:

Áp dụng cho những bệnh nhân tỉnh táo nhưng không đi lại được.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Làm công tác tư tưởng, giải thích cho bệnh nhân rõ.
- Đỡ BỆNH NHÂN ngồi dậy, bỏ chân xuống giường hoặc cho nằm đầu cao, mặt nghiêng về phía điều dưỡng viên.
- Choàng khăn bông qua cổ bệnh nhân.
- Đặt khay quả đậu dưới má bệnh nhân (*Để hứng nước chảy ra*)

b) Chuẩn bị dụng cụ:

- Bàn chải đánh răng (bàn chải mềm).
- Kem đánh răng.
- Khăn mặt.
- Cốc nước xúc miệng.
- Khay quả đậu.

c) Tiến hành:

Trong khi sẵn sóc răng miệng nên giáo dục vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

- Làm ướt bàn chải và bôi kem.
- Đưa nước và bàn chải cho bệnh nhân.

- Hướng dẫn bệnh nhân tự đánh răng: Chải hàm trên. hàm dưới, mặt ngoài rồi đến mặt trong (*Hàm trên từ trên xuống, hàm dưới từ dưới lên*).

- Cho bệnh nhân súc miệng thật sạch.

- Lau miệng và cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.

- Rửa sạch bàn chải, để bàn chải, khay quả đậu lên khay sạch.

2.1.3. Chăm sóc đặc biệt:

Áp dụng đối với bệnh nhân nặng, mê man, sốt CAO, TỔN THƯƠNG Ở MIỆNG: GÃY XƯƠNG HÀM, VẾT THƯƠNG Ở miệng.

Nên quan sát tình trạng răng miệng để chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ. Bệnh nhân có răng giả nên tháo ra và làm vệ sinh hàm răng giả riêng.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Thông tin và giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân.

- Đặt bệnh nhân nằm, mặt nghiêng về một bên.

- Quàng khăn qua cổ, đặt khay quả đậu một bên má bệnh nhân.

Nếu lưỡi đóng trắng, bôi glycerin và nước chanh 15 phút trước khi săn sóc. Môi khô nứt nẻ, xoa glycerin hoặc vaselin 15 phút trước khi làm.

b) Chuẩn bị dụng cụ

- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn để súc miệng.

Có thể dùng: Na tri clorur 9%, oxy già tùy nồng độ; dung dịch bicarbonat 2%; dung dịch borate de soude 2%.

- Cốc nước chanh và dung dịch glycerin (2 phần bằng nhau để bôi môi miệng)

- Gạc, bông cầu, tăm bông.

- Kẹp

- Đè lưỡi.
- ỐNG BƠM HÚT NẾU BỆNH NHÂN KHÔNG HỚP ĐƯỢC NƯỚC.
- Ống hút.
- Khăn mặt.
- Khay quả đậu hứng nước chảy ra.
- Vaselin, glycerin.
- Túi giấy đựng bông bần.

c) Tiến hành:

- Dùng kẹp gấp bông hoặc dùng tăm bông nhúng dung dịch sát khuẩn chà rửa hai hàm răng. Dùng đè lưỡi mở rộng miệng bệnh nhân để rửa cho dễ.
- Rửa nhiều lần để miệng được sạch.
- Bệnh nhân tỉnh táo, sau khi chà rửa răng, đưa nước cho bệnh nhân xúc miệng. Bệnh nhân không xúc nhổ được, dùng ống bơm hút, bơm rửa cho sạch (bơm nước vào mặt trong má). Nếu bệnh nhân mê man không nên xúc miệng, chỉ dùng bông vừa ướt để rửa răng bệnh nhân.
- Lau khô miệng bệnh nhân..
- Dùng tăm bông thấm glycerin và nước cốt chanh bôi trơn lưỡi, phía trong má và môi.
- Đặt bệnh nhân nằm lại thoải mái.

d) Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- Rửa dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch, lau khô, trả về chỗ cũ.
- e. Gửi hấp những dụng cụ cần tiệt khuẩn.

e) Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ sẵn sóc răng miệng.
- Dung dịch đã dùng.
- Tình trạng răng miệng của bệnh nhân.
- Phản ứng của bệnh nhân (nếu có).
- Trường hợp có vết THƯƠNG Ở miệng nên áp dụng vô khuẩn.
- Tên điều dưỡng viên thực hiện.

2.2. Rửa mặt:

2.2.1. Mục đích: Rửa mặt cho bệnh nhân làm sạch mắt, mũi, tai, cổ, gáy cho bệnh nhân giúp họ thấy thoải mái, dễ chịu.

2.2.2. Chuẩn bị:

- Chậu nước sạch, ấm
- Khăn mặt
- Xà phòng
- Dao cạo râu nếu bệnh nhân nam có nhu cầu cạo râu.
- Bông để lấy gỉ mũi cho bệnh nhân có nhiều gỉ cứng.
- Glycerin để tẩm vào bông.

2.2.3. Tiến hành:

- Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân
- Báo cho bệnh nhân việc sắp làm và hỏi nhu cầu của bệnh nhân. Hỏi thăm bệnh nhân, động viên, an ủi để biết được ý muốn của bệnh nhân.
- Vò khăn mặt và cuốn vào 4 ngón tay.
- Lau mắt cho bệnh nhân từ góc trong ra.

- Vò SẠCH LẠI khăn cuốn vào tay.
- Lau mặt: từ trán, 2 má, quanh miệng, cằm, cổ, gáy.
- Vò LẠI KHĂN lau mặt một lần nữa cho sạch (Nếu bệnh nhân cần cạo râu, phải quan sát và hỏi ý kiến bệnh nhân quyết định giúp bệnh nhân cạo râu).
- Lau ẩm vùng có râu, xoa xà phòng, làm mềm da và chân râu.
- Cạo râu cho bệnh nhân.
- + Lắp dao cạo chắc chắn.
- + Tay trái căng da bệnh nhân, tránh làm nhăn da bệnh nhân vì dao cạo có thể làm xước da mặt của bệnh nhân.
- + Tay phải cầm dao cạo nhẹ nhàng, lần lượt cạo hai bên má, cằm, phần dưới mũi, cạo theo chiều mọc của râu. Thường thì cạo râu trước khi rửa mặt.
- + Vò khăn ẩm lau sạch bọt xà phòng cho bệnh nhân.
- Vò sạch khăn và phơi khô.

2.3. Chải đầu và gội đầu.

2.3.1 Mục đích

- Chải và gội đầu nhằm mục đích làm sạch tóc và da đầu bệnh nhân để phòng chống các bệnh về tóc và da đầu đồng thời còn kích thích tuần hoàn ở ĐẦU.
- Giúp bệnh nhân dễ chịu, thoải mái. Gội đầu tại giường được tiến hành khi bệnh nhân nằm lâu tại chỗ không tự gội được. Không được gội đầu cho những bệnh nhân đang trong tình trạng nặng, bệnh nhân sốt cao.

2.3.2. Chải đầu

a) Chuẩn bị: Khăn bông to, lược, cồn 50°.

b) Tiến hành.

* *Bệnh nhân ngồi được:*

- Đỡ bệnh nhân ngồi dậy, điều dưỡng quàng khăn lên vai bệnh nhân.
- Điều dưỡng đứng bên cạnh để chải cho bệnh nhân, cần chải từng nắm tóc nhỏ một và chải từ đầu tóc và chân tóc để tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh.
- Nếu tóc rối nhiều nên xoa cồn 50° cho dễ chải.
- Sau khi chải nếu tóc dài nên tết đuôi sam, vừa gọn, thoáng, vừa tránh đè lên tóc khi nằm.

* *Bệnh nhân không ngồi dậy được:*

- Để bệnh nhân nằm nghiêng lưng quay về phía điều dưỡng.
- Trên gối trái một khăn bông to
- Rẽ tóc ra hai bên thành hai mái.
- Dùng tay trái nắm gọn và chắc mái phía trên tay phải trái từ đầu tóc đến chân tóc.
- Sau đó cho bệnh nhân trở mình để chải mái bên kia.
- Sau khi chải lấy khăn bông ra, sắp xếp gối đệm ngay ngắn, thu lượm tóc rụng quần gọn lại bỏ vào sọt rác và thu gọn dụng cụ.

2.3.3. *Gội đầu:*

a) *Chuẩn bị dụng cụ:*

- Chậu nước ấm.
- Ca múc nước.
- Xà phòng, chanh.
- Khăn bông nhỏ.
- Khăn bông to: 2 chiếc.

Có thể chuẩn bị máy sấy để làm khô tóc.

- Kim băng.
- Máng chữ U CÓ BỌC nylon để dẫn nước chảy xuống thùng đựng nước bẩn.
- Vỏ ÁO GỐI nylon hoặc mảnh nylon.
- Hai viên bông.
- Túi giấy.
- Lược chải tóc: lược thưa, lược mau.
- Thùng đựng nước bẩn.

b) Tiến hành:

- Báo cho bệnh nhân biết việc sắp làm.
- Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân.
- Luồn áo gối nylon vào gối, hoặc phủ nylon lên gối, giường bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai.
- Choàng một khăn bông Ở CỔ, ngực và một khăn che vai và lưng bệnh nhân.
- Nhét bông vào hai lỗ tai bệnh nhân.
- Chải tóc.
- Đặt máng chữ U DƯỚI ĐẦU bệnh nhân, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng đựng nước bẩn.
- ĐỔ NƯỚC ẤM ướt đều tóc, xoa xà phòng.
- Chà sát khắp da đầu và tóc bông những đầu ngón tay, nhưng tránh làm sây sát da đầu bệnh nhân.
- Dội nước lên tóc nhiều lần cho sạch.

- Xoa nước chanh lên tóc rồi dội nước lại cho sạch.
- Lấy khăn nhỏ lau mặt cho bệnh nhân, bỏ bông ở hai lỗ tai ra.
- Kéo khăn quàng ở LƯNG, VAI, lau tóc cho bệnh nhân hoặc dùng máy sấy, sấy tóc cho khô.
- Chải tóc bệnh nhân.
- Tháo máng cho vào thùng.
- Cho bệnh nhân nằm hoặc ngồi thoải mái.
- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường gọn gàng.
- Thu dọn dụng cụ.

c) Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- Rửa sạch tất cả dụng cụ, lau khô và mang về chỗ cũ.
- Dụng cụ là cao su, nylon, phải phơi ở chỗ mát.

d) Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng bệnh nhân, những quan sát về tóc, da đầu của bệnh nhân.
- Tên người thực hiện

e) Những điểm cần lưu ý:

Khi gội đầu cho bệnh nhân cần phải:

- Tránh cho bệnh nhân bị nhiễm lạnh.
- Tránh nước xà phòng vào tai, mắt bệnh nhân.
- Trường hợp đầu bệnh nhân có vết thương nên đắp gạc có chất trơn lên rồi gội, trước khi sờ bệnh nhân.

- Hàng ngày phải chải tóc cho bệnh nhân (nếu bệnh nhân tóc dài, phải tết tóc cho bệnh nhân).

2.4. Tắm cho bệnh nhân tại giường.

2.4.1. Mục đích:

Tắm cho bệnh nhân tại giường nhằm mục đích:

- Giữ da sạch sẽ, ngăn ngừa và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.
- Đem lại sự thoải mái cho bệnh nhân.

Tắm tại giường được áp dụng trong trường hợp bệnh nhân không tự làm được như: bệnh nhân bị gãy xương, bệnh nhân liệt, mê man, nặng, bệnh nhân sau phẫu thuật.

2.4.2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Báo và giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm.
- Giúp đỡ, hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết, cho bệnh nhân đi đại tiểu tiện.

2.4.3 Chuẩn bị dụng cụ:

- Bấm móng tay.
- Chậu nước ấm.
- Hai khăn bông to.
- Khăn bông nhỏ.
- Bột talc - cồn.
- Quần áo sạch.
- Xà phòng.
- Khăn đắp.

- Bình phong.
- Vải trải giường, áo gối sạch.
- Thùng đựng đồ bẩn.
- Bô DỆT.

2.4.4. Tiến hành:

- Đem dụng cụ đến giường bệnh nhân.
- Dùng bình phong che kín giường bệnh nhân.
- Đóng cửa sổ, tắt quạt (nếu có).
- Phủ khăn đắp lên người bệnh nhân.
- Cởi quần áo bệnh nhân cho vào thùng đựng đồ bẩn.
- Kéo khăn đắp, để lộ tay.
- Trải khăn bông to dưới cẳng tay đến nách, dùng khăn lau từ cổ tay đến nách bằng nước, xà phòng, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô. Tắm hai tay như nhau: Động tác tắm phải dứt khoát, hạn chế nước nhỏ xuống giường.
- Lót khăn bông, đặt chậu nước lên trên gần sát bệnh nhân, cho hai bàn tay bệnh nhân vào chậu nước rửa sạch lau khô. Có thể thay nước mỗi khi nước bẩn.
- Kéo khăn đắp để lộ ngực, bụng. Tắm ngực và bụng. Lau khô, phủ khăn đắp lên che kín.
- Đặt khăn bông từ cẳng chân đến bẹn. Tắm cẳng chân, đùi. Lau khô.
- Lau rửa vùng hậu môn - sinh dục (xem thêm bài rửa âm hộ - âm đạo).
- Mang chậu và xà phòng xuống cuối giường, cho bệnh nhân nhúng chân vào chậu nước, dùng xà phòng rửa sạch, lau khô.
- Thay nước sạch.

- Cho bệnh nhân nằm nghiêng hoặc sấp, lót khăn dài theo lưng. Tắm lưng từ thắt lưng trở lên. Tắm mông từ thắt lưng trở xuống. Sau đó lau khô.

- Dùng cồn, bột talc xoa bóp vùng lưng và mông trước, sau đó đến các vùng khác.

Cách xoa bóp: xoa nhẹ, ấn sâu xuống các bắp cơ, chú ý các ụ xương.

- Cho bệnh nhân nằm ngửa lại, mặc quần áo.

- Thay khăn trải giường (nếu cần)

- Sắp xếp lại ghế, giường, tủ đầu giường ngay ngắn, sạch sẽ.

2.4.5. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- ĐỒ VẢI GỬI ĐI giặt.

- Rửa dụng cụ bằng xà phòng và nước. Lau khô. Trả về chỗ cũ.

2.4.6. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ tắm.

- Tình trạng bệnh nhân.

- Tên người thực hiện.

17. CHO BỆNH NHÂN THỞ OXY

Một trong những nhu cầu cơ bản nhất của mỗi cá nhân là được cung cấp đủ oxy mọi tế bào trong cơ thể cần được cung cấp oxy để chuyển hóa, dinh dưỡng và tạo ra năng lượng cần thiết cho sự hoạt động của cơ thể

. Nếu không có oxy thì tốc độ chuyển hóa tế bào giảm xuống và một số tế bào bắt đầu chết sau khoảng 30 giây nếu không được cung cấp oxy.

TRUNG TÂM HÔ HẤP Ở hành não điều hòa tần số hô hấp. Trung tâm này rất nhạy cảm với nồng độ khí carbonic (CO_2) và oxy (O_2) ở TRONG MÁU, ĐẶC BIỆT LÀ NỒNG ĐỘ CO_2 . Khi nồng độ CO_2 trong máu tăng lên thì hô hấp tăng lên về tần số và biên độ để tăng đào thải khí thừa.

Tần số hô hấp bình thường ở trẻ sơ sinh là khoảng 40 LẦN/PHÚT.

ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi là KHOẢNG 30-35 LẦN/PHÚT.

ở trẻ lớn tần số hô hấp KHOẢNG 25-30 LẦN/PHÚT.

ở người lớn tần số hô hấp khoảng 14-22 lần/phút.

Bệnh nhân bị nhiễm khuẩn hoặc mắc bệnh đường hô hấp thương có biểu hiện khó thở dẫn đến tình trạng thiếu oxy. Mỗi điều dưỡng viên phải rất cảnh giác. Thận trọng khi có những vấn đề về hô hấp xảy ra và khi xử trí những vấn đề đó.

1.1 Bệnh nhân có nguy cơ thiếu oxy.

1.1.1. Tắc nghẽn đường hô hấp vì bất cứ nguyên nhân gì: đờm, dãi, dịch, dị vật, co thắt, sưng nề.

1.1.2. Hạn chế hoạt động của lồng ngực ví dụ: hậu phẫu ở bụng, chấn thương lồng ngực, bệnh lý của cột sống, tình trạng viêm nhiễm như viêm phúc mạc.

1.1.3. Suy giảm chức năng của hệ thống thần kinh có tham gia quá trình hô hấp, ví dụ: viêm não, chấn thương sọ não, hôn mê, bệnh nhân được gây mê toàn thân, tai biến mạch máu não và các bệnh gây liệt như: bại liệt, đa xơ cứng.

1.1.4. Cản trở sự khuếch tán của khí trong phổi: tình trạng này thường do khối u trong phổi và các bệnh: Khí phế thũng, tắc mạch phổi và chấn thương.

1.1.5. Thiếu oxy trong không khí do điều kiện, hoàn cảnh môi trường. Ví dụ: Môi trường quá nóng, quá nhiều khói, sương hoặc không khí quá loãng ở nơi có áp suất khí quyển cao.

1.2. Dấu hiệu và triệu chứng của thiếu oxy.

- Bệnh nhân kêu khó thở. Bệnh nhân thường kêu: "tôi không thở được" hoặc "tôi cảm thấy là bị nghẹt thở".
- Bệnh nhân thường phải ngồi dậy để thở
- Bệnh nhân biểu hiện lo âu, hoảng hốt, bồn chồn
- Vật vã kích thích
- Giảm thị lực
- Trí nhớ giảm, có thể lẫn lộn
- Giảm trương lực và sự phối hợp của cơ
- Trong giai đoạn đầu: huyết áp, mạch và tần số hô hấp tăng vì tim đập tăng lên để đáp ứng nhu cầu oxy của cơ thể.
- Trong giai đoạn muộn: bệnh nhân có biểu hiện tím tái, thở dốc, rút làm co kéo các cơ hô hấp. Huyết áp và mạch giảm. Mất khả năng vận động đi lại.

Xét nghiệm phân tích khí máu động mạch thấy PaCO₂ tăng PaO₂ giảm

1.3. Lưu ý khi sử dụng oxy liệu pháp.

Khi bệnh nhân có dấu hiệu và triệu chứng của thiếu oxy thì thường được chỉ định sử dụng dưới các hình thức khác nhau như: qua ống thông mũi hầu, qua mặt nạ hoặc lều oxy, phương pháp lều oxy hiện nay ít khi được sử dụng.

Oxy là một khí không màu, không mùi, không vị. Trong không khí oxy chiếm tỷ lệ xấp xỉ 21%. Oxy rất cần cho sự sống nhưng việc sử dụng oxy cũng có những mặt trái của nó vì:

- Oxy là một chất khí dễ cháy, nổ: phải đề phòng cháy, nổ.
- Khi sử dụng oxy thì khả năng nhiễm khuẩn cao vì vi khuẩn phát triển nhanh trong môi trường khí oxy và dễ dàng xâm nhập vào bộ máy hô hấp đã bị thương sẵn, cần đề phòng nhiễm khuẩn.

- Oxy là một khí khô nên nếu không được làm ẩm thì thở oxy sẽ làm khô các tế bào bộ máy hô hấp do vậy giảm sức đề kháng với sự nhiễm khuẩn.
- Khi nồng độ oxy trong máu cao thì lại gián tiếp ức chế trung tâm hô hấp thậm chí dẫn đến ngừng thở.
- Cần điều chỉnh lưu lượng chính xác

2. NGUY? TÁC SỬ DỤNG OXY

2.1. Sử dụng đúng lưu lượng.

- Sử dụng lưu lượng oxy theo chỉ định và phương pháp thích hợp (vì lượng oxy vừa đủ thì có tác dụng cứu sống người bệnh) nhưng lượng oxy quá nhiều thì có thể đe dọa tính mạng của bệnh nhân.

2.2. Phòng tránh nhiễm khuẩn.

- Dụng cụ vô khuẩn
- Thay ống thông và đổi bên lỗ mũi 8 giờ/1 lần
- Vệ sinh miệng cho bệnh nhân 3-4 giờ/1 lần
- Luôn giữ ống thông khô (tránh tắc ống)

2.3. Phòng tránh khô đường hô hấp.

- Làm ẩm oxy bằng dung dịch sạch
- Động viên bệnh nhân thường xuyên uống nước (uống ít một mỗi lần hoặc nhấp giọt nhiều lần).

2.4. Phòng chống cháy nổ.

- + Dùng biển "cấm lửa" hoặc "không hút THUỐC" TREO Ở KHU VỰC đang cho bệnh nhân thở oxy.
- + Căn dặn bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, khách thăm không được sử dụng vật phát lửa như: bật lửa, diêm, nến, đèn dầu....

+ Các thiết bị dùng điện phải có dây tiếp đất để TRÁNH SỰ PHÁT TIA LỬA ĐIỆN.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

3.1. Thở bằng ống thông mũi hầu.

3.1.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm. Động viên bệnh nhân hít vào qua đường mũi để tránh làm loãng nồng độ oxy.

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế thích hợp, thoải mái (thông thường bệnh nhân được đặt ở tư thế nửa nằm nửa ngồi) nhưng phải đảm bảo đường hô hấp được thông thoáng.

3.1.2. DỤNG CỤ.

Ống thông mũi hầu dùng 1 lần hoặc ống thông Nelaton vô khuẩn cỡ số thích hợp: Trẻ em dùng cỡ số 8 hoặc 10.

Người lớn nam giới dùng cỡ số 12 hoặc 14.

Người lớn phụ nữ dùng cỡ số 10 hoặc 12.

- Bình oxy, áp lực kế, lưu lượng kế, dây dẫn, ống nối tiếp...

- Bình làm ấm đựng nước cất hoặc nước chín (đổ nước 1/2 bình)

- Dầu nhờn vô khuẩn hoặc cốc đựng nước chín

- Gạc (2-3 miếng)

- Băng dính, kéo

- Kim băng

- Đèn pin hoặc đèn soi và cái đèn lười.

3.1.3 Kỹ thuật

Các bước

- Rửa tay
- Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ.
- Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh. Nhận định bệnh nhân.
- Đánh giá về tình trạng chung của bệnh nhân, lưu ý tình trạng về hô hấp tuần hoàn.

Để biết về tình trạng bệnh nhân trước khi áp dụng thủ thuật.

- Hướng dẫn và giải thích cho bệnh nhân, chú ý giải thích về tầm quan trọng của thủ thuật sắp làm. Thông báo cho bệnh nhân và người nhà về những quy tắc an toàn trong khi bệnh nhân đang thở oxy.
- Hút đờm dãi cho bệnh nhân, nếu cần thiết rồi đặt bệnh NHÂN Ở TƯ THẾ NỬA NẪM NỬA ngồi hoặc nằm ngửa kê gối mỏng dưới vai phù hợp với bệnh để làm thông đường hô hấp và giúp bệnh nhân thở dễ dàng hơn. Tư thế Fowler hoặc bán Fowler cho phép sự giãn nở tốt hơn của lồng ngực.
- Lắp ráp hệ thống thở oxy và kiểm tra lại sự hoạt động của toàn bộ hệ thống.

Mở van điều chỉnh lưu lượng oxy tới 3 lít/phút. Nhúng một đầu ống thông vào cốc nước nếu thấy có bóng nổi lên chứng tỏ sự thông suốt của toàn bộ hệ thống. Sau khi thử xong, đóng van lại (H.130)

- Đo và đánh dấu ống thông

Cách đo: Đo từ đỉnh mũi tới dái tai. Sau khi đo xong thì dùng mảnh băng dính để đánh dấu điểm vừa đo. Để đảm bảo đầu ống thông được đưa vào đúng vị trí, không bị sâu quá hoặc nông quá (H.131).

- Bôi trơn đầu ống thông:

+ Bơm kem bôi trơn tan trong nước ra miếng gạc vuông rồi xoay xoay đầu ống qua đó (không được dùng các loại dầu bôi trơn thông thường như glycerin hoặc paraffine...)

+ Nếu không có kem hòa tan trong nước thì chỉ cần nhúng đầu ống vào cốc nước sau đó vẩy nhẹ cho hết nước đọng.

- Vận van điều chỉnh lưu lượng lên 3 lít/phút trước khi đưa ống thông vào.

- Nhẹ nhàng đưa ống thông vào một bên lỗ mũi cho tới khi điểm đánh dấu chạm vào bờ lỗ mũi. Có thể dùng đèn lưòi và đèn soi để kiểm tra vị trí của đầu ống thông. Nếu thấy đầu ống thông ở vị trí cạnh với lưòi gà thì phải rút ống thông lại một chút cho đến khi không nhìn thấy thì thôi (H.132).

Bôi trơn đầu thông để đưa ống vào được dễ dàng, tránh GÂY TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC NHẦY Ở mũi. Không dùng các loại dầu bôi trơn thông thường (dầu khoáng) để đề phòng trường hợp bệnh nhân hít phải có thể gây kích thích nặng ở phổi hoặc viêm phổi dạng mỡ (Lipoid pneumonia).

Luồng oxy đi qua ống thông sẽ tránh được sự tắc ống thông do dịch xuất tiết trong khi đưa ống thông vào.

Phải kiểm tra vị trí đầu ống vì nếu đầu ống ở quá sâu thì bệnh nhân sẽ nuốt vào nhiều oxy gây chướng bụng và khó chịu...

- Dán băng dính cố định ống thông có thể dán vào một bên mũi và má hoặc dán vào đỉnh mũi và trán. Gài kim băng để cố định ống vào vỏ gối hoặc áo của bệnh nhân.

- Dán băng dính và cài kim băng để khi bệnh nhân cử động cũng không làm thay đổi vị trí của ống thông.

- Điều chỉnh lưu lượng theo chỉ định

- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân về màu da, tình trạng, tính chất hô hấp và các dấu hiệu sinh tồn khác như mạch và huyết áp.

- Treo bảng "cấm lửa" vào vị trí dễ nhìn thấy nhất và kiểm tra lại các quy tắc an toàn xem đã được thực hiện chưa.

- Thu dọn dụng cụ: đưa các dụng cụ sạch về vị trí cũ. Xử lý các dụng cụ bẩn theo quy định.

- Ghi chép vào hồ sơ chăm sóc.

Nội dung ghi chép:

- + Tình trạng bệnh nhân trước khi thở oxy
- + Thời gian bắt đầu thực hiện thủ thuật, lưu lượng oxy/phút
- + Tình trạng bệnh nhân sau khi làm thủ thuật và trong quy trình thở oxy
- + Người thực hiện: ký tên

3.2. Thở oxy qua mặt nạ

Mặt nạ là một dụng cụ phủ kín miệng và mũi bệnh nhân và được dùng để cho bệnh nhân thở oxy trong những trường hợp khẩn cấp hoặc khi bệnh nhân có tổn thương mũi, hầu. Thở bằng mặt nạ có thể cung cấp một nồng độ oxy cao (tham khảo bảng dưới đây). Một số ít được thiết kế để có thể cung cấp oxy đạt tới nồng độ 90%. Tuy nhiên người ta ít khi chỉ định cho thở oxy với nồng độ cao hơn 60% để đề phòng mối nguy hiểm do ngộ độc oxy.

Thở oxy qua mặt nạ không nên áp dụng trong các trường hợp sau:

- Bệnh hô hấp, tuần hoàn gây khó thở tím tái kinh niên.
- Hen phế quản
- Lao xơ lan rộng

Nồng độ oxy tính theo lưu lượng lít/phút

| Qua ống thông mũi hầu | Qua mặt nạ |
|-----------------------|---------------|
| 1 lít – 24% | 5-6 lít – 40% |
| 2 lít – 28% | 6-7 lít – 50% |
| 3 lít – 32% | 7-8 lít – 60% |

4 lít – 36%

5 lít – 40%

3.1.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Như chuẩn bị bệnh nhân sơ phần thở oxy qua ống thông mũi hầu.

3.2.2. Dụng cụ:

- Bình oxy, áp lực kế, lưu lượng kế
- Bình làm ấm, đựng nước cất hoặc nước chín
- Mặt nạ theo chỉ định cỡ số thích hợp (dùng loại mặt nạ có bình thở lại hoặc không có bình thở lại là tùy thuộc vào từng bệnh nhân cần nồng độ oxy cao hay thấp).
- Dây dẫn, ống nối tiếp.

3.2.3. Kỹ thuật các bước:

- Thực hiện các bước từ 1-6 như trong kỹ thuật cho thở oxy qua đường thông mũi hầu.
- Động viên bệnh nhân tự cầm và điều khiển mặt nạ theo chỉ dẫn (nếu bệnh nhân tự làm được).
- Đưa mặt nạ về phía mặt bệnh nhân và áp mặt nạ từ phía mũi xuống miệng.
- Vận van điều chỉnh lưu lượng oxy theo chỉ định.
- Điều chỉnh mặt nạ cho khít với mặt bệnh nhân.
- Mặt nạ phải áp sát với mặt bệnh nhân để sao cho càng ít oxy thoát ra qua khe hở giữa mặt nạ với da mặt càng tốt.
- Cố định băng co giãn quanh đầu bệnh nhân. Buộc băng vừa phải không chạt quá làm mặt nạ bị xô dịch khỏi vị trí đúng.

- Thực hiện tiếp các bước 14-17 như trong kỹ thuật thở oxy qua đường mũi hầu, cần lưu ý một số điểm sau:

- Phải quan sát da mặt của bệnh nhân ở VÙNG ĐẶT MẶT NẠ ĐỂ XEM CÓ BỊ KÍCH thích do dị ứng với chất cao su hoặc nhựa cao su hoặc nhựa của mặt nạ không?

- Sau khoảng 1 giờ 30 phút - 2 giờ phải tháo mặt nạ ra lau khô lại mặt nạ và lau mặt cho bệnh nhân. Hoặc khi thấy mặt nạ đọng nhiều mồ hôi muối thì phải tháo ra lau khô ngay. Để làm cho bệnh nhân thoải mái dễ chịu.

18. CÁCH LẤY BỆNH PHẨM LÀM XÉT NGHIỆM

1. đại cương

2. kỹ thuật

2.1. Cách lấy máu để làm xét nghiệm:

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

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

2.1.1 Lấy máu tĩnh mạch:

a) Chuẩn bị dụng cụ:

- Vô khuẩn

+ Bơm tiêm (Tùy số lượng máu làm xét nghiệm)

+ Kim tiêm

- Những dụng cụ khác

+ Băng tẩm cồn.

+ Lọ hoặc ống nghiệm dán nhãn tên, tuổi của bệnh nhân, số giường, khoa phòng.
Có chất chống đông hay không tùy loại xét nghiệm.

+ Dây ga rô.

+ Khay quả đậu có nước.

+ Túi giấy.

+ Gói nhỏ bọc nylon.

b) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Báo và giải thích cho bệnh nhân biết rõ về mục đích, việc làm (nếu bệnh nhân tỉnh), bệnh nhi và bệnh nhân hôn mê phải giải thích cho người nhà bệnh nhân.

- Tay bệnh nhân phải sạch, nếu bẩn thì trước khi lấy máu phải rửa tay bệnh nhân bằng xà phòng.

c) Tiến hành:

- Cho bệnh nhân nằm thoải mái trên giường, nếu là trẻ nhỏ phải có người giữ để trẻ khỏi giãy giụa.

- Chọn tĩnh mạch thích hợp thường lấy máu ở nếp gấp khuỷu tay (hệ thống M tĩnh mạch), đặt gối ở dưới chỗ định lấy máu, trẻ nhỏ thường lấy ở tĩnh mạch thóp, tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch thái dương, tĩnh mạch thấy rõ mà không di chuyển.

- Lắp kim vào bơm tiêm và kiểm tra xem kim có thông không.

- Buộc dây ga rô cách chỗ tiêm 5cm về phía trên.

- Sát khuẩn da thật kỹ và để khô.

- Đưa kim vào tĩnh mạch, mở dây ga rô (nếu thử máu về sinh hóa).

- Kéo lui nòng nhẹ nhàng và rút đủ số máu cần thiết tránh tạo bọt khí.

- Tháo dây ga rô, rút kim ra, ấn nhẹ bông nơi tiêm, bảo bệnh nhân gấp tay lại.

- Tháo kim ra, bơm máu nhẹ nhàng vào ống nghiệm, đậy nút lại.

- + Đặt bơm tiêm chếch với thành ống nghiệm một góc 45° .
- + Bơm từ từ máu theo thành ống để tránh làm vỡ hồng cầu.
- Gửi bệnh phẩm và giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ

- Rửa bơm tiêm, kim tiêm với nước xà phòng thật sạch.
- Lau khô và gửi đi tiệt khuẩn.

e) Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ lấy máu.
- SỐ LƯỢNG máu.
- Loại xét nghiệm.
- Tên người thực hiện.

g) Những điểm cần lưu ý:

- Chuẩn bị bệnh nhân cẩn thận trước khi lấy máu.
- Bơm, kim tiêm phải thật khô và vô khuẩn.
- Trường hợp cấy máu nên lấy trước khi dùng kháng sinh.

1.2.2 Lấy MÁU MAO MẠCH:

áp dụng trong:

- Tìm ký sinh trùng sốt rét, lấy máu khi bệnh nhân lên cơn sốt.
- Tìm ấu trùng giun chỉ: lấy máu lúc 12 giờ trưa hoặc 24 giờ đêm.

a) Chuẩn bị dụng cụ:

- 5 phiến kính thật sạch và khô, lựa 1 phiến kính có cạnh nhẵn để làm kính kéo.
- Kim vô khuẩn hoặc lan xét (lancett).

- Bông tẩm cồn.
- Bông khô.
- Bút chì, túi giấy.

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

c) Tiến hành:

- Lau sạch đầu ngón tay, thường là ngón áp út hay ngón cái, bằng bông tẩm cồn (Ngón tay này ít sử dụng đến).
- Điều đường viên dùng ngón cái và ngón trỏ bóp chặt đầu ngón tay nhân (tránh máu bị lan rộng).
- Dùng kim đâm một bên đầu ngón tay với động tác nhanh. Vết chích vừa phải để máu trào lên thành giọt nhỏ khi bóp nhẹ.
- Lau bỏ giọt máu đầu.
- Lấy giọt máu thứ hai lên giữa kính, đặt cạnh kính chéo cho tiếp xúc với giọt máu một góc 30°. Đợi máu phán tán qua kính 1 và 2.
- Đẩy kính kéo lên phía trước với động tác đều và nhanh để có làn máu mỏng, đều đặn, không dừng lại khi làn máu còn ngắn vì các tế bào chồng lên nhau.
- Lau khô ngón tay lần nữa, bóp nhẹ để có giọt máu lớn và tròn, để làm giọt máu đặc.
- Cầm hai cạnh của kính phía đuôi làn máu, chấm đầu kia phiến kính vào đỉnh giọt máu. **ÚP MẶT KÍNH** có máu xuống phía dưới không cho kính chạm vào đầu ngón tay.
- Dùng góc cạnh của kính trộn giọt máu theo chuyển động tròn đường kính làm để tránh tan sợi fibrin, tránh che khuất ký sinh trùng.
- Ngừng động tác ngoáy ở trung tâm lớp máu tạo giọt máu có viền mỏng.
- Ghi tên bệnh nhân, số giường lên kính.

- Để khô gói lại, gửi phòng xét nghiệm.

d) Ghi hồ sơ.

- Ngày giờ lấy máu.

- Tên người lấy.

e) Những điểm cần lưu ý.

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

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

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

2.2 Cách lấy đờm, phàn, mủ để xét nghiệm:

2.2.1 Chuẩn bị dụng cụ:

- khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

+ Bơm tiêm, kim tiêm.

+ Tấm bông.

+ Kẹp.

- Dụng cụ khác:

+ Lọ nhỏ hấp hoặc luộc sạch.

+ Phiến kính hoặc ống nghiệm vô khuẩn.

+ Đèn cồn.

+ Khay quả đậu.

Phải vô khuẩn khi thử về vi khuẩn.

2.2.2 Tiến hành:

a) *Đờm*: Lấy đờm để tìm vi khuẩn.

- **ÁP DỤNG**: trong những bệnh về hô hấp.

- **Kỹ thuật**:

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

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

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

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

b) *Phân*:

- Lấy phân nhằm mục đích:

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

+ Tìm vi khuẩn và ký sinh trùng đường ruột.

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

- **Kỹ thuật**:

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

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

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

- **Chú ý**:

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

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

- *Những điểm cần lưu ý:*

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

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

+ Không lấy phân lẫn với nước tiểu.

c) *Mủ*

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

- **ÁP DỤNG** trong các vết thương có mủ như áp xe vỡ hoặc chưa vỡ, lỗ rò....

- Kỹ thuật:

Vết thương hở:

- Phương pháp phết lên kính:

+ Mở vết thương.

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

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

+ Rửa và băng vết thương lại.

Phương pháp bỏ vào ống nghiệm:

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

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

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

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

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

e) Ghi hồ sơ

- Ngày giờ lấy bệnh phẩm.
- Chất thử.
- Loại thuốc đã sử dụng (nếu có).
- Tên điều dưỡng viên thực hiện.

2.3 Cách lấy nước tiểu xét nghiệm:

2.3.1 Chuẩn bị dụng cụ:

- 1 khay thông tiểu như trong bài thông tiểu.
- **ỐNG NGHIỆM** vô khuẩn nếu thử nghiệm về vi khuẩn.
- Bình chứa nước tiểu có vạch đo thể tích.
- Đèn cồn.
- Vải cao su (tấm nylon).
- Bình phong.

2.3.2 Tiến hành:

Có nhiều cách:

a) Kiểm tra nước tiểu về số lượng, màu sắc trong 4 giờ:

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

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

- Bình nước tiểu đậy kín để chỗ mát.

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

+ Cho thymol trong rượu 1% 1ml/100ml nước tiểu.

+ 1 giọt phenol trong 30ml nước tiểu.

b) Kiểm tra tế bào và ký sinh trùng.

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

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

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

c) Tìm vi khuẩn:

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

Nam:

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

+ Bỏ nước tiểu đầu, lấy phần giữa.

+ Cho nước tiểu vào ống nghiệm vô khuẩn.

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

- Trẻ em gái sơ sinh:

+ Rửa kỹ bộ phận sinh dục.

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

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

- Trẻ em trai:

+ Rửa bộ phận sinh dục ngoài.

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

d) Lấy nước tiểu theo giờ.

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

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

Lấy tất cả nước tiểu bệnh nhân đi tiểu hoặc:

- Từ trước bữa ăn sáng đến bữa ăn trưa.

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

- Từ trước bữa ăn tối đến 24h.

- Từ 24h đến trước bữa ăn sáng.

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

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

- Bệnh nhân bị nhiễm acid.

- Bệnh nhân hôn mê (Tìm đường và aceton)

Lưu ý:

- Lấy nước tiểu trước khi ăn.
- Lấy nước tiểu khi tiêm Insulin.

2.3.3 Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- Rửa sạch tất cả dụng cụ với xà phòng và nước.
- Lau khô và gửi đi tiệt khuẩn.

2.3.4 Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ lấy bệnh phẩm.
- Loại xét nghiệm.
- Tên điều dưỡng viên thực hiện

19. KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN

Phần 1: Các đường đưa thuốc vào cơ thể

I. Đường tiêu hoá:

1. Uống:

- ưu điểm:
 - + Đơn giản, đường tự nhiên, không cần tiệt trùng.
 - + Dùng nhiều dạng thuốc.
- Nhược điểm:
 - + Chậm tác dụng (15 phút sau trở lên) ® không dùng cấp cứu.
 - + Bị dịch dạ dày phá huỷ ® phòng bằng viên nang.

+ Phụ thuộc tình trạng tiêu hoá: ỉa chảy[®] ít hấp thu.

- Trong bồng:

+ Giai đoạn sốc: không nên cho uống.

+ Khi có xuất huyết tiêu hoá: Không cho uống.

+ Nhìn chung uống trước bữa ăn.

+ Các thuốc uống sau ăn: Thuốc có biến chứng viêm loét đường tiêu hoá:

Các nhóm thuốc viêm giảm đau: Aspirin.

2. Ngậm: ít dùng ở bồng.

3. Đường hậu môn trực tràng:

- Không tự nhiên, dùng khi không uống được.

- Có thể viên đạn hậu môn: Thuốc hạ sốt: Algotropyl.

Thuốc nhuận tràng: Microlax.

- Có thể thụt giữ.

II. Tiêm dưới da và bắp thịt

1. Tiêm dưới da:

- Thuốc hoà tan trong nước; trong vết.

- Thuốc không kích thích, không đau, không gây hoại tử. - Có thể tiêm nhỏ giọt một lượng thuốc lớn vào dưới da.

- Một số thuốc trong bồng: Atropin, Mocphin, Unsulin, Heparin.

2. Tiêm bắp: IM

- Dùng: Với những thuốc không hoà tan, nhũ tương, màu lờ lờ như sữa.

+ Những thuốc gây đau.

+ Thuốc có tác dụng chậm: Novocin.

- Vị trí:

+ Đùi (mặt trước, trong...) tránh mạch máu.

+ Mông (xem lại vị trí tiêm mông ở phần cơ sở).

+ Cánh tay: Chú ý tiêm quá cao phần cơ delta có thể gây tổn thương thần kinh mũ không nhắc tay được.

- Những thuốc không dùng tiêm dưới da, bắp thịt: Thuốc gây hoại tử.

+ Ouabain + Noradre, Dopamin có thể gây hoại tử.

+ Canxiclorua.

+ Các dung dịch ưu trương không nên đưa đường này.

+ Quinin: không tiêm dưới da.

3. Tiêm tĩnh mạch:

Gồm có tiêm tĩnh mạch và truyền tĩnh mạch nhãn thuốc: IV.

- Dùng trong cấp cứu, nhiễm độc, truyền máu và dịch thể, thuốc kích thích gây hoại tử.

- Thuốc không tiêm tĩnh mạch:

+ Thuốc dầu không hoà tan[®] tắc huyết.

+ Thuốc gây viêm thành mạch.

+ Thuốc gây tủa Protein...

- Dung môi tiêm tĩnh mạch: Chủ yếu là nước. Nếu tiêm một khối lượng lớn >250ml: phải là đẳng trương.

- Tư thế: Nằm.

4. Đường khác:

- Thăng tim: Adrenalin trong hồi sinh chết lâm sàng.
- Tiêm động mạch: Khi yêu cầu tập trung thuốc vào vùng nào đó hoặc hồi sức tổng hợp.
- Đường hô hấp: Khí dung, gồm:
 - + Dẫn phế quản: Diaphilin...
 - + Kháng sinh.
 - + Thuốc long đờm: achymotrypsin.
 - + Tiêm tuỷ sống, mắt.... ít dùng ở bồng.

III. Các yếu tố ảnh hưởng tác dụng thuốc - lưu ý khi dùng thuốc ở bệnh nhân bồng

1. Tính không chịu thuốc

- Do thuốc tác dụng quá mạnh, tác dụng phụ mạnh.
- Cần lưu ý khi bệnh nhân có cơ địa dị ứng.- Các thuốc hay gây dị ứng:+ Thuốc ngủ, an thần.+ Giảm đau hạ sốt: Aspisin.
- + Kháng sinh ® cần thử phản ứng.

2. Quen thuốc: Hay gặp thuốc giảm đau, thuốc ngủ, an thần.

3. Kháng thuốc: ở thuốc kháng sinh ® cần điều trị theo nguyên tắc.

4. nghiện thuốc: Thuốc gây nghiện.

5. Bệnh nhân bồng:

- Thường Protit giảm và thuốc có tác dụng mạnh do ở thể tự do nhiều trong huyết tương.- Dễ gây quen, nghiện thuốc- Dùng nhiều kháng sinh ® tránh dị ứng tránh nhờn thuốc.

Hiện nay dùng kháng sinh:+ Tốt nhất dựa kháng sinh đồ.

+ Phối hợp thuốc.

+ Đưa thuốc có nồng độ cao trong máu hơn thường xuyên duy trì trong máu nhưng ở nồng độ thấp. (Không pha kháng sinh vào dịch truyền).

20. ĐO LƯỢNG DỊCH VÀO RA

Trong cơ thể con người tỷ lệ cân đối của dịch khác nhau phụ thuộc vào tuổi, người béo, gầy, chiều cao... - Tất cả các dịch quan trọng trong cơ thể (dung dịch muối...) được chuyển hóa thành các thành phần điện giải ion (-) và (+) phối hợp cho đến khi cơ thể có sự cân bằng và dịch đó chuyển động liên tục trong cơ thể giúp cho việc vận chuyển chất dinh dưỡng tới nuôi tế bào và đưa chất thải bỏ ra ngoài tế bào.

1. Đại cương

- Bình thường lượng nước đưa vào trong cơ thể bằng lượng nước thoát ra: Thận và phổi có trách nhiệm lớn đối với việc điều chỉnh cân bằng dịch.

- Khi cơ thể bị bệnh có nhiều kiểu mất dịch:

Do bệnh nhân có dẫn lưu vết thương, có dẫn lưu (drain) và các ống thông sau khi mổ, do bỏng, sốt, ỉa chảy, nôn, mất lượng máu quá nhiều do tai nạn làm cho cơ thể mất đi sự cân bằng dịch. Vậy người điều dưỡng phải biết nguồn dịch và nguồn điện giải. Sự đáp ứng cho các nhu cầu nguồn đó bằng thức ăn, rau quả.

Thức ăn chiếm khoảng 1/2 nhu cầu bình thường.

- Thành phần nước trong rau tươi chiếm 90%, trong hoa quả tươi chiếm 85%.

- Chất điện giải cũng có trong thức ăn.

Na⁺: có ở muối, cá, phomat

K⁺: thịt, cá

Mg⁺⁺: Đậu, bơ

Ca⁺⁺: Sữa, phomat

Thức ăn lỏng chiếm gần một nửa của dịch

Oxy hóa thức ăn cũng sinh ra nước.

2. XÁC ĐỊNH NGUỒN DỊCH VÀO RA

Các nguồn nước trung bình của người lớn.

+ Nguồn vào 2600 ml / ngày:

Nguồn nước tiêu thụ: 1500ml

Nước trong thức ăn: 750ml

Oxy hóa: 350ml

Tỉ lệ 4:2:1

+ Nguồn ra 2600 ml / ngày:

Nước tiểu thải qua thận: 1500ml

Phổi (hơi nước): 400ml

Da: 500ml

Mồ hôi: 100ml

Phân: 10-200ml

Nhưng trên bệnh nhân, một số vấn đề ta thừa nhận rằng:

+ Quá nhiều nước (phù)

+ Mất nước.

Nên người điều dưỡng phải biết theo dõi và đo lượng nước ra và lượng nước đưa vào với nhiều lý do khác nhau (sau mổ, truyền tinh mạch, có những ống dẫn lưu

(drain), và những ống thông đặc biệt... để đảm bảo lượng dịch vào hoặc hạn chế lượng dịch vào.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị dụng cụ.

Bảng theo dõi dịch vào và dịch ra có ghi chi tiết.

Bút chì để ghi

Dụng cụ để đo lường

Ca (có vạch chia độ), cốc, bát...

Cốc có chân, ống đong, bộ túi nylon, các dụng cụ này đều có vạch chia độ rõ ràng để biết được số lượng chính xác.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân.

Giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân (nếu bệnh nhân không tỉnh) biết tầm quan trọng của việc đo lượng dịch vào và ra để họ giữ lại nước tiểu, chất nôn, dịch ở các lọ dẫn lưu... và ghi cẩn thận thức ăn, nước uống (đặc lỏng), hoa quả... giúp người điều dưỡng, làm cho kết quả càng chính xác.

3.3. Tiến hành.

Ghi tên bệnh nhân, ngày tháng trên phiếu theo dõi và đặt ngay cạnh giường.

- Đo lượng dịch vào từ các đường:

+ Đường miệng: thức ăn, sau bữa ăn, ghi lại tất cả vào bảng theo dõi lượng đưa vào bằng bát, cốc, ấm..., thống kê chi tiết tất cả những thức ăn vào bằng đường miệng như kem..., nước cam, chanh..., ghi vào bảng theo dõi rồi chuyển đổi ra đơn vị đo lường các thức ăn thành mililit.

- Các đường khác:

+ Truyền tĩnh mạch

+ Tiêm

+ Cho ăn bằng ống thông nhỏ giọt vào dạ dày

Cộng lại tất cả dịch trên để tính lượng dịch đưa vào chính xác.

- Ghi lượng dịch ra bao gồm:

+ Nước tiểu, các loại dịch được dẫn lưu ra ngoài cơ thể, nước mất qua mồ hôi, hơi thở, phân, muốn đo được ta phải dùng các biện pháp đo lường đặc biệt.

+ Đo nước tiểu: dặn bệnh nhân đi đái vào xô.

Khi đo đổ tất cả lượng nước tiểu ở các túi nylon, xô, chai... vào bình chia độ đo chính xác (chú ý để nơi có bề mặt bằng phẳng hãy đọc kết quả, đọc ở gần phía trên), ghi vào phiếu theo dõi mỗi lần đo (khi hết ca cộng lại lượng nước tiểu 24 giờ).

* Dùng ống đong có chia độ ghi số đo tất cả các đường thải dịch.

* Chất nôn.

* Chất dịch tiết qua các ống thông

* Lượng phân (đặc biệt là khi ỉa chảy, đo giống đo nước tiểu).

Sau khi đo xong ghi kết quả vào phiếu theo dõi và đổ các chất đó vào nhà vệ sinh rửa sạch ống đo hoặc xô để vào nơi quy định.

* Đo nhịp thở (nếu bệnh nhân thở nhanh sẽ mất nước nhiều hơn là thở bình thường).

* Đo nhiệt độ (nếu bệnh nhân sốt cao sẽ mất nước)

* Ghi lại tình trạng mồ hôi toát ra.

* Cân bệnh nhân hàng ngày bằng ghế cân hoặc giường cân.

Tổng kết lượng dịch vào, ra cuối ca hoặc sau 24 giờ, ghi chép tính toán cẩn thận, chính xác.

Đặt phiếu theo dõi dịch vào - ra cạnh giường sau 24 giờ.

Tất cả các thông tin này người điều dưỡng phải nắm được vì có nguồn bài tiết phải tính toán theo công thức để tính lượng nước mất và giúp cho lượng dịch trong cơ thể được cân bằng.

Chú ý:

+ Không được đổ hết dịch ở các lọ dẫn ra.

+ Nếu bệnh nhân đi lại được, nhắc và giải thích họ biết sự cần thiết của việc theo dõi dịch vào và ra yêu cầu họ phải thực hiện nghiêm túc.

Bảng quét

Các khu vực nước và sự vận chuyển nước trong cơ thể.

DTH: Dịch tiêu hóa, BH: Bạch huyết, DNT: Dịch não tủy, DK: Dịch khớp..., dịch khác

Bảng theo dõi dịch vào - dịch ra

Ngày tháng năm

Họ tên bệnh nhân

Chẩn đoán

Cân nặng

Dịch vào

Dịch ra

21. CHO BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC

Cho bệnh nhân dùng thuốc là một phần trong công tác điều trị. Vì vậy khi thực hiện cho thuốc bệnh nhân phải nhận thức rõ trách nhiệm và phải chú ý các điểm

quan trọng để tránh sự nhầm lẫn và những hậu quả tai hại. Thuốc vào cơ thể bệnh nhân qua nhiều đường: uống, TIÊM, NGOÀI DA, NIÊM MẠC...

2. Những yêu cầu cần thiết trong việc dùng thuốc

Người điều dưỡng phải thực hiện nghiêm chỉnh, sáng suốt y lệnh của thầy thuốc.

2.1 Người điều dưỡng hiểu rõ những nét cơ bản về thuốc:

2.1.1. Công dụng của thuốc

- Chống nhiễm khuẩn: như các loại kháng sinh, sulfamid.
- Phòng bệnh: vaccin, huyết thanh.
- Chẩn đoán bệnh: BCG test.
- Giảm triệu chứng: giảm đau, giảm ho, giảm sốt.
- Thuốc tác dụng toàn thân hay tại chỗ.

2.1.2. Tính chất của thuốc:

- Thuốc chỉ được dùng theo một đường nhất định: có những thuốc chỉ tiêm bắp, mỏng sâu như thuốc dầu, thuốc sữa...
- Có một số bệnh của bệnh nhân cần thận trọng khi dùng thuốc như loét dạ dày tá tràng không uống vitamin mà tiêm, hoặc không uống APC MÀ THAY BẰNG SÊ da... uống prednison khi đã ăn no.

2.1.3. Yếu tố hấp thụ và bài tiết:

Tùy theo dược tính và liều lượng dùng thuốc, thuốc hấp thụ nhanh hay chậm.

Ví dụ:

- Kháng sinh bài tiết hết sau 6 giờ nên 6 giờ bệnh nhân uống hoặc tiêm 1 lần.
- Thuốc ngủ tác dụng sau 15 đến 30 phút, kéo dài 6 đến 8 tiếng.
- Những thuốc bị dịch vị phá hủy thì chỉ tiêm truyền.

2.1.4. Dạng thuốc:

- Thuốc viên: viên nén bọc đường, viên nhộng.
- Thuốc nước: ống thuốc, thuốc giọt, theo mililit

2.1.5. Liều dùng: Tùy theo cân nặng, tuổi, tình trạng bệnh, đường dùng thuốc.

2.1.6. Quy chế về thuốc độc.

- Nhãn thuốc: độc A và giảm độc A màu đen. Độc B và giảm độc B màu đỏ.
- Hàm lượng: Số lượng thuốc có trong thành phần.
- Liều lượng: Số lượng thuốc dùng cho bệnh nhân để chữa khỏi mà không gây tác hại.

2.1.7. Cách bảo quản:

- Để nơi khô ráo, thoáng mát.
- Những thuốc dùng dở phải đậy nút kín, bảo quản tốt, tránh hư hao nhiễm khuẩn như xi rô kháng sinh (để tủ lạnh) huyết thanh đã dùng dở chỉ để được trong 24 giờ.

2.2 Một số điều cần thiết khi cho bệnh nhân dùng thuốc:

2.2.1. Tác phong làm việc phải chính xác, khoa học và có trách nhiệm.

2.2.2. Trung thành với chỉ định của bác sĩ, nếu nghi ngờ phải hỏi lại.

2.2.3. Tuyệt đối không được thay đổi y lệnh.

2.2.4. Sắp xếp thuốc theo thứ tự, dễ tìm, tránh nhầm lẫn.

2.2.5. Thuốc độc A, B phải để ngăn riêng có khóa.

2.2.6. Thuốc dùng ngoài da để xa thuốc uống.

2.2. 7. Kiểm tra thuốc hàng ngày nếu có thuốc kém chất lượng phải đổi ngay ở KHOA dược.

2.2.8 Kiểm kê bàn giao thuốc cẩn thận sau MỖI CA.

3. NGUY? TẮC CHUNG KHI CHO BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC.

3.1 Đảm bảo an toàn tính mạng cho người dùng thuốc.

3.2 Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.

3.3 Phải tập trung tư tưởng cho việc dùng thuốc, sao chép y lệnh phải thật chính xác tránh nhầm lẫn.

4. CÁC ĐƯỜNG DÙNG THUỐC

4.1. Đường uống:

Cho bệnh nhân uống thuốc thường áp dụng cho tất cả các bệnh nhân có thể uống được và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy.

- Không áp dụng cho bệnh nhân mê man, nôn mửa liên tục, bệnh nhân bị bệnh ở thực quản và bệnh nhân bị tâm thần không chịu uống.

4.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Thuốc theo chỉ định: thuốc viên, thuốc nước hay thuốc nhỏ giọt.

- Cốc đựng thuốc.

- Cốc đựng nước uống.

- Bình đựng nước uống.

- Các dụng cụ đo lường: Cốc chia độ, thìa canh, thìa cà phê, ống đếm giọt.

- Dao cưa (để cưa ống thuốc)

- Phiếu cho thuốc.

- Vài miếng gạc sạch.

- Dụng cụ để tán thuốc viên.

- Túi giấy hay khay quả đậu.

4.1.2 Tiến hành

a) Lấy thuốc viên:

- Tay phải cầm lọ đựng thuốc viên, tay trái mở nắp lọ thuốc hoặc cốc đựng thuốc đổ thuốc vào cốc đếm đủ số lượng cần lấy (không được dùng tay để bốc thuốc)

b) Lấy thuốc nước.

Tay phải cầm chai thuốc lắc nhẹ cho thuốc trộn đều, tay trái mở nắp chai và ngửa nắp chai thuốc lên trên mặt bàn, cầm cốc đựng thuốc đưa ngang với tầm mắt, đầu ngón cái ngang mức thuốc cần lấy. Để nhãn của chai thuốc lên trên và rót thuốc không để miệng chai thuốc chạm vào miệng cốc

Lấy đủ số lượng thuốc, lau sạch miệng chai thuốc bằng miếng gạc sạch và đậy nắp chai lại, để chai thuốc về chỗ cũ.

c) Lấy thuốc giọt:

Cho một ít nước đun sôi để nguội vào cốc để làm loãng thuốc. Tay phải cầm thẳng ống hút đưa đầu ống hút vào lọ thuốc và hút thuốc, nhỏ từng giọt cẩn thận vào cốc đếm giọt theo chỉ định.

4.1.3 Quy trình kỹ thuật.

- Điều dưỡng viên rửa sạch tay, xem lại chỉ định điều trị và phiếu cho thuốc cùng với điều dưỡng để tránh nhầm lẫn (áp dụng 3 kiểm tra, 5 đối chiếu trong suốt thời gian bệnh nhân dùng thuốc).

- Sau đó kiểm tra nhãn thuốc lần thứ nhất và lấy thuốc.

Phải đối chiếu kỹ nhãn thuốc trên chai thuốc, lọ thuốc cùng với lệnh điều trị.

Trước khi lấy thuốc phải kiểm tra nhãn thuốc lại lần nữa. Rồi đặt thuốc đã lấy vào khay kèm theo phiếu điều trị, mang khay thuốc và nước đến giường bệnh nhân. Hỏi đúng họ tên bệnh nhân, số giường, số buồng hoặc số đeo tay khi vào viện.

- Động viên và giải thích để bệnh nhân an tâm và chịu uống thuốc.

- Đồng thời giúp đỡ bệnh nhân ngồi dậy hoặc nằm tư thế đầu cao để bệnh nhân dễ uống và dễ nuốt.

- Đưa nước và thuốc cho bệnh nhân uống, khi uống xong lau miệng cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại theo tư thế thuận lợi.

- Trường hợp nếu là trẻ em phải động viên, thuyết phục làm cho trẻ tự giác uống thuốc là tốt nhất. Nếu trẻ thích người nhà cho uống như bố mẹ thì phải hướng dẫn, giúp đỡ họ thực hiện.

Nếu trẻ quá nhỏ không tự uống được thì điều dưỡng viên phải hoà tan thuốc thành dạng nước (có thể thêm một ít đường để trẻ dễ uống). Rồi điều dưỡng bế trẻ nằm ngửa, đầu trẻ hơi cao và áp sát vào người. Sau đó dùng thìa cà phê lấy thuốc đặt sát miệng trẻ ở giữa hoặc phía cạnh má đổ từ từ thuốc vào cho trẻ uống, và tráng lại bằng ít nước sôi để nguội, lau miệng cho khô.

- Cách cho bệnh nhân uống các thuốc đặc biệt:

+ Digitalin phải đếm mạch trước khi cho uống.

+ Uống Aspirin phải uống lúc no, không uống chung với loại thuốc có chất kiềm

+ Các loại thuốc ho không được pha loãng.

+ Các loại thuốc có tính acid làm hại men răng cần pha loãng và cho bệnh nhân uống qua ống hút.

+ Mùi vị của một số thuốc có thể làm cho bệnh nhân nôn, nên cho bệnh nhân ngậm nước đá trước khi uống vài phút.

+ Thuốc dầu, sau khi uống xong nên cho bệnh nhân uống nước chanh hay nước cam.

- Thu dọn tất cả dụng cụ rửa sạch và lau khô, chuẩn bị những dụng cụ cần thiết để đem tiệt khuẩn như cốc thuốc, cốc nước và thìa, v.v..

- Trả phiếu thuốc vào chỗ cũ hay để vào ô giỏ cho thuốc lần sau.

- Ghi vào hồ sơ: ngày giờ cho bệnh nhân uống thuốc, tên thuốc, số lượng và cách cho uống, phản ứng của thuốc (nếu có) với những trường hợp không thực hiện được như: bệnh nhân vắng mặt, nôn, từ chối không uống.

- Ghi rõ họ tên người thực hiện cho thuốc bệnh nhân.

4.2. Đường tiêm

- Tiêm trong da

- Tiêm dưới da

- Tiêm bắp thịt

- Tiêm tĩnh mạch

4.2.1 Tầm quan trọng của việc tiêm thuốc

Tiêm thuốc cho bệnh nhân là đưa những thuốc dưới dạng dung dịch hoà tan trong nước hay trong dầu, hoặc dưới dạng hỗn hợp vào trong da, dưới da, bắp thịt, tĩnh mạch (loại trừ dầu).

Tiêm thuốc là để đưa thuốc trực tiếp vào cơ thể tác dụng nhanh hơn uống.

Thường tiêm thuốc cho bệnh nhân trong những trường hợp sau:

- Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh.

- Không uống được hoặc không nuốt được.

- Thuốc dễ bị phá hủy và biến chất bởi dịch tiêu hóa.

4.2.2 Giới thiệu bơm tiêm - kim tiêm và một số dạng thuốc tiêm.

a) Bơm tiêm vô khuẩn:

Bơm tiêm có nhiều loại, nhiều cỡ, lớn bé khác nhau tùy theo lượng thuốc để tiêm. Thông thường có các loại bơm tiêm 2ml, 5ml, 10ml... Người ta còn dùng loại bơm tiêm đặc biệt bé và dài, có ghi vạch nhỏ từng 1/10ml hoặc 2/10ml để tiêm phòng bệnh hoặc để thử phản ứng...

Đối với những lượng thuốc lớn, người ta dùng các loại bơm tiêm 20ml, 50ml, 100ml.

Đầu bơm tiêm (ambu)

Vỏ bơm

Ruột bơm

Mỗi bơm tiêm có hai bộ phận chính là: - Vỏ bơm tiêm (bộ phận chứa thuốc) - Ruột bơm tiêm (để hút và bơm thuốc).

Ngoài vỏ bơm tiêm có ghi vạch mililít, ở phía đầu có núm nhỏ để lắp vừa khít kim gọi làambu. Bơm tiêm thường được làm bằng thủy tinh chịu nhiệt để nhìn thấy thuốc cho rõ ràng.

Có loại bơm tiêm bằng nhựa chỉ dùng một lần.

b) Kim tiêm.

Kim tiêm thường làm bằng thép không gỉ có nhiều cỡ tùy theo thuốc và vị trí tiêm. Kim rộng ở giữa, đầu vát và nhọn. Đốc kim thường ghi số từ 12-24, chiều dài của kim thường từ 1,5-6cm.

c) Thuốc tiêm

Các thứ thuốc tiêm phải đóng trong lọ vô khuẩn trình bày dưới các hình thức:

- Ống thuốc pha sẵn to nhỏ tùy loại: 1ml, 2ml, 3ml, 5ml, 10ml. Thường gọi là ống đơn.

- Ống (lọ) thuốc bột khi tiêm mới pha gọi là ống kép (có kèm ống nước pha)

- Lọ thuốc to 200-500 ml khi tiêm mới rút rút lượng thuốc ra theo chỉ định.

d) Các dụng cụ cần thiết khác để tiêm.

- Kẹp Kocher có máu để gắn dụng cụ vô khuẩn

- Kẹp Kocher không máu để gấp bông sát khuẩn

- Thuốc sát khuẩn: Cồn 70? - cồn iod 1%.
- Cốc hoặc bát đựng bông cotton
- Dây garô để tiêm tĩnh mạch và trong da
- Hộp đựng thuốc cấp cứu phòng tai biến
- khay men chữ nhật vô khuẩn để bơm và kim tiêm vô khuẩn
- Khăn vải vô khuẩn để trải lên khay vô khuẩn
- khay quả đậu hoặc túi giấy đựng bông bẩn và vỏ thuốc
- Hộp nhỏ đựng kim bẩn
- Hộp nhôm chữ nhật đựng bơm và kim tiêm đem tiệt khuẩn
- Dao cưa để cưa ống thuốc
- Phiếu điều trị hoặc đơn thuốc

4.2.3. Chuẩn bị bệnh nhân

Trước khi tiêm thuốc cho bệnh nhân phải báo và giải thích cho bệnh nhân.

Hỏi xem bệnh nhân có bị phản ứng loại thuốc nào không?

Cho bệnh nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế thích hợp, để lộ vùng tiêm.

4.2.4. Thực hiện chế độ kiểm tra

Trước khi tiêm thuốc cho bệnh nhân phải thực hiện "3 kiểm tra - 5 đối chiếu". Cụ thể là:

- 3 kiểm tra:

1. Họ tên bệnh nhân
2. Tên thuốc
3. Liều lượng thuốc

- 5 đối chiếu:

1. Số giường, buồng
2. Nhãn thuốc
3. Chất lượng thuốc hiện tại
4. Đường dùng thuốc (Đường tiêm)
5. Thời gian dùng thuốc

4.2.5. Cách rút thuốc

a) Cách rút từ ống thuốc:

Một tay cầm ống thuốc, tay phải cầm dao cưa đặt ở phía gần sát đầu của ống thuốc (nếu là ống đầu nhọn) hoặc đặt ở phần thắt nghẽn (nếu là ống đầu rụt) rồi đưa đi đưa lại 2-3 lần. Sau đó lấy miếng băng tẩm cồn sát khuẩn chỗ cưa và lấy miếng gạc khô bẻ đầu ống thuốc.

b) Lấy thuốc bột trong lọ:

- Dùng kẹp Kocher nạy phần trên nút lọ.
- Lấy bông tẩm cồn sát khuẩn nút lọ, rồi hút nước cất vừa đủ để pha (cách hút như phần lấy ở ống thuốc).
- Khi đâm kim vào lọ thuốc bột: tay trái giữ lọ thuốc, tay phải cầm bơm kim tiêm hút nước cất sẵn để kim vào giữa tâm của nút lọ đâm nhẹ nhàng qua nút vào trong lọ, bơm nước cất vào trong lọ thuốc bột.
- Rút kim ra, lắc đều cho thuốc tan hết sau đó hút một lượng không khí vào bơm tiêm tương đương với số lượng thuốc cần lấy, tiếp tục đâm kim qua nút vào lọ thuốc, bơm không khí vào rồi dốc ngược lọ thuốc, rút từ từ đủ số lượng vào bơm tiêm.

4.2.6. Đẩy không khí

Phải đẩy hết bọt khí và không khí ra khỏi bơm tiêm trước khi tiêm cho bệnh nhân bằng cách để thẳng đứng bơm tiêm ngang với tầm nhìn, nhẹ nhàng đẩy cho hết khí ở trong bơm tiêm ra ngoài.

4.2.7. Sát khuẩn vị trí tiêm

Vùng tiêm phải được sát khuẩn từ trong ra ngoài theo chiều xoáy ốc rộng 5 cm và chờ khô mới được tiêm.

4.2.8. Quy trình kỹ thuật tiêm

1 - Đeo khẩu trang, rửa tay

2 - Xem y lệnh điều trị và phiếu cho thuốc (thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu)

3 - Chọn bơm tiêm thích hợp, kiểm tra kim sau đó để vào khay vô khuẩn.

4 - Kiểm tra thuốc, sát khuẩn ống thuốc và dao cưa ống thuốc, bẻ ống thuốc.

5 - Lắp bơm kim tiêm (kim lấy thuốc).

6 - Hút thuốc vào bơm tiêm

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

8 - Đặt bơm tiêm vào khay vô khuẩn và đậy khăn vô khuẩn lại.

9 - Mang khay đến bên giường bệnh nhân.

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

11 - Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế thích hợp

12 - Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài

13 - Điều dưỡng viên sát khuẩn đầu ngón tay

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

+ 2 nhanh: + Đâm kim nhanh

+ Rút kim nhanh

+ 1 chậm: + Bơm thuốc chậm

15 - Bơm hết thuốc rút kim nhanh rồi sát khuẩn lại vị trí tiêm

16 - Giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái

17 - Thu gọn dụng cụ

18 - Ghi vào hồ sơ những trường hợp đặc biệt (Thí dụ như: Phản ứng thuốc).

4.2.9. Tiêm trong da

Tiêm trong da là tiêm thuốc vào dưới lớp thượng bì. Thuốc được hấp thụ rất chậm.

a) Áp dụng: Tiêm trong da được áp dụng với các trường hợp sau đây:

- Tiêm thuốc BCG để phòng lao
- Tìm phản ứng BCG để chẩn đoán lao
- Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc, ví dụ như phản ứng penicilin.
- Tiêm một số vacin phòng bệnh.

b) Vùng tiêm:

Nói chung để chọn chỗ tiêm trong da thì nhiều, nhưng thường tiêm vào giữa mặt gấp cẳng tay khoảng 1/3 trên trước và trong cẳng tay. Vì chỗ đó da mỏng dễ tiêm, da lại có màu nhạt dễ phân biệt. Nếu có phản ứng cục bộ cũng dễ nhận thấy. Có thể tiêm chỗ bả vai, cơ tam giác cánh tay (để tiêm phòng dịch).

c) Dụng cụ:

Ngoài những dụng cụ cần thiết đã chuẩn bị theo quy trình ta cần chú ý chọn bơm và kim tiêm thích hợp với tiêm trong da.

- Bơm tiêm loại 1ml, độ khắc tỉ mỉ (1/100 đến 2/100) để có thể tính liều nhỏ được chính xác.

- Kim tiêm rất nhỏ, dài 1,5cm đường kính 4/10 đến 6/10 mm, đầu mũi vát ngắn để dễ ngậm trong biểu bì.

d) Bệnh nhân:

- Đối với người lớn: kéo ống tay áo lên cao và đặt cẳng tay lên trên một gối nhỏ.
- Đối với trẻ em: người mẹ ngồi trên ghế ôm trẻ trong lòng, dùng hai đùi để cặp hai chân trẻ, một tay vòng ôm qua thân và giữ cánh tay trẻ, tay khác giữ lấy tay định tiêm đặt lên trên gối nhỏ ở góc bàn.

e) Kỹ thuật tiêm trong da:

Phải tiến hành theo quy trình và kỹ thuật tiêm trong da.

- Tay trái đỡ mặt sau cẳng tay hoặc cánh tay bệnh nhân căng da nơi sắp tiêm.
- Tay phải cầm bơm và kim để mũi vát của kim ngửa lên trên và khê gậy mũi kim vào mặt da. Khi mũi kim đã bén vào da thì hạ bơm tiêm xuống sát mặt da (10-15?) rồi đẩy nhẹ mũi kim cho ngậm hết đầu vát.
- Khi mũi kim đã ngậm hết chỗ vát thì ngón cái tay trái từ từ chuyển ra chỗ đốc kim và tay phải dùng ngón cái đẩy thuốc vào.
- Khi bơm thuốc vào thì phải theo dõi xem thuốc có vào đúng trong da không bằng hai cách:
 - + Nhìn vết tiêm chỗ thuốc vào bao giờ cũng nổi phồng da cam bằng hạt ngô, màu da chỗ tiêm đang hồng ngả sang trắng bạch (bơm chừng 1/10 ml).
 - + Tự mình thấy đẩy thuốc vào rất chặt tay và có cảm giác như kim bị tắc.
- Sau khi đã bơm thuốc đủ liều (ml) rút kim và căng da chỗ tiêm vài giây cho thuốc khỏi trào ra theo kim rồi sát khuẩn bằng bông tẩm cồn.

Nếu là thử phản ứng thì phải thử thêm một mũi làm chứng bằng nước cất hoặc dung dịch NaCl không sát khuẩn lại, lấy bút vẽ vòng tròn quanh chỗ tiêm đường kính rộng 1cm để đánh dấu theo dõi. Dặn bệnh nhân nếu có bất thường khó chịu trong người hoặc ngứa thì không được gãi mà phải báo ngay. 10-15 phút sau đọc

kết quả. Nếu thấy mảng đỏ đường kính rộng hơn 1cm là phản ứng thuốc - không tiêm được mà báo bác sĩ ngay. Phải ghi rõ vào hồ sơ hoặc phiếu tiêm thuốc của bệnh nhân.

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

Bảng đối chứng

| Thuốc | Nước cất | Kết quả |
|----------|----------|-----------------|
| Đỏ | Không đỏ | Không tiêm được |
| Không đỏ | Không đỏ | Tiêm được |
| Đỏ ít | Đỏ ít | Tiêm được |

| Loại | Lần 1 | | Lần 2 | | Lần 3 | | Lần 4 | |
|-----------|---------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 200.000đv | Pha 2ml nước cất | Rút 1/10ml thuốc dung dịch 1 | Pha với 1 ml nước cất | Rút 1/10ml thuốc dung dịch 2 | Pha với 1 ml nước cất | Rút 1/10ml thuốc dung dịch 3 | Pha với 1 ml nước cất | Dung dịch 4 tiêm cho 10 người mỗi |
| 500.000đv | Pha 5ml nước cất | | Pha với 1 ml nước cất | | Pha với 1 ml nước cất | | Pha với 1 ml nước cất | người được 1/10ml = 10 đơn vị |

| | | | | | |
|-------------|------|-------|-------|-------|-----------|
| 1.000.000đv | Pha | Pha | Pha | Pha | Penicilin |
| | 10ml | với 1 | với 1 | với 1 | |
| | nước | ml | ml | ml | |
| | cất | nước | nước | nước | |
| | | cất | cất | cất | |

g) Các biến cố do tiêm trong da:

1 - Bệnh nhân có thể bị phản ứng với thuốc cho nên:

- Thử phản ứng cho bệnh nhân tại phòng cấp cứu có thuốc và phương tiện cấp cứu sẵn.

- Chuẩn bị sẵn hộp phòng chống sốc.

2 - Bệnh nhân có thể bị mẫn ngứa hoặc sốt.

3 - Nếu tiêm vaccin quá sâu hoặc quá liều quy định có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

4.2.10. Tiêm dưới da

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

ÁP DỤNG KHÁ nhiều, khá rộng rãi trong các loại tiêm.

a) Vùng tiêm:

Tất cả những chỗ nào trên cơ thể không nhạy cảm quá có nhiều cơ đều tiêm được vì dưới da còn xa xương và xa các mạch máu, thần kinh, thường chọn chỗ để tiêm: ở mô dưới da nhẽo, ít cọ xát, ít bị nhiễm bẩn, ít đau, không có sẹo, viêm, lở loét, v.v.. Thường tiêm vào:

- Mặt ngoài cánh tay, vào chỗ gần tận cùng của cơ tam giác cánh tay hoặc phía trên cánh tay. Có thể tiêm vùng mặt ngoài đùi hoặc vùng bả vai, v.v..

- Nếu người bệnh tiêm nhiều cần phải thay đổi chỗ tiêm và cố gắng tránh tiêm vào mũi tiêm cũ.

b) Dụng cụ:

- Bơm tiêm 5ml vô khuẩn.
- Kim tiêm dài 25-30 mm. Mũi vát dài và sắc.
- Thuốc dùng đúng theo y lệnh.

c) Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích và động viên cho bệnh nhân yên tâm, báo cho bệnh nhân biết thuốc được tiêm đồng thời hướng dẫn và giúp đỡ bệnh nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế đúng để tiêm dễ dàng.

d) Kỹ thuật tiêm dưới da: Tiến hành theo quy trình và kỹ thuật tiêm dưới da là:

** Phương pháp véo da:*

Tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái kéo da bệnh nhân lên nơi gần tiêm. Tay phải cầm bơm tiêm đã lắp kim và để ngửa mũi vát của kim lên trên, đâm kim vuông góc với đáy da véo vào da và mô dưới da. Khi có cảm giác là kim đã vào mô liên kết. Sau đó tay trái buông khỏi da, rút thử nòng bơm tiêm vài lần xem có máu ra hay không? Nếu không có máu ra mới được từ từ bơm thuốc vào cơ thể bệnh nhân. Nếu có máu theo (chạm vào mạch máu) thì bình tĩnh rút kim ra hoặc đâm kim sâu vào khi nào không có máu ra nữa thì bơm thuốc từ từ:

- Khi đã bơm hết thuốc, tay trái chuyển lên căng da chỗ tiêm, tay phải nhẹ nhàng rút kim ra nhanh rồi lấy bông tẩm cồn đặt lên chỗ vừa tiêm để sát khuẩn lại.

** Phương pháp căng da:*

- Tay trái căng da, tay phải đâm kim tạo với mặt da một góc từ 20-30°. Sau khi tiêm chỗ tiêm phồng lên (như quả táo ta) là đúng kỹ thuật.

Sau đó đỡ bệnh nhân nằm lại thoải mái và thu dọn dụng cụ.

e) Các biến cố do tiêm dưới da:

1 - Các sai lầm về nguyên tắc vô khuẩn: Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước và sau khi tiêm đưa tới bệnh nhân bị nhiễm khuẩn gây ra áp xe tại chỗ hoặc lây bệnh truyền nhiễm như viêm gan virus.

2 - Sai lầm về kỹ thuật: Quấn kim hoặc gãy kim do bệnh nhân giãy giụa mạnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật. Bệnh nhân có thể bị sốc do bơm thuốc quá nhanh hoặc bệnh nhân đau do quá sợ hãi.

3 - Các biến cố do thuốc gây nên: Do thuốc tiêm vào không tiêu đi hoặc tiêu rất chậm làm bệnh nhân đau thậm chí còn tạo thành một áp xe vô khuẩn hoặc gây ra mảng mục ở trẻ em như tiêm insulin, muối bismut, muối quinin và các chất dầu nói chung, sốc do các hiện tượng phản ứng toàn thân gây nên.

4.2.11. Tiêm bắp thịt

Tiêm bắp thịt là đưa một liều lượng thuốc vào trong bắp thịt (trong cơ)

a) ÁP DỤNG:

Người ta có thể tiêm vào bắp thịt nhiều loại dung dịch đẳng trương khác nhau như:

1 - Thuốc ăn mòn và dễ kích thích: Fe , quinin.

2 - Thuốc gây đau: Thuốc dầu, thuốc sữa.

3 - Thuốc chậm tan: Keo, muối bạc, muối thủy ngân, kháng sinh, hormon...

4 - Thuốc có khối lượng lớn

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

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

b) Dụng cụ:

- Lọ cồn iod 1%
- Bơm tiêm 5-10 ml vô khuẩn.
- Kim tiêm dài 40-80 mm, đường kính 0,7-1 mm, mũi vát dài, sắc và nhọn.

c) Vùng tiêm:

Thường tiêm vào 3 vùng sau đây:

** Vùng cánh tay:*

- Cơ delta (delta): Tiêm vào 1/3 trên trước ngoài đường nối từ móm vai tới lồi cầu ngoài.
- Cơ tam giác mặt ngoài cánh tay: Tiêm vào 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay

** Vùng đùi:* Cơ tứ đầu đùi là vùng rộng lớn cơ to và dày ít mạch máu và dây thần kinh. Tiêm vào 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi trên đường nối từ gai chậu tới bờ ngoài xương bánh chè.

** Vùng mông:*

Vùng mông do các mạch máu lớn và dây thần kinh hông to đi qua cho nên phải xác định vị trí tiêm thật chính xác để tránh tiêm nhầm vào thần kinh làm cho bệnh nhân thọt chân.

Cách 1:

Kẻ đường thẳng nối gai chậu trên đến móm xương cụt, chia làm ba phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 ngoài đường thẳng này (H.90).

d) Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích và động viên bệnh nhân yên tâm, báo cho bệnh nhân biết thuốc được tiêm và hướng dẫn giúp đỡ bệnh nhân tạo tư thế để tiêm.

- Tiêm mông: Bệnh nhân nằm sấp chân bên tiêm co, chân kia duỗi hoặc ngồi trên ghế tựa mặt quay vào trong ghế hai tay tì vào lưng ghế, phần mông còn lại lộ ra tiêm là chắc chắn nhất.

- Tiêm ở đùi: Bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên ghế duỗi chân thoải mái.

- Tiêm ở cánh tay: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm thoải mái.

- Tiêm trẻ em phải có người giữ và cho đại tiểu tiện trước.

e) Kỹ thuật tiêm bắp:

Tiến hành theo quy trình và phần kỹ thuật tiêm bắp là:

* Tiêm vào đùi hoặc cánh tay.

Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70? theo chiều xoay ốc, tay trái căng da bệnh nhân nơi sắp tiêm, tay phải cầm bơm tiêm đã lắp sẵn kim để ngửa mũi vít của kim lên tiêm chếch 60? hoặc 90? so với mặt da (nếu trường hợp bệnh nhân là trẻ em hoặc người già bắp cơ gầy), không nên tiêm chếch 90? vì dễ chạm vào xương.

Đâm kim nhanh qua da vào cơ ngấp 2/ kim, tay trái buông khỏi da, rút thử ruột bơm tiêm xem có máu ra không, nếu không có máu bơm thuốc vào từ từ.

* Tiêm vào mông: Có 2 cách tiêm mông.

Cách tiêm mông 1 thì:

Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn iod trước, sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 70? .

Tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái căng da bệnh nhân. Tay phải cầm bơm tiêm đã lắp sẵn kim tiêm. Đâm thẳng vào mặt phẳng của da vào cơ, sâu vào khoảng 2/3 kim là được (chú ý nếu kim tiêm chạm vào xương thì phải rút ra một chút, và cũng không đâm nông quá chưa tới được cơ của bệnh nhân).

Sau đó tay trái buông khỏi da, rút thử ruột bơm tiêm xem có máu theo ra không, nếu không có máu bơm thuốc từ từ. Vừa bơm vừa phải theo dõi bệnh nhân.

Khi bơm hết thuốc, tay trái chuyển lên căng da bệnh nhân, tay phải rút kim tiêm ra nhanh đồng thời bỏ tay căng da ra. Sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng bông tẩm cồn.

Cách tiêm mông 2 thì (ít làm):

+ Thì 1: Tay trái ngón trỏ và ngón cái căng da bệnh nhân cho phẳng, tay phải dùng ngón trỏ và ngón cái cầm chắc đốc kim còn 3 ngón khác gập lại lòng bàn tay, đâm kim nhanh thẳng góc 90°, sâu khoảng 2/3 kim là được (vào vùng được tiêm).

+ Thì 2: Lắp bơm tiêm đã có thuốc vào đốc kim, sau đó kéo ruột bơm tiêm ra, nếu không có máu theo ra thì mới bơm thuốc từ từ, và theo dõi sát bệnh nhân.

Khi hết thuốc căng da bệnh nhân và rút kim nhanh đồng thời bỏ tay căng da ra sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng bông tẩm cồn.

g) Các tai biến do tiêm bắp thịt.

1 - Đâm kim vào dây thần kinh hông to (thần kinh toạ) do một trong các nguyên nhân sau:

- Xác định vị trí để tiêm sai
- Đâm kim không đúng kỹ thuật
- Bệnh nhân nằm ngòì không đúng tư thế

2 - Tắc mạch: Do tiêm thuốc dầu hoặc thuốc sữa vào mạch máu.

3 - ÁPXE NHIỄM khuẩn hoặc áp xe vô khuẩn: Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn

4 - Gây mảng mục: Do tiêm những chất gây huỷ hoại mô (thuốc chống chỉ định tiêm vào bắp thịt).

5 - Gãy kim: Do bệnh nhân giãy giụa mạnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật

6 - Bệnh nhân có thể sốc do bơm thuốc quá nhanh hoặc bệnh nhân đau do quá sợ hãi.

4.2.12. Tiêm tĩnh mạch

Tiêm tĩnh mạch là đưa một lượng thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch.

a) ÁP DỤNG:

- Những thuốc có tác dụng nhanh như thuốc gây tê, thuốc gây mê, thuốc xuất huyết v.v..
- Những thuốc có tác dụng toàn thân.
- Những thuốc ăn mòn các mô và có khả năng gây đau, thậm chí gây mảng mục (hoại tử) nếu như tiêm vào dưới da hoặc bắp thịt (như ouabain, thủy ngân cyanur, calci clorur...).
- Máu huyết tương và dung dịch keo
- Các huyết thanh trị liệu hoặc các dung dịch nhân tạo không có chỉ nhiệt tối ưu tương hoặc đẳng trương nếu tiêm truyền với khối lượng thuốc lớn.
- Natri salicylat.
- Những thuốc có màu hoặc nhuộm màu (đỏ Congo...)

Chú ý: Một số thuốc không được tiêm vào tĩnh mạch như adrenalin, thuốc dầu...

b) Chuẩn bị dụng cụ:

- Bơm tiêm 5-10 ml vô khuẩn
- Kim tiêm dài 25-30 mm, đường kính 6/10 - 8/10, mũi vát ngắn và sắc
- Dây garô
- Gối nhỏ kê dưới vùng tiêm
- Khay quả đậu đựng nước sạch, nước xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.

c) Chuẩn bị vùng tiêm:

Tĩnh mạch nào cũng có thể tiêm được, nhưng thường tiêm vào 2 tĩnh mạch lớn ở khuỷu tay chụm lại thành hình chữ V (trong hệ thống tĩnh mạch M) ít di động, dễ tìm, dễ tiêm.

Ngoài tĩnh mạch khuỷu tay có thể tiêm vào tĩnh mạch cẳng tay, mu bàn tay, mu bàn chân, mắt cá trong. Hoặc khi cần thiết có thể tiêm vào tĩnh mạch bẹn, hoặc tĩnh mạch dưới đòn, ở trẻ em có thể tiêm tĩnh mạch ở vùng đầu.

d) Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích và động viên cho bệnh nhân yên tâm, không lo sợ, giúp đỡ bệnh nhân nằm thoải mái. Kéo ống tay áo bệnh nhân lên trên sát vai và đặt khuỷu tay bệnh nhân lên trên gối mỏng.

e) Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch: Tiến hành theo quy trình và kỹ thuật tiêm tĩnh mạch:

1 - Buộc dây garô trên chỗ tiêm cách từ 3-5 cm (không thắt nút để dễ cởi và không buộc chặt quá).

2 - Bảo bệnh nhân nắm bàn tay lại, co vào duỗi ra vài lần làm cho tĩnh mạch nổi rõ thêm

3 - Sát khuẩn bằng cồn 70% trên tĩnh mạch để tiêm, theo chiều xoay ốc rộng khoảng 5 cm². Sát khuẩn tới khi sạch, tối thiểu 2 lần.

4 - Ngón tay trái miết căng mặt da gần chỗ tiêm để cố định tĩnh mạch khi đâm kim tĩnh mạch không bị di lệch.

5 - Tay phải cầm bơm tiêm đẩy hết không khí và các bọt thuốc ra ngoài, ngón trỏ giữ lấy đốc kim, ngón cái để trên thân bơm tiêm, ngón giữa và ngón nhẫn để bên cạnh thân bơm tiêm, ngón út giữ lấy ruột bơm tiêm. Để ngửa mũi vát của kim lên trên, đâm kim ngay trên tĩnh mạch, qua da vào tĩnh mạch, kim chệch 15-30° so với mặt da (cũng có thể đâm bên cạnh tĩnh mạch), sau đó hạ thấp bơm tiêm rồi mới luồn kim lên dọc tĩnh mạch.

Khi đâm kim trúng vào tĩnh mạch thường có cảm giác tay hẫng nhẹ, máu sẽ chảy vào bơm tiêm, hoặc kéo nhẹ ruột bơm tiêm sẽ thấy máu chảy vào bơm tiêm. Tay trái tháo nhẹ nhàng dây garô và bảo bệnh nhân mở bàn tay ra, đồng thời ngón trỏ tay trái giữ lấy đốc kim tay phải bơm chậm thuốc vào. Nếu bệnh nhân kêu đau là kim đã chệch ra ngoài mạch máu, nhìn tại chỗ thấy phồng phải điều chỉnh kim lại

bằng cách đâm sâu thêm hoặc rút bớt ra một chút, rồi bơm thuốc thật chậm. Vừa bơm, vừa theo dõi bệnh nhân xem có phản ứng gì không.

Khi bơm gần hết thuốc phải thận trọng đừng để không khí vào mạch máu gây tắc mạch máu, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Tiêm xong, lúc rút kim phải kéo căng da để tránh chảy máu. Sát khuẩn lại chỗ tiêm, đặt bông tẩm cồn lên nơi tiêm, bảo bệnh nhân gập tay lại để giữ bông.

Để bệnh nhân nằm lại thoải mái. Sau đó thu dọn dụng cụ và phải rút ngay nước lạnh vào bơm tiêm để phụt rửa cho sạch, tránh máu và thuốc làm tắc kim và kết bả bơm tiêm.

g) Biến cố và cách xử trí:

- *Tắc kim:* Khi đâm kim vào tĩnh mạch, máu chạy vào bơm tiêm nhưng bị đông lại ngay, là do cục máu đông ngay đầu mũi kim, gây tắc kim không bơm thuốc vào được phải rút kim ra, thay kim khác rồi tiêm lại.

- *Phồng nơi tiêm:* Khi đâm kim vào trúng tĩnh mạch, máu trào vào bơm tiêm, nhưng bơm thuốc vào lại phồng lên vì mũi vát của kim nằm nửa trong và nửa ngoài tĩnh mạch, phải điều chỉnh lại mũi kim, khi tiêm xong dặn bệnh nhân chườm nóng để nhanh tan.

- *Bệnh nhân bị sốc hoặc bị ngất vì sợ:* Vì phản ứng thuốc, vì tiêm quá nhanh hoặc vì đâm kim nhiều lần không trúng tĩnh mạch, bệnh nhân đau phải ngừng tiêm và báo cáo ngay với bác sĩ để xử trí kịp thời.

- *Nếu bơm thuốc vào mà thấy bệnh nhân kêu đau nóng ở bàn tay thì phải ngừng tiêm và rút kim vì có thể đâm nhầm vào động mạch gây hoại tử, nguy hiểm cho bệnh nhân.*

4.2.13. Những điều chú ý khi dùng thuốc đường tiêm:

- Phải thực hiện nguyên tắc vô khuẩn hoàn toàn tuyệt đối cả trước, trong và sau khi tiêm.

- Luôn áp dụng chế độ 3 kiểm tra 5 đối chiếu với bệnh nhân.

- Bơm và kim tiêm khoa nào chỉ dùng cho khoa đó và mỗi bệnh nhân được dùng bơm và kim tiêm riêng.
- Khi tiêm không được đâm ngập hết kim mà phải để thừa từ 0,5-1 cm về phía đốc kim để phòng bị gãy kim
- Khi tiêm xong phải ghi vào hồ sơ ngày giờ tiêm thuốc, tên thuốc, liều lượng và đường tiêm, phản ứng thuốc với bệnh nhân nếu có và ghi rõ họ tên người thực hiện.
- Thu dọn và bảo quản dụng cụ: Phải đánh rửa bơm và kim tiêm bằng nước xà phòng - phụt rửa kim cho thơm rồi rửa lại bằng nước lã thật sạch. Sau đó sắp xếp và đem hấp sấy.

4.3. Thuốc dùng ngoài da và niêm mạc

Các thuốc dùng ngoài da và niêm mạc ở nhãn thường có màu vàng và có hàng chữ "Không được uống".

4.3.1. Thuốc ngậm dưới lưỡi

4.3.2. *Khí dung (hay còn gọi là xông):* Thuốc ngấm qua đường hô hấp làm giảm co thắt cơ trơn, giảm viêm họng.

Thường xông các thuốc kháng sinh khi bệnh nhân viêm đường hô hấp trên, viêm các xoang vùng mặt.

4.3.3. *Thuốc đặt âm đạo, đặt hậu môn:* Hay dùng ở sản khoa, hạ nhiệt độ cho trẻ em bị sốt cao hay co giật.

4.3.4. *Các loại thuốc bôi ngoài da:* Hay dùng ở khoa da liễu, khoa bỏng.

4.3.5. *Các thuốc xoa:* Như các loại thuốc dầu nóng Trường Sơn, Thiên Long, Dầu long não, Cao sao vàng.

4.3.6. *Thuốc nhỏ mắt, mũi, tai:*

a) *Kỹ thuật nhỏ thuốc tai và rửa tai*

Chuẩn bị dụng cụ:

- Thuốc nhỏ theo chỉ định hoặc quả bóp cao su
- Một tấm nilon (nếu rửa tai)
- Bông cầu
- Hai quả đậu
- * Bệnh nhân

Có thể ngồi hoặc nằm nghiêng về bên tai lành

* Quy trình kỹ thuật

Nhỏ thuốc tai:

Điều dưỡng viên rửa tay, tay phải cầm ống thuốc nhỏ giọt, tay trái kéo vành tai lên trên và ra sau, nhỏ vài giọt thuốc vào thành ống tai (không nhỏ thẳng vào màng nhĩ). Kéo nhẹ vài lần vành tai cho thuốc dễ vào.

Dặn bệnh nhân giữ đầu ở tư thế đó vài phút, lấy bông cầu nút tai lại cho bệnh nhân để thuốc không chảy ra ngoài. Sau đó đỡ bệnh nhân ngồi dậy.

Rửa tai:

Quàng tấm nylon trên vai bệnh nhân, để đầu nghiêng về phía bên tai rửa. Nhờ bệnh nhân cầm khay quả đậu hứng nước bắn dưới tai, nếu bệnh nhân còn nhỏ có thể nhờ người phụ cầm giúp.

Điều dưỡng tay phải cầm quả bóp có ống hút, tay trái ngón trỏ và ngón cái kéo vành tai lên trên hoặc kéo dái tai xuống dưới. Bơm nước từ từ vào thành ống tai ngoài (không nên bơm quá nhanh làm cho bệnh nhân có thể chóng mặt hay nhức tai do bơm quá nhanh và mạnh vào mang tai, hoặc nước quá nóng, quá lạnh), nên bơm đều đều và nghỉ ngắt quãng.

Sau lấy bông lau khô ống tai và vành tai cho bệnh nhân.

b) Kỹ thuật nhỏ và rửa mắt.

** Chuẩn bị dụng cụ:*

- Thuốc nước, thuốc mỡ theo chỉ định.
- Miếng gạc vô khuẩn.
- Bông thấm nước.
- Khay quả đậu
- Dung dịch để rửa mắt: Dung dịch muối sinh lý, natri hydrocarbonat, thuốc tím pha loãng, Boric.

** Bệnh nhân nằm ngửa thẳng hoặc ngồi trên ghế tựa đầu tựa trên thành ghế.*

** Quy trình kỹ thuật*

Nỏ thuốc:

Điều dưỡng sát khuẩn tay. Tay trái cầm miếng gạc, kéo mi dưới xuống, tay phải cầm ống thuốc nhỏ hai giọt thuốc vào niêm mạc mi dưới hoặc góc trong mắt (tránh nhỏ vào niêm mạc nhãn cầu). Bảo bệnh nhân nhắm mắt lại và lấy bông vô khuẩn thấm thuốc tràn ra ngoài mắt.

Tra thuốc mỡ.

Tay trái kéo mi dưới xuống, tay phải cầm ống thuốc bóp ít thuốc đầu, bóp một lượng thuốc vừa đủ bằng hạt thóc vào cùng đồ mi dưới, chờ một chút cho thuốc mỡ tan rồi thả ngón tay ở mi mắt ra.

Lau rửa mắt.

Dùng bông vô khuẩn thấm vào nước chín để nguội hoặc nước muối sinh lý (9%) lau mi mắt từ trong ra ngoài hoặc từ ngoài vào trong, lau xong một mắt lấy bông khác lau tiếp mắt thứ hai.

Lưu ý không lau 2 mắt bằng cùng miếng bông và không nhúng bông lau rồi vào nước để rửa tiếp mà phải lấy bông khác.

Rửa mắt:

Bệnh nhân nằm đầu nghiêng sang bên rửa, hứng khay quả đậu dưới má. Dùng quả bóp hút dung dịch để bơm rửa mỗi mắt 2-3 lần. Sau lấy gạc vô khuẩn lau sạch và bảo bệnh nhân nhắm mắt lại.

c) Kỹ thuật nhỏ mũi.

** Dụng cụ.*

Thuốc nước hoặc thuốc mỡ theo chỉ dẫn.

** Bệnh nhân:*

Nằm hoặc ngồi ngửa đầu ra sau

** Quy trình kỹ thuật.*

- Điều dưỡng rửa tay, tay trái giữ đầu bệnh nhân, tay phải cầm ống thuốc nhỏ 2-3 giọt vào thành bên của mũi, sau đó bóp nhẹ cánh mũi để thuốc tan đều.

- Nếu là thuốc mỡ, cho vào mỗi bên mũi một ít thuốc bằng độ hạt thóc, bảo bệnh nhân hít nhẹ từ từ, hít mạnh sẽ làm thuốc vào họng.

22. CÁCH THỬ PHẢN ỨNG PENILIN

I. Quy trình

1. Bệnh nhân nằm nghỉ

2. Sát trùng đọi khô.**3. Tiêm trong da:**Bảo đảm dưới 100 UI, tiêm cao nổi da cam-rút kim, không sát trùng.

4. Đọc phản ứng: sau 10 phút.

- Nếu (+): Nổi quầng đỏ. - Cần phân biệt (+) giả: Do tiêm khi vẫn còn cồn.

Nghi ngờ: tiêm thử so sánh một bên với nước cất.

- Nếu (-): Màu sắc bình thường.

5. Ghi kết quả:

Nếu (+), ghi bút đỏ vào phiếu, kẻ bút đỏ ở trang đầu bệnh án.

Cách pha thuốc thử:

- Lọ 1.000.000UI: Cho 10ml nước cất.

Lấy 0,1ml dung dịch này pha 10ml nước cất.

Lấy 1,0ml dung dịch này tiêm nội bì.

II. Xử trí sốc phản vệ:

1. Hay gặp người có tiền sử dị ứng[®] cần hỏi kỹ trước khi thử.

2. Xảy ra cả ở những người chưa dùng penicilin.

3. Nhẹ:

- Ngứa, nổi mẩn.

- Đau bụng.

- Xây sấm mặt mày: hoa mắt chóng mặt.

4. Nặng:

Sốc với đặc điểm

- Nhanh 5-10 phút sau.

- Xảy ra cả ở liều thấp: Có khi thử không đúng cũng gây sốc.

- Biểu hiện:

+ Choáng váng, da nhợt, lạnh chi, đồng tử giãn, gọi hỏi không đáp ứng co giật.

+ Nôn mửa; đái dầm.

+ M = 0, HA = 0[®] ngừng tim.

5. Xử trí:

- Đặt garo ngay trên chỗ tiêm.
- Nâng huyết áp:
 - + Adrenalin (coi thuốc đối kháng đặc hiệu) tiêm tĩnh mạch chậm 1mg 1 ống.
 - + Hoặc Aramin 1,5mg x 2 ống/lần x 3 lần.
 - + Hoặc Noradrenalin.
- ® Thuốc gây co mạch - Bảo đảm hô hấp.
 - + Thở O₂.
 - + Chống tụt lưỡi: Canuyn Mayor, khâu.
 - + Ngửa cổ; nghiêng, đầu thấp.
 - + Hút đờm rãi nếu có.
 - + Dẫn phế quản: Diaphylin.
- Giải dị ứng: Pipolphen, Corticoit.
- Vitamin C, Canxiclorua.
- Giữ thuốc.

Phần 3. Tiêm truyền tĩnh mạch

1. Vị trí:

- Tất cả tĩnh mạch dưới da đều có thể chọn để tiêm truyền.
- Các tĩnh mạch chi trên:
 - + Chú ý các tĩnh mạch ở cổ tay, cạnh đầu dưới xương quay, các tĩnh mạch mặt trước cẳng tay: Nổi rõ, dễ chọn và cố định.

+ Các tĩnh mạch ở khuỷu: Tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch nền nổi to, dễ chọc nhưng khó cố định.

- Các tĩnh mạch cánh ngoài, tĩnh mạch cánh trong: Khó chọc - khó cố định, tuy to.

- Tĩnh mạch ở đầu.

- Tĩnh mạch ở ngực bụng: Thường dùng kim cánh bướm.

- Tĩnh mạch ở chi dưới: Hạn chế để gây viêm tắc, có thể dẫn tới tắc mạch phổi, đặc biệt ở phụ nữ có thai.

2. Đặc điểm hệ tĩnh mạch ở bệnh nhân bỏng:

Thường dễ vỡ, dù chọc và truyền đúng vẫn có thể gây phù nề vùng truyền.

- Có thể bỏng phần lớn cơ thể.

3. Kỹ thuật:

- Làm tĩnh mạch nổi:

+ Đặt garo phía trên chỗ định chọc 3cm.

+ Dùng bàn tay dồn máu ngược lên về phía garo.

+ Có thể đắp khăn nước nóng.

+ Vỗ tĩnh mạch định chọc, tay bệnh nhân nắm lại, cử động.

- Sát trùng chỗ chọc.

- Thử kim chọc.

- Chọc:

+ Ngón cái, ngón II, III cầm 2 mặt bên kim.

+ Chọc da cạnh tĩnh mạch, góc 45° , sau chếch xuống dưới, dọc theo tĩnh mạch.

+ Chọc vào tĩnh mạch, cho 2/3 kim vào bên trong tĩnh mạch, 1/3 ở ngoài.

- Thử hút máu, bơm nhẹ kiểm tra xem có phồng?

- Giữ nguyên tư thế, cởi garo tiêm hoặc nối với bầu dịch.

- Cố định bằng băng dính, nên có phủ miếng gạc lên trên vùng chọc.

- Có thể cố định = nẹp.

4. Kỹ thuật truyền tĩnh mạch:

a. Kỹ thuật:

- Trước tiên cắm kim thông hơi bầu dịch. Kim thông hơi cầm nút bằng bông vô trùng.

- Sau cắm dây truyền sau.

- Xuống dịch vào bộ dây.

+ Tránh để bầu dịch quá đầy: Khó đếm giọt, khó theo dõi dịch.

+ Tránh để bầu dịch quá ít: Dễ tạo khí do dịch chảy vào máu nhanh hơn dịch từ chai xuống bầu.

+ Nên để lượng dịch trong bầu dịch ở mức 1/2-1/3.

- Nối với bộ chọc tĩnh mạch:

+ Tránh để tạo khí.

+ Tránh máu chảy ra nhiều.

+ Tránh gây nhiễm khuẩn, nhiễm bẩn do tay nhân viên.

- Chuyển chai dịch: Cần rút kim thông hơi trước, sau rút dây truyền. Trước đó kiểm tra chất lượng chai.

* Kiểm tra chất lượng chai dịch:

- Tên dịch, nồng độ.

- Thời hạn.
- Màu sắc, nếu màu bất thường ® bỏ
- Do vật chai dịch.
- Kiểm tra bảo quản vô trùng: Nút đậy...

b. Theo dõi truyền dịch

- Theo dõi thứ tự truyền dịch, vận tốc truyền theo mệnh lệnh (nếu truyền xen kẽ các loại dịch).

- Tại chỗ:

+ Kim chệch: Gây phồng. Kiểm tra bằng hút thử. Cần ngừng và chọc lại. Lưu ý có những dung dịch, thuốc nếu chệch ven có thể gây hoại tử (dung dịch ưu, Canxi clorua...).

+ Tắc kim: Do kim quá nhỏ.

+ Có không khí ở đường truyền: Nếu nhiều, không khí sẽ đi vào máu ® tim ® phổi có thể tắc mạch phổi hoặc vào não gây tắc mạch não. Có thể do 2 đầu kim chạm nhau.

+ Khi có không khí.

Có thể hạ thấp bầu dịch cho máu trào ngược ra đẩy không khí lên bầu.

Bơm dịch vào ống nối cao su, bóp phía dưới không cho dịch vào máu.

Hút không khí qua ống nối cao su.

Dùng tay vỗ nhẹ vào dây truyền làm không khí lên bầu.

+ Gây nhiễm trùng đường truyền.

+ Tiêm chọc nhiều có thể viêm tĩnh mạch tại nơi chọc ® Cần đổi vị trí chọc.

+ Dịch chảy chậm: Kim khí nút bông bị ướt hoặc đường truyền bị gập.

Toàn thân:

- + Dịch ứng: Bệnh nhân sốt, rét run, nổi mề đay
- + Sốc huyết thanh: Do truyền quá nhanh, do không hết tạp chất, gây sốt cao, rét run, M nhanh, HA tụt, T° ... Cần ngừng truyền, ủ ấm, kháng Histamin.

5. Các loại dịch truyền.

a. Dịch keo:

- Máu và chế phẩm máu:
- + Máu toàn phần
- + Khối hồng cầu, hồng cầu rửa.
- + Khối hồng cầu, nghèo bạch cầu.
- + Máu cùng Phenotyp.
- + Huyết tương: Tươi, khô.
- + Albumin
- Dịch keo thay thế máu: Gelafundin, Polyglukin, Subsosan.

b. Dịch trọng lượng phân trung bình: Rheopolyglukin, Rheomarcodex.

c. Dịch tinh thể: - Dịch điện giải:

- + Natriclorua 9⁰/₀₀, 5⁰/₀₀. 5% (ưu), Ringer, Ringerlactat.
- + Natribicarbonat 1,25%, 14⁰/₀₀, 5%, 8,4%
- + Glucose 5%, 10%, 20%, 30%.
- Dung dịch khác: Novocain 0,25%, Haemodesum: giải độc.

d. Dung dịch nuôi dưỡng:

- Cung cấp Protit:

- + Máu và chế phẩm máu.
- + Dung dịch polypeptit, aminopeptit, hydrôlyzin
- + Dung dịch axit amin: Moriamin, Nutrisol, Kawaplasma, Alvesin, Trophisan...
- Cung cấp Gluxit
- Cung cấp Lipid: Lipofundin, Intralipo

Phần 4: Truyền máu

I. Đại cương:

1. Nhóm máu:

Gồm có A, B, AB, O

- Trong cấp cứu có thể truyền máu nhóm O
- Tốt nhất truyền máu cùng nhóm.

2. Các loại:

- Có thể truyền máu trực tiếp; tốt vì màu đủ thành phần.
- Máu tươi
- Máu dự trữ: Bảo quản ở 4⁰ - 6⁰. Không nên để quá lâu.

Vì nếu truyền máu dự trữ lâu: Có thể hồng cầu bị vỡ, giảm các yếu tố đông máu, tăng K và NH₃.

- Hiện nay có thể lấy máu người bồng đã khỏi trong vòng 2 năm để truyền, do còn lưu hành các yếu tố miễn dịch bảo vệ.
- Tách chiết các yếu tố máu: Truyền khối hồng cầu (thiếu máu, không cần phục hồi thể tích), hồng cầu rửa...

3. Yêu cầu kiểm tra một chai máu:

- Trước khi đựng máu trong chai (phức tạp khâu lấy, bảo quản, truyền và tai biến sử dụng khả năng nhiễm khuẩn lớn hơn).

- Hiện nay đựng trong túi máu: Ưu thế hơn

- Một đơn vị máu = 250ml

Kiểm tra:

- Đủ ký hiệu qui định: Họ tên, tuổi, ngày giờ lấy máu, ngày giờ lấy khỏi tủ bảo quản.

- Thời gian bảo quản dưới 21 ngày ở tủ lạnh 4 - 6⁰C

- Máu chia 2 lớp rõ ràng: Dưới là hồng cầu, trên là huyết tương vàng trong. Nếu màu đỏ là vỡ hồng cầu. Nếu đục là nhiễm khuẩn.

- Chai máu đưa ra ngoài tủ dưới 3 giờ

- Chỉ dùng cho một bệnh nhân

- Không được truyền máu lạnh, không được hâm nóng chai sau lấy máu khỏi tủ lạnh cần để ở nhiệt độ buồng. Tốt nhất có tủ để nâng nhiệt độ chai máu lên dần dần.

- Mang nhẹ nhàng

II. Kỹ thuật truyền máu:

- Phải có bộ dây truyền riêng: Có bầu lọc.

- Lấy máu đối ứng.

- Kiểm tra đối chiếu trước truyền:

+ Họ tên, tuổi, giới, buồng, giường.

+ Chẩn đoán.

+ Nhóm máu.

+ Kiểm tra chai máu.

+ Lắc nhẹ nhàng bảo đảm không vỡ hồng cầu.

+ Xuống bầu lọc.

- Lúc đầu truyền tốc độ chậm, sau có thể tăng dần, duy trì 30 giọt/phút. Không cho Canxi chảy qua dây đang truyền.

- Theo dõi trong truyền:

+ Mạch, nhiệt độ, huyết áp, ý thức.

+ Tình trạng rét run.

+ Nổi dị ứng

+ Thời gian truyền máu.

+ Không nên ăn.

- Sau truyền:

+ Kiểm tra lại trạng thái trên

+ Ghi chép phiếu truyền máu.

III. Tai biến

1. Tai biến tức thì:

a. Sốc do truyền nhầm nhóm máu:

Gây phá vỡ hồng cầu, xuất hiện sớm, cấp, khi mới truyền được 25 - 50ml máu. Có thể gây tử vong. Biểu hiện sớm là sốt cao, rét run, môi tím tái, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

Xử trí:

- Ngừng ngay truyền, kiểm tra nhóm máu.

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp. Nếu ngừng thở, ngừng tim hô hấp nhân tạo, bóp tim ngoài lồng ngực.

- Báo bác sĩ.

- Là sai sót không cho phép.

b. Do quá tải:

- Do truyền quá nhanh, hay xảy ra ở bệnh nhi, có thể gây OAP.

- không nên truyền quá 3 giọt/kg/phút.

c. Sốt cao, rét run:

Hay gặp

- Do chí nhiệt tố trong dụng cụ, dung dịch truyền...

- Do yếu tố miễn dịch.

Thường sau 1 - 12 giờ truyền máu

- Đôi khi do máu lạnh, truyền lạnh.

- Có khi không rõ nguyên nhân.

Xử trí:

- Hạ nhiệt

- ủ ấm.

d. Dị ứng:

- Nhẹ thì nổi mào đay, phù Quinke, lên cơn hen.

- Cơ chế do yếu tố miễn dịch.

Xử trí: Kháng dị ứng, giảm tốc độ truyền.

e. Quá nhiều Xitrat:

Dung dịch chống đông để lấy máu là ACD, CPD chứa nhiều Xitrat, Khi truyền máu khối lượng lớn thừa nhiều Xitrat làm giảm Ca^{++} ® Tetani, máu chậm đông.

f. Truyền máu dự trữ lâu:

- Gây tăng K^+ máu: Khi dự trữ hơn 10 ngày, K^+ hồng cầu thoát ® tăng K^+ máu, gây rối loạn nhịp tim, rung thất, ngừng tim.
- Gây tăng NH_4 máu ® đề phòng, nhất là khi bệnh nhân suy gan.

2. Tai biến chậm:

Liên quan đến nhiễm khuẩn - Viêm gan sau truyền máu

- Sốt rét sau truyền máu
- Nhiễm khuẩn
- Giang mai
- Đặc biệt là HIV (mà bản thân xét nghiệm trước truyền vẫn không loại trừ chắc chắn)

3. Tai biến khác:

Liên quan đến truyền nhiều máu nhiều lần.

- Suy thận } Cơ chế miễn dịch
- Vàng da

Truyền máu trong bệnh:

- Giai đoạn sốc:
 - + Không nên truyền ngay ngày thứ nhất, nên truyền huyết tương (do máu cô, do còn yếu tố tác dụng nhiệt)
 - + Ngay sau có thể truyền.
- Giai đoạn sau:

+ Tuỳ xét nghiệm công thức máu.

+ Có thể truyền nhiều lần, liên tục hoặc ngắt quãng nguy cơ tai biến cao.

Trước truyền có thể cho hạ sốt, kháng dị ứng.

23. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ LOÉT CHO BỆNH NHÂN

Tại khoa Điều trị tích cực có nhiều bệnh nhân hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi, vì thế công việc dự phòng loét cho bệnh nhân là rất quan trọng.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY RA LOÉT

- Bệnh nhân thiếu dinh dưỡng
- Bệnh nhân hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi, nằm lâu không được nghiêng trở
- Ngoài ra các yếu tố như mồ hôi ra nhiều, đệm cứng, ga trải giường không phẳng, đại tiểu tiện không được vệ sinh ngay cũng tạo điều kiện dễ dàng gây ra vết loét.

III. DỰ PHÒNG LOÉT

Tốt nhất là nên đề phòng để bệnh nhân không bị loét

Các nguyên tắc :

- Thường xuyên thay đổi tư thế bệnh nhân tối đa 2 giờ/lần

- Giữ gìn da khô, sạch nhất là vùng mông, đầu, gót chân, vùng xương cụt.
- Thường xuyên xoa bóp những vùng da trên
- Tốt nhất cho bệnh nhân nằm đệm nước, bơm vừa phả và ding gối nghiêng trở bệnh nhân.
- Mỗi lần nghiên trở bệnh nhân đều ghi vào bảng theo dõi của y tá.

IV. CHĂM SÓC VẾT LOÉT CHO BỆNH NHÂN

Khi bệnh nhân đã có vết loét rồi phải tiến hành chăm sóc vết loét cho bệnh nhân

1. Chuẩn bị dụng cụ :

- 01 hộp băng thay
- Gạc, băng vô khuẩn
- Nước muối sinh lý, betadin và thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

2. Tiến hành :

- Rửa tay sạch, đi găng
- Rửa sạch vết loét như một vết thương, nếu vết loét có tổ chức hoại tử cần cắt lọc hết tổ chức hoại tử, sau đó tùy theo chỉ định của bác sĩ có thể đắp đường, bôi thuốc...
- Băng lại hay để thoáng tùy theo tình trạng của vết loét
- Thu dọn, rửa dụng cụ
- Rửa tay

- Ghi vào bảng theo dõi của y tá.

24. CÁC PHƯƠNG PHÁP NUÔI DƯỠNG

Bổ xung các chất dinh dưỡng bằng đường TM ngoại vi:

- Dung dịch acid amin 3% (Pro Calamine) truyền tới 3 l/ngày với tốc độ 125ml/h **hoặc**
- Dung dịch kết hợp gồm 500 ml acid amin 7% hoặc 10% (aminosyn) và 500ml G20% và các điện giải bổ xung và được truyền với tốc độ tới 100ml/h song song với
- Intralipid 10% hoặc 20% truyền với tốc độ 1ml/min trong 15 min đầu (liều test), nếu không có phản ứng phụ, truyền 500ml/ngày với tốc độ tới 100ml/h
- Lấy máu XN triglyceride sau khi kết thúc truyền 6h

Nuôi dưỡng bằng đường TM trung tâm:

- Truyền 40-50ml/h dung dịch acid amin + Glucose trong 24h đầu, tăng dần tốc độ hàng ngày từng 40ml/h tới khi cung cấp được 1,3 - 2 x nhu cầu năng lượng cơ bản và 1,2 -1,7g protein/kg/ngày (sử dụng công thức ở cuối sách)

Dung dịch chuẩn:

(Điều chỉnh dinh dưỡng hoàn toàn bằng đường TM nếu cần để duy trì các điện giải bình thường tùy thuộc vào tình trạng LS của BN)

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Dung dịch Acid amin (aminosyn) 7-10% | 500 ml |
| Glucose 40 - 70% | 500 ml |
| Natri | 35 mEq |
| Kali | 36 mEq |

| | |
|--|--------------|
| Clo | 35 mEq |
| Canci | 4,5 mEq |
| Phospho | 9 mMol |
| Magie | 8 mEq |
| Acetate | 82 -104 mEq |
| Các yếu tố vi lượng | 1 ml/ngày |
| Insulin nhanh (nếu có chỉ định) | 10-60 U/l |
| Hỗn hợp vitamin (12 loại) (2 ống) | 10 ml/ngày |
| Vitamin K (dung dịch, tiêm dd hoặc tb) | 10 mg/tuần |
| Vitamin B12 | 1000 mg/tuần |

Nhũ tương mỡ

Intralipit 20% x 500ml/ngày IVPB trong túi với dung dịch chuẩn, tốc độ truyền 1 ml/min trong 15 phút, nếu không có phản ứng phụ, tăng lên 100ml/h. Định lượng Triglycerid vào 6 giờ cuối của đợt truyền, duy trì < 200mg%. Có thể sử dụng dung dịch Lipid như một dạng để cung cấp calo và/hoặc dự phòng tình trạng thiếu hụt acid béo tự do.

Dinh dưỡng hoàn toàn qua đường TM theo chu kỳ: Lịch trình 12h đêm: Giảm tốc độ truyền TM liên tục vào buổi sáng bằng cách giảm tốc độ xuống còn bằng 1/2 tốc độ ban đầu trong 1h. Giảm tốc độ thêm nữa xuống còn 1/2 trong 1h tiếp theo; sau đó ngừng truyền. XN đường máu mao mạch đầu ngón tay x 2h/lần. Tiếp tục dinh dưỡng theo đường TM vào buổi chiều. Giảm tốc độ khi bắt đầu và cuối chu kỳ. Tốc độ cuối cùng là 185 ml/h trong 9-10h với 2h giảm tốc độ truyền vào cuối mỗi lần truyền cho đạt tổng liều 2000ml.

Các thuốc chuyên khoa:

- Cimetidine 300mg TM 6-8h/lần
- Ranitidine 50mg TM 6-8h/lần
- Insulin nhanh theo phác đồ

XN :

- **XN cơ bản:** Lấy máu làm các XN như nêu ở dưới. Film XQ ngực, Film chụp không chuẩn bị để kiểm tra vị trí đặt catheter truyền
- **XN hàng ngày:** SMA7, Độ thẩm thấu máu, CTM, Cholesterol, Triglycerid (6h sau khi ngừng truyền), glucose niệu và tỷ trọng nước tiểu. Phospho, Ca, Magiê
- **XN hàng tuần khi có chỉ định:** Protein; sắt; Khả năng mang sắt toàn thể (TIBC); Transferrin, PT/PTT, Kẽm; Đồng, Vitamin B12, Acid folic. Urê và creatinin niệu 24h. Tiền albumin, protein mang retinol, albumin, protide toàn phần, SGOT/SGPT, Gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), phosphatase kiềm, LDH, amylase, bilirubin toàn phần

Nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa

Các biện pháp chung: Cân BN hàng ngày; Bilan dịch vào và ra. Ống xông nuôi dưỡng đặt qua mũi xuống tá tràng (Nasoduodenal feeding tube). Đầu giường nâng cao 30° trong quá trình cho ăn qua xông và 2h sau khi cho ăn xong. Định lượng glucose mao mạch đầu ngón tay 4 lần/ngày, Ghi nhận tình trạng nhu động ruột. Xem xét hội chẩn chuyên gia dinh dưỡng.

Dinh dưỡng đường tiêu hoá kiểu liều Bolus : Cho 50-100ml dung dịch nuôi dưỡng theo đường tiêu hóa (ví dụ: Osmolite, Pulmocare, Jevity) mỗi 3h vào lúc bắt đầu. Tăng lượng dùng mỗi lần thêm 50ml đến khi đạt liều tối đa là 250-300ml 3-4 h/lần; Cung cấp 30 Kcalo năng lượng không phải do protein cung cấp và 1,5g protein/kg/ngày. Trước mỗi lần cho ăn, đánh giá thể tích còn lại trong dạ dày, cho ăn chậm lại 1h nếu thể tích còn lại trong dạ dày > 100ml. Bơm tráng xông bằng 100ml nước lọc sau mỗi lần bơm cho ăn.

Truyền liên tục qua đường ruột: Bắt đầu dùng dung dịch nuôi dưỡng theo đường ruột (Osmolite, Pulmocare, Jevity) liều 30ml/h x 3h/lần vào lúc bắt đầu truyền. Đánh giá thể tích dịch nuôi dưỡng còn lại trong dạ dày 1h/lần trong 12h, sau đó 3 lần/ngày. Ngừng cho ăn qua xông dạ dày nếu thể tích còn lại trong dạ dày > 100ml. Tăng tốc độ truyền thêm 25-30ml/h trong từng khoảng thời gian 24h, nếu BN dung nạp tới khi đạt tốc độ cuối cùng là 50-100ml/h (1 calo/ml). Có thể cho thêm 3 thìa canh bột protein (Promix) vào mỗi 500ml dung dịch. Bơm tráng ống xông bằng 100ml nước 8 h/lần. Xét hội chẩn với chuyên gia dinh dưỡng nếu cần dinh dưỡng cho BN theo đường ruột dài ngày

Thuốc chuyên khoa :

- Metoclopramide (Reglan) 10-20mg uống, TB, TM hoặc bơm qua xông 6h/lần
- Cimetidin 300 mg uống x 3-4 lần/ngày hoặc 37,5-100 mg/h TM x 6-8h/lần **hoặc**
- Ranitidin 50mg TM 6-8h/lần hoặc 150mg uống x 2 lần/ngày

Thuốc điều trị triệu chứng

- Loperamide (Imodium): 2-4mg uống/ qua xông dạ dày x 6h/lần, tối đa 16mg/ngày nếu cần **hoặc**
- Diphenoxylate/ Atropin (Lomotil) 1-2 viên hoặc 5-10ml (2.5mg/5ml) uống/ Qua xông dạ dày x 4-6h/lần nếu cần, tối đa 12 viên/ngày
- Codein sulfat 30mg uống hoặc qua xông dạ dày x 6h/lần
- Kaopectate 30ml uống hoặc qua xông dạ dày x 8h/lần

25. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY THẬN CẤP

- Biết nhận định về lâm sàng, cận lâm sàng, các giai đoạn của suy thận cấp.
- Biết hỏi có thể phát hiện được nguyên nhân gây bệnh .

- Phát hiện được các biến chứng có thể xảy ra.
- Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc 1 bệnh nhân suy thận cấp.

2.Nhận định:

2.1. Nhận định lâm sàng:

- Nhận định các bất thường khi tiếp nhận người bệnh: phù da, kết giác mạc, chi, khó thở, ho khạc ra bọt hồng, rối loạn ý thức, co kéo, tím, vã mồ hôi, SpO2 giảm....
- Ý thức, M, HA, T⁰, nhịp tim trên máy theo dõi (biết các rối loạn nhịp do tăng kali máu như ngoại tâm thu thất, sóng T cao nhọn, rung thất...)
- Cân nặng cũ, hiện tại, mức độ phù.
- Số lượng nước tiểu/ ngày: thiếu niệu ≤ 400 ml/24giờ, vô niệu ≤ 100 ml/24giờ, đái nhiều > 3000 ml/ ngày, màu sắc, tính chất.
- Triệu chứng khác: nôn, ỉa chảy, xuất huyết, đau bụng, co giật...
- Dấu hiệu gợi ý nguyên nhân: giảm thể tích, sốc khác, bệnh hệ tiết niệu, nguyên nhân ngộ độc cấp (thuốc chuột, mật cá, ong đốt..)
- Nhận định bệnh nhân suy thận cấp ở giai đoạn nào.
- Tình trạng dinh dưỡng.
- Các kỹ thuật thay thế thận đang được thực hiện: lọc máu ngắt quãng, liên tục, lọc màng bụng.
- Tiền sử liên quan: thuốc (kháng sinh, đông y, chẹn cản quang tĩnh mạch, mật cá), tiếp xúc hoá chất (kim loại nặng, hoá chất..), tụt HA, sốc phản vệ, nhiễm trùng tiết niệu, u xơ tiền liệt tuyến, sỏi hệ tiết niệu

2.2. Nhận định cận lâm sàng: các bất thường khi lấy xét nghiệm về.

- Ure , creatinin, kali máu, rối loạn khác trên điện giải đồ.

- Công thức máu: HC, Hb, BC, TC, Hct
- Khí máu động mạch
- Xquang phổi.
- Điện tâm đồ.
- Các xét nghiệm liên quan đến nguyên nhân (độc chất, mất máu cấp...)

3. Lập kế hoạch chăm sóc:

3.1. Trong giai đoạn cấp: vô, thiếu niệu

- Theo dõi dấu hiệu thừa thể tích: phù, tăng cân, khó thở tăng, đờm hồng, ý thức thay đổi, CVP tăng.
- Phát hiện tăng kali máu: rối loạn nhịp tim, sóng T cao nhọn, ngừng tim.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn chung: ý thức, M, HA, nước tiểu, hô hấp, nhịp tim
- Bệnh nhân đang được lọc máu: theo dõi trong quá trình thực hiện kỹ thuật
- Theo dõi biểu hiện nhiễm khuẩn của bệnh hoặc nhiễm khuẩn bệnh viện, chú ý ở bệnh nhân có can thiệp mạch máu.
- Chế độ dinh dưỡng, nước điện giải cho suy thận cấp.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

3.2. Trong giai đoạn đái lại, đái nhiều:

- Cân nặng, cân bằng nước, điện giải, dấu hiệu mất nước, tụt huyết áp.
- Rối loạn điện giải: hạ Na máu, tăng, giảm K máu. Phát hiện tăng K máu do đái nhiều nhưng nước tiểu chưa cô đặc.
- Dinh dưỡng và chế độ ăn cho bệnh nhân suy thận cấp.

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

4.1 Giai đoạn vô, thiếu niệu.

4.1.1. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo y lệnh.

4.1.2. Theo dõi dấu hiệu thừa thể tích

- Cân nặng hàng ngày, tăng hay giảm cân.

- Phát hiện phù não: ý thức, điểm Glasgow.

- Ảnh hưởng trên tim mạch:

+ Phù phổi: khó thở tăng, tím, co kéo, vã mồ hôi, dịch phế quản (dịch hồng), SpO₂ thấp.

+ Theo dõi M, HA: tăng trong những trường hợp thừa nước nhiều, mạch nhanh, hoặc truy mạch, hôn mê.

+ CVP tăng.

- Tính cân bằng dịch vào-ra:

+Tổng dịch vào:

+ Dịch truyền +thuốc truyền TM + thuốc uống.

+ Ăn uống,

+Tổng dịch mất đi:

+ Nước tiểu/ 24giờ

+ Mất qua da, hơi thở 0,5-0,6 ml/kg/giờ, 600-720 ml/ngày (với 50kg)

+ Mất qua tiêu hoá, dịch qua các ống dẫn lưu.

+ Sốt cao: tăng 1⁰C mất thêm 13% nước

+ Dịch lấy từ thận nhân tạo.

4.1.3. Cân bằng điện giải, kiểm toan: trên lâm sàng và xem kết quả xét nghiệm.

* Các theo dõi:

+ Tăng kali máu, hạ canxi máu, : trên điện giải đồ hoặc khí máu

+ Toan chuyển hoá: trên khí máu

+ Rối loạn nhịp thở, thở sâu, tụt HA, trụy mạch.

* Thực hiện:

- Hạn chế kali trong thức ăn và thuốc cung cấp vào
- Làm các xét nghiệm theo y lệnh, phát hiện bất thường khi lấy xét nghiệm về..
- Làm điện tim, phát hiện các rối loạn nhịp tim và sóng T cao.
- Dùng các thuốc trao đổi ion kali theo chỉ định nếu cần
- Tiến hành các kỹ thuật lọc máu theo chỉ định

4.1.4. Chế độ dinh dưỡng cụ thể:

* Các theo dõi: chỉ số khối cơ, mức độ giảm cân nặng, phù dinh dưỡng, giảm protein, albumin máu.

* Thực hiện:

- Chế độ ăn cho suy thận cấp:

+ Năng lượng chính từ glucide, tổng năng lượng 30-35 kcal/kg/ngày (nếu không có tăng dị hoá)

+ Hạn chế protein và a xít amin: 0.65-1 g/kg/ngày. Bệnh nhân có lọc máu cấp và tăng dị hoá 1.2-1.5 g/kg/ngày

- Cho ăn đường miệng, hoặc ăn sữa, súp qua xông dạ dày hoặc đường TM
- Kiểm soát vệ sinh dinh dưỡng: nước pha sữa, loại sữa, súp.

4.1.5. Theo dõi nguy cơ nhiễm trùng:

* Theo dõi

- Mạch, nhiệt độ trung tâm
- Các chất xuất tiết, các chất ở các ống dẫn lưu: tính chất bất thường

* Thực hiện:

- Theo dõi nhiệt độ mỗi 3 giờ
- Chăm sóc hô hấp: theo dõi chất tiết, vỗ rung, tránh ứ đọng do nằm
- Theo dõi lâm sàng, các chất tiết, chất dịch dẫn lưu nếu có nghi ngờ.
- Thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, thay ga, băng vô trùng
- Đảm bảo vô trùng, chăm sóc hàng ngày vị trí kim chọc, phát hiện nhiễm trùng.
- Chăm sóc toàn diện da và các hốc tự nhiên khác.

4.2. Giai đoạn có nước tiểu lại.

- Theo dõi HA hàng ngày, phát hiện hạ HA do đái nhiều mất nước.
- Theo dõi tổng dịch vào- ra, đánh giá cân bằng nước thừa hay thiếu
- Báo kịp thời khi cân bằng dịch thay đổi.
- Thực hiện các y lệnh theo dõi, xét nghiệm hàng ngày, phát hiện các biến chứng.
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng tại vị trí catheter lọc máu.
- Theo dõi chế độ dinh dưỡng, tổng calo và protein/kg/ngày, ở giai đoạn creatinin máu giảm dần, tính lại độ suy thận và cân bằng nitơ, tăng protein/kg/ngày.

5. Đánh giá BN sau khi thực hiện CS:

- Các dấu hiệu sinh tồn chung, giai đoạn suy thận cấp, các biến chứng (rối loạn điện giải, toan kiềm, hô hấp..)?
- Cân bằng dịch và các dấu hiệu thừa dịch.
- Tình trạng dinh dưỡng và chế độ dinh dưỡng
- Tình trạng nhiễm trùng.
- Các kỹ thuật được thực hiện: loại kỹ thuật, hiệu quả, an toàn, biến chứng..

26. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN HẤP HỐI

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

1. Mở Đầu

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

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

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

.

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

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

1.2.1. Sự từ chối:

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

1.2.2. Sự tức giận:

Giai đoạn tức giận được thể hiện bằng nhiều cách, bệnh nhân có thể được biểu lộ bằng sự giận dữ với nhân viên bệnh viện hoặc người nhà vì một lý do nào đó.

Đây là sự phản ứng bình thường vì họ đang phản ứng với sự mất mát mà họ thấy từ trước.

1.2.3. Sự mặc cả.

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

1.2.4. Sự buồn rầu:

Giai đoạn này bệnh nhân bắt đầu đau đầu vì cái chết sắp xảy ra đối với mình, về những năm tháng mình không còn được sống nữa. Bệnh nhân bắt đầu kể về những cảm nghĩ từ đáy lòng và mong muốn có sự lắng nghe của những người điều dưỡng và của thân nhân.

1.2.5. Sự chấp nhận:

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

2. Chăm sóc bệnh nhân giai đoạn cuối.

2.1. Những nguyên tắc chăm sóc bệnh nhân:

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

2.2. Đáp ứng những nhu cầu cho bệnh nhân:

2.2.1. Đáp ứng nhu cầu cá nhân:

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

2.2.2. Đáp ứng nhu cầu về tư thế cho bệnh nhân:

Bệnh nhân hầu hết thích nằm ngửa, kê gối dưới đầu, dưới khoeo chân để cho bệnh nhân được thoải mái

Đối với những bệnh nhân vẫn còn tỉnh táo, điều dưỡng viên luôn luôn ở bệnh cạnh an ủi bệnh nhân.

Không nói những điều liên quan đến bệnh tật của bệnh nhân để bệnh nhân nghe thấy, vì sự nghe của bệnh nhân là một trong những giác quan cuối cùng trước khi chết.

2.2.4. Đáp ứng nhu cầu về thị giác.

Phòng của bệnh nhân đảm bảo sạch sẽ, thoáng khí bởi vì khi sắp chết sự nhìn nhận của bệnh nhân sẽ tan dần đi, một căn phòng tối om làm cho bệnh nhân sợ hãi.

2.2.5. Đáp ứng nhu cầu về dinh dưỡng:

Bệnh nhân cần thiết ăn lỏng, mềm, số lượng ít, ăn làm nhiều bữa trong ngày, nếu bệnh nhân không ăn được cho bệnh nhân ăn bằng ống thông hoặc truyền dịch.

2.2.6. Đáp ứng nhu cầu vệ sinh răng miệng.

Bệnh nhân cần được chăm sóc răng miệng, đặc biệt miệng bệnh nhân có thể bị khô vì bệnh nhân thở qua đường miệng.

Trong trường hợp này điều dưỡng có thể bôi mỡ glycerin vào môi bệnh nhân (bệnh nhân tiết nhiều đờm dãi phải hút đờm dãi cho bệnh nhân), nếu bệnh nhân có răng giả, điều dưỡng viên tháo răng giả ra làm vệ sinh xong lại lắp lại cho bệnh nhân (H.24).

2.2.7. Đáp ứng nhu cầu về bài tiết:

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

2.2.8. Đáp ứng nhu cầu về oxy liệu pháp:

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

2.2.9. Đáp ứng nhu cầu về tinh thần:

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

2.3. Đối với thân nhân.

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

- Khi có người nhà bệnh nhân điều dưỡng viên không được ngừng các công việc của mình trong việc chăm sóc bệnh nhân.

- Mọi công việc được thực hiện một cách nhẹ nhàng, nhanh gọn có hiệu quả.
- Không được chờ đợi đến khi gia đình bệnh nhân ra về mới chăm sóc, tránh người nhà nghĩ rằng bệnh nhân sắp chết nên điều dưỡng viên thờ ơ với bệnh nhân.
- Gia đình bệnh nhân có thể hỏi rất nhiều điều và điều dưỡng viên có thể trả lời những vấn đề trong phạm vi được phép.
- Trong khi chăm sóc bệnh nhân đôi khi điều dưỡng viên phải yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài, thông báo và giải thích cho thân nhân về việc mình cần làm.

Những người nhà đến và ở lâu với bệnh nhân, điều dưỡng viên có thể hướng dẫn dần giúp đỡ họ về nơi ăn ở, các điều kiện sinh hoạt...

Khi tiếp cận với gia đình bệnh nhân, điều dưỡng viên luôn luôn nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ.

3. Nhận biết những thay đổi của sự chết.

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

Sau đây là những dấu hiệu dẫn đến cái chết:

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

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

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

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

3.5. Sự thở chậm đi và khó thở hơn. Họng bị ứ đọng đờm, chất nhầy. Khi thở có thể gây ra âm thanh gọi là "tiếng nấc hấp hối".

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

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

3.8. Khi bệnh nhân sắp chết, điều dưỡng luôn có mặt bên cạnh bệnh nhân, phát hiện kịp thời các dấu hiệu và sự thay đổi về tình trạng của bệnh nhân. Báo cáo ngay cho điều dưỡng trưởng và bác sĩ biết mặc dù ở giai đoạn này điều dưỡng không thể làm được nhiều cho bệnh nhân nhưng sự có mặt thường xuyên sẽ là nguồn an ủi lớn đối với bệnh nhân và thân nhân.

4. Thực hiện các việc cần làm khi bệnh nhân tử vong

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

4.1. Chuẩn bị phương tiện.

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

4.2. Các bước tiến hành.

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

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

27. CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THƯỜNG

Trong điều trị có một số bệnh đòi hỏi người bệnh có một tư thế nằm đặc biệt. Mỗi tư thế này có những chỉ định rõ ràng nhằm tạo điều kiện thoải mái cho người bệnh, tránh được biến chứng; mặt khác còn giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị, chăm SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠT KẾT QUẢ TỐT.

1. Đại cương

Trong điều trị có một số bệnh đòi hỏi người bệnh có một tư thế nằm đặc biệt. Mỗi tư thế này có những chỉ định rõ ràng nhằm tạo điều kiện thoải mái cho người bệnh, tránh được biến chứng; mặt khác còn giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị, chăm SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠT KẾT QUẢ TỐT.

2. Các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường

* *Chuẩn bị người bệnh:* Giải thích và hướng dẫn cho bệnh nhân biết trước khi tiến hành đặt bệnh nhân vào tư thế đúng.

* *Chuẩn bị dụng cụ:*

- Gối đủ loại: gối cứng, gối mềm, gối hình trụ.

- Vòng đệm chống loét các loại (vòng cao su bơm hơi, vòng bông)

2.1. Tư thế nằm ngửa thẳng:

2.1.1. *Trường hợp áp dụng:* Tư thế trị liệu sau ngất, sốc, chóng mặt, xuất huyết nhẹ.

2.1.2. *Trường hợp không áp dụng:* bệnh nhân hôn mê, bệnh nhân nôn (sợ chất nôn lạc đường).

2.1.3. Tiến hành

Đặt bệnh nhân nằm thẳng lưng, đầu không có gối, chân duỗi thẳng, bàn chân vuông góc với cẳng chân

2.2. Tư thế nằm ngửa đầu thấp nghiêng về một bên.

2.2.1. Trường hợp áp dụng

- + Sau xuất huyết đề phòng ngất, sốc.
- + Sau chọc ống sống
- + Lao đốt sống cổ.
- + Kéo duỗi trong trường hợp gãy xương đùi.

2.2.2. Trường hợp không áp dụng: bệnh nhân hôn mê, bệnh nhân nôn (sợ chất nôn lạc đường)

2.2.3. Tiến hành:

Đặt bệnh nhân nằm thẳng trên giường, đầu không gối, chân giường phía chân bệnh nhân được kê cao tùy theo chỉ định. Cũng có thể kê gối dưới vai bệnh nhân và kê cao 2 cẳng chân bệnh nhân bằng một gối to. (H.40)

2.3. Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao.

2.3.1. Trường hợp áp dụng:

- + Bệnh đường hô hấp - bệnh tim
- + Thời kỳ dưỡng bệnh, người già.

2.3.2. Trường hợp không áp dụng:

- + Bệnh nhân có rối loạn về nuốt.
- + Bệnh nhân ho khó khăn.
- + Bệnh nhân hôn mê, sau gây mê

2.3.3. Tiến hành:

Nâng đầu lên, cho bệnh nhân nằm ngửa kê gối dưới đầu và vai bệnh nhân. Chân hơi co, dưới khoeo chân kê một gối tròn, dài. Trường hợp bệnh nhân nằm lâu nên lót một vòng đệm chống loét dưới mông (H.41).

2.4. Tư thế nửa nằm - nửa ngồi (Fowler)

2.4.1. Trường hợp áp dụng:

- + Sau một số phẫu thuật ở bụng
- + Bệnh đường hô hấp, bệnh tim

2.4.2. Trường hợp không áp dụng: như đã nói ở mục 2.3.2

2.4.3. Tiến hành:

- Một người phụ nâng bệnh nhân ngồi dậy.
- Nâng cao phía đầu giường lên từ 40° - 50° .
- Để gối lên phía đầu, đỡ bệnh nhân nằm nhẹ nhàng ngả đầu lên gối.
- Lót vòng đệm cao su dưới mông bệnh nhân (nếu cần)
- Đặt ruột gối cứng ở phía cuối giường cho bệnh nhân tỳ chân lên để bàn chân khỏi đổ về tư thế xấu.

* *Chú ý:* Trường hợp bệnh nhân bị bệnh tim nặng hoặc hen suyễn bệnh nhân ngủ ở tư thế ngồi, dùng gối chõng lên bàn con đặt trên giường để bệnh nhân đặt tay và dựa ngực vào gối cho thoải mái (H.42).

2.5. Tư thế nằm sấp (H.43)

2.5.1. Trường hợp áp dụng:

- + Loét ép vùng lưng, vùng cụt.
- + Chướng hơi ở bụng.

2.5.2. Tiến hành:

Điều dưỡng đứng ở một bên giường, đặt bệnh nhân nằm ngửa sát bên giường đối diện, tay bệnh nhân để sát lưng, 2 chân bệnh nhân bắt chéo nhau.

- Điều dưỡng viên đặt 1 tay ở bả vai, 1 tay ở mông bệnh nhân.

- Lật nghiêng bệnh nhân về phía mình và nhẹ nhàng đặt bệnh nhân nằm sấp đầu nghiêng về một bên, một bên mặt đặt lên gối mềm để 2 tay bệnh nhân đặt lên gối phía đầu. (Nếu bệnh nhân nặng cần có thêm một người phụ).

2.6. Tư thế nằm nghiêng sang phải hoặc sang trái

2.6.1. Trường hợp áp dụng

+ Nghỉ ngơi

+ Bệnh nhân viêm màng phổi (nghiêng về phía viêm, mổ thận, mổ phần cuối đại tràng)

2.6.2. Tiến hành

- Điều dưỡng đứng ở một bên giường

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa sát bên giường đối diện

- Điều dưỡng đặt một tay ở vai - một tay ở hông bệnh nhân.

- Lật bệnh nhân nghiêng về phía mình, đầu có thể gối hoặc không, chân trên co nhiều chân dưới co hoặc duỗi thẳng (hai chân không được đè lên nhau (H.44)

3. GIÚP BỆNH NHÂN NGỒI DẬY

3.1. Mục đích:

- Giúp cho máu lưu thông và điều hòa trong cơ thể.

- Ngăn ngừa các biến chứng như viêm phổi, tắc mạch, biến dạng cơ thể, loét ép.

- Tạo sự thoải mái cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân chóng bình phục, nhất là những bệnh nhân sau mổ, bệnh nhân nặng nằm lâu lần đầu tiên ngồi dậy.

3.2. Quy trình kỹ thuật:

Thông báo và hướng dẫn cho bệnh nhân biết để cùng cộng tác.

- Giúp bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa về một bên giường.

- Điều chỉnh giường ngay ngắn - cao ở mức độ vừa phải - kiểm tra lại các chốt khóa bánh xe (nếu có).

Hướng dẫn bệnh nhân để 2 tay ở 2 bên, lòng bàn tay tỳ vào mặt giường (bệnh nhân có thể sử dụng 2 tay đẩy người lên cộng tác với điều dưỡng viên khi ngồi dậy).

- Điều dưỡng viên ở một bên giường phía bệnh nhân nằm, mặt hướng về phía đầu giường.

- Đối với bệnh nhân không cộng tác được thì điều dưỡng viên luồn một tay dưới bả vai và sâu dưới lưng bệnh nhân, tay kia tỳ bàn tay trên mặt giường (để giữ thẳng bằng) (H.45)

- Trường hợp bệnh nhân có thể cộng tác được, tay điều dưỡng viên và tay bệnh nhân bám vào mặt sau cánh tay của nhau. Khuỷu tay điều dưỡng tỳ xuống mặt giường khi nâng bệnh nhân, bàn tay kia của bệnh nhân úp xuống mặt giường hợp đồng động tác đẩy người lên (H.46)

- Chọn thế đứng thoải mái chân gần sát giường bệnh nhân, chân trước cách chân sau khoảng 1 bước (thế đứng như vậy giúp cho việc giữ thẳng bằng và không bị vẹo người).

- Đỡ bệnh nhân ngồi dậy bằng cách chùng đầu gối lại, hướng về phía trước để trọng lượng dồn vào chân sau đồng thời bệnh nhân đẩy tay ngồi dậy (chân để như vậy giúp thẳng bằng vận động nhẹ nhàng. Điều dưỡng dùng trọng lượng của cơ thể mình để đỡ bệnh nhân)

- Một tay điều dưỡng để dưới khoeo chân một tay đỡ vai, xoay nhẹ nhàng bệnh nhân và cho bệnh nhân thõng 2 chân xuống

- Quan sát sắc mặt, đếm mạch, hỏi bệnh nhân có chóng mặt không, nếu mạch trên 100 lần/1 phút ở bệnh nhân là người LỚN THÌ CHO BỆNH NHÂN NÀM XUỐNG.

4. DI CHUYỂN BỆNH NHÂN Từ giường RA GHẾ

Trước khi tiến hành kỹ thuật này, người điều dưỡng phải chuẩn bị ghế tựa (hay xe đẩy có bánh xe), ghế cao vừa phải, tiện lợi, thoải mái cho người bệnh ngồi. Bệnh nhân cần phải được mặc quần áo đầy đủ, có giày hoặc dép (những thứ này phải được mang, mặc trong khi bệnh nhân ngồi ở giường).

4.1. Quy trình kỹ thuật.

1- Thông báo giải thích cho bệnh nhân

- Để ghế bên cạnh giường, lưng ghế hướng về phía cuối giường. Nếu bệnh nhân chỉ đi được một chân thì để ghế cạnh chân đó.

- Nếu ghế có bánh xe (xe lăn) thì khóa bánh xe lại để xe khỏi di động.

2- Hạ thấp giường tới mức có thể và kiểm tra chốt khóa bánh xe (nếu có). Nếu giường không hạ thấp được, bệnh nhân không thể với chân xuống nền nhà thì phải chuẩn bị bục để chân, để bệnh nhân bước xuống dễ dàng.

3- Điều dưỡng đứng dạng chân đối mặt với bệnh nhân, chân trước chân sau, chùng gối và hông (thế đứng như vậy làm cho vững vàng giữ thăng bằng khi cử động và người không bị vấp).

4- Điều dưỡng viên đặt 2 tay vào 2 bên thắt lưng bệnh nhân, 2 tay bệnh nhân lên vai điều dưỡng viên, điều dưỡng hơi nhún mình xuống để đưa bệnh nhân ra khỏi giường. Xoay người lại, đầu gối của điều dưỡng tỳ vào đầu gối bệnh nhân để bệnh nhân khỏi ngã.

5- Giúp bệnh nhân hạ thấp người, ngồi xuống ghế ngay ngắn đúng tư thế. Chẹn gối vùng thắt lưng và gáy cho bệnh nhân.

6- Trường hợp bệnh nhân không đi được: cho bệnh nhân phương tiện giải trí sách báo khi ngồi.

Trường hợp bệnh nhân đi được, điều dưỡng dìu bệnh nhân đi lại (tay trái điều dưỡng xốc nách trái bệnh nhân, tay phải luồn qua lưng đỡ hông dìu bệnh nhân đi).

Sau khi đi xong đưa bệnh nhân về giường, đặt bệnh nhân nằm đúng tư thế.

7- Quan sát tình trạng bệnh nhân.

Chuyển bệnh nhân từ ghế lên giường thì làm động tác ngược lại

| Quy trình | Có | Không |
|--|----|-------|
| 1. Giải thích thông báo cho bệnh nhân | | |
| 2. Để ghế cạnh giường, khóa bánh xe nếu cần. | | |
| 3. Hạ thấp giường | | |
| 4. Điều dưỡng đứng dạng chân đối mặt với bệnh nhân | | |
| 5. Điều dưỡng đặt 2 tay vào 2 bên thắt lưng bệnh nhân, 2 tay bệnh nhân đặt lên 2 vai điều dưỡng giúp bệnh nhân đứng dậy. | | |
| 6. Điều dưỡng giúp bệnh nhân ngồi xuống ghế ngay ngắn. | | |
| 7. bệnh nhân đi được, điều dưỡng giúp bệnh nhân đi lại. | | |
| Đặt bệnh nhân về giường đúng tư thế. | | |
| Quan sát tình trạng bệnh nhân. | | |

28. CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP - TUẦN HOÀN

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, chân cao hơn đầu. Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván hoặc khay dưới lưng.

1. phương PHÁP ép TIM NGOÀI LỒNG NGỰC.

1.1. MỤC ĐÍCH

ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng ép lên 1/3 dưới của xương ức. Tim được ép giữa xương ức và xương sống nằm ở PHÍA SAU, GIÚP CHO SỰ LƯU THÔNG MÁU giữa tim, phổi, não và các tổ chức khác của cơ thể đồng thời kích thích ĐỂ TIM ĐẬP LẠI KHI TIM NGỪNG ĐẬP.

ép tim thường có hiệu quả hơn nếu tiến hành kết hợp với hô hấp nhân tạo.

1.2. Kỹ thuật tiến hành.

1.2.1. Chuẩn bị dụng cụ:

Một tấm ván hoặc một khay lớn rộng hơn lưng của nạn nhân.

1.2.2. Tiến hành

a) Đặt nạn nhân nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, chân cao hơn đầu. Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván hoặc khay dưới lưng.

b) Cấp cứu viên quỳ bên cạnh nạn nhân (ngang tim). (Cấp cứu viên đứng thán nằm trên giường).

c) Đặt bàn tay trái lên 1/3 dưới xương ức, hướng sang bên trái, bàn tay phải úp lên mu bàn tay trái, 2 tay duỗi thẳng hai vai hướng thẳng vào hai tay. Phải xác định rõ vị trí trước khi đặt tay lên ngực nạn nhân.

d) Dùng sức nặng của toàn thân ép xuống lồng ngực của nạn nhân nhịp nhàng, liên tục 60-80 lần/1 phút.

e) Khi phối hợp ép tim và thổi ngạt, cứ 5 lần ép tim thì thổi ngạt 1 lần. Phương pháp này cần có 2 người.

f) Kiên trì ép cho đến khi tim đập trở lại. Khi cần thiết có thể thay người khác, nhưng phải đảm bảo liên tục.

g) Trong khi cấp cứu phải theo dõi sắc mặt, mạch, đồng tử của nạn nhân. Sau 60 phút tim không đập trở lại, đồng tử giãn to thì thôi.

h) Khi tim đã đập trở lại, toàn trạng ổn định, cho nạn nhân nằm thoải mái, đắp ấm và tiếp tục theo dõi mạch, nhịp thở của nạn nhân.

1.2.3. Ghi hồ sơ.

a) Tình trạng nạn nhân trước, trong và sau khi ép tim

b) Thời gian tiến hành

c) Tên người tiến hành

1.2.4. Những điểm cần lưu ý

- Cấp cứu ép tim ngoài lồng ngực phải được tiến hành ngay tức khắc, tại chỗ và liên tục.

- Trong khi tiến hành tay của cấp cứu viên không được nhắc rời khỏi lồng ngực nạn nhân (đề phòng sai vị trí tay) ép 80 lần/ 1 phút.

- Đối với trẻ em từ 1 tuổi đến 8 tuổi chỉ cần dùng 1 tay ÉP TỪ 80-100 LẦN/1 PHÚT.

2. PHƯƠNG PHÁP THỐI NGẠT.

2.1. Đại cương.

Thối ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột do nhiều nhân khác nhau gây nên: sập hầm, điện giật, trúng độc... nhưng tim vẫn còn đập.

Thối ngạt được tiến hành bằng cách người cứu nạn thổi trực tiếp hơi của mình qua mồm người bị nạn.

2.2. Kỹ thuật

2.2.1. Dụng cụ

- Gạc miếng, khăn hoặc vải sạch

- Gối, chăn hoặc vải trải giường

2.2.2. Tiến hành

a) Làm thông đường hô hấp trên (H. 185)

- Đặt nạn nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- Dùng một nút gạc chèn giữa 2 hàm răng phía má để miệng nạn nhân mở ra.
- Dùng ngón tay trở cuốn gạc móc đờm dãi, lấy hết ngoại vật, răng giả, nếu có.

b) Nới rộng quần áo, thắt lưng, cravat, áo lót phụ nữ.

c) Kê gối dưới vai để đầu ngửa ra phía sau (làm thông đường hô hấp)

d) Cấp cứu viên quỳ một bên ngang đầu nạn nhân, hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường.

e) Một tay đặt dưới cằm, đẩy cằm ra phía trước, lên trên. Tay kia đặt lên trán nạn nhân, ngón trở và ngón cái bịt mũi nạn nhân khi thổi vào.

f) Cấp cứu viên hít vào thật sâu rồi áp miệng mình vào miệng nạn nhân và thổi mạnh, đồng thời quan sát lồng ngực nạn nhân xem có phồng lên, xẹp xuống theo nhịp thổi không (H.186)

Phải đảm bảo miệng mình trùm kín lên miệng nạn nhân. Lúc bắt đầu thổi nên thổi tiếp 5 lần liền để phổi nạn nhân có nhiều oxy.

Nếu không thấy lồng ngực nạn nhân phồng lên trong khi thổi vào, phải kiểm tra lại tư thế của đầu và cằm, xem đường hô hấp có thông không.

g) Ngẩng đầu hít vào thật sâu đồng thời bỏ tay bịt mũi nạn nhân.

h) Tiếp tục thổi 15-20 lần/phút cho người lớn, 20-25 lần/phút cho trẻ em, 30-40 lần/phút cho trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh, thổi cho đến khi nạn nhân tự thở lại được. Khi cần thay đổi người khác cần phải duy trì động tác, không được để gián đoạn.

i) Lấy gối dưới vai ra, cho nạn nhân nằm thoải mái và đắp ấm.

j) Theo dõi sát mạch, nhịp thở và chăm sóc nạn nhân cho đến khi tình trạng ổn định.

Lau mồm, mặt cho nạn nhân.

2.2.3. Thu dọn và bảo quản dụng cụ

- Thu dọn gối, chăn hoặc vải trải gửi đi giặt.
- Đổ bỏ gạc bẩn và những ngoại vật lấy ra từ nạn nhân.

2.2.4. Ghi hồ sơ

- Tình trạng nạn nhân trước, trong và sau khi thổi ngạt.
- Thời gian thổi ngạt
- Tên người thực hiện

2.2.5. Những điểm cần lưu ý

- a) Kỹ thuật thổi ngạt cần được thực hiện ngay tức khắc, tại chỗ và liên tục.
- b) Trong khi thổi ngạt phải đồng thời theo dõi mạch, đồng tử của nạn nhân để kết hợp đánh giá tình trạng nạn nhân.
- c) Đối với trẻ nhỏ: miệng của cấp cứu viên có thể trùm kín cả miệng và mũi của trẻ nhưng thổi với nhịp nhanh hơn và nhẹ hơn.
- d) Luôn luôn đảm bảo đường thở được thông suốt.

3. phỔi hỢp ép tim và thỔi ngAt

Khi xác định một bệnh nhân ngừng tuần hoàn, người điều dưỡng cần làm theo các bước sau:

3.1. Để bệnh nhân nằm trên nền cứng.

3.2. Khai thông hô hấp.

- Để bệnh nhân nằm ngửa đầu tối đa
- Móc đờm, dãi, dị vật (răng giả) trong miệng bệnh nhân.

3.3. Dùng nắm đấm bàn tay đấm 5 lần vào giữa điểm 1/3 dưới xương ức với độ cao tay đấm 50cm. Ngay sau khi đấm, bắt mạch bẹn hoặc cổ nếu thấy có mạch thì đấm tiếp tục (thay ép tim) với tần số 60-80 lần/phút.

3.4. Thổi ngạt (hoặc bóp bóng ambu) tần số 15-20.

3.5. Phối hợp giữa ép tim và (bóp bóng) thổi ngạt:

3.5.1. Phương pháp chỉ có 1 người: thổi ngạt 2 lần rồi ép tim 15 lần; thổi ngạt 2 lần, ép tim 15 lần. Làm như vậy ép với tần số 80 lần/phút.

3.5.2. Phương pháp 2 người: 1 người thổi ngạt, 1 người ép tim phối hợp nhịp nhàng sao cho ép tim và thổi ngạt không được tiến hành cùng một lúc. Cứ 5 lần ép tim 1 lần thổi ngạt. Tần số ép tim 60-80 lần/phút.

Thời gian cấp cứu: nếu xử trí đúng quy cách mà tim không đập lại, đồng tử giãn to sau 60 phút, ngừng cấp cứu.

29. MỘT SỐ CHẾ ĐỘ ĂN THEO TRẠNG THÁI BỆNH LÝ

ăn uống rất quan trọng đối với người lành và càng quan trọng hơn đối với người bệnh. Trẻ em ăn đủ mới lớn được, người bệnh có ăn mới có sức chống đỡ với bệnh và sức khỏe mới mau hồi phục

1. Đại CUƠNG.

. Tuy nhiên chế độ ăn cho các loại bệnh có khác nhau, không theo đúng chế độ đó có thể làm bệnh lâu khỏi hay nặng thêm. Vì vậy một trong những nhiệm vụ của người điều dưỡng là phải hướng dẫn người bệnh ăn uống theo đúng y lệnh.

2. MỘT SỐ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ.

2.1. Chế độ ăn hạn chế sợi và xơ

2.1.1 Chỉ định:

- Bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng
- Viêm ruột
- Một số bệnh khác có tổn thương đường ruột (cọ xát kích thích niêm mạc gây đau chảy máu, lên men chua, sinh nhiều hơi).

2.1.2. Nên tránh các thức ăn

- Đậu đỗ các loại (đậu xanh, đậu đen, đậu trắng, v.v...)
- Sắn, ngô, khoai phơi khô.
- Cá rán, khoai rán, thịt nguội có nhiều gân, sụn
- Rau, dưa
- Hoa quả có nhiều bã: dưa, lê, táo

2.1.3 Các chế độ ăn.

- Hạn chế tuyệt đối: chỉ ăn sữa, cháo bột.
- Hạn chế vừa phải: cho ăn sữa, cháo, bột, trứng, khoai nghiền.
- Hạn chế ít: thêm thịt động vật non, chọn miếng nạc (bò bì, gân, bạc nhạc), băm nhỏ hầm nhừ, rau non.

2.2. Chế độ ăn hạn chế chất béo.

2.2.1 Chỉ định:

- Bệnh về gan, mật (viêm túi mật, sỏi mật, tắc ống dẫn mật)
- Bệnh về gan (viêm gan, suy gan)
- Cao huyết áp.

2.2.2 Chế độ ăn chủ yếu.

Đạm, rau quả, đường

2.3 Chế độ ăn hạn chế muối.

2.3.1 Chỉ định:

- Phù cấp, mạn trong các bệnh viêm cầu thận, thận nhiễm mỡ, suy tim các giai đoạn.

2.3.2 Nên tránh các thức ăn có muối.

Cá bẻ, sữa bò, trứng, rau muống, cà rốt.

2.3.3. Các chế độ ăn.

- Hạn chế muối tuyệt đối: Thức ăn không cho muối và tránh những thức ăn có muối, ăn cháo đường, sữa đậu nành, rau cải luộc, nước hoa quả.

- Hạn chế muối tương đối: Nấu không cho muối nhưng được dùng thực phẩm có sẵn muối như thịt, trứng, sữa, rau muống.

2.4 Chế độ ăn giảm protid.

2.4.1 Chỉ định: Urê huyết cao, đặc biệt trong viêm thận.

- Tăng urê huyết cấp tính phải giảm protid xuống 20g đến 10 gam/1 ngày hoặc bỏ hẳn protid.

- Tăng urê huyết mạn tính 30g-40g/ngày hoặc cho protid gấp 3 lần urê thải ra.

2.4.2 Chế độ ăn giảm protid thường dùng các thức ăn loại có nhiều glucid như: bánh mì, khoai, nước quả, bơ và một ít thức ăn loại có nhiều protid như: thịt, bột đậu nành.

2.5. Chế độ ăn tăng protid.

2.5.1. Chỉ định: Hồi sức sau mổ, trước mổ, suy dinh dưỡng

2.5.2 Chế độ ăn:

- Mức thấp cho 1,5 gam protid/1kg cơ thể x 2 tuần

- Mức cao cho 2g protid/1 kg cơ thể x 2 tuần - Cho ăn protid động vật và thực vật để dễ hấp thu.

2.6. Chế độ ăn trong bệnh đái tháo đường:

Thường do nhược năng tuyến tụy nên rối loạn chuyển hóa đường: đường huyết cao và trong nước tiểu có đường.

2.6.1 Nguyên tắc xây dựng chế độ ăn:

- Đảm bảo vừa đủ số calo cần thiết, không nên cho quá 30 calo cho 1 kilogram cơ thể.

- Hạn chế glucid tới mức tối đa, cho bệnh nhân ăn 100g gạo/1 ngày

- Tăng protid 1 - 1,5g/kg cơ thể

- Lipid có thể cho như mức bình thường hoặc cao hơn một chút.

2.6.2. Thức ăn thích hợp với bệnh đái tháo đường.

- Thức ăn không có glucid: thịt, cá, trứng, đậu phụ

- Thức ăn có rất ít glucid (khoảng 3%) rau tươi, cải, súp lơ, dưa chuột, bầu, bí, măng, xà lách, cà chua, giá đỗ, hành tỏi tươi, v.v...

Cho bệnh nhân ăn thức ăn trên, ngoài ra cho ăn các loại ngũ cốc như gạo, khoai, sắn, mì, đường, các hoa quả ngọt đều là những thức ăn cần phải kiểm soát chặt chẽ vì là những chất có tỷ lệ glucid cao.

2.7. Chế độ ăn của bệnh nhân mổ

2.7.1 Trước mổ

- Xa ngày mổ: ăn nhiều protid, glucid, nước, cho nhiều calo

- 2-3 ngày trước mổ: chế độ ăn không có bã, giảm calo xuống 1/3 và không dùng sữa.

- Ngày mổ: Bệnh nhân nhịn ăn, uống ít nước.

2.7.2 Sau mổ

- 3-4 ngày: Truyền dung dịch muối, đường, truyền máu hay huyết tương.
- Mổ ở ngoài đường tiêu hóa: uống ít nước chè loãng pha đường, nước rau, nước quả.
- Từ ngày thứ 3-4 trở đi (đã trung tiện):
 - + Mổ ở ngoài tiêu hóa: ăn lỏng, ít calo, ít protid, glucid, lipid, nhiều vitamin, muối khoáng, tăng dần.
 - + Mổ ngoài đường tiêu hóa: cho ăn dần để thay thế tiêm truyền, thức ăn lỏng tăng dần calo và protid.
- Phục hồi sức khỏe: Chế độ ăn bồi dưỡng với số calo tăng dần từ 1600 đến 2000, 3000 calo, protid 1-1,5-2g/1 kg cơ thể.

30. KHỬ KHUẨN - TIỆT KHUẨN

Tẩy uế

Định nghĩa: Là quá trình xử lý cho các vật dụng vệ sinh trở nên an toàn hơn (sạch hơn) trước khi cọ rửa.

Quy trình tẩy uế:

- Đeo găng tay bảo hộ.
- Tráng các vật dụng bằng nước lạnh.
- Ngâm các vật dụng trong dung dịch tẩy chlorin trong 10 phút.
- Lấy các vật dụng ra và tráng ngay bằng nước lạnh để tránh sự ăn mòn dụng cụ.
- Cọ rửa, làm vệ sinh theo thường quy.

3. Cọ rửa

Định nghĩa: Là quá trình cơ học để loại bỏ máu/dịch cơ thể hay các vật thể lạ (như bụi, đất) ra khỏi bề mặt vật dụng hoặc da.

Quy trình:

- Tẩy uế.
- Cọ rửa dưới vòi nước chảy:
 - + Với vật dụng kim loại hoặc bề mặt vật dụng: dùng bàn chải và nước xà phòng đánh cọ sau đó rửa nước sạch.
 - + Lòng ống thông: dùng que thông và nước xà phòng thông thụt hoặc dùng bơm phụt.
 - + Găng tay cao su: dùng tay vò với nước xà phòng.
 - + Đồ gỗ, sàn nhà, tường, bề ngoài các thùng nhựa... dùng bàn chải, xà phòng.

4. SÁT KHUẨN

Định nghĩa: Là sự tiêu diệt hay kiềm chế sự phát triển của các vi sinh vật trên da hay các tổ chức khác của cơ thể.

4.1. Nhân viên cần sát khuẩn khi:

- Có sự nhiễm bẩn các chất xuất tiết hoặc dịch máu.
- Khi có sự tiếp xúc với người bệnh, người được làm dịch vụ y tế hoặc khi làm một thủ thuật có khả năng lây nhiễm, hoặc khi tiếp xúc với đồ vật hay tài sản của người đó.

Quy trình:

- Lau rửa các vùng tiếp xúc nhất là đôi bàn tay bằng xà phòng và nước sạch trong 1 phút theo kỹ thuật quy định.
- Lau lại bằng gạc tẩm cồn rồi để khô.

4.2. Sát khuẩn cho bệnh nhân:

4.2.1 Sát khuẩn da: được thực hiện trước khi tiêm chọc, lấy máu hoặc sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương khi thay băng...

Quy trình:

- Dùng cồn 70? lau cọ da trong vòng 10 giây.
- Để tự khô da trong 30 giây.

Nếu da bẩn thì trước khi sát khuẩn phải cọ rửa bằng xà phòng và nước trước rồi để khô sau đó mới tiến hành sát khuẩn.

4.2.2 Sát khuẩn màng nhầy niêm mạc: dùng chất sát khuẩn tan trong nước như Iodophors (Betadine) hoặc clorexidin gluconat. Không bao giờ được dùng cồn vì có thể gây bỏng và kích thích niêm mạc, màng nhầy dẫn đến tình trạng tạo điều kiện cho sự phát triển của các vi sinh vật.

5. VÔ KHUẨN VÀ KỸ THUẬT VÔ KHUẨN.

Là làm giảm hoặc loại bỏ một số lượng lớn các vi sinh vật ở trên bề mặt của cơ thể sống (da và tế bào) và các vật dụng (dụng cụ tiểu phẫu, phẫu thuật).

6. KHỬ KHUẨN.

Định nghĩa: Là sự loại bỏ hầu hết các vi sinh vật gây bệnh ra khỏi các vật dụng trừ nha bào. Khử khuẩn có thể phân chia 3 mức độ: thấp (khử khuẩn dụng cụ tiếp xúc với các chất thải như bô, vịt, ống nhổ, túi đựng dịch dẫn lưu, sà), trung bình (dụng cụ tiếp xúc với người bệnh: ống nghe, nhiệt kế, mặt bàn, bát đĩa...), cao (ống soi mềm, ống soi thanh quản, ống nội khí quản, đèn soi thanh quản, ống thông dạ dày tá tràng...). Khử khuẩn ở mức độ cao được thông qua việc đun sôi hoặc sử dụng các hóa chất để loại trừ tất cả các vi sinh vật trừ một số vi khuẩn có nha bào.

Quy trình khử khuẩn:

6.1. Khử khuẩn bằng luộc sôi:

- Rửa sạch các dụng cụ.
- Đặt dụng cụ vào nồi luộc, đổ nước vào nồi sao cho ngập hết các dụng cụ. Nên luộc cùng một loại dụng cụ.
- Đun sôi trong 20 phút (tính từ khi bắt đầu sôi).
- Nếu nước đang sôi mà cho thêm dụng cụ vào thì phải tính lại thời gian kể từ khi nước bắt đầu sôi lại.
- Dùng kẹp vô khuẩn để lấy dụng cụ ra để vào trong hộp đã được tiệt khuẩn.

6.2. Khử khuẩn bằng hóa chất: là dùng dung dịch sát khuẩn, có thể được áp dụng khi cần xử lý nhanh các dụng cụ hoặc khi dụng cụ không chịu đựng được sức nóng hoặc khi không có nhiên liệu để đun sôi.

- Tẩy uế và cọ rửa đúng quy trình.
- Ngâm vào dung dịch khử khuẩn trong thời gian theo hướng dẫn sử dụng.
- Tráng sạch bằng nước chín.
- Để khô trong không khí.
- Đem dùng ngay hoặc bảo quản trong hộp vô khuẩn có nắp kín (1 tuần).

7. TIỆT KHUẨN

Định nghĩa: Là loại trừ tuyệt đối tất cả các vi sinh vật kể cả các vi khuẩn có nha bào ra khỏi dụng cụ.

Quy trình:

7.1. Tiệt khuẩn bằng sức nóng:

- Cọ rửa sạch các dụng cụ trước khi tiệt khuẩn.

- Tháo rời các bộ phận của dụng cụ càng tốt để có thể đảm bảo sự xâm nhập tốt nhất của hơi nóng (với những dụng cụ có nòng nhỏ như kim tiêm thì phải thông nòng bằng nước cất trước khi cho dụng cụ vào nồi hấp).

- Tuân thủ chặt chẽ theo hướng dẫn về vận hành và bảo dưỡng nồi hấp, lò sấy.

7.1.1. Tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm: là hấp dụng cụ dưới áp suất, đây là phương pháp tốt nhất cho tiệt khuẩn dụng cụ.

Dụng cụ cao su hấp ở nhiệt độ 120° C, áp suất 106 kPa trong 20 phút nếu không đóng gói và 30 phút nếu đóng gói.

Dụng cụ khác và đồ vải trong gói: 135° C trong 20 phút hoặc 120° C trong 30 phút.

Quá trình tiệt khuẩn trong nồi hấp gồm 4 giai đoạn:

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

- Giai đoạn 2: Tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm.

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

- Giai đoạn 4: Cân bằng áp suất (đưa không khí vào nồi hấp qua bộ lọc vi khuẩn).

1.2 Tiệt khuẩn bằng hơi nóng khô: Phương pháp này đòi hỏi thời gian dài hơn và nhiệt độ cao hơn cho nên chỉ phù hợp với loại dụng cụ thủy tinh và dụng cụ kim loại cùn.

Thời gian và nhiệt độ được tính từ khi nhiệt độ bắt đầu đạt yêu cầu:

180° C trong 30 phút

170° C trong 60 phút

160° C trong 120 phút.

7.2. Tiệt khuẩn bằng hóa chất:

Hiện nay sản phẩm có chất lượng cao có uy tín trên thế giới đó là dung dịch CIDEX. CIDEX (Glutredhyde 2%). Quy trình tiệt khuẩn giống như trình bày ở khử khuẩn nhưng thời gian kéo dài hơn nhiều (10 giờ).

Thực hiện từng bước của quy trình xử lý thật tỉ mỉ và liên tục theo tóm tắt.

8. BẢO QUẢN.

- Dụng cụ sau khi khử khuẩn tiệt khuẩn không đóng gói phải dùng ngay.
- Dụng cụ được đóng gói găng, đồ vải, quần áo có thể bảo quản được 1 tuần với điều kiện gói được đặt ở nơi khô ráo, không có bụi, không đụng chạm vào.
- Dụng cụ được đóng kín trong túi nylon có thể để được 1 tháng.
- Kho đựng dụng cụ phải được giữ mát, khô ráo, kín không bụi bặm.

Kết luận:

Khử khuẩn và tiệt khuẩn là các biện pháp ngăn ngừa nhiễm khuẩn cho người bệnh và nhân viên y tế trong quá trình khám và điều trị mỗi cán bộ y tế phải tuân thủ nghiêm ngặt quy định về khử khuẩn và tiệt khuẩn...

Sự nhiễm khuẩn

* Bộ gói vô khuẩn có thể bảo quản được một tuần, những đồ không đóng gói phải được bảo quản ở hộp vô khuẩn hay khử khuẩn và có nắp đậy kín.

31. DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ **MẢNG MỤC**

Mảng mục là một loại loét có tính chất hoại tử do kém dinh dưỡng ở một vùng của cơ thể gây nên. Mảng mục thường xuất hiện ở những bệnh nhân nặng phải nằm lâu, đặc biệt là lâu không trở mình, sức nặng của bản thân đè lên vùng da, cơ trong đó có huyết quản làm tuần hoàn khó lưu thông

1. Dự phòng và chăm sóc điều trị mảng mục

1.1 Nguyên nhân

, máu động mạch không đến được, gây thiếu dinh dưỡng, máu tĩnh mạch ứ lại gây sung huyết. Thêm vào đó, mồ hôi ra nhiều, đại tiểu tiện không tự chủ, vải trải giường không phẳng, giường cứng không có đệm cũng tạo điều kiện thuận lợi gây nên mảng mục.

1.2. Nguyên tắc dự phòng mảng mục, nguyên tắc cơ bản là tạo cho máu dễ lưu thông.

- Thường xuyên thay đổi tư thế cho bệnh nhân, tối đa 2 giờ/1 lần.
- Giữ gìn da khô, sạch, nhất là những vùng dễ bị mảng mục.
- Thường xuyên xoa bóp những vùng dễ bị mảng mục.

2. Các phương pháp phòng ngừa và điều trị mảng mục

2.1. Triệu chứng:

Tại những vị trí dễ bị mảng mục, trước hết người bệnh có cảm giác đau

- + Có một vùng đỏ dần lên do sung huyết.
- + Có nốt phỏng, nốt phỏng này thường vỡ sớm (trừ trường hợp ở gót chân do biểu bì quá dày).
- + Có vết trợt biểu bì, dưới vết trợt này da có màu đỏ bầm hoặc xanh nhạt sau đó đen lại.
- + Cảm giác của bệnh nhân tại vùng mảng mục giảm hẳn sờ vào thấy lạnh.
- + Cuối cùng để lại một vết loét sâu, to, bờ nhám nhờ màu đen rất khó điều trị.
- + Có thể bị bội nhiễm.

2.2. Phương pháp phòng ngừa

2.2.1. Giữ gìn da khô sạch, phát hiện vùng dễ bị mảng mục:

- Hàng ngày phải quan sát vùng dễ bị mảng mục

- Lau rửa sạch những vùng ẩm ướt, bẩn, vùng mông của những người đại tiểu tiện không tự chủ bằng xà phòng và nước ấm.

- Lau khô.

2.2.2. Thay đổi tư thế:

- Luôn thay đổi tư thế nằm 2 giờ/1 lần làm cho bệnh nhân thoải mái. Trong trường hợp đặc biệt có thể thay đổi tư thế bệnh nhân nhiều lần trong ngày theo chỉ định của thầy thuốc.

- Nếu da chỗ xương cụt bị đỏ lên, phải để bệnh nhân nằm nghiêng hoặc nằm sấp nhưng cần chú ý khi để bệnh nhân nằm nghiêng không được để lâu quá hai giờ. Vì da vùng ụ lớn xương đùi dễ bị tổn thương đồng thời phải lót giữa hai đầu gối bằng một gối êm.

- Đặt vòng bông ở những ụ xương khác (mắt cá, gót chân, bả vai)

- Ngoài ra, khi để nằm ngửa phải kê dưới lưng người bệnh một gối mềm và đặt vòng hơi cao su dưới mông (Bọc vòng hơi cao su bằng khăn vải). Khi cho bệnh nhân đi đại tiện phải lấy vải lót lên mép *bô*... kê cao bắp chân bằng gối mềm để giảm sức đè vào gót chân. Kéo phẳng đệm vải và vải trải giường, dùng khung chắn cũng góp phần vào việc đề phòng mẩn ngứa.

- Hiện nay người ta còn sử dụng đệm hơi (phao giường) bơm nước vào và đặt bệnh nhân liệt lên. Sức căng và sự di động của mặt nước trong đệm tạo thành áp lực thủy tĩnh tác động lên vùng da cơ thể bệnh nhân, có tác dụng như sóng mỗi khi có một lực tác động vào đệm.

2.2.3. Xoa bóp:

- Xoa bóp có tác dụng kích thích tuần hoàn có thể áp dụng ngay cả trường hợp trượt biểu bì hoặc có hoại thư.

- Trước hết + Rửa sạch tay

+ Rửa sạch vùng định xoa bóp bằng xà phòng sau đó xoa bóp với cồn và bột talc, xoa từ vùng có bắp cơ dày đến vùng dễ bị mẩn ngứa.

- Xoa khoảng 15 phút mỗi ngày 1-2 lần.
- Có thể kết hợp với tập cho bệnh nhân cử động để tránh tư thế xấu cho bệnh nhân về sau này.

2.3. Điều trị mảng mục.

2.3.1. Chuẩn bị dụng cụ:

2. Một khay dụng cụ bằng bó mảng mục:

- Các loại dung dịch sát khuẩn và thuốc theo chỉ định điều trị.
- Chậu nước ấm
- Xà phòng.
- Khăn bông to.
- Khăn nhỏ.
- Cồn 700, bột talc.
- Vòng hơi cao su.
- Vòng bông và khăn phủ.
- Đệm hơi hay đệm bông.
- Vải trải giường.

2.3.2. Tiến hành:

- Rửa sạch mảng mục như một vết thương, nếu mảng mục có tổ chức hoại tử, cần cắt lọc hết phần hoại tử, sau đó có thể nhỏ vài giọt insulin lên bề mặt mảng mục rồi đắp đường kính lên và thay đi khi đường tan.
- Đắp thuốc theo chỉ định điều trị.
- Băng lại hoặc để thoáng tùy theo tình trạng mảng mục.

Tùy trường hợp bác sĩ có thể cho:

- + Băng kín thấm hút.
- + Băng thoáng hơi.
- + Rọi bóng đèn, phơi nắng.
- + Chiếu tia cực tím.
- Xoa bóp vùng xung quanh mảng mục để kích thích tuần hoàn.

2.3.3. Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- Mang tất cả dụng cụ về phòng.
- Rửa sạch dụng cụ bằng xà phòng và nước:
- + Lau khô, cất vào chỗ cũ.
- + Đem tiệt khuẩn (nếu cần).

2.3.4. Ghi hồ sơ.

- Tình trạng của da. Những phát hiện mới nếu có.
- Tình trạng của mảng mục.
- Loại thuốc dùng.
- Các điều dặn dò (nếu cần)

2.3.5. Những điểm cần lưu ý:

- Nên phòng mảng mục hơn là trị mảng mục.
- Những bệnh nhân dễ bị mảng mục phải được nằm trên mặt phẳng êm và thay đổi tư thế, xoa bóp thường xuyên.
- Đặc biệt theo dõi để phát hiện sớm các dấu hiệu mảng mục.
- Giữ cho bệnh nhân được sạch sẽ và khô ráo ngay mỗi khi bẩn, ẩm ướt.
- Dinh dưỡng bệnh nhân: khẩu phần cần nhiều chất đạm và vitamin.

- Nên thay đổi vị trí các vòng, để lâu cũng gây mảng mục.

32. CHĂM SÓC TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Tai biến mạch máu não là nhóm bệnh gây tử vong đứng hàng thứ hai trên toàn cầu, đứng thứ ba sau các bệnh ung thư và tim tại các nước phát triển phương Tây.

Theo Mac Donald và cộng sự (2000), khoảng 0,2% dân số mắc tai biến mạch máu não và hơn 1% số người trên 65 tuổi bị bệnh này nhưng trong số những người sống sót sau tai biến mạch máu não có ít nhất một nửa bị tàn tật vĩnh viễn. Do đó việc điều trị, chăm sóc và dự phòng luôn có tính chất cấp thiết và thời sự.

Trong điều kiện hiện nay việc cứu chữa, chăm sóc, phục vụ bệnh nhân có liên quan đến nhiều chuyên khoa cũng như bao gồm y học hiện đại và y học cổ truyền.

Tuy nhiên nơi bệnh nhân tới ban đầu phần lớn là các cơ sở điều trị tại bệnh viện ở mọi tuyến. Vì vậy, những vấn đề cơ bản trong cứu chữa bệnh nhân nhằm hạn chế những điều kiện không có lợi cho quá trình tiến triển của tai biến mạch máu não cần được quán triệt ngay từ đầu. Bài viết này đề cập đến những điều đã được khuyến cáo tại mọi nước trên thế giới, nhằm bổ sung thông tin cần thiết cho cộng đồng cũng như cho cán bộ y tế trong các bệnh viện.

1. CƠ SỞ CHUYÊN MÔN

Tai biến mạch máu não trước hết phải được coi là một cấp cứu chủ yếu trong lĩnh vực nội khoa và đôi khi thuộc ngoại khoa cũng giống như nhồi máu cơ tim hay chấn thương sọ não. Vì vậy, đối với mọi trường hợp khả nghi, cần phải:

- Nhận biết nhanh chóng các dấu hiệu báo động của tai biến mạch máu não.
- Kịp thời chuyển bệnh nhân tới cơ sở cấp cứu gần nhất.
- Tại bệnh viện tiến hành ngay chẩn đoán và điều trị phù hợp.

Hiện nay ở nhiều nước và một số nơi trong nước ta đã tổ chức ra các cơ sở điều trị tai biến mạch máu não với nhiều tên gọi khác nhau như: Phòng Thần kinh Mạch máu, Đơn vị điều trị tai biến mạch máu não, Đơn vị / khoa đột quỵ não... Đây là nơi chủ yếu phục vụ bệnh nhân tai biến mạch máu não và trên nguyên lý bao gồm một đội ngũ nhiều chuyên ngành: điều trị nội khoa, điều dưỡng, trị liệu vật lý, liệu pháp hoạt động, liệu pháp ngôn ngữ. Như vậy bệnh nhân ngay từ khi vào viện sẽ được thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm cả chụp cắt lớp vi tính sọ não, lượng giá và đề ra kế hoạch chăm sóc, dự phòng biến chứng, xử trí và điều trị các rối loạn chuyển hoá, sớm triển khai phục hồi chức năng. Tuy nhiên không phải mọi bệnh viện đều có thể tổ chức ra các đơn vị như vậy, cho nên điều cần chú ý là nhiệm vụ của các đơn vị đó trước hết phải chẩn đoán và chăm sóc cấp cứu ban đầu, chứ không phải là một cơ sở điều trị tích cực. Mặt khác, nơi đó chủ yếu và ưu tiên dành cho bệnh nhân tai biến mạch máu não chứ không phải cho mọi trường hợp có cơn đột quỵ do động kinh, đột quỵ do say sóng, đột quỵ do xúc cảm tâm lý v.v..

2. THĂM KHÁM VÀ XÉT NGHIỆM

Trong cơ sở chuyên môn nói trên, người thầy thuốc phải có kiến thức nội khoa và tốt nhất là kiến thức thần kinh học để thăm khám lâm sàng, phát hiện các triệu chứng thần kinh khu trú và định hướng chẩn đoán. Đối với mọi trường hợp, cần phải khai thác bệnh sử, chú ý tiền sử các bệnh tim, các bệnh mạch máu não đã xảy ra từ trước nhất là các cơn thiếu máu thoáng qua, tình hình sử dụng thuốc, các bệnh hệ thống, các bệnh gia đình, các thói quen trong sinh hoạt, nề nếp lao động học tập và các yếu tố nguy cơ khác.

Trong thăm khám lâm sàng cần khám toàn thể, khám thần kinh có hệ thống, kiểm tra đáy mắt. Nên chú ý phát hiện tiếng thổi vùng mạch cảnh, vùng ổ mắt, sự đối xứng của mạch và huyết áp hai bên cơ thể.

Về mặt xét nghiệm cần biết số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, thời gian máu chảy, thời gian máu đông, tốc độ máu lắng. Về mặt sinh hoá cần kiểm tra đường huyết, urê huyết, creatinin, acid uric, các men gan, các chỉ số lipid máu, các chất điện giải v.v..

Cần tiến hành ghi điện tim, ghi điện não, chụp X quang tim phổi, siêu âm hệ mạch trong và ngoài sọ. Đối với kỹ thuật hình ảnh, trước hết cần chụp cắt lớp vi tính sọ não, Chụp cộng hưởng từ, chụp mạch máu não sẽ tiến hành khi có chỉ định để loại trừ các bệnh khác như u não, áp-xe não, viêm não, chấn thương sọ não, dị dạng mạch máu não v.. v

Cần cân nhắc khi muốn kiểm tra dịch não - tủy!

3. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO CẤP TÍNH.

Tai biến mạch máu não bao giờ cũng phải được coi là một tình trạng cấp tính vì “Thời gian là não” (Time is Brain!)

Có năm trọng tâm cần lưu ý là:

- Điều trị toàn trạng của bệnh nhân.
- Điều trị đặc biệt chú ý tới cơ chế sinh bệnh.
- Dự phòng và điều trị các biến chứng thần kinh hoặc nội khoa.
- Sớm tiến hành dự phòng cấp hai.
- Sớm phục hồi chức năng.

Đối với mọi trường hợp tai biến mạch máu não cần theo dõi sát trạng thái thần kinh và các chức năng sinh tồn (huyết áp, nhịp mạch, thân nhiệt, nhịp thở). Một số bệnh nhân trầm trọng có thể được theo dõi tại các phòng điều trị đặc biệt như Phòng hồi sức cấp cứu hoặc Phòng điều trị tích cực.

Điều trị toàn trạng của bệnh nhân bao gồm chăm sóc tim và phổi, điều chỉnh dịch và chuyển hoá, kiểm soát huyết áp và trạng thái tăng áp lực trong sọ nếu có. Đồng thời xử trí cơn động kinh và phòng ngừa tắc tĩnh mạch ở sâu, nhồi máu phổi, rối loạn nuốt, viêm phổi do nuốt sặc, nhiễm khuẩn và loét do tư thế.

Lượng oxy cung cấp qua ống thông đường mũi thường vào khoảng 2-4l/phút. áp lực tĩnh mạch trung tâm cần duy trì ở mức 8-10cm nước. Đối với trường hợp trước đã có tăng huyết áp, có thể giữ huyết áp tâm thu ở mức 180mmHg và huyết áp tâm trương 100 -105mmHg. Còn nói chung có thể duy trì ở mức 160-180/90-100mmHg. Đặc biệt không nên cho ngậm Nifedipin dưới lưỡi để tránh nguy cơ làm huyết áp bị giảm mạnh đột ngột và cả hiện tượng đoạt máu vùng thiếu máu. Gặp trường hợp huyết áp hạ ngay khi khởi phát tai biến mạch máu não cần cảnh giác là nhồi máu lớn, suy tim hoặc nhiễm khuẩn.

Nếu thấy lượng đường huyết từ 10mmol/l trở lên cần nghiên cứu sử dụng insulin. Còn nếu bệnh nhân bị hạ đường huyết có thể phải cho đường glucose 10-20% qua đường tĩnh mạch. Các trường hợp thân nhiệt vượt 37,5°C đều phải được xử lý vì ngoài nguyên nhân nhiễm khuẩn khi thân nhiệt tăng có thể làm gia tăng kích cỡ ổ nhồi máu ở não. Ngoài ra việc điều chỉnh dịch truyền và các chất điện giải cần được cân nhắc thận trọng căn cứ vào thực trạng của bệnh nhân.

Tình trạng phù não có thể xảy ra trong vòng 24-48 giờ đầu sau khi não bị thiếu máu; đặc biệt tình trạng tăng áp lực trong sọ có thể gây löt não trong vòng 2-4 ngày sau và nếu không được xử trí có thể dẫn đến tử vong. Do đó cần đảm bảo cho áp lực tưới máu não ở mức trên 70mmHg với tư thế để đầu bệnh nhân cao 30°, cung ứng đủ oxy và giữ thân nhiệt được bình ổn. Có thể cho dung dịch glycerol 10% theo đường tĩnh mạch hoặc dung dịch mannitol (25-30g cách 3-6 giờ một lần), cũng có thể cho dung dịch muối ưu trương 3% đường tĩnh mạch.

4. ỨNG DỤNG THỰC TẾ.

* ***Đối với thiếu máu não cục bộ mới***

- Bảo đảm cân bằng nước- điện giải.
- Giữ thông thoáng đường thở, đảm bảo hô hấp và cung lượng tim. Chỉ cho liệu pháp oxy khi thiếu máu là hậu quả của biến chứng hô hấp hoặc tim.
- Duy trì huyết áp ở mức thích hợp: nếu huyết áp hạ có thể cho truyền huyết tương hoặc Dextran trọng lượng phân tử thấp. Nếu huyết áp tăng: sử dụng thận

trọng hạ huyết áp khi huyết áp tâm trương vượt 120mmHg hoặc khi đã chắc chắn có bệnh não tăng huyết áp hoặc trường hợp bóc tách động mạch chủ.

- Nuôi dưỡng bình thường hoặc qua ống thông mũi – dạ dày.
- Khi có cơn co giật liên tiếp: sử dụng Phenytoin hoặc Carbamazepin.
- Không cần Corticoid.
- Thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu, prostacyclin không giúp ích gì trong giai đoạn cấp tính của tai biến mạch máu não .
- Thuốc tiêu sợi huyết không có hiệu lực. Các chất hoạt hoá mô của plasminogen đang còn được nghiên cứu, với những chỉ định khá chặt chẽ cụ thể.
- Cần tiếp tục nghiên cứu vai trò của piracetam, naftidrofuryl, yếu tố tăng trưởng thần kinh (NGF).
- Thuốc co mạch, giãn mạch, cung cấp oxy cho não và kích thích chuyển hoá chưa được chứng minh; ngược lại một số loại còn gây nguy hiểm cho bệnh nhân ở giai đoạn cấp.
- Không dùng barbiturat để gây mê hoặc giảm thân nhiệt.
- Hiện chưa rõ hiệu lực của chất đối kháng opi và pentoxifyllin.
- Các thuốc chẹn kênh calci, fluorocarbon và chất đối vận của N-methyl – D – aspartat (NMDA) đang được tiếp tục nghiên cứu.

*** Đối với trường hợp chảy máu não.**

- Cần đảm bảo cho đường thở được thông thoáng.
- Kiểm soát huyết áp: có thể giảm mức độ vừa.
- Theo dõi cân bằng nước - điện giải: nếu có suy tim cần xem xét việc sử dụng thuốc lợi tiểu và thuốc điều trị loạn nhịp tim.
- Người ta thường không khuyến cáo việc sử dụng mannitol hoặc glycerol vì có thể làm tăng trưởng khối máu tụ.

- Tuỳ theo vị trí và khối lượng của khối máu tụ cũng như tình trạng của bệnh nhân sẽ có chỉ định can thiệp phẫu thuật thần kinh.
- Nuôi dưỡng bằng đường thông mũi – dạ dày.
- Tăng cường phòng chống loét và bội nhiễm.

*** Đối với chảy máu dưới nhện.**

- Cần đề phòng chảy máu tái phát trong vòng 10 ngày đầu (tỷ lệ tới 20% bệnh nhân).
- Nằm nghỉ tại phòng nơi yên tĩnh, tránh táo bón, hoặc xúc cảm mạnh cũng như các hoạt động không cần thiết.
- Đảm bảo cân bằng nước - điện giải.
- Kiểm soát huyết áp.
- Có thể sử dụng thuốc chẹn calci – nimodipin, nicardipin.
- Có thể điều trị chống tiêu sợi huyết: dùng acid aminocaproic.
- Điều trị tăng huyết áp dai dẳng một cách thích hợp.

*** CHỈ ĐỊNH ĐẶC BIỆT: *Điều trị ngoại khoa***

- Khai thông động mạch cảnh và sống.
- Nối thông động mạch cảnh và sống.
- Nối thông động mạch cảnh đoạn ngoài sọ.
- Lấy máu tụ trong não.
- Xử trí vỡ túi phình mạch và dị dạng thông động – tĩnh mạch.

*** CHO MỌI TRƯỜNG HỢP: *Phục hồi chức năng*.**

- Y học hiện đại với các phương pháp phục hồi chức năng vận động sau liệt nửa người do tai biến mạch máu não (Đặc biệt là phương pháp Bobath).

- Y học cổ truyền với các phương pháp châm cứu, điện châm, bấm huyệt, bài thuốc v ..v ..

5. DỰ PHÒNG.

Trước hết cần xem xét các yếu tố nguy cơ để đặt phương án giải quyết đối với người chưa mắc tai biến mạch máu não .

Đối với các trường hợp tai biến mạch máu não, trong quá trình điều trị, cần dự phòng các biến chứng như:

- Phù não.
- Rối loạn chức năng bào quang và nhiễm khuẩn tiết niệu (15% bệnh nhân).
- Viêm phế quản – phổi (có thể gây tử vong 20-50%).
- Loét do tỳ đè(20% bệnh nhân).
- Cơ co giật động kinh(2,5-42,8% trường hợp).
- Tắc tĩnh mạch ở sâu và tắc động mạch phổi.

+ Đối với dự phòng cấp 1: Cần chú ý tới việc điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Đồng thời cần khuyến cáo bệnh nhân bỏ hút thuốc và rất hạn chế dùng rượu cũng như cần có một chế độ ăn uống, tập luyện, lao động thích hợp. Đối với trường hợp động mạch cảnh trong hẹp trên 70% có thể chỉ định phẫu thuật.

+ Đối với dự phòng cấp 2: Dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: Aspirin; phối hợp Aspirin (25mg) và Dipyridamol (200mg); clopidogrel, ticlodipin. Cần cảnh giác tai biến chảy máu do Aspirin.

- Kiểm soát huyết áp bằng thuốc lợi tiểu và /hoặc thuốc ức chế men chuyển.
- Có thể sử dụng statin (có khả năng giảm 25% tái phát tai biến mạch máu não).
- Phải bỏ hút thuốc.
- Phẫu thuật khai thông động mạch cảnh nếu có hẹp tắc trên 70%.

- Tạo hình xuyên lòng mạch qua da (Percutaneous Transluminal Angioplasty) có hoặc không có giá đỡ (stenting).
- Phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân với đội ngũ nhiều chuyên khoa cùng phối hợp trong một chương trình.
- Nghiên cứu tác dụng của một số bài thuốc Đông Y.

33. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẦM MÁU VÀ LÀM GARO

1. ĐẠI CƯƠNG.

Mất nhiều máu làm giảm huyết áp. Nếu chảy máu ở mức độ ít trầm trọng thì cơ thể sẽ bù, lại bằng cách tăng nhịp tim và hạn chế máu tới tổ chức dưới da và ruột, để tăng cường lượng máu tới các cơ quan sống còn của cơ thể như não. Nếu như huyết áp thấp bất thường vì bất cứ nguyên nhân gì thì chỉ sau một thời gian, thậm chí chỉ sau 30 phút thì những cơ quan quan trọng của cơ thể như não, tim và thận sẽ bị tổn thương nghiêm trọng. Thận là cơ quan đặc biệt nhạy cảm

với sự giảm lưu lượng tuần hoàn và suy thận có thể xảy ra ngay sau một giai đoạn sốc ngắn.

Cơ thể có những cơ chế bảo vệ để chống lại sự chảy máu. Khi mạch máu bị cắt đứt thì đầu mạch máu bị đứt co lại để giảm sự chảy máu.

Mạch máu co lại làm giảm lưu lượng máu tới các đầu mạch bị tổn thương tạo điều kiện để các cục máu đông được hình thành, do đó chống lại sự mất máu thêm.

2. Các Loại Chảy Máu.

2.1. Chảy máu động mạch:

Máu động mạch (trừ máu động mạch phổi) có màu đỏ tươi. Khi bị đứt động mạch, máu chảy ra thành tia và phun mạnh lên khi mạch đập.

2.2. Chảy máu tĩnh mạch:

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

2.3. Chảy máu mao mạch:

Mao mạch là những mạch máu nhỏ nối giữa động mạch và tĩnh mạch. Máu rỉ ra từ vết thương trong những trường hợp vết thương là vết cắt hoặc giập nát nhỏ. Trong những vết thương lớn hơn có tổn thương cả tĩnh mạch hoặc động mạch hoặc cả động mạch tĩnh mạch thì các mao mạch **CHẢY RA BỊ MÁU TĨNH MẠCH VÀ ĐỘNG MẠCH ÁT ĐI.**

3. Sự CHẢY MÁU CÓ TH?ĐƯỢC PHÂN THÀNH 2 LOẠI

3.1. Chảy máu ngoài: Máu chảy ra từ vết thương trên cơ thể (nhìn thấy được)

3.2. Chảy máu trong:

Máu chảy ra từ vết thương bên trong cơ THỂ (KHÔNG NHÌN THẤY ĐƯỢC). **MẤT MÁU** trong cơ thể là: mất máu trong ẩn dấu (máu đọng lại bên trong cơ thể không nhìn thấy) và mất máu trong lộ ra (nhìn thấy). Khi đã nhận định, đánh giá tình trạng chảy máu xong thì phải có những ưu tiên để cầm máu và chăm sóc.

Trong những trường hợp chảy máu nặng thì cần sự hồi sinh cho nạn nhân. Có những trường hợp không thể cầm máu hoàn toàn được nhưng tiến hành cầm máu và hồi sinh ngay cho nạn nhân nên đã duy trì được sự sống của nạn nhân cho đến khi chuyển tới cơ sở y tế có khả năng giải quyết **VÀ NẠN NHÂN ĐÃ ĐƯỢC CỨU SỐNG.**

4. TRIỆU CHỨNG VÀ DẤU HIỆU CỦA MẤT NHIỀU MÁU.

- Bằng chứng của sự mất máu: có thể có hoặc không.
- Da xanh nhợt, lạnh, vã mồ hôi.

- Hoảng hốt, giãy giụa, kích thích, ý thức lú lẫn, lộn xộn, thay đổi mức độ tỉnh táo
- Nhịp thở nhanh nông (đói không khí)
- Mạch nhanh và yếu
- Tiến triển dần tới tình trạng "sốc"

5. Các Kỹ THUẬT Cầm MÁU.

5.1. Cầm máu mao mạch, tĩnh mạch.

Nhanh chóng ép trực tiếp lên vết thương hoặc dùng tay ép vết thương lại. Nếu có điều kiện thì đặt lên vết thương một miếng gạc hoặc miếng vải sạch trước khi ép trực tiếp lên vết thương.

- Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thoải mái thuận tiện, nâng cao vùng bị tổn thương vì sự nâng cao làm giảm áp lực máu ở vùng đó nên làm giảm chảy máu.
- Dùng băng cuộn hoặc dây vải băng ép miếng gạc hoặc miếng vải vào vết thương. Không băng quá chặt như hình thức ga rô.
- Nếu máu thấm qua bông thì dùng băng quấn thêm lên băng cũ. Đừng tháo bỏ băng cũ khi thấm máu.
- Giữ yên tĩnh cho nạn nhân, động viên an ủi nếu nạn nhân tỉnh táo.
- Chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế nếu thấy cần thiết.
- Trong khi chờ đợi hoặc trên đường vận chuyển phải luôn kiểm tra theo dõi tình trạng hô hấp, tuần hoàn của nạn nhân. Giữ ấm cho nạn nhân. Nâng cao chân và tay bị tổn thương. Nếu nạn nhân tỉnh táo thì cho uống nhiều nước.

* Một số điểm chú ý khi xử trí vết thương chảy máu

- Nếu các vết thương chảy máu có dị vật như mảnh gỗ, kim loại hoặc bất kỳ một vật gì đâm vào mà vẫn còn cắm ở VẾT THƯƠNG THÌ KHÔNG BAO GIỜ ĐƯỢC rút những dị vật đó ra khỏi vết thương. Trong trường hợp này một vòng đệm (vành khăn) làm bằng một miếng vải vuông hoặc một khăn tam giác quấn lại thành vòng

đệm xung quanh dị vật sau đó dùng băng ép lại rồi chuyển nạn nhân tới bệnh viện.

- Nếu băng ép áp lực trực tiếp lên vết thương mà không cầm được máu, máu vẫn chảy ra nhiều thì phải dùng các biện pháp khác để cầm máu.

- Phương pháp ấn vào động mạch chi phối vùng có vết thương.

- Điểm ấn vào động mạch là điểm mà ở chỗ đó động mạch đi trên một nền cứng ví dụ như xương. Khi ấn vào điểm này động mạch sẽ bị ép vào xương do đó cắt đứt luồng máu cung cấp cho vùng ở phía bên kia của điểm ấn nên sẽ kiểm chế được sự chảy máu ở vết thương tạo điều kiện cho vết thương tự cầm máu. Ví dụ: Khi ấn động mạch đùi thì toàn bộ chi dưới không được cung cấp máu. Phương pháp này chỉ được áp dụng khi đã băng ép trực tiếp lên vết thương và nâng cao phần bị thương mà vẫn KHÔNG CẦM ĐƯỢC MÁU. CÓ 6 điểm ấn chính được sử dụng để làm ngừng chảy máu trên những vùng khác nhau của cơ thể.

+ Động mạch cảnh: Động mạch này nằm ở bên cạnh khí quản. Khi ấn phải ấn về phía sau lên trên cột sống vì nếu ấn sang bên thì SẼ ẤN VÀO KHÍ QUẢN LÀM TẮC ĐƯỜNG THỞ. Ấn động mạch cảnh để khống chế sự chảy máu ở vùng cổ và đầu.

+ Động mạch thái dương: Điểm ấn của động mạch này ở NGAY PHÍA TRƯỚC CỦA TAI.

+ Động mạch mặt: Điểm ấn của động mạch này ở cách góc hàm khoảng 2,5cm về phía trước. Khi ấn phải ấn vào mặt ngoài xương hàm dưới....

+ Động mạch dưới đòn: Điểm ấn ở ngay phía sau đầu trong xương đòn.

Khi ấn phải ấn xuống dưới về phía xương sườn thứ ri.hất.

+ Động mạch cánh tay: Điểm ấn ở mặt trong của tay ở đoạn giữa của khuỷu tay và vai. Khi ấn dùng tay bóp vào trong xương cánh tay.

+ Động mạch đùi: Điểm ấn ở đoạn giữa của nếp bẹn. Khi ấn thường dùng 2 đầu ngón tay cái ấn xuống phía xương chậu hoặc dùng cả bàn tay để ấn thẳng xuống vùng nếp bẹn.

5.2. Cầm máu động mạch.

5.2.1. Đặt ga rô

a) Ga rô chính quy.

- Dùng một băng cao su mỏng mềm đàn hồi tốt, to bản, dài (Esmareh)

+ Chi trên: Rộng 3 - 5cm, dài: 1,2 - 2m

+ Chi dưới: Rộng 5 - 8cm, dài 2 - 3m

* Nguyên tắc đặt ga rô.

- Chặn động mạch trên đường đi của động mạch dẫn tới vết thương.

- Đặt ga rô cách vết thương 2 - 3cm

- Không đặt ga rô trực tiếp lên da thịt của bệnh nhân, phải có vòng đệm

- Xử trí vết thương phần mềm.

- Tổng số giờ đặt ga rô không quá 6 giờ, 1 giờ nới ga rô một lần, mỗi lần nới không quá 1 phút.

- **PHẢI CÓ PHIẾU GA RÔ ĐẶT Ở** nơi dễ nhìn thấy nhất. Viết chữ phiếu ga rô màu đỏ, khung của phiếu ga rô màu đỏ trong đó có ghi nội dung của phiếu ga rô. Vận chuyển ưu tiên số 1.

* Kỹ thuật tiến hành.

Chuẩn bị dụng cụ:

+ Ga rô Esmarch.

+ Vòng băng lót

+ Băng gạc vô khuẩn

+ Băng cuộn, phiếu ga rô

- Chặn động mạch để cầm máu ngay trên đường đi của động mạch dẫn

đến vết thương.

- Đặt ga rô cách vết thương 2-3cm

+ Vòng 1: Vừa phải

+ Vòng 2: Chặt hơn

+ Vòng 3: Chặt nhất (Quyết định sự cầm máu)

+ Vòng 4: Nới rộng để nhét cuộn ga rô còn lại vào

- Xử trí vết thương: Sát khuẩn xung quanh, đặt gạc băng lại, viết phiếu ga rô

- *Nới ga rô: Luồn 2 ngón tay vào vòng cuối cùng nâng lên, rút cuộn ga rô vừa cuộn lại vừa nới hết vòng thứ 3 từ từ.*

- Quan sát vùng dưới vết thương thấy hồng, ấm lại thì cuộn lại vòng thứ 3 chặt, vòng thứ 4 nới lỏng để nhét cuộn ga rô còn lại.

b) Ga rô tùy ứng.

+ Khăn mùi xoa 2-3 chiếc

+ Bút chì, thước kẻ, đũa, dây buộc

* Tiến hành

- Chặn động mạch

+ Quấn một khăn lót trên vết thương

+ Một khăn gấp chéo nhỏ lại buộc lỏng trên khăn thứ nhất.

+ Luồn một que vừa nâng vừa xoắn khăn thứ hai đến khi máu ngừng chảy.

+ Cố định que tránh va chạm vào vết thương

- *Xử trí và băng vết thương chuyển nhanh đến tuyến trên.*

5.2.2. Băng ép động mạch cổ.

a) Dụng cụ

- 1 nẹp dài từ quá đầu đến quá khuỷu tay
- Băng cuộn: 2-3 cuộn
- Gạc vô khuẩn

b) Tiến hành

- Chặn động mạch cổ
- Xử trí vết thương
- Đặt một vật (băng, gạc cuộn chặt lại) chặn lên động mạch.
- Cố định nẹp vào đầu, cánh tay và giữ vật chặn tại chỗ
- Treo cánh tay vuông góc với cẳng tay bằng khăn chéo.
- Chuyển ưu tiên cấp cứu số 1 đến khoa ngoại.

6. XỬ TRÍ CẤP CỨU VÀ CHĂM SÓC CẤP CỨU CHẢY MÁU TRONG.

Chảy máu trong cơ thể gây mất máu rất trầm trọng mà không nhìn thấy một chút máu nào chảy ra ngoài cả. Loại mất máu này gọi là mất máu ẩn giấu: Chảy máu trong có thể xảy ra sau gãy một xương lớn như xương chậu, xương đùi hoặc sau chấn thương các tạng đặc như gan, lách.

Mặc dù máu không bị mất khỏi cơ thể như trong chảy máu ngoài nhưng máu bị mất khỏi hệ thống tuần hoàn nên cũng gây hậu quả hạ huyết áp.

Có những trường hợp chảy máu trong lượng máu mất rất ít nhưng lại gây những vấn đề trầm trọng như trong trường hợp chảy máu nội sọ hoặc màng tim vì lượng máu chảy ra tích tụ lại trong sọ não hoặc quanh tim gây nên áp lực chèn ép não hoặc tim.

Chảy máu trong ẩn giấu có thể trở thành chảy máu trong lộ ra (nhìn thấy) qua sự đi tiểu ra máu, đi ngoài phân đen, nôn hoặc ho ra máu hoặc sự hình thành khối máu tụ bầm tím ngay trên phần bị chấn thương.

6.1. Những nguyên nhân gây nên chảy máu trong.

6.1. 1. Chảy máu trong ẩn giấu.

- Gãy xương: Xương chậu, các xương dài, xương sọ
- Chấn thương các cơ quan: Gan, lách, phổi, thận, tim, não và các cơ quan khác.

6.1.2. Chảy máu trong lộ ra

- **VỠ NỀN** sọ: máu chảy ra qua lỗ tai, lỗ mũi.
- Chấn thương trực tiếp: mũi, miệng, họng.
- Loét tiêu hóa:

+ Nôn ra máu đen

+ Phân đen (máu biến đổi)

Chú ý: Máu đỏ tươi chảy ra từ trực tràng thường

- Chấn thương phổi hoặc đường thở: ho ra máu đỏ tươi có lẫn bọt
- Chấn thương thận hoặc bàng quang: đi tiểu ra nước tiểu đỏ máu
- **VỠ XƯƠNG** chậu có tổn thương niệu đạo: đi tiểu ra máu đỏ tươi
- Chứa ngoài tử cung vỡ.

Bất kỳ một bệnh nhân nào trong tình trạng sốc do bị chấn thương đều phải được coi là có chảy máu trong cho đến khi được chứng minh.

6.2.1. Xử trí cấp cứu và chăm sóc

- Đặt nạn nhân nằm ngửa đầu thấp và mặt nghiêng về một bên để cung cấp đủ máu cho não. Khuyến nạn nhân nằm yên.
- Nâng cao chân nạn nhân nếu điều kiện cho phép.
- Nới lỏng dây áo, dây lưng, cravat... cho nạn nhân.

- Đắp ấm cho nạn nhân, nếu có điều kiện thì đắp thêm cho nạn nhân một tấm chăn nữa.
 - Kiểm tra mạch, nhịp thở và mức độ đáp ứng (tỉnh táo) 10 phút/lần, ghi chép lại kết quả.
 - Thăm khám nạn nhân để phát hiện những chỗ thủng khác.
 - Nếu nạn nhân trở nên bất tỉnh nhưng vẫn thở bình thường thì đặt nạn nhân nằm tư thế hồi phục, nếu ngừng thở phải tiến hành cấp cứu ngay.
 - Theo dõi tính chất của các dịch xuất tiết, bài tiết khỏi cơ thể.
 - Nhanh chóng chuyển nạn nhân tới các cơ sở y tế có điều kiện phẫu thuật.
- Phải coi đây là một cấp cứu ưu tiên. Trong khi vận chuyển vẫn phải theo dõi sát nạn nhân và duy trì tư thế đúng.
- Không cho nạn nhân ăn uống bất cứ một thứ gì.

34. THÔNG TIỂU LẤY NƯỚC TIỂU 24 GIỜ

1. Cơ sở lý thuyết

1.1. Mục đích

1.2. áp dụng

- Bí đái
- Thông tiểu trước khi mổ, trước khi đẻ
- Bệnh nhân hôn mê
- Lấy nước tiểu xét nghiệm tìm vi khuẩn để chẩn đoán các bệnh về hệ tiết niệu.

1.3. Không áp dụng

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

Nếu thông có thể gây tổn thương thêm niệu đạo.

2. CÁC ĐIỂM CẦN LƯU Ý KHI THÔNG TIỂU.

2.1. Dụng cụ (nhất là ống thông) phải tuyệt đối vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

2.2. Kỹ thuật thực hiện phải đúng quy trình và vô khuẩn.

2.3. Động tác phải nhẹ nhàng (tránh thô bạo) nếu vướng mắc phải làm lại hoặc bảo bệnh nhân há miệng thở đều để giảm co thắt niệu đạo.

2.4. Phải lấy nước tiểu giữa bãi (nếu cần lấy nước tiểu thử vi khuẩn) nên lấy trực tiếp vào ống nghiệm vô khuẩn.

2.5. Không để lưu ống thông quá 48 giờ.

2.6. Không thông đái nhiều lần trong ngày.

2.7. Nếu bệnh nhân bí đái phải rút nước tiểu chậm và không rút hết nước tiểu trong bàng quang sẽ làm giảm áp lực đột ngột và gây chảy máu.

2.8. Theo dõi bệnh nhân trong và sau khi thông tiểu để phát hiện những dấu hiệu bất thường và xử trí kịp thời.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHI THÔNG TIỂU:

3.1. Chuẩn bị dụng cụ.

3.1.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Ống thông Nelaton, Foley (số 14-16 cho người lớn, số 8-10 cho trẻ em, tốt nhất là chuẩn bị 2 cái), chuẩn bị loại mềm hoặc cứng cho thích hợp.
- Găng tay cao su

- Gạc miếng, gạc củ ấu, khăn phủ đùi bệnh nhân.
- Khăn có lỗ, bơm tiêm 10, 20ml
- Kim Kocher
- Dầu Paraffin

3.1.2. Dụng cụ sạch.

- khay chữ nhật
- Dung dịch sát khuẩn. Thuốc đỏ 2%, thuốc tím 1%, argyrol 10%...
- Có bình phong (nếu thông tiểu tại giường)
- Tấm nylon
- Bốc đựng nước rửa bộ phận sinh dục (nếu bệnh nhân nặng nằm tại chỗ)
- Cọc treo bốc, nước xà phòng loãng, nước đun sôi để nguội
- Bô dẹt.
- Khay quả đậu: 1 khay.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích để bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân biết việc sắp làm để họ yên tâm và hướng dẫn bệnh nhân cách hít vào dài dần nhẹ để giãn cơ thắt bàng quang (nếu cần).
- Bệnh nhân nhẹ: Chuẩn bị nước để bệnh nhân tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài trước khi thông tiểu.
- Bệnh nhân nặng:
 - + Trải tấm nylon trên giường, đặt sẵn bô dẹt dưới mông bệnh nhân, để bệnh nhân nằm ngửa co đầu gối chống chân xuống giường và hơi dẹt.

+ Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng loãng hoặc nước đun sôi để nguội, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, khi xong đổ nước bẩn đi, rửa xô dẹt và đặt lại dưới mông bệnh nhân.

- Điều dưỡng rửa sạch tay.

3.3. Tiến hành kỹ thuật

- Điều dưỡng viên đeo khẩu trang

- Rửa tay

- Kiểm tra lại địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân.

3.3.1. Thông tiểu nam:

- Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quần vải đắp để vào hai chân.

- Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền đã có gạc củ ấu.

- Điều dưỡng sát khuẩn tay

- Đi găng vô khuẩn

- Trải khăn mớ có lỗ để lộ dương vật bệnh nhân.

- Bôi dầu parafin vào ống thông (7 - 10cm).

- Tay trái kéo bao da quy đầu xuống để lộ lỗ niệu, tay phải cầm kẹp gạc củ ấu thấm dung dịch sát khuẩn lên quy đầu từ lỗ niệu ra ngoài (H.120)

Một tay cầm dương vật thẳng đứng (dương vật thẳng góc 90° với cơ thể bệnh nhân), tay kia cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm, hạ dương vật xuống (song song với thành bụng) là ống thông tự trôi vào bàng

quang đến khi thấy nước tiểu chảy ra (H.122). Đưa ống thông sâu khoảng 18 - 20cm.

- Nếu thấy mắc, vướng bảo bệnh nhân thở hít mạnh và hơi dạn ống sẽ dễ vào, nếu khó đưa vào thì không được tiếp tục đẩy ống thông, phải rút ra làm lại.

- Khi ống thông vào tới bàng quang, tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra.

(Nếu làm xét nghiệm: Sau vài giây để nước tiểu chảy ra bỏ dẹt rồi hơ ống nghiệm qua ngọn đèn cồn và tiến hành lấy nước tiểu giữa bãi vào ống và hơ qua ngọn đèn cồn khi đã lấy đủ lượng nước tiểu nút miệng ống lại. Ghi

tên bệnh nhân, tuổi, số giường, buồng.

- Nếu cần lưu ống thông: Bơm dung dịch nước cất hay nước muối sinh lý vào nhánh thông với bong bóng, số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông (thường là 5ml) cố định thông nối ống thông với hệ thống thu gom nước tiểu (chai hoặc túi thu).

- Nếu bệnh nhân bị bí đái, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy quá 750ml nước tiểu ở bàng quang (để gây chảy máu bàng quang).

- Rút ống thông để vào khay quả đậu.

+ Dùng bơm tiêm rút nước trong bong bóng ra hết.

+ Bóp ống lại và từ từ rút ra.

- Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn, làm vệ sinh vùng sinh dục lau sạch, khô.

- Kéo quần lên cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

- Thu dọn dụng cụ

3.3.2. Thông tiểu nữ:

Với bệnh nhân nữ cũng như các bước đã chuẩn bị để tiến hành như bệnh nhân nam giới.

- Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quần vải đắp vào 2 chân.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, 2 chân chống và ngả 2 đùi ra
- Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kê
- Điều dưỡng sát khuẩn tay

Một tay: dùng ngón cái và ngón trỏ đã quấn gạc vạch môi lớn và môi nhỏ ra, tay kia dùng kẹp gấp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn từ lỗ niệu đạo ra ngoài môi lớn và chỉ một lần rồi sau đó sát khuẩn đến các vùng khác ở bên cạnh (Nếu âm hộ quá bẩn thì phải rửa bằng nước ấm và xà phòng trước khi thông tiểu (H 125)

- Điều dưỡng đi găng tay
- Trải khăn có lỗ bộc lộ bộ phận sinh dục
- Bôi dầu Parafin vào đầu ống khoảng 4 - 5 cm
- Một tay cầm ống thông đưa vào niệu đạo nhẹ nhàng khoảng 5 - 6cm hoặc đến khi thấy nước tiểu chảy ra (Tránh đưa nhầm vào lỗ âm đạo), với trẻ em đưa vào 2,5cm. Nếu vướng mắc bảo bệnh nhân hít thở sâu.

Khi ống thông vào tới bàng quang tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra hoặc rửa bàng quang để điều trị.

- Nếu lấy nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm thì phải bỏ một ít nước tiểu ban đầu, chỉ lấy nước tiểu ở phần giữa bãi. Trước khi hứng nước tiểu phải hơi miệng ống qua ngọn lửa đèn cồn và nút lại ghi tên, tuổi bệnh nhân, số giường, số buồng bệnh nhân ở ống.
- Nếu bệnh nhân bị bí đái, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy hết nước tiểu ở bàng quang ra (gây chảy máu bàng quang do tụt áp lực một cách đột ngột).
- Tùy theo yêu cầu của bác sĩ, có thể để lưu thông lại, phải cố định ống thông bằng cách bơm nước muối 0,9% vào nhánh phụ (thông với bong bóng để làm căng

bóng chèn) số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông, thường là 5ml, cố định ống thông vào đùi và lắp với hệ thống thu nước tiểu

- Rút ống thông nhẹ nhàng để vào khay quả đậu (nếu ống thông lưu nhiều ngày và có bóng chèn nhớ tháo nước trong bóng trước khi rút).

+ Dùng bơm tiêm rút nước trong bong bóng ra hết.

+ Bóp ống lại và từ từ rút ra.

- Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo, alu, vệ sinh vùng sinh dục sạch, lau khô da vùng đó.

- Mặc quần cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

- Thu dọn dụng cụ - ghi hồ sơ bệnh án.

Nếu có xét nghiệm phải đưa nước tiểu đến phòng xét nghiệm sớm.

4. cách lấy nước tiểu 24 giờ để làm xét nghiệm

4.1. Nguyên tắc:

- Dặn bệnh nhân phải lấy đủ nước tiểu trong 24h kể cả lúc đi đại tiện.

- Phải có hóa chất để giữ nước tiểu khỏi hỏng.

- Dụng cụ để tiến hành thủ thuật phải đủ (phải sạch)

- Phải lắc đều nước tiểu thu được (tổng cộng số lượng) trong 24 giờ rồi lấy vào bình đưa đến phòng xét nghiệm.

4.2. Kỹ thuật tiến hành:

- Cho sẵn hóa chất giữ nước tiểu với một lượng tương đương với 1/2 lít nước tiểu rồi sau đó sẽ cho thêm dần theo số lượng nước tiểu tiếp.

- Nếu bắt đầu từ 9 giờ sáng thì cho bệnh nhân đi tiểu ra ngoài hố tiểu và từ bãi sau dặn bệnh nhân tiểu vào xô đã có chất giữ nước tiểu khỏi hỏng và đậy nắp xô lại.

- Dặn bệnh nhân thu cả nước tiểu lúc đi đại tiện và đổ vào xô cho đến 9 giờ sáng hôm sau (đủ 24 giờ) dặn bệnh nhân đi tiểu lần cuối cùng vào xô.
- Ghi số lượng nước tiểu thu được trong 24 giờ vào hồ sơ, phiếu theo dõi, phiếu xét nghiệm.
- Lắc đều tất cả số lượng nước tiểu thu được trong 24 giờ
- Sau khi lắc đều xong lấy 500ml cho vào bình thủy tinh vô khuẩn và ghi phiếu xét nghiệm: Họ và tên bệnh nhân, số giường buồng, tổng số lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Đưa đến phòng xét nghiệm
- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch và để vào nơi quy định.

5. tai biến của thông tiểu.

- Chảy máu
- Nhiễm khuẩn ngược dòng
- Sốc (do bệnh nhân quá sợ hãi, đau)
- Thủng trực tràng.

35. RỬA BÀNG QUANG

rửa bàng quang là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang nhằm mục đích làm sạch và điều trị

2. Áp dụng

Rửa bàng quang trong các trường hợp sau:

- Đặt thông tiểu liên tục lâu ngày. **hút đờm dãi**

1. CƠ SỞ LÝ THUYẾT.

Đường hô hấp được chia thành 2 phần: đường hô hấp trên bao gồm mũi và họng. Đường hô hấp dưới được tính từ thanh quản trở xuống.

Hút mũi họng hoặc miệng họng nhằm để làm sạch đường hô hấp trên. Hút sâu hơn được gọi là hút trong khí quản nhằm để làm sạch dịch xuất tiết ở khí quản và các phế quản và kích thích phản xạ ho, hút đường hô hấp dưới cần được tiến hành với một trình độ kỹ thuật cao hơn, do đó thủ thuật này thường chỉ được tiến hành trong những trường hợp chăm sóc đặc biệt và phải do điều dưỡng chuyên khoa hoặc điều dưỡng có kinh nghiệm. Đối với tất cả các trường hợp hút đờm, rãi đặc biệt là hút đường hô hấp dưới đều phải áp dụng kỹ thuật vô khuẩn để không đưa vi sinh vật vào trong thanh quản và khí quản, phế quản để tránh gây viêm nhiễm đường hô hấp. Điều này càng đặc biệt quan trọng đối với những bệnh nhân suy kiệt vì những bệnh nhân này rất dễ bị nhiễm khuẩn.

1.1. Mục đích hút đờm rãi:

- Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán
- Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm rãi
- Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) còn để kích thích phản xạ ho

1.2. áp dụng:

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

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân.

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm, động viên bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập ho, tập thở sâu kết hợp làm vật lý trị liệu rung vỗ vùng phổi. Những động tác này có tác dụng làm long đờm. Đờm dịch xuất tiết được đẩy ra ngoài.

- Cho bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu: Đầu thấp nghiêng phải hoặc trái tùy theo tình trạng ứ đọng ở bên phổi nào nhiều hơn. Tư thế dẫn lưu giúp cho đờm, dịch xuất tiết để thoát ra ngoài.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ: rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

2.2.1. Trường hợp hút đường hô hấp trên _

Dụng cụ vô khuẩn:

- 1 ống thông hút

+ Thông thường dùng ống cỡ số 6-8 cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

+ ống thông cỡ số 10-12 cho trẻ lớn

+ ống thông số 14-16 cho người lớn.

- 1 lọ cầm kim + 1 kẹp phẫu tích hoặc kim, nếu có găng thì không cần chuẩn bị kẹp phẫu tích hoặc kim

- Vài miếng gạc

- khay quả đậu

- Một cái đè lười

Dụng cụ khác:

- Phương tiện để hút: Máy hút, ống dẫn, ống nối tiếp, ống dẫn bằng cao su hoặc bằng nhựa có chiều dài vừa phải từ 120-150cm.

- Bình hoặc ca đựng nước cất hoặc nước chín hay dung dịch NaCl 0,9% làm nước tráng ống thông hút.

-Túi giấy hoặc khay quả đậu.

- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

2.2.2. Hút đường hô hấp dưới

Thông thường có hút đường hô hấp dưới thì bao giờ cũng phải hút đường hô hấp trên, do vậy ngoài những dụng cụ cho hút đường hô hấp trên còn phải chuẩn bị thêm:

Dụng cụ vô khuẩn

ống thông hút: Thường dùng ống nhựa hoặc thông Nelaton. Cỡ số của ống thông hút tùy thuộc vào cỡ số của ống nội khí quản hoặc canul khí quản. Đường kính của ống hút không được vượt quá 1/2 đường kính nội khí quản hoặc canul khí quản.

1 đôi găng vô khuẩn. Nếu không có găng thì chuẩn bị 1 kim hoặc kẹp phẫu tích đã được tiệt khuẩn

- Khay quả đậu + vài miếng gạc

- Trong trường hợp đờm dãi quá đặc, cần chuẩn bị thêm:

+ 1 bơm tiêm 5ml + 1 kim lấy thuốc

+ 1 chai dung dịch NaCl 0,9% hoặc NaHCO_3 1,4%.

Để bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản, pha loãng đờm dịch xuất tiết để hút được dễ dàng..

2.3. Tiến hành

2.3.1. Hút đường hô hấp trên

- Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường

- Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân

- Che bình phong cho bệnh nhân. Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp để dễ đưa ống thông vào, để hút và tránh cho bệnh nhân hít phải chất nôn trong trường hợp bệnh nhân bị nôn.

Nếu bệnh nhân hôn mê: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng quay mặt về phía người làm thủ thuật:

- Đổ nước vào khay quả đậu

- Mở máy kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút.

+ áp lực hút cho người lớn: 100-120mmHg

+ áp lực hút cho trẻ em: 50-75mmHg.

- Nối ống thông với hệ thống hút

Hút một ít nước từ khay quả đậu, để xem khả năng hút; kiểm tra xem ống thông hút có bị tắc không đồng thời làm trơn đầu ống hút, đi gắng hoặc dùng kẹp phẫu tích khi cầm vào đầu ống thông.

- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào qua miệng hoặc một bên lỗ mũi bệnh nhân, khi ống thông vào thì phải tắt máy hút hoặc dùng tay gập ống thông lại đặt ống thông vào dễ dàng và không hút mất dưỡng khí của bệnh nhân. Nếu đi qua đường miệng thì có thể phải dùng đèn lưỡi để đưa ống vào được dễ dàng.

- Khi đã đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết thì bắt đầu mở máy hút hoặc bỏ tay gập ống thông ra.

+ Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dái tai.

+ Không nên đưa ống thông quá sâu và cũng không nên hút quá nông.

+ Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má (giữa má và chân răng), hầu họng và mũi sau.

+ Tránh chạm đầu ống hút vào thành họng sau

- Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống, qua lại một cách nhẹ nhàng để hút có kết quả và tránh gây tổn thương niêm mạc.

- Sau mỗi lần hút rút ống thông ra, dùng gạc để lau sạch ống nếu có nhiều đờm dãi bám ở quanh ống, sau đó hút một ít nước từ khay quả đậu để rửa sạch ống. Mỗi lần hút không quá 15 giây.

- Lập lại động tác hút nếu cần thiết, hút đến khi bệnh nhân hết đờm, dãi, thở lại dễ dàng. Nhưng không được hút quá nhiều lần liên tục.

- Tháo ống thông ra cho vào chậu dung dịch sát khuẩn.

+ Trường hợp phải hút nhiều lần trong ngày thì sau mỗi đợt hút phải lau sạch ống, rửa sạch lòng ống sau đó đổ hết nước thừa ở khay quả đậu. Tháo ống thông ra để vào khay quả đậu phủ khăn lên để cho những lần hút sau.

+ Thay ống thông hút khi bẩn

+ Hằng ngày thay bình dung dịch, ống dẫn 1-2 lần

- Tháo bỏ găng (nếu có đi găng).

2.3.2. Hút đường hô hấp dưới (H.129)

Hút đường hô hấp dưới thường được tiến hành ngay sau khi hút đường hô hấp trên. Kỹ thuật tiến hành như sau:

- Đổ nước cất hoặc nước muối sinh lý NaCl 0,9% vào khay quả đậu. Khay quả đậu giành riêng cho hút đường hô hấp dưới đã được đánh dấu hoặc để ở khu vực riêng để tránh lẫn với dụng cụ hút đường hô hấp trên.

- Đi găng vô khuẩn (nếu có chuẩn bị)

- Dùng kẹp phẫu tích hoặc tay đã đi găng, lấy ống thông hút vô khuẩn và lắp vào hệ thống hút.

- Hút một ít nước từ khay quả đậu

- Đưa ống thông hút vào qua lỗ của ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút.

+ Khi đưa ống thông vào cũng phải tắt máy hoặc gấp ống thông lại

+ Đưa ống thông vào qua ống nội khí quản khi thấy bệnh nhân ho, ngừng lại và hút.

- Sau khoảng 5-10 giây thì từ từ rút ống thông ra. Trong quá trình rút ống thông ra ta phải xoay ống thông theo cả 2 chiều (cùng chiều và ngược chiều kim đồng hồ) để hút được dịch xuất tiết, đờm bám ở thành khí phế quản. Thời gian mỗi lần hút kể từ khi đưa ống thông vào cho đến khi rút ống thông ra không được quá 10 giây.

- Nhúng đầu ống thông vào khay quả đậu rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở quanh ống thì dùng gạc lau sạch trước khi hút nước.

- Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm dãi. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông ngâm vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

+ Nếu không có điều kiện thay ống thông hút sau mỗi lần hút thì sau khi hút xong phải lau sạch ống bằng gạc, hút rửa sạch lòng ống đổ hết nước ở trong khay quả đậu để ống thông hút vào trong khay rồi dùng khăn phủ lên.

+ Thay ống hút và khay quả đậu hàng giờ

- Tháo bỏ găng

- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái

- Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natribicarbonat 14% để pha loãng rồi hút kỹ thuật tiến hành như sau:

Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút.

+ Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml

+ Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân.

2.4. Thu dọn dụng cụ và bảo quản.

- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định
- Lau chùi máy hút rồi xếp về chỗ cũ.

2.5. Ghi hồ sơ

- Thời gian hút.
- Số lượng dịch hút, tính chất dịch hút ra. Lưu ý trừ phần dịch hút để rửa ống thông và dịch bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản.
- Tình trạng bệnh nhân trong và sau khi hút
- Những diễn biến bất thường
- Tên người làm thủ thuật.

2.6. Những điều cần lưu ý.

- Phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn trong khi hút thông đường hô hấp dưới cho bệnh nhân để tránh gây bội nhiễm cho người bệnh.
- Không được dùng chung ống thông, khay quả đậu, kẹp phẫu tích cho cả hút đường hô hấp trên và dưới.
- Dụng cụ dùng để hút đường hô hấp trên và hút đường hô hấp dưới phải để ở những khu vực riêng hoặc đánh dấu rõ ràng để tránh nhầm lẫn khi sử dụng.
- Phải thường xuyên hút đờm dãi cho bệnh nhân nhưng không được hút nhiều lần liên tục. Không được hút quá dài trong một lần hút, không được hút quá sâu và phải đảm bảo áp lực hút, không được hút với áp lực mạnh.
- + Hút thường xuyên để đường hô hấp luôn được thông thoát, không bị tắc nghẽn.
- Hút nhiều lần liên tục và hút lâu gây thiếu oxy

- + Hút áp lực mạnh. làm tổn thương niêm mạc đường hô hấp
- + Nếu không có máy hút thì có thể dùng bơm tiêm 50-100ml để hút.

- Bàng quang bị nhiễm khuẩn.
- Chảy máu bàng quang (Sau khi mổ bàng quang, cắt tuyến tiền liệt)

3. CÁC ĐIỂM CẦN LƯU Ý KHI RỬA BÀNG QUANG.

- Tránh bơm rửa với áp lực mạnh, nhất là khi bàng quang bị chảy máu.
- Trong khi rửa nếu thấy bệnh nhân bị mệt hoặc nước rửa chảy ra có máu thì phải ngừng ngay và báo cáo với bác sĩ.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG.

4.1. Phương pháp 1:

Điều dưỡng rửa tay, đeo khẩu trang.

4.1.1. Chuẩn bị dụng cụ:

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

a) *Khay vô khuẩn:*

- Ống bơm hút hoặc bơm tiêm 50ml.
- Gạc

b) *Khay sạch và dụng cụ sạch:*

- Lọ cầm kẹp, kim
- Dung dịch rửa 37° - 38°C. Tùy theo chỉ định mà dùng dung dịch rửa. Dung dịch NaCl 0,9%; thuốc tím 1/5000, protargol, nitrat bạc 1/8000 hoặc Betadine.

- Túi giấy
- Băng dính (nếu cần)
- Bình phong

c) 2 Khay quả đậu vô khuẩn:

- Một khay đựng dung dịch rửa.
- Một khay hứng nước chảy ra.

4.1.2. Kỹ thuật tiến hành:

- Mang dụng cụ đến bên giường bệnh
- Báo và giải thích cho bệnh nhân việc sắp làm
- Che bình phong cho bệnh nhân và thông tiểu (nếu cần)
- Điều dưỡng rửa tay
- Tháo rời đuôi ống và ống dẫn nước tiểu, cho phần đuôi ống vào khay quả đậu
- Dùng gạc bọc đầu nối của ống dẫn nước tiểu, để ở chỗ chắc chắn.
- Dùng bơm tiêm hoặc ống bơm hút dung dịch rửa sạch chỗ nối của ống thông trước, phần dung dịch còn lại bơm từ từ vào ống thông để rửa phần ngoài của ống. Rút ống bơm hút ra cho nước bắn chảy ra khay quả đậu.
- Bơm nước vào bàng quang, rút ống bơm hút cho nước bắn chảy ra.
- + Tránh bơm mạnh làm kích thích bàng quang.
- + Nếu bơm vào mà nước không chảy ra, có thể thay ống thông khác nếu không có chỉ định đặc biệt.
- Tiếp tục làm lại nhiều lần cho đến khi nước chảy ra sạch
- Gắn ống dẫn nước tiểu vào ống thông lau khô chỗ nối và dán băng dính cho chắc.

- Thu dọn dụng cụ
- Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái
- Rửa tay, ghi hồ sơ

4.2. Phương pháp 2

4.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

a) Dụng cụ vô khuẩn

- Khay dụng cụ thông tiểu nếu bệnh nhân chưa đặt ống thông
- Bốc có khăn phủ hoặc chai 1 lít (phải có nút kín)
- Dung dịch rửa (theo chỉ định)
- Một ống nối thủy tinh hình chữ Y
- Ba ống cao su: 2 ống có khóa, 1 ống không có khóa
- Chai 1 lít đựng nước chảy ra

b) Dụng cụ khác

- Trụ treo
- Kim băng hoặc băng dính

4.2.2. Tiến hành

- Mang dụng cụ đến bên giường bệnh nhân
- Báo cho bệnh nhân biết việc sắp làm
- Chuẩn bị. bốc hay chai rửa bàng quang. Trước khi rửa bàng quang nên đo lượng nước tiểu và đổ nước tiểu đi.
- Gắn một ống cao su có khóa nối với nhánh thứ nhất của chữ Y

- Gắn một ống cao su có khóa vào nhánh thứ 2 của chữ Y, để vào chai hứng nước chảy ra đặt dưới sàn nhà.
- Gắn ống cao su không khóa vào nhánh còn lại của chữ Y, đầu kia gắn vào ống thông tiểu.
- Đóng hai khóa lại
- Đổ dung dịch rửa vào bồn đậy khăn lại
- Treo bồn lên trụ. Nếu dùng chai, phải đậy nút chắc chắn trước khi treo lên.
- Ghim ống cao su nối với ống thông vào giường.
- Mở khóa ở ống cao su nối với bồn cho nước chảy từ từ vào bàng quang khoảng 250ml, khóa lại.
- Sau 30 phút mở khóa của ống dẫn xuống chai cho nước chảy ra. Phương pháp này giúp bàng quang có thể làm việc trở lại bình thường.
- Giữ nguyên tình trạng đóng khóa bồn và mở khóa chai cho đến lần rửa tiếp theo. Mỗi ngày rửa hai lần vào giờ nhất định, mỗi lần 180 - 400 ml dung dịch.
- Cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ
- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày giờ rửa bàng quang
 - + Dung dịch rửa, nhiệt độ, số lượng, thuốc (nếu có)
 - + Tính chất nước chảy ra.
 - + Phản ứng của bệnh nhân trong và sau khi rửa
 - + Tên người tiến hành

36. PHỤ GIÚP THẦY THUỐC CHỌC DỊCH

Chọc màng tim, màng phổi, màng bụng, tủy sống là những thủ thuật dùng kim đặc biệt đưa vào các khoang của màng tim, màng phổi, màng bụng, ống sống nhằm mục đích:

1. Đại cương

1.1 Để chẩn đoán qua.

- Màu sắc của dịch
- ÁP LỰC của dịch.
- Xét nghiệm: tế bào, sinh hóa, vi khuẩn.

1.2. Để điều trị.

- Dùng dung dịch NaCl 0,9% để bơm rửa sạch các khoang trên.
- Bơm thuốc hoặc hơi theo y lệnh để điều trị tại chỗ, đặc biệt còn bơm thuốc cản quang hoặc hơi để chụp não hoặc tủy sống.
- Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực.

Khi hút số lượng dịch ít gọi là chọc dò, khi hút số lượng dịch nhiều gọi là chọc tháo.

Các thủ thuật trên do bác sĩ trực tiếp làm còn điều dưỡng viên là người chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ và phụ giúp bác sĩ trong khi TIẾN HÀNH THỦ THUẬT.

2. NGUY? TẮC KHI TRỢ GIÚP.

Người điều dưỡng khi phụ giúp bác sĩ tiến hành các thủ thuật trên phải tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc sau:

2.1. Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.

- Bàn tay bác sĩ, mũ áo, khẩu trang vô khuẩn đầy đủ.

- Bàn tay người điều dưỡng, trang phục phải vô khuẩn.
- Các dụng cụ được hấp tiệt khuẩn.
- Chú ý vô khuẩn trong các kỹ thuật.
- Vùng chọc phải sát khuẩn đầy đủ.

2.2. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, hồ sơ, các xét nghiệm, thuốc và phương tiện phòng chống tai biến.

2.3. Chuẩn bị địa điểm: tiến hành tại phòng thủ thuật **CÓ ĐỦ THUỐC VÀ PHƯƠNG TIỆN CẤP**

CỨU, THƯỜNG LÀM Ở phòng mổ.

2.4. Giải thích động viên cho bệnh nhân yên tâm, tin tưởng cùng phối hợp để tiến hành thủ thuật được tốt.

2.5. Trong khi phụ giúp bác sĩ làm thủ thuật người điều dưỡng luôn luôn theo dõi bệnh nhân để kịp thời phát hiện tai biến.

2.6. Người điều dưỡng cần phối hợp nhịp nhàng với bác sĩ để tiến hành thủ thuật đúng quy trình kỹ thuật.

2.7. Sau khi tiến hành thủ thuật xong người điều dưỡng đưa bệnh nhân về giường và theo dõi sát để phòng và xử trí kịp thời các **TAI BIẾN SAU KHI CHỌC DÒ**.

3. CÁC KỸ THUẬT CHỌC DÒ.

3.1. Chọc dò màng tim.

3.1.1. Kỹ thuật trợ giúp.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích và động viên để bệnh nhân yên tâm. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, phải giải thích cho gia đình bệnh nhân.
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.

Vệ sinh vùng chọc bằng xà phòng và nước ấm. Theo hướng dẫn của bác sĩ.

Dùng thuốc cho bệnh nhân theo chỉ định của bác sĩ.

Chuyển bệnh nhân sang phòng thủ thuật.

b) Chuẩn bị dụng cụ:

Điều dưỡng viên mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang và rửa tay.

* Dụng cụ vô khuẩn: Để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

- 1 kim chọc dò: Dài 5-8cm, đường kính 2mm.

- 1 bơm tiêm 5ml và kim để gây tê.

- 1 bơm tiêm 20ml hoặc 50ml.

- 1 khăn có lỗ và 2 kìm kẹp khăn.

- 1 ống thông màng ngoài tim có khóa. Dùng dẫn dịch trong trường hợp nhiều dịch.

- 1 kìm Kocher

- 1 cốc con và gạc củ ấu

- Vài miếng gạc vuông.

- 1 đôi găng. Nếu để găng trong túi thì để riêng.

* Dụng cụ sạch và thuốc:

- Lọ cồn iod 1%, cồn 70°

- Thuốc tê: Novocain, Xylocain 1-2%

- Băng dính, kéo cắt băng

- Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn (trong đó 1 ống vô khuẩn). Ghi rõ họ tên, tuổi, khoa, phòng.

- Phiếu xét nghiệm, hồ sơ bệnh án.
- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.

* Dụng cụ khác

- 1 khay quả đậu đựng bông băng.
- 1 chậu đựng dung dịch sát khuẩn (nếu có)
- Các dụng cụ cấp cứu. Máy sốc điện, bóng hô hấp, oxy, mặt nạ thở oxy.
- Máy theo dõi điện tim.

c) Tiến hành:

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
 - Đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái, đầu cao, để lộ vùng chọc.
- Nâng đầu giường lên cao một góc 60° , cởi cúc áo, kéo vạt áo sang hai bên.
- Mở khay dụng cụ vô khuẩn.
 - Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng.
 - Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn.
 - Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
 - Giữ bệnh nhân, quan sát sắc mặt bệnh nhân, theo dõi điện tâm đồ và dặn bệnh nhân không lợc ho trong khi bác sĩ đâm kim.
 - Hứng dịch vào 3 ống nghiệm.
- Trường hợp có nhiều dịch, bác sĩ luồn ống dẫn dịch qua kim chọc và lưu ống này trong khoang màng ngoài tim, ống được nối với 1 túi hoặc chai dẫn lưu vô khuẩn.
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
 - Cho bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

Dặn bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, nếu thấy tức ngực, khó chịu, hồi hộp, khó thở, thì báo ngay.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân.

Sau chọc hút dịch màng ngoài tim, phải theo dõi sát: huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm (nếu có điều kiện), theo dõi tiếng tim để đề phòng tràn dịch trở lại, khi thấy những dấu hiệu bất thường phải báo ngay để bác sĩ xử lý

+ 30 phút/1 lần trong 2 giờ đầu sau khi chọc.

+ 3 giờ/1 lần trong 24 giờ tiếp theo.

- Gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm

d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ.

- Đem dụng cụ về phòng cọ rửa và xử lý dụng cụ theo quy định.

- Sắp xếp dụng cụ và máy móc khác về vị trí cũ.

e) Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ làm thủ thuật

- SỐ LƯỢNG, màu sắc, tính chất dịch hút ra.

- Mẫu bệnh phẩm đã gửi xét nghiệm

- Tình trạng và các diễn biến của bệnh nhân

- Tên thủ thuật viên và người phụ.

3.1.2. Tai biến và chăm sóc:

a) Ngất: Do phản xạ khi chọc kim hoặc bệnh nhân sợ, hoặc đau, hoặc phản ứng của thuốc tê (đề phòng: tiêm thuốc trước khi chọc 30 phút, giải thích cho bệnh nhân trước khi chọc).

Biểu hiện: Bệnh nhân ngất xỉu, mạch nhanh nhỏ khó bắt.

Xử trí: Cho bệnh nhân nằm tại chỗ, thở oxy, ủ ấm, truyền thuốc vận mạch nâng huyết áp nếu huyết áp tụt.

b) *Chảy máu*: Do chọc vào mạch máu hoặc chọc sâu vào cơ tim.

Tiến hành kỹ thuật thận trọng, đúng quy trình.

c) *Nhiễm khuẩn*: Bội nhiễm do dụng cụ hoặc thao tác không vô khuẩn. 2-3 ngày sau chọc bệnh nhân sốt, tăng bạch cầu (phòng: dụng cụ vô khuẩn, kỹ thuật đúng quy trình, dùng kháng sinh).

d) *Ngừng tim*.

3.2. Chọc dò màng phổi.

3.2.1. Kỹ thuật trợ giúp.

a) *Chuẩn bị bệnh nhân*:

Giải thích cho bệnh nhân biết việc sắp làm để bệnh nhân yên tâm: Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, phải giải thích cho gia đình.

- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết: đại, tiểu tiện trước khi làm thủ thuật...

- Lấy mạch, đo huyết áp, nhịp thở.

- Vệ sinh vùng chọc bằng xà phòng và nước ấm.

+ Chọc hút dịch thường chọc ở khoang liên sườn 8-9 (bờ trên của xương sườn dưới) đường nách sau.

+ CHỌC HÚT KHÍ THƯỜNG CHỌC Ở khoang liên sườn 1-2 đường giữa xương đòn.

- Chuyển bệnh nhân sang phòng thủ thuật: Nếu làm tại giường, phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến bệnh nhân khác.

b) *Chuẩn bị dụng cụ*: điều dưỡng viên đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

* Dụng cụ vô khuẩn: để trong khay có phủ khăn vô khuẩn.

- 2 kim chọc dò có thông nòng: dài 5-8cm, đường kính 1-2mm.
- 1 bơm tiêm 20ml hoặc 50ml.
- 1 đoạn ống cao su có khóa điều chỉnh (hoặc khóa chữ T CÓ 3 ĐƯỜNG) ĐỂ NỐI ĐẦU ẨM BU CỦA bơm tiêm với đốc kim chọc.
- 1 bơm tiêm 5ml; 2 kim tiêm để gây tê.
- 1 khăn có lỗ, 3 kìm kẹp khăn.
- 1 cốc con, gạc củ ấu.
- Vài miếng gạc vuông.
- 1 kìm Kocher
- 2 khay quả đậu để khi cần rửa màng phổi.
- 1 đôi găng nếu găng để trong túi thì để riêng.
- * Dụng cụ sạch: thuốc chống sốc
- Cồn iod 1%, cồn 70°.
- Thuốc gây tê: Novocain hoặc xylocain 1-2%
- 1 cốc thủy tinh đựng 100ml nước cất: trường hợp cần thử phản ứng Rivalta.
- Một lọ acid acetic có bầu nhỏ giọt.
- Băng dính, kéo cắt băng
- ~ Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn (có 1 ống vô khuẩn) ghi rõ họ tên, tuổi bệnh nhân, khoa, phòng.
- Giấy xét nghiệm.
- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.
- * Dụng cụ khác

- khay quả đậu hoặc túi giấy để đựng bông, gạc bẩn
- 1 tấm nylon
- 1 cốc đong
- 1 xô chứa dịch
- 1 ống pipet

d) Tiến hành:

- Mang dụng cụ đến nơi làm thủ thuật
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm hoặc ngồi theo chỉ định của bác sĩ, để lộ vùng chọc.
- Tư thế nằm: bệnh nhân nằm thẳng, đầu cao, thân người nghiêng về phía phổi lành, cánh tay bên phổi chọc đưa cao lên đầu.
- Tư thế ngồi: Bệnh nhân ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, 2 chân giang ra 2 bên, 2 tay khoanh phía trước mặt lên vai ghế, ngực tì vào vai ghế có đệm một gối mềm.
- Mở khăn vô khuẩn
- Đổ cồn vào vào cốc có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn vị trí chọc.
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng.
- Chuẩn bị thuốc tê, sát khuẩn và چرا ống thuốc để bác sĩ lấy thuốc tê.
- Giữ bệnh nhân khi bác sĩ đâm kim. Quan sát sắc mặt bệnh nhân, dặn bệnh nhân nín ho và không cử động.
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm, phối hợp với bác sĩ đóng, mở khóa khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để đề phòng khí tràn vào khoang màng phổi.
- Khi bác sĩ rút kim, điều dưỡng viên sát khuẩn vết chọc và băng lại.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế Fowler.

+ Nghiêng về bên lành sau khi chọc.

+ Đặt bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, tránh đi lại, vận động trong vài giờ đầu sau khi chọc.

- Đo lại mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.

d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ:

- Đưa toàn bộ dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định (xem bài khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ).

- Xếp đặt các dụng cụ khác về vị trí cũ.

e) Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ tiến hành thủ thuật.

- SỐ LƯỢNG dịch hút ra, màu sắc, tính chất.

- Loại xét nghiệm đã gửi đi.

- Tình trạng bệnh nhân, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Họ tên bác sĩ và điều dưỡng viên.

g) Chăm sóc bệnh nhân sau khi chọc:

Trong vài giờ đầu sau khi chọc, để bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường tránh vận động mạnh và đi lại. Luôn theo dõi sát tình trạng của bệnh nhân. Nếu thấy bệnh nhân khó thở hoặc có những diễn biến bất thường như ho nhiều, đau tức ngực, tím tái, mạch nhanh, huyết áp hạ, thân nhiệt tăng hoặc giảm thì phải báo cáo ngay cho bác sĩ biết để kịp thời xử trí.

3.2.2. Một số tai biến thường gặp trong và sau khi chọc, cách chăm sóc xử trí

a) Ngất: Do bệnh nhân quá sợ hãi, do sự thay đổi áp lực đột ngột của màng phổi.

Biểu hiện: tím tái, ngừng thở, ngừng tim

Xử trí và chăm sóc: Làm thông đường hô hấp

Cho bệnh nhân nằm đầu thấp

Tiến hành hồi sinh hô hấp tuần hoàn (nếu cần)

Cho mời bác sĩ ngay.

b) Tràn khí màng phổi: Do không đảm bảo kín nên khí từ bên ngoài lọt vào khoang màng phổi hoặc do đâm kim thủng lá tạng vào nhu mô phổi.

Biểu hiện: ho rũ rượi, khó thở, mạch nhanh, tím tái, gõ trong.

Xử trí và chăm sóc: Cho bệnh nhân ngồi dậy, động viên an ủi bệnh nhân và mời bác sĩ ngay.

Nếu cần phải hút khí ra và cho thở O₂.

c) Phù phổi cấp: Do hút quá nhiều và quá nhanh dịch trong khoang màng phổi (lượng dịch hút ra trên 100ml) gây nên sự thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi.

Biểu hiện: Khó thở, tím tái, ho khạc ra bọt màu hồng, mạch nhanh, huyết áp hạ...

Xử trí và chăm sóc:

- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân ra phòng cấp cứu
- Cho bệnh nhân ngồi dậy hoặc nằm tư thế nửa nằm nửa ngồi giúp bệnh nhân dễ thở.
- Động viên an ủi bệnh nhân.
- Chuẩn bị phương tiện và thuốc men cấp cứu trước khi làm thủ thuật.
- Thực hiện các bước cấp cứu ban đầu như: Hút đờm dãi, làm thông đường hô hấp, cho thở oxy, garo chi.
- Cho mời bác sĩ ngay và thực hiện y lệnh của bác sĩ.

d) Mủ màng phổi: Do dụng cụ không vô khuẩn hoặc do không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật.

Biểu hiện: Sốt cao, khó thở, mạch nhanh, gõ vùng phổi đục.

Xử trí và chăm sóc: Giúp bệnh nhân dễ thở

Chườm lạnh

Báo cáo cho bác sĩ biết và thực hiện các y lệnh.

Thường phải cho kháng sinh và chọc rửa khoang màng phổi.

e) Tổn thương tế bào phổi: do đâm kim to, quá sâu vào nhu mô phổi. Trong trường hợp này bệnh nhân thường có biểu hiện ho và khạc đờm có máu. Người điều dưỡng phải động viên an ủi bệnh nhân và báo cáo NGAY CHO BÁC SĨ BIẾT.

3.3. chọc dò màng bụng

3.3.1. Kỹ thuật trợ giúp.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Giải thích cho bệnh nhân biết thủ thuật sắp làm và động viên để bệnh nhân yên tâm. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần phải giải thích cho người nhà bệnh nhân.

- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết. Nhắc bệnh nhân đi đại, tiểu tiện...

- Kiểm tra mạch, huyết áp nhịp thở.

- Vệ sinh vùng chọc bằng xà phòng và nước ấm.

- Chuyển bệnh nhân sang phòng thủ thuật. Nếu làm tại giường bệnh nhân, phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến bệnh nhân khác.

* Dụng cụ vô khuẩn

- Kim chọc dài 5 - 8cm đường kính 1mm (khi chọc dò); đường kính 1,5mm-2mm (đối với chọc tháo).

- ỐNG THÔNG polyetylen nhỏ, dài khoảng 1m có ăm bu để nối với đốc kim, có khóa để điều chỉnh dịch chảy (có thể dùng kim to nối với dây truyền dịch không có bầu đếm giọt).

- Bơm tiêm 5ml - 10ml - 20ml và kim tiêm

- Găng tay

- Bông gạc

- Móc bấm + Kim agraf

- ỐNG nghiệm: 3 ống

- Kim Kocher: 2 chiếc

* Dụng cụ sạch

- Cồn 70°, cồn iod

- Kéo

- Băng dính

- Mảnh nylon

- Phiếu xét nghiệm

- Một bình thủy tinh có chia vạch mililit.

- Thuốc gây tê Novocain 1%

- Thuốc cấp cứu

- Cốc thủy tinh chứa 100ml nước cất đã hòa 2 giọt acid acetic để làm phản ứng.

- khay quả đậu hoặc túi giấy đựng dụng cụ bẩn (bông, gạc).

c) Kỹ thuật tiến hành

- Đem dụng cụ đến giường bệnh nhân

- Trải nylon lên giường
- Đặt bệnh nhân nằm tùy theo yêu cầu của thầy thuốc: thường nằm nghiêng trái sát thành giường.
- Bộc lộ vùng chọc.
- Sát khuẩn vùng chọc: Vạch một đường nối rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành 3 phần. Sát khuẩn kỹ điểm 1/3 ngoài. Thường chọc ở bên trái, ít khi chọc bên phải để tránh chọc vào manh tràng. Đôi khi chọc bên phải theo chỉ định của thầy thuốc (ví dụ khi lách rất to).
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.
- ĐỔ CỒN 70^o để sát khuẩn tay thầy thuốc.
- ĐỔ CỒN iod ra cốc và đưa bông thấm cồn iod để thầy thuốc sát khuẩn
- Đưa găng cho thầy thuốc.
- Chuẩn bị thuốc gây tê để thầy thuốc gây tê
- Đưa kim chọc dò (nếu chọc thăm dò có thể dùng bơm tiêm và kim tiêm to). Nếu chọc tháo dùng kim có gắn dây truyền dịch không có bầu đếm giọt.
- Cắt băng dính, châm đèn cồn
- Khi thầy thuốc chọc, đưa ống đựng kim để thầy thuốc cho thông nòng vào, đặt khay quả đậu hứng vài giọt dịch đầu tiên bỏ đi.
- Hứng dịch vào ống nghiệm để xét nghiệm (thường lấy vào 3 ống: tế bào, vi khuẩn và sinh hóa; trong trường hợp làm phản ứng Rivalta thì nhỏ 2-4 giọt dịch vào cốc đựng 100ml nước cất và acid acetic).
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình.
- Điều chỉnh dịch chảy ra nhanh hoặc chậm theo yêu cầu của thầy thuốc.
- Thường xuyên theo dõi sắc mặt và mạch bệnh nhân trong khi chọc.

- Khi thầy thuốc rút kim ra, người điều dưỡng sát khuẩn lại nơi chọc, đặt gạc và băng lại (nếu thầy thuốc ủy nhiệm việc rút kim cho ĐIỀU DƯỠNG CẦN ĐẢM BẢO VÔ KHUẨN. THÁO DÂY DẪN Ở đốc kim, đặt lại thông kim. Rút kim thật nhanh. Sát khuẩn đặt gạc và băng lại).

- Nếu dùng kim to, cần bịt lỗ chọc bằng móc bấm (tùy trường hợp dịch có chảy ra theo lỗ chọc hay không, do cổ trướng căng to).

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ nghiêng bên không chọc.

- Nhanh chóng gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm

- Thu dọn dụng cụ về phòng

d) Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ

- Rửa sạch dụng cụ

- Lau khô trả về chỗ cũ

- Gửi dụng cụ đi tiệt khuẩn

e) Ghi hồ sơ.

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật

- Vị trí chọc

- SỐ LƯỢNG, tính chất, màu sắc của dịch và kết quả của phản ứng Rivalta

- Tình trạng bệnh nhân

- Tên thầy thuốc thực hiện thủ thuật

g) Những điểm cần lưu ý:

- Thường xuyên theo dõi sắc mặt, mạch, huyết áp của bệnh nhân trong suốt thời gian chọc để kịp thời phát hiện biến chứng.

- Báo ngay với thầy thuốc nếu màu sắc của dịch bất thường

- Nếu chọc tháo bằng kim to (Trocart) phải theo dõi các triệu CHỨNG: XUẤT HUYẾT TRONG Ổ BỤNG (DO GIẢM ÁP LỰC Ổ BỤNG VÌ lấy dịch quá nhiều và quá nhanh).

3.2.2. Chăm sóc, theo dõi bệnh nhân sau khi hút dịch màng bụng

- Đặt bệnh nhân nằm nghỉ nghiêng về bên không chọc

- Ủ ẤM CHO bệnh nhân

- Thực hiện thuốc theo y lệnh.

- Theo dõi:

+ Sắc mặt, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

+ Số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra

+ Dấu hiệu đau bụng hoặc bụng chướng

+ Ngất

+ Tình trạng nhiễm khuẩn.

3.4. Chọc dò tủy sống.

3.4.1. Kỹ thuật phụ giúp:

a) Chuẩn bị bệnh nhân.

Giải thích, động viên để bệnh nhân yên tâm. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân.ri không tỉnh, phải giải thích cho gia đình bệnh nhân.

Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết, nhắc bệnh nhân đi đại, tiểu tiện...

- Lấy mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Vệ sinh vùng chọc, vùng chọc thường là vùng thắt lưng (L) III, IV, V HOẶC GIAO ĐIỂM giữa đường nối 2 mào chậu với cột sống.

- Chuyển bệnh nhân sang phòng thủ thuật. Nếu làm tại giường, phải có bình phong để không ảnh hưởng tới các bệnh nhân khác.

b) Chuẩn bị dụng cụ:

* Dụng cụ vô khuẩn:

Để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

- 2 kim chọc dò có thông nòng, cỡ tùy thuộc vào bệnh nhân: thường dùng kim dài 5-8cm đường kính 0,8-1mm

- 1 KHÓA CHỮ T (3 đường) nếu dùng áp kế Claude đo áp lực nước não tủy.

- 1 khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn

- 1 bơm tiêm 5ml và kim để gây tê

- 1 cốc con và gạc củ ấu.

- Vài miếng gạc vuông

- 1 kìm Kocher

- 1 đôi găng tay

- 1 khay quả đậu.

* Dụng cụ sạch:

- Cồn iod, cồn 70°

- Thuốc tê: Novocain hoặc xylocain 1-2% (nên dùng Kelen để chỗ gây tê không bị phồng lên).

- Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn (có 1 ống vô khuẩn): ghi rõ họ, tên, tuổi, khoa.

- Phiếu xét nghiệm

- Kéo, băng dính

- ÁP KẾ Claude.

- Đồng hồ bấm giây, ống nghe, huyết áp kế.

* Dụng cụ khác

- Khay quả đậu đựng bông băng

- Chậu dung dịch sát khuẩn

c) *Tiến hành:*

Nhóm thủ thuật gồm 1 bác sĩ và 2 người phụ.

* Người phụ 1

- ĐẶT BỆNH NHÂN Ở tư thế theo chỉ định của bác sĩ, bộc lộ vùng chọc.

+ Tư thế ngồi: bệnh nhân ngồi trên ghế quay mặt về phía vai ghế, 2 chân đặt sang 2 bên, 2 tay khoanh vào nhau đặt lên vai ghế, đầu cúi đặt trên 2 tay. Tư thế ngồi ít được áp dụng vì dễ xảy ra tai biến.

+ Tư thế nằm: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, kê 1 gối mỏng dưới đầu, 1 gối giữa 2 chân (vùng đầu gối) bảo bệnh nhân cong lưng, chân co gập vào bụng 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ (H.140).

- GIỮ BỆNH NHÂN Ở TƯ THẾ NẪM BẰNG CÁCH 1 TAY ĐẶT Ở GÁY CỦA BỆNH NHÂN, 1 TAY ĐẶT Ở khoeo chân ,luôn có xu thế kéo vào để lưng bệnh nhân cong tối đa trong khi bác sĩ chọc kim vào ống sống (hoặc có thể dùng thêm đầu gối đẩy vào bụng bệnh nhân để làm tăng sự cong của cột sống).

* Người phụ 2

- Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật

- Mở khay vô khuẩn

- CHUẨN BỊ GĂNG ĐỀ BÁC SĨ ĐI GĂNG.

- ĐỔ còn vào cốc để bác sĩ sát khuẩn
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
- Kẹp khăn có lỗ nếu bác sĩ yêu cầu.
- Trong khi bác sĩ đâm kim, điều dưỡng viên luôn theo dõi sát sắc mặt bệnh nhân.
- Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp bệnh nhân duỗi thẳng chân và bảo bệnh nhân thở đều.
- Đưa áp kế Claude để bác sĩ nối vào khóa chữ T, ghi nhớ áp lực nước não tủy nếu bác sĩ yêu cầu.

+ Tư thế nằm áp lực = 120mm H₂O

+ Ở tư thế ngồi = 180mm H₂O

- Đếm số giọt nước não tủy trong một phút đồng thời hứng dịch vào 3 ống nghiệm, mỗi ống từ 2-3ml (xét nghiệm vi khuẩn chỉ cần 1ml).
- Khi bác sĩ rút kim, sát khuẩn lại vết chọc, đặt gạc và băng lại.
- Đặt bệnh nhân nằm sấp, dặn bệnh nhân nằm sấp trong 15 phút sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1-2 giờ, không được ngồi dậy, ngay cả khi đi đại, tiểu tiện. Nếu thấy: chóng mặt, đau đầu, người khó chịu thì phải báo ngay.
- Lấy mạch, huyết áp, nhịp thở và theo dõi sát toàn trạng bệnh nhân để phát hiện kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.
- Gửi mẫu bệnh phẩm đi xét nghiệm

d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ.

- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định
- Xếp đặt các dụng cụ khác về vị trí cũ

e) Ghi hồ sơ

- Ngày giờ làm thủ thuật

- ÁP LỰC nước não tủy, số giọt trong 1 phút.
- Số lượng dịch lấy ra, tính chất, màu sắc.
- Loại xét nghiệm.
- Tình trạng của bệnh nhân.
- Tên bác sĩ làm thủ thuật và người phụ.

3.4.2. Những điểm cần lưu ý.

- Tuyệt đối tuân thủ chế độ chăm sóc, theo dõi bệnh nhân trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật.
- Phát hiện và báo cáo kịp thời những dấu hiệu bất thường xảy ra sau khi tiến hành thủ thuật, đặc biệt trong những trường hợp chọc dò ống sống lấy bớt dịch để làm giảm áp lực sọ não. Bệnh nhân nôn mửa, mạch chậm, co giật...

37. CHườM NÓNG, CHườM LẠNH

Chườm nóng, chườm lạnh có ý nghĩa rất quan trọng trong công tác chăm sóc bệnh nhân, điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn và một số trường hợp chấn thương. Chườm nóng, chườm lạnh là những thủ thuật khá đơn giản thường được chỉ định song đũa hỏi người điều dưỡng khi áp dụng phải hiểu rừ cơ chế tác dụng, hiệu quả của sức nóng, lạnh trên cơ thể, đồng thời phải quan sát, theo dừi sỏt bệnh nhõn để tránh làm bệnh nhân nóng quá, lạnh quá gây bỏng da vùng chườm.

1. Đại Cương

1.1 Mục đích.

1.2. ỏp dụng.

1.2.1 Chườm nóng:

- Cắt cơn đau dạ dày, gan hoặc thận

- Viêm thanh quản thể co rút, viêm khớ quản
- Chườm nóng cho trẻ thiếu tháng, người già khi trời rét,

1.2.2 Chườm lạnh:

a) Nội khoa:

- Xuất huyết nội ngoài nguyên nhân xuất huyết do phổi.
- Sốt cao trong các bệnh nhiễm khuẩn
- Bệnh ở não, màng não
- Trong một số trường hợp đau bụng, đau ngực

b) Ngoại khoa:

- Viêm màng bụng, viêm ruột thừa, viêm phần phụ
- Chấn thương sọ não
- Sau mổ cắt tuyến giáp (trong bệnh cường tuyến giáp)

c) Sản khoa:

Nhiễm khuẩn sau đẻ, áp xe vú.

1.3. Khụng ỏp dụng

1.3.1 Chườm nóng:

- Viêm ruột thừa
- Viêm phỳc mạc
- Nhiễm độc nặng
- Các bệnh nhiễm khuẩn gõy mủ nặng
- Các trường hợp xuất huyết
- 24 giờ đầu sau khi chấn thương vỡ dễ gõy chảy máu trở lại do gón mạch
- Những bệnh nhõn bị mất cảm giỏc.
- Đau bụng không rừ nguyên nhõn.

1.3.2 Chườm lạnh:

- Tuần hoàn cục bộ kỏm.
- Xuất huyết ở phổi.
- Thõn nhiệt thấp.
- Bệnh nhõn tỏo bún
- Người già yếu

2. SO SaNH Tác Dụng CHườM NÓNG và CHườM LạNH.

2.1 Chườm nóng.

- Làm cho bệnh nhõn ấm

- Làm giảm sự co của gân, cơ, dây chằng, giảm sự cứng khớp, giảm đau, tăng cảm giác dễ chịu, sự thư giãn.
- Gõy sung huyết cục bộ, làm tăng tuần hoàn tại chỗ giúp cho quá trình vết thương được nhanh hơn, làm giảm sự sung huyết ở sâu.

2.2. Chườm lạnh

- Làm giảm sự xuất huyết, phản ứng viêm, khu trừ nhiễm khuẩn và giảm sự xung huyết do co mạch.
- Làm giảm đau do làm chậm sự dẫn truyền thần kinh, tạo ra tởnh trạng tở bỏ, chườm lạnh có tác dụng như thuốc giảm đau.
- Gây hạ nhiệt độ.

3. kỹ thuật chườm nóng, chườm lạnh

3.1. Chườm nóng

3.1.1 Chườm nóng khô

a) Chuẩn bị bệnh nhõn

- Thụng bảo và giải thớch cho bệnh nhõn biệt về thủ thuật sắp làm.
- Hướng dẫn cho bệnh nhõn những điều cần thiết.

b) Chuẩn bị dụng cụ

- Túi chườm: số lượng tùy theo tởnh trạng bệnh nhõn, có thể thay túi chườm bằng chai nước nóng, nướng gạch nóng.
- Nước chườm đựng trong bõnh hoặc phớch, nhiệt độ của nước tùy theo chỉ định, có thể thay đổi từ 50-60oC.
- Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước.
- Bao tỳi hoặc khấn.
- Kim băng.
- Chấtt nhờn, thường đựng dầu Parafin.
- Nhiệt kế đo nhiệt độ cơ thể.

c) Tiến hành:

- Kiểm tra xem tỳi cú bị thủng khụng.
- Kiểm tra nhiệt độ của nước, dùng nhiệt kế để đo nhiệt độ, điềuchỉnh nhiệt độ theo đúng chỉ định.
- Đổ nước nóng vào túi: khoảng 1/2 - 2/3 dung tích túi
- Lượng nước đổ vào túi tùy thuộc vào vị trí định chườm.
- Đuổi hết không khí trong túi chườm ra: đặt túi chườm trên mặt phẳng, ép túi

chườm để cho nước dâng lên đến cổ túi chườm.

- Vặn chặt nắp và dốc ngược túi chườm để kiểm soát xem nắp túi có bị rỉ rỉ khụng. Nếu bị rỉ rỉ thỡ phải thay ngay.

- Lau khô và cho túi chườm vào bao hoặc dùng khăn bọc túi chườm lại, không đặt túi chườm trực tiếp lên da bệnh nhân..

- Đem dụng cụ tới giường bệnh

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp.

- Đặt từ từ túi chườm lên vùng định chườm.

+ Để miệng túi quay lên trên.

+ Vị trí chườm: thường chườm ở trên bụng, 2 mạng sườn, 2 hố nách, trên vùng đau.

+ Hỏi bệnh nhân xem có nóng quá không: Nếu nóng quá có thể cho thêm nước lạnh vào túi chườm hoặc lót thêm vải quanh túi chườm...

- Cố định túi chườm vào vùng chườm.

- Thay nước khi cần: thường khoảng 20-40 phút thay nước một lần.

- Lấy túi chườm ra, quan sát vùng chườm, nếu bệnh nhân kêu nóng rát, da vùng chườm đỏ rực.

d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ:

- Đưa dụng cụ đó sử dụng về phũng cộ rửa để xử lý theo quy định, không phơi dụng cụ cao su ngoài nắng.

- Trả cộc dụng cụ khỏ về chỗ cũ.

e) Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ chườm.

- Nơi chườm, nhiệt độ của nước chườm.

- Thời gian chườm

- Kết quả chườm, tỡnh trạng bệnh nhõn trong và sau khi chườm.

- Tên người làm thủ thuật.

g) Những điểm cần lưu ý:

- Phải đo nhiệt độ của nước chườm theo đúng chỉ định.

- Thường xuyên theo dừi da bệnh nhõn vựng chườm, nhất là những người già, trẻ em suy dinh dưỡng, thiếu máu, bệnh nhân rối loạn cảm giác.

- Khụng cho bệnh nhân đè lên túi chườm.

- Không nên chườm quá lâu. Thông thường mỗi lần chườm từ 20 - 40 phút. Nếu

cần chờ 2-3 giờ sau cho chườm lại vỡ chườm lâu làm cho da mềm, các lỗ chân lông giãn ra vi khuẩn dễ xâm nhập vào cơ thể gây nhiễm khuẩn da, cơ.

3.1. Chườm nóng ướt:

Chườm nóng ướt cũng gồm nhiều phương pháp. Phương pháp phổ biến nhất là dùng khăn hoặc gạc tẩm nước nóng vừa phải rồi đắp lên vùng định chườm. Chườm nóng ướt được áp dụng trong các trường hợp sau:

- Vết thương hở.
- U nhọt.
- Trong trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ như khi đau mắt.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

Như phần chườm nóng khô.

b) Chuẩn bị dụng cụ:

Bõnh hoặc phích đựng nước hay dung dịch.

Dung dịch chườm có thể tùy theo chỉ định. Thường dùng nước thường, có khi dùng cồn Boric 2%, dung dịch NaCl 0,9%, rượu quế, rượu hồi...

Nếu chườm lên vết thương hở thì dung dịch chườm phải đảm bảo vô khuẩn.

Nhiệt độ của dung dịch chườm 40-50°C.

- Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước chườm.
- Gạc miếng hoặc khăn bụn.

Kích thước của gạc hay khăn tùy thuộc vào diện tích vùng chườm.

Nếu đắp lên vết thương hở thì phải chuẩn bị gạc vụn khuẩn.

- 2 kẹp hoặc kềm Kocher
- Tấm nylon hoặc vải dày

Phủ ngoài gạc hoặc khăn để giữ sức nóng được lâu.

- Dầu nhờn: Parafin

c) Tiến hành:

- Pha nước, kiểm tra nhiệt độ của nước chườm.

Nếu không có phích nước nóng thì phải đun dung dịch hay nước nguội cho tới khi thấy bốc hơi. (Nhiệt độ của dung dịch hoặc nước lúc này ở khoảng 40-50°C).

Đun cách thủy nếu chườm nóng ướt lên vết thương hở.

- Đem dụng cụ đến bên giường bệnh.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế thích hợp.
- Nhúng gạc hoặc khăn vào dung dịch.

- Vắt cho ráo bằng kềm Kocher.

Khi chườm nóng ướt lên vết thương hở phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn.

- Mở rộng khăn ra, từ từ đắp lên vùng chườm.

- Phủ tấm nylon hoặc vải dày lờn tròn lớp gạc hoặc khăn chườm.

- Thay gạc hoặc khăn chườm khi hết nóng (trung bình 10 phút thay 1 lần)

- Lấy gạc hoặc khăn ra khi không chườm nữa.

Không nên chườm quá lâu. Thời gian mỗi lần chườm từ 20-40 phút. Sau đó cho bệnh nhân nghỉ một vài giờ rồi lại chườm tiếp nếu cần.

- Lau khu da bệnh nhõn, xoa dầu nhờn.

Xoa dầu nhờn khi bệnh nhõn kờu núng rỏt.

Không xoa dầu lên mặt vết thương.

- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

- Trường hợp chườm ở mặt: Dùng gạc vuông 5x5 cm.

Nếu có một mắt đau thờ phải che mắt lành lại. Cho bệnh nhân nằm nghiêng về bên mắt đau để tránh gạc đè lên mắt đau.

d) Thu dọn và bảo quản dụng cụ:

- Đưa toàn bộ dụng cụ đó sử dụng về phũng cộ rửa để xử lý theo quy định.

- Trả cộc dụng cụ khỏc về chỗ cũ.

e) Ghi hồ sơ:

Như phần chườm nóng khô.

3.2.1 Chuẩn bị bệnh nhõn:

Như chuẩn bị bệnh nhân để chườm nóng.

3.2.2 Chuẩn bị dụng cụ:

Túi chườm: Số lượng tùy thuộc vào tởnh trạng bệnh nhõn.

- Vồ đập đá (nếu cần).

- Chậu đựng đá đập nhỏ.

Đá đập nhỏ vừa phải, ngâm đá vào chậu nước một lát để đá bớt sắc cạnh tránh làm thủng túi chườm.

- Bao tỳi hoặc khăn.

- Băng vải, kim băng.

- Bột talc.

3.2.3 Tiến hành:

- Kiểm tra xem tỳi cú bị thủng khụng.

- Cho đá vào túi chườm khoảng 1/2 - 2/3 túi.
- Số lượng đá cho vào tùy thuộc vào nơi chườm.
- Đuổi không khí ra khỏi túi chườm, đặt tỳi tròn một mặt phẳng.
- Vặn chặt nắp túi chườm rồi dốc ngược túi chườm (để kiểm tra xem nắp túi có khít không, có rỉ rỉ khụng).
- Lau khụ và cho tỳi vào bao hoặc dụng khăn bọc lại.
- Đưa dụng cụ đến giường bệnh.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện.
- Đặt từ từ túi chườm lên vùng định chườm (đặt từ từ để tránh gây cảm giác lạnh đột ngột cho bệnh nhân).

Vị trí chườm: thường chườm ở hai bên cổ, nách, bẹn hoặc trên vùng đau.

- Cố định túi chườm: có thể treo túi chườm nếu có thể được hoặc dùng gối chèn để giữ túi chườm ở đúng vị trí.
- Thỉnh thoảng kiểm tra toàn trạng bệnh nhân tại chỗ chườm và túi chườm, nếu bệnh nhân rét, khó chịu, thân nhiệt hạ thõ thụi khụng chườm nữa, phải luôn giữ da vùng chườm khô ráo.
- Đổ bớt nước trong túi ra và cho thêm đá vào để duy trở nhiệt độ chườm nếu cần thiết, thường sau khoảng 2-3 giờ thay đá trong túi một lần.
- Lấy túi chườm ra khi không chườm nữa: thời gian chườm có thể ngắn hoặc kéo dài tùy thuộc vào tỡnh trạng bệnh nhõn và chỉ định.
- Lau khô da vùng chườm, rồi xoa bột talc (để tuần hoàn tại chỗ lưu thông trở lại).
- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

3.2.4 Thu dọn dụng cụ:

- Đưa dụng cụ về phũng cộ rửa để xử lý theo quy định.
- Trả cộc dụng cụ khỏ về chỗ cũ.

3.2.5 Ghi hồ sơ

- Ngày giờ chườm
- Nơi chườm.
- Thời gian chườm.
- Kết quả chườm, tỡnh trạng bệnh nhõn trong và sau khi chườm.

3.2.6 Những điềm cần lưu ý:

- Trường hợp cần làm hạ thân nhiệt thõ phải dụng nhiều tỳi chườm. Đặt túi chườm ở những vùng da mỏng, nơi có nhiều mạch máu lớn chạy qua.

- Không đặt túi chườm kéo dài, thỉnh thoảng phải ngừng chườm một vài giờ sau đó chườm lại.
- Ngừng chườm ngay khi theo dõi thấy da bệnh nhõn tím tái, bệnh nhõn kờu tờ, mất cảm giốc vụng chườm, thân nhiệt giảm xuống dưới mức bõnh thường.

3.3 Tắm hạ nhiệt độ:

Tắm hạ nhiệt độ là phương pháp dùng khăn thấm nước lạnh hoặc nước có pha cồn để đắp và lau lên các phần của cơ thể nhằm để hạ nhiệt độ, làm giảm sự kích động, làm êm dịu thần kinh. Thủ thuật thường được áp dụng cho trẻ em.

Trường hợp áp dụng:

- Các trường hợp bệnh nhân sốt cao (thõn nhiệt trờn 39oC, co giật mờ sảng).

Không áp dụng cho những trường hợp sau:

- Trẻ sơ sinh, người già yếu.
- Nhiễm khuẩn trờn da.

3.3.1 Chuẩn bị bệnh nhõn:

- Thụng bảo và giải thớch về thủ thuật sắp làm cho bệnh nhõn biết.
- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần biết nếu bệnh nhân là trẻ nhỏ, bệnh nhân không tiếp xúc được, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết.

3.3.2 Chuẩn bị dụng cụ:

- Chậu đựng nước tắm, nước tắm có nhiệt độ từ 15 - 30oC hoặc nước có pha cồn 50% theo tỷ lệ 1/2 nước + 1/2 cồn, nhiệt độ của nước tùy theo tuổi và tỡnh trạng bệnh nhõn.
- Nhiệt kế để đo nhiệt' độ của nước.
- 4 Khăn vụng nhỏ.
- 2 Khăn tắm lớn
- 1 Túi nước nóng có khăn bọc.
- Nhiệt kế y học.
- Huyết ỏp kế, ống nghe.
- Một túi nước đá có khăn bọc.
- Lọ cồn 70o
- Một tấm nylon + vải trải.
- Quần ỏo sạch.
- Bõnh phong che.

3.3.3 Tiến hành:

Đem dụng cụ đến nơi làm thủ thuật, nơi làm thủ thuật phải thoáng, tránh gió lùa.

- Lấy mạch, nhiệt độ, đo huyết áp, đếm nhịp thở. Trong suốt thời gian tiến hành thủ thuật phải luôn lưu ý đến mạch, và nhịp thở của bệnh nhân.
- Kệ bệnh phong che bệnh nhân (nếu làm thủ thuật tại buồng bệnh).
- Trải nylon và trải giường dưới lưng bệnh nhân.
- Cởi quần áo bệnh nhân, dụng vải phủ bệnh nhân.
- Cho bệnh nhân nằm ngửa, chườm túi nước đá lên đầu và túi nước nóng dưới chân để tránh sự sung huyết ở đầu và tránh cảm giác lạnh ở chân. (Không để túi nước đá đè lên đầu bệnh nhân).
- Đo nhiệt độ của nước, điều chỉnh nhiệt độ của nước nếu nước quá nóng, lạnh quá.
- Nhúng khăn bông lớn vào nước, vắt hơi ráo đắp hai bên và đùi (không đắp khăn lên bụng tránh gây rối loạn tiêu hóa).
- Nhúng khăn vuông nhỏ vào nước vắt hơi ráo đắp vào hai bên nách.
- Lau mặt và cổ.
- Lau ngực.
- Lau hai tay. Mỗi tay lau trong 2-3 phút sau đó lau hai chõn. Mỗi chõn cũng lau trong 2-3 phút (khi lau chân tay, phải lau dọc các mạch máu lớn. Thay khăn đắp và khăn lau thường xuyên).
- Thỉnh thoảng đếm mạch và nhịp thở. (Nếu bệnh nhân rét run, mạch nhanh, nhịp thở có những phản ứng bất thường thì phải ngừng lại báo cáo ngay cho bác sĩ biết).
- Lấy khăn ở bên và nõch lau khử rồi xoa cồn.
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng về một bên.
- Lau lưng bệnh nhân sau đó lau mặt sau của đùi và hai cẳng chân, lau khô rồi xoa cồn. Lau lưng trong khoảng 7 phút, lau mặt sau mỗi chân trong khoảng 2-3 phút.
- Bỏ túi nước nóng và túi nước đá.
- Lau khử da bệnh nhân, mặc quần áo sạch cho bệnh nhân.
- Bỏ vải trải và vải nylon, sửa lại giường cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.
- Quan sát bệnh nhân trước khi rời phòng bệnh. Lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở và huyết áp sau khi thực hiện thủ thuật 30 phút.

3.3.4 Thu dọn và bảo quản dụng cụ:

- Đưa toàn bộ dụng cụ về phòng khử khuẩn để xử lý theo quy định.

- Trả những dụng cụ khóc về chỗ cũ.

3.3.5 Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ làm thủ thuật.

- Thời gian làm thủ thuật.

- Loại dung dịch sử dụng, nhiệt độ dung dịch. Kết quả và tởnh trạng bệnh nhõn, những phản ứng của bệnh nhõn (nếu cú).

Ghi lại: Mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp trước và sau khi tắm.

3.3.6. Những điểm cần lưu ý:

- Luỵn quan sỏt, theo dừi sỏt tởnh trạng chung của bệnh nhõn. Ngừng ngay thủ thuật khi bệnh nhõn cú những phản ứng, biểu hiện bất thường.

- Không tắm quá lâu: trẻ em thường tắm trong vũng 15-20 phỳt. Người lớn tắm trong khoảng 30 phỳt.

- Không đắp khăn ứt lên trên bụng và ngực.

38. CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG

I. Chỉ định 1. Chăm sóc răng miệng thông thường (giúp người bệnh đánh răng) - áp dụng cho những người bệnh tỉnh táo nhưng không đi lại được. 2. Chăm sóc răng miệng đặc biệt - áp dụng cho những người bệnh có răng giả, người bệnh nặng, hôn mê, sốt cao, tổn thương ở miệng như gãy xương hàm, vết thương ở miệng.

II. Chăm sóc răng miệng thông thường

1. Chuẩn bị

Người bệnh:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh

Dụng cụ:

- Bàn chải đánh răng mềm

- Kem đánh răng
- Khăn mặt
- Cốc nước
- Chậu nước
- Khay hạt đậu hoặc ống nhỏ để chứa nước bẩn.

2. Các bước tiến hành

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh
- Đỡ người bệnh ngồi dậy học cho người bệnh nằm đầu cao
- Choàng khăn qua cổ người bệnh
- Đặt khay hạt đậu dưới cằm (nếu người bệnh ngồi) hoặc dưới má (nếu người bệnh nằm).
- Làm ướt bàn chải và bôi kem đánh răng
- Đưa nước cho người bệnh súc miệng, đưa bàn chải cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh tự đánh răng: chải hàm trên, hàm dưới, mặt ngoài, mặt trong, mặt nhai (hàm trên từ trên xuống, hàm dưới từ dưới lên).
- Đưa nước cho người bệnh súc miệng thật sạch
- Lau mặt cho người bệnh và cho người bệnh nằm lại thoải mái.
- Rửa sạch bàn chải.

III. Chăm sóc răng miệng đặc biệt

1. Chuẩn bị

Người bệnh:

- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà

Dụng cụ:

- Gói chăm sóc (kẹp phẫu tích hoặc kẹp Kocher, bát kèn, gạc củ ấu, gạc miếng).
- Dung dịch NaCl 0,9%, hoặc NaHCO_3 14⁰/₀₀ để vệ sinh, glycerin.
- Dung dịch để súc miệng hoặc bơm rửa, có thể dùng NaCl 0,9%
- Khăn bông nhỏ, tấm nilon nhỏ
- Bộ dụng cụ hút đờm đãi hoặc bơm tiêm
- khay chữ nhật, khay hạt đậu hoặc túi nilon, găng sạch, canuyn mở miệng.

2. Các bước tiến hành

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh
- Đặt người bệnh nằm, đầu nghiêng về một bên
- Quàng tấm nilon, khăn qua cổ, trước ngực người bệnh.
- Đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon ở một bên má người bệnh
- Nếu lưỡi trắng, môi nề bôi glycerin trước khi làm, tháo răng giả (nếu có)
- Mở miệng người bệnh
- Dùng kẹp cặp gạc củ ấu, nhúng nước muối sinh lý hoặc NaHCO_3 rửa sạch hàm răng nhiều lần (mặt ngoài, mặt nhai, mặt trong), rửa nhiều lần cho đến khi sạch.
- Rửa sạch lưỡi người bệnh, vom họng, 2 góc hàm phía trong má lợi, môi
- Cho người bệnh súc miệng (nếu tỉnh), dùng máy hút hoặc bơm tiêm hút sạch (nếu người bệnh hôn mê).
- Lau khô miệng bằng gạc, bôi glycerin vào lưỡi, lợi, môi (nếu cần)
- Bỏ khay hạt đậu hoặc túi nilon, tháo bỏ khăn, tấm nilon trước ngực
- Đặt người bệnh về tư thế thoải mái.

- Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng, ngày giờ chăm sóc, tình trạng răng miệng, tên điều dưỡng chăm sóc.

Bảng điểm kỹ thuật chăm sóc răng miệng đặc biệt

| STT | Các bước tiến hành | Có | Không |
|------------|--|-----------|--------------|
| 1 | Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang | | |
| 2 | Chuẩn bị dụng cụ: gói chăm sóc (kẹp phẫu tích hoặc kẹp Kocher, bát kê, gạc củ ấu, gạc miếng), khăn bông nhỏ, tấm nilon nhỏ, bộ dụng cụ hút đờm dãi hoặc bơm tiêm, khay chữ nhật, khay hạt đậu, nước muối sinh lý, glycerin, găng sạch, khay hạt đậu hoặc túi nilon | | |
| 3 | Đối chiếu, giải thích cho người bệnh và gia đình (nếu cần) về thủ thuật sắp làm Để người bệnh nằm mặt quay về phía ĐD, choàng nilon và khăn qua cổ người bệnh | | |
| 4 | Mở gói dụng cụ, để khay hạt đậu dưới má, đi găng, bôi glycerin nếu lưỡi trắng và môi khô nứt trước | | |
| 5 | Dùng kẹp cặp gạc củ ấu, nhúng nước muối sinh lý rửa sạch hàm răng nhiều lần (mặt ngoài, mặt nhai, mặt trong) | | |
| 6 | Rửa sạch lưỡi người bệnh, vom họng, 2 góc hàm phía trong má lợi môi | | |
| 7 | Cho người bệnh súc miệng (nếu tỉnh), dùng máy hút hoặc bơm tiêm hút sạch (nếu người bệnh hôn mê) | | |
| 8 | Lau khô miệng bằng gạc, bôi glycerin vào lưỡi, lợi, môi (nếu cần) | | |
| 9 | Đặt người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 10 | Thu dọn dụng cụ, rửa tay Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng. | | |
|----|--|--|--|

39. CHĂM SÓC XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. Bệnh học.

1.1 Đại cương

- Chảy máu đường tiêu hóa: do tổn thương ở thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non và đại tràng.
- Biểu hiện lâm sàng: nôn ra máu và/hoặc đi ngoài phân đen. Mức độ biểu hiện mất máu khác nhau, thậm chí chưa nhìn thấy chất nôn có máu, phân có màu đen nhưng mất máu gây ra các triệu chứng toàn thân rất nặng.
- Là cấp cứu liên quan đến cả nội và ngoại khoa
- Nguy cơ tử vong cao nếu xử trí muộn và thiếu tích cực
- Cần phối hợp các biện pháp hồi sức, điều trị cầm máu và điều trị nguyên nhân

1.2 Nhận định

1.2.1 Các dấu hiệu sống

- Tình trạng người bệnh phụ thuộc vào thể tích và tốc độ mất máu.
- Đánh giá ảnh hưởng của mất máu đến toàn thân: da, niêm mạc, mồ hôi....
- Nhẹ: lo lắng, choáng váng, hoa mắt, chóng mặt, mạch nhanh, huyết áp bình thường, ngất hay thoáng ngất khi thay đổi tư thế?

- Nặng, sốc mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, trắng bệch, vã mồ hôi, chân tay lạnh, HA kẹt, ≤ 90 mmHg, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.
- Tình trạng hô hấp: có suy hô hấp?. Có nôn trào ngược vào đường thở?.
- Tình trạng ý thức: chậm chạp, hôn mê.

1.2.2 Các dấu hiệu chảy máu từ đường tiêu hoá: cần đánh giá

- Chất nôn, phân: có máu đỏ hay đen, số lượng nhiều hay ít?
- Dịch qua xông dạ dày: dịch đỏ hay đen, số lượng nhiều hay ít.

1.2.3 Các dấu hiệu chảy máu tiêu hoá diễn biến nặng.

- Tụt HA, sốc, vã mồ hôi, mạch nhanh.
- Da, niêm mạc xanh nhợt.
- Rối loạn ý thức, hôn mê do tụt HA.
- Nôn máu, phân đen số lượng không giảm, tính chất máu tươi

1.3 Xử trí cấp cứu ban đầu:

Khẩn trương, phối hợp hồi sức, điều trị cầm máu và xử trí nguyên nhân.

*** Các động tác hồi sức cơ bản (A,B,C)**

- Đảm bảo hô hấp (A,B)

- + Khai thông đường thở nếu có sốc nặng có rối loạn ý thức: hút đờm họng, đặt canyng miệng, tư thế nằm nghiêng an toàn (đề phòng sặc khi bệnh nhân nôn)
- + Thở oxy qua kính, mặt nạ tùy theo chỉ định.
- + Chuẩn bị đặt nội khí quản nếu bệnh nhân suy hô hấp nặng.

- Đảm bảo huyết động (C)

- + Nằm đầu thấp nếu có tụt huyết áp.

+ Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch ngoại vi lớn chắc chắn để truyền NaCl 0,9%, dịch keo, máu hoặc chế phẩm của máu.

- **Đặt sonde dạ dày:** rửa sạch máu trong dạ dày, theo dõi số lượng, tính chất máu nôn ra.

- **Đặt sonde tiểu theo dõi nước tiểu**

- **Lấy máu làm xét nghiệm:** CTM, nhóm máu, đông máu

- **Làm điện tim,** mắc Monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂

- **Nội soi can thiệp** liên hệ và chuẩn bị cho nội soi cấp cứu

* **Các xét nghiệm cấp cứu cần thiết:**

+ Công thức máu: để đánh giá mức độ mất máu.

+ Đông máu cơ bản

+ Nhóm máu: cần thiết để truyền máu khi có chỉ định.

+ Sinh hoá cơ bản và các xét nghiệm cần thiết khác.

2. Chăm sóc cụ thể

2.1. Kế hoạch và thực hiện.

Mục tiêu chăm sóc:

- Đảm bảo hô hấp tránh nguy cơ sặc.
- Đảm bảo huyết động (chủ yếu là đảm bảo khối lượng tuần hoàn).
- Cầm máu càng sớm càng tốt.
- Theo dõi tiến triển của tình trạng chảy máu.
- Đảm bảo các chăm sóc cơ bản.

2.1.1. Đảm bảo hô hấp: quan trọng nhất là bảo vệ đường thở

- Kiểm soát đường thở: nằm nghiêng an toàn, đặt canun miệng nếu bệnh nhân hôn mê, tụt lưỡi (tránh hít phải chất nôn).
- Chuẩn bị dụng cụ đặt nội khí quản và thở máy nếu có chỉ định.
- Cho bệnh nhân thở ôxy nếu chảy máu tiêu hóa nặng, sốc.

2.1.2. Đảm bảo huyết động:

- Nằm đầu thấp nếu có dấu hiệu sốc trụy mạch.
- Lấy đường truyền tĩnh mạch ngoại vi lớn và chắc chắn, trường hợp sốc phải đặt 2 đường truyền hoặc đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Truyền dịch nhanh tùy theo mức độ rối loạn huyết động: truyền dịch NaCl 0,9%, dịch keo (Haemaccel, Hae– Steril), truyền máu và các chế phẩm của máu khi có chỉ định, duy trì huyết áp tối đa > 90 mmHg, mạch < 100 lần/ phút, bệnh nhân đái tốt (> 50ml/ giờ).

2.1.3. Các biện pháp cầm máu:

- **Rửa dạ dày bằng nước lạnh đối với chảy máu dạ dày:**

Thực hiện khi đang còn chảy máu ở dạ dày: dùng nước rửa dạ dày lạnh 5 độ C (nước muối sinh lý hoặc nước sạch), bơm 200 ml/ lần, để 1 - 2 phút, sau đó hút ra. Chú ý trong khi rửa dạ dày phải bảo vệ đường thở (do tăng nguy cơ sặc, do kích thích nôn).

- **Thực hiện thuốc theo y lệnh bác sĩ:**

Vitamin K, vasopressin, sandostatin để cầm máu.

Cimetidin, ranitidin, omeprazol, pantoprazole làm giảm tiết dịch axit.

- **Nếu chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản:** chuẩn bị đặt xông Blacke-more bơm bóng chèn, bóng được bơm sẽ chèn vào tĩnh mạch đang chảy máu và có tác dụng cầm máu. Theo dõi rất cẩn thận vì khi bơm bóng có thể kích thích gây nhịp chậm, bóng thực quản bơm quá căng có thể gây biến chứng như vỡ thực quản.

- **Chuẩn bị và lên kế hoạch nội soi tiêu hóa cấp cứu**

- Đảm bảo hô hấp trước khi soi, bệnh nhân có hôn mê nguy cơ sặc phải chuẩn bị phụ đặt nội khí quản.
- Bệnh nhân phải nhịn ăn.
- Không dùng thuốc bọc niêm mạc dạ dày trước khi soi.
- Có thể đặt xông dạ dày, rửa dạ dày trước khi soi.

- **Chuẩn bị cho phẫu thuật trong các trường hợp có chỉ định phẫu thuật** các xét nghiệm trước mổ (MC, MĐ, nhóm máu, HIV, tỷ lệ prothrombin...), chuẩn bị máu truyền...

2.1.4 Chăm sóc cơ bản:

- Chế độ dinh dưỡng:
 - Cho bệnh nhân ăn khi đã ngừng chảy máu.
 - Cho ăn thức ăn nguội, lỏng rồi đặc dần, dễ tiêu.
 - Tránh ăn: thức ăn chua cay, rượu bia, các chất kích thích.
- Phòng tránh chảy máu do va chạm, tiêm truyền nếu bệnh nhân có rối loạn đông máu.
- Chú ý giữ ấm và sưởi ấm cho bệnh nhân.
- Theo dõi dấu hiệu đau thắt ngực, ghi điện tim để tìm dấu hiệu của thiếu máu cơ tim do mất máu.

2.1.5. Theo dõi bệnh nhân

- ***Theo dõi dấu hiệu sống và toàn thân:***
 - Cơ năng: choáng, ngất..
 - Da, niêm mạc nhợt nhạt.

- Nhịp thở, SpO2, nhiệt độ.
- Mạch, huyết áp, ghi chép vào phiếu theo dõi để nắm được diễn biến và can thiệp kịp thời.

· **Theo dõi các dấu hiệu của diễn biến bệnh nặng:**

- Dấu hiệu suy hô hấp cấp, có nôn sặc vào phổi?
- Tụt HA, sốc: da tái lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt.
- Rối loạn ý thức, hôn mê
- Sơ bộ nhân định mức độ mất máu dựa vào: số lượng, màu sắc chất nôn hoặc phân có nhiều máu, chảy máu đã cầm hay còn tiếp tục?

· **Theo dõi tình trạng máu chảy ra:**

- Đặt xông dạ dày: nên đặt và lưu xông theo dõi số lượng chảy máu
- Xem và theo dõi tính chất phân: đen, đỏ nâu, đỏ tươi, số lượng nhiều?

2.2 Đánh giá:

- Các chức năng sống trong giới hạn bình thường, huyết áp ổn định, không hoa mắt, chóng mặt, hết cảm giác khát.
- Nghiệm pháp thay đổi tư thế (-): không thay đổi mạch, huyết áp khi thay đổi tư thế.
- Chảy máu đã cầm: hết nôn ra máu, đi ngoài phân không có máu.

40. CẤP CỨU MỘT SỐ TAI NẠN ĐƯỜNG HÔ HẤP

1. ngạt Ngạt là một tình trạng nguy hiểm có thể dẫn đến tử vong vì khi bị ngạt thì các tổ chức tế bào không được cấp đủ oxy. Khoảng thời gian này sẽ kéo dài hơn nếu nhiệt độ trung tâm của cơ thể thấp hơn bình thường. Ví dụ như trong trường hợp ngâm trong nước lạnh. Do vậy khi bị ngạt phải được tiến hành cấp cứu ngay.

1.1. Nguyên nhân gây ngạt

1.1.1 Do đường thở và phổi bị ảnh hưởng.

Đường thở bị tắc nghẽn do tụt lưỡi ở MỘT NẠN NHÂN BẤT TỈNH, HOẶC DO THỨC ăn, chất nôn, hoặc dị vật khác lọt vào đường thở, hoặc do sự sưng nề các TỔ CHỨC Ở HẦU HỌNG VÌ BỊ nhiễm khuẩn, bỏng, dị ứng, nhiễm độc.

Ngạt thở vì đường hô hấp bị bịt kín do gối mềm, túi nhựa, vùi lấp.

- *Dịch ở trong đường dẫn khí.*

- Chèn ép khí quản do treo cổ hoặc thắt cổ

- Chèn ép lồng ngực do bị đất hoặc cát chèn, bị chèn ép vào tường, rào chắn hoặc sức ép từ một đám đông.

- Tổn thương thành ngực như trong trường hợp chính thức có mảng sườn di động

- Co giật làm cho hô hấp không đủ.

1.1.2. Nguyên nhân ảnh hưởng tới não hoặc thần kinh điều khiển hô hấp

- Điện giật

- Ngộ độc

- Liệt do tai biến mạch máu não hoặc tổn thương tủy sống.

1.1.3. Nguyên nhân làm ảnh hưởng lượng oxy trong máu

- Thiếu oxy trong không khí thở vào: Loại này thường gặp khi trong phòng chứa đầy khói khí đốt, hoặc trong các đường hầm, hầm nhỏ.

- Sự thay đổi áp suất khí quyển: khi lên cao hoặc lặn sâu.

1.1.4. Nguyên nhân làm cản trở sự vận chuyển và sử dụng oxy trong cơ thể.

Nguyên nhân cản trở sự vận chuyển oxy: Trong trường hợp ngộ độc oxyd carbon (CO).

Nguyên nhân cản trở sự sử dụng oxy: Trong trường hợp ngộ độc Cyanide.

1.2. Dấu hiệu và triệu chứng chung.

- Khó thở: Tăng về tần số và biên độ
- Thở dốc
- CÓ THỂ CÓ BỌT MÀU HỒNG Ở MIỆNG
- TÍM TÁI MÔI VÀ MÓNG TAY
- ý thức lú lẫn
- Có thể bất tỉnh
- Có thể ngừng thở

1.3. Xử lý cấp cứu

Mục đích: phục hồi và duy trì sự hô hấp bằng cách nhanh chóng làm mất nguyên nhân gây ngạt hoặc di chuyển nạn nhân thoát khỏi nguyên nhân gây ngạt. Tiến hành hô hấp nhân tạo và chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế nếu cần thiết.

Hành động cấp cứu:

- Làm mất nguyên nhân gây ngạt và mở thông đường thở
- Tiến hành hô hấp nhân tạo ngay nếu nạn nhân ngừng thở
- ĐẶT NẠN NHÂN Ở tư thế hồi phục khi tuần hoàn và hô hấp đã hồi phục trở lại.
- Kiểm tra tần số hô hấp, mạch và mức độ tỉnh táo 10 phút 1 lần.
- Chuyển nạn nhân lên cơ sở y tế càng sớm càng tốt.

2. CẤP CỨU NGHỆT THỞ.

Nghẹt thở xảy ra khi có sự cản trở hay tắc nghẽn ở bên ngoài ngăn không cho không khí đi vào đường hô hấp như trong trường hợp trẻ con còn bé, người bất tỉnh hoặc liệt toàn thân bị một chiếc túi nhựa áp vào mặt hoặc bị úp mặt trên một chiếc túi nhựa hay gối mềm hoặc trong trường hợp bị đất cát sạt lở vùi lấp.

Nghẹt thở cũng xảy ra khi bị nhốt hoặc bị kẹt một nơi kín.

2.1. Dấu hiệu và triệu chứng.

- Dấu hiệu và triệu chứng chung của ngạt
- CÓ BẢNG chứng các nguyên nhân gây ngạt, ví dụ đồ vật bịt kín mũi miệng...

2.2. Xử trí cấp cứu

2.2.1. Mục đích: Phục hồi sự cung cấp khí cho nạn nhân, hô hấp nhân tạo nếu cần thiết và chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế.

2.2.2. Hành động

- Nhanh chóng vứt bỏ vật gây cản trở hô hấp hoặc chuyển nạn nhân tới nơi không khí trong lành.
- Nếu nạn nhân tỉnh táo và thở bình thường thì phải động viên an ủi làm cho nạn nhân tin tưởng và theo dõi sát nạn nhân.
- Đặt nạn nhân nằm tư thế hồi phục nếu nạn nhân bất tỉnh nhưng vẫn thở bình thường.
- Nếu nạn nhân khó thở hoặc ngừng thở thì tiến hành hô hấp nhân tạo ngay.
- Thu xếp chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị nếu nghi ngờ về tình trạng nạn nhân.

3. cấp cứu thắt cổ và bóp cổ

áp lực đè lên phía bên ngoài của cổ do thắt cổ hoặc bóp cổ ép đường thở lại chặn đường thở lại và chặn đường không khí vào phổi. Đường thở bị ép lại có thể là do

chủ ý (tự tử) hoặc do người khác hoặc do tai nạn như trường hợp cravat bị cuốn vào máy.

3.1. Triệu chứng và dấu hiệu

- Triệu chứng và dấu hiệu chung của ngạt
- Cổ và mặt bị ứ máu, tĩnh mạch nổi phồng.
- Nhìn rõ tang vật (dây treo cổ, cravat vẫn còn cuốn quanh cổ) hoặc tang vật bị lẩn trong các nếp da ở cổ (trường hợp dây thắt cổ là dây kim loại mảnh).
- Còn dấu vết quanh họng hoặc cổ nếu vật thắt đã được lấy đi.

3.2. Xử trí cấp cứu

3.2.1. Mục đích: Nhanh chóng tháo bỏ nguyên nhân gây thắt đường thở ngay cả khi không còn dấu hiệu của sự sống. Tiến hành cấp cứu hồi sinh ngay nếu cần thiết. Nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

3.2.2. Hành động

- Cắt bỏ ngay vật gây thắt quanh cổ. Nâng đỡ cơ thể nếu vẫn còn đang bị treo lơ lửng. Khi cắt dây thắt phải cắt ở phía đuôi của nút thắt để giữ lại nút thắt, đây là một bằng chứng có ích.
- ĐẶT NẠN NHÂN NẪM Ở tư thế hồi phục nếu nạn nhân bất tỉnh nhưng vẫn thở bình thường.
- Tiến hành hô hấp nhân tạo nếu nạn nhân khó thở hoặc ngừng thở và tiến hành hồi sinh tim phổi nếu nạn nhân ngừng tim.
- Chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

4. Cấp Cứu CHẾT đuối

Chết đuối gây ngạt do nước tràn vào phổi hoặc do nước làm cho họng bị co thắt do đó chít hẹp đường dẫn khí (chết đuối khô) khi cấp cứu chết đuối không được để mất thời gian vào việc lấy nước ra khỏi phổi nạn nhân.

Tình trạng sung huyết phổi có thể xảy ra rất nhanh chóng nhưng tình trạng này có thể kéo dài vài giờ trước khi nhìn thấy rõ ràng (ho ra bọt màu hồng). Do vậy tất cả các trường hợp chết đuối sau khi sơ cứu xong đều phải chuyển ngay đến bệnh viện dù cho tình trạng nạn nhân có vẻ gần như bình thường.

Nếu nạn nhân đã bị ngâm lâu trong nước lạnh thì rất có thể bị hạ thân nhiệt, do đó trong trường hợp này phải chú ý giữ ấm cho nạn nhân.

4.1. Dấu hiệu và triệu chứng

- Có dấu hiệu và triệu chứng chung của ngạt.
- Có bọt màu hồng quanh môi, miệng và lỗ mũi.

4.2. Xử trí cấp cứu

Nhanh chóng lấy những vật gây cản trở hô hấp từ miệng nạn nhân ví dụ như rong rêu và tiến hành hô hấp nhân tạo ngay. Ngay cả khi còn ở dưới nước nước thì cũng có thể tiến hành hô hấp nhân tạo nếu cần thiết.

Kỹ thuật tiến hành như sau:

Nếu nước nông không ngập đầu người cứu: người cứu luồn một tay dưới lưng nạn nhân để nâng nạn nhân lên. Dùng tay kia đỡ đầu và bóp mũi nạn nhân rồi tiến hành hô hấp miệng – miệng.

- Khi đã có thể đặt nạn nhân trên một mặt phẳng chắc chắn, hãy kiểm tra lại hô hấp và nhịp tim của nạn nhân. Tiếp tục hồi sinh tim phổi hoặc hô hấp nhân tạo nếu cần thiết.

- Đặt nạn nhân ở tư thế hồi phục ngay sau khi nạn nhân bắt đầu thở trở lại.

- Giữ ấm cho nạn nhân, nếu có điều kiện thì tháo bỏ quần áo ướt rồi lau khô và mặc quần áo khô hoặc đắp chăn hay khăn cho nạn nhân. Xử trí nếu có hạ thân nhiệt xảy ra (xem bài cấp cứu hạ thân nhiệt).

- Chuyển nạn nhân tới bệnh viện ngay. Phải coi đây là trường hợp cấp cứu ưu tiên và phải theo dõi sát trong quá trình vận chuyển.

5. CẤP CỨU NGỘ ĐỘC OXYD CARBON.

Oxyd carbon là một khí không màu, không mùi, là một khí độc vì khi oxyd carbon được hấp thụ vào máu nó sẽ chiếm chỗ của oxy trong máu mà oxyd carbon được hấp thụ vào máu lại nhanh hơn nhiều so với oxy. Khí oxyd carbon đã được hấp thụ vào máu nó nhanh chóng gắn với hemoglobin của hồng cầu và tạo thành cacboxyhemoglobin là một hợp chất rất bền vững do vậy khi cấp cứu những nạn nhân bị ngộ độc oxyd carbon phải rất kiên trì vì phải hô hấp nhân tạo rất lâu mới đẩy được hết oxyd carbon ra khỏi cơ thể. Oxyd carbon được sinh ra chủ yếu từ sự đốt cháy dầu không hoàn toàn và từ ống xả của các động cơ chạy bằng xăng dầu. Sự nguy hiểm sẽ tăng lên nếu hệ thống ống xả bị hư hỏng hoặc khi để động cơ hoạt động trong một chỗ kín.

Chỉ vào một phòng đầy khí để cấp cứu nạn nhân khi biết chắc rằng không có sự nguy hiểm cho người cứu nữa và có thể thoát ra khỏi nơi đó một cách dễ dàng. Phải đảm bảo chắc chắn rằng người cứu có sự hỗ trợ từ phía sau để có thể thoát ra ngoài nhanh chóng khi cần thiết (dùng dây dài buộc một đầu vào lưng người cứu, đầu kia buộc vào bên ngoài hoặc do một người bên ngoài giữ. Trong những trường hợp có người ở BÊN NGOÀI GIỮ ĐẦU DÂY THÌ PHẢI QUY ĐỊNH TÍN HIỆU CẤP CỨU VỚI NGƯỜI Ở bên ngoài để khi người này nhận được tín hiệu cấp cứu theo quy định thì sẽ kéo dây để đưa người cứu ra khỏi phòng được nhanh).

5.1. Dấu hiệu và triệu chứng:

Dấu hiệu và triệu chứng chung của ngộ

- Người bị nạn có thể kêu nhức đầu
- Da có thể bình thường nhưng sẽ hồng rục lên (như màu hoa anh đào) khi nồng độ oxyd carbon trong máu tăng lên.
- Người bị nạn có thể rối loạn ý thức (lú lẫn, lộn xộn) và mất khả năng hợp tác.
- Có thể tiến triển dần đến bất tỉnh.

5.2. Xử trí cấp cứu

5.2.1. Mục đích

Cắt đứt nguồn thải ra khí và/hoặc cố gắng đưa nạn nhân ra khỏi nơi đó nếu không nguy hiểm cho người cứu. Tiến hành hồi sinh ngay nếu cần thiết thu xếp và chuyển nạn nhân tới bệnh viện.

5.2.2. Hành động

- Mở các cửa ra vào và kéo nạn nhân tới nơi an toàn.
- Đặt nạn nhân ở tư thế hồi phục nếu nạn nhân bất tỉnh nhưng vẫn thở bình thường.
- Nếu nạn nhân khó thở hoặc ngừng thở thì phải tiến hành hô hấp nhân tạo ngay.
- Kiểm tra nhịp thở, mạch và mức độ đáp ứng 10 phút một lần.
- Chuyển nạn nhân tới bệnh viện càng sớm càng tốt.

6. cấp cứu sặc

Sặc thường xảy ra do nuốt phải một vật dẹt, rộng bản gây bịt kín một phần hay toàn bộ đường thở hoặc khi một vật gì lọt vào đường khí quản. Sặc còn có thể do sự co thắt cơ gây ra.

SẶC THƯỜNG XẢY RA Ở người lớn do nuốt vội thức ăn chưa được nhai kỹ. Còn đối với trẻ em sặc thường xảy ra vì trẻ hay nuốt các vật nhỏ vào miệng như đồng xu, hạt lạc... Đối với trẻ còn bé nhiều khi bị sặc là do bột, thuốc viên...

Khi bị sặc hầu hết mọi người đều có khả năng ho bật dị vật ra ngoài ngay. Tuy nhiên cũng có trường hợp không thể tự ho bật ra được mà cần phải có sự hỗ trợ. Khi bị sặc nạn nhân phải được tiến hành cấp cứu ngay nếu không tình trạng ngạt sẽ xảy ra rất nhanh.

6.1. Triệu chứng và dấu hiệu.

Dấu hiệu và triệu chứng của ngạt:

- Nạn nhân không nói được, không thở được tay đang túm chặt cổ.
- Mặt và cổ bị sung huyết, các tĩnh mạch nổi phồng. Tím môi và miệng.

- Có thể bị bất tỉnh.

6.2. Xử trí cấp cứu

6.2.1. Mục đích

Lấy dị vật ra ngoài, nếu không lấy được thì phải tiến hành hô hấp nhân tạo. Nếu nạn nhân bất tỉnh hoặc nếu sặc kéo dài hoặc sự hồi phục không hoàn toàn thì phải chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.

6.2.2. Hành động

Không được cố dùng tay để moi dị vật ra vì làm như vậy chỉ đẩy dị vật xuống sâu hơn mà thôi. Có hai cách để làm bật dị vật ra ngoài.

a) Phương pháp vỗ vào lưng.

Đối với trẻ sơ sinh trẻ con bé:

Người cứu cầm chắc 2 chân trẻ rồi dốc ngược trẻ sau đó khum lòng bàn tay vỗ nhẹ vào phần giữa 2 xương bả vai từ 1-4 lần.

Hoặc đặt trẻ em nằm sấp đầu dốc, ngực và bụng ở trên cẳng tay người cứu. Người cứu khom lòng bàn tay kia vỗ nhẹ vào phần giữa 2 xương bả vai từ 1-4 lần.

CẤP CỨU Ở TRẺ em:

Người cứu ngồi trên ghế hoặc quỳ một chân đặt trẻ trên đầu gối, đầu dốc xuống. Dùng một tay đỡ ngực trẻ, tay kia khum lại rồi vỗ vào phần giữa 2 xương bả vai 1-4 lần.

Hoặc có thể đặt trẻ nằm. sấp vắt ngang qua một cẳng tay hoặc đùi rồi khum lòng bàn tay vỗ vào phần giữa 2 xương bả vai từ 1-4 lần.

Cấp cứu người lớn: Trường hợp nạn nhân còn tỉnh.

Người cứu đứng phía sau nạn nhân. Giúp nạn nhân cúi người về phía trước đầu thấp hơn ngực. Một tay người cứu đỡ ngực nạn nhân. Dùng gốc bàn tay đập mạnh vào phần giữa 2 xương bả vai 1-4 lần. Mỗi lần đập phải đủ mạnh để làm bật

dị vật ra ngoài. Hoặc có thể cho nạn nhân cúi người bụng dựa trên thành ghế tựa, hai tay bám lấy mặt ghế. Người cứu đứng phía sau dùng gốc bàn tay đập mạnh vào phần giữa 2 xương bả vai từ 1-4 lần.

Trường hợp nạn nhân bất tỉnh:

Đặt nạn nhân nằm ngửa, làm thông đường thở và tiến hành hô hấp nhân tạo. Nếu không có kết quả thì lại xoay nạn nhân đối diện với người cứu, ngực dựa vào đùi người cứu, đầu nghiêng hẳn về phía người CỨU. LÀM ĐỘNG TÁC ĐẬP VÀO LƯNG NHƯ MÔ TẢ Ở trên.

Chú ý:

Trước khi tiến hành động tác đập vào lưng thì phải kiểm tra miệng nạn nhân. Tháo răng giả hoặc móc bất kỳ một thứ gì còn vướng lại trong miệng nạn nhân. Sau mỗi lần đập lại kiểm tra miệng nạn nhân xem dị vật đã bật ra chưa. Nếu dị vật đã bật ra miệng, thì móc dị vật ra ngoài. Nếu chưa thì làm động tác cấp cứu.

Nếu nạn nhân ngừng thở hoặc bị tím tái thì phải tiến hành hô hấp nhân tạo giữa mỗi lần vỗ hoặc đập vào lưng. Trong một số trường hợp dị vật có thể di chuyển về phía trước (xuống sâu thêm) và lọt vào một nhánh phế quản chính do tác động của hô hấp nhân tạo. Trong trường hợp này sẽ chỉ có một bên phổi bị tắc và sự hô hấp có thể đảm bảo đầy đủ nhờ phổi bên kia. Nạn nhân sẽ được xử trí lấy dị vật ra tại bệnh viện.

b) Phương pháp ép vào bụng (thủ thuật Heimlich).

Nguyên lý của phương pháp này là sức ép vào phía trên của bụng sẽ đẩy cơ hoành lên trên và ép khí đọng ở trong phổi ra ngoài và như vậy có thể làm bật dị vật ra ngoài bằng "ho nhân tạo".

Đối với người lớn và trẻ lớn:

Người cứu đứng phía sau nạn nhân, xiết chặt 2 tay với nhau ở điểm "đám rối dương" khoảng giữa rốn và mũi ức, điểm X Ở HÌNH VẼ. SAU ĐÓ KÉO MẠNH 2 TAY LÊN phía trên và vào trong. Lặp lại động tác vài ba lần.

Chú ý:

Nếu đặt tay sai vị trí có thể gây nên tổn thương các cơ quan ví dụ gan, lách, dạ dày... Nếu nạn nhân bất tỉnh thì cho nạn nhân nằm **TRÊN MỘT MẶT PHẪNG CHẮC CHẮN**, NGƯỜI CỨU QUỲ Ở phía đầu nạn nhân 2 chân dẹt ra hai bên và đặt 2 gốc bàn tay chồng lên nhau lên trên điểm đám rối dương, sau người cứu ngả người về phía trước 2 tay vẫn giữ thẳng để ép vào bụng nạn nhân.

Đối với trẻ em (trẻ dưới 6 tuổi):

Người cứu ngồi đặt trẻ ngồi trên lòng nắm một bàn tay lại đặt lên giữa bụng trẻ rồi ép vào phía trong và lên trên bụng trẻ với áp lực nhẹ hơn người lớn. Lặp lại động tác vài ba lần. Nếu trẻ bất tỉnh thì đặt trẻ nằm và làm động tác như người lớn nhưng chỉ dùng một tay và với áp lực nhẹ hơn.

Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng chắc chắn, đầu ngửa tối đa. Người cứu đặt 2 đầu ngón tay (ngón trỏ và ngón giữa) vào vùng giữa rốn và mũi xương ức rồi ấn nhanh với góc độ 45° (ấn xuống và về phía trước).

Lặp lại động tác vài ba lần.

Nếu thấy trẻ ho vì sự tắc nghẽn đường như đang di chuyển thì tiếp tục bằng phương pháp vỗ vào lưng.

41. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DO TALTC

Chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTC) là một nguyên nhân chảy máu đường tiêu hoá trên do vỡ búi tĩnh mạch giãn ở vùng thực quản - tâm phình vị. Đây thường là chảy máu nặng, ồ ạt, đòi hỏi cấp cứu khẩn trương.

Chảy máu do TALTMC thường là một tình trạng rất nặng do:

- Bệnh nhân sẵn có tình trạng suy tế bào gan, nay bị chảy máu làm nặng hơn.
- Các biện pháp điều trị có nhiều nhưng không có biện pháp nào có tính triệt để, đòi hỏi người thầy thuốc phải chọn lựa đúng.
- Tùy mức độ của bệnh mà tỷ lệ tử vong có thể từ 5-10% ở nhóm A tới 70-80% ở nhóm C (theo phân loại của Child)

Trước một trường hợp chảy máu đường tiêu hoá trên, cần phát hiện những yếu tố của TALTMC:

- Bệnh nhân có tiền sử viêm gan hay nghiện rượu nhiều năm, thậm chí xơ gan đã điều trị.
- Khám thấy dấu hiệu: cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to, gan to hay teo.

Thái độ xử trí trước một trường hợp chảy máu do TALTMC:

1/- Ngay khi bệnh nhân vào viện:

- Để bệnh nhân nằm yên trên giường.
- Đặt 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch ngoại vi để có thể truyền máu và dịch nhanh chóng. Tốt nhất nên có một đường tĩnh mạch trung ương để kiểm soát áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Cho bệnh nhân thở oxy
- Lấy máu thử : Hồng cầu (HC), Hematocrite (Hct), nhóm máu, đông máu, điện giải, chức năng gan, chức năng thận, aFP.
- Đặt thông bàng quang theo dõi nước tiểu

- Lập bảng theo dõi tình trạng bệnh nhân như mạch, huyết áp, nước tiểu, nhịp thở hàng giờ.

- Nếu bệnh nhân trong tình trạng chảy máu dữ dội với sốc mất máu bệnh nhân cần được hồi sức tích cực tại phòng mổ để có thể đặt nội khí quản và soi thực quản-dạ dày dưới gây mê toàn thân.

- Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định sẽ được theo dõi và tiếp tục các biện pháp chẩn đoán và điều trị.

Điều trị chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

1/- Biện pháp đầu tiên chủ yếu bù lại lượng máu đã mất là truyền máu.

- Số lượng và tốc độ truyền tùy thuộc vào lượng máu mất (dựa vào huyết áp động mạch , áp lực tĩnh mạch trung ương, hematocrit. Tốt nhất nên giữ HA động mạch cao nhất ở » 100 mmHg, hematocrit » 30%. Khi đã ổn định có thể truyền thêm Plasma tươi, Albumin để tránh rối loạn đường máu và chống giảm áp lực thẩm thấu.

2/- Soi thực quản dạ dày với ống soi mềm cầm máu tại chỗ

- Soi thực quản dạ dày bằng ống soi mềm cấp cứu là biện pháp cần thực hiện ngay nếu có thể, nó cho phép phát hiện chính xác chỗ chảy máu và có thể xử trí cầm máu tại chỗ. Khi cần có thể soi dưới gây mê nội khí quản khi bệnh nhân chảy máu nặng, không tỉnh táo. Tuy nhiên cần có đầy đủ phương tiện, người soi có kinh nghiệm, nếu cần phải rửa dạ dày trước.

Khi soi phát hiện chảy máu từ búi tĩnh mạch vỡ có thể áp dụng các biện pháp cầm máu tại chỗ:

+ thắt búi tĩnh mạch với vòng cao su

+ tiêm quanh hay tại chỗ búi tĩnh mạch với chất làm xơ như aetoxiscleol.

3/- Chèn vào búi tĩnh mạch vỡ với ống thông có bóng

- Ống thông thường được sử dụng là ống Sengstaken-Blackemore, thường ống thông được đặt khoảng 3 ngày. Ngày đầu tiên cứ 6 giờ lại xả bóng chèn 30 phút, ngày thứ 2 cứ 4 giờ xả 1 giờ , ngày thứ 3 cứ 4 giờ xả 2 giờ.

4/- Điều trị thuốc:

- Tinh chất thuỳ sau tuyến yên làm giảm áp lực trong tĩnh mạch cửa. Cần truyền tĩnh mạch liên tục với liều 0,4 - 0,8UI / phút trong 6 giờ.

- Propranolol loại b-bloquand cũng có thể làm giảm áp tĩnh mạch cửa nhưng cần rất thận trọng trong khi sử dụng do có ảnh hưởng tới tim mạch.

- Truyền dung dịch Glucose ưu trương với Insulin và liệu pháp Vitamin giúp tăng cường chức năng gan.

5/- Phẫu thuật cấp cứu

- Chỉ định trong rất ít trường hợp, đặc biệt khi chảy máu dữ dội, các biện pháp khác không có hiệu quả. Có thể cầm máu tại chỗ cùng với một phẫu thuật nối tắt cửa - chủ.